

Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz

*Een maatwerkaanpak voor mensen die een integraal aanbod voor hoogcomplexen zorg behoeven in de geestelijke gezondheidszorg
(inclusief oplossingen voor de middellange en lange termijn)*

Maart 2020

Inhoudsopgave

1. Aanleiding
2. Probleemanalyse van GGZ Nederland en ZN
3. Doelstellingen plan van aanpak
4. Samenvatting
5. Doelstellingen en interventies korte termijn (vanaf 1 april 2020)
 - a. Zorginhoudelijke afbakening doelgroep hoog complexe ggz
 - b. Opzet van regionale casuïstiektafels
 - c. Landelijk dekkend netwerk van regiotafels
 - d. Zvw-financiering zorgaanbod hoogcomplexe zorg
 - e. Landelijke monitoring van plan van aanpak korte termijn
6. Doelstellingen en interventies middellange termijn (vanaf januari 2021)
7. Doelstellingen en interventies lange termijn (nieuwe kabinetsperiode)
8. Bijdrage VWS aan realiseren doelstellingen plan van aanpak
9. Verantwoording totstandkoming van dit plan van aanpak

1. Aanleiding

- Op 29 januari 2020 vond een debat van staatssecretaris Blokhuis met de Tweede Kamer plaats over aanhoudende wachttijden en mensen met de hoogste nood, die onvoldoende een beroep kunnen doen op de ggz.
- De staatssecretaris heeft tijdens dat debat aan de Tweede Kamer toegezegd dat hij zorgverzekeraars en grote ggz-aanbieders gaat vragen om een plan te maken over hoe zij gaan zorgen voor landelijk voldoende behandelcapaciteit in de hoogcomplexere ggz-zorg.
- Op woensdag 5 februari 2020 heeft een overleg plaatsgevonden tussen staatssecretaris Blokhuis, zorgverzekeraars en GGZ-instellingen. In dat overleg is afgesproken het plan van aanpak hoogcomplexere ggz uiterlijk op woensdag 4 maart 2020 aan de staatssecretaris aan te bieden.

2. Probleemanalyse van GGZ Nederland en ZN (I)

Om de vraag van VWS goed te kunnen beantwoorden, hebben partijen eerst een probleemanalyse uitgevoerd, die leidt tot 3 conclusies:

1. *"Hoogcomplexe ggz" dekt de lading beter dan "hoogspecialistische ggz"; het gaat naar verwachting om circa 250 - 300 mensen*
2. *Patiënten die hoogcomplexe ggz nodig hebben, staan niet altijd op de wachtlijst, zijn vaak al in behandeling of zijn in behandeling geweest, maar krijgen niet de goede zorg*
3. *De verwachting is dat capaciteit in de ggz niet altijd op de juiste plek wordt ingezet voor behandeling van de juiste doelgroepen, dat er een organisatie- en financieringsvraagstuk speelt, alsmede wellicht een beperkt capaciteitsvraagstuk. Daarnaast verwachten we dat in een aantal situaties er sprake is van onvoldoende doorstroom naar de Wlz of de Wmo (o.a. Beschermd Wonen)*

Ad 1 Het gaat om patiënten met hoog complexe problematiek en betreft naar verwachting circa 250-300 mensen

- Patiënten die vastlopen in het systeem hebben niet zozeer (enkelvoudige) hoogspecialistische zorgvragen, hiervoor is voldoende regionaal aanbod, maar eerder hoogcomplexe zorgvragen over meerdere diagnoses en meerdere levensterreinen heen. Hierop is het zorgaanbod vaak onvoldoende georganiseerd, omdat de doelgroep per individuele aanbieder klein is en de zorgvragen een dusdanig individueel karakter hebben, dat maatwerk geboden is.
- In termen van 1^e, 2^e en 3^e lijns zorg zijn dit vaak mensen die in ieder geval voor een bepaalde periode een 3^e lijns-behandeling behoeven, omdat eerdere behandelingen onvoldoende resultaat hebben behaald. Het kan ook zijn dat het om therapieresistente patiënten gaat. Het is belangrijk om eerst goede triage en indicatie toe te passen, waaronder het in kaart brengen van de hulpverleningsgeschiedenis, omdat anders het gevaar bestaat van het in gang zetten van een onnodig dure behandeling, die niet werkt.
- Naar verwachting gaat het om 10% van de patiënten met de hoogste zorgkosten die voor deze maatwerk aanpak in aanmerking komt. Uit Vektis-cijfers 2017 blijkt dat 2.850 patiënten in de hoogste DBC-categorieën zitten, met gemiddelde kosten van € 76.000 per patiënt, met extreem hoge uitschieters naar boven. Als we uitgaan van 10% van deze groep, zou dat een groep van 250-300 personen betreffen.
- Omdat de term hoog complexe ggz niet wordt vastgelegd in registratie- en declaratiesystemen, betreft het aantal van 250-300 personen een aanname, die niet bedoeld is om een bovengrens aan te geven, maar getoetst moet worden in de praktijk. In dit plan van aanpak wordt, bij gebrek aan registratiebronnen, uitgegaan van een kwalitatieve definitie van de doelgroep (zie sheet 11), die als uitgangspunt gehanteerd wordt voor een regionale casuïstische aanpak.

