

TOEKOMSTBEELD / AMBITIE VOOR DE GGZ

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland staat internationaal hoog aangeschreven. Elke dag worden er in de ggz mensen geholpen door zorgverleners met hart voor de patiënt. Met als doel om iemand de zorg en ondersteuning te bieden die hij nodig heeft zodat hij net zoals ieder ander kan meedoen in de samenleving. Verschillende groepen mensen hebben ggz nodig. Er zijn mensen die hun hele leven lang zorg en ondersteuning nodig hebben, in wisselende intensiteiten. Bijvoorbeeld de groep ernstig psychiatrische patiënten. Er zijn ook mensen die eenmalig, of enkele keren, zorg vanuit de ggz nodig hebben. Bijvoorbeeld mensen die in hun leven te maken krijgen met een depressie. Bij elk van deze mensen/groepen hoort een verschillend zorgpad, van lichte vormen van zorg en ondersteuning tot zwaardere medische zorg. Het is van groot belang dat aan de voorkant goed wordt ingeschat welk zorgpad voor een patiënt het meest passend is. Er is uiteraard geen blauwdruk te geven voor het zorgpad dat iemand bewandelt. Wel is er een ideaalbeeld te schetsen: dat er goed naar de persoon wordt geluisterd, deze de hulp krijgt die nodig is en afgestemd is op zijn behoefte en dat deze hulp snel geleverd wordt. Hieronder wordt voor twee veel voorkomende situaties het toekomstbeeld geschetst dat partijen voor ogen hebben.

Als je voor het eerst met de ggz in aanraking komt betekent dat bijvoorbeeld dat, wanneer je huisarts of POH-ggz je onvoldoende verder kunnen helpen, zij een professional in de ggz inschakelen voor een consultatie, om je zo snel mogelijk goed te kunnen begeleiden of behandelen. Deze consultatie is eenvoudig te organiseren en wordt eenvoudig gefinancierd: het zogeheten kijk- en luistergeld. Adequate triage en diagnostiek vergen kennis van zowel het sociale, psychologische, verpleegkundig als het (medisch) somatische domein. Ook een wijkteam kan hierop een beroep doen. Hierdoor word je goed verwezen of al gediagnosticeerd. Je komt daardoor direct op de goede plek voor behandeling (POH-ggz, generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz) of begeleiding. Hierbij is ook aandacht voor ondersteuning aan je kinderen. Omdat de wachttijden sterk zijn teruggelopen (mede door meer en slimmer ingezet personeel, minder verkeerde verwijzingen en sneller afschalen zonder verlies van kwaliteit) kun je op meerdere plekken snel terecht. Een keuzewebsite waarmee je inzicht krijgt in het aanbod, de kwaliteit en de toegankelijkheid van verschillende aanbieders helpt je om een goede keuze te maken. Tijdens de korte wachttijd kun je gebruik maken van e-health, ondersteuning door ervaringsdeskundigen of ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein en word je situatie gemonitord door je toekomstige zorgaanbieder. Als je in behandeling komt, bepaal je samen met je behandelaar je behandeldoelen, stel je samen met je behandelaar en naasten het plan op en houd je door middel van een online omgeving je voortgang bij. Als jij dat wil, kan de huisarts of POH-ggz online met je meekijken. Dit helpt enorm voor een goede overdracht van de ene naar de andere hulpverlener. In elke fase krijgen jij en je naaste omgeving de mogelijkheid om contact te zoeken met laagdrempelige lotgenotengroepen, anonieme hulplijnen, organisaties van patiënten en naasten en met ervaringsdeskundigen.

Behoor je tot de kleine groep mensen met een ernstige psychische aandoening of multiproblematiek, dan geldt dat -onder de coördinatie van de huisarts of de regiebehandelaar- de POH ggz, medebehandelaren, wijkteam, ervaringsdeskundigen en mantelzorgers zich samen rondom en waar mogelijk met regie van jou organiseren. Hierbij is ook aandacht voor ondersteuning aan je kinderen. Zij doen er alles aan om je in je vertrouwde omgeving zorg en ondersteuning te bieden: ambulante als het kan, tijdelijk een klinische opname als het moet. Door vroegsignalering onder andere met behulp van familie en naasten, en zorg en hulp in de wijk wordt onnodige escalatie voorkomen. Verzekeraars en gemeenten hebben hierover goede afspraken gemaakt.

Je woont in een omgeving die past bij jouw capaciteiten en waar je makkelijk contact kunt maken, van een reguliere woning tot een beschermd wonen plek. Domeinoverstijgend samenwerken is veel gangbaarder geworden voor professionals omdat het loont: het is beter voor de patiënt, en het werk wordt er leuker en afwisselender van. Daarom is het mooi dat samenwerking tussen hulpverleners op patiëntniveau tussen en binnen domeinen door zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren financieel beter mogelijk is gemaakt. Ook hebben professionals veel minder te maken met onnodige administratieve rompslomp waardoor ze hun tijd ook echt aan nuttige zaken kunnen besteden.

Zorg en ondersteuning beperken zich niet tot het ggz-domein: ook wonen, schulden, werk en dagbesteding en somatische zorg horen bij de domeinen waarin je hulp kunt krijgen als dat nodig is. Het uitgangspunt blijft dat jij zoveel mogelijk – en zoveel als je zelf wilt - moet kunnen meedoen aan de maatschappij. Omdat informatie-uitwisseling sterk verbeterd is, kunnen hulpverleners als ze toestemming krijgen van jou meekijken in je dossier. Andersom kun jij via die route heel eenvoudig in contact komen met hen. Hierdoor is het ook snel in te schatten als het minder goed met je gaat. In dat geval is er altijd een bed op recept of opnameplek beschikbaar. Voor ontmoeting, activiteiten, onderlinge steun en leertrajecten kan iedereen terecht bij een herstelacademie of zelfregiecentrum. Deze voorzieningen vormen een brug tussen zorg en de samenleving en helpen mensen om hun gewone leven vorm te geven. Omdat deze vormen van zorg en ondersteuning nu ook goed gefinancierd worden, is het arbeidsmarktprobleem ook voor een deel opgelost.

Partijen

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

1. ALGEMENE OVERWEGINGEN TEN AANZIEN VAN DE TOEKOMST VAN DE GGZ

Overwegende dat:

- a. Alle betrokken partijen de ambitie hebben om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op lange termijn zowel fysiek, tijdig als financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft, en er naar streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei;
- b. In dat licht in het Regeerakkoord het voornemen tot het sluiten van hoofdlijnenakkoorden is opgenomen;
- c. De afspraken die zijn gemaakt in de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie (AGGT) een blijvende basis vormen waarop in deze bestuurlijke afspraken zal worden voortgebouwd;
- d. Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen en veranderende wensen van de samenleving ten aanzien van zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden;

