

> Gespreksleidraad cruciale ggz

Regionale tafels en ondersteunende
landelijke tafel

21 juni 2024

Leeswijzer

Waarom deze gespreksleidraad?

Landelijke partijen¹ spraken af om de toegankelijkheid van cruciale ggz – zorg voor mensen met de zwaarste en meeste ingewikkelde zorgvragen – beter te borgen. Hiervoor willen zij op basis van de zorgvraag in de regio laten bespreken welk aanbod nodig is. Zo stimuleren en helpen zij regionale partijen om knelpunten zo veel mogelijk zelf op te lossen. Regionale partijen kennen immers de inwoners en hun patiënten, het aanbod en de context in hun regio en buurregio's het beste. Zij halen waar nodig expertise naar de patiënt in hun regio toe. Of bieden - andersom – voor bijzondere zorgvragen expertise aan patiënten van buiten de regio.

Alleen waar de regio knelpunten niet kan oplossen, ondersteunt een landelijke tafel om de regionale zorgvraag en het aanbod met elkaar te verbinden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vervolgens (met zicht op regionale zorgvraag en aanbod) beter individuele contracteringsafspraken maken om voldoende aanbod van cruciale ggz te borgen.

Deze gespreksleidraad is een hulpmiddel om voor de contractering van 2026 en daarna de gevraagde veranderingen te maken. Tot die tijd gelden de algemene afspraken zoals gemaakt in het BO van maart 2024. De leidraad geeft handvatten voor het organiseren, voorbereiden en voeren van de gesprekken aan de regionale tafels en ondersteunende landelijke tafel. Zo beschrijft de leidraad de stappen die regio's de komende periode voor deze aanpak moeten zetten. Ook kunnen koplopers direct aan de slag en kunnen regio's hierin van elkaar leren.

Deze gespreksleidraad is bedoeld voor vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars, zowel in de IZA-regio's als landelijk. Beleidsadviseurs en andere vertegenwoordigers van deze partijen kunnen dit document gebruiken om de regionale gesprekken te organiseren, voor te bereiden en te voeren. De eerste vervolgstap na bestuurlijke vaststelling van dit document is uitwerking van de gevraagde regionale ondersteuning en van de informatieverzameling.

Hoe is de gespreksleidraad opgebouwd?

- In **Hoofdstuk 1 en 2** beschrijven we de context van de gespreksleidraad waaronder de aanleiding, gemaakte afspraken, vertrekpunten en tijdlijn.
- **Hoofdstuk 3** geeft een overzicht van de voorbereiding, bespreekpunten en uitwerking van de gesprekken aan de regionale tafels. **Bijlagen 1, 2 en 3** zijn praktische ondersteuning hierbij.
- In **Hoofdstuk 4** gaan we in op het gesprek aan de landelijke tafel. Ook hier beschrijven we de voorbereiding, bespreekpunten en uitwerking. Hiervoor ondersteunen **Bijlagen 2, 3 en 4**.
- Tot slot gaan we in **Hoofdstuk 5** in op welk proces partijen met elkaar doorlopen wanneer er aan de regionale tafel geen overeenstemming bereikt wordt over de bespreekpunten voor de landelijke tafel.

¹ De Nederlandse ggz, NFU, NVZ, NVvP, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS.

Inhoud

Leeswijzer	1
1 Aanleiding en afspraken	3
1.1 Waarom doen we dit?	3
1.2 Wat ging vooraf?	3
1.3 Welke bestuurlijke afspraken maakten we landelijk?	4
1.4 Waar staan we nu en welke vertrekpunten hanteren we?	5
2 Van bestuurlijke naar individuele afspraken met een leidraad	7
2.1 Gespreksleidraad als hulpmiddel voor uitvoering plannen	7
2.2 Tijdslijn richting inkoop 2026 en verder	8
3 Regionale tafels	11
3.1 Voorbereiding eerste gespreksronde regionale tafels	11
3.2 Eerste gespreksronde regionale tafels	13
3.3 Uitwerking en inbreng voor ondersteunende landelijke tafel	15
3.4 Tweede gespreksronde regionale tafels en vervolg	15
4 Ondersteunende landelijke tafel	17
4.1 Voorbereiding gesprek ondersteunende landelijke tafel	17
4.2 Gesprek ondersteunende landelijke tafel	18
4.3 Uitwerking gesprek ondersteunende landelijke tafel en vervolg	20
5 Escalatieprocedure	21
Bijlage 1. Deelnemers regionale tafel	22
Bijlage 2. Gevraagde informatie regionale tafel	23
Bijlage 3. Voorbeeldagenda 1^e gespreksronde regionale tafels	24
Bijlage 4. Aanlevering bespreekpunten voor ondersteunende landelijke tafel	25
Bijlage 5. Deelnemers ondersteunende landelijke tafel	26

I Aanleiding en afspraken

1.1 Waarom doen we dit?

In het IZA stelden betrokken partijen² als doel om de toegankelijkheid van de cruciale ggz - zorg voor mensen met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen – te borgen. Sindsdien werken zij deze gezamenlijke doelen uit. Aanleiding voor het prioriteren van deze patiënten is een breed gedeelde overtuiging dat deze zorg anders georganiseerd én gefaciliteerd moet worden, voortkomend uit brede signalen en specifieke casussen.

Volgens de partijen zorgden de marktprikkels en krappe arbeidsmarkt de afgelopen jaren voor het prioriteren van zorg voor patiënten met lichtere en meer enkelvoudige zorgvragen, ten koste van de cruciale ggz. In vergelijking met andere doelgroepen is de (professionele) waardering voor behandelaren binnen de cruciale ggz frequent lager, terwijl de werkbelasting en risico's vaak groter zijn. Dit vergroot de druk op het doel om voldoende toegankelijke, passende ggz voor patiënten die het meest lijden te borgen.

1.2 Wat ging vooraf?

In het voorjaar van 2024 werkten de partijen aan een aanpak voor de versterking van de cruciale ggz om de gemaakte afspraken van het bestuurlijk overleg (BO) in december 2023 vorm te geven. Daartoe organiseerden zij twee heidagen. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten en de Rijksoverheid waren uitgenodigd. De partijen stelden tijdens deze dagen vast dat ze met de huidige definitie van cruciale ggz uit de handreiking verder kunnen. Het verder inzetten op een 'harde', afgebakende lijst van cruciale ggz achten ze onhaalbaar en ook onwenselijk omdat dit een nieuw schot introduceert in de samenwerking.

Om toegankelijkheid van cruciale ggz te borgen, stelden de partijen een nieuwe invulling van de aanpak voor. Ze spraken af om op basis van de zorgvraag in de regio te bespreken welk aanbod gevraagd is voor mensen met een zorgvraag binnen de cruciale ggz.³ Uitgangspunt is om deze mensen zo veel mogelijk in de eigen regio zorg aan te bieden. Waar dit nu knelt, zoeken ze oplossingen in het beperken van exclusiecriteria, het 'importeren' van expertise⁴ en/of het uitbreiden van gevraagde capaciteit.

De regio brengt de zorgvraag, het aanbod en -knelpunten bij elkaar met als doel om noodzakelijk aanbod te behouden en in beeld te krijgen waar dat nu onvoldoende beschikbaar is. Bestuurlijk spraken partijen af dat de zorgvraag en zes zorgvormen van cruciale ggz hierbij vertrekpunt zijn.⁵ Daarbij is het belangrijk dat regio's de vraag en deze zes zorgvormen in de context van het bredere ggz-aanbod in hun regio en de omgeving daarvan bezien. Patiënten binnen de cruciale

² DeNLggz, NFU, NVZ, NVvP, ZN en VWS. Bij de uitwerking is MIND ook betrokken.

³ Hierbij wordt informatie over de regionale wachtlijsten en verwachte vraag (prevalentie en incidentie) betrokken.

⁴ Bijvoorbeeld via consultatie en kennisnetwerken.

⁵ Naar zowel de zorgvraag als het -aanbod zijn recente onderzoeken uitgevoerd door respectievelijk KPMG en Bureau HHM. De zorgvraag blijkt zeer lastig om betrouwbaar in te schatten, mede vanwege het ontbreken van afbakening. Onderzoek naar het zorgaanbod leverde een lijst op die als vertrekpunt gebruikt kan worden bij regionale gesprekken.

ggz hebben regelmatig op andere momenten vraag naar andere vormen van zorg. Daarnaast vraagt grotere prioritering van cruciale ggz gezien eindige capaciteit en zorgverleners om een herverdeling hiervan.

De partijen spraken af om regionaal te bespreken welk aanbod noodzakelijk is voor de aanwezige vraag naar cruciale ggz. Bij ontbrekend aanbod bespreekt de regio of er expertise in de nabije regio's is, naar de regio gehaald kan worden of anders te organiseren is.⁶ Als de vraag en/of specifiek aanbod te specialistisch is voor de regio en/of de regio het aanbod niet (doelmatig) kan organiseren, kunnen de regio's dit inbrengen op de ondersteunende landelijke tafel. Deze tafel adviseert de regio's vervolgens hoe met deze knelpunten om te gaan.

