

Bijlage voor bestuurlijk overleg ggz 20 maart 2024



# > Samen onze ambitie op cruciale ggz realiseren

Gezamenlijke notitie na heidagen  
cruciale ggz

15 maart 2024

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Aanleiding, stand van zaken en toezeggingen aan het BO</b>	<b>4</b>
<b>2 Prioriteren en waarderen</b>	<b>5</b>
2.1 Waarom prioriteren we de komende jaren deze groep patiënten?	5
2.2 Waarderen van de zorgverleners van deze patiënten	5
2.3 Waarderen van de inkopers van zorg voor deze patiënten	5
2.4 Ruimte scheppen voor en door brede zorgtransformatie	6
<b>3 De betrokken patiënten in beeld</b>	<b>8</b>
3.1 De voorliggende definitie aanvullen met een beschrijving	8
3.2 Operationaliseren opgave regionale gesprekken	9
<b>4 De regio staat centraal: daar doen wat daar kan</b>	<b>10</b>
4.1 De zes categorieën van cruciaal aanbod om langs de regiobeelden te houden	10
4.2 Wat mogen we van aanbieders in de IZA-regio's verwachten?	11
4.3 Wat mogen we van inkopers in de IZA-regio's verwachten?	11
<b>5 Landelijk is aanvullend: daar doen wat echt daar moet</b>	<b>13</b>
5.1 Landelijke tafel voor bovenregionale zorg	13
5.2 Schouder aan schouder staan en blijven staan	13
<b>6 Contouren van een projectmatige aanpak</b>	<b>14</b>
6.1 Meerjarige transitie vraagt om toewijding met onderscheid tussen korte en lange termijn	14
6.2 Handvatten voor lokale contractering	17
6.3 Professioneel inrichten regionale overleggen en landelijke tafel	17
6.4 Datagedreven beter beeld verkrijgen op vraag en aanbod	18
<b>Bijlage 1 – Werkdefinitie uit Handreiking cruciale ggz</b>	<b>19</b>

# Managementsamenvatting

Betrokken veldpartijen benadrukken met elkaar dat - conform de gestelde ambitie in het IZA - toegankelijke, passende ggz geborgd moet worden voor de patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen. Partijen zijn het daarbij met elkaar eens dat dit gezamenlijke doel vraagt dat ze elkaar blijven vinden op dit thema en schouder aan schouder blijven staan. Er is daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het organiseren van de juiste prikkels om de solidariteit in de regio tussen zorgaanbieders voor de behandeling van deze patiënten te borgen.

Het borgen van toegankelijke zorg voor deze patiënten betekent onder andere dat we voor deze zorg discontinuïteit op het niveau van onderdelen/afdelingen moeten beoordelen, en niet alleen op het niveau van een gehele zorgaanbieder. Dit vraagt een eerdere 'waarschuwing' waar vervolgens op gehandeld kan worden. Daarnaast is er de intentie uitgesproken om toe te werken richting grotere gelijkgerichtheid in contractering en om met elkaar te onderzoeken wat daarin nu al mogelijk is. Daarnaast wordt van de gezamenlijke aanbieders in de regio verwacht aanbod met passende inclusiecriteria te hanteren, waarmee exclusie van deze groep patiënten in principe onmogelijk is.

Om deze gezamenlijke ambitie invulling te geven, werken we op dit onderwerp op regionaal en landelijk niveau met elkaar samen. De IZA-regio's staan daarbij centraal, daar woont de patiënt en ligt het basis netwerk van aanbod voor de patiënt. Wat ook aansluit bij de constatering dat zowel qua inhoud als contractering de zorg voor deze patiënten nauw met elkaar samenhangt en de 'cruciale' ggz daarom niet apart gezet moet worden. Dit betekent ook dat we niet de huidige werkdefinitie verder gaan aanscherpen om zo de patiënten voor wie we dit doen in hokjes te kunnen indelen. Wel is het voorstel om middels een aanvullende beschrijving en voorbeelden de kenmerken van deze patiënten te verduidelijken en de verwachtingen te verhelderen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het borgen van toegankelijke en passende zorg voor deze patiënten. Naast de regionale tafels komt er één landelijke tafel om het landelijke 'cruciale' aanbod te bespreken en borgen. Deze tafel deelt expertise en overziet (landelijke) capaciteitsproblematiek.

Het bereiken van onze gezamenlijke doelen vraagt om een projectmatige aanpak, in opdracht van de BO-veldpartijen. Dit faciliterende project helpt bij het in gang zetten van de regionale en landelijke uitvoer en stelt landelijke kaders op waarmee de regio's aan de slag kunnen. Binnen deze projectmatige aanpak kijken we gezamenlijk welke eerste stappen op de korte termijn al gezet kunnen worden, onder ander in de mogelijkheid om toe te werken naar meerjarig inkoopbeleid. We gaan dus niet wachten, maar we durven met elkaar een stap vooruit te zetten.

# I Aanleiding, stand van zaken en toezeggingen aan het BO

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) stelden betrokken partijen met elkaar als een van de doelen dat de toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg (ggz)<sup>1</sup> voor burgers en patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen geborgd wordt. Sindsdien is er door de betrokken partijen gewerkt aan definiëren en operationaliseren van deze gezamenlijke doelen. De voortgang wordt met elkaar bewaakt in het bestuurlijk overleg (BO) cruciale ggz.

Ter voorbereiding op het BO cruciale ggz op 20 maart 2024 hebben de Nederlandse ggz (deNLggz), NFU, NVvP en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) middels een gezamenlijke tweedaagse heisessie op 6 en 8 maart voortgang en resultaten geboekt op de afgesproken onderwerpen in het BO cruciale ggz van 14 december 2023.<sup>2</sup> Op de heidagen is met elkaar nogmaals het doel en gezamenlijke verantwoordelijkheid benadrukt om juist voor de patiënten die het zwaarste en meest lijden te zorgen voor toegankelijke en passende ggz.

Partijen benoemen dat de afgelopen jaren de bestaande marktprikkels in combinatie met een krappe arbeidsmarkt geleid hebben tot keuzes waarbij de zorg voor patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvraag niet geprioriteerd werd. In vergelijking met andere doelgroepen is de (professionele) waardering voor behandelaren om zich in te zetten voor deze doelgroep lager dan voor een doelgroep met minder complexe zorgvragen, terwijl de werkbelasting zwaarder is. Deze omstandigheden vergroten de druk op de geambieerde borging van toegankelijke en passende zorg voor de ggz-patiënten die het meest lijden. In lijn met de IZA-afspraken en de gemaakte afspraken van 14 december, is tijdens de heidagen gewerkt aan stappen om de gedeelde doelen te bereiken.

In deze notitie benadrukken deNLggz, NFU, NVvP en ZN hun gezamenlijke doelen, verduidelijken ze voor en met elkaar de betekenis ervan, geven ze een antwoord op de gemaakte afspraken van BO 14 december 2023 met een aanvullende, verdiepende beschrijving van de werkdefinitie, een vertrekpunt voor het 'cruciale' ggz-aanbod en voorstel voor verdere gezamenlijke stappen, zowel regionaal als landelijk.

Tot slot realiseren deNLggz, NFU, NVvP en ZN zich dat het belangrijk is om voor de verdere uitwerking een gestructureerde projectmatige aanpak met elkaar te organiseren. De contouren hiervoor zijn tijdens de heidagen geschetst en vragen om een verdere uitwerking.

---

<sup>1</sup> Inclusief de verslavingszorg.

<sup>2</sup> De NVZ en MIND-vertegenwoordigingen konden door omstandigheden niet meer aansluiten. MIND leverde schriftelijke inbreng waarin ze de partijen oproepen om snel goede afspraken te maken over het behoud van de cruciale ggz en het voorkómen van meer sluitingen van specialistische afdelingen. Hiervoor wijst MIND ook naar de conclusies van een KPMG-rapport uit eind 2023 waaruit blijkt dat er nu voor sommige doelgroepen te weinig hoogspecialistisch aanbod is en concludeert MIND dat er meer behandelplekken gecreëerd moeten worden voor deze doelgroep.

## 2 Prioriteren en waarderen

### 2.1 Waarom prioriteren we de komende jaren deze groep patiënten?

De toegankelijkheid van passende ggz voor burgers en patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen moet geborgd worden. Dat is de afspraak die de IZA-partijen met elkaar maakten.<sup>3</sup> De aanleiding hiervoor is initieel een breed gedeelde overtuiging dat deze zorg anders georganiseerd én gefaciliteerd moet worden, voortkomend uit brede signalen en specifieke casussen. Daarnaast zijn er drie concrete gevallen bekend van aanbod dat sloot met bovenregionale functie uit de afgelopen jaren.

Net als in andere zorgsectoren speelt in de ggz nu en in de komende jaren personele schaarste en een limiet aan middelen. Dit vraagt om transformatie en om moeilijke keuzes. De bij deze heidagen betrokken brancheverenigingen beantwoorden die keuze – conform de IZA afspraken – door de ggz voor mensen met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen meer te willen prioriteren.

### 2.2 Waarderen van de zorgverleners van deze patiënten

Zorg – en zeker ggz – is mensenwerk. Het sterker prioriteren van de zwaarste en meest ingewikkelde ggz-vragen betekent daardoor automatisch het beter waarderen van de zorgverleners en aanbieders die zich voor deze patiënten inzetten. Betrokken branchepartijen erkennen dat er de afgelopen jaren binnen de ggz een aantal duidelijke prikkels voor zorgverleners bestaan heeft om de zwaarste en meest ingewikkelde vragen juist meer te mijden. Daarbij denken ze onder andere maar niet uitsluitend aan de volgende redenen:

- Grotere onregelmatigheid van het werk.
- Hoge druk vanuit bedrijfsvoering vanwege hoge kosten en productiedruk ('te weinig tijd voor indirecte tijd').
- Groter afbreuk-/tuchtrechtrisico door meer klachten en incidenten/calamiteiten.
- Veel administratieve lasten (bijvoorbeeld vanuit de aard van de gedwongen zorg).
- Zichzelf versterkende personele schaarste leidend tot verdere toename van de werkdruk.
- Lage academische waardering voor behandelen van deze patiënten.

Óf en de mate waarin deze redenen een rol spelen, verschilt per zorgtype. Deze opsomming laat met name zien dat het beter waarderen van deze behandelaren multifactorieel is. De betrokken branchepartijen pakken deze uitdaging graag de komende jaren samen op.

### 2.3 Waarderen van de inkopers van zorg voor deze patiënten

Zorgverzekeraars maken elk jaar afspraken over de inkoop van zorg voor hun verzekerden om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Deze zorgplicht geldt zowel voor verzekerden die aanspraak maken op 'cruciale' ggz als andere ggz. Gezien de personele krapte – sterker binnen de 'cruciale'

---

<sup>3</sup> Pagina 61 Integraal Zorg Akkoord.

ggz dan daarbuiten door de in §2.2 beschreven factoren – is voldoen aan de zorgplicht niet alleen een kwestie van voldoende zorg inkopen. Een tweede factor is dat de ggz van oudsher minder dan andere zorgsectoren in staat is om transparantie te bieden over ingezette zorg en de resultaten hiervan. Van zorginkopers wordt verwacht dat zij doelmatigheid sterk stimuleren. Het onvoorspelbare beloop en de heterogene multifactoriële problematiek van patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen bemoeilijkt de rol van zorginkopers binnen de ggz.

Om de zorg rondom patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen te kunnen prioriteren, vraagt dit andere keuzes van verzekeraars in hun inkoopbeleid met meer inhoudelijke betrokkenheid, een grotere gelijkgerichtheid<sup>4</sup> onderling en richting aanbieders. Het is daarbij belangrijk om verzekeraars te waarderen voor deze lastige opgave, om zoveel mogelijk gezamenlijk op te trekken in deze keuzes en om hen meer handvatten te geven voor deze ingewikkelde taak. Daarnaast is het van belang om te zorgen voor passende integrale compensatie vanuit risicoverevening.

## 2.4 Ruimte scheppen voor en door brede zorgtransformatie

De branchepartijen erkennen ook dat het sterker prioriteren van één deel van de ggz vraagt om ruimte om dit mogelijk te maken. Naast het afgesproken macrokader ggz, speelt hierin ook de eindige beschikbaarheid van zorgverleners een belangrijke rol.

De partijen willen deze ruimte verkrijgen uit een ggz-brede zorgtransformatie, zowel binnen wat hier als ‘cruciale’ ggz aangeduid wordt als daarbuiten. De specifieke invulling hiervan is een belangrijk onderdeel van de sectorbrede transformatie zoals afgesproken in het IZA (zie ook Hoofdstuk 6). Dit vraagt om inhoudelijke gesprekken, waarbij de uitkomsten uiteindelijk een plaats in de regionale contractering krijgen.

Bij de sectorbrede transformatie denken de partijen bijvoorbeeld aan het vaker inzetten van groepsbehandelingen, het organiseren van mentale gezondheidsnetwerken, meer in samenwerking behandelen en faciliteren van onderlinge consultatie om zo onnodige verwijzing en dubbele inzet te verminderen, of aan digitalisering voor patiëntgroepen voor wie dat meerwaarde biedt. Dit vraagt dat er ruimte moet komen om deze innovatie vorm te geven, wat in het begin extra tijd en inzet vraagt. Daarnaast stellen partijen een maatschappelijke discussie voor over grotere acceptatie van gebrek aan maakbaarheid en over realistischere verwachtingen aan de ggz.

Een andere bron van meer ruimte voor ‘cruciale’ ggz is om – in zorgvuldige afstemming tussen alle betrokken partijen – minder andere ggz aan te bieden/in te kopen en/of de voorwaarden daarvoor aan te scherpen. Dit kan in dat geval consequenties hebben voor individuele patiënten (bijvoorbeeld in vorm van langere wachttijd) en/of aanbieders wiens zorg minder of aangescherpt ingekocht wordt. Dit laat op een directe manier een van de onderwerpen zien waarbij het borgen van dit deel van de ggz bredere deelname vraagt dan alleen direct betrokkenen.<sup>5</sup> De veldpartijen erkennen dat dit een allesbehalve eenvoudige afweging is en vragen ook hierbij om maatschappelijke steun, onder andere van stelselpartijen als VWS, NZa en Zorginstituut

<sup>4</sup> Zie §6.2 voor meer over lokale contractering. De uitwerking hiervan wordt momenteel binnen ZN verder besproken.

<sup>5</sup> Zie Hoofdstuk 4 voor een meer uitgebreide beschrijving van deze regionale opgave.

Nederland. Het is belangrijk dat dit soort lastige keuzes in gezamenlijkheid worden gemaakt, politiek gedragen en gesteund worden, en waar nodig gefaciliteerd worden door het stelsel.

## 3 De betrokken patiënten in beeld

Sinds het vaststellen van het IZA werken partijen aan het zo goed mogelijk definiëren van wat ze onder ‘cruciale’ ggz verstaan. Deze taak blijkt op beschrijvend niveau goed mogelijk, maar lastiger tot heilloos om op een laag genoeg detailniveau te doen dat dit bijvoorbeeld tot een afgebakend, op eigen prestaties berustend deel van de ggz kan leiden. Het najagen van ‘perfectie’ hierin zou betekenen dat er nooit gestart wordt. De betrokken partijen kunnen elkaar erin vinden dat deze beschrijving voldoet om een start te maken op dit thema en dat verdere afbakening principieel onwenselijk is.

### 3.1 De voorliggende definitie aanvullen met een beschrijving

Als een van de stappen in de uitvoering van het IZA, is eind 2022 door veldpartijen een Handreiking cruciale ggz opgesteld.<sup>6</sup> Deze bevat een werkdefinitie van ‘cruciale’ ggz, zie Bijlage 1. De partijen erkennen daarbij dat deze werkdefinitie helpt als benadering, maar niet scherp genoeg is om direct gebruikt te kunnen worden bij zorgcontractering of het afbakenen van prestaties.<sup>7</sup> Een dergelijke afbakening is vanwege de sterke inhoudelijke vervlochtenheid binnen de ggz en vanwege het introduceren van een nieuw ‘schot’ – met bijkomende extra complexiteit, bemoeilijking van het bieden van integrale zorg en waarschijnlijk toename van gevraagde administratie – ook onwenselijk.

Daarbij stellen de partijen ook dat – omdat er geen epidemiologisch onderscheid te maken is – het nodig is om de werkdefinitie aan te vullen met een meer pragmatische, beschrijvende definitie. De gezamenlijke doelen (Hoofdstukken 1-2) zijn hierin het belangrijkste. In aanvulling op de werkdefinitie (Bijlage 1) stellen zij dat het bij ‘cruciale’ ggz om zorg gaat voor mensen die ernstig lijden en zich niet in hokjes laten stopen of laten verleiden om een vastomlijnd aanbod te volgen. Deze mensen delen vaak andere kenmerken, maar niet vaak genoeg om als criterium te gebruiken. Bijna altijd is het lijden van deze patiënten multifactorieel met domeinoverstijgende problematiek. Ook kent de zorg voor deze patiënten vaak een onvoorspelbaar beloop. Regelmatig zijn de voorliggende problemen uitzonderlijk zeldzaam en/of complex. Zorg voor deze mensen is er vaak op gericht om (verdere) teloorgang te voorkomen en lijden te verlichten.

Een andere beschrijvende benadering is via de zorg die deze patiënten vaak aangeboden krijgen. Een inventarisatie hiervan door bureau HHM<sup>8</sup> komt tot zes categorieën, zie Figuur 1. De regionale cruciale ggz vormt hierbij het aanwezige fundament voor hun directe omgeving. Op landelijk niveau is het fundament gelegd voor de beveiligde, klinische en hoogspecialistische zorg. De betrokkenen noemen ook deze indeling bruikbaar, maar niet bedoeld om tot een limitatieve lijst te komen. We hoeven immers niet van patiënten te verwachten dat ze het zorgsysteem of de indelingen daarbinnen begrijpen; mensen willen vaak simpelweg goede zorg zonder lang wachten. Hierop kunnen zij wat partijen betreft rekenen, net als op behandeling door vitale zorgverleners die met plezier hun werk doen en die hun inzet op- en afschalen wanneer nodig.

<sup>6</sup> <https://mindplatform.nl/nieuws/handreiking-cruciale-zorg-helpt-inventarisatie-vraag-en-aanbod-ggz>

<sup>7</sup> Informatiekaart NZa-verkenning bekostiging cruciale ggz ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_756623\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_756623_22/))

<sup>8</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/09/14/rapportage-hhm-inventarisatie-cruciale-ggz>





Figuur 1. Vanuit de verschillende regio's komen zes clusters van zorgvormen naar voren die tot de cruciale ggz worden gerekend.

### 3.2 Operationaliseren opgave regionale gesprekken

Na besloten te hebben om een beschrijvende definitie te hanteren, moet deze in de regio's en landelijk gebruikt gaan worden (Hoofdstukken 4 en 5). De betrokken partijen stellen daarbij voor om de volgende pragmatische operationalisatie te gebruiken, volgend op de clusters uit Figuur 1:

- Acute zorg: crisisdiensten, IHT en HIC.
- Outreachinge zorg: FACT-, VIP- en IHT-teams.<sup>9</sup>
- Klinische zorg: zorg met opname in een ggz-instelling, MPU of PUK.
- Beveiligde zorg: beveiligde bedden niveau 2/3, KIB, LIZ en ketenveldnorm/levenslooppaanpak.
- Hoogspecialistische zorg: ambulante en klinische zorg vallend onder setting 8 uit het Zpm, geleverd door ggz-instellingen, ziekenhuizen en UMC's.<sup>10</sup>

Voor alle bovenstaande zorgvormen biedt de opgestelde HHM-rapportage een inventarisatie.<sup>11</sup> Voor de hoogspecialistische zorg setting 8 (HS-8) is de lijst van het zorgprestatie-model (Zpm) leidend.<sup>12</sup> Deze lijsten vormen een vertrekpunt voor de regionale gesprekken. Wanneer er in IZA-regio's vanwege lokale kenmerken reden is om hiervan af te wijken, is dit gemotiveerd mogelijk.

<sup>9</sup> Binnen de verslavingszorg leveren IHT-teams outreachende zorg buiten de kaders van de acute zorg.

<sup>10</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_659073\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_659073_22/). Zie ook de Handreiking setting Hoogspecialistisch (NZa, 2021).

<sup>11</sup> HHM – Inventarisatie aanbod cruciale ggz – Een eerste beeld op basis van input vanuit de regio's (14 september 2023)

<sup>12</sup> Zie <https://www.zorgprestatie-model.nl/aan-de-slag/downloads/>

## 4 De regio staat centraal: daar doen wat daar kan

De bestaande IZA-regio's geven kaders die gebruikt worden om het regionale zorglandschap vorm te geven. Het borgen van de toegankelijkheid van passende ggz voor burgers en patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen past als onderdeel van het IZA goed bij de opdrachten voor de IZA-regio's. De betrokken partijen stellen daarom voor om deze regio's een centrale rol in dit plan te laten spelen. IZA-regionale gesprekken zijn dan de hoeksteen hiervan, met als doel om in beeld te krijgen welke 'cruciale' ggz (zie Hoofdstuk 3) daar goed geborgd is, welke onder druk staat en welke afwezig is. Dit beeld vormt dan de basis voor acties en afspraken.

Bij deze regionale gesprekken moeten alle relevante aanbieders (zie weer Hoofdstuk 3), zorgverzekeraars (al dan niet in representatie) en andere betrokken partijen in de regio aanwezig zijn. Het is hierbij belangrijk dat kerninstellingen binnen de regio het voortouw nemen, gefaciliteerd door de zorgverzekeraars, om met elkaar vraag en aanbod binnen de regio inzichtelijk te maken. Aanbod dat niet in de regio aanwezig is, en ook niet in de regio georganiseerd kan worden, is vervolgens per definitie landelijk cruciaal aanbod (zie Hoofdstuk 5).

Daarnaast is het belangrijk om binnen de regionale tafels goede afspraken met elkaar te maken hoe om te gaan met mogelijke wijzigingen in het aanbod dat bestempeld wordt als 'cruciaal'. Partijen moeten vooraf afspreken welke gesprekken hierover te voeren, welke partijen daarbij aan tafel moeten zitten en wat geregeld moet worden in de regio om voldoende aanbod voor patiënten te borgen.

### 4.1 De zes categorieën van cruciaal aanbod om langs de regiobeelden te houden

Vanuit de inventarisatie door bureau HHM naar het aanbod van 'cruciale' ggz<sup>11</sup> volgden zes verschillende categorieën van (boven)regionaal aanbod, zoals besproken in §3.2. Om een overzicht te krijgen van de huidige capaciteiten is het belangrijk dat in alle IZA-regio's een toets wordt uitgevoerd op deze categorieën van 'cruciaal' ggz-aanbod:

- Welk aanbod hiervan hebben we in de regio?
- Zijn er, of voorzien we, problemen met dit aanbod in de regio?
- Welk aanbod ontbreekt er in de regio? Is dit aanbod alsnog geborgd voor patiënten uit onze regio doordat in een naburige regio wél aanwezig en voldoende toegankelijk is?
- Welk aanbod in onze regio vervult een duidelijk regio-overstijgende rol en zou dus voor andere regio's als cruciaal landelijk aanbod gezien kunnen worden?

De uitkomsten van deze regionale toets worden vervolgens ingebracht op één landelijke tafel. Op deze manier kan middels een bottom-up benadering bepaald worden wat er nodig is om het ontbrekende en/of problematische regionale aanbod vanuit landelijk te verzorgen of dat er andere maatregelen genomen moeten worden.

## 4.2 Wat mogen we van aanbieders in de IZA-regio's verwachten?

Betrokken partijen stellen dat – om de gezamenlijke doelen te bereiken – van aanbieders in de regio verwacht mag worden dat zij deze patiënten kwalitatief goede, passende en toegankelijke zorg bieden. Dit geldt als vanzelfsprekend voor alle patiënten; voor de doelgroepen binnen 'cruciale ggz' vraagt dit om bovengemiddelde flexibiliteit van de aanbieders en om een houding waarin zorg om de patiënt heen in een netwerk georganiseerd wordt. Om toegankelijkheid te garanderen, wordt verwacht dat aanbieders duidelijke inclusiecriteria voor deze patiënten hanteren en voldoende capaciteit bieden om de gevraagde zorg te kunnen leveren zonder lange wachttijden.<sup>13</sup>

Daarnaast wordt er van aanbieders verwacht dat ze hun verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van passende zorg. Dit betekent dat ze actief beleid hebben over acceptatie, geen zorg leveren als er geen realistische doelen haalbaar zijn, tijdige afschaling en – waar mogelijk – het voorkómen van vraag naar de zorg die zij bieden om zo ook bij te dragen aan betere toegankelijkheid. Een belangrijke stap hierin is de functie die aanbieders in netwerken moeten innemen, waarbij ze hun expertise delen met partners. Daarnaast benadrukken partijen dat solidariteit belangrijk is, zeker ook bij andere aanbieders van ggz, met name bij gesprekken over hoe om te gaan met beperkingen in beschikbare mensen en middelen. Dit vraagt om goede samenwerking tussen partners, in gezamenlijkheid met de coördinerend zorgverzekeraar, om gezamenlijk de toegankelijkheid van deze zorg te kunnen borgen.

## 4.3 Wat mogen we van inkopers in de IZA-regio's verwachten?

Partijen stellen ook dat vanuit de zorginkopers binnen de IZA-regio's ook een aantal zaken verwacht mogen worden om de gezamenlijke doelen te bereiken. Zo moeten inkopers, in samenspraak met de zorgaanbieders, ervoor zorgen dat ze zicht hebben op het benodigde vraag en aanbod naar ggz – zowel 'cruciaal' als in totaal. Ook moeten zij inhoudelijke afspraken maken met de aanbieders in de regio over hoe de ggz zo te organiseren dat aanbieders hun rol goed kunnen vervullen. Van verzekeraars wordt daarbij verwacht dat zij ook een stimulerende rol spelen in het aan tafel krijgen van de partners in een regio.

Van de inkopers in de regio wordt verwacht dat ze hun deel bijdragen aan wat er nodig is om de gezamenlijke ambitie te realiseren en in de contractering op basis van met veldpartijen ontwikkelde inhoudelijke - en bedrijfsmatige voorwaarden financiële garanties bieden, onafhankelijk van de verzekeraar. In de contractering komt dit tot uiting in de afspraken. Deze afspraken moeten o.a. prikkels hebben om actief in-, door- en uitstroombesluiting te voeren en prikkels om veel volume te leveren kleiner maken. De prikkels sluiten aan op de gezamenlijk in het landelijke project (Hoofdstuk 6) vast te stellen KPI's voor toegankelijke en passende zorg. Inkopers wordt ook expliciet gevraagd waar nodig meerjarige afspraken te maken om aanbieders continuïteit te bieden tijdens de ingezette transformatie. Echter niet zonder ook afspraken over de

---

<sup>13</sup> De beschrijving van de betrokken patiëntgroepen uit Hoofdstuk 3 geeft richting aan deze inclusiecriteria. Voor sommige doelgroepen bestaat hiervoor al gevalideerde beslissondersteuning.

tussentijdse evaluatie van gemaakte inhoudelijke- en bedrijfsmatige afspraken. Samen vraagt dit een koerswijziging van transactioneel naar meer relationeel contracteren, om schouder aan schouder aan lange termijn doelen te kunnen werken. Belangrijk daarbij is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk het gesprek op de regionale tafels faciliteren. Tot slot is de gevraagde netwerk- en expertisefunctie van aanbieders niet mogelijk zonder passende compensatie voor een consultatiefunctie.

Er zijn daarnaast ook zaken die buiten de invloedssfeer van alle betrokken partijen liggen. Het bijbouwen van voorzieningen kan bijvoorbeeld lastig zijn door het huidige stikstofbeleid, ondanks welwillendheid van zorgaanbieders en verzekeraars. Het is belangrijk dat partijen zich dit realiseren en gezamenlijk optrekken voor oplossingen die wél binnen de invloedssfeer van de betrokken partijen liggen.

# 5 Landelijk is aanvullend: daar doen wat echt daar moet

## 5.1 Landelijke tafel voor bovenregionale zorg

Niet elke IZA-regio kan voor alle mogelijke 'cruciale' ggz-zorgvragen uit haar regio het passende aanbod organiseren. Deze patiënten zijn dan aangewezen op een aanbod buiten hun eigen regio. Dit bovenregionale aanbod is onderdeel van een landelijk netwerk en komt samen op de landelijke tafel voor 'cruciale' ggz.

Het voorstel is om met één landelijke tafel te werken voor alle zorg die bovenregionaal is. Deze landelijke tafel voor 'cruciale' ggz is de plek waar overzicht is op het aanbod wat niet in elke IZA-regio voorhanden is. Waar nodig kan de landelijke tafel gesegmenteerd worden naar patiëntdoelgroepen of specifieke zorgvormen.

Inhoudelijke netwerken rondom patiëntdoelgroepen voeden deze landelijke tafel en ondersteunen zorg in de tweede lijn. Vanuit deze inrichting versterkt de landelijke tafel de verdere ontwikkeling van kennis en behandelopties en organiseert zij de consultatiefunctie naar het brede ggz-veld. Hiermee speelt de landelijke tafel ook in op de landelijke ontwikkeling rond concentratie en spreiding en draagt zij vanuit de inhoud hieraan bij.

Als vertrekpunt voor de inrichting van de landelijke tafel is het voorstel om voor de hoogspecialistische zorg gebruik te maken van de lijst voor setting 8 uit het Zpm en van daaruit te starten.

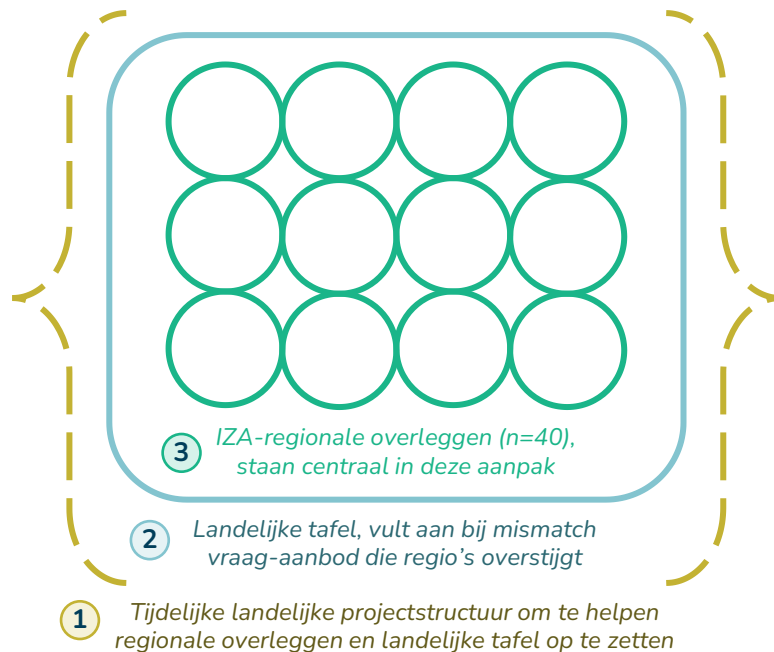
## 5.2 Schouder aan schouder staan en blijven staan

Om de zorg voor patiënten met de zwaarste en lastigste zorgvragen te borgen zijn keuzes nodig, zie ook Hoofdstuk 2. Niet iedereen gaat zich achter deze keuzes scharen. Wat een partij maatschappelijk solidair acht en passend bij de gezamenlijke doelen ziet een ander als verschraling of broodroof. Daarnaast is verandering in zorgaanbod regelmatig onderwerp van media-aandacht, ook wanneer dit goed onderbouwd en noodzakelijk is.

Partijen onderschrijven het belang om bij het maken van keuzes hier goed bewust van te zijn en om – juist in het kader van de afgesproken gezamenlijke doelen – ook schouder aan schouder te blijven staan. Dit vraagt bij het maken van (regionale of landelijke) keuzes en het uitdragen van beleid ook om het vooraf organiseren van een gezamenlijke communicatie en afspraken te maken over (sociale) media-uitingen.

## 6 Contouren van een projectmatige aanpak

De betrokken partijen stellen voor om een landelijk, faciliterend project te starten om zo de gevraagde transformatie (regionaal en landelijk) mogelijk te maken (Figuur 2). Ze stellen samen kaders en handvatten op waarmee veldpartijen in de regionale overleggen de doelen uit Hoofdstuk 4 kunnen bereiken. De komende periode werken de partijen dit project uit, waarbij ze ook expliciet kijken welke acties ze op korte termijn al kunnen nemen om de toegankelijkheid van deze zorg te verbeteren, zoals het opstellen van handvatten voor de contractering van 2025 en een gespreksleidraad voor de regionale en landelijke tafels. Dit omdat ze expliciet de ambitie uitspreken om niet te wachten op een tot in details uitgewerkt plan, maar om samen een eerste stap te durven zetten en al doende van elkaar te leren en te verbeteren. Dit hoofdstuk schetst de contouren van deze projectmatige aanpak.



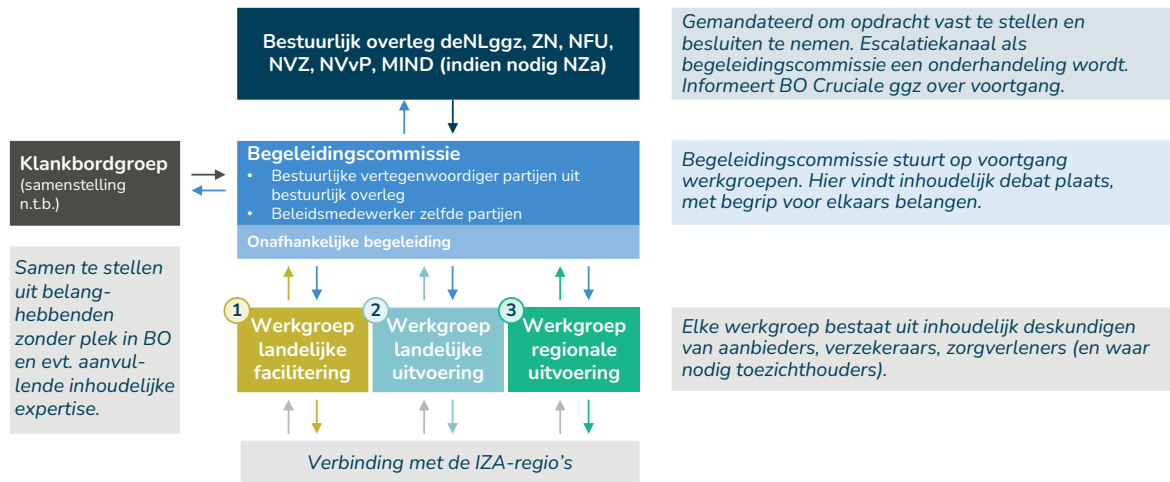
Figuur 2. Een tijdelijk, landelijk project faciliteert de start van de regionale overleggen en de overkoepelende, landelijke tafel.

### 6.1 Meerjarige transitie vraagt om toewijding met onderscheid tussen korte en lange termijn

De beweging naar borging van 'cruciale' ggz door prioritering van de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen, is een transitie voor de middellange termijn. Het inzetten van een dergelijke meerjarige transitie vraagt daarom toewijding en tijd van alle partijen. Het is belangrijk om ook inhoudelijke expertise te betrekken om het plan uit te werken.

Om deze transitie zorgvuldig en gedragen uit te voeren met behoud van tempo, stellen de partijen voor om het project een professionele governancestructuur te geven (Figuur 3). Hierbinnen zijn de

partijen op verschillende niveaus vertegenwoordigd. Drie werkgroepen houden zich bezig met de uitwerking van de drie werkstromen uit Figuur 2. Zij worden aangestuurd door een begeleidingscommissie van bestuurlijke vertegenwoordigers en beleidsmedewerkers. Een klankbord borgt betrokkenheid en belangen. De uiteindelijke besluitvorming vindt plaats in het bestuurlijk overleg.



Figuur 3. Het faciliterende landelijke project krijgt vorm met een bestuurlijk overleg, begeleidingscommissie, klankbordgroep en werkgroepen.

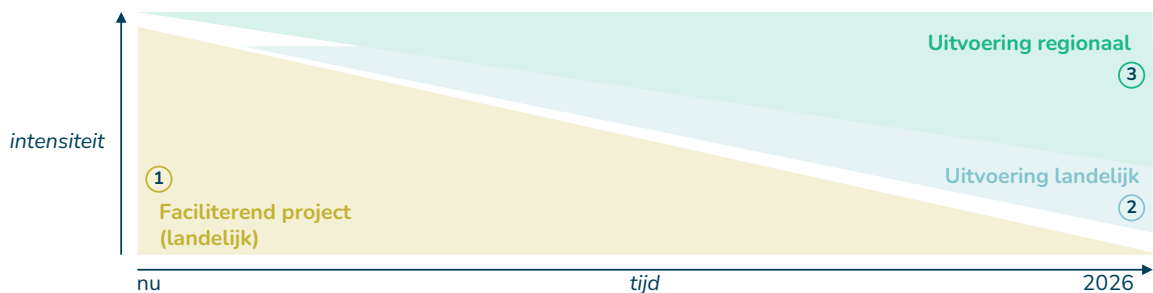
Vanuit het landelijk faciliterende project (gele haken in Figuur 2, gehele projectstructuur in Figuur 3) is het doel om zo snel mogelijk te starten met een verdere uitwerking van de plannen om de regionale overleggen en landelijke tafel vorm en handvatten te geven. Deze uitwerking kan het beste in drie fases plaatsvinden (Figuur 4):

- **Fase 1** (t/m zomer 2024) richt zich eerst op het inrichten van de projectorganisatie en het opstellen van de benodigde landelijke handvatten voor de regionale tafels en landelijke tafel. Deze projectorganisatie geeft als eerste de inrichting van de regionale en landelijke tafels verder vorm en werkt parallel de handvatten uit voor het gesprek op deze tafels en de contractering voor 2025. In aanloop naar deze contractering voor 2025 is het belangrijk om af te spreken hoe op korte termijn met de 'cruciale ggz' om te gaan, zie daarom ook §6.2.
- **Fase 2** (najaar 2024) richt zich vervolgens op kennisdeling en monitoring van de voortgang. Daarnaast maken we tijdens deze fase met elkaar een start richting de middellange termijn, waarin we onder andere een langetermijnvisie voor de 'cruciale' ggz opstellen.
- **Fase 3** (vanaf 2025) richt zich op het monitoren van de contractafspraken van 2025 en het doorontwikkelen van de langetermijnvisie en operationalisering hiervan.



Figuur 4. Het faciliterende landelijke project start zo snel mogelijk met de uitwerking van de plannen en monitort vanaf 2025 de voortgang en realisatie van het gezamenlijke doel.

Zoals benoemd gaat het tijd kosten om de gezamenlijke doelen te realiseren. De verwachte intensiteit van de verschillende deelprojecten verschilt ook tijdens de looptijd van het project, zie Figuur 5 voor een schematische illustratie. Initieel vraagt het landelijke faciliterende project veel aandacht, maar steeds minder, passend bij de tijdelijke aard. De regionale uitvoering start naar verwachting snel in een aantal regio's die hier al stappen in gezet hebben, waarna de andere volgen. De landelijke uitvoering is het nieuwst en start daarom als derde. De rol van de landelijke uitvoering is aanvullend aan de regio's en daarom kleiner.



Figuur 5. We starten met een faciliterend, landelijk project om de regionale en landelijke uitvoering in gang te zetten.

In de eerste regionale gesprekken bespreken deelnemers langs de vormen van zorgaanbod uit §3.2 welk aanbod op dit moment in de regio aanwezig is en onder sterke druk staat (zo nodig op afdelings- of zorgtypeniveau). Vervolgens inventariseren ze de oorzaken hiervan en bespreken wat hiermee te doen. Als de oorzaken van druk (deels) bovenregionaal zijn, moet dat ingebracht en besproken worden op de landelijke tafel.

Om de stappen op de langere termijn te operationaliseren, spreken partijen in het landelijke faciliterende programma gezamenlijke doelstellingen tot en met 2027 af. Deze doelstellingen definiëren de landelijke gezamenlijke KPI's die ze samen willen bereiken om de cruciale ggz te borgen. Individuele leden vullen deze doelstellingen vervolgens in de regio met elkaar verder in.



Ook is het van belang om de risico's en eventuele (perverse) prikkels van de voorgestelde transitie in kaart te brengen en met elkaar te bespreken. Op deze manier kunnen vooraf afspraken gemaakt worden om de risico's op de lange termijn zo veel mogelijk proberen te mitigeren.

## 6.2 Handvatten voor lokale contractering

In de IZA-regio's komen de afspraken per aanbieder tot stand, ook als een aanbieder zorg levert aan patiënten van buiten de IZA-regio. Dit vraagt om handvatten vanuit landelijke afspraken. Voorgesteld is om vanuit de landelijke projectmatige aanpak de mogelijkheden voor meer gelijkgerichte inkoop en gezamenlijke 'spelregels' bij de contractering van 'cruciaal' ggz-aanbod te onderzoeken en in de eerste fase handvatten voor contractering op te stellen.

Meerjarige afspraken zijn een middel om inhoudelijk consistent in de gewenste richting te bewegen en financiële rust en zekerheid voor een aanbieder van 'cruciale' ggz te creëren. Deze afspraken vragen aan de andere kant ook om inhoudelijke en meetbare gezamenlijke KPI's – die overeenkomen met de beschrijvende definitie en afgesproken verwachtingen – om ook de gewenste inhoudelijke richting en passende zorgtransformaties te kunnen monitoren en waar nodig bij te sturen. In sommige regio's wordt al gewerkt aan afspraken over de volle breedte van het 'cruciale' ggz-aanbod voor de regio. Voorgesteld wordt om van deze regio's te leren en hierop met elkaar verder te bouwen.

