



# Leidraad

## Contractering Mentale gezondheidsnetwerken

Juli 2024



Een document van het programma Mentale gezondheidsnetwerken.

Opgesteld door de veldpartijen van het programma:



In samenwerking met:



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Over deze leidraad</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Doel en uitgangspunten Mentale gezondheidsnetwerken</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>De landelijke ambitie</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Het samenwerkingsverband en het regionale plan</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Bekostiging van het Mentale gezondheidsnetwerk</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Contractering van het Mentale gezondheidsnetwerk</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Monitoring en evaluatie</b>	<b>15</b>
	<b>Bijlage 1: IZA-passages over Mentale gezondheidsnetwerken</b>	<b>17</b>
	<b>Bijlage 2: Praatplaat bekostiging</b>	<b>19</b>
	<b>Bijlage 3: Governancevraagstukken bij samenwerkingsverbanden</b>	<b>20</b>
	<b>Bijlage 4: Landelijke businesscase</b>	<b>22</b>
	<b>Bijlage 5: Proces van contracteren</b>	<b>23</b>



# Over deze leidraad

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat dat huisartsen, sociaal domein<sup>1</sup> en ggz regionale samenwerkingsafspraken maken over het aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen die naast psychische klachten ook problemen op andere levensdomeinen hebben. Deze regionale samenwerking noemen we 'Mentale gezondheidsnetwerken'. Een Mentale gezondheidsnetwerk is een netwerkorganisatie met meerdere functies. Veel van de elementen van die samenwerking bestaan al in de praktijk. Nieuw is, dat huisartsen, sociaal domein en ggz nu samen de verantwoordelijkheid nemen voor passende zorg en ondersteuning voor deze doelgroep en de doorstroom naar de juiste hulp.

Om de functies van het netwerk te financieren maken de Mentale gezondheidsnetwerken afspraken met de financiers: zorgverzekeraars en gemeenten. De kaders en randvoorwaarden daarvoor staan in deze leidraad. Ze zijn zo geformuleerd dat zorgaanbieders en financiers al in 2024 aan de slag kunnen. Zo zorgen we ervoor dat elke regio in 2025 een Mentale gezondheidsnetwerk heeft.

Deze leidraad is opgesteld door het programma Mentale gezondheidsnetwerken. Daarin werken de organisaties van pagina 2 samen. Zij worden hierna ook 'we' en 'wij' genoemd. Eerder stelde het programma al de Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken<sup>2</sup> (hierna: de Werkwijze) vast. Daarin staan de functies en doelen van de Mentale gezondheidsnetwerken.

<sup>1</sup> Met sociaal domein bedoelen we in dit document maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015, jeugdhulp, kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering als bedoeld in de Jeugdwet, schuldhulpverlening als bedoeld in de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening of op grond van de Participatiewet.

<sup>2</sup> De actuele versie van de Werkwijze en andere documenten staan in de [Kennisbank](#) van het programma.

## Uitgangspunten

Samenwerken werkt alleen als partijen dezelfde doelen voor ogen hebben. Over de doelen van Mentale gezondheidsnetwerken en over de invulling daarvan, zijn landelijke afspraken gemaakt. Die afspraken zijn verwerkt in de Werkwijze en mogelijk komen er ook nog 'veldafspraken'. Ook deze leidraad is op de landelijke afspraken gebaseerd.

## Gelijkwaardige samenwerking vanuit de eigen expertise

In het programma werken de drie domeinen (huisartsen, ggz en gemeenten/sociaal domein) samen op basis van gelijkwaardigheid. De partijen in het programma gaan ervan uit dat dit regionaal ook zo is of wordt. Duurzame gelijkwaardige samenwerking is het doel. Niet alleen als het gaat om het Mentale gezondheidsnetwerk maar ook voor de IZA-afspraken daaromheen, zoals bijvoorbeeld samenwerking in de wijk.

## Deze leidraad is richtinggevend

Wij gaan ervan uit dat alle partijen die bij een regionaal Mentale gezondheidsnetwerk betrokken zijn (dus organisaties in de zorg, zorgaanbieders, organisaties in het sociaal domein, gemeenten en zorgverzekeraars) deze leidraad volgen. Regionaal kan tijdelijk worden afgeweken van de leidraad als daarvoor een goede reden is en als er afspraken zijn over hoe en wanneer wel volgens de leidraad gewerkt zal worden, waar alle betrokkenen het over eens zijn.

### **Het regioplan is leidend**

Elke regio heeft een IZA-regioplan. In veel gevallen staan daarin al afspraken over een Mentale gezondheidsnetwerk. Deze leidraad biedt handvatten voor het uitwerken van die afspraken en geeft meer duidelijkheid over de contractering en over de aanbesteding van zorg en bekostiging van ondersteuning die het netwerk gaat leveren en van de organisatiekosten.

### **Er is landelijke aandacht voor goede randvoorwaarden**

Bij het opzetten van Mentale gezondheidsnetwerken in de regio's zullen er vragen opkomen en knelpunten worden gesignaleerd. Het landelijke programma blijft in ieder geval tot 2025 actief en kan vragen en knelpunten die om landelijke antwoorden of oplossingen vragen, oppakken. Het programma wil ervoor zorgen dat de randvoorwaarden om Mentale gezondheidsnetwerken te kunnen vormen volgens de bedoelingen van IZA, Werkwijze en Leidraad, op orde zijn. De in het programma samenwerkende partijen zijn het aanspreekpunt bij vragen en knelpunten. Zij kunnen deze inbrengen in het programma. De partijen spannen zich in om knelpunten die binnen hun eigen invloedssfeer liggen, op te lossen.

### **Mentale gezondheidsnetwerken zijn onderdeel van een grotere beweging**

Deze leidraad gaat over de bekostiging van het verkennend gesprek en de overige functies van Mentale gezondheidsnetwerken. Bedenk dat de samenwerking om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren, verder gaat dan de vier functies. Die samenwerking gaat ook over het zorgen voor voldoende en passend aanbod in het sociaal domein, voldoende capaciteit in de ggz, over de inzet van bijvoorbeeld Welzijn op Recept of laagdrempelige steunpunten en de ggz consultatiefunctie en over een sterke POH-functie binnen de huisartsenpraktijk.

# Doel en uitgangspunten Mentale gezondheidsnetwerken

De belangrijkste bron voor informatie over de landelijke afgesproken doelen en werkwijze van Mentale gezondheidsnetwerken is de **Werkwijze**. Deze is te vinden in de [Kennnisbank](#) van het programma. Een aantal kernpunten uit de Werkwijze staan hieronder. Voor de juiste context is het belangrijk om ook (eerst) de Werkwijze volledig te lezen.