1.3 Welke bestuurlijke afspraken maakten we landelijk?

In lijn met de door partijen voorgestelde aanpak maakten partijen in het BO van maart 2024 afspraken over het borgen van de cruciale ggz.⁷ De voorgestelde aanpak vraagt organisatie en uitwerking waar de regio's op korte termijn aan moeten werken, zodat deze stevig kan staan voor de inkoop vanaf 2026. Voor de inkoop van 2025 komt dit echter te laat. Daarom maakten partijen onderstaande bestuurlijke afspraken over de uitwerking van de afspraken en de borging tot dan.

1.3.1 Algemene afspraak borgen continuïteit cruciale ggz

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders bespreken vroegtijdig potentiële wijzigingen in aanbod met elkaar, zodat noodzakelijke zorg behouden blijft. We verrassen elkaar niet meer.

1.3.2 Afspraken borging cruciale ggz voor inkoopjaar 2025

Gedurende de uitwerking van de aanpak ontstaat geen gat in het huidige aanbod van cruciale ggz. Als aanbod binnen de cruciale ggz verdwijnt, heeft dat vaak grote gevolgen voor patiënten voor wie er soms al (te) weinig passend aanbod is. Voor de inkoop voor 2025 spraken verzekeraars en aanbieders af dat zij de in december 2023 vastgestelde zorgvormen⁸ in ieder geval voldoende aanbieden en inkopen, en er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen. Partijen zetten daarmee in 2024 al een belangrijke stap om te zorgen dat er geen zorgaanbod verdwijnt en de cruciale ggz te borgen.

1.3.3 Afspraken uitwerking aanpak en borging cruciale ggz voor inkoop 2026 en verder

DeNLggz, NFU, NVvP, NVZ en ZN werken in afstemming met MIND de aanpak voor cruciale ggz uit en organiseren de noodzakelijke governance en landelijke kaders, zodat de aanpak van de cruciale ggz zo goed mogelijk staat voor de inkoop voor 2026 en verder. Zie §2.2 voor een meer gedetailleerde bespreking van tijdlijnen.

Partijen hebben met elkaar afgesproken dat – waar de huidige manier van contractering de plannen over cruciale ggz in de weg staat – de zorginkoop voor 2026 en verder op dit onderdeel gelijkgericht gebeurt. In aanloop naar die contractering werken de partijen dit waar nodig verder

⁶ Bijvoorbeeld met de genoemde consultatie of kennisnetwerken.

⁷ Kamerbrief over Voortgang aanpak cruciale ggz (4 april 2024).

⁸ Acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg.

uit en betrekken de toezichthouders hierbij. Om passend aanbod voor deze patiënten te realiseren, zijn ook andere randvoorwaarden van groot belang. Denk hierbij aan onderwerpen als:

- Hoe zorgen we dat het voor zorgverleners aantrekkelijk is om deze zorg te bieden en stimuleren we het behoud van zorgverleners in/de transfer richting de cruciale ggz?
- Hoe zorgen we dat exclusiecriteria⁹ een zo klein mogelijke belemmering vormen voor patiënten met zorgvraag binnen de cruciale ggz om passend aanbod te vinden?

Het borgen van voldoende aanbod aan cruciale ggz vergt dan ook een gedeelde inzet van alle partijen: zorginkopers, zorgaanbieders, zorgverleners, toezichthoudende partijen en de overheid. De partijen nemen daarom bovenstaande randvoorwaarden de komende periode mee in de uitwerking van de aanpak van cruciale ggz vanaf inkoopjaar 2026.

1.3.4 Visie op spreiding en concentratie in de ggz

Om tot een goede inrichting van het zorgaanbod te komen (nabij als het kan, veraf als het moet), spraken partijen in het IZA af om een visie op spreiding en concentratie in de ggz op te stellen. De partijen verkennen hoe Zorginstituut Nederland (ZIN) hen kan begeleiden om te komen tot een visie op spreiding en concentratie voor de ggz. ZIN stemt eind september 2024 met hen af over een goede route om te komen tot deze visie.

1.4 Waar staan we nu en welke vertrekpunten hanteren we?

Om de afspraken zoals beschreven in §1.3.3 in te vullen, ontwikkelden partijen voorliggende gespreksleidraad. In Hoofdstuk 2 gaan we verder in op het doel en de tijdlijn van de gespreksleidraad. We gebruiken daarbij de volgende vertrekpunten voor de gespreksleidraad.

We hanteren de **werkdefinitie van cruciale ggz**: ggz met een hoge logistieke (zorgaanbod) en inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.¹⁰

We vullen deze werkdefinitie aan met een meer pragmatische, beschrijvende definitie: bij cruciale ggz gaat het om de zorgvraag van mensen die ernstig lijden, die niet in hokjes te stoppen zijn of een vastomlijnd aanbod 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 benadering is via de zorg die deze patiënten vaak aangeboden krijgen. Een inventarisatie hiervan door Bureau HHM komt tot **zes clusters van aanbod aan cruciale ggz**, zie Figuur 1. De partijen spraken bestuurlijk af om die aanbodvormen tot cruciale ggz te rekenen. De regionale cruciale ggz (acute zorg en outreachende zorg) vormt hierbij het aanwezige fundament voor hun directe omgeving. De beveiligde, klinische en hoogspecialistische zorg (vanuit ggz en

⁹ Zowel binnen de vormen van cruciale ggz als binnen andere vormen van ggz.

¹⁰ Zie verder toelichting in [handreiking cruciale ggz](#) (december 2022).

vanuit ziekenhuis) heeft in een deel van de gevallen een landelijke rol in de cruciale ggz.

Topreferente/topklinische zorg is hierbij een van de onderdelen van de hoogspecialistische zorg.

<ul style="list-style-type: none"> • Zorg van de crisisdiensten, acute dagbehandeling en acute thuisbehandeling. • Cruciaal vanwege acute karakter en complexiteit infrastructuur. 	 Acute zorg	 Outreachende zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Outreachende zorg voor de EPA-doelgroep. • Cruciaal vanwege complexiteit en veel samenwerking in lokale netwerk.
<ul style="list-style-type: none"> • Klinische zorg vanuit de ggz, PAAZ en PUK. • Betreft complexe zorgvragen met veel wisselingen in intensiteit. 	 Klinische zorg	 Beveiligde zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Beveiligde (opname)faciliteiten. • Cruciaal vanwege beveiligingsaspect en de complexe, langdurige zorgvraag.
<p>Cruciaal vanwege noodzakelijkheid tot dekkend aanbod hoogspecialistische voorzieningen met bovenregionale/ landelijke functie.</p>	 Hoogspecialistisch vanuit ggz	 Hoogspecialistisch vanuit ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Bovenregionale functie vanuit MPU-units. • Complexiteit hulpvraag kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij integrale aanbod ziekenhuizen.

■ Regionale cruciale ggz
■ Mogelijk landelijk cruciale ggz

Figuur 1. Bestuurders van landelijke partijen spraken af om zes clusters van zorgaanbod tot de cruciale ggz te rekenen.

De gespreksleidraad richt zich primair op de zorgvraag binnen de Zvw. Wel benoemen we de samenhang en wisselwerking bij het maken van de match tussen regionale vraag en het benodigde zorgaanbod met andere domeinen (zoals Wlz en Wmo).¹¹ Het is de intentie van betrokken partijen om deze werkwijze de komende jaren ook uit te breiden naar ggz binnen deze andere domeinen.

¹¹ Regio's die deze bredere scope al gebruikten bij de inventarisatie van juni 2023, kunnen de uitkomsten hiervan vanzelfsprekend gebruiken bij de werkwijze zoals beschreven in deze leidraad.

2 Van bestuurlijke naar individuele afspraken met een leidraad

Partijen nemen samen de verantwoordelijkheid om voldoende cruciale ggz te borgen. Dit vraagt regio's om een andere route naar individuele contractering, waarbij regio's vraag en aanbod samenbrengen en een landelijke tafel waar nodig ondersteunt. Deze gespreksleidraad helpt hierbij met handvatten, inclusief de benodigde voorbereiding en organisatie. De tijdlijn richt zich op de contractering van 2026 en verder. Voor 2025 is volledige implementatie van het benodigde proces niet haalbaar. Wel helpt de leidraad regio's zich voor te bereiden op 2026. Koplopers kunnen waar mogelijk al aan de slag.

2.1 Gespreksleidraad als hulpmiddel voor uitvoering plannen

Partijen benadrukken de gezamenlijke verantwoordelijkheid om toegankelijke passende ggz voor mensen met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen te borgen. Dat betekent dat zij samen – vanuit het perspectief van de patiënt, aanbieder en zorgverzekeraar - de verandering inzetten om de hiervoor benodigde regionale en landelijke zorginfrastructuur te organiseren.