- e. Partijen de ambitie hebben zich de komende jaren gezamenlijk in te zetten voor een inclusieve samenleving, zonder stigma voor mensen met ggz-problematiek, waarin er vanuit de maatschappij gekeken wordt welke ondersteuning en zorg iemand nodig heeft om naar eigen vermogen mee te doen (niet het systeem, maar de mens is leidend en beslist mee);
- f. Deze ontwikkelingen onder meer vragen om een transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt minimaal even goede of zelfs betere kwaliteit;
- g. Als blijvend uitgangspunt geldt dat goede diagnostiek en behandeling gegeven wordt door een behandelaar conform het kwaliteitsstatuut;
- h. Dergelijke veranderingen niet van de ene op de andere dag plaatsvinden. En dat voldoende tijd en een meerjarenperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau randvoorwaardelijk zijn om de noodzakelijke aanpassingen onderdeel te laten worden van voorgenoemde transformatie. Partijen erkennen dat er binnen het stelsel volop ruimte is en blijft voor koplopers zowel aan de kant van de zorgaanbieders als aan de kant van de zorgverzekeraars;
- i. Het startpunt van dit akkoord de Zorgverzekeringswet (Zvw) is, maar dat er voor de partijen een gezamenlijke opgave ligt die niet alleen vanuit dit domein opgelost kan worden. Om te komen tot passende zorg en ondersteuning worden in dit akkoord ook afspraken gemaakt hoe om te gaan met de raakvlakken met andere domeinen zoals het sociaal domein en de Wet langdurige zorg (Wlz). De ggz partijen zullen actief afstemmen met de partijen van de hoofdlijnenakkoorden die op sectoren zijn gesloten zoals de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg en de wijkverpleging;
- j. Tijdens het VNG jaarcongres van 26 en 27 juni jl. moties zijn aangenomen die het voor de VNG niet mogelijk maken om op 3 juli in te stemmen met het onderhandelaarsakkoord ggz 2019-2022. De VNG zal op een later moment besluiten over het al dan niet aansluiten bij deze bestuurlijke afspraken. Daar waar in de tekst van dit onderhandelaarsakkoord expliciet wordt verwezen naar 'gemeenten' of wanneer onder 'partijen' ook 'gemeenten' wordt verstaan, moet dit worden gelezen als oproep van de partijen bij deze afspraken aan gemeenten om bij te dragen aan de uitvoering van dat wat in dit onderhandelaarsakkoord is overeengekomen;
- k. Dit akkoord geen wijzigingen aanbrengt in taken en verantwoordelijkheden van partijen, noch wijzigingen aanbrengt in de wetgevende kaders zoals vastgelegd in de Zvw, Wet langdurige zorg, Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de privacywetgeving;
- l. Dit akkoord niet wil treden in andere trajecten waarin gewerkt wordt aan problematiek met samenhangende thema's, waarvoor andere partijen dan de partijen betrokken bij dit akkoord nodig zijn om tot een oplossing te komen. Een voorbeeld is het realiseren van voldoende betaalbare woningen. Waar relevant wordt in de tekst naar andere trajecten verwezen;
- m. Dit akkoord bijdraagt aan een substantiële verlaging van administratieve lasten voor de zorgprofessional en zorginstelling, zoals dit is opgenomen in de sectorplannen Regedruk en Rechtmatige zorg;
- n. Zvw-partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te leveren en dat de wachttijden boven de Treeknormen zo snel mogelijk worden afgebouwd;
- o. Er bij de ggz behandeling van volwassenen ook rekening wordt gehouden met de sociale omgeving, in elk geval met de kinderen, met het oog op hun welzijn, veiligheid en de transgenerationale overdracht van psychische problematiek;
- p. Partijen de inzet van ervaringsdeskundigen stimuleren, onder andere in opleidingen, behandelingen en ondersteuning van cliënten;
- q. Het wenselijk is dat met het oog op de contractering in de Zvw voor 2019 tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke, registratieve en financiële kaders voor het jaar 2019 en latere jaren (met het oog op gewenste meerjarencontracten);
- r. Om te voorkomen dat er met het aantreden van een nieuw kabinet na de kabinetsperiode Rutte-III een brugjaar zou ontstaan, het wenselijk is dit akkoord te sluiten voor de periode 2019 tot en met 2022,

spreken partijen het volgende af:

2. ZORG OP DE JUISTE PLEK

- a. Partijen hebben de afgelopen jaren een transformatie in de ggz op gang gebracht die ertoe leidt dat steeds meer de juiste zorg op de juiste plek geleverd wordt. Er zijn al veel goede voorbeelden. Na twee bestuurlijke akkoorden en naast de huidige AGGT werken partijen gezamenlijk verder aan een ambitieuze hervorming van de ggz.
- b. Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek*. Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018) van de gelijknamige Taskforce fungeert hierbij als belangrijke inspiratiebron. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen, lichamelijk, psychisch en sociaal. Niet op elke behoefte van mensen past een zorgantwoord. Het gaat erom goed functioneren te bevorderen (preventie en bevorderen zelfredzaamheid) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling). Dit vraagt om tijdige signalering, voldoende gezondheidsvaardigheden van patiënten, brede triage op het juiste moment, voldoende tijd voor patiënten, consultatieve samenwerking en goede vervolgzorg in de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz waarin de zorgbehoefte van mensen en de mogelijkheden om weer zelf regie te krijgen over hun functioneren centraal staan (eigenaarschap). Het vormgeven van deze transformatie in de praktijk vraagt om commitment van mensen zelf, van zorgprofessionals en hun organisaties en van de inkopers van zorg en ondersteuning.

Deze transformatie heeft als effect:

- het voorkomen van (duurdere) zorg;
 - het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (gespecialiseerd en geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet.
 - het vervangen van zorg door andere hulp en/of ondersteuning, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere zorginhoudelijke kwaliteit van de zorg.
- c. Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dit proces te sturen en te ondersteunen. De hierboven genoemde rapportage van de Taskforce vormt een inspiratiebron voor de agenda van het bestuurlijk overleg geestelijke gezondheidszorg in de komende jaren.
 - d. Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk uitvoering geven aan de juiste zorg op de juiste plek, is het nodig dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Waar dit niet tot stand komt nemen de inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) het initiatief en zullen zij samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden, en over grenzen heen durven kijken. Hierbij streven zowel aanbieders als financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken. Goede voorbeelden worden hierbij gedeeld zodat er geleerd kan worden van behaalde successen.

De (financiële) randvoorwaarden om vanuit het perspectief van cliënten en naasten actief invulling te kunnen geven aan de betrokkenheid in de regio worden in het vervolg van het traject "De juiste zorg op de juiste plek" meegenomen.

- e. Gemeenten en zorgverzekeraars maken stapsgewijs regionaal afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's kunnen, afhankelijk van de regionale situatie, aan de orde zijn: preventie en vroegsignalering, de aanpak van personen met verward gedrag, brede triage en consultatie, de opbouw van ambulante zorg en ondersteuning, de bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein, de benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA/multiproblematiek-doelgroep, overgang 18-/18+, de invulling van crisis- en ANW-uren en de rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra. Deze afspraken zijn voor alle partijen belangrijk om hun verantwoordelijkheid te kunnen waarmaken. Qua proces en structuur wordt aangesloten bij hetgeen is afgesproken tussen ZN, VNG en VWS op de landelijke tafel 'samenwerkingsagenda', namelijk dat er gebruik

wordt gemaakt van bestaande overlegtafels in de regio. Als partijen in een regio niet of onvoldoende tot samenwerking komen dan kan er aanleiding zijn om dat te bespreken op de landelijke tafel tussen ZN, VNG en VWS, met inachtneming van de ruimte voor koplopers en innovaties.

- f. Met dit akkoord wordt op nationaal niveau afgesproken dat deze beweging van de juiste zorg op de juiste plek plaatsvindt en ieder zijn bijdrage levert. Hoe dat gebeurt en wat wordt afgesproken gebeurt decentraal. Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Zonder dat dit leidt tot een centrale regie, centrale systemen van monitoring en/of verantwoording.

3. DE MENS CENTRAAL

Leidraad

Een mens met een psychische aandoening wil onafhankelijk kunnen functioneren in maatschappij, zich verbonden voelen met anderen, net zoveel kansen hebben op de arbeidsmarkt, geen stigma met zich meedragen en net zo wonen als ieder ander. Hij ontvangt vanuit een gelijkwaardige positie de juiste zorg die hem helpt zijn aandoening te verhelpen of er mee om te gaan. Hij krijgt tools om zichzelf te kunnen helpen, via internet of via lotgenoten. Of via ervaringsdeskundigen die hem kunnen leren het leven weer op te pakken. Uitgaand van zijn eigen kracht samen met zijn sociale omgeving op zijn eigen tempo met behulp van de mensen die hij kiest om het pad terug te vinden. Daarmee dragen cliënten ook zelf actief bij aan hun herstel.

