

Vergaderjaar 2023–2024

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 678**

**BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 december 2023

Met deze brief geef ik, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op verzoek van uw Kamer mijn reactie op de rapportage «toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg» die door MIND is opgesteld. Het rapport geeft een persoonlijk en nadrukkelijk beeld van de problemen waar patiënten tegen aan lopen als ze hulp zoeken in de ggz. Hieronder ga ik in op de bevindingen van MIND en de aanbevelingen die MIND doet aan mij en aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook ga ik in op de stappen en maatregelen die ik hierop in samenwerking of afstemming met onder meer verzekeraars, aanbieders, gemeenten en vertegenwoordiging van professionals heb genomen of die nog genomen gaan worden. Daarnaast sta ik in deze brief stil bij de voortgang van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) over het vormgeven van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Dit naar aanleiding van de motie Mohandis<sup>1</sup> over een concrete aanpak om hiertoe te komen. Tot slot informeer ik u over de voortgang van de zogenaamde consultatiefunctie ggz-sociaal domein.

### *Belangrijkste aanbevelingen MIND*

MIND constateert dat mensen die te lang op de wachtlijst staan gedurende deze periode niet of onvoldoende geholpen worden. Zij beveelt partijen aan strenger toe te zien op de landelijke afspraken over wachttijdbegeleiding en overbruggingshulp. Hierbij zouden de principes van het verkennend gesprek en «shared decision making» toegepast moeten worden. Ook beveelt MIND aan om meer bekendheid aan de advies- en bemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars te geven. In het geval van een aanmeldstop bij een zorgaanbieder wil MIND dat deze zorgaanbieder verantwoordelijk wordt voor de toeleiding van de cliënt naar een gelijkwaardige behandeling. Met betrekking tot de contractering en inkoop van zorg beveelt MIND verzekeraars aan om te stoppen met het hanteren van omzetplafonds zolang er wachtlijsten zijn voor de betref-

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 659

fende zorg. Ook beveelt MIND aan om meer toegankelijke behandelplekken voor zware of complexe zorg in de ggz te creëren en om de capaciteit van kleine zorgaanbieders en vrijgevestigde beter te benutten. MIND stelt verder dat er niet alleen zicht moet komen op de

benodigde capaciteit, maar ook meer (centrale) sturing en transparantie bij het contracteren en inkopen van deze zorg. Tevens stelt MIND dat patiënten ook buiten de eigen regio moeten kunnen zoeken naar zorg, als deze zorg meer passend is. Waar het gaat om drempels bij zorgverzekeraars, beveelt MIND aan om cliënten goed te informeren over mogelijke extra kosten bij ongecontracteerde zorg.

### **Reactie op aanbevelingen MIND**

Het MIND-rapport geeft zoals gezegd een persoonlijk en nadrukkelijk beeld vanuit het perspectief van de patiënt over hoe zij de zoektocht naar passend hulp ervaren. Het onderzoek van MIND betreft een uitvraag onder hun leden over de problemen die zij hebben ervaren met ggz-zorg vanaf 2021. Het rapport is gebaseerd op een vragenlijst die door 297 leden is ingevuld en negen verdiepende interviews. Het onderzoek is daarmee niet representatief voor iedereen die ggz zorg ontvangt, dat beschrijft MIND zelf ook in het onderzoeksrapport: «Door de opzet van het onderzoek geven de resultaten zeker geen representatief beeld van alle ggz-zorgvragers. Dat was ook niet de bedoeling. We concentreren ons op de groep cliënten met (ernstige) problemen in de toegang en proberen meer inzicht te krijgen in de aard van die problemen. Daarbij maakt dit onderzoek wel duidelijk dat het om een substantiële groep mensen gaat en dat hun problemen de kern van de ggz raken.» (p. 3)

De bevindingen van MIND zijn daarom wel een goede weerslag van problemen waarmee de ggz-sector al langere tijd kampt en die voor patiënten en hun omgeving zeer impactvol zijn. Deze problemen zijn voor mij herkenbaar en komen ook terug in de probleemanalyse die ten grondslag ligt aan de afspraken die over de ggz zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Tevens sluit het beeld dat MIND schets aan op de analyse uit het rapport «GGZ-uit de knel» van het Trimbos instituut, waar ik u dit voorjaar over heb geïnformeerd.<sup>2</sup> Ik zal hieronder specifiek ingaan op de aanbevelingen van MIND.