Regionale partijen zijn hierbij aan zet om knelpunten zo veel mogelijk regionaal op te lossen. Zij kennen immers de inwoners en patiënten, het aanbod en de context in hun regio en buurregio's het beste. Op basis van beschikbare gegevens over de zorgvraag in de regio bespreken zij welk aanbod aan cruciale ggz wordt gevraagd.¹² Waar nodig halen ze expertise naar de patiënt toe (consultatie, regio-overstijgende kennisnetwerken zoals bijvoorbeeld door topreferente/ topklinische afdelingen) als manier om knelpunten op te lossen zonder herverdeling of andere contractering. Een integrale benadering kan hierbij niet ontbreken, in ieder geval met verbintenis met de andere IZA-thema's binnen de ggz.¹³ Omdat zorgverleners en middelen schaars zijn, zullen regio's ook een zorgvuldige afweging moeten maken tussen welk aanbod partijen meer en minder zullen leveren.¹⁴

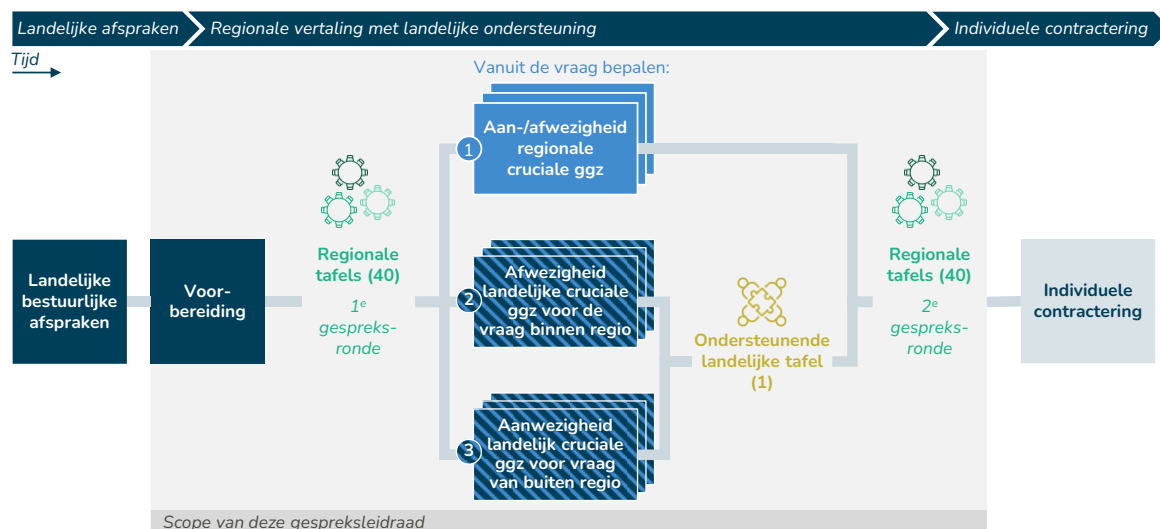
Alleen wanneer de regio knelpunten niet kán oplossen, ondersteunt een landelijke tafel met het zoeken naar oplossingen. Regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vervolgens betere individuele contracteringsafspraken maken.

¹² Zie §3.1.2 voor een bespreking van op welke manier partijen vraaggestuurd willen werken en om welke redenen dit (nog) niet perfect mogelijk is.

¹³ Voor de hand liggend zijn Mentale Gezondheidsnetwerken, 7x24 bereikbaarheid acute zorg, samenwerking sociaal domein/eerste lijn en digitale zorg.

¹⁴ Hier is ook een natuurlijke verbintenis met het traject van ZIN zoals benoemd in §1.3.4.

Figuur 2 geeft deze route schematisch weer. Elke regio organiseert een serie van minimaal twee gespreksrondes met daartussen uitwerking en een bijeenkomst van de landelijke tafel. In Hoofdstuk 3 en 4 beschrijven we de aanpak in meer detail.



Figuur 2. Het plan van aanpak om de cruciale ggz te borgen, vraagt een aangepaste route richting individuele contractering waarbij de regio's aan zet zijn om vraag en aanbod bij elkaar te brengen.

Voorliggende gespreksleidraad is een hulpmiddel om de gevraagde verandering te maken en daarmee de doelen te realiseren. Deze leidraad geeft handvatten en inspiratie voor het organiseren en voeren van de regionale gesprekken en het landelijke gesprek. Denk bijvoorbeeld aan welke voorbereiding nodig is, wie er op welke manier betrokken moeten worden en welke besprekpunten aan bod moeten komen. We maken hierbij onderscheid tussen het gesprek aan de regionale tafels en aan de ondersteunende landelijke tafel.

Er bestaat een mogelijkheid dat een individuele partij (patiëntvertegenwoordiging, zorgaanbieder of zorgverzekeraar) ernstige bezwaren heeft tegen de probleemanalyse en geboden oplossingen aan de regionale tafels en/of ondersteunende landelijke tafel. In Hoofdstuk 5 beschrijven we daarvoor het escalatieproces (zie ook Figuur 2).

2.2 Tijdslijn richting inkoop 2026 en verder

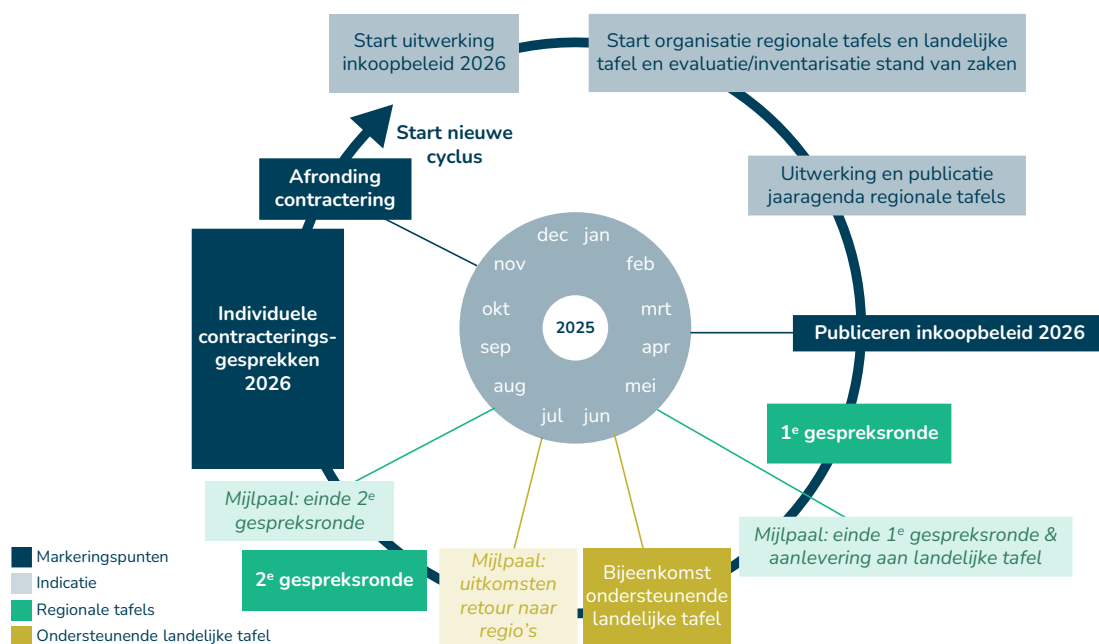
Deze gespreksleidraad ondersteunt de partijen om voor de inkoop van 2026 en verder de afgesproken aanpak te implementeren. De tijdslijn in Figuur 3 laat zien wanneer de gesprekken aan de regionale tafels en landelijke tafel plaatsvinden zodat plannen kunnen landen in de individuele contractering voor 2026 en verder.

Relevante **markeringspunten** zijn:

- Op 1 april publiceren zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor het volgende kalenderjaar.
- In augustus, september en oktober vinden de individuele contracteringsgesprekken plaats tussen aanbieders en verzekeraars voor het volgende kalenderjaar.
- Medio november ronden zorgverzekeraars hun contractering af.

Wanneer de gesprekken aan de regionale tafels precies plaatsvinden (en hoeveel dat er precies zijn), kan verschillen per regio. Regio's kunnen naar eigen inzicht de benodigde gesprekken

inplannen om regionaal tot een match tussen vraag en aanbod te komen. Zo kunnen zij bijvoorbeeld aansluiten bij de tijdlijnen van de IZA-subtafel ggz (zie Hoofdstuk 3).



Figuur 3. Om de bestuurlijke afspraken te vertalen naar individuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voorzien we deze zich repeterende tijdlijn.

Om op tijd klaar te zijn voor de ‘markeringspunten’ zijn er in dit plan elk jaar **vier mijlpalen**:

- Eind mei ronden de regionale tafels de eerste gespreksronde af en leveren zij hun inbreng aan bij de landelijke tafel.
- In de derde week van juni vindt de heidag van de landelijke tafel plaats.
- Begin juli deelt de landelijke tafel de adviezen met de regionale tafels.
- Medio augustus ronden de regionale tafels de tweede gespreksronde af.

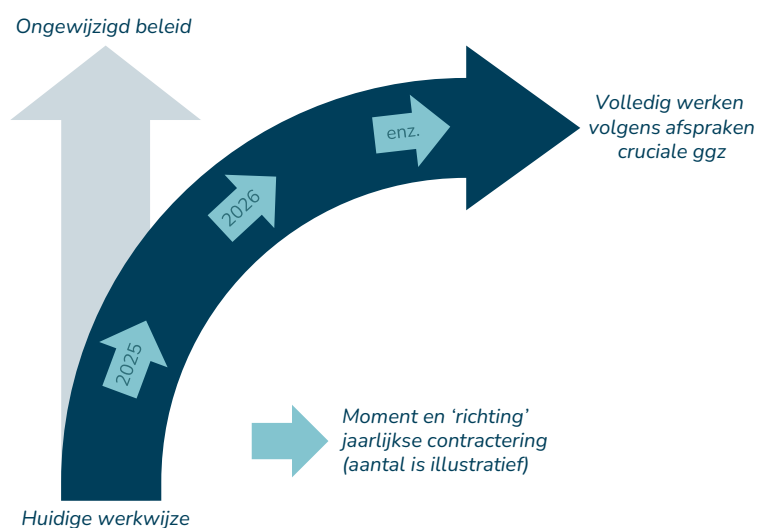
Tot slot geven we een **indicatie** wanneer bepaalde uitwerking, organisatie en evaluatie idealiter plaatsvindt om de mijlpalen te halen:

- In november van het voorgaande jaar starten zorgverzekeraars met de uitwerking van hun inkoopbeleid.
- Vanaf januari starten regionale tafels en de landelijke tafel met de organisatie (bijvoorbeeld bijeenkomsten plannen, voorbereiding treffen, enzovoort). Ook inventariseren zij de stand van zaken en/of evalueren de ervaringen in het voorgaande jaar.
- Vanaf februari werken de regionale tafels de jaargenda met afgesproken overlegmomenten uit en publiceren zij deze.
- In november start de cyclus opnieuw met de uitwerking van het inkoopbeleid.

Op deze manier komt de werkwijze rond de cruciale ggz elk jaar meer in lijn met de gemaakte bestuurlijke afspraken. De jaarlijkse contracteringscyclus is daarin steeds een momentopname die steeds minder op de huidige werkwijze lijkt en steeds meer op de nieuwe aanpak. Zie Figuur 4 voor een visualisatie hiervan.

Voor de contractering van 2025 is het niet haalbaar om de beschreven aanpak in alle regio's te implementeren. Wel helpt deze gespreksleidraad regio's om zich voor te bereiden op de aanpak richting de inkoop van 2026. Bijvoorbeeld door te concretiseren op welke manier de regio de benodigde informatie over de vraag en het aanbod in beeld kan brengen (denk aan signalen vanuit patiëntenvertegenwoordiging en proxies voor de verwachte vraag en benodigd aanbod zoals verwijzingen en wachttijden). Daarnaast kunnen koplopers – regio's waar aanbieders al aan een regionale tafel transparant vraag en aanbod bespreken – alvast met de gespreksleidraad aan de slag. Dit stelt henzelf en andere regio's in staat om alvast van te leren van de ervaringen.

Bestuurlijk spraken partijen af dat er tijdens de uitwerking van de aanpak voor de inkoop vanaf 2026 geen gat ontstaat in het huidige aanbod van cruciale ggz. Voor de inkoop voor 2025 spraken partijen af dat de zes zorgvormen in ieder geval voldoende aangeboden en ingekocht worden, en er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen. Zie §1.3 voor een overzicht van de bestuurlijke afspraken zoals opgenomen in de Kamerbrief.

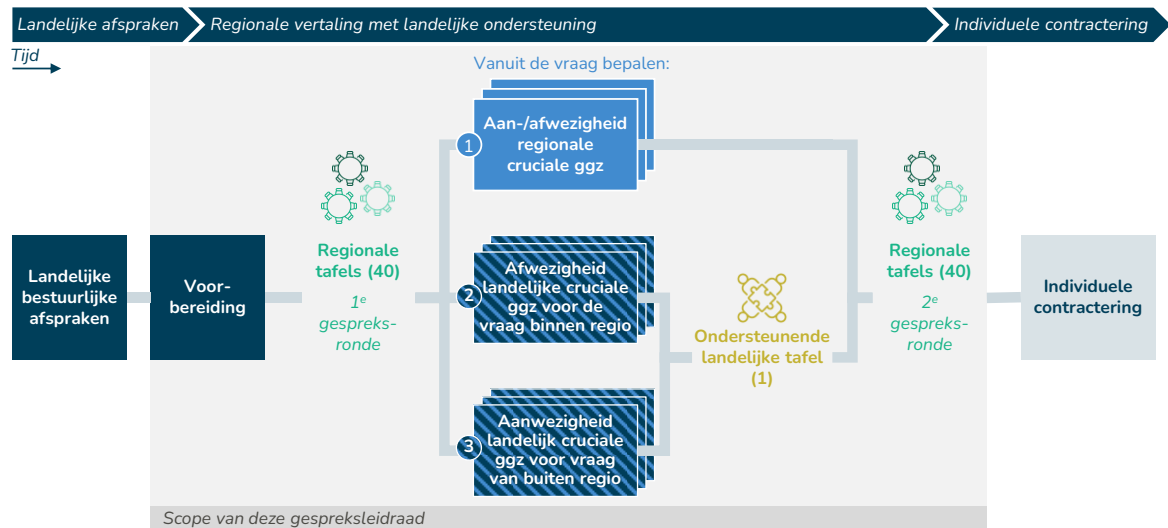


Figuur 4. De plannen vragen een ontwikkeltraject over meerdere jaren, waarin stap voor stap meer volgens de gemaakte afspraken gewerkt wordt. Hierbinnen bestaat de reguliere jaarlijkse cyclus van contractering. Elk jaar komen de hierin gemaakte afspraken meer in lijn met de gemaakte bestuurlijke afspraken over cruciale ggz.

3 Regionale tafels

Regio's zijn het vertrekpunt om cruciale ggz te borgen. Met elkaar zorgen partijen ervoor dat patiënten uit hun regio met de meest ingewikkelde zorgvragen kunnen vertrouwen op toegankelijke, passende ggz. Dit doen zij door met onder andere patiëntenvertegenwoordigers, aanbieders en zorgverzekeraars in gesprek te gaan over waar in hun regio een disbalans bestaat tussen de aanwezige vraag en het daarbij passende aanbod. Vervolgens maken zij een plan over hoe dit op te lossen. Indien zij hier niet zelf uit kunnen komen, vragen zij de landelijke tafel om ondersteuning. De gemaakte plannen landen uiteindelijk in onderlinge afspraken, met als sluitstuk de individuele contractering.

Elke regio organiseert een serie van minimaal twee gespreksrondes met daartussen uitwerking en een bijeenkomst van de landelijke tafel (Figuur 6). Hoeveel bijeenkomsten per gespreksronde nodig zijn om de regionale vraag en het benodigde aanbod met elkaar te verbinden is van de regio afhankelijk. Vóór de eerste bijeenkomst is grondige voorbereiding gevraagd. Zie de mijlpalen uit §2.2 voor de gevraagde planning.



Figuur 5. De regionale tafels (groen icoon) komen in twee gespreksrondes bijeen met daartussen uitwerking en een bijeenkomst van de landelijke tafel (geel icoon).

3.1 Voorbereiding eerste gespreksronde regionale tafels

3.1.1 Organisatie

De IZA-subtafels ggz zijn de aangewezen structuur om deze gesprekken langs te organiseren. In veel regio's werken partijen al samen in dit regionaal verband. Zo hoeven regio's niet opnieuw een

organisatiestructuur in te richten. Ook kunnen regio's zo de match tussen de regionale vraag en het benodigde aanbod met alle relevante partijen zo integraal mogelijk te benaderen. Waar nog geen IZA-subtafel ggz bestaat, is dit reden om óf deze in te richten, óf aan te sluiten bij een vergelijkbare bestaande structuur.

Hieronder beschrijven we welke deelnemers met welke bevoegdheden in ieder geval aanwezig zijn voor de gesprekken. Regio's kunnen de IZA-subtafel op basis hiervan aanvullen voor deze gespreksrondes. Regio's die nog geen bestaande overlegstructuur hebben, kunnen de regionale tafel hiermee inrichten.

De deelnemers aan de regionale tafels zijn vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Patiëntenvertegenwoordiging loopt via MIND.¹⁵ Bij de aanbieders sluit(en) in ieder geval de kerninstelling(en) aan, aangevuld door andere aanbieders van cruciale ggz en eventueel andere aanbieders wanneer de partijen menen dat dat nodig is om een sluitend plan te maken. Aanbod met een landelijke functie neemt dus deel in de regio waar zij (primair) fysiek gevestigd zijn. Bij de zorgverzekeraars nemen de twee grootste regionale verzekeraars deel.¹⁶ Bij voorkeur sluiten ook andere financiers (gemeenten, zorgkantoren) aan. De deelnemers namens de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn medewerkers op beleidsniveau en/of zorginkopers en -verkopers. **Zij moeten mandaat hebben om namens hun organisaties te kunnen spreken. Deelname is daarmee ook niet vrijblijvend.** De landelijke brancheverenigingen houden toezicht op naleving van deze deelname en mandatering. Het initiatief voor de bijeenkomsten komt gezamenlijk van de kerninstelling en de grootste zorgverzekeraar. Zie ter ondersteuning Bijlage 1.

De regionale tafels hebben tot slot elk een onafhankelijke voorzitter nodig. De voorzitter vertegenwoordigt het belang van de regio gezamenlijk en niet dat van één aanbieder of één financier. Hiervoor sluit de regio aan bij de overkoepelende governance-afspraken van de IZA-regiotafels. Als alternatief kan eventueel per regio de grootste en/of gemandateerde gemeente benaderd worden. De voorzitter wordt in de voorbereiding en uitwerking praktisch ondersteund vanuit nader in te richten projectmanagement.

De bijeenkomsten vinden bij voorkeur fysiek plaats en duren naar verwachting een half dagdeel.

3.1.2 Gevraagde informatie

De voorzitter – ondersteund door projectmanagement – verzamelt en aggregereert de gevraagde voorbereidende informatie van aanbieders, verzekeraars en patiëntvertegenwoordigers en verspreidt deze uiterlijk twee weken voor de eerste bijeenkomst naar de deelnemers. De voorbereidende informatie wordt vanuit de vraag opgedeeld naar de zes bestuurlijk afgesproken vormen van cruciale ggz (Figuur 1 in Hoofdstuk 1).

De regionale tafels maken een zo volledig mogelijk overzicht van de vraag en het aanbod in hun regio, uitgesplitst naar:

- Bij benadering de jaarlijkse regionale vraag per zorgvorm (de zes zoals in Figuur 1 genoemd):

¹⁵ MIND werkt verder uit hoe dat te doen, bijvoorbeeld via haar Kamer Cliëntenraden. Indien vertegenwoordiging via MIND geen optie blijkt, is vertegenwoordiging via de cliëntenraad van de regionale kerninstelling een alternatief.

¹⁶ Per regio te vinden via: [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#).

- Zoals verwacht op basis van demografische kenmerken.
- In werkelijkheid op basis van aantal aanmeldingen.
- Regionaal aanwezig aanbod van deze zorgvorm.
- Of dit aanbod een landelijke functie heeft of niet.
- Of – en zo ja van welke – bovenregionale ggz-netwerken dit aanbod onderdeel is.
- Jaarlijkse capaciteit van dit aanbod in aantallen behandelingen/opnames aan patiënten vanuit en van buiten de regio.
- Huidig aantal wachtenden, gemiddelde wachttijd over het afgelopen jaar en aantal gesloten wachtlijsten over het afgelopen jaar.
- Indien exclusiecriteria bij dit aanbod: deze omschrijven en voorzien van motivatie.
- In hoeverre dit aanbod onder druk staat.

Patiëntvertegenwoordiging, zorgaanbieders en verzekeraars prioriteren welke zorgvormen op de regiotafel te bespreken om zo de overleggen slagvaardig te houden.

De te verzamelen informatie is een combinatie van kwantitatief en kwalitatief, waarbij partijen met name rond de jaarlijkse regionale vraag erkennen dat deze niet goed direct in beeld te brengen is. Waar mogelijk wordt steeds gebruik gemaakt van reeds beschikbare informatie (minimale dataset GMAP, wachttijdinformatie, ...). Zie Bijlage 2 ter ondersteuning.

De regionale tafel bepaalt **óf en zo ja, welk regionaal aanwezig aanbod een landelijke functie heeft** (zogenaamd 'landelijk aanbod'). Voorbeelden van maatstaven die zij daarbij kunnen hanteren zijn: het landelijk aanbod kenmerkt zich primair door zorg met laag volume en hoge complexiteit (LVHC), met beperkt alternatief aanbod elders in het land. Of aanbod een landelijke functie heeft, uit zich dikwijls in een significant groter aandeel van patiënten dat van buiten het natuurlijke adherentiegebied komt¹⁷ (als maat voor laag volume) in vergelijking met het reguliere aanbod van de desbetreffende zorgaanbieder of het regionale gemiddelde. Welke maatstaven hiervoor te hanteren, verschilt per zorgvorm en is onderdeel van de nadere uitwerking.

Het thema '**in hoeverre aanbod onder druk staat**' wordt benaderd als combinatie van personele informatie (aandeel PNIL, vacaturegraad), financiële informatie en kwalitatieve informatie. Samen moeten aanbieders hiermee onderbouwen of en in hoeverre aanbod onder druk staat. In sommige regio's betekent dit dat knelpunten op tafel komen die door individuele partijen of branchepartijen niet op te lossen zijn, bijvoorbeeld omdat personele capaciteit niet zomaar te verplaatsen is naar een andere regio.

3.2 Eerste gespreksronde regionale tafels

De regionale tafels bespreken drie onderwerpen in de eerste gespreksronde (verder toegelicht in de volgende alinea's):

- 1 (Gewenste) verhoudingen in hun regio tussen vraag en aanbod binnen de cruciale ggz. Op welke wijze kan de regio het zorgaanbod organiseren zodat deze aansluit op de zorgvraag?
- 2 Voor zorgvormen met een landelijke functie:

¹⁷ Eerder is dit bepaald als het aandeel patiënten wat van buiten de eigen zorgkantorregio komt. Dit kan echter sterk vertekenend zijn bij aanbieders die dicht bij grenzen staan. Reistijd zou een betere benadering zijn, waarbij de hiervoor te nemen grens en afkapwaarde voor het bijbehorende aandeel per zorgvorm verschilt.

- a Voor welke zorgvormen met landelijke functie doen patiënten uit de regio (gedeeltelijk) een beroep op aanbod van buiten de regio (blok 2 uit Figuur 5)? Is het mogelijk en wenselijk om dit zorgaanbod in de eigen regio te organiseren?
 - b Welk zorgaanbod met landelijke functie is aanwezig waar van buiten de regio een beroep op gedaan wordt (blok 3 uit Figuur 5)?
- 3 Bij (dreigende) problematische toegankelijkheid van vormen van cruciale ggz: wat kan de regio doen om dit te verbeteren?

Bij **disbalans** tussen vraag en aanbod binnen de cruciale ggz, kijkt de regionale tafel of dit als probleem voor toegankelijkheid ervaren wordt. Dit hoeft niet per definitie zo te zijn. Bijvoorbeeld wanneer patiënten naar tevredenheid gebruikmaken van aanbod wat (net) buiten de regio ligt of wanneer zorg op een andere manier (zoals consultatie of digitale zorg, mits passend voor de patiënt) op afstand geboden kan worden. Aangeleverde informatie over zorgvragen (zowel zoals verwacht als zoals in werkelijkheid) en over wachtlijsten biedt verder inzicht in of tekorten structureel zijn. In dit agendapunt bespreken de regionale tafels ook welk cruciaal aanbod onder significante druk staat. De regionale tafels bespreken verhoudingen tussen vraag en aanbod langs de zorgvormen uit Figuur 1 in Hoofdstuk 1. De twee aldaar onderscheiden vormen van hoogspecialistische zorg (vanuit ggz-instellingen en ziekenhuizen) kunnen daarbij het beste als één onderwerp besproken worden gelet op de inhoudelijke overlap.

Vervolgens bespreken de regionale tafels de **zorgvormen met landelijke functie**. Hierbij bepalen ze of er knelpunten bestaan wat ze niet zelf of met aanbod in de nabijheid kunnen oplossen, zoals significante tekorten of landelijk aanbod wat onder grote druk staat. Alleen wanneer de knelpunten niet regionaal op te lossen zijn, brengt de regionale tafel deze in als specifieke bespreekpunten voor de landelijke tafel, zie Hoofdstuk 4. Inbrengen van bespreekpunten vraagt onderbouwing van aard en omvang van het knelpunt, reeds gezette stappen en een voorstel aan de ondersteunende landelijke tafel. Regionale tafels leveren bespreekpunten concreet aan door aan het overzicht van vraag en aanbod in de regio drie kolommen toe te voegen met:

- Welke zorgvormen zij wel/niet willen agenderen op de ondersteunende landelijke tafel.
- Zo ja, wat de redenen voor agendering zijn, inclusief een samenvatting van reeds gezette stappen.
- Een voorstel of verzoek aan de landelijke tafel bij dit bespreekpunt.

Zie ter ondersteuning Bijlage 3.

Tot slot bespreken de regionale tafels de door hen onder agendapunten 1-2 geïnventariseerde **(dreigende) problematische toegankelijkheid**. Hierbij kijken ze in brede zin wat er nodig is om deze problemen op te lossen en komen tot een eerste plan. Oplossingen kunnen hierbij zowel bestaan uit regionale afspraken, bovenregionale afspraken, interne verschuivingen, gemotiveerde aanpassingen aan exclusiecriteria¹⁸ en/of specifieke aandacht binnen individuele contractering. Ze werken deze plannen verder uit in het tweede regionale gesprek, zie §3.4.

¹⁸ Dit kan zowel binnen vormen van cruciale ggz als binnen andere regionale vormen van ggz zijn.

3.3 Uitwerking en inbreng voor ondersteunende landelijke tafel

Het resultaat van de bespreking op de regionale tafels bestaat uit:

- Een overzicht van regionale verhoudingen tussen vraag en aanbod binnen cruciale ggz, met bijzondere aandacht voor welke zorgvraag er problemen zijn of verwacht worden en welk aanbod onder druk staat.
- Input voor de ondersteunende landelijke tafel in de vorm van een overzicht van vraag en aanbod, en specifieke bespreekpunten.
- Een eerste concept van een plan over hoe (dreigende) problematische toegankelijkheid van cruciale ggz in hun regio aan te pakken.

De voorzitter van de regionale tafel werkt deze resultaten vervolgens uit met ondersteuning van het projectmanagement. Een belangrijke stap hierin is de ondersteunende landelijke tafel voorzien van de gevraagde input voor hun bijeenkomst (Figuur 5). Dit betreft zowel regionaal aan- en afwezig aanbod aan cruciale ggz met landelijke functie, als de regionale vraag hiernaar, als van welke bovenregionale ggz-netwerken zij onderdeel zijn. Ingebrachte bespreekpunten moeten – zoals in §3.2 ook benoemd – voorzien zijn van toelichting, motivatie en een voorstel. Landelijk aanbod en de vraag hiernaar wat voor de regio geen bespreekpunt vormt, is een hamerstuk voor de landelijke tafel maar alsnog mogelijk bruikbare informatie voor andere regio's.

Een tweede belangrijke stap is het verder uitwerken van het conceptplan over hoe (dreigende) problematische toegankelijkheid aan te pakken. De regionale tafels kunnen bijvoorbeeld afspreken om tussen de twee bijeenkomsten een specifiek voorstel nader te onderbouwen of een specifieke vraag beantwoord te krijgen. De tafelvoorzitter voert dit niet uit, maar monitort wel de voortgang op deze uitwerking. Wanneer de voorzitter constateert dat uitwerking van het plan niet genoeg vordert, spoort deze de organiserende kerninstelling en zorgverzekeraars aan om voortgang te maken. Wanneer dit niet voldoende helpt, escaleert de voorzitter naar de landelijke branche- en beroepsverenigingen. Tot slot kan het zijn dat de aanwezigen bij het uitwerken van deze plannen andere partijen consulteren of uitnodigen om aan te sluiten bij het tweede gesprek.

3.4 Tweede gespreksronde regionale tafels en vervolg

De regionale tafels bespreken drie onderwerpen in de tweede gespreksronde:

- 1 Doornemen van ontvangen informatie van de ondersteunende landelijke tafel.
- 2 Bespreken verrichte uitwerking conceptplan uit de eerste gespreksronde.
- 3 Samenstellen één regionaal plan, inclusief handvatten voor vertaling naar individuele contractering.

Als voorbereiding op dit gesprek ontvangen de regionale tafels informatie retour van **de ondersteunende landelijke tafel** (zie §4.4). Dit bevat zowel antwoorden op de ingebrachte bespreekpunten als aanvullende informatie over het in hun regio aanwezige landelijke aanbod. Dit bespreken ze, net als de in de tussentijd **verrichte uitwerking van het conceptplan** uit de eerste ronde.

Tot slot **spreken de regionale tafels één plan af** over hoe het komende jaar de toegankelijkheid van passende cruciale ggz in hun regio te borgen. De tafels splitsen dit plan uit naar de zes

afgesproken zorgvormen. Zoals ook in §3.2 bestaat dit plan uit regionale afspraken, interne verschuivingen, ondersteunde aanpassingen aan exclusiecriteria en/of specifieke aandacht binnen individuele contractering. Hoe dit exact uit te voeren, zal sterk afhankelijk zijn van de regio's en specifieke knelpunten. Afhankelijk van de inhoud van het plan, komt dit eventueel in aanmerking voor een transformatieaanvraag.

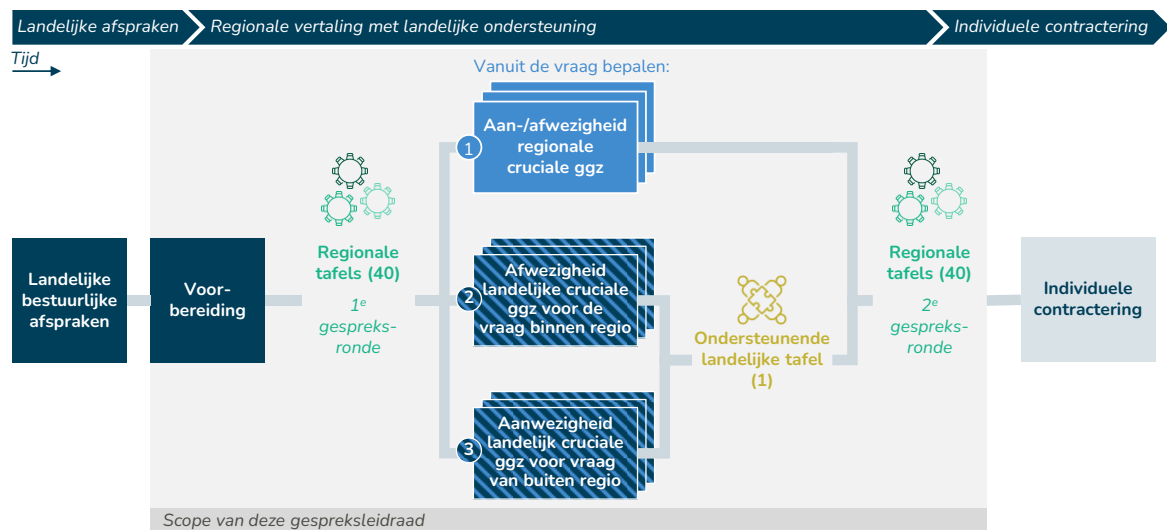
Hierna monitoren de regionale tafels in hoeverre de plannen en voorstellen uitgevoerd worden en tot de gewenste resultaten leidt. Deze monitoring verloopt in eerste instantie via de kerninstelling en twee regionaal grootste zorgverzekeraars. In het volgende jaar herhaalt het in dit hoofdstuk beschreven proces zich, met nieuwe regionale- en landelijke gesprekken. Dit geeft de regionale tafels meer informatie geeft over of de gesignaleerde tekorten en knelpunten opgelost zijn of dit meer actie nodig is. Zie §2.2 voor een meer uitgebreide bespreking van deze cyclus.

Ondanks dat dit plan van alle regio's verwacht dat zij direct met implementatie starten, is het **voor de contractering van 2025** niet haalbaar om de beschreven aanpak in alle regio's te implementeren. Wel helpt deze gespreksleidraad regio's om zich voor te bereiden op de aanpak richting de contractering van 2026 (zie §2.2). Bestuurlijk spraken partijen af dat er tijdens de uitwerking van de aanpak geen gat ontstaat in het huidige aanbod van cruciale ggz. Voor de inkoop voor 2025 spraken zij af dat de zes zorgvormen in ieder geval voldoende aangeboden en ingekocht worden, en er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen (zie §1.3.2).

4 Ondersteunende landelijke tafel

De ondersteunende landelijke tafel heeft als hoofddoel om de regio's te ondersteunen. Dit doet ze door de uitkomsten van de eerste regionale gesprekken over landelijk aanbod te bundelen, te verwerken, eventueel te bespreken en tot slot adviezen terug te geven aan de regionale tafels. Op die manier krijgen de regio's meer inzicht in vraag naar en aanbod van landelijke cruciale ggz. Dit ondersteunt hen bij het maken van hun regionale plannen en bij individuele contractering. De landelijke tafel bestaat uit vertegenwoordigers van de partijen die ook bij het bestuurlijk overleg cruciale ggz aansluiten, aangevuld met MIND.

De ondersteunende landelijke tafel komt bijeen na de eerste ronde regionale gesprekken en biedt de regio's informatie voor haar tweede ronde gesprekken (Figuur 6). Op die manier heeft de landelijke tafel een duidelijke positie in de route naar individuele contractering.



Figuur 6. De ondersteunende landelijke tafel (geel icoon) komt bijeen na de eerste ronde regionale gesprekken. Het gebruikt informatie uit de regio's om deze weer van input te voorzien bij het maken van hun regionale plannen en bij individuele contractering.

4.1 Voorbereiding gesprek ondersteunende landelijke tafel

4.1.1 Welke informatie leveren de regionale tafels aan?

De ondersteunende landelijke tafel ontvangt van iedere regio informatie over de zorgvraag naar en het aanbod van cruciale ggz met een landelijke functie (blauwe blokken 2 en 3 uit Figuur 6) en indien relevant de specifieke knelpunten in hun regio. Dit is uitgesplitst over de vier clusters van zorgvormen die een landelijke functie kunnen hebben (zie ook Figuur 1):

- Klinische zorg, zowel vanuit de ggz, als MPU-units en PUK'en.

- Beveiligde (opname)faciliteiten.
- Hoogspecialistische zorg vanuit ggz-instellingen (onder andere multidisciplinaire ambulante zorg).
- Hoogspecialistische zorg vanuit ziekenhuizen (regio-overstijgende zorg vanuit MPU-units en PUK'en).

Alle regionale tafels leveren voor deze zorgvormen een zo volledig mogelijk overzicht van de vraag naar en aanbod van deze zorg in hun regio. Daarnaast voegen zij aan dit overzicht toe welke bespreekpunten zij willen inbrengen op de ondersteunende landelijke tafel. In Hoofdstuk 3 beschrijven we de aan te leveren informatie in meer detail.

Afwezigheid van zorgvormen met een regio-overstijgende functie is niet per se reden tot bespreking op de ondersteunende landelijke tafel. Wanneer patiënten en zorgverleners voor specifieke landelijke zorg – zoals een PUK of topklinische afdeling – naar tevredenheid gebruik maken van aanbod wat buiten hun regio ligt, is bespreking op de landelijke tafel niet gevraagd. Het inzicht is wel van waarde bij de individuele contractering van dit aanbod.

Zorgvormen die geen bespreekpunt zijn, worden toch opgenomen in het aangeleverde overzicht. Op die manier kunnen landelijke aanbieders staven wat de vraag naar hun aanbod uit andere regio's is en dit gebruiken bij het maken van regioplannen en individuele contractering. Zie Bijlage 2 en 3 ter ondersteuning.

4.1.2 Wie nemen deel?

De deelnemers aan de ondersteunende landelijke tafel zijn vertegenwoordigers van de branche- en beroepsverenigingen van de partijen die aansluiten bij de bestuurlijk overleggen over cruciale ggz, aangevuld met MIND. Zij beoordelen vanuit hun eigen expertise de door de regionale tafels aangedragen bespreekpunten. Als voorzitter is ZIN een geschikte kandidaat of eventueel de NZa. Hierover wordt nader overlegd tussen VWS en ZIN. De voorzitter – ondersteund door projectmanagement – aggregeert ook de ontvangen regionale informatie, waarbij ze dit ook voorziet van beschrijvende inzichten en landelijke totalen van vraag en aanbod per zorgvorm. Deelnemers ontvangen deze informatie uiterlijk twee weken vóór de bijeenkomst om deze goed voor te kunnen bereiden. De bijeenkomst kan het beste fysiek plaatsvinden en vraagt naar verwachting één hele dag.

Zie Bijlage 4 ter ondersteuning.

4.2 Gesprek ondersteunende landelijke tafel

De ondersteunende landelijke tafel bespreekt drie onderwerpen:

- 1 Tekorten aan vormen van landelijke cruciale ggz.
- 2 Specifieke bespreekpunten zoals ingebracht door de regio's.
- 3 Hoe de uitkomsten van onderwerpen 1-2 te vertalen naar de regio's.

Tekorten aan cruciale ggz kunnen zowel een absoluut tekort zijn – dus op landelijke schaal meer vraag dan aanbod – als een lokaal tekort. In dat laatste geval bestaat er bijvoorbeeld wel passend en voldoende zorgaanbod, maar niet op acceptabele reisafstand voor een deel van de personen

met vraag hiernaar. Tot slot kunnen er tekorten bestaan doordat aanbod dusdanige exclusiecriteria hanteert dat er voor een deel van de patiënten alsnog geen passende zorg gevonden kan worden. Aangeleverde informatie over zorgvragen (zowel zoals verwacht als zoals in werkelijkheid) en over wachtlijsten biedt verder inzicht in of tekorten structureel zijn.

De ondersteunende landelijke tafel bespreekt deze tekorten langs de genoemde zorgvormen bovenaan §4.1 om een overzicht te krijgen. De twee onderscheiden vormen van hoogspecialistische zorg kunnen daarbij het beste als één onderwerp besproken worden gelet op de inhoudelijke overlap.

Vervolgens bespreekt de ondersteunende landelijke tafel inhoudelijk de **specifieke bespreekpunten zoals ingebracht door de regio's**, wederom langs de vormen van landelijke cruciale ggz. Uitkomsten van het eerste agendapunt (tekorten) helpen hierbij om de ingebrachte bespreekpunten te onderbouwen. Naast deze tekorten, is landelijk aanbod wat onder significante druk staat ook een mogelijke reden voor bespreking op de landelijke tafel. De aanwezigen bespreken of de door de regio aangedragen oplossing passend is, of zoeken een andere passende oplossing. Hierbij is het goed mogelijk dat aangrenzende regio's vergelijkbare bespreekpunten inbrengen waardoor deze het beste samen besproken kunnen worden (zie ook het voorbeeld in onderstaande tekstbox). Verder is het mogelijk dat de landelijke tafel bij het uitwerken van oplossingen hier besluit 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 is onderdeel van de gevraagde brede zorgtransformatie, zie ook §2.4 van de notitie “Samen onze ambitie op cruciale ggz realiseren”¹⁹ over dit onderwerp.

Tot slot bespreekt de ondersteunende landelijke tafel **hoe de uitkomsten van deze twee onderwerpen te vertalen naar de regio's**. Oplossingen moeten immers uiteindelijk een plek krijgen in regioplannen en/of in individuele contractering tussen financiers en aanbieders.

Hypothetisch voorbeeld: uit de aangeleverde informatie blijkt dat er over heel Nederland bekeken voldoende capaciteit aan MPU-bedden is om aan de vraag te voldoen. Wel zijn deze geconcentreerd in en rond 30 van de 40 regio's. Van de regio's zonder (nabije) MPU, brengen er vijf als bespreekpunt hun ervaren tekort aan toegankelijke MPU-zorg in, met als voorgestelde oplossing om in afstemming met elkaar in naburige regionaal ziekenhuis een nieuwe MPU-afdelingen in te richten. De ondersteunende landelijke tafel bespreekt dit knelpunt en komt met de oplossing om te proberen nieuwe MPU-afdelingen op te zetten in twee regionale ziekenhuizen. De regio's die het bespreekpunt inbrachten krijgen dit resultaat terug, waarbij de twee regio's waar de betrokken ziekenhuizen staan het advies meekrijgen om dit in de aankomende contractering mee te nemen en op haalbaarheid te toetsen. Aangezien er blijkbaar op andere plekken een overschot aan MPU-aanbod is, krijgen regio's waar dit speelt als uitkomst mee om in hun regioplan mogelijkheid tot afschaling van deze zorg te onderzoeken.

¹⁹ Bijlage bij [Kamerbrief 4 april 2024](#).

4.3 Uitwerking gesprek ondersteunende landelijke tafel en vervolg

Het resultaat van de bespreking op de ondersteunende landelijke tafel is tweeledig:

- Een overzicht van tekorten aan cruciale ggz en voorgestelde plannen van aanpak.
- Reacties op de door de regio's voorgelegde besprekpunten.

De tafelvoorzitter werkt deze resultaten vervolgens uit, ondersteund door projectmanagement.

De belangrijkste stap hierin is de genoemde uitsplitsing van de resultaten naar de regio's.

Vervolgens legt de voorzitter de resultaten ter controle voor aan alle deelnemers. Tot slot krijgen alle regio's de adviezen retour. Dit bevat voor hun regio een vertaling van de tekorten en antwoorden op de besprekpunten naar een voorstel voor hoe hier in het komende jaar gevolg aan te geven in de regioplannen en de individuele contractering.

Hierna monitort de landelijke tafel in hoeverre de plannen en voorstellen uitgevoerd worden en tot de gewenste resultaten leidt. Deze monitoring verloopt in eerste instantie via de leden van de betrokken branche- en beroepsverenigingen. In het volgende jaar herhaalt het in dit hoofdstuk beschreven proces zich, met nieuwe regionale- en landelijke gesprekken. Dit geeft de landelijke tafel meer informatie over of de gesignaleerde tekorten en knelpunten opgelost zijn of dat meer actie nodig is.

Na afloop van het contracteringsjaar levert de tafelvoorzitter een voortgangsrapportage aan bij het BO cruciale ggz.

5 Escalatieprocedure

Hoewel het streven is om zo veel mogelijk regionaal tot overeenstemming te komen, kan het voorkomen dat de regionale tafel tijdens de eerste gespreksronde (zie Hoofdstuk 2) geen consensus bereikt over de bespreekpunten voor de ondersteunende landelijke tafel. In dat geval organiseert de regio in ieder geval één extra bijeenkomst om het geschil te bespreken en tot een oplossing te komen. Bij voorkeur is deze bijeenkomst fysiek ter bevordering van het gesprek. Wanneer nodig organiseert de regio een tweede extra bijeenkomst.

Wanneer het de regio na twee aanvullende gesprekken niet lukt om tot een oplossing te komen, kan een individuele partij het initiatief nemen om te escaleren. Escalatie vindt plaats richting een subcommissie van de landelijke tafel waarin deNLggz, ZN en MIND deelnemen.

Voorwaarde voor escalatie is dat de escalerende partij zorgvuldig haar bezwaar motiveert richting de subcommissie en deze motivatie ook deelt met de andere regionale partijen. De escalerende partij is verantwoordelijk om in ieder geval de volgende informatie aan te leveren:

- Op welke manier het onderwerp besproken is aan de regionale tafel:
 - Wat is het concrete knelpunt?
 - Welke argumenten zijn er vanuit betrokken partijen? Waarom moet aanbod juist wel of juist niet besproken worden op de ondersteunende landelijke tafel volgens de betrokkenen? Welke concrete kwantitatieve en/of kwalitatieve informatie kan deze argumenten onderbouwen?
- Op welke manier de regionale partijen gewerkt hebben aan het vinden van een oplossing:
 - Welke afwegingen zijn er (door wie) gemaakt?
 - Waarom is het niet gelukt om tot een oplossing te komen?
- Suggestie van escalerende partij voor oplossingsrichting:
 - Hoe houdt deze oplossing rekening met de verschillende perspectieven?
 - Welke kennis/expertise is nodig om te betrekken om tot de oplossing te komen?

Op basis van deze informatie gaat de subcommissie van de landelijke tafel in beraad. De subcommissie besluit of het desbetreffende aanbod alsnog wel of niet ter bespreking komt op de ondersteunende landelijke tafel. Eventueel neemt de subcommissie van de landelijke tafel contact op met de voorzitter en plaatsvervangend voorzitter van de regiotafel voor wederhoor. De uitkomst koppelt zij tijdig terug aan de escalerende partij en de regionale tafel, zodat de aan te leveren informatie voor de ondersteunende landelijke tafel eventueel kan worden aangevuld. Als de subcommissie het bezwaar afwijst voorziet zij de escalerende partij en de betrokken regionale tafel van een motivatie met een suggestie voor oplossing.

Mocht het voorkomen dat (individuele partijen aan) regionale tafels ernstig bezwaar hebben tegen het resultaat van de bespreking op de ondersteunende landelijke tafel (zie §4.3), kunnen zij dit aankaarten bij de voorzitter van de landelijke tafel. De tafelvoorzitter neemt het bezwaar op in de voortgangsrapportage aan het BO cruciale ggz.

Bijlage 1. Deelnemers regionale tafel

Tabel 1. Hieronder beschrijven we de deelnemers aan de regionale tafel. Regio's sluiten bij voorkeur aan bij de regionale IZA-subtafel en kunnen op basis van onderstaande tabel deze aanvullen voor deze gespreksrondes. Regio's die nog geen bestaande overlegstructuur hebben, kunnen de regionale tafel hiermee inrichten.

Vertegenwoordiging	Type organisatie	Organisatiernaam	Contactpersonen	Opmerking
Patiënten	Via MIND of via cliëntenraad kerninstelling(en)	...	...
Zorgaanbieders	Kerninstelling(en)	...	...	<i>Initiatief nemende partij</i>
Zorgaanbieders	Andere aanbieders cruciale ggz	...	...
Zorgaanbieders	Overige aanbieders*	<i>*Alleen wanneer partijen menen dat betrokkenheid nodig is om sluitend plan te maken.</i>
Zorgverzekeraars	Grootste zorgverzekeraar	...	...	<i>Initiatief nemende partij</i>
Zorgverzekeraars	Tweede grootste zorgverzekeraar	...	...
Andere financiers	(Gemandateerde) gemeente(n)	...	...	<i>Bij voorkeur betrokken</i>
Andere financiers	Zorgkantoor	...	...	<i>Bij voorkeur betrokken</i>
Onafhankelijk voorzitter	Aansluiten bij overkoepelende governance-afspraken IZA-regiotafel.	...	...	<i>Bijvoorbeeld kerninstelling, coördinerend zorgverzekeraar of als alternatief eventueel gemandateerde/grootste gemeente. De voorzitter wordt praktisch ondersteund door projectmanagement.</i>

Bijlage 2. Gevraagde informatie regionale tafel

Onderstaande tabel is ter inspiratie en wordt verder uitgewerkt als vervolgstap op deze gespreksleidraad.

Tabel 2. Overzicht van vraag en aanbod per regionale tafel. Aan te vullen met Tabel 3 om vervolgens aan te leveren bij landelijke ondersteunende tafel.

Variabelen (verder uit te werken)		Acute zorg	Outreachinge zorg	Klinische zorg	Beveiligde zorg	Hoogspecialistisch ggz	Hoogspecialistisch ziekenhuis
Aanwezig ja/nee							
Verwachte jaarlijkse vraag	...						
Werkelijk jaarlijkse vraag	Aantal aanmeldingen ...						
Landelijke functie ja/nee	...						
Jaarlijkse capaciteit	Aantal behandelingen/opnames voor patiënten binnen de regio en patiënten van buiten de regio						
Onvervulde vraag	Huidig aantal wachtenden/gemiddelde wachttijd Aantal gesloten wachtlijsten						
Exclusiecriteria	Indien exclusiecriteria bij dit aanbod: deze omschrijven en voorzien van motivatie.						
Aanbod onder druk	Beschrijving in hoeverre onder druk en waarom						

Bijlage 3. Voorbeeldagenda 1^e gespreksronde regionale tafels

De regionale tafels bespreken drie inhoudelijke onderwerpen in de eerste gespreksronde. Zie Hoofdstuk 3 voor een gedetailleerde bespreking van de gevraagde voorbereiding, de gespreksronde en van de gevraagde uitwerking.

Locatie: fysieke bijeenkomst.

Duur: half dagdeel.

Bijbehorende stukken: verzamelde voorbereidende informatie (§3.1), eventuele andere relevante stukken.

Voorbeeldagenda

- 1 *Introductie en kennismaking*
- 2 (Gewenste) verhoudingen in de regio tussen vraag en aanbod binnen de cruciale ggz.
Op welke wijze kan de regio het zorgaanbod organiseren zodat deze aansluit op de zorgvraag?
- 3 Voor zorgvormen met een landelijke functie:
 - a Voor welke zorgvormen met landelijke functie doen patiënten uit de regio (gedeeltelijk) een beroep op aanbod van buiten de regio (blok 2 uit Figuur 5)? Is het mogelijk en wenselijk om dit zorgaanbod in de eigen regio te organiseren?
 - b Welk zorgaanbod met landelijke functie is aanwezig waar van buiten de regio een beroep op gedaan wordt (blok 3 uit Figuur 5 in Hoofdstuk 3)?
- 4 Bij (dreigende) problematische toegankelijkheid van vormen van cruciale ggz: wat kan de regio doen om dit te verbeteren (zie suggesties Hoofdstuk 3)?
- 5 *Vervolg: uitwerking resultaten, inbreng voor ondersteunende landelijke tafel en vervolgspraken.*

Bijlage 4. Aanlevering bespreekpunten voor ondersteunende landelijke tafel

Tabel 3. Aanvulling op Tabel 2 voor de vier mogelijk landelijke zorgvormen (klinische, beveiligde en hoogspecialistische zorg vanuit ggz of vanuit ziekenhuis).

	Acute zorg	Outreachende zorg	Klinische zorg	Beveiligde zorg	Hoogspecialistisch ggz	Hoogspecialistisch ziekenhuis
Ter bespreking op landelijke tafel ja / nee	n.v.t.	n.v.t.				
Zo ja, reden(en) om bespreekpunt in te brengen op landelijke tafel	n.v.t.	n.v.t.				
Samenvatting reeds gezette stappen om met regionale partijen tot oplossing te komen en duiding waarom het niet gelukt is om oplossing te bereiken	n.v.t.	n.v.t.				
Voorstel voor oplossingsrichting en/of verzoek aan landelijke tafel	n.v.t.	n.v.t.				
Contactpersonen en -gegevens regionale tafel voor dit bespreekpunt	n.v.t.	n.v.t.				

Bijlage 5. Deelnemers ondersteunende landelijke tafel

Tabel 4. Deelnemers ondersteunende landelijke tafel.

Vertegenwoordiging	Organisatie	Contactpersonen
Patiënten	MIND	...
Zorgaanbieders	De Nederlandse ggz	...
Zorgaanbieders	NVZ	...
Zorgaanbieders	NFU	...
Zorgverleners	NVvP	...
Zorgverzekeraars	ZN	...
Voorzitter	ZIN <i>(voorstel, afspraak nader te bepalen)</i>	...