## Wat is een Mentale gezondheidsnetwerk

Een Mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam gelijkwaardig samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en ggz, dat actief is voor, tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. De partners in een Mentale gezondheidsnetwerk nemen samen de verantwoordelijkheid voor passende zorg en ondersteuning voor alle personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen én voor het realiseren van de andere doelstellingen van het Mentale gezondheidsnetwerk. Een van de manieren waarop zij die verantwoordelijkheid invullen, is door afspraken te maken over wie wat doet in de regio. Zie Werkwijze, pagina 8 e.v.

## Doelstelling van het Mentale gezondheidsnetwerk

Met de Mentale gezondheidsnetwerken willen we de volgende doelen bereiken:

- De hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten worden snel en op de juiste plek opgepakt. Zo voorkomen we escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz.
- De beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut.
- De wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek neemt af.

## Functies van een Mentale gezondheidsnetwerk

Een belangrijke functie van het Mentale gezondheidsnetwerk is het aanbieden van het verkennend gesprek. Mentale gezondheidsnetwerken krijgen nog andere functies die bijdragen aan de doelen van het IZA, namelijk het opzetten en onderhouden van een 'transfermechanisme' en van informatievoorziening over wachttijden. Daarnaast maken ze voor specifieke onderwerpen afspraken over de samenwerking in de regio. Een Mentale gezondheidsnetwerk kan (optioneel) domeinoverstijgend casusoverleg aanbieden, of andere regionaal afgesproken functies hebben.



Functie I:  
**Verkennend gesprek**



Functie II:  
**Transfermechanisme**



Functie III:  
**Informatievoorziening wachttijden**



Functie IV:  
**Domeinoverstijgend casusoverleg (optioneel)**

Meer informatie en toelichting over wat de functies inhouden staat in de Werkwijze. Daarin staat ook meer informatie over het samenwerkingsverband, leidende principes en overige te maken afspraken.

# De landelijke ambitie

De vorming van Mentale gezondheidsnetwerken vraagt een transformatie in de regio. Hiervoor hebben we een klimaat nodig waarin we kunnen leren en waarin we bijstellen en ambitie tonen. Om te kunnen nagaan of we met alle regionale inspanningen landelijk de beoogde beweging in gang zetten, heeft het programma ambities geformuleerd.

Die zijn bedoeld als aanknopingspunt voor als we in de komende jaren in gesprek gaan over of we op koers liggen en waar extra inspanningen nodig zijn. De afzonderlijke ambities moeten in samenhang worden gezien. In een bepaalde regionale context kan bijvoorbeeld de ene ambitie minder relevant zijn omdat de andere zo succesvol is. Ze moeten ook worden gezien in het licht van het hele palet aan maatregelen om te zorgen dat de burger de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Maar met die kanttekeningen vindt het programma landelijke meetbare doelstellingen belangrijk. Voor het gesprek of we op koers liggen en ook omdat we nu eenmaal duidelijke afspraken hebben gemaakt over de afname van instroom in de ggz en van wachtlijsten.

Voor het formuleren van deze ambities is gebruik gemaakt van de businesscase die door de landelijke partijen is opgesteld. Deze businesscase is opgenomen in [bijlage 4](#). In deze bijlage wordt ook toegelicht hoe partijen zijn gekomen tot de in de businesscase genoemde getallen.

## Inhoudelijke ambitie

De inhoudelijke ambitie van de Mentale gezondheidsnetwerken is opgenomen in de Werkwijze. Met de Mentale gezondheidsnetwerken willen we de volgende doelen bereiken:

- de hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten worden snel en op de juiste plek opgepakt. Zo voorkomen we escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz
- de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut
- de wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek neemt af.

Specifiek voor het verkennend gesprek (en de opvolging hiervan) zijn de volgende ambities geformuleerd:

- de persoon, naasten en professionals inzicht krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag
- de persoon krijgt handvatten om het mentale evenwicht te hervinden
- als zorg en/of ondersteuning nodig zijn, die op het juiste moment en de juiste plek worden georganiseerd.

### De ambitie voor 2025 en 2026

De landelijke ambities volgen uit de landelijke businesscase. Deze businesscase is een zo goed mogelijke inschatting van de te verwachten effecten van de inzet van het verkennend gesprek en de andere functies van de Mentale gezondheidsnetwerken. Deze businesscase is een gezamenlijke ambitie, die gedurende de transformatie geëvalueerd wordt op basis van de praktijk. Alle regio's hebben in 2025 een Mentale gezondheidsnetwerk of zijn bezig met de inrichting. Ze werken aan de bemensing die nodig is om alle functies uit te kunnen voeren. En in elke regio worden verkennende gesprekken aangeboden of is er een voornemen dat binnen afzienbare tijd te doen. Door de invoering van Mentale netwerken zijn er volgens de landelijke ambitie in de businesscase in 2025 20% minder verwijzingen naar de gespecialiseerde ggz. Hierdoor neemt – uitgaande van gelijkblijvende of verminderde instroom – het aantal wachtenden voor gespecialiseerde ggz substantieel af en wachtlijsten worden korter.<sup>3</sup> Als uit het verkennend gesprek volgt dat ggz zorg wordt geadviseerd, dan is het doel dat de ggz de behandelverantwoordelijkheid binnen 4 weken van de huisarts overneemt. In de regio wordt gemonitord of dit behaald wordt, waarbij betreffende partijen vroegtijdig met elkaar in gesprek gaan als er zich knelpunten voordoen.

### En voor 2027

In 2027 zijn er naar verwachting 30% minder verwijzingen naar de gespecialiseerde ggz en partijen hebben de ambitie om de wachttijden in de loop van 2027 binnen de Treeknormen te laten vallen<sup>3</sup>. Door het wegwerken van de wachtlijsten nemen de uitgaven voor geneeskundige ggz vanaf 2028 af. Voor het sociaal domein zijn naar verwachting extra middelen nodig.

<sup>3</sup> De haalbaarheid wordt ook beïnvloed door de nakoming van andere IZA-afspraken over samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz en over digitalisering (IZA, pagina 74).

De partijen in het programma realiseren zich dat veel factoren invloed hebben op het bereiken van de landelijke ambities. Bijvoorbeeld dat de capaciteit in ggz en huisartsenzorg gelijk blijven en dat de vraag naar ggz-zorg niet verder toeneemt. Een heel belangrijke factor is passende financiering en beschikbaarheid van voldoende middelen voor en vanuit gemeenten en Zvw. Tot en met 2027 volgen de landelijke partijen de beweging in de richting van de ambitie en of het goede klimaat en randvoorwaarden beschikbaar zijn om deze te realiseren. Waar nodig wordt landelijk en regionaal bijgestuurd. De inzet die regionaal moet worden geleverd voor monitoring en evaluatie wordt opgenomen in de bekostiging van de coördinatie en organisatie.