2. Probleemanalyse van GGZ Nederland en ZN (II)

Ad 2 **Patienten die hoogcomplexere ggz nodig hebben, staan niet altijd op de wachtlijst, zijn vaak al in behandeling of zijn in behandeling geweest, maar krijgen niet de goede zorg**

- Voor een deel van de mensen is een voortgezette intensieve behandeling en begeleiding noodzakelijk. Vaak kan dat in de regio zelf worden geboden (bijvoorbeeld voor mensen met psychotische stoornissen), voor meer specifieke doelgroepen is er een bovenregionaal aanbod. Dit bovenregionale aanbod dient beter te worden aangesloten op de zorg in de regio. Hiervan zijn goed werkende voorbeelden bekend, zoals de vijf landelijke werkende voorzieningen voor klinische intensieve behandelingen (KIB), die tijdelijk een patiënt uit een regio opnemen en na de behandeling deze weer overdragen aan de regio waar de patiënt vandaan kwam.
- Ook kan er sprake zijn van “vastgelopen” behandelingen of zeer complexe casuïstiek waar kennis en kunde wordt samengebracht en afspraken voor vervolg behandeling worden gemaakt. In een aantal regio's werken dergelijke overleggen al. Vaak worden die georganiseerd door de betreffende GGZ instelling in de regio, die ook de ketenzorg verzorgt.
- Als mensen wel in behandeling zijn, maar klachten niet verdwijnen, leidt dit logischerwijs tot de perceptie dat wachten op (goede) zorg te lang duurt. De problematiek van een beperkte groep patiënten vraagt echter ook om een maatschappelijk andere kijk op complexe zorg. Psychiatrische aandoeningen zijn - net als in de hoog complexe somatische zorg - niet altijd te genezen. Er zal door de sector ook aan realistisch verwachtingenmanagement gedaan moeten worden waar de ggz wel en niet iets kan betekenen voor mensen.
- Naast de kleine groep hoogcomplexere zorgvragers is de inschatting dat voor veel andere mensen geldt dat ze nu niet de juiste zorg krijgen in de ggz en dat het behandelaanbod beter kan.
- De juiste zorg voor deze patiënten vergt niet alleen een logistieke uitdaging om de beperkte capaciteit voor een kleine doelgroep goed te matchen met de complexe zorgvraag, maar ook een andere manier van organiseren door aanbieders (integraal/gericht op maatschappelijk herstel) die regionaal, vaak over meerdere zorgaanbieders met verschillende expertise heen, opgepakt zal moeten worden, waardoor de financiering vaak bij zorgverzekeraar én gemeente belegd is. Dit vergt een goede regionale afstemming en samenwerking tussen aanbieders en financiers, die elkaar nu vaak door hun rol in de verschillende stelsels niet automatisch vinden.
- Borging zal dus bij voorkeur moeten plaatsvinden in de regio door samenwerkende aanbieders. De landelijk opererende zorgverzekeraar kan een bemiddelende rol spelen om bij tekortschietend aanbod in de ene regio, te bezien of plaatsing in een andere regio mogelijk is. In veel gevallen zal ook de gemeente een deel van de financiering van het behandel- en zorgplan voor zijn rekening moeten nemen. De meest effectieve aanpak voor deze doelgroep vraagt investeren in behandeling én investeren in het sociale steun-systeem van de patient.

2. Probleemanalyse van GGZ Nederland en ZN (III)

Ad 3 De verwachting is dat capaciteit in de ggz niet altijd op de juiste plek wordt ingezet voor behandeling van de juiste doelgroepen, dat er een organisatie- en financieringsvraagstuk speelt, alsmede wellicht een beperkt capaciteitsvraagstuk. Daarnaast verwachten we dat in een aantal situaties er sprake is van onvoldoende doorstroom naar de Wlz of de Wmo (o.a. Beschermd Wonen)

- Eerst zullen de regionaal samenwerkende aanbieders casuïstisch (dus met maatwerk) in kaart brengen met welk aanbod de hoogcomplexen patiënten wel geholpen zijn, vervolgens helpt de zorgverzekeraar (als nodig) via zorgbemiddeling de capaciteit te vinden en zorgt voor passende financiering. Een deel van het specifieke aanbod kan ook in een aangrenzende regio worden aangeboden.
- Als blijkt dat er landelijk onvoldoende aanbod is om de vragen uit de casuïstiek tafels te kunnen beantwoorden, zullen partijen met elkaar in overleg treden hoe en waar de capaciteit vergroot kan worden en welke behoeften tegemoet komen aan de doelgroep hoogcomplexen ggz. Zorgverzekeraars kopen in overleg met aanbieders extra hoogcomplexen zorg in. Hiermee garanderen partijen een adequaat aanbod.
- Bij het in kaart brengen van eventuele capaciteitsissues in de Zorgverzekeringswet voor hoogcomplexen ggz dient in ogenschouw genomen te worden dat per 2021 de Wet langdurige zorg opengesteld wordt voor de grondslag psychiatrie, waardoor mogelijk een deel van de doelgroep hoogcomplexen ggz van de Zvw naar de WLZ verschuift. Dit zal in de analyse vanaf 2021 meegenomen worden.
- Daarnaast dienen volgens GGZ Nederland en ZN de mogelijkheden voor de benodigde doorstroom/uitstroom naar WMO-voorzieningen beter benut te worden. Er worden plaatsen in GGZ-instellingen bezet gehouden door patiënten die strikt genomen geen medische zorg (meer) nodig hebben en die wachten op beschermde woonplekken, die door de gemeenten gefinancierd worden. Partijen verzoeken de VNG om de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf nogmaals onder de aandacht van de gemeenten te brengen en hen op te roepen hier naar te handelen. In meerdere steden zijn plekken namelijk wel beschikbaar bij instellingen voor beschermd wonen, maar ontbreekt het aan voldoende gemeentelijke financiering om de patiënten uit de instellingen over te kunnen nemen, inclusief de benodigde ambulante begeleiding. Om de doelstellingen uit dit plan van aanpak te kunnen uitvoeren, is het naar de mening van partijen noodzakelijk dat de plekken die nu bezet worden gehouden door uitbehandelde patiënten vrijgemaakt kunnen worden voor de doelgroep hoogcomplexen ggz.
- Dit plan van aanpak voor hoogcomplexen ggz heeft raakvlakken met, maar is nadrukkelijk niet hetzelfde als de wachtlijstaanpak. De bestaande afspraken over de aanpak wachttijden worden gecontinueerd. Wel denken we dat er een tweetal intensiveringen nodig is. Hiervoor verwijzen we naar de middellange termijn doelstellingen van dit plan.

3. Doelstellingen van het plan van aanpak

- Doel van dit plan van aanpak is om mensen met hoogcomplexere problematiek adequaat hulp te kunnen bieden, door op regionaal niveau een maatwerk aanpak te organiseren. Hiermee willen we ervoor zorgen dat burgers met een hoogcomplexere zorgvraag betere toegang hebben tot de GGZ en andere vormen van hulp.
- Dit doel wordt gerealiseerd door het opzetten van een landelijk sluitend netwerk van aanbieders en financiers ten behoeve van een betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van het hoog complexere zorgaanbod in de ggz. En in het verlengde daarvan een tweetal intensivering op de al lopende aanpak wachttijden voor alle mensen die langer wachten dan de Treknormen.
- Partijen starten per 1 april 2020 met een landelijk dekkende netwerkaanpak voor deze doelgroep via circa zeven regiotafels. Dat betekent dat patiënten met hoogcomplexere zorgvragen – waar zij ook wonen – met prioriteit een passend aanbod krijgen. Het is van groot belang om het capaciteitsprobleem helder te krijgen, om de breedte van deze doelgroep beter in beeld te krijgen en om de rol van de huisartsen en gemeenten verder te verduidelijken.
- Om de doelstelling van een maatwerk aanpak voor mensen die een integraal aanbod behoeven te halen zijn de volgende acties nodig:
 - ❑ *Er wordt per regio een team opgezet die vastgelopen complexe casuïstiek begeleidt en een vervolgbehandeling regelt. Dit team staat onder leiding van de grootste GGZ instelling in de regio (dan wel de GGZ aanbieder die het regioplan Acute Psychiatrie coördineert). Deze teams kunnen ook meldingen krijgen die (rechtstreeks of via de unit complexe zorgvragen van VWS) bij zorgverzekeraars binnen zijn gekomen. Hierdoor wordt de bestaande capaciteit voor hoogcomplexere ggz in Nederland optimaal benut en ontstaat inzicht in eventuele landelijke (capaciteits-)tekorten voor hoogcomplexere ggz. Deze teams kennen de kaart van specialistische afdelingen en wisselen onderling kennis en kunde uit.*
 - ❑ *De uitstroom uit de Zvw naar de WMO voor mensen die geen medische noodzaak voor een klinische opname hebben, maar wel voor ambulante behandeling en begeleiding, wordt op gemeentelijk niveau besproken en opgelost door zorgaanbieder/zorgverzekeraar/gemeente.*
 - ❑ *Voor patiënten voor wie, als uitkomst van een casuïstiektafel, een plek wordt gevonden voor curatieve ggz, wordt passende financiering geregeld door de zorgverzekeraar. Daar waar partijen tot de conclusie komen dat de financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past, zeggen zorgverzekeraars toe dat tussen de contractpartijen maatwerk-arrangementen voor deze patiënten afgesproken kunnen worden. Dit valt buiten het risico van de instelling.*
 - ❑ *De zorgbemiddelingsfunctie van de zorgverzekeraar wordt optimaal benut voor de betreffende doelgroep en verwijst waar nodig door naar de regiotteams. De unit complexe zorgvragen van VWS kan mensen doorverwijzen naar de afdeling zorgbemiddeling en de regiotteams krijgen inzicht in de gecontracteerde partijen door de zorgverzekeraar.*
- GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars nemen de verantwoordelijkheid op zich voor het realiseren van bovenstaande doelstellingen, maar doen ook een beroep op andere partijen. Gezien het feit dat een integraal aanbod voor hoogcomplexere ggz vaak betekent dat niet alleen Zvw-, maar ook WMO-financiering nodig is, vragen partijen de gemeenten zich ook te committeren aan de doelstelling van een landelijk sluitend netwerk en een bijdrage te leveren aan het integraal behandel- en ondersteuningsaanbod, als ook zorg te dragen voor (meer) uitstroommogelijkheden uit de Zvw. Ook betrokkenheid van LHV en NVvP is gewenst in de realisatie van de middellange termijn doelstellingen, evenals een bijdrage van VWS aan het realiseren van de algehele randvoorwaarden van dit plan van aanpak. Tot slot dienen andere brancheverenigingen van ggz-aanbieders en MIND betrokken te worden.

4. Samenvatting (I)

- In het plan van aanpak wordt onderscheid gemaakt tussen de korte termijn (vanaf 1 april 2020), de middellange termijn (vanaf 1 januari 2021) en de lange termijn (nieuwe kabinetsperiode). De nadruk ligt op de korte termijn. In de laatste twee hoofdstukken van het plan van aanpak wordt stilgestaan bij een aantal oplossingen die de lopende aanpak wachttijden (middellange termijn) en het gehele zorglandschap van de ggz raken (lange termijn).