3.1 Toeleiding naar zorg en vroegsignalering

- a. Sommige mensen stellen zelf geen hulpvraag, maar hebben wel hulp nodig. Het behoort tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, wijkteams en huisartsen om burgers, jong en oud, zo nodig toe te leiden naar passende zorg en ondersteuning. Partijen hechten er aan deze toeleiding goed te laten verlopen. Het is belangrijk dat mensen met hun signalen, ook als deze nog niet acuut zijn, ergens terecht kunnen, bijvoorbeeld bij landelijke, regionale, en lokale meldpunten. Voor deze laatste twee functies hebben gemeenten een regierol. Rijk en gemeenten maken voor 1 oktober afspraken over de financiering en ggz-aanbieders realiseren dan een snelle toegang tot zorg.
- b. Ongeacht de ingang van de zorgvrager (bijvoorbeeld via huisarts, zorgdomein, sociale wijkteam) moet er breed (in alle relevante levensdomeinen) gekeken worden naar de mogelijkheden van de cliënt en de gewenste aanpak. Zowel het sociale wijkteam als professionals in het zorgdomein kent de "sociaal-medische kaart" binnen een gemeente of regio. Gemeenten en zorgaanbieders maken afspraken om de sociaal-medische kaart (of vergelijkbare instrumenten) actueel te houden en maken deze toegankelijk voor de betrokken professionals. Binnen de overlegstructuur zoals bedoeld in 2e hebben zorgaanbieders en gemeenten voor 1 juli 2019 voor de regio in beeld gebracht of de sociaal-medische kaart voldoende actueel en toegankelijk is voor de betrokken professionals.
- c. Om de zorg om de patiënt heen te organiseren en om vroegsignalering van kwetsbare mensen goed neer te zetten, spreken partijen af dat daar waar de ggz-expertise nog niet bij het wijknetwerk is aangesloten, dit alsnog gebeurt. Gemeenten hebben voor 1 juli 2019 voor hun eigen organisatie in beeld gebracht of de ggz-expertise voldoende is aangesloten. Mocht dit niet voldoende zijn, worden afspraken gemaakt binnen de structuur zoals bedoeld in 2e.

3.2 Tegengaan stigma

- a. Partijen erkennen dat er nog teveel een stigma rust op psychische problematiek en zullen zich landelijk en in de regio inzetten om dat stigma tegen te gaan. Dit betekent dat alle partijen onder andere via Samen Sterk Zonder Stigma, bijdragen aan de voorlichting en scholing van burgers, werkgevers, medewerkers bij hulpdiensten en zorgprofessionals. Via deze brede scholing krijgt psychische problematiek een andere lading in de maatschappij. Brede destigmatisering verbetert enerzijds de positie van mensen met

(ernstige) psychische problemen in de maatschappij en draagt anderzijds bij aan preventie en vroegsignalering.

- b. VWS start een campagne tegen stigma.

3.3 Realiseren 'thuis, tenzij'

- a. Uitgangspunt is dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in eigen omgeving plaatsvindt. Partijen spannen zich maximaal in om te zorgen dat mensen niet onnodig in een ggz-kliniek (Zvw gefinancierd) of beschermd woonplek (Wmo gefinancierd) hoeven te blijven. Een veilige woonomgeving staat voorop. Patiënten worden alleen bij medische noodzaak klinisch opgenomen.
- b. Om voldoende klinische bedden beschikbaar te houden voor de patiënten die dat nodig hebben en te lang en te veel behandelen tegen te gaan, wordt waar dat kan op tijd afgeschaald naar ambulante zorg in de gespecialiseerde ggz of generalistische basis-ggz, of ondersteuning door de huisarts of POH-ggz. Voorkomen moet worden dat cliënten bij uitstroom een beroep moeten doen op de nachtopvang.
- c. Om te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek krijgt, is goede triage en diagnostiek van groot belang. Het begint bij een goede inschatting en verwijzing door de huisarts, eventueel met ondersteuning van de POH-ggz of consultatie van een ggz-professional. Adequate triage en diagnostiek vergen kennis van zowel het sociale, het psychologische, het verpleegkundige als het (medisch) somatische domein. De regiebehandelaar kan hierin een belangrijke rol spelen, maar de beschikbaarheid van regiebehandelaren is beperkt. Partijen komen overeen om een werkgroep in te stellen die binnen een jaar adviezen uitbrengt over hoe binnen het medisch kader verwijzing, triage en diagnostiek in de ggz verbeterd kan worden, rekening houdend met enerzijds de kennis en expertise die hiervoor nodig is en anderzijds de beperkte beschikbaarheid van psychiaters.
- d. Er worden in de regio duidelijke afspraken gemaakt over de verwijs- en terugverwijscriteria. De landelijke samenwerkingsafspraken ggz zijn hierin leidend en worden in de praktijk toegepast. Wanneer nodig moet het mogelijk zijn snel op te kunnen schalen en andere professionals in te kunnen schakelen. Indien zich bij een terugverwezen EPA-patiënt hernieuwde problematiek voordoet waarbij opschaling nodig blijkt, komt deze niet opnieuw op een wachtlijst, maar is zorg meteen beschikbaar.
- e. Partijen nemen hun verantwoordelijkheid bij de opbouw van ambulante vormen van zorg en (gespecialiseerde) begeleiding, zowel op grond van de Wmo als de Zvw. Zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten maken stapsgewijs in elke regio afspraken over hun inzet bij het vormgeven van passende ambulante zorg en ondersteuning en betrekken daarbij het perspectief van de patiënt. Deze afspraken sluiten aan bij bestaande regionale afspraken zoals pilots, taskforces en proeftuinen en deze kunnen worden opgeschaald als deze bewezen effectief zijn.
- f. Partijen spreken af de verschillende vormen van zorg en ondersteuning goed op elkaar af te stemmen, met bijzondere aandacht voor overgangssituaties zoals de overgang van de Zvw kliniek naar de thuissituatie en vice versa. De werkwijzer "medisch noodzakelijk verblijf" is leidend voor de partijen en partijen spreken elkaar aan als niet gehandeld wordt op basis van deze werkwijzer. Zorgaanbieders en gemeenten bewerkstelligen op basis van deze werkwijzer dat ambulante zorg aansluit bij, of onderdeel is van, het wijknetwerk.
- g. Specifiek met betrekking tot 'verblijf met rechtvaardigheidsgrond' (VMR) zijn de verantwoordelijkheden als volgt verdeeld. In verband met de wettelijke termijnen voor gemeenten vergoeden zorgverzekeraars voor een periode van maximaal 6 maanden de VMR dagen. Nadat de vergoeding van VMR-dagen door verzekeraars stopt zijn gemeenten verantwoordelijk voor het regelen en financieren van een kwalitatief passende overbruggingsopvang voor deze groep cliënten. De gemeente overlegt dan met de ggz-aanbieder waar de cliënt verblijft over hoe deze vorm te geven. De ggz-aanbieder neemt hierover tijdig contact op met de betreffende gemeente. In het geval aldus besloten wordt het verblijf bij de betreffende ggz-aanbieder voort te zetten, wordt dit verblijf vergoed door de gemeente tegen hetzelfde landelijk geldende NZa-tarief. Uitzondering op de termijn van 6 maanden is de situatie dat het VMR-verblijf langer dan 6 maanden duurt door een gebrek aan

noodzakelijke ambulante zorg vanuit de Zvw. In deze situatie wordt het VMR-verblijf vergoed door verzekeraars tot het moment dat de noodzakelijke ambulante zorg wel voorhanden is. De 'Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf ggz' gaat uit van het principe dat de zorgaanbieder de betreffende financier van de benodigde vervolgvorziening (gemeente, zorgverzekeraar) al gedurende het traject informeert en verzoekt voor passende uitstroomvoorzieningen te zorgen. De termijn van zes maanden is aanvullend op de duur van het medisch noodzakelijk verblijf van een patiënt.

- h. Partijen zetten maximaal in op het realiseren van de randvoorwaarden voor thuis wonen en deelname aan de samenleving. Het gaat hierbij onder meer om schuldhulpverlening en begeleiding naar werk, waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Ook hebben gemeenten een belangrijke rol bij het realiseren van voldoende passende huisvesting. Ook andere ketenpartners hebben een rol in het realiseren van bovenstaande randvoorwaarden. Partijen spreken af dat binnen ggz-instellingen en praktijken er vanaf het begin van een behandeling aandacht komt voor de woonsituatie, schulden, sociaal netwerk en werk. Als de regiebehandelaar signaleert dat op deze domeinen ondersteuning nodig is, meldt deze dat conform de werkwijzer "medisch noodzakelijk verblijf" bij de betrokken gemeente, in samenspraak met de patiënt en zijn naasten. De betrokken gemeente zorgt dat hier actie op wordt ondernomen.
- i. Belangrijke randvoorwaarde is dat er voldoende aanbod is van gepaste woningen om doorstroom mogelijk te maken. Hiervoor zijn andere partijen nodig dan de partijen van dit akkoord. Als blijkt dat er nadere afspraken over het aanbod van woningen nodig zijn om de doelen van dit akkoord te bereiken, zullen partijen de relevante partijen zoals woningbouwcoöperaties betrekken om nadere afspraken te maken.
- j. Ggz-hulpverleners en ervaringsdeskundigen moeten uitgenodigd en gestimuleerd worden betrokken te zijn bij het wijknetwerk. Professionals kunnen onnodige en dure zorg voorkomen. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken afspraken over de manier waarop de zorgprofessional met dit doel voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming. Ook de ggz-aanbieder en gemeente maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.

3.4 Samenwerken en ondersteunen sociaal netwerk

- a. Partijen vinden het essentieel om iemands sociale netwerk te betrekken bij het bieden van zorg en ondersteuning. Het betrekken van familie draagt bij aan herstel voor de cliënt. Ook kunnen de familie en naasten een eigen ondersteuningsvraag hebben, die aandacht behoeft. Door hen waar nodig te ontzien via respijtvorzieningen en het aanbieden van psycho-educatie en vaardigheidstrainingen in het omgaan met een psychische aandoening in de omgeving wordt niet alleen gewerkt aan de versterking van het netwerk, maar ook aan een sneller herstel van de cliënt. Herstelacademies en zelfregiecentra bieden hiervoor een goed podium. Ook mantelzorgondersteuning is van belang. Partijen in de regio maken afspraken over hoe dergelijke voorzieningen bekostigd worden met inachtneming van de te onderscheiden verantwoordelijkheden.

3.5 Beveiligde zorg

- a. Alle betrokken partijen (aanbieders en financiers) bij de Veldnorm voor Beveiligde Intensieve zorg nemen hun verantwoordelijkheid die voortvloeien uit de ketenveldnorm, om patiënten de juiste zorg te bieden en de samenleving veiligheid te garanderen.
- b. Verzekeraars garanderen daarbij de financiële vergoeding van beveiligde zorg (klinisch en ambulante), ook als deze de eerder gemaakte contractafspraken overschrijden. Regionale partijen werken mee aan het zo snel mogelijk inzichtelijk maken van de capaciteitsbehoefte, op basis waarvan gesprekken plaatsvinden over capaciteitsuitbreiding.
- c. Verzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en aanbieders maken uiterlijk 1 juli 2019 nadere afspraken over de in- en uitstroom van patiënten in beveiligde zorg.

3.6 Acute zorg

- a. Partijen erkennen het belang van het borgen van de continuïteit van de acute psychiatrische zorg gedurende de eerste 72 uur in afstemming met andere domeinen waaronder acute huisartsenzorg. Het uitgangspunt hierbij is dat deze niet-concurrentieel is.
- b. Per 1 januari 2019 zal volgens de generieke module acute psychiatrie worden gewerkt en zal de nieuwe bekostiging in werking treden. Bij de implementatie van de generieke module is aandacht voor voldoende inzet van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
- c. Partijen maken voor 1 oktober 2018 praktische afspraken ter voorkoming van onnodige administratieve lasten bij de uitvoering van deze module.

3.7 Zorg voor jongeren

- a. Partijen committeren zich aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd, in het bijzonder aan de acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+).
- b. Aansluitend bij het actieprogramma Geweld hoort nergens thuis doen behandelaren in de volwassen-ggz een kindcheck in congruentie met de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en leiden indien nodig het kind toe naar een passend aanbod van hulp en ondersteuning (aanbod voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen en Kinderen van Verslaafde Ouders, KOPP-KVO). Daarnaast wordt vanuit de volwassen-ggz bijgedragen aan het duurzaam oplossen van de problematiek van kindermishandeling en huiselijk geweld.

3.8 Personen met verward gedrag

- a. Het Schakelteam "personen met verward gedrag" zet zich tot oktober 2018 in om een goed werkende aanpak voor personen met verward gedrag in het land te ondersteunen en faciliteren.
- b. Partijen spreken af dat ze zich ook na 1 oktober 2018 blijven inspannen voor een goed werkende aanpak voor de zorg en ondersteuning voor personen met verward gedrag. Gemeenten hebben de regie in het tot stand komen en onderhouden van een sluitende aanpak op regionaal niveau. VWS, JenV en VNG maken tijdig afspraken over de manier waarop de opbrengsten van het programma ook na 1 oktober 2018 geborgd kunnen worden en het gerealiseerde fundament kan worden versterkt.
- c. Vanuit het actieprogramma "personen met verward gedrag" van ZonMw worden pilots tot en met 2020 gefinancierd met als doel te experimenteren met manieren om samenhang tussen begeleiding uit het gemeentelijk domein en behandeling uit de Zvw te verbeteren. Partijen spannen zich in om lessen die hieruit geleerd worden over het op- en afschalen van zorg te verspreiden en implementeren.

3.9 Aanpak wachttijden

- a. Een groot aantal mensen wacht op behandeling en de sector kampt met tekorten aan personeel. Dit vergt een grote inzet op alle gebieden met creatieve oplossingen buiten de gebaande paden (met inachtneming van de kwaliteit) en systemen om ervoor te zorgen dat de komende jaren er sprake kan zijn van een gezonde en vitale sector.
- b. Alle ondertekenaars van deze bestuurlijke afspraken zijn geëncouraged om de wachttijden op zo kort mogelijke termijn terug te brengen. Partijen intensiveren hun inspanningen totdat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen vallen.
- c. Zorgverzekeraars zullen voortdurend alert zijn op het ontstaan van wachtlijsten op basis van wachttijdinformatie en signalen van cliënten en zorgaanbieders en zullen uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. Zorgaanbieders leveren hiertoe de benodigde wachttijdinformatie bij Vektis aan. Zorgaanbieders zullen tijdig in overleg treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen.
- d. ZN, GGZ NL, MeerGGZ en MIND ontwikkelen voor half juli 2018 een actieplan voor een vervolgaanpak wachttijden. Daarin is aandacht voor lokale thema's zoals verbetering van triage, verbetering van doorstroom, wachttijdbegeleiding, overbruggingszorg en zorgbemiddeling, en regionale thema's als samenwerking en doorzettingsmacht. Daarnaast is

er aandacht voor landelijke thema's zoals analyse van de doelgroepen met de langste wachttijden, ontwikkelen van een cursusmodule wachtlijstondersteuning en e-health en (tijdelijke) verruiming van capaciteit van regiebehandelaren binnen de kwalitatieve kaders zoals geformuleerd in het kwaliteitsstatuut. Overige partijen dragen hier vanuit hun eigen rol aan bij.

4. DE PROFESSIONAL

4.1 Arbeidsmarkt

Op dit moment is er sprake van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht, met name voor verpleegkundigen en specialistische behandelaren.

Tegelijkertijd is het zo dat de bestaande (behandel)capaciteit beter ingezet kan worden met een betere inzet op administratieve lasten en een betere taakverdeling. Dit draagt bij aan het oplossen van tekorten aan specifieke behandelcapaciteit en crisisdiensten en aan te lange wachttijden.

a. Huidige professionals

Er zijn veel getalenteerde en ervaren zorgverleners werkzaam in de ggz. Om van deze (behandel)capaciteit optimaal gebruik te maken spreken partijen het volgende af:

- Partijen committeren zich aan de doelstellingen en ambities van het zorgbrede actieprogramma 'Werken in de Zorg', inclusief aan de uitwerking ervan in regionale actieplannen. Het actieprogramma kent drie actielijnen:
 - *Meer kiezen voor de zorg*
Door een beter beeld van zorg en welzijn kiezen meer mensen voor deze sector.
 - *Beter leren in de zorg*
Het onderwijs is inspirerend en er zijn voldoende stageplaatsen.
 - *Anders werken in de zorg*
Het werken in de zorg sluit beter aan op de wensen van medewerkers.

In aanvulling daarop maken partijen de volgende afspraken:

- Partijen spannen zich in om het werk in de ggz aantrekkelijk te maken. Hiervoor zorgen ze voor een vermindering van de (ervaren) regeldruk, voor een veilige werkomgeving, voor bij- en nascholing, voor het stimuleren van professionele autonomie en werkplezier en voor de juiste beloning.
- Goed werkgeverschap is hierbij van belang. Dit bestaat in elk geval uit het organiseren van zeggenschap over de eigen beroepsuitoefening, inspraak voor de professional via bijvoorbeeld medische staven en andere professionele adviesraden uit tijd en ruimte voor intervisie of andere vormen van collegiaal overleg.
- Partijen benutten de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden. De al bestaande mogelijkheden om bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten ggz, gz-psychologen, klinisch neuropsychologen en psychotherapeuten als regiebehandelaar in te zetten, worden toegepast.
- Mensen die hulp zoeken, kunnen enorm gebaat zijn bij de kennis en ervaring van ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen, in dienst van een aanbieder van zorg of ondersteuning, de gemeente of vanuit een cliënten- en naastenorganisatie, kunnen onder supervisie van de regiebehandelaar een belangrijke rol hebben in preventie, in het toeleiden naar en verleiden tot zorg en begeleiding, in het herstelproces van de patiënt in de verzorging en ondersteuning en bij het overbruggen van wachttijden.
- In 2019 wordt de inzet van diverse (ondersteunende) beroepen, zoals de ervaringsdeskundig medewerker, gefinancierd vanuit de reguliere tarieven. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bezien hoe de reeds bestaande financieringsmogelijkheid van max-maxtarieven beter benut kan worden.
- Partijen verzoeken de NZa in 2019 een bekostigingsexperiment uit te voeren dat ondersteunend is aan de invoering van een nieuwe prestatiestructuur en waarin de beroepen die het meest bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden. In ieder

geval gaat het dan om ervaringsdeskundig medewerkers, HBO-psychologen en de geregistreerde psychodiagnostisch medewerkers. Als blijkt dat deze afbakening juridisch niet houdbaar is, dan wordt een andere afbakening van het experiment gekozen.

Dit experiment vindt plaats binnen gecontracteerde zorg en inzet van de betrokken beroepsgroepen valt onder supervisie van de regiebehandelaar zodat de kwaliteit van zorg geborgd is.

- Per 2020 wordt de inzet van specifieke beroepen in de ggz declarabel. Partijen nemen het op zich om, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, in een landelijke veldnorm deze inzet te onderbouwen. Partijen betrekken hierbij –voor zover van toepassing- resultaten van het hierboven genoemde experiment en de uitkomsten van de reeds gepland evaluatie van het kwaliteitsstatuut. De registratie door aanbieders moet van voldoende omvang en kwaliteit zijn, zodat de tarieven voldoende onderbouwd kunnen worden. Waar nodig past de NZa de bekostiging hier op aan.
- Vrijgevestigden kunnen ondersteuning bieden in de toeleiding naar lotgenoten of ervaringsdeskundigheid, maar niet aan de zelfstandige inzet van ervaringsdeskundigheid.
- Zvw-partijen vinden het onwenselijk dat er te weinig capaciteit is voor crisisdiensten en ANW-diensten. GGZ NL, NVvP en V&VN starten een gezamenlijk traject om (dreigende) tekorten van behandelaren (met name psychiaters en gespecialiseerde verpleegkundigen) voor crisisdiensten en ANW-diensten aan te pakken en presenteren dit plan in het najaar 2018.
- P3NL neemt het initiatief om samen met de beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties in het najaar van 2018 een projectvoorstel op te leveren voor het met betrokken partijen ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg waarin de juiste professional op de juiste plaats de juiste zorg verleent. Hierbij zal aangesloten worden bij de ontwikkelingen binnen de samenleving en het beroepenveld; denk aan de samenloop met andere domeinen. Resultaat moet zijn: meer helderheid over relevante, beschikbare beroepsbeoefenaren voor patiënten, verwijzers en professionals werkzaam binnen de psychologische en pedagogische zorg. In het projectvoorstel is aandacht voor het - indien nodig - aanpassen van de opleidingsprofielen van de genoemde beroepen. De doorlooptijd van het project is twee jaar.

b. Opleiden

Opleiden van professionals in de ggz speelt een belangrijke rol bij het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek. Goed opgeleide professionals dragen in belangrijke mate bij aan kwalitatief goede en doelmatige zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoeningen. Om de huidige en toekomstige zorg- en gezondheidsvraag goed te kunnen bedienen en de arbeidsmarktproblematiek duurzaam op te lossen spreken partijen het volgende af:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Om bij te dragen aan het oplossen van het tekort aan regiebehandelaren stelt VWS in 2019 150 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen beschikbaar bovenop de 610 plekken die al eerder beschikbaar zijn gesteld op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan. Deze plekken worden in de instellingen en praktijken ingezet om extra gz-psychologen op te leiden waar mogelijk via verkorte, gepersonaliseerde opleidingstrajecten. Dit mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de opleiding. Opleidende zorginstellingen en zorgpraktijken zorgen dat dit tot extra opleidingsplaatsen leidt en niet tot verschuiving van private naar publieke financiering van opleidingen. In 2020 wordt het structurele aantal opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld op basis van het nieuwe advies van het Capaciteitsorgaan dat eind 2018 wordt verwacht.
- Partijen laten de personele capaciteitsbehoefte gericht in beeld brengen via de komende raming van Capaciteitsorgaan eind 2018 voor de academische beroepen. VWS zal deze raming budgettair inpassen in het opleidingskader vanaf 2020 en met partijen nadere afspraken maken over hoe en in welk tempo dat kan. Bovendien is het Capaciteitsorgaan gevraagd om een raming uit te brengen voor verpleegkundig specialisten (2 jarige opleiding

via hogescholen) en physician assistants (eind 2019 gereed). Voor de overige beroepsopleidingen (HBO en MBO) wordt de capaciteitsbehoefte in kaart gebracht via het AZW-programma. Deze onderzoeken vormen, naast reeds beschikbare data, gezamenlijke basis voor gerichte vervolgacties in aanvulling op wat nu al wordt ingezet. Vooruitlopend op deze behoefteeramingen worden onderstaande acties ingezet.

- In 2019 wordt eenmalig maximaal € 20 miljoen, via de rijksbegroting en vooruitlopend op de raming van het capaciteitsorgaan, extra geïnvesteerd in opleidingen die het meest bijdragen aan het oplossen van de wachttijden. De partijen maken hiervoor voor half juli 2018 een plan.
- De samenleving en (de context van) de zorgvraag veranderen. Partijen spannen zich in voor toekomstbestendige medische (vervolg)opleidingen in de ggz, waarin ook preventie (w.o. voeding en leefstijl), complexe samenwerkingsvraagstukken en de inzet van innovatie/eHealth zijn verankerd. Voor de psychiater worden deze elementen meegenomen in het nieuwe opleidingsplan dat naar verwachting eind 2019 gereed is. De beroepsgroepen zorgen voor afstemming tussen de verschillende opleidingsplannen.
- Beroepsgroepen borgen structureel de (door-)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). In die doorontwikkeling is meer aandacht voor een functiegerichte benadering, samenwerking tussen verschillende domeinen, het organiseren van integrale zorg, preventie en samen beslissen. De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Om te zorgen dat in toekomst voldoende regiehandelaren op tijd beschikbaar zijn, zetten partijen zich in voor een directe aansluiting tussen de universitaire psychologische opleidingen en de vervolgopleiding tot gz-psycholoog.
- Toekomstbestendige opleidingen moeten kunnen anticiperen op de veranderende zorgvraag en arbeidsmarktvragestukken. Zvw-partijen gaan hiervoor gezamenlijk verkennen hoe de kwaliteit van de vervolgopleidingen in de ggz verbeterd kan worden met een andere landelijke (of regionale) opleidingsinfrastructuur.
- Zvw-partijen blijven zich maximaal in spannen voor het realiseren van 'state of the art' opleidingsplaatsen voor medische (vervolg)opleidingen in de ggz. Om dit te stimuleren zorgt de NZa¹ voor een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage voor (vervolg)opleidingen in de ggz. Instellingen en praktijken die gebruik maken van de beschikbaarheidsbijdrage voor opleiden vragen hiervoor niet aanvullend een eigen bijdrage van de opleidingen.
- Concluderend zijn partijen van mening dat met bovenstaande acties en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte een noodzakelijke basis wordt gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

4.2 Regeldruk

- a. Zorg leveren én ontvangen zonder zorgen over onnodige regels of formulieren; dat is goed voor professionals én patiënten. Door onnodige regels en formulieren te schrappen krijgen zorgprofessionals meer tijd en ruimte om goede zorg te leveren en houden zij plezier in hun werk. Patiënten ervaren op hun beurt dat de zorgprofessional meer tijd voor hen heeft. Een substantiële vermindering van de regeldruk draagt bij aan het oplossen van arbeidsmarktproblematiek en het terugdringen van de wachttijden. In overleg met alle betrokken partijen is in mei 2018 een sectoraal actieplan curatieve ggz, als onderdeel van het zorgbrede Actieplan (Ont)Regel de zorg, vastgesteld, met als doel het merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor de professionals. Hierbij zijn de door professionals aangedragen suggesties ten aanzien van te schrappen administratieve lasten betrokken. De acties in het plan richten zich op verschillende niveaus; van het schrappen van onnodige en/ of dubbele registraties tot duurzame verbeteringen in de bekostiging en het ontwikkelen van horizontaal toezicht. Ook is er in dit actieplan aandacht voor de vermindering van administratieve last als

¹ De NZa geeft aan dat de te verwachten verhoging van de beschikbaarheidsbijdrage grotendeels opleidingskosten betreft die nu nog in de, door de NZa vastgestelde, huidige DBC-tarieven versleuteld zijn. Zodra de NZa haar onderzoek naar de DBC tarieven in de GGZ heeft afgerond, kan de beschikbaarheidsbijdrage worden aangepast via een technische, budgettair neutrale financieringsschuif van het ggz-kader naar het opleidingskader. Naar verwachting kan dit plaats vinden in 2019 met effect voor de beschikbaarheidsbijdragen vanaf 2020.

gevolg van het EPD en ICT-problematiek². Partijen committeren zich aan de uitvoering van de in het actieplan afgesproken acties, waarbij partijen nader in overleg gaan over de volgende drie punten: handtekening op het zorgplan, decimering van de indicatoren en Argusregistratie. Hierbij is ook aandacht voor de voortgang en de samenhang met het sectorplan van de patiënt/ cliënt en de andere sectorplannen die onderdeel zijn van het Programmaplan (Ont)regel de zorg.

- b. Partijen komen onder begeleiding van het Zorginstituut Nederland, voor 1 oktober 2018 met een voorstel om de administratieve lasten voortvloeiend uit het kwaliteitsstatuut terug te dringen en flexibiliteit / taakherschikking van beroepen te bevorderen in verband met de wachttijdproblematiek. Partijen verzoeken het Zorginstituut om dit traject op de meerjarenagenda te plaatsen. Het Zorginstituut neemt daarmee de regie op het proces, waarbij de inhoudelijke verantwoordelijkheid bij partijen blijft. Op het moment dat het Zorginstituut constateert dat partijen er samen niet uitkomen en de deadline op de meerjarenagenda verstrijkt (en er geen zicht is dat deze op korte termijn behaald wordt) kan zij haar doorzettingsmacht inzetten. Daarbij zal het Zorginstituut zoveel mogelijk uitgaan van waar partijen het wel over eens zijn.
- c. Specifiek voor de instellingen spreken partijen het volgende af:
 - Gepast gebruik: Onder leiding van een onafhankelijke voorzitter / taskforce, waarbij VWS het secretariaat voert, wordt voor 1 oktober 2018 uitwerking gegeven aan een meer procesgerichte verantwoording op gepast gebruik. Deze uitwerking kent twee elementen:
 - Er wordt bepaald welke basisset ten aanzien van gepast gebruik minimaal geregistreerd moet worden door de aanbieders om op procesniveau over gepast gebruik te kunnen verantwoorden. Uitgangspunt is beheersing van risico's en kunnen vaststellen dat sprake is van gepast gebruik. Daarnaast is de ambitie dat de registratielast voor zorgaanbieders hiermee substantieel daalt. Registratie bij de aanvang van zorg en bij gehouden evaluatiemomenten zijn in ieder geval vereist. Alle andere geldende registratie-eisen t.a.v. gepast gebruik worden waar mogelijk geschrapt, tenzij hier een goed onderbouwde reden voor is.
 - Daarnaast wordt uitgewerkt hoe een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik eruit ziet en hoe opzet, bestaan en werking van zo'n proces aangetoond kan worden. Het uitgangspunt is dat gepast gebruik controles anders worden ingericht dan rechtmatigheidscontroles. De onafhankelijk voorzitter / taskforce gaat hierover adviseren. In dit advies komen de volgende ingrediënten aan de orde. Indien blijkt dat een instelling zijn proces onvoldoende op orde heeft, kunnen de volgende zaken alleen of tezamen aan de orde zijn: er wordt herstel gepleegd, er worden verbeterafspraken gemaakt, er vindt beoordeling op dossierniveau plaats door een medisch adviseur van de verzekeraar in samenwerking met de inhoudelijk verantwoordelijke bij de aanbieder gericht op gepast gebruik en mogelijk moet teruggevallen op een ander (gegevensgerichte) controlemethodiek en kan het zijn dat er geen of minder vermindering van de administratieve last aan de orde is.
Dit alles met inachtneming dat partijen hier nog nadere afspraken over maken onder leiding van een onafhankelijk voorzitter/taskforce.
 - Zelfonderzoek: Onder gebruikmaking van hetgeen door bovengenoemde onafhankelijk voorzitter / taskforce is geadviseerd, maken de leden van ZN en de leden van GGZNL voor 1 november 2018 afspraken over de vormgeving van de controles (zelfonderzoeken) over 2017 en 2018.
 - Rechtmatigheid: Voor 1 oktober 2018 leveren VWS en de NZa gezamenlijk de eerste resultaten op van hun onderzoek naar de mogelijkheden om de registratielast rond (formele) rechtmatigheidscontroles te verminderen. Hierbij wordt zowel gekeken naar regulering als toezicht. In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de

² Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen.

'tafel van niks' en wordt rekening gehouden met de ontwikkeling in de verbetering van de bekostiging voor de ggz.

- d. Partijen spreken af om het principe van registratie aan de bron leidend te laten zijn. Daarbij is de gebruikersvriendelijkheid van de door de zorgverlener te gebruiken software van groot belang.

5. RANDVOORWAARDEN

5.1 Kwaliteit van zorg

- a. In het kader van het kwaliteitsstatuut zet het veld in op kwalitatieve inzet van deskundige zorgprofessionals die verantwoordelijkheid nemen om optimale kwaliteit van zorg aan de patiënt te bieden.
- b. De afgelopen jaren zijn in de ggz belangrijke stappen gezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo heeft het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling haar ambitie grotendeels gerealiseerd door zorgstandaarden en generieke modules ontwikkelen te presenteren. Daarop worden budget impact analyses uitgevoerd en na ommekomst daarvan zullen partijen overleggen hoe hiermee om te gaan.
De volgende fase is om deze kennis ter beschikking te stellen aan de zorgprofessionals die ggz zorg leveren, zodat behandelingen conform de nieuwe zorgstandaarden en generieke modules geleverd worden.
- c. Beroepsgroepen in de ggz blijven zich inspannen om in de zorgstandaarden, naast de zorginhoudelijke kant, ook voldoende aandacht te geven aan het belang van samenwerking en afstemming met partijen in het sociaal domein. Bij het ontwikkelen en aanpassen van zorgstandaarden worden waar nodig relevante partners uit het sociale domein betrokken om aandacht voor goede samenwerking en een warme overdracht in de zorgstandaard te borgen conform het (model) kwaliteitsstatuut voor de ggz.
- d. Zorgaanbieders maken, conform de afspraken in de AGGT, in 2020 hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar, zodat voor zowel patiënten als verzekeraars/gemeenten transparant is wat de kwaliteit van zorg is. Zij doen dit door middel van hun kwaliteitsstatuut en houden deze up-to-date.
- e. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars erkennen het uitgangspunt dat enkel zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk uit de Zvw vergoed kan worden. Geleverde zorg dient zinnig en zuinig te zijn en zorgverzekeraars zien hierop toe.
- f. Zorgaanbieders zorgen ervoor dat hun activiteiten gebaseerd zijn op de stand van wetenschap en praktijk zoals vervat in zorgstandaarden. Daarbij blijft ruimte bestaan voor innovatieve methodieken.
- g. Het einddoel waar alle partijen naar streven is een eenduidige set van kwaliteitsindicatoren in 2020 waardoor de huidige verschillende kwaliteitsindicatoren van zorgaanbieders en zorgverzekeraars stapsgewijs verdwijnen c.q. opgaan in de nieuwe set. Het nieuwe ggz kwaliteitsinstituut in oprichting (akwa) zal hierbij een leidende rol spelen.
- h. Partijen committeren zich, onverminderd hun wettelijke bevoegdheden, aan bovenstaand genoemd einddoel. Hierbij geldt dat hoe sneller er eenduidige kwaliteitsindicatoren ter beschikking komt, hoe minder aparte kwaliteitsindicatoren er uitgevraagd zullen worden.
- i. Kwaliteitsindicatoren bieden eveneens een goede basis voor Zvw-partijen om waar mogelijk te komen tot meerjarencontracten die vertrouwen weerspiegelen tussen partijen en een goede organisatie van de zorg ten goede komen.
- j. VWS bereidt een wetsvoorstel voor om een wettelijke grondslag te maken voor enkele kwaliteitsregistraties, onder andere in de ggz.
- k. Bovenstaande afspraken moeten leiden tot minder administratieve lasten.

5.2 Stimuleren van contractering van zorg

- a. Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad
- Het contracteerproces dient zorgverleners te ondersteunen om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en zorgverzekeraars te ondersteunen om voor hun verzekerden

goede zorg doelmatig in te kopen. Daarbij bestaat er wederzijdse contracteervrijheid, moeten zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en moeten cliënten voldoende en heldere keuzemogelijkheden hebben.

- Partijen zien de meerwaarde van meerjarencontracten en de lagere administratieve lasten. Meerjarencontracten zijn geen doel op zich en moeten ruimte bieden voor beleidsontwikkelingen. Ook geven partijen bij de jaarlijkse inkoopcyclus voldoende ruimte aan duurzame afspraken en innovatie.
 - Partijen hebben specifieke aandacht voor de zorg aan kwetsbare groepen, waaronder de EPA groep.
- b. Belang van contractering
- Contractering is het vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Zvw-partijen vinden de in de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft.
 - Er is gezamenlijk onderzoek uitgevoerd naar de kwantitatieve ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorg in de ggz, en kwalitatief onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van deze ontwikkeling en de gevolgen daarvan voor cliënten. Zvw-partijen geven gezamenlijk vervolg aan de uitkomsten van dit onderzoek.
 - Zvw-partijen hebben afspraken gemaakt om te investeren in het verbeteren van het contracteerklimaat voor de ggz (Good Contracting Practices). Het moet voor beide partijen de voorkeursoptie zijn om een contract proberen te sluiten. Partijen committeren zich daarom aan de naleving van de eerder gemaakte GCP afspraken en bespreken regulier of deze actualisatie behoeven.
 - De NZa volgt de ontwikkelingen in het contracteerproces en brengt daarover jaarlijks een rapportage uit. Indien nodig wordt deze rapportage in het BO ggz besproken.
- c. Contact over contractering
- Zorgverzekeraars (zorginkopers) zijn adequaat (digitaal) bereikbaar voor zorgaanbieders en hun vertegenwoordigende organisaties en zijn in samenspraak beschikbaar voor overleg dat organisaties in de regio's voor hun leden organiseren en/of organiseren zelf informatiebijeenkomsten.
 - Zorgverzekeraars geven in hun inkoopbeleid aan hoe ze bereikbaar zijn en geven daarbij aan wat de responstijd is voor een inhoudelijk antwoord op een gestelde vraag.
 - Zorgverzekeraars geven in hun inkoopbeleid en in het contract aan wat de wijzigingen zijn ten opzichte van het voorgaande jaar.
 - Aanbieders die in het bezit zijn van een kwaliteitsstatuut kunnen deelnemen aan het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn transparant over de redenen waarom zorgaanbieders niet worden gecontracteerd. Administratieve lasten worden waar mogelijk teruggedrongen door meer standaardisatie van het contracteerproces en contracteerdokumentatie.
 - Zo spoedig mogelijk moet duidelijk zijn voor een zorgaanbieder wat de hoogte van de vergoeding is bij een naturapolis in geval van niet-contracteren.
- d. Tijdens contractjaar
- Zorgverzekeraars stellen heldere en reële momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot (bij)contractering. Zorgverzekeraars zijn transparant over redenen waarom niet wordt (bij)gecontracteerd.
 - Als zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds dan moet het voor cliënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders maken cliënten attent op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling en/of zij verwijzen terug naar de huisarts. Overigens wordt hiermee niet bedoeld om bestaande afspraken in contracten hiermee in te perken (onder andere ten aanzien van doorleverplicht), of toekomstige contractuele mogelijkheden in te perken.
 - Zorgverzekeraars reageren tijdig op verzoeken van omzetplafondverhoging van aanbieders. Aanbieders onderbouwen verzoeken tot verhoging van omzetplafonds. De NZa besteedt in

- haar reguliere publicaties over contractering aandacht aan de mate waarin verzoeken tot bijcontractering bij omzetplafonds worden aangevraagd en gehonoreerd.
- Zonodig maken Zvw-partijen gebruik van de onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting zorgcontractering in het geval van precontractuele en contractuele geschillen.
- e. Verbeteren informatie aan cliënt
- Om de keuze-informatie van de cliënt te faciliteren zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. De bijdrage die de verzekerde zelf dient te betalen als hij/zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, mag geen verrassing voor de verzekerde zijn. De website kiezenindeggz.nl die naar verwachting eind 2018 wordt opgeleverd kan hierbij een faciliterende rol spelen.
 - Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren (bijvoorbeeld op hun website of bij het afsluiten van de polis) over welke aanbieders gecontracteerd zijn en over de (mogelijke) (financiële) gevolgen van niet-gecontracteerde zorg.
- f. Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg
- Zvw-partijen zeggen elkaar medewerking toe op enerzijds bovenstaande acties om het contracteringsproces te verbeteren en anderzijds om het aandeel niet-gecontracteerde zorg te laten dalen in (onderdelen van) de ggz waar dit aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft. Hiertoe maken partijen de volgende afspraken.
 - Als zorgverzekeraars signalen hebben dat de kwaliteit van de zorg bij een zorgaanbieder niet op orde is, dan kunnen zij daarvan melding doen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (IGJ). Wanneer blijkt dat de kwaliteit en/of veiligheid in het geding is dan treedt de Inspectie handhavend op. Zorgverzekeraars gaan samen met de IGJ een verkenning starten om te komen tot een periodiek overleg over signalen van zorgverzekeraars over de kwaliteit van de zorg.
 - Momenteel hebben zorgverzekeraars bij niet-gecontacteerde zorg beperktere mogelijkheden om materiële controle uit te voeren, in het bijzonder wanneer er geen betaalovereenkomst is afgesloten. Door een aanpassing van de wet zullen de mogelijkheden tot materiële controle gelijkgetrokken worden met de situatie bij gecontracteerde aanbieders.
 - Om de kostenbeheersing van de zorg te bevorderen benutten zorgverzekeraars in de huidige praktijk het cessieverbod en het machtigingsvereiste. Als jurisprudentie hiertoe aanleiding geeft, wordt dit gezamenlijk beoordeeld en gezien of en hoe met wetgeving het gebruik van deze instrumenten kan worden versterkt.
 - Ggz-zorgverleners indiceren zelf. Partijen spreken af dat bij niet-gecontracteerde zorg ingeval van een machtiging niet bruikbaar is vanwege een privacyverklaring, gebruik kan worden gemaakt van een onafhankelijke inhoudelijke deskundige, waarbij een andere partij kan worden gevraagd de diagnose opnieuw te beoordelen. Partijen brengen in kaart wat de mogelijkheden zijn om deze onafhankelijke inhoudelijke deskundige vorm te geven.
 - Vanaf 2019 wordt op basis van Vektis-data de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg in beeld gebracht en besproken. Het streven is om in 2019 een daling te realiseren ten opzichte van ijkjaar 2016 met in achtneming van de ontwikkeling in 2017 en 2018. Als het aandeel niet-gecontracteerde zorg in (onderdelen van) de ggz ondanks de hiervoor genoemde inspanningen niet daalt, zijn na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken.

5.3 Wetenschapsagenda

- a. Op 2 maart 2016 is – onder aanvoering van de NVvP - een tienjarige wetenschapsagenda voor de ggz ontwikkeld. Met de twee hoofdthema's daaruit – vroegdetectie en vroeginterventie en gepersonaliseerde ggz – is ZonMw aan de slag gegaan. Deze twee hoofdthema's zijn ook verwerkt in de agenda voor gepast gebruik en transparantie. Daaraan is vanuit VWS het thema depressie bij jonge vrouwen en tieners toegevoegd. Momenteel wordt de uitvoering van

het ZonMw programma ggz geëvalueerd. Op basis van de evaluatie en in het licht van het realiseren van de wetenschapsagenda voor de ggz zullen de prioriteiten voor het vervolg van het onderzoeksprogramma voor de ggz voor de komende jaren worden bepaald. Daarbij wordt ook rekening gehouden met de recente kennisagenda's zoals de verschillende partijen in de ggz deze ontwikkelen.

- b. Voor de periode van deze afspraken spreken partijen daarom af een onderzoeksagenda op te stellen voor de ontwikkeling van nieuwe behandelinterventies en de onderbouwing van zorginhoudelijke en beleidsmatige keuzes.
- c. Er wordt onderzoek gedaan naar inzicht in de factoren die de individuele respons kunnen voorspellen, zodat de behandelpraktijk niet op basis van trial-and-error werkt en er zo min mogelijk onnodige behandelingen zijn en er geen iatrogene schade ontstaat.

5.4 Bekostiging

- a. Partijen blijven toewerken naar een nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz die (goed en tijdig) op- en afschalen van zorg en (toetsing op) gepast gebruik van zorg ondersteunt. Met de nieuwe bekostiging, die vanzelfsprekend moet voldoen aan de privacywet- en regelgeving, wordt ook een vermindering van de administratieve lasten nagestreefd en een versnelling van de declaratiemogelijkheden en informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik. Partijen vinden een zorgvuldig implementatieproces belangrijk. Ten behoeve daarvan brengen partijen de nu lopende pilot in het kader van de ontwikkeling van het zorgclustermodel tot een goed einde. Uit oogpunt van zorgvuldigheid werken partijen samen met de NZa een gefaseerd implementatiepad uit, waarin de lessen van de pilot worden betrokken. Daarnaast blijft het mogelijk zorgprogramma's waarin huisartsenzorg en generalistische basis-ggz worden geleverd integraal te bekostigen.
- b. In afwachting van de nieuwe bekostigingssystematiek zal de NZa worden gevraagd hoe in de ggz-bekostiging prikkels voor het leveren van ondoelmatige kunnen worden verminderd en voor doelmatige zorg kunnen worden bevorderd. De uitkomsten zullen worden betrokken bij het opstellen van het implementatiepad voor een nieuwe ggz-bekostiging. De NZa zal worden gevraagd de tarieven te herijken. Een en ander wordt bij voorkeur ingevoerd per 1 januari 2020.
- c. Er is behoefte aan bekostiging van de consultatiefunctie, 'kijk- en luistergeld' functie zoals benoemd in zorg op de juiste plek: brede triage, consultatie, en het realiseren van flexibel inzetbare nazorg vanuit de ggz. Om hier invulling aan te geven, zullen partijen met elkaar vaststellen wat hier precies onder wordt verstaan, onder welke omstandigheden hier behoefte aan is, en welke partij waarvoor verantwoordelijk is. De ervaringen van de Utrechtse proeftuinen worden hierbij meegenomen. Op basis hiervan maken partijen regionaal onderlinge afspraken over de organisatie van deze functies. Partijen spreken verder af dat ze bijhouden wat er nodig is voor welke doelgroep en of en waar er knelpunten bestaan in de huidige regelgeving. De overheid verduidelijkt op basis van deze informatie waar nodig wat de verantwoordelijkheden zijn van verzekeraars en gemeenten. VNG, ZN, GGZ NL en VWS vormen hiertoe een werkgroep. VNG, GGZ NL en ZN zullen voor 1 januari 2019 de knelpunten in kaart brengen. VWS heeft de verantwoordelijkheid om te zorgen voor een duiding over de verantwoordelijkheden (mogelijk via het Zorginstituut) en besluitvorming over eventuele verdere aanpassing in wet-en regelgeving (eerste helft 2019 met het oog op invoering per 1 januari 2020). Hierbij volgt de bekostiging de verantwoordelijkheidsverdeling.
- d. VWS subsidieert op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren. Partijen spannen zich in om lessen die hieruit geleerd worden te verspreiden en te implementeren.

6 Financiële randvoorwaarden

6.1 Beschikbaar macrokader

- a. In de discussie over de financiële kaders voor de geestelijke gezondheidszorg spelen verschillende elementen een rol die met elkaar samenhangen:
- De volumegroei in relatie tot de wens om zorg dichterbij de patiënt te bieden. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en ELV.
 - Zorgverzekeraars hebben vanuit hun rol en gegeven hun zorgplicht in het zorgstelsel ruimte nodig om te kunnen sturen op zowel het volume als op de prijs van de geestelijke gezondheidszorg. Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag en de reële prijzen in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kan worden uitgekomen.
- b. Om de balans tussen deze aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:
- In 2017 is een onderschrijding van circa € 300 miljoen in het kader geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zichtbaar. Om de transitie naar zorg op de juiste plek mogelijk te maken en om de ambities in dit akkoord te realiseren (o.a. oplossen wachttijden, aanpak arbeidsmarktproblematiek, richtlijnontwikkeling om de kwaliteit op peil te houden en te verbeteren, invoering Wet verplichte ggz, module acute ggz , beveiligde zorg etc.), blijft in 2019 €30 mln. en in de overige jaren van dit akkoord € 50 mln. beschikbaar voor de sector.
 - Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 1,3% in 2019, 1,1% in 2020, 0,9% in 2021 en 0,7% in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.
 - De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Een deel van de zorgaanbieders sluit contracten met zorgverzekeraars en een deel niet. Partijen zijn van mening dat goed werkgeverschap en arbeidsmarktvoorwaarden vragen om een adequate/marktconforme CAO-loonontwikkeling voor personeel in de geestelijke gezondheidszorg, en dat zorgaanbieders autonome kostenstijgingen als gevolg van de CAO-loonontwikkeling moeten kunnen betalen. Met het oog op voorgaande realiseren partijen zich dat de volgende elementen integraal onderdeel uitmaken van de lokale onderhandelingen: loonontwikkelingen (overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling, OVA), prijsontwikkelingen, productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijke geobjectiveerde gegevens), effecten van zinnige zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. In de onderdelen van de ggz waar sprake is van gecontracteerde zorg en van loondienst van medewerkers³ wordt de OVA zichtbaar en volledig doorvertaald in de prijzen. Ook worden de hiervoor genoemde elementen toegelicht, al dan niet geclusterd, via de onderhandelingen zichtbaar en doorvertaald in de prijzen . Dit geldt voor zover mogelijk in 2019 maar in elk geval met ingang van 2020.
 - Het totaal beschikbare macrokader geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2019 t/m 2022 wordt hiermee: € 3.814 miljoen, € 3.877 miljoen, € 3.912 miljoen en € 3.940 miljoen, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties.

³ Dit kan ook tijdelijk personeel zijn.

6.2 Overige financiële afspraken

- a. Voor de uitvoering van de Agenda gepast gebruik en transparantie, de wetenschapsagenda en projecten in het kader van destigmatisering, zelfmanagement en herstel is voor de looptijd van hoofdlijnenakkoord geestelijke gezondheidszorg van 2019 – 2022 jaarlijks €14,4 miljoen beschikbaar. VWS treft in overleg met partijen voorbereidingen om de gelden voor de uitvoering van de Agenda voor gepast gebruik en transparantie vanaf 2019 via ZonMw te financieren.

6.3 Omgang met overschrijdingen

- a. Indien onverhoopt het afgesproken macrokader wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersingsinstrument.

7 Slotbepaling

- a. Op het moment dat in het najaar gemeenten besluiten niet aan te sluiten bij de bestuurlijke afspraken, gaan de partijen in overleg over de consequenties daarvan voor die onderdelen van de afspraken waar de gemeenten een rol in hebben.
- b. Wanneer de afspraken in dit akkoord niet of onvoldoende of sneller dan verwacht van de grond komen en implicaties hebben voor de uitvoering van dit akkoord, dan wel in de ogen van een van partijen onvoldoende voortgang wordt bewerkstelligd op de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, dan treden partijen gezamenlijk in overleg in het bestuurlijk overleg ggz. Partijen spreken tot slot af om de afspraken waar dat nodig is voor 1 januari 2019 te hebben voorzien van een SMART uitvoeringsraamwerk inclusief het benoemen van trekkers, tijdspaden, mee te nemen reeds lopende projecten en nog te starten projecten, zodat de uitvoering van het akkoord goed kan worden gevolgd.