### Regionaal maatwerk

Voor de regio zijn de ambities en de landelijk businesscase in de eerste plaats handvatten bij het maken van afspraken. Hoeveel verkennende gesprekken denken wij te voeren? Hoeveel professionals moeten we daarvoor inzetten? Wat kost dat? En wat levert dat in onze regio op? De antwoorden op deze vragen heb je nodig om contractafspraken te kunnen maken. Natuurlijk, elke regio is anders. Waar een brede netwerkintake al goed werkt, zijn misschien minder verkennende gesprekken nodig. Waar een sterke POH-functie is, zien we misschien ook andere getallen. Daar ziet de regionale businesscase er dan net even anders uit. Daarom is het zeker niet de bedoeling dat elke regio naar de businesscase gaat toerekenen. De bedoeling is wel dat iedereen zich afvraagt: wat kan ons aandeel zijn? Hoe kunnen wij bijdragen? Wat spreken wij voor onze regio met elkaar af? En hoe wordt dit lokaal verder afgestemd en uitgevoerd?



# Het samenwerkingsverband en het regionale plan

In de Werkwijze staat wat er nodig is om succesvol en effectief samen te werken binnen een Mentale gezondheidsnetwerk. Om te komen tot financiering van het netwerk, zijn onderstaande stappen en afspraken nodig. Door én te investeren in de samenwerkingsrelatie én te voorzien in financiële middelen voor uitvoering, brengen we de transformatie op gang.

## 1. Betrek financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) vanaf dag één bij het opstellen van een (transformatie) plan

Hierdoor creëer je meer draagvlak en vergroot je de kans op passende financiering.

## 2. Stel als netwerk een concreet (transformatie)plan op, waar mogelijk op basis van het IZA-regioplan

Veel IZA-regioplannen bevatten een schets van het MGN, die nog geconcretiseerd moet worden. Door met deze concretisering te starten, wordt voor iedereen duidelijk welke functies het MGN in de regio heeft en hoe deze zijn georganiseerd. Je kunt hiervoor de bijlagen over governance en het format regioplan gebruiken.

## 3. Bepaal de schaalgrootte van het netwerk

In de Werkwijze hebben we afgesproken dat de betrokken partijen bepalen hoe groot een regio is. Een regio kan bijvoorbeeld overeenkomen met het werkgebied van een Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) of met het gebied waarvoor een IZA-regioplan geldt. In ieder geval omschrijven partijen welke gemeenten binnen het netwerk vallen.

## 4. Formuleer een regionale ambitie als vliegwiel voor transformatie

Een regionale doelstelling over wat in 2027 bereikt is, is een belangrijke bouwsteen voor de effectiviteit van het netwerk. Deze ambitie is de regionale vertaling van de landelijke ambitie uit hoofdstuk 2.

## 5. Maak een begroting

Een begroting van het Mentale gezondheidsnetwerk biedt helderheid over de benodigde financiering. Beschrijf hoe de kosten en inzet van capaciteit worden verdeeld over de netwerkpartners. Zorg dat alle partners input leveren voor het plan: zij hebben alle een rol bij de vier functies.

## 6. Leg afspraken tussen de netwerkpartners vast

Sommige afspraken zijn al uitgewerkt in het plan. Aanvullend daarop zijn formele afspraken nodig over bijvoorbeeld:

- Doel en scope van de samenwerking: wat wel en wat niet, waarbij de Werkwijze uitgangspunt is
- Mandaat en commitment
- Wie doet wat/inbreng
- Besluitvorming (zorg voor optimale afweging tussen draagvlak en slagvaardigheid)
- Looptijd
- Werkprocessen
- Monitoring en verantwoording van voortgang en resultaten
- Toetreding
- Opzegging/uittrekking

Of het samenwerkingsverband de behoefte heeft aan een aparte juridische entiteit, kan regionaal worden bepaald. Meer informatie over dit onderwerp staat in de bijlage over governance. Ook in de Werkwijze staat hierover veel nuttige informatie.

# Bekostiging van het mentale gezondheidsnetwerk

## Bekostiging gemeentelijke inzet in het Mentale gezondheidsnetwerk

Regionale samenwerkingsafspraken zoals vastgesteld in het regioplan o.b.v. het regiobeeld zijn leidend. Hierin is tevens een begroting afgesproken die is goedgekeurd door gemeenten, volgens de afgesproken mandaatstructuur. In lijn met het aantal verkennende gesprekken dat op lokaal niveau wordt afgesproken voor lokale inwoners, vergoeden gemeenten de inzet van een sociaal domein professional<sup>4</sup> en de daaruit voortkomende ondersteuning binnen het sociaal domein. Gemeenten spannen zich in om voldoende en passend ondersteuningsaanbod te kunnen bieden.

De manier van bekostigen en uitvoeren van het verkennend gesprek en van deelname aan het Mentale gezondheidsnetwerk, verschilt per gemeente. Een gemeente kan ondersteuning leveren via eigen medewerkers of daarvoor welzijnsinstellingen of andere partners in het sociaal domein contracteren.

De bekostiging varieert ook. De inzet voor het verkennend gesprek kan worden bekostigd uit de SPUK-IZA. De trajecten binnen het sociaal domein die voortkomen uit het verkennend

<sup>4</sup> We gebruiken sociaal domein professional als een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein (inclusief sociaal werk), zoals leden van wijkteams, sociaal-maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliënt-ondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten. In elke gemeente is het sociaal domein anders georganiseerd en zijn er veel medewerkers actief op vrijwel alle leefgebieden. Deze rol kan afhankelijk van de lokale inrichting en context door diverse sociaal domein professionals worden ingevuld indien de gemeente dit wenselijk acht.

gesprek, worden mede uit reguliere middelen betaald. Deze bekostiging kan komen uit het gemeentefonds, de 'brede SPUK-regeling', Transformatiemiddelen, de verschillende Specifieke Uitkeringsregelingen voor IZA en GALA en andere fondsen en regelingen.

## Bekostiging Zvw-zorg

### Prestaties (NZa)

Het zorgdeel van het verkennend gesprek (deelname van de ggz-professional) wordt bekostigd op basis van een prestatie voor het verkennend gesprek. De overige functies van het Mentale gezondheidsnetwerk kunnen bekostigd worden op basis van het experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg (PGAZ). In sommige gevallen is al gestart en zijn afspraken gemaakt op basis van IZA-transformatiemiddelen. Deze afspraken zijn voorliggend op de inzet van de PGAZ. Transformatiemiddelen zijn echter geen structurele bekostiging.

Zie voor meer informatie:

- Advies NZa
- Uitvoeringstoets
- Beleidsregel ggz
- Beleidsregel PGAZ
- Beleidsregel huisartsenzorg – O&I

De samenhang tussen macrokader, eigen risico en bekostiging staat grafisch weergegeven in [bijlage 2](#), praatplaat bekostiging.

# Contractering van het Mentale gezondheidsnetwerk

## Verzekeraars en gemeenten werken samen bij de bekostiging en contractering

Over de contractering is landelijk het volgende afgesproken:

- Het te contracteren samenwerkingsverband<sup>4</sup> bestaat minimaal uit:
    - de ggz-kerninstelling
    - een aanbieder van hulp en ondersteuning in het sociaal domein.
    - een regionale huisartsenorganisatie.
- Voor elk van de drie domeinen is vastgelegd hoe de contracterende partijen zich verhouden tot respectievelijk de overige ggz-aanbieders, de overige partijen in het sociaal domein en afzonderlijke huisartsen.
- In het IZA is afgesproken dat meer samenwerking nodig is om de toegang tot de ggz te verbeteren en JZOJP te bewerkstelligen. In een regio is het daarom het meest doelmatig om te komen tot één samenwerkingsverband.
  - Financiële afspraken tussen partners en met financiers worden gemaakt op basis van een concreet plan voor het Mentale gezondheidsnetwerk en een begroting. Het plan beschrijft ook of en welke IZA-middelen ingezet worden.
  - De 1e en 2e zorgverzekeraar (samen aan tafel) en de mandaat-gemeente(n) overleggen met elkaar hoe de kosten van het Mentale gezondheidsnetwerk verdeeld worden over gemeentelijk domein en Zvw.

<sup>4</sup> Zie de Werkwijze voor het totale overzicht van partijen die minimaal of optioneel onderdeel zijn van het samenwerkingsverband dat we een Mentale gezondheidsnetwerk noemen.

- De gemeenten en de zorgverzekeraars zorgen dat voor het samenwerkingsverband duidelijk is hoe deze verdeling is, en welke aanvraagprocedures worden gebruikt t.b.v. financiering van het netwerk. Doel hiervan is financiering vanaf 2025 mogelijk te maken.
- Als het stelsel niet duidelijk is over hoe deze kosten verdeeld moeten worden, wordt regionaal een pragmatische oplossing gezocht en wordt dit landelijk aan de orde gebracht, zodat de stelselpartijen kunnen voorzien in een oplossing.
- Als er regionaal onvoldoende middelen beschikbaar zijn vanuit Zvw en/of sociaal domein voor het Mentale gezondheidsnetwerk, waardoor de doelstelling niet behaald kan worden, dan volgt nader overleg en mogelijk escalatie naar de regionale IZA-tafel en zo nodig de landelijke IZA-tafel.
- Zorgverzekeraars en gemeenten streven samen naar regionale bekostiging en organisatie van het verkennend gesprek, met voldoende oog en ruimte voor lokale contextuele variatie. Het verkennend gesprek wordt, als onderdeel van het Mentale gezondheidsnetwerk en passend bij de lokale situatie, uitgevoerd door een ggz-professional samen met een sociaal domein-professional.
- Verzekeraars en gemeenten handelen gelijkgericht op basis van het vastgestelde regionale plan en begroting en de regionale samenwerkingsovereenkomst.

## Wijze van bekostiging Sociaal domein

Gemeenten kennen diverse manieren van bekostigen die ook weer per gemeente kunnen verschillen. Omdat het Mentale gezondheidsnetwerk regionaal wordt georganiseerd, ontwikkelen de gemeenten in een regio bij voorkeur gelijkgericht beleid voor die regio, aanvullend op en/of aansluitend bij hun lokale beleid. Dit gelijkgerichte beleid geeft duidelijkheid over de bekostiging en de uitvoering van het verkennend gesprek door een sociaal-domeinprofessional, over de (bekostiging van) afstemming voor vervolgotrajecten en (bekostiging van) ondersteuning binnen het lokale sociaal domein.

Uitbesteding en bekostiging worden door gemeenten gedaan bij gemeentelijke uitvoerders, welzijnspartners of andere partners in het sociaal domein. Indien er capaciteitsgebrek is bij huidige contractpartners of vanwege hele specifieke vragen, is er de ruimte daarvoor apart een partij te contracteren. Er wordt hierin bij voorkeur samenge- werkt met door gemeenten gecontracteerde partijen. Indien niet-gecontracteerde partijen deelnemen aan het netwerk, is dit geen garantie voor contractering. De mandaatgemeente neemt deel aan de gesprekken over de bekostigingsafspraken en vertegenwoordigt daarbij de belangen van de andere gemeenten in de IZA-regio. Mandaatgemeenten maken met de preferente zorgverzekeraar in hun regio afspraken over de uitvoering en (gezamenlijke) financiering van (de coördinatie van) het Mentale gezondheidsnetwerk. Voor de continuïteit en gelijkwaardigheid van de samenwerking in het netwerk is het aan te bevelen dat gemeenten en zorgverzekeraars de doorlooptijd van de bekostiging en relevante contractvoorwaarden op elkaar afstemmen.

De wijze van bekostiging binnen gemeenten en de termijnen die daarmee zijn gemoeid, zijn afhankelijk van de keuze voor invulling van de expertise sociaal domein door de gemeenten. Gemeenten kiezen over het algemeen voor bekostiging via overheidsopdrach-

ten of subsidies. Steeds meer gemeenten kiezen voor meerjarige afspraken, maar dat zal als gevolg van de tijdelijkheid van de SPUK IZA en de transformatiemiddelen in dit geval minder voor de hand liggen. Het is van belang dat de netwerkpartners bij aanvang van de samenwerking afspraken maken over de wijze van bekostiging en de termijnen die daarmee gemoeid zijn.

## Contractering Zwv

- De twee preferente zorgverzekeraars nemen het voortouw voor het contracteren van het mentale gezondheidsnetwerk. Er wordt maar één Mentale gezondheidsnetwerk per regio gecontracteerd.
- Het Mentale gezondheidsnetwerk (de vier functies) wordt gecontracteerd bij één of meer hoofdaannemers, die hiervoor optreedt of die gezamenlijk optreden namens het hele samenwerkingsverband. Functies worden als geheel ingekocht. Een functie kan niet worden opgeknipt.
- De RHO of de ggz-kerninstelling zijn de hoofdaannemer van een functie of van meerdere functies. Welke partij voor welke functie hoofdaannemer is, wordt in overleg vastgesteld door het netwerk en de financiers in de regio.
- Coördinatiekosten en de kosten van patiëntoverstijgende functies worden bij de hoofdaannemer van die functie gecontracteerd. Alleen de hoofdaannemer kan deze declareren.
- De patiëntgebonden kosten (verkennende gesprekken) worden bij de hoofdaannemer van die functie gecontracteerd. Over het declareren bij de zorgverzekeraar zijn twee soorten afspraken mogelijk:
  - zowel de hoofdaannemer als de andere ggz-uitvoerders zijn zelf declarant. Elke andere uitvoerder krijgt een contract met de zorgverzekeraar, als de afspraken met de hoofdaannemer rond zijn.
  - alleen de hoofdaannemer is declarant bij de zorgverzekeraar. Elke andere uitvoerder maakt afspraken met de hoofdaannemer (onderlinge dienstverlening).

- Bij de contractering streven contractpartijen naar zo laag mogelijke administratieve lasten voor organisaties, zorgaanbieders en behandelaren/hulpverleners.
- Zorgverzekeraars zorgen dat de Zvw-contractering een coproductie is tussen de inkopers huisartsenzorg en ggz.
- Zorgverzekeraars hebben de intentie om voor de contractering van de functie verkennend gesprek gelijkgericht te handelen op inhoud en volgreleid toe te passen op de prijs.
- Zorgverzekeraars hebben de intentie om voor de contractering van de coördinatie en van de drie overige functies van het Mentale gezondheidsnetwerk gelijkgericht te handelen op inhoud en prijs.
- Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat voor 1 januari 2025 zoveel mogelijk Mentale gezondheidsnetwerken worden gevormd en zo veel mogelijk contractafspraken worden gemaakt. Waar netwerkvorming om moverende redenen langer duurt, kunnen gemeenten en zorgverzekeraars de planning van de inkoop desgewenst, in overleg met het netwerk, laten meebewegen met de snelheid waarmee de regio tot netwerkvorming en onderlinge afspraken komt. De termijnen staan in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar.

### Contracteerproces Zvw

Wij bevelen aan om regionaal het onderstaande proces te volgen t.b.v. de inkoop Zvw.

- De regionale preferente zorgverzekeraars benaderen, samen met de mandaat gemeente(n), de voor de hand liggende netwerkpartners van het Mentale gezondheidsnetwerk in de regio. Andere partijen hebben de mogelijkheid later aan te sluiten bij het gesprek.
- De gesprekken over de contractering vinden plaats op basis van het plan en de begroting van het netwerk, zoals beschreven in hoofdstuk 4.
- De netwerkpartners komen met de twee preferente zorgverzekeraars tot overeenstemming over de inhoud van het plan.
- Zorgverzekeraars maken bekend op welke wijze offertes per regio ingediend kunnen worden. Zorgaanbieders hoeven de offerte bij maximaal één zorgverzekeraar in te dienen.
- De twee preferente zorgverzekeraars maken voor hun eigen verzekerden een volume- en budgetafpraak met de betreffende ggz-aanbieders.
- De twee preferente zorgverzekeraars verzoeken de overige zorgverzekeraars om, op basis van het regionale budget en op basis van fair-share dezelfde afspraak te maken.

# Monitoring en evaluatie

In de Werkwijze staat welke doelstellingen we met Mentale gezondheidsnetwerken willen bereiken. Kort gezegd: we voorkomen escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz door de hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten snel en op de juiste plek op te pakken. Dat leidt ertoe dat de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut. En het gevolg daarvan is dat de wachttijd voor mensen met complexe problematiek die ggz-zorg nodig hebben, afneemt.

In hoofdstuk 3 staan de landelijke ambities waarmee we de doelstellingen van het Mentale gezondheidsnetwerk operationaliseren. Het is belangrijk dat we met elkaar onderzoeken of de beweging naar de doelstellingen en ambities wordt behaald. Om dit te kunnen volgen, zijn onderstaande landelijke indicatoren geformuleerd. Regionale Mentale gezondheidsnetwerken (in oprichting) moeten zorgen dat zij in staat zijn om regionale informatie te leveren t.b.v. landelijke metingen. Het programma onderzoekt hoe de regionale waarden met zo min mogelijk administratieve lasten kunnen worden gecombineerd tot een landelijk beeld en gaat na welke informatie uit al bestaande registraties kan worden afgeleid.

Ook andere indicatoren kunnen belangrijk zijn om het effect van het Mentale gezondheidsnetwerk te meten. Zie ook de bredere context van de IZA-afspraken over samenwerking sociaal domein-huisartsen-ggz.

We beperken ons hier tot de indicatoren die gaan over Mentale gezondheidsnetwerken.

## Indicatoren

- Netwerkvorming
  - Welke partijen zijn betrokken
  - Hoe is de samenwerking juridisch geregeld
  - Welke functies worden aangeboden
- Contractering
  - Contracteringsgraad (zorgverzekeraars, gemeenten)
- Functioneert het netwerk zoals bedacht is: klopt het theoretische model in de praktijk? Leidt het daadwerkelijk tot een verandering?
- Verkennende gesprekken
  - Aantallen
  - Vorm (gespreksmodel, duur)
  - Wie voert uit
- Processtroom, wat zien we na een verkennend gesprek of casus overleg?
  - Aantal casusoverleggen
  - Aantal gevoerde verkennende gesprekken
  - # verwijzingen naar de ggz.
  - # verwijzingen naar sociaal domein met gespecificeerd collectief versus maatwerk voorziening
- Capaciteit
  - Hoeveel behandelcapaciteit in de ggz komt vrij als gevolg van het verkennen gesprek
  - Hoeveel capaciteit in het sociaal domein wordt ingezet als opvolging van het verkennend gesprek
- Wachtlijsten, aantal en duur wachtenden
- Ervaringen en resultaten van de functies transfertafel, domein-overstijgend casusoverleg en informatievoorziening (nader uit te werken)
- Ervaringen van patiënten en aanbieders.

# Bijlagen

<b>Bijlage 1: IZA-passages over Mentale gezondheidsnetwerken</b>	<b>17</b>
<b>Bijlage 2: Praatplaat bekostiging</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage 3: Governancevraagstukken bij samenwerkingsverbanden</b>	<b>20</b>
<b>Bijlage 4: Landelijke businesscase</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage 5: Proces van contracteren</b>	<b>23</b>





# IZA-passages over MGN

## Pagina 71:

Door een betere samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein ervaart de cliënt dat zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en wordt onnodige instroom in de ggz voorkomen. Professionals ervaren minder werkdruk door een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en meer werkplezier, omdat zij snel en laagdrempelig de juiste expertise kunnen inschakelen. Ook in zorg- en ondersteuningstrajecten blijft de eigen regie van de inwoner uitgangspunt.

In de samenwerkingsafspraken die regionaal worden gemaakt, wordt vastgelegd hoe en wanneer de domeinen elkaar consulteren (ook rondom een individuele client) en van elkaars expertise gebruik kunnen maken. Daarmee is dan o.a. direct contact mogelijk met behandelaren van patiënten door huisartsen. Voorbeelden: mentale gezondheidscentra van Breburg, GEM-initiatieven in Deventer en Doetinchem, netwerkpsychiatrie. Het vormgeven van mentale gezondheidscentra (werktitel) zal een sterke basis geven aan de veranderingen én is essentieel om te kunnen komen tot aanvaardbare wachtlijsten in de GGZ.

Dat doen we op hoofdlijnen door:

a. In 2023 en 2024 wordt vanuit de huidige ervaringen en verderbouwend toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en na behoefte regionaal ingevulde passende werkwijze (en organisatie), gericht op samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz zorg en sociaal domein bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. Dit wordt ondersteund d.m.v. een leernetwerk in samenwerking met partijen, door ondersteuning van AKWA ggz.

- b. Zo borgen we duurzame samenwerkingsafspraken tussen huisartsenorganisaties, ggz organisaties en het sociaal domein.
- c. Per 2025 wordt de binnen AKWA ontwikkelde (uniforme) werkwijze toegepast in alle regio's. Daarbij is de ambitie dat de patiënt binnen 1-2 weken wordt gezien voor het verkennend gesprek. De huisarts blijft de verwijzer.
- d. De inhoud van- en de route ná het verkennende intakegesprek geldt niet voor alle verwijzingen. Dit is voorlopig nader ingevuld. In de nadere uitwerking van het verkennend gesprek wordt bekeken welke elementen uit de herstel-ondersteunende intake worden samengebracht.

Deze opzet en werkwijze is verder uitgewerkt in de onderstaande tekst over de afspraken met betrekking tot mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten.

Het is een groei- en leermodel waarbij we met behulp van AKWA samen ontdekken wat de beste resultaten geeft rekening houdend met de lokale en regionale omstandigheden.

De werkwijze wordt ontwikkeld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, het sociaal domein, een vertegenwoordiging van patiënten en professionals.



### Pagina 72 en 73

Uitgangspunten bij de uitwerking van het verkennend gesprek:

- er is geen eigen risico voor de patiënt als hij/zij niet wordt doorverwezen naar de tweedelijns ggz
- verbeteren van gezondheid en mentale weerbaarheid
- zo snel mogelijk passende zorg en/of ondersteuning voor client
- bekostiging, inkoop en verantwoording worden zo eenvoudig mogelijk ingericht; uitgangspunt is dat dit niet leidt tot een toename van administratieve lasten en zoveel mogelijk op regioniveau wordt georganiseerd. De huisarts is verwijzer en aanvrager naar het verkennend gesprek en behoudt de regie over de patiënt
- het verkennend gesprek komt ten goede aan de patiënt en verlicht de druk in de hele keten
- draagt bij aan verminderen van de instroom in de ggz
- de kerninstellingen hebben de regie voor het opzetten van het verkennend gesprek in samenwerking met de huisartsen en sociaal domein. Zij werken tevens samen met de ggz aanbieders in de regio

Partijen verwachten dat de inzet van professionals die het verkennend gesprek voeren grotendeels via het ggz-kader en sociaal domein kunnen worden gefinancierd. Daar waar (tijdelijke) financiering/bekostiging via het huisartsenkader nodig is voor snelle implementatie, worden hiervoor tijdelijke algemene transitiemiddelen uit het IZA ingezet tot kan worden aangesloten op het traject van de domein overstijgende betaaltitel. Om bovenstaande uitgangspunten te realiseren wordt het proces als volgt vormgegeven:

1. Het veld beschrijft (in een kwaliteitsstandaard of samenwerkingsafpraak) met behulp van het leernetwerk AKWA GGZ, NHG en samen met de VNG - een inhoudelijke uniforme werkwijze.

2. Veldpartijen onderzoeken met de NZA en VWS hoe het verkennend gesprek via de bestaande bekostiging of via een domeinoverstijgende betaaltitel kan worden gefinancierd. Met als uitgangspunt dat er geen eigen risico geldt voor de patiënt bij geen verwijzing naar tweedelijns ggz. Waar nodig wordt parallel advies gevraagd aan het Zorginstituut en zorgt VWS voor de benodigde ruimte in wet- en regelgeving als deze contrair zijn aan de uitgangspunten. Parallel wordt aangesloten bij het traject domeinoverstijgende betaaltitel, zoals in het IZA is opgenomen. Deadline: voor de zomer van 2023.

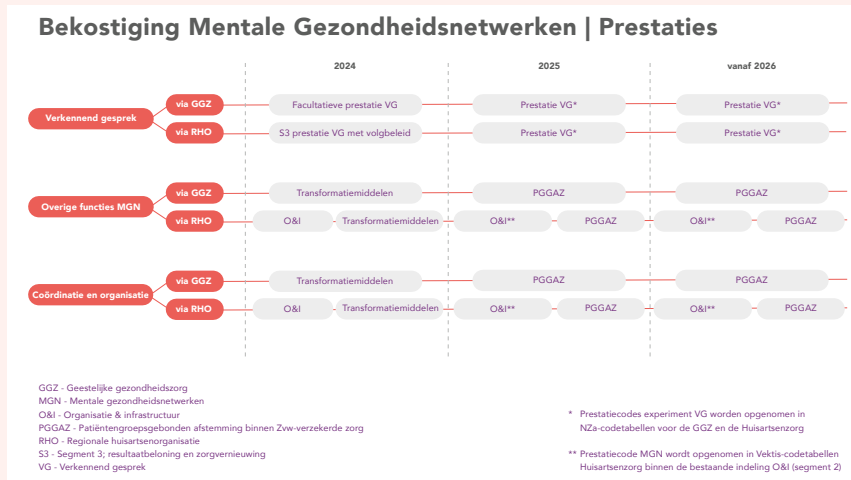
Het veld zorgt na realisatie van (een) betaaltitel(s) voor de juiste randvoorwaarden (congruente contractering, registratie, controle, verantwoording – in lijn met de uitgangspunten van het thema regionale samenwerking). Hierbij worden dezelfde uitgangspunten toegepast als bij het traject van de bekostiging van het mentale gezondheidsnetwerk.

Kerninstellingen, huisartsen en sociaal domein zijn voor bovenstaande afspraken primair aan zet. Zonder commitment van VNG/gemeenten zullen de samenwerkingsafspraken zich vooral beperken tot de huisartsenzorg en ggz. Het uitwerken van bekostigingsvraagstukken bij domeinoverstijgende samenwerking zal dan beperkt kunnen plaatsvinden.

Daarnaast zijn de volgende actoren betrokken in begeleiding van het proces: deNLggz, ZN, VNG, LHV, InEen, MIND, SWN, VWS i.s.m. beroepsgroepen (ggz). Waar relevant wordt afstemming gezocht met de hervormingsagenda jeugd. Monitoring van deze afspraken wordt jaarlijks in kaart gebracht, waarbij gekeken wordt of verandering tot stand komt en welk effect wordt ervaren. Deze uitkomsten worden besproken in volgende bestuurlijke ggz-overleggen. Ook de governance van deze afspraken wordt nog nader vormgegeven.



# Praatplaat bekostiging



Klik [hier](http://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/) voor een overzicht van de bekostiging in 2024, 2025 en vanaf 2026 of kijk op [www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/](http://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/).



# Governancevraagstukken bij samenwerkingsverbanden

Als organisaties gaan samenwerken ontstaan er al snel vraagstukken rondom governance. In zijn algemeenheid geldt: "vorm volgt inhoud". Netwerkpartners van het mentale gezondheidsnetwerk moeten met elkaar overeenstemming hebben over welke doelen het netwerk heeft en wat er nodig is om deze te bereiken. Daarnaast is het belangrijk om af te bakenen wat niet tot het Mentale gezondheidsnetwerk behoort.

## Hoe komt het mentale gezondheidsnetwerk tot stand?

De landelijke partijen verwachten dat de beoogde partners (RHO, kerninstelling, sociaal domein, huisartsen, andere ggz-aanbieders) reeds een gezamenlijke noodzaak voelden om aan de slag te gaan. Deze leidraad bevat nu ook een externe verplichting vanuit financiers om gezamenlijk tot (financiële) afspraken te komen. Mocht samenwerking regionaal niet van de grond komen, dan zullen de financiers (preferente zorgverzekeraars en mandaatgemeente) in de regio met partijen in gesprek gaan zodat het mentale gezondheidsnetwerk opgestart gaat worden. Meer over succesvol samenwerken staat beschreven in de **Werkwijze**.

## Duidelijke afspraken maken helpt de samenwerking

Het maken van duidelijke afspraken helpt bij het bereiken van de doelen van het regionale mentale gezondheidsnetwerk. Dit is nodig voor alle vormen van (juridische) samenwerking. Het betreft de onderwerpen hiernaast. Deze lijst is niet verplicht noch uitputtend. Regio's zijn naar verwachting van de landelijke partijen zelf goed in staat een afweging in te maken welke componenten regionaal nadere uitwerking behoeven.

## Doel en wijze van samenwerking

- Doel en scope van de samenwerking: wat wel en wat niet, waarbij de Werkwijze als uitgangspunt dient
- Wie doet wat / inbreng  
Hier leggen aanbieders met elkaar bijvoorbeeld vast wie welke personele inzet levert, wie ruimtes beschikbaar stelt, etc.

## Governance

Het is belangrijk om met elkaar afspraken te maken over hoe de governance geregeld is binnen het netwerk

- Zeggenschap (waarover)  
Waar mogen personen die taken uitvoeren uit naam van het netwerk besluiten over nemen en waarover niet?
- Besluitvorming (draagvlak vs. slagvaardigheid)  
Hoe worden besluiten genomen binnen het netwerk. Hoe zorg je voor een goede balans tussen slagvaardigheid binnen het netwerk en draagvlak bij de losse organisaties.
- Mandaat en commitment (inperking autonomie vs. betrokkenheid)  
Waar mag het netwerk besluiten over nemen en wanneer is dat aan de individuele organisaties?
- Looptijd  
Wat is de looptijd van de samenwerkingsafspraken?
- Toetreding  
Hoe en wanneer kunnen andere aanbieders toetreden tot het netwerk?
- Opzegging/uittrekking  
Wat voor afspraken gelden er wanneer partners het netwerk willen verlaten?



### Operationeel

Om het netwerk ook echt te laten vliegen is het noodzakelijk dat er ook operationele afspraken worden gemaakt.

- Werkprocessen
- Financiën (begroting, inkomsten, uitgaven, opbrengsten, verdeling naar uit te voeren functies/taken)
- Inregelen digitalisering / informatievoorziening (software)
- Monitoring en verantwoording van voortgang en resultaten

### Algemeen

Ten slotte is het noodzakelijk om met elkaar goed te kijken naar de wijze waarop het netwerk om wil gaan met het delen van (patiënten/cliënten)informatie, klachten en aansprakelijkheid. Natuurlijk is het ook belangrijk dat de samenwerking voldoet aan de Mededingingswet.

- Gegevensverwerking/privacy
- Klachtenprotocol
- Aansprakelijkheid en verzekering
- Mededingingsrecht

De ACM heeft op haar website diverse richtlijnen gepubliceerd over samenwerking in de zorg. De belangrijkste regels over samenwerking in de zorg staat [hier](#). Vooral de "[richtsnoer voor de zorgsector](#)" is de moeite waard om te lezen.



# Landelijke businesscase

Businesscase Mentale gezondheidsnetwerken	2025	2026	2027	2028	Bron/toelichting
<b>Aantallen patiënten</b>					
aantal nieuwe patiënten per jaar in de ggz (schatting van Vektis)	550.000	550.000	550.000	550.000	Vektis schatting op basis van cijfers 2023. We gaan ervanuit dat de instroomcapaciteit van de ggz gelijk is aan het aantal nieuwe patiënten
instroom ggz - reguliere verwijzing HA zonder verkennend gesprek (VG)	430.000	430.000	430.000	430.000	2023 en dit ongewijzigd blijft. Ter informatie: het aantal nieuwe patiënten per jaar bij de POH GGZ: 688.000
instroom ggz na verkennend gesprek (VG)	96.000	90.000	84.000	84.000	Doorrekening
in zorg vanaf de wachtlijst	24.000	30.000	36.000	36.000	Doorrekening
totaal aantal nieuwe patiënten	550.000	550.000	550.000	550.000	Doorrekening
aantal wachtenden (startpunt 98.000 op basis van NZa-monitor wachtlijden)	74.000	44.000	8.000	-28.000	NZa cijfers 2024 + doorrekening
<b>Aannames VG</b>					
aantallen patiënten dat een VG krijgt	120.000	120.000	120.000	120.000	Gezamenlijke inschatting programmapartijen, mede op basis inzichten in transformatieplannen
verwijzing naar ggz na VG	80%	75%	70%	70%	Gezamenlijke inschatting programmapartijen, mede op basis van ervaringen pilots
verwijzing naar sociaal domein na VG	25%	30%	35%	35%	Trajecten kunnen parallel plaatsvinden in Zwv en SD, daarom 5% hoger
kosten VG in deZwv	€ 350	€ 350	€ 350	€ 350	Het meest voorkomende beroep bij het verkennend gesprek is volgens de programmapartijen de GZ-psycholoog. Dit bedrag is daarom gebaseerd op tarief 'CO0563: Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3) Diagnostiek 60 minuten' -> tarief 2024: € 255,89 (afgerond € 250). De Werkwijze geeft een mogelijkheid om twee gesprekken te voeren. De gezamenlijke inschatting van de programmapartijen is dat dit in 40% van de gevallen nodig is. € 250 x 1,4 = € 350
kosten VG voor sociaal domein	€ 140	€ 140	€ 140	€ 140	Gezamenlijke inschatting programmapartijen van kosten professional sociaal domein per verkennend gesprek: € 100. Rekening houdend met 40% waar twee gesprekken voor worden gevoerd: € 140.
kosten behandeltraject ggz	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	Meest voorkomende zorgvraagtype (zvt) in hoofdgroep X (common mental disorders) is zvt3: 'Psychische aandoening – matige problematiek'. De Adviescommissie zorgvraagtypering ggz heeft cijfers gepubliceerd met gemiddeld kosten per patient van deze patiëntengroep: € 2.075 (afgerond € 2.000). Dit is berekend op basis van ruim 140.000 patiënten.
kosten begeleiding in sociaal domein	€ 800	€ 800	€ 800	€ 800	Hier zijn momenteel nog niet echt goede inschattingen voor te maken. Daarom is hier zelfde verhouding aangehouden als bij tariefverschil sociaal domein/Zwv = 140/350 = 0,4/1 = 800/2000.
<b>Berekening VG</b>					
aantallen doorverwijzingen na een VG naar de ggz-sector	96.000	90.000	84.000	84.000	Doorrekening
minder doorverwijzingen door het VG naar de ggz-sector	24.000	30.000	36.000	36.000	Doorrekening
aantallen doorverwijzingen na een VG naar het sociaal domein	30.000	36.000	42.000	42.000	Doorrekening
kosten Zwv VG	€ 42.000.000	€ 42.000.000	€ 42.000.000	€ 42.000.000	Doorrekening
minder uitgaven in de ggz = minder doorverwijzingen (geen rekening houdend met wachtlijsten)	-€ 48.000.000	-€ 60.000.000	-€ 72.000.000	-€ 72.000.000	Doorrekening
per saldo Zwv-uitgaven (geen rekening houdend met wachtlijsten)	-€ 6.000.000	-€ 18.000.000	-€ 30.000.000	-€ 30.000.000	Doorrekening
minder uitgaven in de ggz = minder doorverwijzingen (rekening houdend met wachtlijsten)	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 72.000.000	Doorrekening. In 2025, 2026 en mogelijk 2027 leidt minder doorverwijzingen naar de ggz eerst tot het wegwerken van de wachtlijsten en dus nog niet tot minder uitgaven in het ggz-kader
per saldo Zwv-uitgaven (rekening houdend met wachtlijsten)	€ 42.000.000	€ 42.000.000	€ 42.000.000	-€ 30.000.000	Doorrekening
kosten sociaal domein VG	€ 16.800.000	€ 16.800.000	€ 16.800.000	€ 16.800.000	Doorrekening
extra uitgaven in het sociaal domein = meer doorverwijzingen	€ 19.200.000	€ 23.040.000	€ 26.880.000	€ 26.880.000	Doorrekening. We gaan ervan uit dat voor 20% van de groep die wordt verwezen naar het sociaal domein anders ook kosten waren gemaakt in het sociaal domein als men was doorgestuurd naar de GGZ. Het grootste deel van deze groep (inschatting 80%) zal naar verwachting nieuw zijn in de de sociaal domein.
per saldo uitgaven sociaal domein	€ 36.000.000	€ 39.840.000	€ 43.680.000	€ 43.680.000	Doorrekening
<b>Aanname VWS (o.v.b.)</b>					
- De groep die doorverwezen wordt naar de ggz wordt geacht vergelijkbaar te zijn aan de huidige ggz-populatie. Dat betekent dat het grootste deel van de kosten valt bij mensen die hun eigen risico al volmaken en de derving als gevolg van het uitzonderen van het VG nihil is; mensen hadden hun eigen risico sowieso wel volgemaakt. Wel kunnen mensen die aan het eind van het jaar hun verkennend gesprek hebben het risico lopen dat het ggz-traject pas in het volgende jaar start. Bij hen kan er wel derving van het eigen risico optreden. Daarom is verondersteld dat bij 1/12 van deze groep wel derving van het eigen risico optreedt (deze groep is toegevoegd aan de groep hieronder).					
- Bij de groep die doorverwezen wordt naar het sociaal domein wordt verondersteld dat deze groep minder kosten in de zwv maakt en dus een grotere groep mensen hun eigen risico niet volmaakt. De aanname is gemaakt dat 25% van de kosten van deze groep wordt gemaakt door de groep mensen die het eigen risico niet volmaakt. Dit is dus veronderstelt als redelijk gezonde populatie. Dat leidt ertoe dat er bij deze groep een kleine derving optreedt als gevolg van het uitzonderen van het VG bij het eigen risico.					
- De groep die doorverwezen wordt naar het sociaal domein groeit over tijd, dat leidt tot een oplopende reeks van de derving.					
bedrag aan kwijtgescholden eigen risico Zwv	€ 2.800.000	€ 3.200.000	€ 3.600.000	€ 3.600.000	
<b>Aannames coördinatie/infrastructuur en overige functies MGN</b>					
Aantal netwerken	30	45	60	60	Gezamenlijke inschatting programmapartijen. Er zijn 31 zorgkantoorregio's, 28 regiovervoerders acute ggz (ggz-kerninstellingen) en 61 regionale huisartsenorganisaties (RHO's). Er kunnen meerdere MGN's per regio zijn. Het aantal RHO's lijkt daarom het meest illustratief.
Kosten coördinatie/infrastructuur/monitoring per netwerk	€ 150.000	€ 150.000	€ 150.000	€ 150.000	
Kosten overige functies per netwerk	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	
<b>Berekening coördinatie/infrastructuur en overige functies MGN</b>					
per saldo uitgaven (grotendeels Zwv)	€ 10.500.000	€ 15.750.000	€ 21.000.000	€ 21.000.000	

Versie: 20250523



Klik [hier](http://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/) voor de businesscase of kijk op [www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/](http://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/).



# Proces van contracteren