#### *Ondersteuning na een verwijzing*

MIND wijst erop dat ruim de helft van de respondenten met een lange wachttijd geen overbruggingshulp krijgt aangeboden tijdens het wachten op hulp. Ik deel de opvatting van MIND dat dit onwenselijk is. Ondersteuning tijdens het wachten kan voorkomen dat problemen van mensen verergeren. Er zijn ook al veel goede voorbeelden, zoals Wachtkracht in Zwolle en Wachtverzachter in Dronten. Deze initiatieven laten zien dat wachttijdbegeleiding en overbruggingshulp van grote meerwaarde kunnen zijn en brede navolging verdienen.

Om concreet invulling te geven aan het breder inzetten van overbruggingszorg zal dit opgenomen worden in de «leidende principes» die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra. De mentale gezondheidscentra moeten er mede aan bijdragen dat sociaal domein, huisartsenzorg en ggz beter op elkaar aansluiten. Vanuit een mentaal gezondheidscentrum kan daarbij ook worden gekeken naar de mogelijkheden van overbruggingszorg vanuit het sociaal domein, indien blijkt dat iemand te lang zal moeten wachten tot

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 649

intake of behandeling zal plaatsvinden. Het document «leidende principes» zal naar verwachting begin 2024 beschikbaar komen. Waar het gaat om overbruggingszorg zie ik een belangrijke rol voor de laagdrempelige steunpunten. Ik ga hieronder nog apart in op de voortgang van de IZA-afpraak om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van deze voorzieningen.

Zoals gezegd is overbruggingszorg een zeer waardevol instrument voor mensen van wie het zorgtraject nog moet starten, maar mijn primaire inzet is om ervoor te zorgen dat mensen überhaupt minder lang op zorg moeten wachten. Dit ook in lijn met de ambitie die partijen hebben vastgelegd in het IZA. Ook MIND wijst in haar rapport weer op het belang hiervan, waarbij ze ook aandacht vraagt voor meer en betere informatie over wachttijden. Om wachttijden te verkorten zet ik met de andere IZA-partijen in op het vergroten van de behandelcapaciteit en op het sneller doorgeleiden van mensen naar zorg of ondersteuning via het verkennend gesprek. Dit zodat vanaf 2025 in iedere regio mensen beter en sneller naar zorg toegeleid kunnen worden. Tegelijkertijd hebben we in het IZA ook afgesproken om de beschikbare zorgcapaciteit beter te benutten door te komen tot wachtlijsten per regio, dit in aanvulling op de reeds bestaande wachtlijsten per organisatie.

Momenteel wordt uitgewerkt hoe regionale wachtlijsten vormgegeven dienen te worden en ik verwacht dat in de loop van komend jaar patiënten en verwijzers daar de eerste resultaten van kunnen benutten. MIND wijst daarnaast ook op de rol die kleine aanbieders en vrijgevestigden kunnen spelen in de zorg voor de groep patiënten met een complexe zorgvraag. De betrokken partijen bij de landelijke trajecten om te komen tot mentale gezondheidscentra, regionale wachtlijsten en betere bereikbaarheid van de ggz voor huisartsenposten bekijken ook het potentieel van deze capaciteit, in relatie tot het verkorten van de wachttijden in de ggz.

Naast verkorting van – en inzicht in – de wachtlijsten wil ik ook de rol van verzekeraars beter betrekken bij het bemiddelen van patiënten naar een zorgaanbieder waar mensen eerder geholpen kunnen worden, zoals ook MIND aanbeveelt. Eerder heb ik al aan uw Kamer gemeld dat zorgverzekeraars inspanningen hebben gepleegd om zorgbemiddeling meer onder de aandacht te brengen, dit onder meer via advertenties in kranten en filmpjes in de wachtkamer bij de huisarts.<sup>3</sup> Zoals ook eerder aan uw Kamer gemeld<sup>4</sup>, verkennen we of het mogelijk gemaakt kan worden dat zorgverzekeraars mensen die wachten actief benaderen voor zorgbemiddeling, dit mede ter uitvoering van de motie Bikker en Van den Hil.<sup>5</sup> Daarnaast zal de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden zich komend jaar inzetten om de bekendheid van de advies- en bemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars te vergroten.

