BESTUURLIJK AKKOORD TOEKOMST GGZ 2013 - 2014

Managementsamenvatting

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) levert in Nederland een onmisbare bijdrage aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. Het is belangrijk dat er in de GGZ een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod bestaat om mensen met psychische aandoeningen te behandelen. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Mensen met psychische aandoeningen moeten in de samenleving de ruimte ervaren om voor hun ziekte uit te komen en als gelijkwaardige burgers deel te nemen aan de maatschappij. Bij de behandeling van de (complexe) zorgvraag van de patiënt wordt gestreefd naar een aanpak waarbij ambulante behandeling uitgangspunt is. Waar mogelijk wordt (verergering van) ziekte voorkomen. Preventie in de gehele GGZ, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zullen gestimuleerd worden. Bij alle GGZ geldt een goede relatie en samenwerking met de somatiek en professionals buiten het zorgdomein ten behoeve van een integrale herstelbenadering.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen (GGZ-Nederland, Meer GGZ, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg), zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliënten- en familieorganisaties (Landelijk Platform GGZ) en de overheid (het ministerie van VWS) nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Essentieel daarbij is dat er één taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten van zorg (prijs en kwaliteit) onderling vergelijkbaar zijn. Door een gezamenlijke inhoudelijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven.

Afspraken

In dit akkoord geven partijen invulling aan de inhoudelijke agenda door afspraken te maken voor 2013 en 2014:

a. Cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten een destigmatiseringsprogramma op.
b. Om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren en te begeleiden zal de module POH-GGZ worden geflexibiliseerd. Als binnen de huisartsenfunctie de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de specialistische GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen). Waar geen sprake is van psychische klachten wordt verwezen naar andere hulpverleners, zoals algemeen maatschappelijk werk (AMW).
c. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders delen de ambitie om de huidige totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Zorgverzekeraars en aanbieders maken lokaal afspraken over mogelijkheid, inhoud en tempo van deze ambulantisering, omdat de lokale uitgangssituaties verschillen. Voor het jaar 2013 maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook contractafspraken over beddenreductie. Partijen spreken daarnaast af in 2012 met relevante andere partijen om de tafel te gaan om het beleid rondom ambulantisering gezamenlijk vorm te geven en alles te doen wat in hun mogelijkheden ligt om de maatschappelijke organisaties te stimuleren om de ambulantisering mogelijk te maken.
d. Patiëntenorganisaties zetten zich in om een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen, dat door de patiënt zelf wordt beheerd en waarin informatie uit de behandeldossiers voor de patiënt inzichtelijk wordt gemaakt.

e. Partijen benadrukken het belang van transparantie van prestaties. Daartoe spreken ze af dat er één taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn. Routine Outcome Monitoring (ROM) is daar onderdeel van. Zorgaanbieders verplichten zich voor alle echelons (met uitzondering van de huisartsenfunctie en ondersteuningsfunctie GGZ) om zicht te geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg. Er zal structureel patiëntwaardering en –ervaring worden gemeten door middel van ROM.
f. Partijen zijn van oordeel dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld dienen te worden. Partijen hebben afgesproken een gezamenlijke doorontwikkelagenda te maken, die gericht is op het opnemen van zorg(vraag)zwaarte in de productstructuur. Voor het jaar 2013 zal deze informatie gepseudonimiseerd worden aangeleverd. Vanaf 2014 is de informatie op persoonsniveau beschikbaar. Als randvoorwaarden bij deze doorontwikkelagenda gelden de vigerende privacyregelgeving, gelijkblijvende administratieve lasten en gelijke toegang tot informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
g. De beroepsorganisaties van professionals en patiëntenorganisaties in de GGZ zetten, in afstemming met GGZ Nederland en andere stakeholders een ambitieus kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren.
h. Zorgaanbieders streven ernaar om het gebruik van dwangtoepassingen verder terug te dringen.
i. Bekostiging
   (1) In 2013 wordt de praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ) geflexibiliseerd. De huisarts krijgt hiermee de mogelijkheid om de ondersteuning van mensen met psychische problematiek flexibeler in te richten. De NZa wordt om advies gevraagd naar de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van deze module ter ondersteuning van en in samenhang met de huisartsenzorg geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden.
   (2) In 2014 wordt voor de generalistische Basis GGZ een uniforme bekostiging op basis van een beperkt aantal (circa 3) zorgzwaarte-prestaties ingevoerd, die aansluit op de zorgvraag van de patiënt.
   (3) Voor de gespecialiseerde GGZ wordt per 2013 voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de bestaande DBCs. Daarnaast werken partijen aan de doorontwikkelagenda voor verbeteringen aan de DBC systematiek.
   (4) Voor de langere termijn wordt voor de gespecialiseerde GGZ toegewerkt naar een DBC systeem dat zowel zorgzwaarte als uitkomsten van zorg inzichtelijk maakt.
j. Zorgverzekeraars laten bij hun zorginkoop de jaarlijkse macrobudgettaire ruimte voor de curatieve GGZ leidend zijn. Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over tarieven en maximumhoeveelheden te declareren zorgproducten (prijs- en volumeafspraken). Deze afspraken kunnen worden aangepast als onverhoopt blijkt dat er toch te veel is gecontracteerd.
k. Ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid wordt een macrobeheersinstrument (MBI) geïntroduceerd. Dit MBI kan ingezet worden als ultimum remedium in het geval er ondanks gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het financiële kader. De komende tijd wordt nader onderzocht hoe een 'gedifferentieerd' MBI kan worden vormgegeven. Als onderzoek naar een gedifferentieerd MBI geen uitvoerbare en juridisch houdbare variant oplevert of een variant waarmee de overschrijding niet geheel kan worden gekort, kan worden terugvallen op een generieke kortingsmaatregel waarbij zorgaanbieders bij een onverhoopte overschrijding naar rato van marktaandeel worden gekort.
l. Om transitierisico's te beheersen zal in 2013 voor gebudgetteerde instellingen een transitiemodel worden vormgegeven.
m. Aanbieders leggen zorgvraagzwaartegegevens op individueel niveau vast. Voor onderzoek en uitvoering van de risicoverevening worden deze gegevens op individueel niveau (gepseudonimiseerd) ter beschikking gesteld aan derden (CVZ en door VWS aangewezen onderzoeksbureaus).

n. Ten behoeve van een goede monitoring van de productieafspraken en productie zullen zorgverzekeraars en aanbieders zich inspannen om vóór 1 januari tot afronding van de contractering te komen. Tevens wordt onderzocht of op kwartaalbasis inzicht gegeven kan worden in het onderhanden werk.
o. In aansluiting op het rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu verzekerde zorg en wat niet?' (6 april 2012) zal het CVZ voorstellen voor een scherpere afbakening van de curatieve GGZ in de Zvw uitwerken in het najaar 2012.
p. Partijen zullen in 2012 plannen van aanpak opstellen voor de lange termijn voor een groot aantal onderwerpen waaronder het verminderen van de administratieve lasten, een specifiek regime ten aanzien van de groep mensen met ernstige, psychiatrische aandoeningen (EPA), het bevorderen van een verantwoord gebruik van e-mental health, de flexibilisering van de arbeidsmarkt en de ontwikkeling van topzorg (op basis van onderzoeken Gezondheidsraad en IMTa.
q. Partijen spreken af dat er een technisch onderzoek zal worden verricht naar de voor- en nadelen, belemmeringen, budgettaire effecten en knelpunten, van een eventuele overheveling van het AWBZ-deel van de GGZ naar de Zvw.
r. Partijen willen de tweedeling tussen de somatische zorg en psychiatrische zorg opheffen. Daartoe wordt een plan van aanpak opgesteld.
s. Afgesproken wordt om voor 2013 en 2014 op een structurele jaarlijkse uitgavengroei uit te komen van 2,5%, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling.