KORTE TERMIJN

- Doel voor de korte termijn is om mensen met hoogcomplexere problematiek adequaat hulp te kunnen bieden door op regionaal niveau een maatwerk aanpak te organiseren. Hiermee willen we ervoor zorgen dat burgers met een hoogcomplexere zorgvraag betere toegang hebben tot de ggz en andere vormen van hulp.
- Dit doel wordt gerealiseerd door het opzetten van een landelijk sluitend netwerk van aanbieders en financiers ten behoeve van een betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van het hoog complexe zorgaanbod in de ggz. Partijen starten per 1 april 2020 met een landelijk dekkende netwerkaanpak voor deze doelgroep via circa zeven regiotafels. Dat betekent dat hoogcomplexere patiënten – waar zij ook wonen – met prioriteit een passend aanbod krijgen. Deze tafel staat onder leiding van de grootste aanbieder in de regio dan wel van de zorgaanbieder die ook de verantwoordelijkheid heeft over het regioplan Acute Psychiatrie. De doorzettingskracht resulteert erin dat er voor elke patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria voor hoogcomplexere ggz een integraal behandel- en zorgplan wordt opgesteld. Dat kan met bestaande concepten, maar zal waarschijnlijk ook met nieuwe werkwijzen gepaard gaan. Er wordt kennis bijgehaald als de vervolgstap onduidelijk is en/of de behandeling is vastgelopen. Ook kan een verwijzing naar een specifieke afdeling buiten de regio plaatsvinden. Deze regio's zullen inventariseren hoeveel patiënten het betreft en of er een tekort is aan hoog complex (3^e lijns) aanbod. Momenteel zijn er voor sommige 3^e lijns-klinieken ook wachtlijsten. De lessons learned (aantal cliënten en werkwijze) worden onderling gedeeld.
- De financiers (landelijk werkende zorgverzekeraars en lokaal werkende gemeenten en eventueel regionaal werkende zorgkantoren) worden door de regionale casuïstiektafels ingeschakeld - indien nodig - met de vraag om mee te zoeken naar passende capaciteit en om passende financieringsarrangementen mogelijk te maken voor de doelgroep. Als de functie niet in de regio wordt uitgeoefend wordt er verwezen naar een andere aanbieder in een andere regio. Als de functie er wel regionaal is, maar de capaciteit is regionaal onvoldoende, kan de landelijke functie van de zorgbemiddelingsafdeling van de zorgverzekeraar worden ingeschakeld. Als in een andere regio passende capaciteit gevonden wordt, zal mogelijk tevens de gemeente uit die regio betrokken moeten worden.
- Partijen zijn van mening dat - gezien de voorziene integrale aard van veel behandel- en zorgprogramma's - de inzet van de gemeenten cruciaal is en dat het niet zinvol is om alleen te investeren in een behandelcomponent als de zorgkant (begeleiding, wonen, schuldhulpverlening, school/werk) vanuit het sociale domein niet geleverd kan worden.
- De meldingen bij de unit complexe zorgvragen van VWS die geïnccludeerd kunnen worden in de doelgroep van dit plan van aanpak worden toegeleid naar de regionale casuïstiektafels via de afdeling zorgbemiddeling van zorgverzekeraars.
- Randvoorwaarden voor een goede uitvoering:
 - (1) Indienende partijen en de staatssecretaris gaan het gesprek aan met de VNG om ook van de gemeenten voor deze doelgroep een inspanning per regio te vragen. Het streven daarbij is dat er uiterlijk 1 juli 2020 een aanvullend plan ligt en afspraken zijn gemaakt over een sluitende aanpak, die leidt tot een verbetering van de doorstroming vanuit aanbieders naar het gemeentelijk zorg- en ondersteuningsaanbod en betere onderlinge samenwerking en consultatie tussen sociaal domein en Zvw.
 - (2) VWS en de zorgverzekeraars gaan met elkaar in gesprek over de aanpassing van de risicoverevening per 2021 voor patiënten uit deze doelgroep met zeer hoge zorgkosten.

4. Samenvatting (II)

MIDDELLANGETERMIJN

- Partijen starten per 1 april 2020 met een landelijk dekkende netwerkaanpak voor deze doelgroep via circa zeven regiotafels. Dat betekent dat hoogcomplexere patiënten – waar zij ook wonen – met prioriteit een passend aanbod krijgen.
- Als op de regionale casuïstiektafels blijkt dat er een uitbreiding nodig is van specifieke (bovenregionale) behandel functies, dan zullen zorgverzekeraars in overleg met aanbieders extra hoogcomplexere zorg inkopen. Hiermee garanderen partijen een adequaat aanbod. Hiervoor is het noodzakelijk dat de regionale casuïstiektafels een gedegen onderbouwing aanleveren aan de zorgverzekeraars. Voor deze functies garanderen de verzekeraars de financiering. Deze moet kostendekkend zijn voor deze doelgroep.
- Dit plan van aanpak voor hoogcomplexere ggz heeft raakvlakken met, maar is nadrukkelijk niet hetzelfde als de wachtlijstaanpak. De bestaande afspraken over de aanpak wachttijden worden gecontinueerd. Wel denken we dat er een tweetal intensiveringen nodig is, namelijk:
 - ❑ *Ten eerste* is het noodzakelijk dat er **meer inzicht komt de unieke aantallen wachtenden per aanbieder/per diagnose**, zodat partijen tot een betere matching kunnen komen van de zorgvragen van patiënten met het beschikbare aanbod in de regio. Het inzicht in het aantal unieke wachtenden en daarbij ook een onderscheid naar 'wachter bij een voorkeursaanbieder' (naar analogie van het Wlz-zorgtoewijzingsproces) zien partijen als noodzakelijke toevoeging aan de bestaande NZa-beleidsregel transparantie wachtlijsten ggz. GGZ Nederland en ZN verzoeken de staatssecretaris de NZa de opdracht te verstrekken om deze verplichting toe te voegen aan de regelgeving per 1-1-2021.
 - ❑ *Ten tweede* is het noodzakelijk dat er een **betere verbinding** tot stand komt **tussen de (verwijzing uit de) 1^e lijn en (de ontvangst door de) 2^e lijn**. Dit kan onder andere door mensen direct te screenen en daarna onder de verantwoordelijkheid van de GGZ-instelling te plaatsen. De betere verbinding tussen de 1^e en de 2^e lijns ggz wordt vastgelegd in een Generieke Module "verwijzing, diagnostiek en triage" die door Akwa GGZ ontwikkeld wordt en per 1 januari 2021 wordt ingeschreven in het Register van het Zorginstituut. ZN en GGZ Nederland zullen het Zorginstituut verzoeken om de Generieke module "verwijzing, triage en diagnostiek" op de meerjarenagenda te zetten, om te bespoedigen dat deze generieke module wordt ontwikkeld en snel wordt ingeschreven in het Register.
- Voor het realiseren van bovenstaande doelstellingen vinden GGZ Nederland en ZN het van belang dat ook de huisartsen (LHV), de psychiaters (NVvP) en wederom de gemeenten (VNG) betrokken worden bij de verdere uitwerking en realisatie. Met name het behoud van psychiaters voor de zorg die exclusief in de geïntegreerde instellingen wordt geleverd verdient naar onze opvatting de hoogste urgentie.

LANGE TERMIJN

- GGZ Nederland en ZN sluiten graag aan bij de contourennota en de visie op het GGZ-zorglandschap die de staatssecretaris aan de TK toegezegd heeft en zullen op een later moment met concrete voorstellen komen die bijdragen aan een verdere realisatie van de in dit plan benoemde doelstellingen.