#### *Sturen op voldoende zorgaanbod*

MIND wijst op het hanteren van zorgplafonds door verzekeraars en roept op om geen zorgplafonds te hanteren voor zorg waarvoor een wachtlijst is. In het geval dat een budgetplafond is bereikt, is de betreffende aanbieder verplicht de patiënt te wijzen op mogelijkheid van zorgbemiddeling, zodat de zorgverzekeraar de patiënt een alternatieve plek binnen de treeknorm kan aanbieden. Kan de zorgverzekeraar dat alternatief niet bieden, dan moet er worden bijgecontracteerd bij de oorspronkelijke aanbieder. Als het alternatief buiten het gecontracteerde aanbod van de

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 621

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 791

<sup>5</sup> Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 77

polis valt, is de zorgverzekeraar verplicht volledige vergoeding te geven en geen eigen bijdrage voor de ongecontracteerde zorg in rekening te brengen.

Het is daarnaast goed om nader in te gaan op de rol van zorgplafonds binnen het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. In ons stelsel heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht jegens iedere individuele verzekerde en daarmee de taak om, in het geval van een naturapolis, voldoende kwalitatieve zorg in te kopen voor al zijn verzekerden. Daar hoort bij dat er (op macroniveau) doelmatig met schaarse financiële en personele middelen moeten worden omgegaan. Een zorgverzekeraar gebruikt hiervoor meerdere instrumenten zoals selectief inkopen, maar ook budgetplafonds. Selectief contracteren, dan wel het werken met omzetplafonds, is dus een middel voor zorgverzekeraars om hun wettelijke taak uit te kunnen voeren.

Naast de ruimte die er nog is binnen het stelsel voor verbetering en optimalisering van het benutten van beschikbare capaciteit, zie ik ook dat het aanbod van specifieke vormen van zorg onder druk staat. Het betreft dan met name de zorg voor een groep mensen met complexe problematiek, de zogenoemde cruciale zorg. Over het borgen van voldoende aanbod van dit type zorg hebben partijen in het IZA afspraken gemaakt. Middels het traject cruciale zorg wordt gewerkt aan het doel dat voldoende cruciale ggz-capaciteit geborgd wordt in de regio en bovenregionaal. Over de voortgang van dit traject zal ik uw Kamer middels een aparte brief informeren, waarin ik ook de moties van uw Kamer op dit punt zal betrekken.

#### *Toegang tot zorg en ongecontracteerde zorg*

Zorgverzekeraars bepalen zelf op basis van hun zorginkoopbeleid en diverse (kwaliteits)criteria welke zorgaanbieders zij contracteren. MIND wijst op het feit dat het soms ontbreekt aan informatie voor patiënten over extra kosten indien een specifieke aanbieder niet gecontracteerd is. Laat ik onderstrepen dat het van belang is dat patiënten het tijdig weten als hun keuze voor een zorgaanbieder hogere kosten met zich meebrengt. In dit kader is het goed om op te merken dat de zorgaanbieder volgens de regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028) van de NZa verplicht is om de consument te informeren over datgene wat van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en ontvangen. Hieronder valt ook informatie over het al dan niet hebben van een contract met de verzekeraar van de verzekerde.

Daarnaast moet de zorgverzekeraar, zoals in de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa staat vermeld, heldere informatie verschaffen richting de verzekerde of de keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot extra kosten. Evenals wat de hoogte is van het percentage van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Mocht er geen sprake zijn van een contract, dan moet de zorgverzekeraar hier richting de verzekerde transparant over zijn en ondubbelzinnig duidelijk maken wat de (financiële) gevolgen kunnen zijn voor de verzekerde.