BESTUURLIJK AKKOORD TOEKOMST GGZ

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ)[1] levert in Nederland een onmisbare bijdrage aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. Het is belangrijk dat er een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod van de GGZ bestaat om mensen met psychische aandoeningen te herkennen, diagnosticeren, behandelen en/of stabiliseren. In de kern betekent dit dat de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de patiënt[2] wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen (GGZ-Nederland, Meer GGZ, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg), zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliënten- en familieorganisaties (Landelijk Platform GGZ) en de overheid (het ministerie van VWS) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Door een gezamenlijke inhoudelijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven. Deze agenda is onontkoombaar voor de toekomst. De forse groei van de afgelopen jaren en de daarmee gepaard gaande budgettaire overschrijdingen hebben het kabinet genoodzaakt voor 2012 moeilijke maatregelen te treffen, die fors hebben ingegrepen. Door deze inhoudelijke agenda willen partijen tot een beheerste kostenontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg komen. Daarmee beogen zij eenzijdige ingrepen vanuit de overheid te voorkomen.

De gezamenlijke toekomstvisie

De GGZ is een sector[3] gericht op het herstel of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen, waarbij zorg wordt geboden waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is. Dit betekent goede samenhangende zorg waarin mensen met een psychische aandoening door de huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische Basis GGZ, gespecialiseerde GGZ (en topzorg) snel en effectief worden behandeld. Uitgangspunt is passende zorg. Dit betekent dat zorgaanbieders in de GGZ continu passende en doelmatige zorg bieden, continu weer de vraag stellen wat de persoon nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Patiënten, hun familie en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk wordt (verergering van) ziekte voorkomen. Daarom is preventie in de gehele GGZ-zorg in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen'

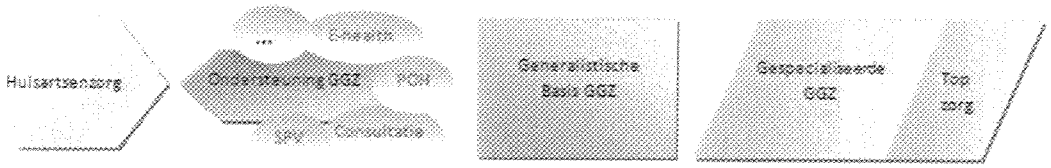
---

[1] De geestelijke gezondheidszorg omvat de psychische, psychiatrische en verslavingszorg.

[2] Daar waar de patiënt wordt genoemd, gaat het tevens altijd over de betrokkenheid van de familie.

[3] De curatieve GGZ is sinds 2008 onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw verzekert de extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar intramurale geneeskundige GGZ. De AWBZ richt zich op de niet-geneeskundige GGZ en intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar. Voor de openbare GGZ en de maatschappelijke ondersteuning en de toeleiding van patiënten naar werk zijn gemeenten verantwoordelijk (WMO, WWB, e.a.). Ten slotte is er de forensische zorg voor patiënten met een strafrechtelijke veroordeling, waar sinds enkele jaren de minister van Veiligheid en Justitie de verantwoordelijkheid voor draagt.

essentieel. Dit betekent ook dat zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zelf fors gestimuleerd moeten worden. De herstelbenadering, rehabilitatie/re-integratie en nazorg maken ook onderdeel uit van de zorg. Bij alle GGZ-zorg geldt de noodzaak van een goede relatie, samenwerking, zorgcoördinatie en afstemming met de somatiek en professionals buiten het zorgdomein ten behoeve van een integrale herstelbenadering en zo snel mogelijk terugleiding naar de arbeidsmarkt en deelname aan de samenleving.
E-mental health, ICT-ondersteuning en domotica kunnen daarbij ondersteunend zijn en leveren winst in termen van arbeidsproductiviteit en gebruiksvriendelijkheid voor de patiënt. Vanzelfsprekend is dat alle zorg veilig naar de professionele standaard wordt uitgevoerd. Het is ook nodig dat de patiënt duidelijk en transparant wordt geïnformeerd en betrokken, zodat hij of zij voldoende keuzevrijheid heeft.



Huisartsenzorg
De huisartsenzorg kenmerkt zich door een sterke poort waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld of waar nodig verwezen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

De huisarts wordt ondersteund door een team dat kan bestaan uit onder andere de POH-GGZ, de SPV-er of een andere hulpverlener, zoals een algemeen maatschappelijk werker (AMW). Daarnaast bestaat de ondersteuning uit consultatieve dienstverlening door o.a. de psychiater, psychotherapeut, kaderhuisarts GGZ, klinisch psycholoog of (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog). Binnen het kader van deze ondersteuning - die altijd in samenhang met de huisartsenzorg (in de huisartsenpraktijk) wordt gegeven - past ook de inzet van e-health toepassingen, programma's gericht op versterking van eigen regie, zelfmanagement en ondersteuning van de informele zorg.
De functie ondersteuning is gericht op het ondersteunen van de huisartsen bij een optimale behandeling, consultatie of doorverwijzing en terugverwijzing naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De ondersteuning speelt (in overleg met huisarts, generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ) een belangrijke rol bij de begeleiding van de stabiele chronische patiënt met psychische problematiek in de wijk.

Generalistische Basis GGZ
De generalistische Basis GGZ is alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts etc) toegankelijk.[4] In de generalistische Basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook gaan om ernstige patiënten met stabiele problematiek die geen

[4] Verzekeraars nemen dit in hun polissen op.

gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeven. De generalistische Basis GGZ is tevens verantwoordelijk voor goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie bij mensen die reeds behandeld zijn voor een psychische aandoening. Door het ontwikkelen en versterken van de generalistische Basis GGZ kan een aanzienlijk deel (minimaal 20%) van de patiënten die nu in de tweedelijn wordt geholpen naar de generalistische Basis GGZ verschuiven. Dat kan voor de patiënten beter zijn en zal in het algemeen ook doeltreffender en goedkoper zijn. Met deze ontwikkeling wordt het mogelijk gemaakt dat de gespecialiseerde GGZ zich meer kan richten op patiënten met ernstige psychische problemen.

Gespecialiseerde GGZ
De gespecialiseerde GGZ[5] kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Er is sprake van een DSM benoemde stoornis. De gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De behandeling in de gespecialiseerde GGZ is gericht op herstel of op rehabilitatie van de patiënt. (Terugval) preventie (bijvoorbeeld het voorkomen van crisissituaties bij ernstige psychiatrische aandoeningen), zelfmanagement en e-health worden een steeds belangrijker onderdeel van de behandeling. Tijdens de behandeling van de complexe zorgvraag van de patiënt wordt zoveel mogelijk gestreefd naar een aanpak waarbij ambulante behandeling uitgangspunt is. Daardoor kan het aantal bedden worden afgebouwd en de zorg worden omgezet naar ambulante hulp. Als het onontkoombaar is wordt een patiënt klinisch behandeld. Als ultimum remedium wordt iemand onvrijwillig behandeld. Indien blijkt dat de patiënt in een stabiele situatie verkeert, en dat behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet (meer) nodig is, wordt de patiënt, afhankelijk van zijn situatie en zorgbehoefte, overgedragen aan de huisarts, of de generalistische Basis GGZ.

Afspraken
In dit akkoord geven partijen invulling aan de toekomstvisie door afspraken te maken voor 2013 en 2014.

i. Partijen vinden het van belang dat mensen met een psychische aandoening, ook zij met ernstige aandoeningen, de ruimte in de samenleving ervaren om uit te komen voor hun ziekte en als gelijkwaardige burgers te worden behandeld. Dit bevordert de deelname van mensen met psychische aandoeningen aan de maatschappij, de arbeidsparticipatie en het herstel van burgerschap van de patiënt zelf. Daartoe zetten cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders een destigmatiseringsprogramma op. VWS zal in het kader van de arbeidsparticipatie en ambulantisering een aantal projecten hiertoe medefinancieren[6], waarbij de elementen van arbeidsparticipatie en het voorkomen/ beperken van arbeidsverzuim uitgangspunt zijn.

---

[5] Hieronder valt ook de topklinische en topreferente GGZ die bestemd is voor patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/ of zeldzaamheid van hun klachten onvoldoende resultaat hadden of naar verwacht zullen hebben van reguliere gespecialiseerde GGZ. Het betreft zeer gespecialiseerde patiëntenzorg gericht op een specifieke doelgroep in combinatie met patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, innovatie van zorg en kennisverspreiding.
[6] Zie financiële paragraaf.

ii. Partijen vinden het van belang dat in de geestelijke gezondheidszorg de patiënt centraal staat, dat de patiënt weet waar hij terecht kan bij psychische problematiek en dat er zorg op maat en in samenhang wordt geboden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders organiseren een sterke poort met een huisartsenfunctie waar patiënten met zowel psychische als somatische ziektes adequaat worden herkend en waar nodig en mogelijk worden behandeld en ondersteund. Indien geen sprake is van psychische klachten wordt verwezen naar andere hulpverleners, zoals algemeen maatschappelijk werk (AMW). Als binnen de huisartsenfunctie de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis GGZ of specialistische GGZ. Zorgverzekeraars kopen generalistische Basis GGZ in voor patiënten met veelal lichte tot matige, niet complexe problematiek. Voor ernstige, complexe problematiek bestaat er vervolgens de specialistische GGZ. Deze echelonnering is bedoeld om passende, doelmatige zorg te bewerkstelligen. De patiënt zal steeds vloeiend door de keten gaan en moet zo snel mogelijk bij de juiste behandelaar komen vanuit het uitgangspunt: alleen behandelen als het noodzakelijk is en met zoveel mogelijk zorgcoördinatie, zelfregie en zelfmanagement voor de patiënt en terugverwijzen indien mogelijk.

iii. Mensen met psychische aandoeningen willen zoveel mogelijk deelnemen aan en wonen in de maatschappij.[7] Door toegankelijke en adequate ambulante zorgvormen gericht op herstel zullen mensen die nu opgenomen zijn in klinische zorgvormen, kunnen uitstromen naar maatschappelijke zelfstandigheid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders delen de ambitie om de huidige totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Zorgverzekeraars en aanbieders maken lokaal afspraken over mogelijkheid, inhoud en tempo van deze ambulantisering, omdat de lokale uitgangssituaties verschillen. Partijen zullen landelijke afspraken maken ter ondersteuning van dit proces. Hiervoor is nodig dat er een nulmeting voor de gehele sector komt die inzicht geeft in de functioneel in gebruik zijnde beddencapaciteit. Daartoe is een transitie noodzakelijk (tempo, aantallen, randvoorwaarden, transitiekosten). Partijen willen eind 2012 inzicht hebben in dit proces en zullen op basis daarvan een weloverwogen onderbouwd besluit nemen hoe dit probleem gezamenlijk op te lossen. Voor het jaar 2013 maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook contractafspraken over beddenreductie. In mei 2013 wordt aan de hand van de contractinformatie duidelijk of de trend van ambulantisering is ingezet en op welke wijze het proces hierin nog verder gestimuleerd c.q. gefaciliteerd dient te worden. Partijen erkennen dat – om de ambulantisering te laten slagen – samenwerking met gemeenten en andere maatschappelijke organisaties, zoals woningcorporaties, UWV, politie en justitie, onderwijs, re-integratiebedrijven, schuldhulpverlening, maar ook huisartsen en thuiszorg essentieel is. Partijen spreken af alles te doen wat in hun mogelijkheden ligt om de maatschappelijke organisaties te stimuleren om de ambulantisering mogelijk te maken. Partijen spreken af in 2012 met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) om de tafel te gaan om het beleid rondom ambulantisering gezamenlijk vorm te geven. Onderwerpen die daarbij aan de orde kunnen komen zijn bijvoorbeeld participatie, preventie en een gezamenlijk inkoopbeleid tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Zorgverzekeraars stemmen hun zorginkoop af met gemeenten in samenspraak met patiënten(organisaties) voor die doelgroepen waar zij in gezamenlijkheid de zorg en ondersteuning moeten leveren.

[7] Toekomstverkenning GGZ, Trimbos instituut 2010

iv. Partijen vinden dat zelfmanagement van patiënten met psychische problematiek moet worden versterkt. Hiermee worden het ziekte-inzicht en de eigen regie van de patiënt vergroot. Patiëntenorganisaties zetten zich in om – in aansluiting op het beleid van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) - een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen, dat door de patiënt zelf wordt beheerd en waarin informatie uit de behandeldossiers voor de patiënt inzichtelijk wordt gemaakt. Patiënten worden in een vroeg stadium gewezen op het bestaan van de onafhankelijke crisiskaart, (zelf)hulp vanuit ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact en cliëntgestuurde initiatieven. Het faciliteren van de inzet van ervaringswerkers in de zorg door zorgverzekeraars en zorgaanbieders (erkenning, opleiding, arbeidsvoorwaarden) zal de focus op herstel en het patiëntenperspectief binnen de zorg waarborgen.

v. Partijen benadrukken het belang van transparantie van prestaties. Daartoe spreken ze af dat er één taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn. Routine Outcome Monitoring (ROM) is daar onderdeel van. Zorgaanbieders verplichten zich voor alle echelons (met uitzondering van de huisartsenfunctie en ondersteuningsfunctie GGZ) om zicht te geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg. Bij elke patiënt waar dat zinvol is en waar instrumenten voor zijn vastgesteld, worden gedurende de behandeling ROM-vragenlijsten afgenomen. Dit heeft primair tot doel de behandeling te ondersteunen en verbeteren en de patiënt aanknopingspunten voor zelfmanagement te bieden. Hiertoe worden de volgende afspraken gemaakt:

- In de generalistische- en specialistische GGZ zullen zorgaanbieders structureel patiëntwaardering en -ervaring meten. Hiervoor zullen handzame meetinstrumenten worden gebruikt. Om zicht te krijgen op het effect van de behandeling worden de begin- en eindmetingen van ROM vragenlijsten met in achtneming van privacyregels, dataprotocol en methodologische aspecten door zorgaanbieders ter beschikking gesteld aan de Stichting Benchmark GGZ voor het maken van vergelijkingsinformatie voor zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders. De uitkomsten hiervan worden openbaar gemaakt aan zorgverzekeraars, patiënten en patiëntenorganisaties (voor het maken van keuze ondersteunende informatie voor patiënten).[8]
- Zorgaanbieders in de generalistische Basis GGZ, waarmee nog geen afspraken zijn gemaakt tot het aanleveren van ROM-data aan SBG krijgen respijt tot 2014.
- In 2012 wordt tevens voor de academische- en ziekenhuispsychiatrie een onderzoekstraject gestart om tot ontwikkeling / vaststelling van specifieke instrumenten te komen. Het ROM instrumentarium wordt geschikt gemaakt voor de specifieke omgeving en patiënten van de PMU, PAAZ, PUK en overige academische- en ziekenhuispsychiatrie. Dit is ook onderdeel van het plan van aanpak ziekenhuispsychiatrie.[9] De UMC's leveren de data aan SBG vanaf 1 januari 2014.

---

[8] Aan SBG wordt gevraagd of bij de uitwerking van vergelijkingsinformatie kan worden aangegeven hoe de methodologische aspecten van inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid, registratie betrouwbaarheid en statistisch onderscheid moeten worden gewaardeerd.

[9] Ten aanzien van het project ziekenhuispsychiatrie zal de NVvP de organisatie en verantwoordelijkheid op zich nemen. De doorlooptijd zal circa 6 tot 8 maanden zijn, waarmee eerste kwartaal 2013 een en ander gereed is.

- In 2015 evalueren partijen of het gebruik van ROM voldoet aan de verwachtingen op het gebied van verbeteringen van de patiëntenzorg, transparantie en vergelijking. [10]

vi. Partijen zijn van oordeel dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld dienen te worden. Uitgangspunt daarbij is een zinvol gebruik van informatie en een gepast gebruik van data voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Partijen maken werkafspraken om vast te stellen welke informatie op individueel niveau echt nodig is voor het inkoop- en verkoopproces. Voor 2013 zal deze informatie gepseudonimiseerd worden aangeleverd.
Het realiseren van een zinvolle en robuuste gegevensarchitectuur die voor alle stakeholders toegevoegde waarde heeft, vergt investeringen in onderzoek en ontwikkeling, waarbij over en weer van elkaars ervaringen geleerd wordt. Tegen die achtergrond stellen partijen een gezamenlijke doorontwikkelagenda op, die is gericht op het opnemen van zorg(vraag)zwaarte in de productstructuur. Deze agenda dient er in te voorzien dat deze informatie (zorgkosten en zorgvraagzwaarte) vanaf 2014 op persoonsniveau beschikbaar is, vergelijkbaar met de somatiek, voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.
Als randvoorwaarden bij deze afspraken gelden de vigerende privacyregelgeving, gelijkblijvende administratieve lasten en gelijke toegang tot informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

vii. Partijen vinden het essentieel dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland van hoogstaande kwaliteit is. Om de zorg adequaat rondom de patiënt te organiseren, doelmatig en in goede samenhang geleverd door de juiste behandelaar, is een multidisciplinaire samenwerking tussen professionals nodig. De beroepsorganisaties van professionals en patiëntenorganisaties in de GGZ zetten, gezamenlijk en in afstemming met GGZ Nederland en andere relevante stakeholders een ambitieus kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal samen met het Nederlands Instituut van Psychologen hierbij de regie hebben. Bij de ontwikkeling van zorgpaden is er specifieke samenwerking met zorgverzekeraars, zoals dat bij zorgstandaarden specifiek met patiëntenorganisaties is. Dit gebeurt in samenspraak met het Nationaal Kwaliteitsinstituut voor Zorg.

viii. Zorgaanbieders streven ernaar om het gebruik van dwangtoepassingen verder terug te dringen. Afgesproken wordt dat dwang alleen wordt toegepast als ultimum remedium. Zorgaanbieders zorgen er voor dat de patiënt tijdens de separaties altijd de mogelijkheid heeft voor persoonlijk contact. Separatie is zo kort, humaan en veilig als mogelijk. Als sprake is van langere separatie dan wordt na één week interne en na zes weken externe consultatie ingezet. Over de registratie van dwangtoepassingen wordt binnen de instellingen aantoonbaar gerapporteerd en deze rapportage wordt gebruikt om de eigen handelwijze te evalueren en bij te stellen. Alle GGZ-instellingen registreren vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehele instelling met behulp van de argus-dataset en leveren de gegevens van de Argus registratie aan een landelijke database. De prestatie-indicator Insluiting en Dwangmedicatie (kernset Prestatie-indicatoren GGZ, 2.4, Zichtbare Zorg) sluit

[10] Partijen spreken hun voorkeur uit voor een representatieve afvaardiging van alle partijen in het bestuur en de wetenschappelijke raad van het SBG zal de kwaliteit moeten borgen.

aan op de Argus registratie. Op basis hiervan krijgt het LPGGz jaarlijks inzicht in de Argus-gegevens op het niveau van herkenbare organisatieonderdelen. Zij kunnen op basis van deze gegevens zorginstellingen onderscheiden en hiermee hun achterban van betrouwbare informatie voorzien.

ix. Partijen zijn van mening dat kinderen met een stoornis of ziekte toegang moeten hebben tot kwalitatief goede en verantwoorde jeugd GGZ die in samenhang met jeugdzorg, volwassenen GGZ en somatische zorg wordt geleverd. Knelpunten die kunnen ontstaan in de samenhang tussen somatische zorg, jeugd GGZ en volwassenen GGZ door het eventueel plaatsen van nieuwe knippen in de bekostiging moeten, mede in overleg met gemeenten, moeten worden opgelost en voorkomen. "De huisarts speelt een belangrijke rol binnen de jeugd-GGZ. Omdat psychische problemen bij jeugdigen zich vaak uiten in lichamelijke klachten (bijvoorbeeld buikpijn of slecht slapen) zullen ook in de toekomst jeugdigen bij de huisarts blijven komen met psychische klachten. Om die reden is het van belang dat de huisarts zijn rol behoudt met betrekking tot de jeugd-GGZ. Er wordt bezien nog of het noodzakelijk is dit wettelijk te regelen"(uit Voortgangsbrief over de stelselwijziging jeugd van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van VenJ van 27 april 2012).

x. Er komt een adequaat bekostigingssysteem om de zorg rondom de patiënt in alle echelons op de juiste manier aan te kunnen bieden. Uitgangspunt daarbij is een level playing field tussen alle zorgaanbieders met optimale ruimte voor dynamiek, lage administratieve lastendruk, ondernemingszin en keuzemogelijkheden voor patiënten. Eveneens dient het bekostigingssysteem te borgen dat zorgverzekeraars adequate sturingsinstrumenten hebben waarmee gestuurd kan worden op kwaliteit en kosten. Daartoe zullen de volgende stappen worden ondernomen:

1) In 2013 wordt de module POH-GGZ geflexibiliseerd. Dit betekent dat hiermee de mogelijkheid wordt geboden om de ondersteuning van de huisarts ten aanzien van mensen met psychische problematiek flexibeler in te richten. Die module biedt de huisartsenzorg dan de ruimte om de juiste professionals rondom de patiënt te organiseren, afhankelijk van de lokale behoefte. Het kader huisartsenzorg wordt hierop aangepast. Daarbij wordt het binnen deze module ook mogelijk om bijvoorbeeld internetprogramma's aan te bieden of de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren. De functie zal de huisarts beter in staat moeten stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren en te begeleiden. Om dit te bewerkstelligen wordt de NZa in augustus 2012 een aanwijzing gestuurd. De NZa wordt tevens om advies gevraagd naar de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van deze module ter ondersteuning van en in samenhang met de huisartsenzorg geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden. Dit betekent dat het dan geen opslag is op het inschrijftarief van de huisarts, maar een module die kan worden aangeboden, ook door andere zorgaanbieders, als ondersteuning van de huisartsenzorg. Deze module zal altijd in samenhang met de huisartsenzorg (cq in de huisartsenpraktijk) moeten worden aangeboden en ten dienste staan van de huisarts. De huisartsen zullen betrokken worden bij de nieuwe vormgeving van de POH-GGZ functie. Preventie (voor zover die nu tot het verzekerd pakket behoort) maakt integraal onderdeel uit van de ondersteuningsmodule. Partijen benadrukken tevens het belang in de huisartsenzorg voor het ontwikkelen van een tool voor eenduidige screening/ herkenning van klachten en triage teneinde patiënten met

psychische problematiek, die niet binnen de huisartsenfunctie worden geholpen, door te kunnen verwijzen naar de generalistische Basis GGZ, specialistische GGZ of AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk).

(2) Partijen spreken af dat voor de generalistische Basis GGZ in 2012 een beperkt aantal – uitgangspunt is ongeveer 3 – eenduidige zorgproducten wordt ontwikkeld, die differentiëren in intensiteit. In 2014 wordt voor de generalistische basis GGZ uniforme bekostiging op basis van dit aantal zorgzwaarte-prestaties ingevoerd die aansluit op de zorgvraag van de patiënt. Hierbinnen bestaat de mogelijkheid om bijvoorbeeld een e-health programma aan te bieden of de consultatieve rol van een bepaalde zorgaanbieder te bekostigen. Om de zorgzwaarte van de patiënt te bepalen gebruikt de aanbieder van de generalistische Basis GGZ de hiervoor geëigende, waar mogelijk gestandaardiseerde diagnostische instrumenten. Daaruit blijkt in welke zorgvraagzwaarteklasse (intensiteit van zorg) de patiënt valt. Zorgzwaarte, diagnose en overige patiëntgebonden factoren zijn leidend in de keuze voor de op de patiënt toegesneden aanpak volgens geaccepteerde professionele richtlijnen. De aanbieder behandelt vervolgens met evidence based behandelrichtlijnen als basis voor het zorgprogramma. De NZa wordt gevraagd om advies over de meest gewenste tariefsoort. In het voorjaar 2013 zal de NZa een aanwijzing ontvangen van de minister op basis waarvan de beleidsregels voor de nieuwe bekostiging per 2014 worden vastgesteld. Daarbij is het van belang dat prestaties in de generalistische Basis GGZ goed vergelijkbaar zijn met prestaties van de gespecialiseerde GGZ. En dat data- en registratiesystemen gebruikt worden, die aansluiten bij de te ontwikkelen zorgproducten en waarbij qua informatie-uitwisseling dezelfde taal wordt gebruikt als in de gespecialiseerde GGZ.

(3) Voor de gespecialiseerde GGZ wordt per 2013 voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de bestaande DBCs. De bekostiging van instellingen op basis van AWBZ-parameters wordt afgeschaft per 2013. Tegelijkertijd worden de huidige tarieven (maximumtarieven voor de niet-gebudgetteerde aanbieders en vaste tarieven voor de gebudgetteerde aanbieders) in 2013 vervangen door zogenaamde max-maxtarieven ten opzichte de zogenaamde standaardmaxima. Daarnaast werken partijen aan de doorontwikkelagenda voor verbeteringen aan de DBC systematiek.

(4) Voor de langere termijn wordt voor de gespecialiseerde GGZ toegewerkt naar een DBC systeem dat zowel zorgzwaarte als uitkomsten van zorg inzichtelijk maakt.

xi. Zorgverzekeraars laten bij hun zorginkoop het jaarlijkse macrobudgettaire kader[11] voor de curatieve GGZ leidend zijn. Zorgverzekeraars zullen doelmatige en kwalitatief goede zorg inkopen, waarbij gestuurd wordt op prijs, kwaliteit, gepast gebruik en het terugdringen van ongewenste over- en onderbehandeling. Hiervoor is nodig dat zorgverzekeraars over voldoende en juiste informatie beschikken. Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders, instellingen en zelfstandig gevestigden die zij contracteren afspraken over tarieven en maximumhoeveelheden te declareren zorgproducten. Deze afspraken zijn van zodanige

[11] Het macrobudgettaire kader (BKZ) is jaarlijks de basis voor het macroprestatiebedrag (MPB), op basis waarvan de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars wordt vastgesteld. Het verschil tussen BKZ en MPB betreft de loon- en prijsbijstelling en de groeiruimte voor het daaropvolgende jaar (wel in MPB) en daarnaast de eigen bijdragen GGZ (niet in MPB).

aard dat als onverhoopt blijkt dat er toch te veel is gecontracteerd (op basis van een toets aan het beschikbare financiële kader in maart en september van het lopende jaar) de afspraken kunnen worden aangepast. De beoogde volumebeheersing moet voor zorgverzekeraars gezien worden als een maximale inspanningsverplichting, die hen niet vrijwaart van de wettelijke zorgplicht. Zorgverzekeraars dragen zorg voor een inkoopproces waarin sprake is van een gelijk speelveld en dus een gelijke behandeling van alle zorgaanbieders, ongeacht de wijze waarop zij tot en met 2012 worden gefinancierd. Gelijk of gelijkwaardig zorgaanbod wordt volgens dezelfde normen in overweging genomen en beoordeeld, uiteraard onverlet de macrokostenbeheersing en de eenmalige transitieregeling. Het voornemen van de Regering om artikel 13 ZVW (restitutievergoeding bij naturapolissen) aan te passen regardeert de positie van de patiënt ten aanzien van de keuze van behandelaar. Verzekeraars informeren hun verzekerden tijdig over de wijze waarop zij artikel 13 Zvw toepassen.

xii. Ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid wordt een macrobeheersinstrument (MBI) geïntroduceerd. Dit MBI kan ingezet worden als ultimum remedium in het geval er ondanks ex ante afspraken en ex ante maatregelen toch overschrijdingen optreden van het financiële kader. Voor 2013 gaat het hierbij om het kader voor de tweedelijns curatieve GGZ. Voor 2014 en verder gaat het hier om één geïntegreerd kader voor de gehele curatieve GGZ (exclusief huisartsenzorg). Partijen willen een gedifferentieerd MBI, waarbij zorgaanbieders ontzien worden die zich aan de contractafspraken hebben gehouden. Uitgangspunt daarbij is dat aanbieders die een contract sluiten met een zorgverzekeraar er van uit mogen gaan, dat dit contract nagekomen wordt en dat er niet achteraf ingegrepen wordt. De komende tijd wordt nader onderzocht hoe een dergelijk 'gedifferentieerd' MBI op een effectieve, uitvoerbare en juridisch solide wijze kan worden vormgegeven en wat werkbare criteria zijn voor 'goed gedrag'[12]. Als onderzoek naar een gedifferentieerd MBI geen uitvoerbare en juridisch houdbare variant oplevert of een variant waarmee de overschrijding niet geheel kan worden gekort, kan worden teruggevallen op een generieke kortingsmaatregel waarbij zorgaanbieders bij een onverhoopte overschrijding naar rato van marktaandeel worden gekort; dat betekent dat het kortingspercentage voor iedereen hetzelfde is.

xiii. Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

xiv. Om transitierisico's te beheersen zal in 2013 voor gebudgetteerde instellingen een transitiemodel worden vormgegeven. Het model dient alleen de systeemrisico's[13] van

[12] Onder 'goed gedrag' wordt verstaan dat men zich houdt aan de contractafspraken.

[13] Het systeemrisico dat een instelling loopt is het verschil tussen de opbrengst die een zorginstelling voor een bepaalde hoeveelheid en kwaliteit zorg zou hebben gekregen onder het oude systeem en wat hij voor diezelfde hoeveelheid en kwaliteit zorg krijgt onder het nieuwe systeem. Systeemrisico's betreffen dus uitsluitend de omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders die te maken hebben met de technische veranderingen van het bekostigingsysteem en staan los van omzetmutaties die het gevolg zijn verschuivingen in de omvang en aard van de door de instelling geleverde zorg.

aanbieders te beheersen en geen reguliere omzetrisico's[14]. Het transitiemodel werkt als volgt:

- Per 2013 voeren alle zorgaanbieders alleen nog een DBC-administratie.
- Ultimo 2012 maken representerende zorgverzekeraars nog éénmalig productieafspraken met de gebudgetteerde instellingen over 2013. Per gebudgetteerde instelling doen zij dat zowel in termen van oude budgetparameters als in termen van DBCs.
- Het verschil tussen de "productieafspraken in termen van budgetparameters" en de "DBC-productieafspraken", beide ultimo 2012 gemaakt, is het zogenaamde "transitiebedrag". Dit is een bedrag (in €) dat positief of negatief kan zijn en dat ultimo 2012 wordt vastgesteld en daarna niet meer kan wijzigen.
- Eind 2013 worden de betreffende aanbieders afgerekend op basis van hun gerealiseerde productie in termen van DBCs voor zover hier productieafspraken met zorgverzekeraars aan ten grondslag liggen.
- Daarnaast wordt het transitiebedrag, vermenigvuldigd met een percentage van 70% uitgekeerd of in rekening gebracht.
- Per 2014 vervalt het representatiemodel en onderhandelen aanbieders met individuele zorgverzekeraars op basis van DBCs.

Er is een aantal zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen[15] met een bovenregionale functie en/of een specifieke kennisfunctie (en met dus een grotendeels bovenregionale patiëntenpopulatie) waarbij de overgang naar bekostiging op basis van DBCs bijzondere transitierisico's met zich mee kan brengen voor de continuïteit van zorg voor de betreffende patiëntengroepen. Dit is het geval indien het verschil tussen hun afspraken in termen van budgetparameters en de afspraken in termen van DBCs groter is dan 15%. In die gevallen zal voor dit type instellingen een transitiepercentage van 95% gelden.

Bij de instellingen die van dit hogere transitiepercentage gebruik maken zal onafhankelijk kostenonderzoek plaatsvinden, waarbij objectieve zorginhoudelijke verklaringen waarom de DBC-systematiek en de huidige tarieven voor deze instellingen niet toereikend zijn, kunnen leiden tot aanpassing van die tarieven, van de dbc-productstructuur of tot een beschikbaarheidbijdrage. Bij dat onderzoek zal ook objectieve informatie over de zwaarte van de zorgvraag van de patiënten worden betrokken. Partijen plegen een uiterste inspanning om in het jaar 2013 tot het benodigde inzicht te komen zodat VWS een definitief besluit kan nemen en benodigde aanpassingen tijdig kunnen worden doorgevoerd. Indien een dergelijke aanpassing niet tijdig beschikbaar is, kan het transitieregime voor deze instellingen worden verlengd met een jaar.

xv. Partijen onderkennen dat inzicht in de relatie tussen zorgvraagzwaarte en de kosten nodig is voor de inkoop van doelmatige zorg. Wanneer verschillen in zorgzwaarte leiden tot verschillen in de kosten van behandelingen, zal onderzocht moeten worden of de relatie

[14] Reguliere omzetrisico's betreffen omzetverschuivingen die puur het gevolg zijn van mutaties in aard en omvang van de door een instelling geleverde zorg.

[15] Dat wil zeggen: niet-geïntegreerde instellingen die zich uitsluitend toeleggen op de zorg aan een specifieke patiëntendoelgroep en die hun zorg niet in een ziekenhuissetting leveren.

tussen zorgzwaarte en kosten van zorg in het ex ante risicovereveningsmodel verwerkt kan worden. Hiertoe zullen zorgvraagzwaartegegevens op individueel niveau vastgelegd moeten worden. Voor onderzoek en uitvoering van de risicoverevening dienen deze gegevens op individuniveau (gepseudonimiseerd) ter beschikking te worden gesteld aan derden (CVZ en door VWS aangewezen onderzoeksbureaus).

xvi. Monitoring

Een goede monitoring van de productieafspraken en productie gedurende het jaar bij alle zorgaanbieders is essentieel. Alle partijen werken daar aan mee. Zorgverzekeraars en aanbieders zullen zich daarbij inspannen om vóór 1 januari tot afronding van de contractering te komen.

Zorgverzekeraars leveren ieder afzonderlijk aan de NZa jaarlijks de volgende informatie aan met betrekking tot de curatieve GGZ:

- voor 15 maart (jaar t): gemaakte productieafspraken plus een schatting van de uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg over jaar t (uitgesplitst naar tweedelijns en overige cGGZ);
- voor 15 september (jaar t): nieuwe stand gemaakte productieafspraken plus een schatting van de uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg over jaar t (uitgesplitst naar tweedelijns en overige cGGZ).

De NZa telt deze bedragen bij elkaar op en meldt deze aan VWS. Indien de som boven de beschikbare financiële kaders uitkomt, spreekt VWS zorgverzekeraars en aanbieders daarop aan, zodat deze nog in het lopende jaar maatregelen kunnen nemen.
Zorgverzekeraars leveren - ten behoeve van de werking van het zogenaamde macrobeheersinstrument (MBI) - gezamenlijk één bestand aan bij de NZa met per aanbieder de over de periode van een jaar uitbetaalde declaraties.

Daarnaast is het van belang de kwaliteit van de schadelastgegevens te verbeteren, zoals wordt opgegeven door het CVZ. Daartoe onderzoeken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS gezamenlijk of naast de reeds beschikbare informatie, per kwartaal in ieder geval inzicht gegeven kan worden in het onderhanden werk, bestaande uit:

- o DBC zorgproducten die zijn gesloten en nog niet gefactureerd en
- o DBC zorgproducten die nog niet zijn gesloten.

Zorgverzekeraars maken aan de hand van deze beschikbaar te komen informatie een zo adequaat mogelijke inschatting van de balanspost, met andere woorden de nog te verwachten schadelast ultimo het jaar bovenop de hiervoor genoemde elementen. Dit inzicht wordt binnen een maand na afsluiting van het kwartaal via het CVZ aangeleverd aan VWS.

xvii. Eigen bijdrage

In navolging van de eerstelijns GGZ is per 1 januari 2012 ook in de tweedelijns curatieve GGZ een eigen bijdrage (voor behandeling én voor verblijf) ingevoerd.
In de begroting van 2013 wordt voorgesteld om de eigen bijdrage 'behandeling' in de tweedelijns GGZ gedeeltelijk te laten vervallen ('begrotingsakkoord') om kwetsbare groepen te ontzien. Hiervoor is € 55 miljoen in 2013 gereserveerd. De Minister van VWS heeft hiertoe een wetsvoorstel ingediend voor de verzachting van de eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen (tot 110% van het sociaal minimum).

Daarnaast heeft de minister toegezegd om de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ voor kwetsbare groepen te monitoren. De minister informeert de Tweede Kamer – na overleg met partijen en het ministerie van VenJ - in september over de eerste tussenresultaten. De LPGGZ, GGZ-N, NVVP, NIP, LVE en NVvP zijn tegen het heffen van een eigen bijdrage. Enerzijds omdat dit stigmatiserend werkt voor mensen met psychische problematiek, anderzijds omdat er bij de patiënten in de tweede lijn sprake is van ernstige problematiek. Het LPGGZ vreest dat deze mensen door de financiële drempel gaan afhaken, met alle schadelijke gevolgen van dien, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij.

xviii. Zorgverzekeraars en het ministerie van VWS zijn van mening dat de aanspraak op curatieve GGZ in de Zvw scherper moeten worden afgebakend om te voorkomen dat er oneigenlijke druk op het Zvw kader ontstaat, zowel binnen de Zvw, alsmede ook vanuit aanpalende regimes zoals Wmo, AWBZ, Justitie, Onderwijs en Jeugdzorg. In aansluiting op het rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu verzekerde zorg en wat niet?' (6 april 2012) zal het CVZ voorstellen voor een scherpere afbakening van de curatieve GGZ in de Zvw uitwerken in het najaar 2012. Daarbij wordt tevens betrokken de afbakening van de verzekerde zorg in relatie tot de DSM classificatie.

xix. Partijen spreken af in 2012 een plan van aanpak op te stellen voor de lange termijn op de volgende onderwerpen: (a) het verminderen van de administratieve lasten, (b) een specifiek regime ten aanzien van de groep mensen met ernstige, psychiatrische aandoeningen (EPA)[16], (c) het wegnemen van knelpunten en het versnellen van het proces, dat is gericht op (een verantwoord) gebruik van e-mental health, (d) de ontwikkeling van topzorg mede op basis van onderzoeken van de Gezondheidsraad en IMTa (e) het in kaart brengen van bestaand wetenschappelijk onderzoek en van de mogelijkheid voor stimulering van programma's zoals bijvoorbeeld het Programma Geestkracht (f) de flexibilisering van de arbeidsmarkt met als doel adequaat te kunnen reageren op toekomstige veranderingen (g) het onderzoeken van de mogelijkheden om de behandeling van beroepsgebonden aandoeningen meer aandacht te geven (h) plan van aanpak brede versterking ziekenhuispsychiatrie.

xx. Zorgaanbieders zijn van mening dat ter verbetering van de samenhang en vermindering van de bureaucratie en de administratieve lasten het resterende AWBZ deel voor GGZ moet worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Partijen spreken af dat er een technisch onderzoek zal worden verricht naar de voor- en nadelen, belemmeringen, budgettaire effecten en knelpunten, zoals ondermeer de effecten op risicoverevening en afbakeningsproblemen. Het onderzoek moet tijdig alle bouwstenen voor besluitvorming opleveren. De besluitvorming daarover zal worden overgelaten aan een volgend kabinet. Totdat het resterende AWBZ deel wordt overgeheveld, blijft de mogelijkheid bestaan om in lokaal overleg middelen van AWBZ naar Zorgverzekeringswet over te hevelen, waarna deze middelen structureel in de Zorgverzekeringswet beschikbaar blijven en structureel aan het Zvw-kader worden toegevoegd.

xxi. Partijen willen de tweedeling tussen de somatische zorg en psychiatrische zorg opheffen. Dit gaat zowel om de aandacht voor somatische ziekten in de GGZ als wel de aandacht voor het

[16] Voor de EPA-forensische groep zal de voorbereiding bij voorrang met het ministerie van VenJ gebeuren.

herkennen van psychische problematiek bij mensen die somatisch worden behandeld. Partijen zijn van mening dat de huidige tweedeling in lichamelijke en psychische ziekten naar de kennis van nu niet meer te verdedigen is. Het merendeel van de zorgvraag van patiënten die als medisch specialistische zorg moet worden aangemerkt betreft multimorbiditeit. Dit betreft zowel meerdere psychische problemen als een combinatie van somatische en psychische problemen. Bij de combinatie van somatische en psychische problematiek is soms signalering en parallelle behandeling voldoende. Voor meer complexe aandoeningen is geïntegreerde zorg met korte lijnen tussen behandelaars noodzakelijk. Er wordt een plan van aanpak opgesteld gericht op het opheffen van de tweedeling en borgen van de relatie tussen somatiek en GGZ.

xxii. Financiële paragraaf

De gezamenlijke ambitie is om de uitgavengroei in de GGZ die de laatste jaren gemiddeld nominaal 8% per jaar bedroeg, terug te brengen naar een significant lager niveau.
Een significant lager groeiniveau is niet minder dan een trendbreuk en daarom een enorme opgave voor partijen. Een opgave die alleen door een samenstel van maatregelen vanuit de verschillende verantwoordelijkheden gerealiseerd kan worden.
Afgesproken wordt om voor 2013 en 2014 op een structurele jaarlijkse uitgavengroei uit te komen van 2,5%, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. Dit betreft de totale uitgavengroei, alle afspraken in dit akkoord moeten binnen deze financiële ruimte worden geaccommodeerd.
Naar de huidige inzichten (en bij een loon- en prijsbijstelling van indicatief 2,75%) komt dat neer op ca. 5,3% nominaal.
De grondslag waarop het afgesproken groeicijfer wordt toegepast bedraagt voor 2012 € 4,029 miljard euro.[17]
Daarmee wordt het voor cGGZ beschikbare kader in de jaren 2012-2014:

Inclusief veronderstelde loon- en prijsbijstelling:

2012	**2013**	**2014**[18]
4,029 mld	4,243 mld	4,469 mld

Exclusief toekomstige loon- en prijsbijstelling, dus in prijzen 2012:

2012	**2013**	**2014**
4,029 mld	4,130 mld	4,233 mld

De jaar-op-jaarstijging bedraagt hiermee naar schatting 5,3%, inclusief de veronderstelde loon- en prijsbijstelling.[19] Cursief is de reeks opgenomen exclusief loon- en prijsbijstelling in prijzen 2012.

---

[17] In deze reeks zijn tevens de beschikbare middelen voor ernstige, enkelvoudige dyslexie verwerkt. Hierbij is uitgegaan van € 34 miljoen in 2012. Dit geldt ook voor een verhoging van de DBC tarieven voor behandelingen van 18.000 minuten en langer. Tevens bevat deze reeks de benodigde gelden voor kwaliteitsbeleid en gelden voor projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering en ten behoeve van de destigmatiseringscampagne. De wijze waarop de middelen hiervoor beschikbaar komen, wordt nog technisch uitgewerkt.

[18] Het effect van pakketmaatregelen zoals in het regeerakkoord zijn opgenomen met betrekking tot stringent pakketbeheer, rechtmatigheid conform ZVW, lage ziektelast kan tot aanpassingen van deze reeks leiden. Dat geldt ook voor eventuele andere pakketmaatregelen. Daar staat dan echter ook tegenover dat ten aanzien van de betreffende zorg de zorgplicht komt te vervallen. Via de aanvullende verzekering kunnen aanpassingen als gevolg van pakketmaatregelen wel tot de omzet van de GGZ aanbieders blijven behoren. De reeks kan ook aangepast worden indien een nieuw kabinet besluit tot aanvullende maatregelen, danwel op basis van technische correcties (zoals bijvoorbeeld een AWBZ/Zvw kaderschuif in verband met gewijzigde normeringssystematiek kapitaallasten).

Dat partijen een inspanningsverplichting aangaan in plaats van een resultaatverplichting vloeit voort uit het feit dat deze afspraken partijen niet kunnen vrijwaren van de wettelijke zorgplicht.
Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de doelstelling ten aanzien van een lagere macrogroei te realiseren. Zorgverzekeraars streven er daarbij naar om in hun contracteerbeleid vanaf 2013 uit te komen op een gemiddelde uitgavengroei van maximaal 2,5%, exclusief loon- en prijsbijstelling. Zorgaanbieders werken mee aan de totstandkoming van dergelijke afspraken en spannen zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen.

xxiii. Omgang met over- en onderschrijdingen

Over- en onderschrijdingen 2011 en 2012
Op basis van in maart 2012 ontvangen cijfers van de NZa, Vektis en het CVZ is de verwachting dat over het jaar 2011 een overschrijding ontstaat van € 115 miljoen.
De minister van VWS is bereid hiervan € 40 miljoen voor haar rekening te nemen door een verhoging van de grondslag. Mocht later blijken dat de overschrijding 2011 afwijkt van de verwachte € 115 miljoen, dan leidt dit niet tot aanpassing van de grondslag 2012.
Verondersteld wordt dat de overschrijding 2011 geen of slechts gedeeltelijk doorwerking zal hebben naar 2012, gezien de maatregelen die met ingang van 2012 in de cGGZ zijn genomen.
Zorgverzekeraars monitoren de met de inkoop van cGGZ gemoeide uitgaven (zie paragraaf xv voor de afspraken met betrekking tot de monitoring). In dat kader verstrekken zij in september 2012 aan de NZa een opgave van de gecontracteerde GGZ en een inschatting van de ongecontracteerde GGZ. Indien de som van de bedragen boven de beschikbare financiële kaders uitkomt, spreekt de minister van VWS zorgverzekeraars en aanbieders hierop aan, zodat deze maatregelen kunnen nemen.
Indien in 2013 onverhoopt blijkt dat niettemin sprake is van een over- dan wel onderschrijding van het budgettair kader, geldt dezelfde handelwijze als voor over- en onderschrijdingen in de jaren 2013-2014.

Over- en onderschrijdingen 2013-2014
Zorgverzekeraars streven er naar om in hun contracteerbeleid voor 2013 en 2014 een gemiddelde uitgavengroei van maximaal 2,5% te realiseren (exclusief loon- en prijsbijstelling). Bovencontractuele groei wordt in beginsel niet vergoed, tenzij uit hoofde van de wettelijke zorgplicht aanvullende contractering noodzakelijk is gebleken.
In het eventuele onverhoopte geval dat, ondanks de monitoringsafspraken, op grond van realisatiecijfers overschrijdingen blijken, zal de minister daarover met partijen nader in overleg treden. Naast het (al dan niet gedifferentieerd) korten van aanbieders kunnen daarbij ook maatregelen in de sfeer van pakket en eigen bijdragen worden overwogen, waarbij gekeken zal worden naar aard en oorzaak van de overschrijdingen. Naar de mate waarin de te verwachten uitgavenontwikkeling in lijn is met de ambities zoals

[19] Aan de hier veronderstelde loon- en prijsbijstelling van 2,75% kunnen geen rechten worden ontleend. Jaarlijks wordt bij voorjaarsnota de werkelijke loon- en prijsontwikkeling bepaald en of deze al dan niet wordt uitgekeerd. In de begroting van VWS worden de bedragen exclusief loon- en prijsbijstelling opgenomen. In de begroting 2013 is dat op basis van prijsniveau 2012.

overeengekomen in dit convenant, hebben partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om een deel van de (eventuele) problematiek te dragen.
Indien echter geen tijdige[20] en volledige overeenstemming wordt bereikt, zal de minister van VWS als ultimum remedium haar verantwoordelijkheid met gebruikmaking van het macrobeheersinstrument danwel het verlagen van de tarieven eenzijdig maar in de geest van dit akkoord nemen.
In het geval dat er sprake is van een onderschrijding wordt het cGGZ kader hier niet voor aangepast. Een lagere groei dan afgesproken in het ene jaar geeft dan ruimte voor een hoger groeipercentage in het daaropvolgende jaar, mits het cGGZ kader daarmee niet wordt overschreden.

[20] Tijdig betekent dat eventuele maatregelen, als alternatief voor onverkorte toepassing van het MBI, met inachtneming van de daarvoor geldende spelregels op tijd (vóór 1 juni t+1) bij de Tweede en Eerste Kamer kunnen worden voorgehangen. Dat betekent dat overleg op basis van inschattingen in maart van t+1 moet beginnen en onderdeel uitmaakt van de Voorjaarsbesluitvorming van het kabinet. Toepassing van het MBI heeft betrekking op jaar t. Andere maatregelen, zoals pakket of eigen betalingen, hebben hun effect veelal pas in jaar t+2 (en voorkomen moet worden dat deze pas in t+ 3 in kunnen gaan). De gemiste jaren t en t+1 moeten in dat geval ook budgettair in de maatregelen verwerkt worden.

xxiv. Partijen spreken af dat vier keer per jaar overleg gevoerd wordt over de voortgang van de afspraken op basis van een uitvoeringsagenda gerelateerd aan de afspraken van dit bestuurlijk akkoord. In 2014 wordt een evaluatie uitgevoerd over de initiatieven van dit bestuurlijk akkoord.

Den Haag, 18 juni 2012,

Namens het Landelijk Platform GGz,

Mw. H.W.A. Vermolen-van Gerwen, vicevoorzitter

Namens GGZ- Nederland,

Mw. M.A.M. Barth, voorzitter

Namens Zorgverzekeraars Nederland ,

Dhr. A. Rouvoet, voorzitter

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Dhr. R.J. Van der Gaag, voorzitter

Namens het Nederlands Instituut van Psychologen,
Onder voorbehoud van ledenraadpleging

Mw. P.M. Altenburg, voorzitter

Namens de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn,

Dhr. L. Kliphuis, directeur

Namens de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen,
Onder voorbehoud van ledenraadpleging

Dhr. J.P.A. Kamsma, voorzitter

Namens Meer GGZ,

Dhr. B. Bakker, voorzitter

Namens de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten,
Onder voorbehoud van ledenraadpleging

Dhr. A.A. Van Buuren, voorzitter

Namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Mw. E.I. Schippers, minister