5. Doelstellingen en interventies korte termijn

(vanaf 1 april 2020)

a) Zorginhoudelijke afbakening doelgroep hoog complexe ggz

Patiënten die een integraal maatwerk-aanbod behoeven: *

1. Patiënten met meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen
2. Behandeldoelstelling is aanwezig én realiseerbaar (kan ook betekenen: meer care-gerichte behandeling, herstelgericht) **
3. Samenhang meerdere stoornissen i.c.m. systemische problematiek/ meerdere levensdomeinen
4. Dreiging ernstig gevaar voor lichamelijk schade en/of overlijden
5. Er is al een aantal (specifieke) behandelingen uitgevoerd ***
6. Uitzonderlijk behandelregime is nodig om gevaar te voorkomen en de behandeling in gang te zetten
7. Zorg is schaars, intensief, duur, aanbod niet makkelijk op te schalen (maatwerk staat centraal).

** De doelgroep zal aan de hand van de regiotafels beter in beeld worden gebracht, met als doel om de meest complexe patiëntgroepen te helpen om op de juiste plek de goede zorg en behandeling te krijgen.*

*** GGZ-aanbieders doen aan verwachtingen-management richting cliënten en verwijzers. Niet iedereen kan worden geholpen in de ggz, of alleen in curatieve ggz in de Zorgverzekeringswet. Soms is ook of alleen WMO-hulp nodig.*

**** Deze patienten zijn vaak al in behandeling en staan daarnaast mogelijk op een wachtlijst, bijvoorbeeld omdat ze op dit moment geen passend zorgaanbod krijgen. Via punt 6 krijgen ze dit passend zorgaanbod wel.*

- *Naar verwachting gaat het om 10% van de groep patiënten met de hoogste zorgkosten die voor deze maatwerkaanpak in aanmerking komt.*
- *Uit Vektis-cijfers 2017 blijkt dat 2.850 patiënten in de hoogste DBC-categorieën zitten, met gemiddelde kosten van € 76.000 per patiënt, met extreem hoge uitschieters naar boven. Als we uitgaan van 10% van deze groep, zou dat een groep van 250-300 personen betreffen.*
- *Omdat de term "hoog complexe ggz" niet wordt vastgelegd in registratie- en declaratiesystemen, betreft het aantal van 250-300 personen een aanname, die getoetst moet worden in de praktijk.*
- *In dit plan van aanpak wordt, bij gebrek aan registratiebronnen, uitgegaan van een kwalitatieve definitie van de doelgroep, die als uitgangspunt gehanteerd wordt voor een regionale casuïstische aanpak.*

b) Opzet van regionale casuïstiektafels

- Aan de regionale casuïstiektafels worden patiënten besproken met een hoogcomplexe zorgvraag, die ondanks eerdere tussenkomst van een zorgaanbieder en/of de zorgbemiddelingsafdeling van de zorgverzekeraar niet plaatsbaar bleken. Van belang is om aan deze tafel helder te krijgen waarom dit zo is en om hiervan te leren. De verantwoordelijkheid en het mandaat voor het organiseren van deze casuïstiektafel ligt bij grootste regionale ggz-aanbieder. Deze brengt de benodigde expertise bij elkaar aan tafel. De tafel hanteert het principe van doorzettingskracht op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij helder wordt welk afgestemd zorgaanbod nodig is en welke belemmeringen daarvoor moeten worden weggenomen. Men werkt via het principe van opschaling, totdat er passende zorg of ondersteuning is gevonden.
- De verwachting is dat naast de geïntegreerde GGZ-aanbieder uit de regio, de dichtstbijzijnde verslavingszorg instelling, de instelling voor beschermd wonen, een instelling voor mensen met een verstandelijk beperking (=afhankelijk van de problematiek), ervaringsdeskundigen en mogelijk het sociale wijkteam van de gemeente gewenste partijen aan tafel zijn.
- In de opstartfase is het belangrijk dat de financiers (zorgverzekeraars, gemeenten, mogelijk ook zorgkantoren, mede in het licht van de directe toegang tot de WLZ voor de grondslag psychiatrie per 2021) betrokken zijn bij de opzet van het initiatief. Daarna kunnen afspraken gemaakt worden over de vorm van de verdere betrokkenheid van de financiers (wel/niet aanwezig bij de casuïstiektafel).
- Daarbij zal enerzijds goed naar de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars gekeken moeten worden ten aanzien van de juiste zorg op de juiste plaats, maar tegelijk recht gedaan moeten worden aan de vertrouwelijkheid die in een casuïstiek bespreking nodig is. De uitkomst van de regionale casuïstiektafels zal in eerste instantie gedeeld worden met de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, die kan toetsen of aan de 7 inclusiecriteria is voldaan en vervolgens het proces binnen de zorgverzekeraar voor passende financiering in gang kan zetten.
- Betrokkenheid van de gemeenten bij de regionale casuïstiek-aanpak is noodzakelijk, om te zorgen dat de doorstroom op gang komt van mensen die zonder medische noodzaak nog noodgedwongen gebruik maken van Zvw-klinieken, in afwachting van plaatsing in beschermde woonvormen, gecombineerd met behandeling uit de Zvw.
- Als zich mensen melden bij de unit complexe zorg van VWS, worden die doorgeleid naar de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar waar de betreffende persoon verzekerd is. Als de zorgverzekeraar vermoedt dat deze persoon voldoet aan de criteria van hoogcomplexe casuïstiek, wordt deze persoon doorgeleid naar de regionale casuïstiektafel.
- Als een verzekerde zich rechtstreeks meldt bij zijn of haar zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar vermoedt dat deze persoon voldoet aan de criteria van hoogcomplexe casuïstiek, wordt deze persoon doorgeleid naar de regionale casuïstiektafel.

c) Landelijk dekkend netwerk van regiotafels

Iedere zorgaanbieder c.q. zorgverzekeraar heeft zijn eigen verantwoordelijkheid om patiënten/verzekerden van gepaste zorg te voorzien. Als er geen passend aanbod in de regio is, wordt een bovenregionaal aanbod gezocht. Indien deze inzet niet tot een passend aanbod leidt, doet de zorgaanbieder of zorgverzekeraar een melding aan één van de regiotafels. Patiënten uit andere provincies worden door de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder aangemeld bij in onderstaande tabel genoemde regio.

Regio (GGZ-aanbieder)	Provincies	Zorgverzekeraar*
1. Den Haag (Parnassia Groep)	Zuid-Holland (exclusief Rotterdam)	VGZ
2. Rotterdam - Rijnmond (Parnassia Groep)	Zeeland	VGZ
3. Amsterdam (Arkin)	Noord-Holland	Zilveren Kruis
4. Flevoland en Gooi/Veluwe (GGZ Centraal)	Friesland, Groningen, Drenthe, Utrecht	Zilveren Kruis
5. Gelderland (Pro Persona)	Overijssel	Menzis
6. West/Midden Brabant (GGZ Breburg)	Noord-Brabant	CZ
7. Zuid-Limburg (Mondriaan)	Limburg	CZ

** Deze zorgverzekeraar is bij de opzet betrokken, namens alle andere zorgverzekeraars. Als het vanwege regionale omstandigheden relevant is, wordt een tweede zorgverzekeraar uitgenodigd. Daarnaast is iedere zorgverzekeraar verantwoordelijk voor zijn eigen verzekerden. Verzekerden van elke zorgverzekeraar kunnen immers in elke regio wonen.*

d) Zvw-financiering zorgaanbod hoogcomplexere zorg

- Voor patiënten voor wie, als uitkomst van een regionale casuïstiektafel, een plek wordt gevonden voor curatieve ggz, wordt passende financiering geregeld door de zorgverzekeraar.
- Daar waar partijen tot de conclusie komen dat de financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past, zeggen zorgverzekeraars toe dat tussen de contractpartijen maatwerk-arrangementen voor deze patiënten afgesproken kunnen worden. Dit valt buiten het risico van de instelling.
- Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de beleidsregel facultatieve prestatie (of een alternatief) in de ggz die de NZa ontwikkelt. Het doel hiervan is om meer ruimte te bieden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met behulp van deze facultatieve prestatie kunnen zij samen afspraken maken over maatwerk, innovatie en flexibiliteit, als reguliere NZa-prestaties onvoldoende zijn. Voorwaarde is dat deze prestatie uiterlijk per 2021 beschikbaar is.
- VWS en de zorgverzekeraars gaan met elkaar in gesprek over de aanpassing van de risicoverevening per 2021 voor patiënten uit deze doelgroep met zeer hoge zorgkosten.
- Als op de regionale casuïstiektafels blijkt dat voor specifieke functies er een uitbreiding nodig is van bepaalde (bovenregionale) behandel functies, zullen zorgverzekeraars in overleg met aanbieders extra hoogcomplexere zorg inkopen. Hiermee garanderen partijen een adequaat aanbod. Hiervoor is het noodzakelijk dat de regionale casuïstiektafels een gedegen onderbouwing aanleveren aan de zorgverzekeraars. Voor deze functies garanderen de verzekeraars de financiering. Deze moet kostendekkend zijn voor deze doelgroep.

e) Landelijke monitoring van plan van aanpak korte termijn

- De primaire verantwoordelijkheid en eigenaarschap voor de opzet en uitvoering van de regionale casuïstiektafels ligt bij de grootste geïntegreerde instelling in de regio. De zorgverzekeraar ondersteunt waar nodig.
- De primaire verantwoordelijkheid en eigenaarschap voor een goede uitvoering van de zorgbemiddeling en het zorgdragen voor passende financieringsarrangementen ligt bij de zorgverzekeraars.
- Partijen stellen voor om voor de landelijke monitoring van dit plan van aanpak een externe projectleider aan te trekken om het regionaal proces te monitoren en waar nodig te ondersteunen, de regio's te stimuleren en zo nodig te escaleren.
- De externe projectleider heeft ook een signalerende functie om te bewaken dat de benodigde randvoorwaarden om dit plan te kunnen uitvoeren tijdig worden ingevuld.
- Partijen stellen voor om voor de regionale uitvoering van de casuïstiektafels en de landelijke monitoring een startbudget van 300k vanuit de door partijen zelf beheerde kwaliteitsgelden GGZ 2020 beschikbaar te stellen (vanuit de al gereserveerde gelden ten behoeve van de aanpak wachttijden voor 2020).
- Voor de opstartfase (beschikbaarheid en bereikbaarheid) van de casuïstiektafels denken we dat het volgende nodig is: 4 uur per maand x € 115,00 x 8 deelnemende partijen x 6 maanden = €22.000 per regio voor een half jaar. Op jaarbasis: € 44.000 voor 1 regio.
- De resterende middelen worden aangewend voor de landelijke monitoring.

6. Doelstellingen en interventies middellange termijn

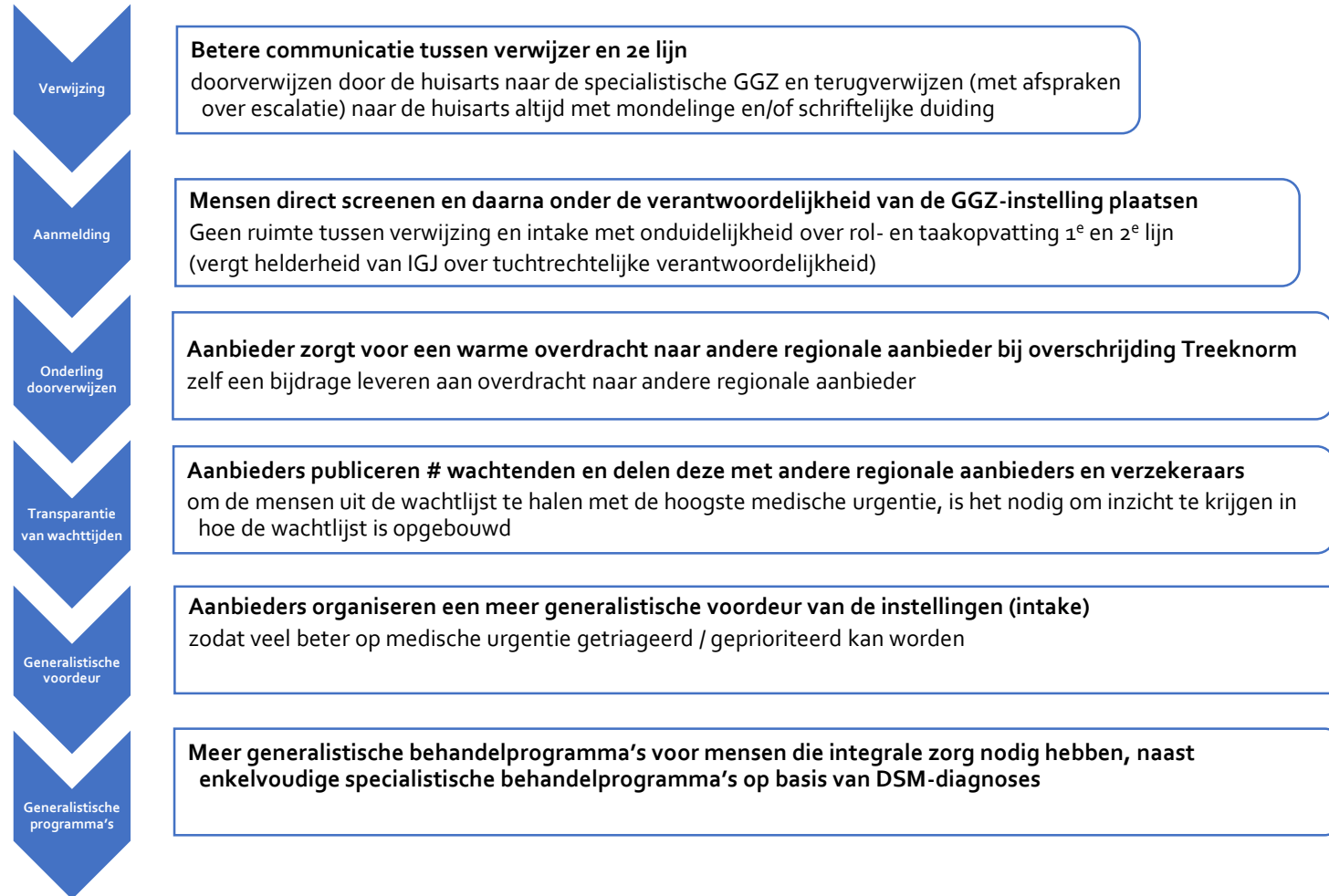
(vanaf 1 januari 2021)

Doelen en randvoorwaarden middellange termijn

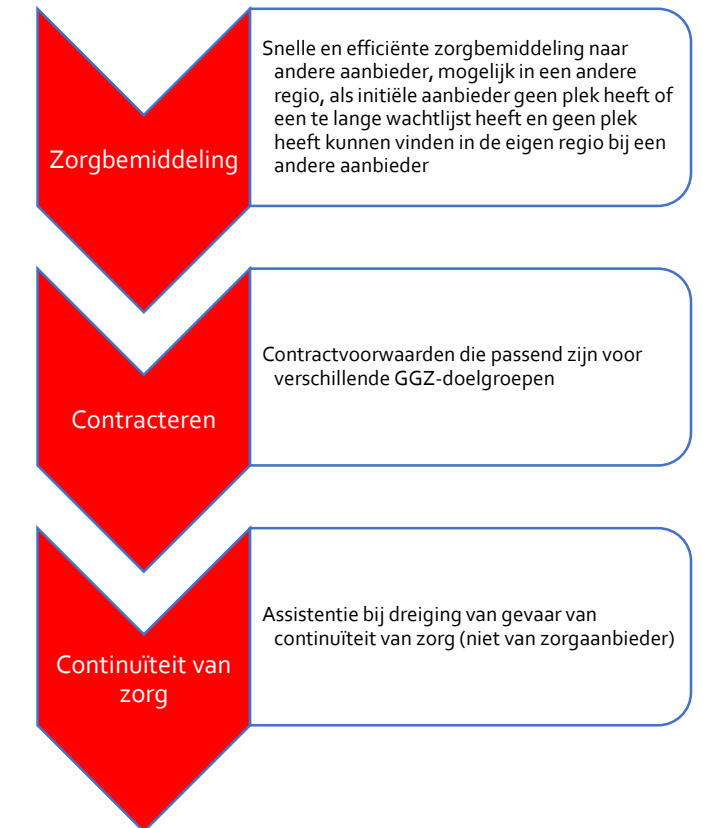
- Partijen starten per 1 april 2020 met een landelijk dekkende netwerkaanpak. Dat betekent dat patiënten met hoogcomplexere zorgvragen – waar zij ook wonen - met prioriteit worden behandeld. Op het moment dat blijkt dat er landelijk onvoldoende aanbod beschikbaar is voor hoogcomplexere ggz zullen zorgverzekeraars in overleg met aanbieders extra hoogcomplexere zorg inkopen. Hiermee garanderen partijen een adequaat aanbod van hoogcomplexere zorg.
- Prikkel in het contractbeleid voor het in stand houden van beschikbaarheid van complexe ggz worden geëvalueerd en als nodig aangepast.
- Dit plan van aanpak voor complexe zorg heeft raakvlakken met, maar is nadrukkelijk niet hetzelfde als de wachtlijstaanpak. De bestaande afspraken over de aanpak wachttijden worden gecontinueerd. Wel denken we dat er een tweetal intensivering nodig is, namelijk:
- Ten eerste is het noodzakelijk dat er meer inzicht komt de unieke aantallen wachtenden per aanbieder/per diagnose, zodat partijen tot een betere matching kunnen komen van de zorgvragen van patiënten met het beschikbare aanbod in de regio. Het inzicht in het aantal unieke wachtenden en daarbij ook een onderscheid naar 'wachtend bij een voorkeursaanbieder' (naar analogie van het Wlz-zorgtoewijzingsproces) zien partijen als noodzakelijke toevoeging aan de bestaande NZa-beleidsregel transparantie wachtlijsten ggz. GGZ Nederland en ZN verzoeken de staatssecretaris de NZa de opdracht te verstrekken om deze verplichting toe te voegen aan de regelgeving per 1-1-2021.
- Ten tweede is het noodzakelijk dat er een betere verbinding tot stand komt tussen de (verwijzing uit de) 1e lijn en (de ontvangst door de) 2e lijn. Dit kan onder andere door mensen direct te screenen en daarna onder de verantwoordelijkheid van de GGZ-instelling te plaatsen. De betere verbinding tussen de 1e en de 2e lijns ggz wordt vastgelegd in een Generieke Module "verwijzing, diagnostiek en triage" die door Akwa GGZ ontwikkeld wordt en per 1 januari 2021 wordt ingeschreven in het Register van het Zorginstituut. ZN en GGZ NL zullen het Zorginstituut verzoeken om de Generieke module "verwijzing, triage en diagnostiek" op de meerjarenagenda te zetten, om te bespoedigen dat deze generieke module wordt ontwikkeld en snel wordt ingeschreven in het Register.
- Een belangrijk vraagstuk waar GGZ Nederland en ZN graag nader in gesprek over gaan met de NVvP en VWS is de noodzaak om de schaarse inzet van psychiaters te behouden voor de zorg die exclusief in de geïntegreerde ggz-instellingen plaatsvindt, waaronder (in ieder geval) de acute ggz, verplichte ggz, hoogcomplexere ggz en hoogspecialistische ggz, mogelijk te koppelen aan de (her-)registratie van de beroepsgroep.
- Prikkel in het contractbeleid voor het in stand houden behoud van personeel in de instellingen worden geëvalueerd en als nodig aangepast.
- Om de gehele keten van instroom in de Zvw, verwijzing vanuit de 1^e lijn naar de 2^e lijn, doorstroom in de 2^e lijn en uitstroom naar de WMO goed op te kunnen pakken is betrokkenheid van de huisartsen (LHV) en wederom de gemeenten (VNG) cruciaal.

Hoe zorgen we voor een betere netwerksamenwerking van aanbieders en zorgverzekeraars voor alle wachtenden in de GGZ via de regionale taskforces wachttijden

GGZ-aanbieders



Zorgverzekeraars



**7. Doelstellingen en intensiveringen
lange termijn
(volgend Regeerakkoord)**

Doelen en randvoorwaarden lange termijn

- GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland sluiten graag aan bij de contourennota en de visie op het GGZ-zorglandschap die de staatssecretaris aan de TK toegezegd heeft
- GGZ Nederland denkt daarbij aan zowel het extra opleiden van personeel, maar ook het inzetten van andere, innovatieve zorgvormen en aan het stimuleren van digitalisering.
- ZN denkt onder andere aan het nog verder optimaliseren van zorgmatching tussen vraag en aanbod. De stuurgroep wachttijden voert hiertoe eind 2020 een verkenning uit naar innovatieve instrumenten en praktijken, zoals bijvoorbeeld blockchain technologie voor de wachttijden-aanpak.
- Hierover gaan partijen nog nader in overleg om tot concrete acties en invulling te komen.

8. Bijdrage VWS aan realiseren doelstellingen plan van aanpak

Voor het realiseren van de korte termijn doelen vragen wij VWS:

- ✓ Indienende partijen en de staatssecretaris gaan het gesprek aan met de VNG om ook van de gemeenten voor deze doelgroep een inspanning per regio te vragen. Het streven daarbij is dat er uiterlijk 1 juli 2020 een aanvullend plan ligt en afspraken zijn gemaakt over een sluitende aanpak, die leidt tot een verbetering van de doorstroming vanuit aanbieders naar gemeentelijk zorg- en ondersteuningsaanbod en betere onderlinge samenwerking en consultatie tussen sociaal domein en Zvw.
- ✓ VWS en de zorgverzekeraars gaan met elkaar in gesprek over de aanpassing van de risicoverevening voor patiënten uit deze doelgroep met zeer hoge zorgkosten.
- ✓ De NZa opdracht te geven de beleidsregel facultatieve prestatie (of een alternatief) in de ggz uiterlijk per 2021 beschikbaar te maken. Het doel hiervan is om meer ruimte te bieden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met behulp van deze facultatieve prestatie kunnen zij samen afspraken maken over maatwerk, innovatie en flexibiliteit, als reguliere NZa-prestaties onvoldoende zijn.

Voor het realiseren van de middellange termijn doelen vragen wij VWS:

- ✓ ten behoeve van de intensivering van de aanpak wachttijden:
 - De NZa opdracht te geven om inzicht in het aantal unieke wachtenden en daarbij ook een onderscheid naar 'wachtend bij een voorkeursaanbieder' (naar analogie van het Wlz-zorgtoewijzingsproces) toe te voegen aan de bestaande NZa-beleidsregel transparantie wachtlijsten ggz.
 - ZN en GGZ Nederland zullen het Zorginstituut verzoeken om de Generieke module "verwijzing, triage en diagnostiek" op de meerjarenagenda te zetten, om te bespoedigen dat deze generieke module wordt ontwikkeld en snel wordt ingeschreven in het Register
- ✓ VWS treedt samen met GGZ Nederland en ZN bestuurlijk in overleg met de LHV om de gehele keten van instroom in de Zvw en de verwijzing vanuit de 1e lijn naar de 2e lijn goed op te kunnen pakken.

9. Verantwoording totstandkoming van dit plan van aanpak

Dit plan van aanpak is opgesteld door de volgende GGZ-instellingen

1. **Parnassia Groep**
2. **Arkin**
3. **GGZ Centraal**
4. **Pro Persona**

en de volgende zorgverzekeraars

1. **CZ Zorgverzekeringen**
2. **ONVZ**
3. **Zilveren Kruis**
4. **Menzis**
5. **Coöperatie VGZ**

- Daarbij ondersteund door de bureaus van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland
- In de periode tussen 5 februari 2020 en 4 maart 2020
- En wordt onderschreven door het bestuur van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland