

Datum: 12 februari 2016

Betreft: Kwaliteitsstatuut GGZ

Geachte mevrouw Schippers,

Bij deze presenteren wij u het model-Kwaliteitsstatuut ggz. Daarmee geven uitvoering aan het advies inzake het hoofdbehandelaarschap in de ggz dat de commissie Meurs in mei 2015 uitbracht.

De commissie adviseerde destijds om aanbieders in de ggz te verplichten de verhoudingen en samenwerkingsafspraken tussen verschillende disciplines en tussen verschillende aanbieders die bij een behandeling betrokken zijn transparant te maken in een Kwaliteitsstatuut.

Daarnaast introduceerde de commissie de nieuwe rol van regiebehandelaar. Deze is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en voor de integraliteit van de behandeling. In het Kwaliteitsstatuut van de aanbieder beschrijft deze tevens de verhouding tussen de regiebehandelaar en de overige professionals die bij de behandeling betrokken zijn.

Partijen zijn erin geslaagd dit advies uit te werken in een gedragen model-Kwaliteitsstatuut. Dit model kwaliteitsstatuut bevat drie secties. In sectie 1, het algemene gedeelte, worden de algemene uitgangspunten bij de zorg beschreven. Daarnaast wordt vanuit het perspectief van de patiënt het zorgtraject beschreven en antwoord gegeven op de vragen die de patiënt daarbij kan hebben. In de secties 2 en 3 staat beschreven wat respectievelijk vrijgevestigde professionals en ggz-instellingen geregeld moeten hebben op het vlak van verhoudingen en samenwerkingsafspraken tussen de verschillende disciplines en aanbieders die bij de behandeling van een patiënt betrokken kunnen zijn.

Het model-Kwaliteitsstatuut kent een aantal vereisten waar alle GGZ-aanbieders op uniforme wijze aan moeten voldoen, en laat voor een aantal andere vereisten de ruimte om zelf invulling te geven hoe deze in de eigen bedrijfsvoering worden geïmplementeerd. Vanuit het oogpunt van verantwoording van de zorg staat zowel voor de generalistische basis-ggz als voor de gespecialiseerde ggz beschreven welke behandelaar in welke behandelsetting regiebehandelaar mag zijn. Het kwaliteitsniveau van de professional en de zelfstandig gevestigde praktijk wordt vanuit de beroepsgroepen gemonitord en op peil gehouden middels intervisie en kwaliteitsvisitaties. De beroepsverenigingen geven op hun sites overzichtelijk weer op welke wijze deze instrumenten zijn vormgegeven en tevens hoe deze passen bij het kwaliteitsstatuut en de gepast gebruik-doelstellingen van de toekomstagenda GGZ.

### **Implementatie binnen systeem**

Wij willen u verzoeken om de verplichting per 1 januari 2017 tot het voeren van een Kwaliteitsstatuut ggz voor aanbieders op te nemen in een AMvB bij de Wkkgz, zoals aangekondigd in uw brief Kwaliteit loont van 6 februari 2015. Verzekeraars hebben aangegeven dat, alleen indien deze verplichting publiek geborgd is en een voorwaarde is om te mogen declareren, de aanvullende private regelgeving op gebied van welke regiebehandelaar in welke setting geoorloofd is kan komen te vervallen. Een publieke verankering van de verplichting tot het hebben van een kwaliteitsstatuut leidt op die manier tot een aanzienlijke administratieve lastenverlichting voor de sector.

Met Zorginstituut Nederland (ZINL) is overeengekomen dat het model Kwaliteitsstatuut als 'kwaliteitsstandaard' tripartite aan ZINL wordt aangeboden voor opname in het Register voor kwaliteitsstandaarden. Tevens wordt een meetinstrument ontwikkeld dat aan het kwaliteitsstatuut gekoppeld is. Dit meetinstrument laat zien of een aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft, waar dit te vinden is en of het kwaliteitsstatuut aan een aantal verplichte criteria voldoet. De indicatoren voor deze criteria worden opgenomen in de Transparantiekalender van het ZINL.

ZINL stelt de data die voortvloeien uit de meetinstrumenten beschikbaar in een openbare database. Daarmee voorziet ZINL tevens in de behoefte aan het beschikbaar stellen van data ten behoeve van toetsing door verzekeraars of aanbieders aan hun verplichting hebben voldaan.

De veldnorm voor het hebben van een Kwaliteitsstatuut wordt van kracht per 1 januari 2017. Dat betekent dat de tijd voor de implementatie van het kwaliteitsstatuut bij aanbieders beperkt is. Over de randvoorwaarden voor implementatie hebben wij inmiddels gesprekken gevoerd met ZINL, NZa en IGZ. Inmiddels is een eerste aanzet gemaakt voor een implementatiekalender, die is bijgevoegd bij deze brief. In deze implementatiekalender staat ook een aantal acties die bij uw departement en de onder de verantwoordelijkheid van uw departement vallende organisaties NZa, ZINL vallen. Wij vragen uw nadrukkelijke medewerking voor het binnen de gestelde tijdsaders opleveren van de benodigde wet- en regelgeving die nodig is voor een succesvolle implementatie van het Kwaliteitsstatuut GGZ.

### **Vervolgtraject en aanvullende afspraken**

Vanaf het moment van registratie van het model-Kwaliteitsstatuut door ZINL stellen partijen het model-Kwaliteitsstatuut aan de eigen leden beschikbaar. Vanaf dat moment gaan aanbieders, vrijgevestigde professionals en ggz-instellingen, aan de slag om in de eigen organisatie een Kwaliteitsstatuut op te stellen, dat voldoet aan de criteria van het model Kwaliteitsstatuut. Dat traject wordt vanuit de branche- en beroepsorganisaties gemonitord en ondersteund. Van 1 juli tot 31 december zal er gelegenheid zijn voor ggz-aanbieders de eigen gegevens middels het meetinstrument aan te leveren aan ZINL, zodat alle gegevens van ggz-aanbieders tijdig kunnen worden doorgeleverd en gepubliceerd in de openbare database.

Het is onze verwachting dat het Kwaliteitsstatuut ggz de wijze van toezicht door zorgverzekeraars op rechtmatigheid van geleverde zorg enerzijds en het toezicht door de IGZ op de kwaliteit van de geleverde zorg door ggz-aanbieders anderzijds zal verhelderen en daardoor vergemakkelijken.

### **Gecontroleerde experimenteerruimte**

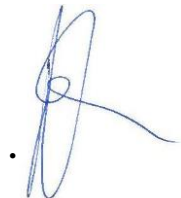
Een eigen kwaliteitsstatuut is per 1/1/2017 verplicht voor alle aanbieders die, als instelling of in vrije vestiging, zorg leveren in de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Het modelstatuut zoals nu wordt opgeleverd bevat daarvoor een aantal minimale normen.

Als veldpartijen hebben we gezamenlijk geconstateerd dat er in de praktijk situaties denkbaar zijn, waarin de strikte naleving van het modelstatuut goede zorg of innovatie in de weg staat. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkelingsmogelijkheden van nieuwe beroepen zoals de verpleegkundig specialist ggz; de continuïteit van zorg bij de overgang van jeugdzorg naar curatieve ggz; en ketenzorgorganisaties die krachtens de vigerende bestuurlijke afspraken uit het eerstelijnsakkoord experimenteren met een integraal zorgaanbod van huisartsenzorg en generalistische basis-GGZ. Partijen hebben afgesproken om voor deze praktijksituaties gecontroleerde experimenteerruimte te creëren, waarin, binnen duidelijke kaders, ruimte wordt gegeven om buiten het huidige modelstatuut om ervaringen op te doen. De voorwaarden die gelden voor deze experimenteerruimte zullen op korte termijn door de veldpartijen worden uitgewerkt en uiterlijk 1 april bestuurlijk worden vastgesteld. Op die datum zal ook duidelijk moeten zijn hoe deze afspraken publiek geborgd kunnen worden, als aanvullende voorwaarden van het vigerende model Kwaliteitsstatuut.

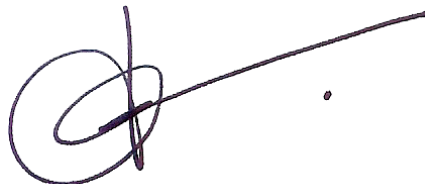
Naar aanleiding van dit model-kwaliteitsstatuut ggz vragen de partijen u naar de status van het voorgenomen onderzoek naar vormen van integrale bekostiging voor de zorg aan dementerenden. Dit conform de aanbeveling van het ZINL in het rapport Geneeskundige GGZ, deel 2, dd 10 juli 2013. Zorg voor deze patiënten bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriaters, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ en Wmo. Op dit moment is de zorg voor dementerenden expliciet onderdeel van de reikwijdte in het model-Kwaliteitsstatuut ggz. De uitkomsten van genoemde onderzoek zouden meegenomen kunnen worden in de doorontwikkeling tot een volgende versie van het model-Kwaliteitsstatuut ggz.

Met dit model-Kwaliteitsstatuut ggz menen partijen een daadwerkelijke innovatie in de organisatie en kwaliteit van GGZ-zorg te hebben ontwikkeld. We hopen dat in de toekomst het Kwaliteitsstatuut als kwaliteitsnorm ook door partijen wordt omarmd in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Hoogachtend,



prof. A.T.F. Beekman  
voorzitter NVvP



A. van Buuren  
voorzitter LVVP

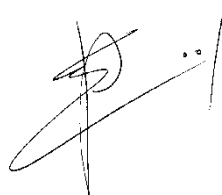


B. Bakker  
voorzitter Platform MEER GGZ

b.a.



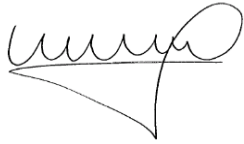
mevrouw drs. M.J. ter Avest  
directeur LPggz



mw.dr. P.C. Plooi-j-van Gorsel  
voorzitter NIP



mw. drs. J.D.C. Geel  
voorzitter GGZ Nederland



drs. J.V. Muller  
voorzitter P3NL



M. Bontje  
voorzitter InEen



J.H. Bakker MHA  
voorzitter V&VN



mr. A. Rouvoet  
voorzitter Zorgverzekeraars Nederland