Ook zijn er afspraken gemaakt rondom de verbetering van de informatievoorziening voor verzekerden in het kader van contractering, dit is ook recent aan uw Kamer bericht.<sup>6</sup> Zorgverzekeraars hebben aangegeven belang te hechten aan eenduidige en uniforme communicatie naar verzekerden en zij zetten een aantal stappen om de communicatie te

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1233

verbeteren. Dit met als doel de verzekerde goed te informeren, zodat deze een weloverwogen keuze kan maken tijdens het overstapseizoen. Zo hanteren alle zorgverzekeraars nu dezelfde definities om de contracteerstatus weer te geven aan de hand van vijf kernboodschappen, zodat duidelijk is in hoeverre er al een contract is afgesloten en wat de mogelijke financiële consequenties zijn. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voert tijdens het lopende overstapseizoen een onderzoek uit om na te gaan of dit ook de gewenste duidelijkheid heeft opgeleverd bij verzekeren. Indien dit niet het geval is, bekijkt ZN wat verder verbeterd moet worden. Daarnaast is een animatiefilmpje gemaakt, waarin uitleg wordt gegeven over het overstapseizoen.

MIND wijst daarnaast ook op situaties van weigering door aanbieders omdat de cliënt buiten het reguliere werkgebied van de ggz-aanbieder woont en dat de aanbieder om deze reden besluit geen behandelovereenkomst te sluiten. Het uitgangspunt is dat een arts of zorginstelling vanwege de op hen rustende zorgplicht een behandelovereenkomst aan moet gaan. De redenen waarom een behandelaar kan afzien van het aangaan van een behandelovereenkomst staan opgenomen in de KNMG-richtlijn, een van deze redenen is de bereikbaarheid en (reis)afstand tussen de praktijk van de arts en de woon- of verblijfplaats van de patiënt. Voor ggz-zorg is bereikbaarheid en (reis)afstand in ieder geval relevant waar het gaat om zorg waar sprake is van een rol voor de crisisdienst of zorg waar huisbezoeken worden gedaan, door bijvoorbeeld FACT-teams. De afweging van deze belangen is aan de arts of zorginstelling. Echter, ik ben wel van mening dat een behandelaar hier niet lichtvaardig mee om mag gaan. Ik zal dit punt ook overbrengen in de richting van Artsenfederatie KNMG, de Nederlandse ggz (deNLggz) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en hen vragen om in overleg met MIND te bezien in hoeverre de uitvoering van de door hen aangehaalde richtlijn een probleem vormt en of aanpassing noodzakelijk is.

### **Laagdrempelige steunpunten**

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik vinden het van belang dat mensen de eigen regie over hun leven hebben, dit is ook een van de basisgedachten van het IZA. Hierbij zien we, voorafgaand aan en ook gedurende een behandeling, een belangrijke rol weggelegd voor laagdrempelige steunpunten. Laagdrempelige steunpunten zoals zelfregie- en herstelinitiatieven zijn plekken waar iedere inwoner terecht kan, maar die ook toegankelijk zijn voor mensen met (ernstige) psychische problemen. Het zijn plekken «door en voor» de mensen om wie het gaat, waar je je welkom voelt, waar je gezien wordt als een mens die ertoe doet. Onderdeel van de IZA-afspraken is om de komende vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van deze laagdrempelige steunpunten, waar iedere inwoner toegang tot heeft.

Uw Kamer heeft gevraagd om geïnformeerd te worden over de voortgang van deze afspraak en de motie Mohandis c.s.<sup>7</sup> vroeg in dit licht om een concrete aanpak tot realisatie van de afspraak met uw Kamer te delen. In dit kader wijzen de Staatssecretaris en ik er graag op dat een brede werkgroep onder regie van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) op dit moment werkt aan de implementatie van deze afspraak. Het brede onderzoek naar de huidige beschikbaarheid van laagdrempelige steunpunten zal daarbij inzicht geven in wat nodig is om te komen tot een landelijk dekkend netwerk. In de tussentijd worden gemeenten en andere stakeholders nu al ondersteund bij het opzetten van extra steunpunten,

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 659

door middel van het door de betrokken partijen – waaronder MIND – ontwikkelde «handvattendocument «laagdrempelige steunpunten»<sup>8</sup>.