Wanneer een aanbieder van 'cruciale' ggz op de regionale tafel mogelijk continuïteitsproblemen aankaart, is het belangrijk om hier tijdig op te reageren. Nu bestaat er een 'early warning-systeem' via de coördinerend zorgverzekeraar om situaties waarbij een zorgaanbieder in continuïteitsproblemen komt aan te kunnen zien komen. Aanbieder en verzekeraar zoeken dan samen structurele oplossingen. In dit systeem blijft echter een mogelijk continuïteitsprobleem van een afdeling of specifieke zorgvorm onderbelicht. Betrokken partijen spraken tijdens de heidagen af dat dit systeem voor de 'cruciale' ggz niet toereikend is én problemen eerder aangekaart moeten worden én ook problemen bij specifiek aanbod (een afdeling of team) binnen de aanbieder eerder op tafel moeten komen. Dit moet nader uitgewerkt worden om zo toekomstige continuïteitsproblemen voor cruciaal aanbod voor te zijn. Een belangrijke kanttekening is dat het gezamenlijk vastgestelde doel om het borgen van toegankelijkheid van cruciale ggz gaat – regionaal en landelijk – en niet noodzakelijkerwijs over het in stand houden van specifieke bijzondere functies in een regio.

## 6.3 Professioneel inrichten regionale overleggen en landelijke tafel

Voor de inrichting van de regionale overlegstructuren en de landelijke tafel is het belangrijk vooraf duidelijke afspraken te maken over het doel en de invulling hiervan, zoals beschreven in Hoofdstukken 4 en 5.

Het is daarnaast belangrijk om de regionale overleggen – op het niveau van de IZA-regio's – professioneel in te richten. Dit betekent aansluiten bij de bestaande regiotafels en borgen van goede betrokkenheid en aansluiting van partijen binnen de tafels. Ook is het belangrijk dat er

onderlinge solidariteit is tussen de partijen en dat ze investeren in elkaar beter te leren kennen en het vertrouwen richting elkaar te versterken. Daarnaast moeten er inhoudelijke ‘spelregels’ worden afgesproken hoe om te gaan met ‘cruciaal’ aanbod. Binnen deze spelregels staat bijvoorbeeld omschreven welke gesprekken gevoerd moeten worden, welke onderwerpen minimaal aan de orde dienen te komen, welke partijen met welke expertise aan tafel moeten zitten en wat geregeld moet worden bij (mogelijke) aanpassingen in het regionale aanbod.

De landelijke overlegtafel is gericht op specifieke doelgroepen en focust zich op het daarvoor noodzakelijke aanbod dat vanuit de regio's is aangemerkt als van bovenregionaal belang. Wanneer er continuïteitsproblemen dreigen te ontstaan binnen vormen van dit aanbod of toegankelijkheid voor specifieke doelgroepen onder druk komt, gaan inhoudelijke experts met elkaar in gesprek om passende mitigerende maatregelen te organiseren. De beveiligde zorg is bijvoorbeeld een van de landelijke netwerken die opgericht wordt om het benodigde aanbod aan deze zorg te garanderen. Dit kan als voorbeeld dienen voor andere doelgroepen binnen cruciale ggz.

## 6.4 Datagedreven beter beeld verkrijgen op vraag en aanbod

In landelijke overleggen over dit onderwerp is eerder voorgesteld om data over zorggebruik in te zetten om de ‘cruciale’ ggz beter in beeld te krijgen dan alleen via aanbodlijsten. Deze wens bestaat zowel om zo een lastig definieerbaar onderwerp van meer kanten te belichten, als omdat het als wenselijk wordt gezien om de vraag naar deze zorg meer centraal te zetten; zorggebruik is daar een proxy voor. Uitvoeringsproblemen bij Vektis belemmeren tot nu toe echter voortgang hierop. Ook een systematische (landelijke) analyse van de wachtlijst data draagt bij aan een beter beeld van de vraag en knelpunten in het aanbod.

Het is wenselijk om de komende jaren beter data te gaan gebruiken om vraag naar en aanbod aan deze zorg scherper te krijgen (en de disbalans hiertussen). Naast betere definiëring, kan dit helpen om meer vergelijkend inzicht te geven in behandelinzet en -uitkomsten. Alle verkregen informatie kan vervolgens helpen regionale en landelijke gesprekken beter onderbouwd te voeren. Als het via Vektis aanhoudend lastig blijkt deze data te verkrijgen, valt het te overwegen om dit via de aanbieders van deze zorg te organiseren, bijvoorbeeld via een op te zetten ‘trusted third party’ naar analogie van het GGZ Dataportaal van Phrenos of Dutch Hospital Data (DHD). Een dataplatform zoals DHD biedt daarnaast ook meer mogelijkheden om een beter beeld te krijgen waar welk type zorgvraag behandeld wordt en welke reisbewegingen er gemaakt worden, wat helpt om de bovenregionale functie van zorgaanbod te onderbouwen.

# Bijlage I – Werkdefinitie uit Handreiking cruciale ggz

Ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is. Belangrijke elementen hierin zijn:

- Het omvat zorg waarvoor geldt dat de beschikbaarheid in Nederland vanuit de richtlijnen en zorg voor hoogcomplexe problematiek waarvoor richtlijnbehandeling niet leidt tot het beoogde resultaat als essentieel voor een groep cliënten wordt gezien.
- Het aanbod onvoldoende kan worden geborgd vanwege schaarste aan expertise of volume.
- Zonder desbetreffende zorg zouden desbetreffende cliënten die zorg niet kunnen krijgen en onvoldoende mate van herstel kunnen bereiken.
- De zorg is essentieel voor de cliënt zonder gelijkwaardig alternatief.
- Dergelijke zorg is ook niet snel te organiseren/te vervangen/over te nemen door een andere aanbieder bij wegvallen van een bestaand behandelaanbod).