

Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017

16 juli 2013

Partijen:

- GGZ Nederland (GGZ N)
- Landelijk Platform GGz (LPGGz)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Platform MEER GGZ
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

In de afgelopen jaren zijn er hoofdlijnenakkoorden gesloten voor de medisch specialistische zorg (medisch specialisten, ZBC's en ziekenhuizen), huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze akkoorden hebben de ambitie bij te dragen aan de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel, en bovenal aan het belang van een effectieve en efficiënte zorg voor patiënten. De kwaliteit van zorg in Nederland is van zeer hoog niveau, partijen beseffen dat zij een gezamenlijke opgave hebben om deze kwaliteit ook de komende jaren te blijven verbeteren, ondanks de vermindering van de ruimte voor groei. Er is veel commitment in het veld om de doelstellingen van de akkoorden te realiseren. Partijen hebben de uitvoering van de akkoorden dan ook met voortvarendheid ter hand genomen.

Het transitieproces dat daarbij doorlopen moet worden, is niet altijd gemakkelijk omdat in dat proces zich soms aanzienlijke knelpunten en obstakels voor doen. Dat vraagt van partijen dat zij met elkaar in gesprek blijven, in gezamenlijkheid naar werkbare oplossingen zoeken en het bredere belang van de doelstellingen van de akkoorden voor ogen houden. Deze transitie vraagt een enorme inzet van partijen. Een inzet die partijen bereid zijn gebleken te leveren, omdat iedereen achter de inhoudelijke agenda staat, die met de hoofdlijnenakkoorden is neergezet. Dat geeft vertrouwen voor de toekomst. Partijen willen de hoofdlijnenakkoorden daarom graag in de komende jaren voortzetten.

Overheid, zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars hebben daarnaast een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de curatieve GGZ. Tegen de achtergrond van de verslechterde economische situatie en de negatieve impact daarvan op de overheidsfinanciën maken de partijen nieuwe afspraken die als aanvulling gelden op het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*.¹ Dit akkoord benadrukt het belang van "een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod van de GGZ, om mensen met psychische aandoeningen te herkennen, diagnosticeren, behandelen en/of stabiliseren," wat in de kern betekent "dat de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend." De inhoudelijke agenda die is verwoord in de bestaande akkoorden is nog steeds van kracht en wordt met dit convenant op onderdelen verduidelijkt, aangevuld dan wel geïntensiveerd. De ondertekenaars van dit akkoord committeren zich aan het realiseren van deze inhoudelijke agenda.

¹ TK 2011/2012 25 424 nr. 183.

2. Financiële randvoorwaarden

- a. Voor de periode van 2015 tot en met 2017 wordt een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,0% per jaar, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling.² Voor 2014 wordt een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling.
De toegestane groei in de betreffende jaren wordt berekend over de begrotingsstand in 2013 (stand Voorjaarsnota). Het structurele groeipercentage van 1,0% sluit aan bij de demografische ontwikkeling.³
Het groeipercentage betreft een landelijk maximum groeipercentage. Individuele zorgaanbieders kunnen hier geen rechten aan ontleen in de lokale onderhandelingen. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen voor het realiseren van deze doelstelling ten aanzien van een landelijk lagere macrogroei. Dat partijen een inspanningsverplichting aangaan in plaats van een resultaatverplichting vloeit voort uit het feit dat deze afspraken partijen niet kunnen vrijwaren van de wettelijke zorgplicht. Partijen spannen zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen.
- b. Voor de curatieve GGZ resulteert dit in het voor 2014 beschikbaar stellen van een kader van 4.307 miljoen euro.
- c. De beschikbare financiële kaders voor de jaren 2015, 2016 en 2017 bedragen 4.345, 4.385 en 4.416 miljoen euro.⁴
- d. In het Zorgakkoord is een afspraak opgenomen over middelen die geormerkt aan het GGZ-kader voor jeugd-GGZ worden toegevoegd (zie ook par. 4 onder p). Deze afspraak blijft van kracht. Overheveling van GGZ-zorg uit andere kaders naar het macrokader voor de curatieve GGZ leidt tot ophoging van het bovenstaande macrokader.
- e. Deze aanpassing is mede bedoeld om de kosten van de premieontwikkeling te beheersen. Partijen realiseren zich dat gegeven de landelijk lagere groei nog steeds sprake is van toename van de kosten hetgeen zich op de korte of de lange termijn zal vertalen in de zorgpremie.
- f. Partijen zullen de financiële realisatie van deze afspraken gezamenlijk monitoren.
- g. Naast de in dit document gemaakte afspraken heeft het kabinet nog een opgave in het kader van het stringent pakketbeheer voor de gehele zorg, waaronder de GGZ.⁵ Partijen, met inachtneming van ieders rol en verantwoordelijkheid, onderschrijven dat een continue, systematische doorlichting van het pakket aan verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswet (Zvw) noodzakelijk is.
- h. Partijen zullen inzetten op gepast gebruik, doelmatigheid, efficiency en substitutie om deze doelstelling te bereiken. Huisartsen, GGZ-professionals, verzekeraars en patiënten hebben hier ieder een verantwoordelijkheid in. VWS beseft dat de bijstelling van het groeipad een forse extra inspanning van partijen vergt.
- i. In het bovenstaande kader zijn begrepen de middelen (5 miljoen per jaar voor de periode 2015-2017) voor de uitvoering van de afspraken in paragraaf 4. Hieronder zijn in ieder geval middelen voor het kwaliteitsprogramma, destigmatisering, zelfmanagement, patiëntveiligheid en bevordering eHealth.

² Jaarlijks wordt bij Voorjaarsnota de werkelijke loon- en prijsontwikkeling bepaald en of deze al dan niet wordt uitgekeerd. Zie voor nadere toelichting over de loon- en prijsbijstelling het memo "Verwerking van de loon- en prijsbijstelling en de rol van VWS daarbij" van VWS aan de deelnemers directeurenoverleg bestuurlijk akkoord GGZ, van 15 maart 2013.

³ Bevolkingsgroei vermeerderd met het bevolkingsaanwinsteffect (vergrijzing en de verwachte stijging van de gezonde levensjaren).

⁴ Hierbij is rekening gehouden met de gedeeltelijke dekking van de intensivering wijkverpleegkundigen uit het Regeerakkoord (€ 5 mln in 2015, € 9 mln in 2016 en € 22 mln in 2017).

⁵ Reeks voor de gehele curatieve zorg (RA Rutte I + RA Rutte II): 2014: -10 mln; 2015: -30 mln; 2016: -105 mln; 2017: -255 mln. Deze reeks betreft de openstaande bruto-besparingsreeks. Een besparing van € 40 mln vanaf 2013 is reeds behaald.

3. Verlenging *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*

- a. De koepels van aanbieders, verzekeraars, patiënten en beroepsgroepen spreken hernieuwd commitment uit voor het realiseren van de gezamenlijke agenda. Partijen beseffen dat zij met de bijstelling van het groeipad gezamenlijk een zware opgave aangaan. Die opgave brengt met zich mee dat het gesprek soms op het scherpst van de snede wordt gevoerd, niet alleen op landelijk niveau, maar vooral ook tussen aanbieders en verzekeraars. Partijen zullen gezamenlijk bewaken dat ondanks de hoge druk het gesprek op constructieve, respectvolle wijze gevoerd blijft worden. Enerzijds dient er voldoende tijd te worden genomen voor een zorgvuldige en doordachte uitvoering van de gemaakte afspraken. Anderzijds is een versnelling dan wel aanscherping van afspraken uit het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* nodig om een groeipad van 1,5% in 2014 en 1,0% per jaar vanaf 2015 te realiseren. Waar dat nodig is, zijn die verscherpte afspraken concreet in dit akkoord opgenomen.
- b. De looptijd van het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* wordt verlengd tot het einde van 2017. Verlenging van dit akkoord en meerjarige financiële afspraken bieden de sector de benodigde rust en heldere kaders voor het uitvoeren van de gemaakte afspraken en het realiseren van de stevige uitdagingen die in de huidige beleidsagenda besloten liggen.
- c. In het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* hebben partijen gezamenlijk een inhoudelijke agenda afgesproken om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. In deze inhoudelijke agenda is ingezet op:
 - o het stimuleren van **zelfmanagement en het herstellvermogen van de patiënt**;
 - o **versterking van de huisarts** voor het herkennen van psychische problematiek en het goed doorverwijzen (door flexibilisering van de POH-GGZ);
 - o invoering van de **generalistische basis GGZ** per 2014 en het **meer behandelen van patiënten** in de generalistische basis GGZ in plaats van in de gespecialiseerde GGZ, volgens het principe van matched care;
 - o **ambulantisering** waarbij de patiënt centraal wordt gesteld: mensen met psychische aandoeningen willen zoveel mogelijk deel kunnen nemen aan de maatschappij;
 - o **transparantie**: één taal voor kwaliteit en uitkomsten die onderling vergelijkbaar zijn. ROM is daar onderdeel van: zorgaanbieders in de GGZ leveren structureel ROM-gegevens aan;
 - o **kwaliteit**: een ambitieus kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren;
 - o **zorgvraagzwaarte**: vanaf 2014 op persoonsniveau beschikbaar en onderdeel van de doorontwikkelagenda;
 - o een programma voor **destigmatisering**;
 - o een **scherpere afbakening van het verzekerd pakket**;
 - o het verder terugdringen van het gebruik van **dwangtoepassingen en het verbeteren van de patiëntveiligheid**;
 - o het bevorderen van de **implementatie van eHealth**;
 - o het opheffen van de **tweedeling tussen somatiek en psychiatrie**, bijvoorbeeld met betrekking tot de versterking van de ziekenhuispsychiatrie;
 - o het opstellen van verschillende plannen van aanpak waaronder een plan van aanpak voor de ontwikkeling van **topzorg**, mede op basis van de onderzoeken van de Gezondheidsraad en iMTA;
 - o het versnellen van de **contractering**, inzicht geven in onderhanden werk en introductie van een macrobeheersingsinstrument (MBI).
- d. Op de hiervoor genoemde thema's is de afgelopen periode een stevige agenda neergezet en zijn plannen van aanpak ontwikkeld. Deze plannen worden in de komende periode verder uitgewerkt en uitgevoerd. De beweging die is ingezet met deze inhoudelijke agenda wordt voortgezet in de jaren 2015 t/m 2017. Op onderdelen wensen partijen in het kader van de nieuwe financiële afspraken de volgende inhoudelijke thema's verder aan te scherpen c.q. door te ontwikkelen.

4. Inhoudelijke afspraken

a. Kwaliteit, transparantie en informatievoorziening:

Kwaliteit en gepast gebruik

In het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* is een start gemaakt met een ambitieus kwaliteitsprogramma, voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. Partijen vinden het van groot belang dat dit meerjarenprogramma in de periode 2015 t/m 2017 wordt voortgezet. Daarom worden de gelden voor het Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden (LSKS) in de periode 2015 t/m 2017 voortgezet. In de agendaraad van het LSKS stellen partijen een plan van aanpak op met betrekking tot richtlijn-, zorgstandaard- en zorgpadontwikkeling, waaronder protocollering en toegang tot de zorg. Doel is dat behandelaar en patiënt binnen de richtlijnen kunnen differentiëren wanneer behandeling wel of niet nodig is, hetgeen ook noodzakelijk is om de bijstelling van het groeipad te kunnen accommoderen.

Daarnaast zal worden bekeken of en op welke manier suggesties op het terrein van kwaliteit en doelmatigheid in de GGZ die verschillende organisaties hebben gedaan naar aanleiding van de oproep van de minister in februari jl. om mee te denken over alternatieven voor de noodzakelijke pakketmaatregelen, onderdeel van de agenda kunnen worden.

Transparantie en informatievoorziening

Ook het in beeld brengen van praktijkvariatie, inzicht in kwaliteit en gepast gebruik zijn van groot belang voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg, en ten behoeve van keuzeondersteunende informatie voor patiënten. In het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* is reeds, vanwege het belang van transparantie van prestaties, afgesproken dat er één taal komt voor kwaliteit en uitkomsten. Routine Outcome Monitoring (ROM) maakt daar onderdeel van uit. Wat betreft ROM werken partijen uit in welk tempo de reeds afgesproken ROM-percentages kunnen worden gerealiseerd, waarbij rekening wordt gehouden met de administratieve belasting. Partijen bevestigen en intensiveren hun commitment aan de afspraken en doelen gesteld in het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* op het gebied van ROM, zorgvraagzwaarte, en doorontwikkeling productstructuur. Uitgangspunt is dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld worden. In dit akkoord worden de afspraken over de informatievoorziening op de declaratie versneld en geïntensiveerd, onder andere om de sturing op kostenbeheersing mogelijk te maken.

Zorgvraagzwaarte gespecialiseerde GGZ

- Partijen hebben unaniem veel waardering voor het werk en het eindproduct van de werkgroep zorgvraagzwaarte, de zorgvraagzwaarteindicator versie 1.0.
- Partijen gaan akkoord met een doorstart van de werkgroep zorgvraagzwaarte. Financiering geschiedt in 2013 vanuit de middelen voor het LSKS.
- Partijen vinden de zorgvraagzwaarteindicator die er nu ligt, geschikt als basis voor verdere doorontwikkeling (in een lerende omgeving), voor registratie door zorgaanbieders op individueel niveau, en als taal voor informatie-uitwisseling over zorgvraagzwaarte tussen zorgaanbieders en verzekeraars tot een verbeterde versie van de zorgvraagzwaarteindicator is ontwikkeld. Partijen zullen de indicator op deze manier gaan gebruiken.
- Partijen zijn het erover eens dat er (bestuurlijke) afspraken nodig zijn met alle individuele verzekeraars, over de manier waarop verzekeraars wel en niet gebruik zullen maken van de zorgvraagzwaarteinformatie die met behulp van de zorgvraagzwaarteindicator versie 1.0 wordt uitgewisseld (gedragscode).
- Partijen onderschrijven het eindperspectief dat de zorgvraagzwaarteindicator op persoonsniveau via de declaratie moet worden uitgewisseld, vergelijkbaar met de somatiek, mits dit binnen de vigerende privacyregels toelaatbaar is.
- Partijen gaan akkoord met het (voorafgaand aan de zorginkoop/verkoopgesprekken voor 2014) aanleveren van een bestand aan verzekeraars, met daarin

- gepseudonimiseerde gegevens op individueel niveau over de zorgvraagzwaarte van patiënten gekoppeld aan DBC's die in 2011 zijn geopend.
- VWS heeft de Nza gevraagd om voorbereidingen te treffen om de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie op te nemen, in afwachting van het advies van het CBP.
 - Conform eerdere afspraken hebben partijen vastgesteld dat in het proces (ministeriële regeling, CBP-advies, ICT) geen belemmeringen zitten om de zorgvraagzwaarte indicator op 1-1-2014 op de declaratie te hebben. VWS heeft het CBP op 5 juni 2013 om advies gevraagd en we schakelen het ICT-traject parallel. Dat laatste zegt uiteraard niets over het inhoudelijke advies van het CBP.

Aanvullende gegevens op de factuur

Om inzicht te bieden in de geleverde kwaliteit, praktijkvariatie te verminderen, gepast gebruik te stimuleren en de kosten te beheersen vinden partijen het essentieel dat bepaalde gegevens, voor zover mogelijk vanaf 1 januari 2014, verplicht op de factuur worden opgenomen, zowel in de generalistische basis GGZ als in de gespecialiseerde GGZ. Deze informatie leidt ook tot meer inzichtelijkheid voor de verzekerde en de zorgverzekeraars. Naast de vijf elementen genoemd in de brief van de minister aan de Tweede Kamer over het hoofdbehandelaarschap,⁶ en naast de afspraak over de zorgvraagzwaarte indicator, betreft het de volgende gegevens:

- De diagnose, zoals in de somatiek reeds het geval is; in het geval van de GGZ de DSM IV diagnose, onder voorbehoud van een uitspraak door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), zie hieronder. Indien voor 1 januari 2014 nog geen goedkeuring door het CBP is verleend, wordt vanaf 1 januari 2014 de diagnose-informatie in de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ verstrekt op het hoofdgroepniveau, totdat goedkeuring door het CBP is verleend;
- Verwijzer; bij de uitwerking wordt een lijst opgesteld van mogelijke verwijzers, hierbij wordt rekening gehouden met bemoeizorg en zorgmijders.

De ondertekenaars van dit akkoord zullen de NZa uiterlijk 31 juli 2013 in gezamenlijkheid verzoeken om opname van bovenstaande gegevens op de factuur verplicht te stellen.⁷ Partijen vinden dat te allen tijde de privacy en het medisch beroepsgeheim gewaarborgd moeten worden. Het LPGGz en ZN zullen namens de partijen in gesprek treden met het CBP. Er zal een officieel verzoek worden gedaan aan het CBP. Partijen beseffen dat goede communicatie over deze wijzigingen essentieel is om deze goed te laten landen bij professionals en patiënten.

- b. Ambulantisering, destigmatisering en zelfmanagement: mensen met psychische aandoeningen willen bij voorkeur in hun eigen omgeving of poliklinisch behandeld worden, daarnaast willen zij een baan of een andere zinvolle dagbesteding en vrienden en sociale contacten. Daarom moet er niet alleen worden gestreefd naar herstel van de gezondheid, maar ook naar herstel van burgerschap. Dat laatste houdt in dat cliënten zoveel mogelijk in staat moeten worden gesteld de regie over hun leven te hervinden en te participeren in de maatschappij. De financiering van de plannen van aanpak voor destigmatisering en zelfmanagement zal worden voortgezet gedurende de looptijd van dit akkoord.

De ambitie blijft in dit verband om de beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008⁸ en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. De monitor ambulantisering, waarin alle partijen participeren, wordt verbreed, in die zin dat nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan de inhoudelijke effecten van de ambulantisering voor patiënten.

- c. eHealth: biedt kansen voor het verhogen van de kwaliteit van zorg en het verlagen van de kosten. Alleen door commitment aan gezamenlijk geformuleerde doelstellingen en activiteiten kunnen de barrières geslecht worden die inzet van eHealth op nationale schaal nu nog in de

⁶ Brief van 2 juli 2013, EK 2012/2013, 25 424, nr. D, pagina 4.

⁷ Overigens lopen onder de verantwoordelijkheid van de NZa ook eigenstandige trajecten over welke gegevens in de generalistische basis ggz en in de gespecialiseerde ggz op de factuur moeten worden opgenomen. De in dit akkoord genoemde gegevens zijn aanvullend op hetgeen de NZa op basis van de genoemde trajecten verplicht stelt. Het is gebruikelijk dat de NZa hierbij veldpartijen consulteert en aandacht heeft voor de gevolgen voor de administratieve lasten.

⁸ Conform eerdere afspraak betreft dit de capaciteit in de Zvw en AWBZ.

weg zitten. De partijen gaan voor 1 januari 2014 samen bepalen hoe ze de grote potentie van eHealth de komende jaren gaan benutten.

- d. Toegankelijkheid: gezien de grote opgave in de GGZ voor de komende periode, is uitdrukkelijke aandacht voor de toegankelijkheid van zorg heel belangrijk. Het aangepaste groeipad is conform de demografische ontwikkeling, en mag dan ook niet leiden tot een toename van wachtlijsten. Partijen zijn van oordeel dat wachtlijsten in de GGZ zeer onwenselijk zijn. Partijen zullen dan ook een uiterste poging doen om onder andere via het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en het sturen op doelmatigheid de verlaging van de groei te realiseren.
- e. Hoofdbehandelaarschap: partijen onderschrijven de lijn voor het hoofdbehandelaarschap zoals uiteengezet door de minister van VWS.⁹ Ook voor het hoofdbehandelaarschap geldt dat de sector in een overgangsfase verkeert. Partijen erkennen daarnaast dat zorgverzekeraars op basis van de Zorgverzekeringswet in de contractering en polisvoorwaarden de ruimte hebben om uit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen een nadere afweging te maken over het hoofdbehandelaarschap. Zij kunnen hiervan afwijken indien de regionale situatie (bijvoorbeeld met betrekking tot aantoonbare kwaliteit, toegankelijkheid, aanwezigheid van deskundigheid) daartoe aanleiding geeft. Om toe te kunnen werken naar een meer op inhoudelijke gronden gebaseerde norm voor hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, die leidt tot goede en doelmatige zorg voor de cliënt, is de komende jaren onderzoek nodig naar de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, de patiëntervaringen, de macrobeheersbaarheid, de controleerbaarheid en de administratieve lasten. Meer concreet wordt gedacht aan onderzoek naar:
- de aard van de zorg in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, de beweging van cliënten, welke cliënten in welke aantallen zorg ontvangen en de passendheid van het aanbod in de generalistische basis GGZ;
 - de relatie tussen te ontwikkelen en bestaande kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, zorgvraagzwaarte en hoofdbehandelaarschap en de mogelijke "knip" daarin tussen diagnosestelling en behandeling;
 - het tijdsbeslag voor hoofdbehandelaren en medebehandelaren in relatie tot de beschikbare capaciteit.
- Partijen spreken af voor het einde van 2013 een plan van aanpak voor dit onderzoek op te stellen.
- f. Gelijk speelveld en keuzevrijheid voor patiënten: partijen onderschrijven het belang van keuzevrijheid voor patiënten, en een gelijk speelveld tussen alle zorgaanbieders. 2014 is het eerste jaar dat prestatiebekostiging voor alle aanbieders in gelijke mate geldt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan vanaf 2014 op individuele basis contracteren. Uitgangspunt daarbij is een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders. Dat betekent geen gelijke uitkomst, maar wel een gelijke startpositie. Daartoe moet een aantal randvoorwaarden worden vervuld:
- gelijkwaardige aanbieders moeten een gelijkwaardige toegang hebben tot de verdeling van middelen;
 - informatie over de *de facto* ingekochte zorg moet vóór 19 november van jaar t-1 beschikbaar zijn voor patiënten;
 - inkoopbeleid en inkoopproces moeten open en transparant zijn, evenals de wijze waarop gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheid tot bevoorschotting.
- Dit betekent voor het inkoopbeleid:
- gelijktijdige publicatie van het inkoopbeleid voor alle aanbieders;
 - verschillende aanbieders kunnen op hetzelfde moment een aanbod bij zorgverzekeraars doen;
 - gelijke eisen voor gelijke zorg.
- Een gelijk speelveld en prestatiebekostiging dienen bij te dragen aan hoogstaande zorg. Aanbieders bieden efficiënte en kwalitatief goede zorg en kunnen hier op altijd getoetst worden door de zorgverzekeraars.

⁹ Brief van 2 juli 2013, EK 2012/2013 25 424, nr. D.

- g. Versnelling contracteercyclus: partijen committeren zich aan het versnellen van het proces van inkoop waaronder begrepen de afwikkeling van de contracten. Voor 2014 streven partijen er naar de inkoopcyclus vóór 19 november 2013 af te ronden. Voor 2015 en verder zal de inkoopcyclus vóór 19 november van het jaar t-1 afgerond zijn. Verzekeraars informeren hun verzekerden op 19 november over het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod. VWS neemt het voortouw voor een tijdlijn met een overzicht van wat er door wie wanneer gereed moet zijn voor de inkoop in 2014 voor het jaar 2015. Deze tijdlijn is in september 2013 gereed.
- h. Nieuwe toetreders: partijen onderschrijven dat voor de borging van de kwaliteit en veiligheid van de zorg striktere eisen voor toelating van nieuwe aanbieders tot de zorgmarkt noodzakelijk zijn. De minister heeft in dat verband aangegeven te denken aan een toets door de IGZ, binnen vier weken na de start van zorgverlening door een nieuwe zorgaanbieder. Hierbij zou bijvoorbeeld getoetst kunnen worden op:
- o de direct geldende wettelijke eisen voor kwaliteit, veiligheid en ordelijke en controleerbare administratie voor iedereen die Zvw- of AWBZ-zorg aanbiedt;
 - o een eventueel verbod op het aanbieden van zorg zonder inschrijving in het Handelsregister;
 - o een verplichte verklaring omtrent gedrag (VOG) voor bestuurders van instellingen inclusief een vergewisplicht voor de Raad van Toezicht ten aanzien van de aan te stellen bestuurder.

De partijen in de GGZ zijn van mening de toelating tot de GGZ verder moet worden aangescherpt. Zij zijn voorstander van toetsing vooraf.

Nieuwe aanbieders in de GGZ zullen door middel van certificering bijdragen aan de transparantie over en borging van kwaliteit en veiligheid. Het streven van MEER GGZ is dat de certificering 1-1-2014 van start gaat. Vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten beschikken over een verplicht visitatiesysteem, waardoor deze groep van aanbieders eens in de vijf jaar wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria.

- i. Selectieve zorginkoop / artikel 13 / restitutiepolis:
1. Voor het realiseren van de doelstellingen van dit akkoord is van doorslaggevend belang dat verzekerden en patiënten/cliënten over de mogelijkheden beschikken om verantwoord te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Dat vergt een transparant en duidelijk overzicht van verzekeringspolissen waaruit jaarlijks een keuze kan worden gemaakt. Daarbij dient het onderscheid tussen restitutie- en naturapolissen glashelder te zijn. Als de verzekerde kiest voor een naturapolis, waarbij zijn verzekeraar selectief op prijs en kwaliteit kan inkopen, moet hij kennis kunnen nemen van de inkoopcriteria van zijn verzekeraar, en moet hij tijdig weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. En als de verzekerde ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan moet klip en klaar zijn welke vergoeding daarvoor geldt. Daarvoor is ook nodig dat prijsinformatie over het zorgaanbod voor de verzekerde beschikbaar is. Voor de verzekeraar is van belang dat hij de vrijheid heeft om vast te stellen welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorg. Daarbij mag van de verzekeraar verwacht worden dat hij ook op dit punt een open, transparant en evenwichtig inkoopbeleid voert, opdat zorgaanbieders tijdig weten waarop zij kunnen rekenen, en zo nodig maatregelen kunnen treffen als zij niet (volledig) worden gecontracteerd. De NZa dient hier effectief toezicht op te houden. Dat geldt ook voor de zorgplicht van de zorgverzekeraar, die er toe gehouden is ook bij selectief contracteren zorg te dragen voor voldoende keuzemogelijkheden op regionaal niveau, opdat verzekerden een andere keuze kunnen maken als de relatie met hun zorgverlener niet optimaal is. Het gestelde onder artikel 4.f van dit akkoord met betrekking tot gelijk speelveld en keuzevrijheid voor patiënten heeft onverkort betrekking op de toepassing van artikel 13 Zvw.
 2. Aan verzekerden zal bij het aanbieden van de polis het verschil tussen de naturapolis en de restitutiepolis worden toegelicht zodat er sprake kan zijn van een weloverwogen keuze.
 3. Een en ander wordt geborgd met het thans in behandeling zijnde wetsvoorstel tot aanpassing van artikel 13 Zvw. Voor zorgverzekeraars is deze aanpassing van artikel 13 een noodzakelijke voorwaarde om de ambities van dit akkoord te kunnen realiseren.

4. Indien dit wetsvoorstel wordt aangenomen ontstaat een transparante polismarkt, en weten patiënten, aanbieders en verzekerden tijdig (voor 19 november) waar zij minimaal op kunnen rekenen.¹⁰ Alsdan zal de restitutiepolis in de basisverzekering gehandhaafd blijven.

- j. Onderhanden werk: VWS verzoekt de NZa om centrale aanlevering van productiegegevens mogelijk te maken, indien mogelijk voor 1 januari 2014. Het centraal aanleveren van de productiegegevens maakt het mogelijk om een model te ontwikkelen voor een continue dynamische monitoring van de kostenontwikkelingen in de GGZ. Hiermee wordt tijdige en betrouwbare informatie gegenereerd over de kosten in de GGZ. Deze informatie dient periodiek beschikbaar te komen voor de stakeholders.
- k. Tarieven gespecialiseerde GGZ: sinds 1 januari 2013 stelt de NZa in de gespecialiseerde GGZ zogenaamde max-max tarieven vast (waarbij sprake is van een standaardmaximumtarief en een bijbehorend hoger maximum van 110% van het standaardmaximumtarief). Partijen hechten eraan dat er in het lokaal overleg helderheid is over het gebruik van deze tarieven:
- o een tarief tussen de 100 en 110% van het standaardmaximumtarief mag alleen in rekening gebracht worden als hier een afspraak met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt;
 - o het staat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij om in het lokaal overleg voor bepaalde prestaties of voor het geheel aan ingekochte zorg tarieven tussen de 100 en 110% van het standaardmaximumtarief af te spreken;
 - o het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te bepalen op welke gronden een tarief tussen 100 en 110% van het standaardmaximumtarief wordt afgesproken.

Als referentie voor het lokaal overleg suggereren partijen de volgende potentiële gronden voor het eventueel afspreken van een tarief van boven de 100% van het standaardmaximumtarief.

De lijst is niet uitputtend:

- i. Bovengemiddelde zorgvraagzwaarte;
- ii. De instandhouding van zeer specialistisch aanbod;
- iii. Ter beloning of stimulering van kwaliteitsverhoging;
- iv. Innovatie, onderzoek, en opleiding (voor zover niet gedekt door Opleidingsfonds);
- v. e-Health;
- vi. Domotica.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars overleggen over deze onderwerpen aan de hand van een concrete business-case.

Partijen spreken af om in 2016 te onderzoeken of er objectieve criteria kunnen worden ontwikkeld voor het toepassen van max-max tarieven en maken hierbij gebruik van inzichten die zijn verkregen door de verhoogde transparantie via de uitbreiding van informatie (zorgvraagzwaarte, behandelmix) op de declaratie vanaf 1 januari 2014.

- l. Uitwerking MBI: partijen zijn het er over eens dat invoering per 2014 van een juridisch solide, gedifferentieerd MBI nog niet mogelijk is. Het uitdrukkelijke streven van de partijen is om per 1-1-2015 een gedifferentieerd MBI in te voeren in de GGZ. Partijen verplichten zich ertoe zich tot het uiterste in te spannen om dit te realiseren. De komende periode zullen de verschillende partijen bekijken hoe en in hoeverre een oplossing voor de belangrijkste resterende, complexe uitvoerings- en vormgevingsvragen op zo kort mogelijke termijn binnen bereik kan komen. VWS neemt hierin het voortouw. VWS zal samen met partijen onderzoeken in hoeverre een MBI op grond van één budgettair kader voor de gehele curatieve GGZ leidt tot behoud van macrobudgettaire beheersbaarheid.
- m. Veranderingen in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ: het is van groot belang dat de overgang, ondanks de tijdsdruk, zorgvuldig wordt doorgevoerd. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten moeten bij deze overgang gefaciliteerd worden. VWS zal in nauw overleg met veldpartijen een adequaat communicatietraject opzetten, waaronder het

¹⁰ Waar nodig zullen uitvoeringsafspraken worden gemaakt voor lopende behandelingen, in de situatie dat een verzekerde met een naturapolis onder behandeling is bij een zorgaanbieder, die voor het daaropvolgende jaar niet langer door de verzekeraar wordt gecontracteerd.

opzetten van een website waarop alle informatie beschikbaar wordt gesteld. VWS zal samen met partijen monitoren hoe de nieuwe indeling van de GGZ zich ontwikkelt en bezien of de generalistische basis GGZ voldoende aansluit op de gespecialiseerde GGZ. In de monitoring van de generalistische basis GGZ zal aandacht besteed worden aan het aantal producten dat in de generalistische basis GGZ per patiënt per jaar wordt gedeclareerd. In de bestuurlijke overleggen GGZ zullen afspraken worden gemaakt over het delen van de gegevens uit de monitoring.

Op lokaal niveau kunnen contractpartijen afspraken maken over substitutie tussen de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Tot slot vragen partijen aandacht voor een goede invulling van de medische verantwoordelijkheid voor de zorg aan chronische patiënten in de generalistische basis GGZ.

- n. Uniform screeningsinstrument: de ondertekenaars van dit akkoord hebben de intentie om een uniform screeningsinstrument voor de huisarts te ontwikkelen. Zij gaan daarover in gesprek met de LHV om om te bekijken of en hoe dit kan, en binnen welke termijn dit haalbaar is. In het ontwikkeltraject wordt de vraag meegenomen welke informatie hierover op de factuur zou moeten worden meegenomen, met de intentie om deze informatie vanaf 1 januari 2015 op de factuur op te nemen. Een screeningsinstrument dient betrouwbaar en wetenschappelijk valide te zijn en is bedoeld als ondersteuning voor de verwijzing. Partijen spannen zich in voor de ontwikkeling van het gebruik van zulke instrumenten.
- o. Integrale zorg: de ondertekenaars van dit akkoord spreken af om oog te houden voor de samenhang binnen de GGZ en met andere sectoren, om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip vallen.
- Binnen de Zvw: de grenzen binnen de nieuwe inrichting van de GGZ zijn nog niet geheel scherp. Voor een deel zullen deze geleidelijk ontstaan uit de lopende praktijk. De nieuwe inrichting mag, evenmin als de hervorming van de jeugdzorg of de langdurige zorg, niet leiden tot onwrikbare schotten binnen de GGZ en moet substitutie tussen de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ stimuleren. Het uitgangspunt van het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014* is tenslotte dat de zorg om de patiënt wordt georganiseerd, niet andersom. Integrale zorg begint met het bevorderen van zelfmanagement, zelfzorg en eigen regie van de patiënt. Met het oog op integrale zorg, georganiseerd rondom de patiënt in plaats van rondom het aanbod, juichen partijen het toe dat door middel van de flexibilisering van de module POH-GGZ consultatie van GGZ-professionals door de huisarts wordt gefaciliteerd.
 - Tussen de AWBZ en de Zvw: binnen de GGZ is het mogelijk om tussen de AWBZ en de Zvw te schuiven op basis van de beleidsregel "Overheveling GGZ budget AWBZ-Zvw" (AL/BR-0009).
 - Tussen V&J en Zvw: Om ook flexibiliteit tussen het strafrechtelijk kader (gefinancierd vanuit het ministerie van Veiligheid en Justitie) en het vrijwillig/civiel kader (gefinancierd vanuit de Zvw) te bevorderen, zullen V&J en VWS de NZa vragen om een beleidsregel te ontwikkelen die het mogelijk maakt om op het niveau van de zorgaanbieder financiële middelen over te hevelen uit het justitiële kader naar de Zvw en vice versa.¹¹
- p. Jeugd-GGZ: middels de Jeugdwet worden gemeenten per 2015 verantwoordelijk voor *integrale jeugdhulp*. Een onderdeel van de integrale jeugdhulp betreft de jeugd-GGZ. LPGGz, GGZ Nederland, ZN, NVVP, NVvP, NIP, LVE en MEER GGZ hebben ernstige bedenkingen bij de overheveling van de jeugd-GGZ naar gemeenten. In de Jeugdwet zijn verschillende waarborgen opgenomen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de jeugd-GGZ te borgen (zoals de doorverwijsmogelijkheid van de huisarts en medisch specialist en het van toepassing blijven van de gezondheidszorgwetgeving). Daarnaast is VWS voornemens de opleidingen via het Opleidingsfonds te blijven bekostigen. In het Zorgakkoord is een afspraak opgenomen over

¹¹ Zie ook de kabinetsreactie op het RVZ-rapport Stoornis en delict.

middelen die geormerkt aan het GGZ-kader voor jeugd-GGZ zullen worden toegevoegd. Tot slot zijn gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek over de tijdelijke inkoop van jeugd-GGZ door zorgverzekeraars in opdracht van gemeenten. Partijen roepen op tot het meenemen van de afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord GGZ in die gesprekken, ondermeer op het gebied van kwaliteit, transparantie (o.a. ROM) en Dwang en Drang.

- q. Hervorming Langdurige Zorg: in het Zorgakkoord hebben GGZ Nederland en VWS hierover het volgende afgesproken: "Tenslotte zal het voornemen om GGZ zzp 3 te extramuraliseren geen doorgang vinden. Dit heeft als consequentie dat deze zorg ook overgaat naar de Zvw. Binnen deze overheveling zal VWS gezamenlijk met de sector de positionering van het begeleid wonen (voor zover deze niet afhankelijk is van op genezing gerichte zorg) in het licht van de hervorming langdurige zorg verkennen."¹²
- r. Opleidingsplaatsen: een goede verdeling van opleidingsplaatsen met een evenwichtige verdeling over zorgaanbieders en tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ wordt door alle partijen van belang geacht. Bij de jaarlijkse verdeling van opleidingsplaatsen zal dit nader worden uitgewerkt. Bij de verdeling worden alle relevante partijen betrokken, waaronder vrijgevestigden.
- s. Eigen bijdrage: partijen zijn zeer verheugd dat het kabinet heeft besloten vanaf 2014 af te zien van een eigen bijdrage voor de gespecialiseerde GGZ, en dat er geen eigen bijdrage in de generalistische basis GGZ komt. De ondertekenaars van dit akkoord zijn tegenstander van invoering van een eenzijdige eigen bijdrage in de GGZ. In de geest van de bestuurlijke akkoorden moet er geen onderscheid gemaakt worden tussen somatiek en GGZ.
- t. Risicoverevening: partijen in het akkoord onderschrijven het belang van een goed werkende risicoverevening voor zowel de toegankelijkheid en solidariteit van de verzekerde zorg als voor de inkooprikkels en het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. VWS en ZN zullen een maximale inspanning leveren om de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel voor de GGZ versneld te verbeteren. De gezamenlijke inspanning is gericht op het mogelijk maken van een volledige afbouw van de ex post mechanismen voor de GGZ per 2017, zoals gemeld door de minister in haar brief aan de Tweede Kamer (kenmerk 124084-105236-Z d.d. 14 juni 2013).
- u. Administratieve lasten: partijen zullen onder leiding van GGZ Nederland vóór 1 januari 2014 een plan van aanpak opstellen voor het terugdringen van de administratieve lasten.

¹² TK 2012/2013 33566 nr. 29.