In het handvattendocument wordt omschreven wat de kenmerken van laagdrempelige steunpunten zijn, wat de visie op herstelgericht werken is, hoe de samenwerking tussen ggz, huisartsen, sociaal werk en zelfregie- en herstelinitiatieven vormgegeven kan worden en wat er nodig is om uiteindelijk te komen tot een landelijk dekkend netwerk laagdrempelige steunpunten. Ook wordt er op dit moment gewerkt aan een procesplan dat begin 2024 wordt gepubliceerd, ter aanvulling op het handvattendocument. Het procesplan bevat de activiteiten die de landelijke werkgroep zal ondernemen om gemeenten te ondersteunen bij het opzetten van laagdrempelige steunpunten, zoals het opzetten van een kennisbank met voorbeelden van steunpunten. Hiermee hoop ik uw Kamer

voldoende inzicht te hebben geboden in de wijze waarop we de IZA-afpraak over laagdrempelige steunpunten omzetten in voorzieningen waar iedere burger in Nederland in de toekomst een beroep op kan doen.

### **Consultatiefunctie sociaal domein – ggz**

Een goede samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein is van groot belang voor mensen met een psychische stoornis. Een belangrijk middel om deze samenwerking te verbeteren is de consultatiefunctie sociaal domein – geneeskundige ggz (hierna: consultatiefunctie ggz). Op 15 juni 2023 heb ik de voorhang domeinoverstijgende consultatiefunctie geestelijke gezondheidszorg aan uw Kamer gestuurd.<sup>9</sup> Zoals toegezegd in de voorhangbrief, wordt uw Kamer hierbij geïnformeerd over de voortgang. In de brief is het voornemen gedeeld om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een opdracht te geven een prestatiebeschrijving met een vrij tarief voor de consultatiefunctie ggz vast te laten stellen. De consultatiefunctie ggz voorziet erin dat professionals in het sociaal domein professionals in de geneeskundige ggz kunnen consulteren (bevragen). Het doel van de consultatie is het voorkomen van zorg of het voorkomen van zwaardere zorg. Het gaat hier om domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals om cliënten de juiste zorg, ondersteuning en begeleiding te kunnen bieden

Op 30 augustus 2023 heb ik de NZa de aanwijzing hiervoor gestuurd. De NZa heeft op 7 november 2023 de prestatie voor de consultatiefunctie ggz vastgesteld. De zorgverzekeraars hebben aangegeven de consultatiefunctie ggz gedurende het eerste kwartaal van 2024, na afloop van de reguliere contractering, te gaan inkopen. ZN, deNLggz en de VNG zijn momenteel met elkaar in gesprek om deze inkoop verder vorm te geven. Daarmee zetten de betrokken partijen weer een volgende stap in de realisatie van de consultatiefunctie ggz.

### **Afsluitend**

De persoonlijke verhalen uit het rapport van MIND onderstrepen voor mij de noodzaak en urgentie om door te gaan met het uitvoeren van de gemaakte IZA-afspraken en zo de toegankelijkheid in de ggz te verbeteren in het belang van patiënten en hun naasten. In deze eerste periode van het IZA is daarmee een stevige basis gelegd om anders te kijken naar de (zorg)vraag, beter inzicht te krijgen in de wachtlijsten en de beschikbare capaciteit én daarnaar te handelen. Hierbij is in het bijzonder aandacht voor cruciale ggz, met als doel meer grip te krijgen op het aanbod van

<sup>8</sup> Zie: <https://vng.nl/nieuws/handvatten-bij-realiseren-netwerk-laagdrempelige-steunpunten>

<sup>9</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 666

deze zorg. De komende periode zal ik uw Kamer hier over blijven informeren, zodat u zicht heeft op de voortgang die wij boeken en de wijze waarop we de toegankelijkheid van de ggz borgen en versterken, ten behoeve van alle mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder