

Vergaderjaar 2023–2024

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 686**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 4 april 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 21 december 2023 over de reactie op het rapport MIND onderzoek wachttijden ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 678).

De vragen en opmerkingen zijn op 12 februari 2024 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 4 april 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Agema

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

## Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	10
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	11
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	12
II.	Reactie van de Minister	13

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

#### Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief over het rapport MIND, onderzoek naar de wachttijden in de ggz en hebben daarover nog een enkele vraag.

Kan de Minister de leden van de PVV-fractie enkele concrete voorbeelden geven over hoe shared decision making leidt tot verkorting van de wachttijden?

#### Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie hebben de brief met de reactie van de regering op het rapport van MIND gelezen. De leden danken de regering voor de uitgebreide reactie, toch hebben ze nog flink wat openstaande vragen. Al jaren vragen de leden onophoudelijk aandacht voor de 84.000 volwassenen die op de wachtlijst staan voor een behandeling. Maar liefst de helft hiervan wacht langer dan de wettelijke maximumnorm (treeknorm). Toch lijkt er weinig schot in de zaak te zitten. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen ook in deze brief weer mooie woorden en ambities, maar veel van de plannen gaan pas op lange termijn verlichting brengen (als dat al zo is). De leden willen de regering dan ook oproepen de mensen die nu op de wachtlijst staan niet te vergeten, want deze mensen hebben weinig aan lange termijn oplossingen.

#### *Ondersteuning na verwijzing*

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering het met MIND eens is dat het onwenselijk is dat mensen tijdens lange wachttijd geen overbruggingshulp aangeboden krijgen. Ruim de helft van de respondenten kreeg geen overbruggingshulp aangeboden. De regering wil dit oplossen door het breder inzetten van overbruggingszorg op te nemen in de «leidende principes» die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra. De leden zijn daar blij mee, maar vragen of dit voldoende is. Het duurt nog wel even voordat de mentale gezondheidscentra zijn opgericht, wat gebeurt er in de

tussentijd voor wachtenden patiënten? Daarnaast vragen de leden wie controleert dat deze «leidende principes» ook echt worden gevolgd.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie krijgen berichten van patiënten die – als ze eindelijk aan de beurt zijn voor zorg na wachten op de wachtlijst – zorg wordt geweigerd omdat er geen passend aanbod blijkt te zijn. Hierdoor komen zij opnieuw op een wachtlijst terecht. Soms wordt er ook niet met de patiënt meegedacht waar diegene wel terecht kan of krijgt de patiënt een plek toegewezen die niet passend is. Herkent de regering dit beeld ook? Wat kan gedaan worden om dit pingpongen tussen wachtlijsten te voorkomen? Kan de regering concrete afspraken maken met het veld om hen te wijzen op hun verantwoordelijk om met patiënten mee te denken en een passende oplossing in de buurt of regio te vinden voor een behandeling die aansluit bij de behoefte van de patiënt? Is de regering eventueel bereid om onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorgbemiddeling vanuit het perspectief van de patiënt? Zo niet, waarom niet?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd hoe verzekeraars door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden aangesproken als zij hun wettelijke zorgplicht niet naleven. Hoeveel verzekeraars zijn hierop aangesproken de afgelopen vijf jaar en op welke manier? De leden hebben eerder gepleit voor het opleggen van boetes door de NZa als verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen. Hoe kijkt de regering daarnaar? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn ook benieuwd hoe de afspraken die zijn gemaakt met de ggz-sector over doorzettingsmacht in de regio in de praktijk werken? Er zijn signalen dat de persoon met doorzettingsmacht onvoldoende gevonden wordt door patiënten. Is deze manier van doorzettingsmacht voldoende bekend? Hoe kan dit worden verbeterd?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering overbruggingszorg waardevol vindt, maar primair wil inzetten op het verkorten van de wachtlijsten. De leden zijn het daar zeer mee eens en vragen dan ook al jaren aandacht voor de lange wachtlijsten. De regering verwijst naar de plannen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om de wachttijden te verkorten. Hierbij wordt opnieuw gezegd dat vanaf 2025 in iedere regio mensen beter en sneller naar zorg toegeleid kunnen worden. Waar baseert de regering deze hoop op? Want tot heden zijn de wachtlijsten sinds de ondertekening van het IZA niet korter geworden. Gaat de regering zijn ambities halen? Welke cijfers kan de regering tot op heden geven? Is de wachttijd gedaald? Wordt de treeknorm vaker gehaald? Hoeveel mentale gezondheidscentra zijn er inmiddels al opgezet? En hoeveel zelfregiecentra?

#### *Sturen op voldoende zorgaanbod*

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden het antwoord van de regering op de vragen over omzetplafonds veel te mager. De regering legt uit wat de rol van omzetplafonds is in ons stelsel en waarom dit goed is, maar gaat niet in op de rol van omzetplafonds in de ggz. Werken omzetplafonds volgens de regering voor elke sector? Werken omzetplafonds volgens de regering in sectoren waar de wachtlijstproblematiek al jaren een probleem is zoals de ggz-sector? Maken deze omzetplafonds de wachtlijsten niet alleen maar groter? Al in 2020 stelde de Algemene Rekenkamer dat te krappe jaarlijkse omzetplafonds die zorgverzekeraars opleggen, de wachtlijsten voor ggz-zorgaanbieders in de hand werken voor met name de patiënten die er het ernstigst aan toe zijn. De leden zouden graag een duidelijkere reflectie én oplossingsrichting van de regering krijgen op de problematiek van omzetplafonds en de ggz-sector.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie lezen ook dat de regering bij dit onderwerp verwijst naar het traject rondom het in beeld brengen van cruciale ggz-zorg. In het debat over de VWS-begroting hebben de leden al uitgebreid hun zorgen geuit over het tempo van dit traject. Met name het komen tot een gezamenlijke definitie van cruciale ggz-zorg blijkt moeilijk te zijn. Hoe staat het daar inmiddels mee? Klopt het ook dat MIND niet inhoudelijk betrokken is geweest bij de onderzoeken naar cruciale ggz? Zijn andere cliëntorganisaties wel betrokken geweest? Is het cliëntperspectief voldoende betrokken bij de onderzoeken? Is de regering voornemens om MIND en andere organisaties bij vervolgstappen wel te betrekken?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie hebben de reactie gelezen op de constatering uit het MIND onderzoek dat aanbieders soms cliënten weigeren omdat ze buiten de regio van de aanbieder wonen. Zij beroepen zich dan op een KNMG-richtlijn. De regering stelt dat een behandelaar hier niet te lichtvaardig mee om mag gaan. Wat bedoelt de regering hiermee? Zijn hier kaders voor? En hoe wordt deze richtlijn meegenomen in het nu lopende traject rond cruciale-ggz?

#### *Laagdrempelige steunpunten en consultatiefunctie sociaal domein-ggz*

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering veelvuldig verwijst naar de komst van de laagdrempelige steunpunten en de consultatiefunctie sociaal domein-ggz. De leden zijn benieuwd hoe het staat met de financiering hiervan? Zeker in het licht van het zogenoemde «ravijn-jaar» van 2026 waar gemeenten op wijzen. Kunnen gemeenten structureel voldoende investeren in deze ontwikkelingen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn voorstander van deze laagdrempelige steunpunten en de consultatiefunctie, tegelijk is dit niet voor iedereen de oplossing. Zeker voor mensen die specialistische ggz nodig hebben is dit niet het antwoord. Maar ook basis ggz moet overal in het land beschikbaar zijn. Toch lazen de leden nog deze week dat een grote aanbieder<sup>1</sup> heeft aangekondigd te stoppen met het aanbieden van basis ggz vanwege personeelstekorten. Dit heeft consequenties voor meerdere gemeenten. Hoe reflecteert de regering op het signaal dat er geen basis ggz beschikbaar is in meerdere gemeenten in Nederland? Welke verantwoordelijkheid ziet de Minister voor haarzelf bij het realiseren van een dekkend ggz zorglandschap? Wat gaat zij doen om dit te bereiken? Wat is de escalatieladder voor regio's indien er acute knelpunten worden geconstateerd in het zorglandschap? Welke mogelijkheden heeft de Minister om spreiding van zorg binnen regio's en over het hele land af te dwingen, als dit ondanks alle inspanningen niet lukt?

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de stukken betreffende de Reactie op rapport MIND onderzoek wachttijden ggz. Voorgenoemde leden hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister concreet invulling wil geven aan het breder inzetten van overbruggingszorg door dit op te nemen in de «leidende principes» die zorgaanbieders en verzekeraars

<sup>1</sup> <https://www.rtvnoord.nl/nieuws/1124906/lentis-stopt-met-basis-ggz-wachttijsten-voor-psychische-problemen-zullen-toenemen>

opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra. Op welke termijn verwacht de Minister dit gedaan te hebben?

Verder lezen de leden van de VVD-fractie dat de Minister aan het verkennen is of het mogelijk gemaakt kan worden dat zorgverzekeraars mensen die wachten actief benaderen voor zorgbemiddeling, mede ter uitvoering van de motie Bikker en Van den Hil<sup>2</sup>. Op welke termijn verwacht de Minister dat deze verkenningsgesprekken zijn afgerond?

Heeft de NZa voldoende instrumentarium om toezicht te houden op het voldoen van de zorgplicht, zeker met het oog op de aanhoudende wachttijdproblematiek. Zou het helpen als de activiteiten van de NZa op dit front inzichtelijker gemaakt kunnen worden? Of is de Minister van oordeel dat het instrumentarium voldoende is?

De leden van de VVD-fractie merken op dat het vaak gaat over de aanbodzijde van de zorg als het gaat om cruciale ggz. Dit is ook opgemerkt in de begrotingsbehandeling VWS van 2024. In de begrotingsbehandeling werd de Minister daarom opgeroepen om cliëntenorganisaties actief te blijven betrekken. De Minister antwoordde dat het haar doel is om de vraag en aanbod in de ggz in evenwicht te krijgen en de opmerking verder mee te nemen. De leden van de VVD-fractie vernemen graag van de Minister hoe zij dit mee gaat nemen.

Voorgenoemde leden lezen verder dat de Minister de Kamer in een aparte brief zal informeren over de stand van zaken over het doel van de Minister om voldoende cruciale ggz-capaciteit te borgen in de regio en bovenregionaal. Is forensische ggz ook onderdeel van deze borging? Op welke termijn kan de Kamer deze brief verwachten?

Hoe ziet de Minister erop toe dat de contractering van zorgverleners eenvoudiger gemaakt wordt zodat meer zorgverleners gecontracteerd kunnen worden?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister onderstreept dat het van belang is dat patiënten het tijdig weten wanneer een keuze voor een zorgaanbieder hogere kosten met zich meebrengt. De Minister stelt dat in dit kader de zorgaanbieder volgens de regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa verplicht is om de consument te informeren over datgene wat van belang is om een wel overwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en ontvangen. Hoe wordt hierop toezicht gehouden?

De leden van de VVD-fractie lezen dat afstand een reden kan zijn voor een zorgaanbieder om een behandelovereenkomst niet aan te gaan. Zoals uit het MIND rapport ook blijkt, doen deze situaties zich dan ook in de praktijk voor. Heeft de Minister hier zicht op anders dan de cijfers uit het rapport? Daarnaast geeft de Minister aan dat zij mee zal geven aan KNMG, deNLggz en de NVvp 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. Kan de Minister aangeven op welke termijn zij dit wenst te doen? Kan de Minister de Kamer blijven informeren over de stand van zaken op dit punt?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister en de Staatssecretaris er in het kader van de motie Mohandis c.s.<sup>3</sup> op wijzen dat aangaande de laagdrempelige steunpunten een brede werkgroep onder regie van de VNG is gestart aan de implementatie van de afspraak om in de komende

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 77

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 659

vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van deze laagdrempelige steunpunten. Wat is hierop de stand van zaken?

De leden van de VVD-fractie lezen dat zorgverzekeraars hebben aangegeven de consultatie-functie ggz gedurende het eerste kwartaal van 2024 te gaan inkopen. Ziet de Minister tekenen dat dit daadwerkelijk ook gebeurt?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie**

De leden van de NSC- fractie hebben de reactie van de Minister op het rapport van het MIND onderzoek met belangstelling gelezen en hebben hierover de onderstaande vragen.

De leden van de NSC-fractie constateren dat MIND aandacht vraagt voor betere informatie over wachttijden. MIND signaleert dat informatie over wachttijden dikwijls gebrekkig of onbetrouwbaar is, zorgaanbieders cliënten tussentijds niet op de hoogte houden en dat de feitelijke wachttijd regelmatig veel langer is dan vooraf aangegeven. De leden van de NSC-fractie menen dat onduidelijkheid mensen mogelijk onnodig in onzekerheid laat. Betere informatievoorziening vanuit zorgaanbieders kan helpen. In het IZA is afgesproken dat er tenminste twee keer per jaar contact is met mensen op de wachtlijst, maar deze signalen uit het MIND rapport wijzen erop dat dit nog niet of onvoldoende gebeurt. Zij vragen de Minister wat de stand van zaken is met betrekking tot deze afspraak in het IZA en hoe is de naleving van deze afspraak geborgd.

Het rapport van MIND illustreert dat mensen de weg naar verschillende bestaande loketten voor eventuele hulp niet goed weten te vinden (zoals zorgbemiddeling, onafhankelijke cliënt ondersteuners, wachttijdbegeleiding en overbruggingszorg). De leden van de NSC-fractie constateren dat de Minister uitgebreid stilstaat bij verschillende acties om zorgbemiddeling vanuit de zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen. Kan de Minister aangeven welke concrete acties er worden ondernomen om ook de andere bestaande loketten (onafhankelijke cliëntondersteuners, wachttijdbegeleiding en overbruggingszorg) onder de aandacht te brengen? Wie is verantwoordelijk voor deze loketten? Waar moeten de afzonderlijke loketten volgens de Minister uit worden gefinancierd? Wie is verantwoordelijk voor het onder de aandacht brengen van bestaande loketten? Wie ziet toe op naleving van de afspraken per loket?

Kan de Minister aangeven hoe zij wil waarborgen dat mensen straks de weg naar een mentaal gezondheidscentrum dan wel de laagdrempelige steunpunten vanuit het IZA wel goed weten te vinden?

MIND constateert dat er regelmatig sprake is van een opeenvolging van meerdere wachttijden. De leden van de NSC-fractie vragen de Minister in hoeverre er voldoende specialisme aanwezig is bij een verkennend gesprek met cliënt om dit in de toekomst te voorkomen of dat daar extra maatregelen of andere oplossingen voor nodig.

De persoonlijke verhalen in de MIND-rapportage laten zien dat mensen met complexe ggz problematiek gedurende het leven vaak meerdere perioden gebruik maken van ggz zorg. Het rapport Ggz uit de knel van het Trimbos instituut wijst op gebrek aan mogelijkheden voor waakvlam zorg zodat mensen met complexe ggz problematiek, die terugverwezen zijn naar de eerstelijns, in geval dat zij weer intensievere zorg nodig hebben, snel terug kunnen keren naar de ggz zonder wachtlijst. De leden van de NSC-fractie vragen hoe de Minister de inzet van waakvlam zorg ziet in het kader van de wachttijdproblematiek en of hier stappen in worden gezet en

zo niet, waarom niet. Anderzijds vragen de leden wat de (verdere) mogelijkheden zijn om de zware en complexe ggz-zorg tijdig af te schalen en welke mogelijke belemmeringen hierin zijn.

De leden van de NSC-fractie constateren dat er al jarenlang een tekort aan goede behandelingen is bij zware of complexe ggz-problematiek. Zo horen de leden dat er, ondanks de invoering van het zorgprestatie-model, nog steeds negatieve prikkels zijn in de financiering. Welke stappen worden er gezet om deze negatieve financiële prikkels aan te pakken?

De leden van de NSC-fractie vragen welke verantwoordelijkheid de Minister voor zichzelf ziet als systeemverantwoordelijke, daar waar het gaat over de verdeling van schaarste. Er komt immers minder personeel (/blijft te weinig personeel), de zorgvraag neemt toe en niet alles moet in de zorg worden opgelost. Hoe dwingt de Minister keuzes af?

De leden van de NSC-fractie constateren dat de Minister in gaat op de cruciale zorg. Komende periode zal gekeken worden welk type als cruciaal aangemerkte ggz dan landelijk moet worden ingekocht/aanwezig moet zijn, en welk type (boven)regionaal is. Die keuze zal dit jaar dan al gevolgen hebben voor het zorgcontracteringsproces (dat rond de zomer start) tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders. We krijgen daardoor te maken met een(her)verdeling van schaarse mensen en middelen. De Minister heeft aangegeven aanspreekbaar te zijn op het borgen van cruciaal ggz aanbod. De leden van de NSC-fractie vragen de Minister of dit betekent dat zij ook -samen met de NZa- het lopende jaar bovenop het contracteerproces zit, zodat ze kan ingrijpen mocht het er toch op lijken dat cruciaal aanbod dreigt te verdwijnen.

De leden van de NSC-fractie constateren dat er naar verwachting een groep met complexe ggz problematiek zal overblijven, die niet onder de definitie van cruciale zorg valt. Wat gaat de Minister specifiek voor deze groep met complexe problematiek doen als het gaat om het waarborgen van voldoende zorgaanbod? Is de Minister bereid om specifiek voor deze doelgroep een wachttijdbeleid te ontwikkelen?

De Minister geeft aan dat zorgaanbieders volgens de NZa cliënten moeten informeren over het hebben van een contract met hun verzekeraar. En dat zorgverzekeraars volgens de NZa cliënten helder moeten informeren als hun keuze voor een zorgaanbieder hogere kosten met zich meebrengt.

De leden van de NSC-fractie vragen hoe de NZa exact toeziet op de naleving van de zorgplicht.

In hoeverre is uit het aanhoudend bestaan van wachttijden in de ggz, de conclusie te trekken dat er dus onvoldoende aan de zorgplicht wordt voldaan? Is dat te simpel gesteld, en zo ja, waarom dan eigenlijk?

Is de Minister van mening dat de NZa voldoende instrumenten heeft om haar rol als toezichthouder uit te voeren?

Wordt met de NZa besproken welke aanvullende bevoegdheden behulpzaam kunnen zijn om deze taken uit te voeren?

De leden van NSC-fractie vragen de Minister op welke manier de NZa tijdig ingrijpt als omzetplafonds de zorg aan cliënten belemmert.

De leden van de NSC- fractie lezen dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om verzekerden beter te informeren over de contracteer status tijdens het overstapeseizoen. In het IZA is afgesproken dat er op termijn

ruim voor het einde van het jaar duidelijkheid is voor verzekerden welke zorg wel en niet gecontracteerd is. Wanneer verwacht de Minister, gegeven de reeds gezette stappen en ervaringen, dat dit doel behaald kan worden? Welke stappen worden komende tijd gezet om het bereiken van dit doel te versnellen?

De leden van de NSC- fractie lezen dat MIND als aanbeveling geeft om te zorgen voor vormen van intensieve en integrale (cliënt) ondersteuning voor mensen met een complexe zorgvraag die vastlopen in de ggz. En geeft daarbij aan dat ervaringen, die zijn opgedaan met specialistische cliëntondersteuning voor mensen met onder meer NAH of autisme, helpend kunnen zijn. Kan de Minister ingaan op deze aanbeveling en wat zij daarmee wil doen?

De Minister gaat in haar reactie op het MIND rapport specifiek in op de consultatiefunctie sociaal domein-ggz. Maar er is bredere domein-overstijgende samenwerking nodig bijvoorbeeld met huisartsenzorg, of denk aan oplossingen voor indirecte tijd door medewerkers van zorgaanbieders en welzijnsorganisaties.

De leden van de NSC-fractie vragen de Minister of de consultatiefunctie sociaaldomein-ggz breder inzetbaar is dan alleen de relatie tussen sociaal domein en ggz? Wat zijn de volgende stappen als het gaat om domein-overstijgende samenwerking in relatie tot ggz?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op het rapport van MIND onderzoek wachttijden ggz. Wat deze leden betreft zouden er concrete stappen moeten worden gezet om de wachtlijsten te verminderen en mensen de zorg te bieden die ze nodig hebben. Ook moeten er meer stappen worden gezet zodat mensen langer gezond blijven, zonder dat dit resulteert in een zorgvraag. Het onderzoek van MIND laat zien dat er meer stappen moeten worden gezet om daaraan te voldoen. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen, samengevoegd in de kopjes wachtlijsten, toegang tot zorg, houdbaarheid.

#### *Wachtlijsten*

Nog altijd bestaan er lange wachtlijsten in de ggz, waarbij mensen met ernstige psychische klachten lang moeten wachten op zorg. Om een goed beeld te krijgen op deze wachtlijsten is een goede informatievoorziening noodzakelijk. Nu wordt er tweemaal jaarlijks gerapporteerd door de NZa over wachttijden. In hoeverre deelt de Minister de opvatting van de leden van de D66-fractie dat een rapportage per kwartaal betere inzichten zou bieden? Daarnaast willen deze leden ook graag weten welk proces wordt gevolgd als een aanbieder niet op tijd de juiste informatie aanlevert die hiervoor nodig is? Worden er boetes opgelegd, en zo ja, hoe vaak is dit gebeurd?

Mensen met psychische problemen moeten erop kunnen vertrouwen dat ze worden begeleid in de zoektocht naar een goede zorgaanbieder. De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat patiënten niet altijd goede hulp van verzekeraars ontvangen bij zorgbemiddeling. Het lijkt erop dat de verzekeraar onvoldoende op de hoogte is van de zorgvraag van de patiënt en soms met een alternatief komt die niet passend is. Deze leden willen graag van de Minister weten of zij dit signaal herkent en welke stappen zij gaat zetten om dit te verbeteren? Kan zij reflecteren op welke



verantwoordelijkheden zorgverzekeraars hebben bij het begeleiden van patiënten naar zorg?

Tijdens de begrotingsbehandeling is de motie Synhaeve<sup>4</sup> aangenomen die verzoekt om voor het einde van 2024 landelijk overbruggingszorg beschikbaar te stellen. Zoals het onderzoek van MIND ook toont zijn er nog veel mensen met ernstige psychische klachten die terwijl zij op de wachtlijst staan voor zorg, geen enkel contact hebben met de zorgverlener. Dit moet anders, vinden deze leden. De Staatssecretaris heeft tijdens het debat aangegeven hier niet in die termijn aan te kunnen voldoen, maar dat er een stand van zaken brief zal worden gestuurd. Deze leden horen graag wanneer zij die brief kunnen verwachten en wat de inschatting zal zijn wanneer er wel een landelijk dekkend netwerk van overbruggingszorg kan worden gerealiseerd?

#### *Toegang tot zorg*

De leden van de D66-fractie krijgen signalen van patiënten die na lang wachten op de wachtlijst eindelijk aan de beurt zijn, en waarbij vervolgens de zorg geweigerd wordt omdat er geen passend aanbod blijkt te zijn, of omdat er een combinatie aan problematiek aan ten grondslag ligt (zoals verslavingsproblemen gecombineerd met psychische problematiek). Dan wordt er niet met de patiënt meegedacht om te kijken waar hij of zij dan wel terecht kan. Dit past niet bij het principe «passende zorg». De leden van de D66-fractie horen graag van de Minister of zij dit signaal herkent. Erkent de Minister dat dat het psychisch lijden verergert en de patiënt hierdoor onnodig in crisissituaties kan terecht komen? Kan de Minister toezeggen concrete afspraken te maken met het veld zoals de Nederlandse ggz, MEER ggz, de LVvP, de NVvP om hen te wijzen op hun verantwoordelijk om met patiënten mee te denken en een passende oplossing in de buurt (of regio) te vinden voor een behandeling die aansluit bij de behoefte van de patiënt?

In hoeverre vindt de Minister dat de personen met doorzettingsmacht (wanneer aanbieder en verzekeraar er niet onderling uitkomen) voldoende wordt gevonden en voldoende bekendheid geniet? In hoeverre gaat de Minister nog acties ondernemen om deze beter onder de aandacht te brengen?

#### *Houdbaarheid*

In de brief van de Minister wordt veel gesproken over de rol van het sociaal domein en bijvoorbeeld de laagdrempelige steunpunten. De leden van de D66-fractie zijn benieuwd of de Minister een duidelijk tijdspad kan schetsen hoeveel steunpunten er gerealiseerd moeten zijn per jaar. Verder vragen deze leden in hoeverre deze taken structureel worden gefinancierd, gelet op de financiële tekorten die gemeenten vanaf 2026 verwachten? Hoe zorgt de Minister dat de gemeentefinanciën op orde blijven zodat die steunpunten er komen *en kunnen blijven bestaan*, en dat ook op andere terreinen vanuit de gemeente kan worden geïnvesteerd in de mentale gezondheid van inwoners (denk aan preventie op het gebied van leefstijl, aan investeren in onafhankelijke cliënt-ondersteuning, sociaal werk, buurtsportcoaches)?

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 36 410-XVI, nr. 58

## Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben brieven ontvangen over de reactie op het onderzoek van MIND naar wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en hebben nog enkele vragen voor de Minister.

Uit de brieven blijkt dat sommige patiënten die op de wachtlijst staan en eindelijk aan de beurt zijn, soms de zorg wordt geweigerd omdat er geen passend aanbod beschikbaar is. Er wordt ook niet meege gedacht met de patiënt om een alternatieve plek te vinden. Erkent de Minister dat hierdoor het psychisch lijden van de patiënt verergert en dat de patiënt hierdoor onnodig in crisissituaties terechtkomt? Kan de Minister toezeggen om concrete afspraken te maken met organisaties in het veld, zoals de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg, MEER ggz, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, om hen bewust te maken van hun verantwoordelijkheid om met patiënten mee te denken en een passende behandeling in de buurt (of regio) te vinden die aansluit bij de behoeften van de patiënt?

Daarnaast ervaren patiënten die op de wachtlijst staan weinig goede hulp van verzekeraars bij het vinden van geschikte zorg. Het lijkt erop dat verzekeraars onvoldoende op de hoogte zijn van de zorgbehoefte van de patiënt en soms met alternatieve opties komen die helemaal niet passend zijn. Wat gaat de Minister hieraan doen?

Ook worden patiënten van de ene naar de andere partij gestuurd, namelijk van de zorgaanbieder naar de verzekeraar, en zij worden aangeraden contact op te nemen met de persoon met doorzettingsmacht in de regio. Echter blijkt dat de doorzettingsmacht nog niet overal is geïmplementeerd of goed werkt. Bovendien weten patiënten vaak niet bij wie zij terecht kunnen en worden zij niet geïnformeerd over het bestaan van de doorzettingsmacht. Wat gaat de Minister doen om de doorzettingsmacht toegankelijk te maken via een bekend telefoonnummer voor patiënten, en hoe gaat zij dit nummer bekend maken, bijvoorbeeld door middel van een campagne?

Daarnaast weten de leden van de BBB-fractie dat de NZa twee keer per jaar rapporteert over de wachttijden. MIND pleit ervoor om vier keer per jaar te rapporteren, gezien de lange wachtlijsten. Dit zou eerder ingrijpen en bijsturen mogelijk maken. Kan de Minister voortaan vier keer per jaar rapporteren over de wachttijden?

Verder valt het de leden van de BBB-fractie op dat de NZa veel ruimte geeft aan zorgaanbieders (voor het aanleveren van wachttijdgegevens) en verzekeraars (bij het niet naleven van de wettelijke zorgplicht). Waarom worden hier geen dwangsommen en boetes opgelegd? Wat is de afspraak van de Minister met de NZa hierover? Zij hebben immers de bevoegdheid om boetes op te leggen.

Ook lezen de leden van de BBB-fractie in de brief dat MIND ook pleit voor een betere toegankelijkheid van de ggz voor huisartsenposten. Daarom vragen de leden van de BBB zich af wat de visie van de Minister is op het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de bredere zorg. Hierdoor kan er samenwerking ontstaan tussen verschillende zorgdisciplines, wat resulteert in vroegtijdige herkenning en interventie bij mentale problemen.

Volgens de leden van de BBB-fractie is de Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts een waardevolle aanvulling en zou dit de aanbevolen vergoede eenvoudige ggz-zorg moeten zijn. Dit zou meer praktische ruimte creëren voor intensievere ggz-zorg.

Ook wijst MIND op situaties waarin zorgaanbieders weigeren om een behandelovereenkomst aan te gaan met een cliënt, omdat deze buiten het reguliere werkgebied van de ggz-aanbieder woont. De beslissing hierover ligt bij de arts of zorginstelling. De Minister is van mening dat hier niet lichtvaardig mee moet worden omgegaan. Zij geeft aan dat zij dit ter overweging meegeeft en/of hierover in gesprek zal gaan, maar de BBB vraagt zich af of de Minister zelf de regie kan nemen, zodat dit soort situaties niet meer voorkomen?

Tot slot, het is goed dat de Minister gesprekken voert over problemen binnen de ggz. Echter, de leden vragen zich af of het niet tijd is om hier op een andere manier mee om te gaan. Hiermee bedoelen de leden dat het tijd is dat de Minister en Staatssecretaris, ondanks het huidige zorgstelsel, de regie gaan nemen als het gaat om wachttijden, weigeringen door zorgaanbieders, problemen met zorgverzekeraars en het organiseren van hulp bij het vinden van een passende behandeling. Hoe staan de Minister en Staatssecretaris hier tegenover? Is het niet tijd om meer regie te nemen in plaats van alleen maar in gesprek te gaan?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen n.a.v. de reactie van de Minister op het rapport van MIND, aangaande het onderzoek wachttijden GGZ. Zij vinden dit onderzoek vooral van belang omdat het inzicht geeft in de doelgroep patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag.

MIND stelt, zich in het rapport te concentreren op de groep cliënten met (ernstige) problemen in de toegang en proberen meer inzicht te krijgen in de aard van die problemen. De bevindingen van MIND vindt de Minister een goed inzicht geven van problemen, waarmee de ggz-sector al langere tijd kampt en die voor patiënten en hun omgeving zeer impactvol zijn. Deze zienswijze delen de leden van de CDA-fractie met de Minister en zeker ook met MIND. Er is een groep patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag, die te lang moet wachten op passende zorg vinden de leden. Deelt de Minister met de leden van de CDA-fractie het punt dat deze situatie voor cliënten/patiënten met een zwaardere zorgvraag al veel langer loopt dan de afspraken, die in het Integraal Zorgakkoord zijn gemaakt? Waarom denkt de Minister, dat de verdere uitwerking van de afspraken in het IZA een oplossing gaan bieden voor de groep cliënten met ernstige GGZ problemen?

Vervolgens stelt MIND, dat de helft van de onderzoeksgroep geen overbruggingshulp krijgt aangeboden. De Minister wil dit concreet aanpakken vanuit de oprichting van mentale gezondheidscentra, zodat daar gekeken kan worden naar de mogelijkheden van overbruggingszorg vanuit het sociaal domein. Is er een verschil tussen overbruggingshulp en overbruggingszorg?

En kunnen mentale gezondheidscentra hulp en/of ondersteuning bieden aan patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag? Maar zo stellen de leden van de CDA-fractie, overbruggingszorg regelen is toch in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars? Hoe verhoudt het een en ander zich tot elkaar? Maakt dit het systeem om GGZ zorg te ontvangen juist niet complexer?

De Minister stelt voor om wachttijden te verkorten en met de andere IZA-partijen in te zetten op het vergroten van de behandelcapaciteit en op het sneller doorgeleiden van mensen naar zorg of ondersteuning via een verkennend gesprek. Wat is het verschil tussen een intake en een verkennend gesprek zo vragen de leden zich af? En dit zijn toch twee aparte trajecten, meer behandelcapaciteit en mensen sneller naar de juiste zorg toe geleiden?

De leden van de CDA-fractie merken op dat het nu februari 2024 is, hoe ver staat het met het vergroten van de behandelcapaciteit? De Minister wil immers vanaf 2025 in iedere regio mensen beter en sneller naar zorg toe geleiden. Naast wachtlijsten op instellingsniveau komen er wachtlijsten op regioniveau. Hoe gaat dit de patiënt met een zwaardere zorgvraag concreet helpen?

Hoe is het gesteld met de uitvoering van de motie van den Berg, Westerveld uit mei 2023 (Kamerstuk 25 424, nr. 654)? Is nu duidelijk wat onder cruciale GGZ zorg valt en komt er een adequaat landelijk overzicht? Is bekend hoeveel plaatsen er zijn voor de verschillende psychische stoornissen? Is bekend hoe de landelijke dekking is? Is bekend wel regio's te weinig plaatsen hebben voor bepaalde psychische stoornissen en hoe voor die regio's capaciteit kan worden gevonden? Als deze informatie nog niet beschikbaar is, kan de Minister aangeven wanneer deze informatie wel beschikbaar is?

Wat betreft de komst van mentale gezondheidscentra en de consultatiefunctie ggz, vragen de leden van de CDA-fractie of hier ook ruimte/plek is voor hulp en of ondersteuning voor mensen met onbegrepen gedrag? Kan de politie ook gebruik maken van de consultatiefunctie ggz.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op het rapport van MIND over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen hierover.

Genoemde leden merken op dat in de brief vooral gewezen wordt naar processen en ontwikkelingen die nog in de kinderschoenen staan en dat er maar weinig instrumenten worden genoemd die direct verlichting zouden kunnen bieden. Zo staat er in de reactie over het gebrek aan goede overbruggingszorg dat het «opgenomen zal worden in de *leidende principes* die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra». Genoemde leden vinden het onverantwoord dat mensen die al wachten op geestelijke gezondheidszorg nu ook al schijnen te moeten wachten als het gaat om goede overbruggingshulp. Deze mentale gezondheidscentra zijn nog in ontwikkeling en zijn dus op dit moment meestal nog niet in staat om de juiste overbruggingshulp te bieden. Welke oplossingen ziet de Minister nu concreet om overbruggingshulp per direct beschikbaar te maken voor mensen op de wachtlijst en hoe wordt ervoor gezorgd dat mensen die op de wachtlijst staan op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor overbruggingshulp en dat deze ook actief wordt aangeboden?

Verder valt het de genoemde leden op dat de regelingen die beschikbaar zijn op papier niet altijd in overeenstemming zijn met de praktijk. De organisatie MIND geeft aan dat ze van patiënten vernemen dat ze weinig goede hulp ervaren als het gaat om zorgbemiddeling. In de reactie van de Minister komt naar voren dat ze zich actief inzet om zorgbemiddeling meer onder de aandacht te brengen, maar het is de genoemde leden onduidelijk wat ze gaat doen om de kwaliteit van de zorgbemiddeling te

verhogen. Patiënten geven namelijk aan dat het aangeboden alternatief niet altijd passend is bij de zorgvraag. Zijn er gegevens bekend over de kwaliteit van de zorgbemiddeling die wordt aangeboden en hoe dit door patiënten ervaren wordt? Mochten deze gegevens niet bekend zijn, is de Minister bereid om hier dan een onderzoek naar in te stellen?

Daarnaast merken genoemde leden op dat de Minister ondanks de wachtlijsten nog steeds de omzetplafonds van zorgverzekeraars accepteert. Genoemde leden vinden het nog steeds onverantwoord dat in een sector waar sprake is van lange wachtlijsten dit systeem nog steeds gehanteerd wordt. Omzetplafonds leiden immers tot een onnodige patiëntenstop. Een patiënt wordt immers geweigerd omdat het geld op is en niet omdat er daadwerkelijk geen plek zou zijn. Deze patiënten moeten daardoor noodgedwongen wachten, waardoor het risico op verergering van psychische klachten groter wordt. Genoemde leden vinden het hanteren van deze omzetplafonds daarom in strijd met de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars. Hoe kijkt de NZa hiernaar als het gaat om het hanteren van omzetplafonds en de taak van zorgverzekeraars om aan de wettelijke zorgplicht te voldoen.

Genoemde leden maken zich ook zorgen over de verdere inperking van de vrijeartsenkeuze als het gaat om de ggz. Het is bij sommige verzekeraars niet meer mogelijk om een restitutiepolis af te sluiten. Genoemde leden willen erop wijzen dat vooral bij psychische hulp de relatie tussen behandelaar en patiënt cruciaal is voor het slagen van de behandeling. Verder leidt het wegvallen van de restitutiepolis en de verlaging van vergoedingen voor ongecontracteerde zorg ertoe dat patiënten geconfronteerd worden met hoge zorgkosten en mogelijk zelfs opnieuw op de wachtlijst terechtkomen omdat ze vanwege de hoge kosten de behandelrelatie met hun huidige behandelaar niet meer kunnen voortzetten. Dit kan uiteraard weer zorgen voor verergering van klachten en hoge kosten voor de samenleving. Welke maatregelen is de Minister bereid te nemen om deze patiënten tegemoet te komen?

Tot slot hebben genoemde leden nog enkele vragen over de laagdrempelige steunpunten. Hoe staat het met de financiering van deze steunpunten? In hoeverre is deze structureel van aard? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de komende jaren de gemeenten voldoende financiële middelen krijgen zodat deze steunpunten gerealiseerd worden, maar ook kunnen blijven voortbestaan. Wordt hierbij ook voldoende rekening gehouden met het «financiële ravijn» waar gemeenten in 2026 mee geconfronteerd worden?

## **II. Reactie van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief over het rapport MIND, onderzoek naar de wachttijden in de ggz en hebben daarover nog een enkele vraag. Kan de Minister de leden van de PVV-fractie enkele concrete voorbeelden geven over hoe shared decision making leidt tot verkorting van de wachttijden?*

Een van de aanbevelingen uit de Mind-rapportage is om bij overbruggingshulp de principes van het verkennend gesprek en shared decision making toe te passen. Shared decision making is geen instrument dat ingezet wordt om wachttijden te verminderen. Wel kan het ervoor zorgen dat er meer passende zorg geleverd wordt doordat de patiënt, zorgprofessional en eventueel naaste samen kijken welke behandeling en ondersteuning past in de specifieke situatie. De inzet van Shared decision

making bij overbruggingshulp zou er voor kunnen zorgen dat cliënten op een wachtlijst deze tijd beter doorkomen, omdat het geboden aanbod beter aansluit op hun behoefte.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie**

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie hebben de brief met de reactie van de regering op het rapport van MIND gelezen. De leden danken de regering voor de uitgebreide reactie, toch hebben ze nog flink wat openstaande vragen. Al jaren vragen de leden onophoudelijk aandacht voor de 84.000 volwassen die op de wachtlijst staan voor een behandeling. Maar liefst de helft hiervan wacht langer dan de wettelijke maximumnorm (treeknorm). Toch lijkt er weinig schot in de zaak te zitten. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen ook in deze brief weer mooie woorden en ambities, maar veel van de plannen gaan pas op lange termijn verlichting brengen (als dat al zo is). De leden willen de regering dan ook oproepen de mensen die nu op de wachtlijst staan niet te vergeten, want deze mensen hebben weinig aan lange termijn oplossingen.*

Voor de mensen die nu op de wachtlijst staan is het belangrijk om zo spoedig mogelijk de zorg te krijgen die ze nodig hebben. Hier wordt door de zorgprofessionals ook hard aan gewerkt. Jaarlijks maken bijna 1,5 miljoen Nederlanders gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Daarbij zijn er verschillende initiatieven om mensen gedurende de periode dat zij op een wachtlijst staan te begeleiden of ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn het initiatief van de «Wachtverzachter» in Dronten, de wachttijdondersteuning van Kompassie in Den Haag<sup>5</sup> en de pilot van GGNet in Zutphen<sup>6</sup>. Ook bieden steeds meer ggz-aanbieders e-health aan tijdens het wachten, zoals de app Superbrains van Parnassia. Hiernaast kan de POH-ggz kortdurend cliënten met (lichte) psychische klachten begeleiden of ondersteunen.

#### *Ondersteuning na verwijzing*

*De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering het met MIND eens is dat het onwenselijk is dat mensen tijdens lange wachttijd geen overbruggingshulp aangeboden krijgen. Ruim de helft van de respondenten kreeg geen overbruggingshulp aangeboden. De regering wil dit oplossen door het breder inzetten van overbruggingszorg op te nemen in de «leidende principes» die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra. De leden zijn daar blij mee, maar vragen of dit voldoende is. Het duurt nog wel even voordat de mentale gezondheidscentra zijn opgericht, wat gebeurt er in de tussentijd voor wachtenden patiënten? Daarnaast vragen de leden wie controleert dat deze «leidende principes» ook echt worden gevolgd.*

Voor lichte hulp kunnen mensen nu al een beroep doen op de POH-ggz. Een deel van de 1,5 miljoen mensen die een beroep doet op geestelijke gezondheidszorg doet dat ook al. Daarnaast hoeft er voor het vormgeven van overbruggingsondersteuning niet te worden gewacht op de ontwikkeling van de mentale gezondheidsnetwerken. Ook nu al wordt ondersteuning aangeboden aan mensen die wachten. Goede voorbeelden zijn Wachtkracht in Zwolle en Wachtverzachter in Dronten. Deze initiatieven laten zien dat wachttijdbegeleiding en overbruggingshulp van grote

<sup>5</sup> Zie <https://www.kompassie.nl/wat-doen-wij/wachttijdondersteuning/>

<sup>6</sup> Zie <https://wegvandewachtlijst.nl/van-wachttijd-naar-starttijd-ggnet-zet-wachtenden-aan-het-werk>

meerwaarde kunnen zijn en brede navolging verdienen. Ook is een belangrijke rol weggelegd voor de laagdrempelige steunpunten die er in veel regio's ook al zijn. De leidende principes waarnaar u verwijst zijn inmiddels omgezet in de werkwijze mentale gezondheidsnetwerken. Hierin zijn afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en financiers gemaakt. Het is nu in eerste instantie aan deze partijen om op basis van deze werkwijze samenwerkingsafspraken te maken in de regio. De implementatie van de werkwijze in de regio's zal worden gemonitord door de ondertekenende partijen van het IZA.

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie krijgen berichten van patiënten die – als ze eindelijk aan de beurt zijn voor zorg na wachten op de wachtlijst – zorg wordt geweigerd omdat er geen passend aanbod blijkt te zijn. Hierdoor komen zij opnieuw op een wachtlijst terecht. Soms wordt er ook niet met de patiënt meegedacht waar diegene wel terecht kan of krijgt de patiënt een plek toegewezen die niet passend is. Herkent de regering dit beeld ook?*

Signalen over het niet kunnen vinden van passend aanbod zijn mij bekend. De afspraken in het IZA over regionale wachtlijsten en het verkennend gesprek hebben als doel om mensen sneller en beter naar de juiste zorg of ondersteuning te leiden. De afspraken over cruciale ggz hebben daarnaast als doel om ervoor te zorgen dat het aanbod van zorg beter aansluit op de vraag. Voor mensen die een hele specifieke zorgvraag hebben kan vanuit de regionale transfermechanismen gezocht worden naar passende zorg. Binnen deze regionale transfermechanismen zetten ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en vaak ook verwijzers en gemeenten zich samen in om tot oplossingen te komen voor patiënten die te lang op de wachtlijst staan/dreigen te komen. In 29 van de 31 wachttijdenregio's zijn inmiddels transfermechanismen ingericht.<sup>7</sup>

*Wat kan gedaan worden om dit pingpongen tussen wachtlijsten te voorkomen?*

Wanneer mensen ondanks eerdere tussenkomst van een zorgaanbieder of zorgbemiddeling van de verzekeraar geen passende zorg kunnen vinden kan dit op de regiotafels hoogcomplexere zorgvragen worden ingebracht. Deze regiotafels staan onder leiding van een grote ggz-aanbieder. Hier wordt passende zorg gezocht of gecreëerd zodat mensen niet tussen wal en schip vallen. In het IZA is verder afgesproken om regionaal inzicht in wachttijden te realiseren. Dit met als doel dat verwijzers beter in staat zijn om een tijdige en passende verwijzing te kunnen doen en cliënten inzicht hebben in de wachttijden in hun regio en op basis hiervan hun keuze voor een zorgaanbieder kunnen bepalen. Partijen werken ernaar toe om dit inzicht per 2026 voor elke regio te realiseren.

*Kan de regering concrete afspraken maken met het veld om hen te wijzen op hun verantwoordelijk om met patiënten mee te denken en een passende oplossing in de buurt of regio te vinden voor een behandeling die aansluit bij de behoefte van de patiënt?*

Dat is reeds gebeurd in het Integraal Zorg Akkoord. Binnen de op te zetten mentale gezondheidsnetwerken zal ook de bestaande functie van regionale transfermechanisme opgenomen worden. Hier bekijken aanbieders in een regio gezamenlijk hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transferen van wachtende personen ten behoeve van tijdigere zorg. Door

<sup>7</sup> Zie <https://wegvandewachtlijst.nl/monitor-toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz-eerste-helft-2023>

daarbij samen te werken met de verwijzers (veelal huisartsen), komen mensen ook sneller op de juiste plek terecht.

*Is de regering eventueel bereid om onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorgbemiddeling vanuit het perspectief van de patiënt? Zo niet, waarom niet?*

Zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen waar verzekerden desgewenst contact mee kunnen opnemen, indien zij na een verwijzing op zoek zijn naar een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar zal zich in dat geval ervoor inzetten om een geschikte zorgaanbieder te vinden. Uit onderzoek van de ACM blijkt dat in 2023 78% van de verzekerden (zeer) tevreden was over de totale dienstverlening van zorgverzekeraars.<sup>8</sup> Tegelijk volgt hieruit dat de inzet van de zorgverzekeraar niet in alle gevallen leidt tot een voor de verzekerde bevredigende oplossing. Hiervoor kunnen de oorzaken heel divers zijn. Denk hierbij aan het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en ook het wensniveau en de verwachtingen van de verzekerde. In die zin herken ik de signalen en zal deze via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onder de aandacht brengen van zorgverzekeraars. Ook is van zorgbemiddeling bekend dat relatief weinig patiënten hier een beroep op doen. Het is hierbij belangrijk dat verzekerden de zorgverzekeraar ook daadwerkelijk weten te vinden voor zorgbemiddeling en zorgadvies. Om de bekendheid van de zorgadviesafdelingen te vergroten hebben zorgverzekeraars het platform mijnzorgverzekeraar.nl gelanceerd. Op deze website kunnen verzekerden en verwijzers de contactgegevens van de zorgadviesafdelingen van de verschillende zorgverzekeraars makkelijk terugvinden. Daarnaast zijn verschillende andere maatregelen in gang gezet. Denk hierbij aan het een beter inzicht in regionale wachtlijsten, betere aansluiting van vraag en aanbod voor complexe zorgvragen met het traject «cruciale ggz». Daarom zie ik geen meerwaarde om aanvullend onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorgbemiddeling vanuit het perspectief van de patiënt.

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd hoe verzekeraars door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden aangesproken als zij hun wettelijke zorgplicht niet naleven. Hoeveel verzekeraars zijn hierop aangesproken de afgelopen vijf jaar en op welke manier?*

In 2018, 2019 en 2020 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de inzet van zorgverzekeraars ten aanzien van het verminderen van wachttijden. Ten behoeve van deze onderzoeken is een beoordelingskader op vijf thema's opgesteld: inzicht in wachtlijstproblematiek, handelen richting verzekerden, handelen richting zorgaanbieders, bedrijfsprocessen en agenderen. De NZa heeft de uitkomsten van deze onderzoeken in drie samenvattende rapportages gepubliceerd (onderzoek 2018, onderzoek 2019 en onderzoek 2020). In het laatste rapport constateerde de NZa dat zorgverzekeraars meer werk maken van de aanpak van wachttijden. De aandachtspunten die gelden zijn in het rapport voor elke specifieke zorgverzekeraar (op naam) zichtbaar gemaakt. Met deze vorm van transparantie beoogde de NZa de druk op zorgverzekeraars die nog een stap te zetten hebben, te vergroten. Met vier zorgverzekeraars is de NZa een intensiever toezichtstraject in gegaan. Gedurende een jaar werden met hen intensieve gesprekken gevoerd over de resterende verbeterpunten. Uiteindelijk concludeerde de NZa dat deze zorgverzekeraars de verbeterpunten in voldoende mate hebben opgepakt. Formele handhaving was dus niet nodig. In 2020 heeft de NZa een handvattendo-

<sup>8</sup> Zie <https://www.acm.nl/system/files/documents/consumentenonderzoek-zorgverzekeringmarkt-2023.pdf>



cument<sup>9</sup> gepubliceerd over wat zij van zorgverzekeraars verwacht bij het vervullen van hun zorgplicht. In oktober 2022 concludeerde de NZa op basis van controlebezoeken bij de vier grootste zorgverzekeraars dat zij een onvoldoende proactieve rol speelden in de inkoop en het sturen op wachttijden in de msz (onderzoek zorgplicht uitgestelde zorg). De NZa heeft toen aangegeven verandering in de rol van zorgverzekeraars te willen zien.

In dezelfde maand heeft de NZa de jaarlijkse Stand van de zorg uitgebracht. Met de brief 23 juni 2023<sup>10</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken. In deze brief is aangegeven dat de NZa bezig is met een vervolgonderzoek naar de mate van pro-activiteit van zorgverzekeraars ten aanzien van de zorgplicht. Het onderzoek focust zich onder andere op de geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft op 12 maart 2024 de resultaten van het onderzoek gepubliceerd op haar website. De belangrijkste conclusie is dat geen van de vier onderzochte zorgverzekeraars volledig voldoet aan de proactiviteitsnormen van de zorgplicht. Bij twee van de vier zien zij dusdanige tekortkomingen dat zij daar een formele maatregel voor hebben ontvangen. De NZa gaat als zelfstandig bestuursorgaan over haar eigen toezicht en is daarin onafhankelijk. Ik kan uw Kamer om die reden dan ook niet uitgebreider informeren over de inhoud van het onderzoek. De resultaten worden enkel gedeeld met de zorgverzekeraars die het betreft.

Ik zie de resultaten van de NZa als belangrijk signaal dat ook zorgverzekeraars hun been moeten bijtrekken om de msz/ggz toegankelijk te houden, nu en in de toekomst. Ik vind het positief dat de NZa daar stevig op toeziet. Daarbij snap ik ook goed dat de NZa hierbij kijkt naar wat een zorgverzekeraar proactief moet doen; bijvoorbeeld als het gaat om het voorkomen van wachttijdenproblematiek. Dit sluit aan bij de beweging die ik probeer met de gesloten akkoorden in gang te zetten. Ik blijf dan ook actief met partijen, waaronder zorgverzekeraars, in gesprek om deze beweging te versterken.

*De leden hebben eerder gepleit voor het opleggen van boetes door de NZa als verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen. Hoe kijkt de regering daarnaar?*

De NZa beschikt met de mogelijkheid tot het opleggen van een last onder dwangsom reeds over een formeel (wettelijk) handavingsinstrument met een financiële prikkel, die -nadat een eerdere aanwijzing niet is opgevolgd- ingezet kan worden in het kader van naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Dit instrument kan gericht worden ingezet, door bij de zorgverzekeraar neer te leggen wat deze moet doen, nalaten, veranderen of ongedaan maken. De zorgverzekeraar moet in het geval van een last onder dwangsom een geldbedrag (de last) betalen als de situatie niet wordt hersteld. De NZa is bevoegd tot het opleggen van een bestuurlijke boete bij overtreding van onder meer diverse normen omtrent de naleving van de Zorgverzekeringswet. Voor de zorgplicht bestaat echter geen bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen.

De uitvoering van het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars maakt onderdeel uit van de structurele en incidentele afstemming die ik met de NZa heb. Hieronder valt ook het evalueren of het instrumentarium ter handhaving van de zorgplicht voldoende is.

<sup>9</sup> Zie [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_323566\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/)

<sup>10</sup> Zie <https://open.overheid.nl/documenten/f12a4de7-4835-4059-8630-3e6178fc5944/file> (Kamerstuk 31 765, nr. 791)

*De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn ook benieuwd hoe de afspraken die zijn gemaakt met de ggz-sector over doorzettingsmacht in de regio in de praktijk werken? Er zijn signalen dat de persoon met doorzettingsmacht onvoldoende gevonden wordt door patiënten. Is deze manier van doorzettingsmacht voldoende bekend? Hoe kan dit worden verbeterd?*

Zoals aan uw Kamer gemeld<sup>11</sup> heeft regionale doorzettingsmacht (RDM) als doel te voorkomen dat patiënten die ggz-zorg nodig hebben, maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende/geschikte behandelplek gevonden kan worden, tussen wal en schip vallen. Middels RDM wordt dan passende zorg gezocht of gecreëerd. Het is daarbij aan de behandelaar van de cliënt om de casus in te brengen bij de regionale taskforce wachttijden in het kader van het regionale transfermechanisme (trede 1 van het escalatiemodel). Indien er op regionaal niveau geen oplossing gevonden wordt dan kan worden opgeschaald naar een van de zeven bovenregionale tafels hoogcomplex (trede 2 van het escalatiemodel). Cliënten en hun naasten kunnen ook zelf – samen met een clientondersteuner – contact leggen met de coördinator van de taskforce binnen hun regio. De uitvoering van de wachttijdenmaatregelen wordt gemonitord vanuit de landelijke stuurgroep wachttijden, dit geldt dus ook voor RDM<sup>12</sup>. De landelijke stuurgroep geeft aan dat de eerste twee treden van RDM in iedere regio ingericht zijn en functioneren. Opschaling naar de derde trede (bestuurlijk niveau) gebeurt zelden en opschaling naar de vierde trede (bewindspersoon VWS) is nog nooit voorgekomen. Regio's geven daarbij aan dat zij er voordien zelf al uit komen in één van de lagere treden en goed worden gevonden. De stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden draagt ook zorg voor de bekendheid van RDM. Dit gebeurt onder andere middels een landelijke website, wegvandewachtlijst.nl. Tevens staat RDM genoemd op de website Regelhulp<sup>13</sup>, daarmee is RDM voldoende bekend en vindbaar.

*De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering overbruggingszorg waardevol vindt, maar primair wil inzetten op het verkorten van de wachtlijsten. De leden zijn het daar zeer mee eens en vragen dan ook al jaren aandacht voor de lange wachtlijsten. De regering verwijst naar de plannen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om de wachttijden te verkorten. Hierbij wordt opnieuw gezegd dat vanaf 2025 in iedere regio mensen beter en sneller naar zorg toegeleid kunnen worden. Waar baseert de regering deze hoop op?*

Het Trimbosinstituut heeft in haar rapport «GGZ uit de knel»<sup>14</sup> aangegeven dat het verkorten van de wachttijden in de ggz een brede aanpak vergt en hiervoor zes bouwstenen aangemerkt die ik heb samengevat langs drie denklijnen: 1) beweging naar de voorkant en preventie, 2) integraal (samen)werken en 3) toegankelijke ggz voor iedereen. Deze lijnen sluiten nadrukkelijk aan op de basisgedachte van het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en in mijn brief van 13 april 2023<sup>15</sup> heb ik uitvoerig stilgestaan bij de wijze waarop deze lijnen ook terugkomen in de afspraken voor de ggz in het IZA. De analyse en suggesties van het Trimbos sterken mij daarmee in de gedachte dat we met het IZA de juiste stappen zetten om de toegankelijkheid van de ggz te versterken en wachttijden aan te pakken. Zoals ik in mijn reactie op het

<sup>11</sup> Kamerstuk II, 2020–2021, 25 424, nr. 594

<sup>12</sup> Zie <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2022/02/Handreiking-RDM-januari-2022.pdf>

<sup>13</sup> Zie <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opschaling/psychische-klachten-of-crisis>

<sup>14</sup> Zie <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/01/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>

<sup>15</sup> Kamerstuk II, 2022–2023, 25 424, nr. 649

Trimbos rapport «ggz uit de knel» heb aangegeven<sup>16</sup> vraagt de ambitie om de ggz toegankelijker te maken een lange adem en maximale inspanning van zowel overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders.

*Want tot heden zijn de wachtlijsten sinds de ondertekening van het IZA niet korter geworden. Gaat de regering zijn ambities halen? Welke cijfers kan de regering tot op heden geven? Is de wachttijd gedaald? Wordt de treeknorm vaker gehaald?*

De NZa heeft op 4 april de nieuwe informatiekaart wachttijden gepubliceerd.<sup>17</sup> Uit de analyse van de NZa blijkt dat de wachttijden in de ggz onverminderd lang zijn. De NZa geeft aan dat er 97.465 wachtplekken zijn (de NZa spreekt in haar informatiekaart niet van wachtenden, omdat sommige mensen op meerdere wachtlijsten staan). Het aantal wachtplekken boven de treeknorm is gestegen tot ruim 55 duizend. De NZa geeft als mogelijke verklaringen voor de nu signaleerde stijging dat meer aanbieders data aanleveren, maar ook de trend dat de instroom in de ggz fors gestegen is. Dit constateert de NZa op basis van het toegenomen aantal doorverwijzingen van de huisarts naar de ggz. Aan de stijgende behoefte aan psychische zorg of ondersteuning liggen verschillende maatschappelijke oorzaken ten grondslag. Zoals ik in een eerder op vragen van de GroenLinks-PvdA fractie vraagt de ambitie om de ggz toegankelijk te houden om een lange adem en maximale inspanning van alle betrokkenen.

*Hoeveel mentale gezondheidscentra zijn er inmiddels al opgezet? En hoeveel zelfregiecentra?*

Uit de regioplannen die in december beschikbaar zijn gekomen blijkt dat het overgrote deel van de 39 zorgkantoort regio's inmiddels bezig is met het opzetten van een mentaal gezondheidsnetwerk, waar verkennende gesprekken worden gevoerd. Daarnaast zijn er al diverse samenwerkingsverbanden actief die of al fungeren als mentaal gezondheidsnetwerk, of elementen daarvan bevatten. Voorbeelden hiervan zijn GGZ Breburg, de mentale gezondheidscentra van Parnassia, GEM, Proeftuin Ruwaard, VIGO/Platform ECO-Systeem, regionale taskforce Zuid-Limburg en de overlegtafel Hollands-Midden.

Er zijn op dit moment zo'n 120 zelfregie- en herstelinitiatieven in Nederland en daarnaast is er ook een aantal «online» zelfregie- en herstelinitiatieven zoals herstelproces.nl, die zelfregie- en herstelactiviteiten aanbieden.

*Sturen op voldoende zorgaanbod*

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden het antwoord van de regering op de vragen over omzetplafonds veel te mager. De regering legt uit wat de rol van omzetplafonds is in ons stelsel en waarom dit goed is, maar gaat niet in op de rol van omzetplafonds in de ggz. Werken omzetplafonds volgens de regering voor elke sector? Werken omzetplafonds volgens de regering in sectoren waar de wachtlijstproblematiek al jaren een probleem is zoals de ggz-sector? Maken deze omzetplafonds de wachtlijsten niet alleen maar groter?*

<sup>16</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424 nr. 649

<sup>17</sup> Zie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_760147\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/)

Omzetplafonds kunnen in iedere sector werken. Dit is afhankelijk van de redenen voor zorgverzekeraars om met aanbieders omzetplafonds af te spreken. Zo kunnen ze bijvoorbeeld effectief zijn door ruimere omzetplafonds af te spreken met zorgaanbieders die passende zorg leveren dan met zorgaanbieders die minder passende zorg leveren. De NZa geeft daarnaast aan dat budgetplafonds in de ggz worden gebruikt om de bestaande zorgcapaciteit beter te benutten. Omzetplafonds moeten er niet voor zorgen dat er onvoldoende passende zorg wordt ingekocht en de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet. De NZa houdt hier toezicht op.

*Al in 2020 stelde de Algemene Rekenkamer dat te krappe jaarlijkse omzetplafonds die zorgverzekeraars opleggen, de wachtlijsten voor ggz-zorgaanbieders in de hand werken voor met name de patiënten die er het ernstigst aan toe zijn. De leden zouden graag een duidelijkere reflectie én oplossingsrichting van de regering krijgen op de problematiek van omzetplafonds en de ggz-sector[.]*

Omzetplafonds zijn niet problematisch zo lang ze om de goede reden worden ingezet. Zoals eerder aangegeven kunnen ze bijvoorbeeld effectief zijn wanneer zorgverzekeraars ruimere omzetplafonds afspreken met zorgaanbieders die passende zorg leveren dan met zorgaanbieders die minder passende zorg leveren. De NZa geeft daarnaast aan dat budgetplafonds in de ggz worden gebruikt om de bestaande zorgcapaciteit beter te benutten. Dat omzetplafonds worden gehanteerd, kan niet betekenen dat er onvoldoende passende zorg wordt ingekocht. In dat kader is het goed om te benoemen dat, zodra een zorgaanbieder het omzetplafond bereikt, de betreffende aanbieder verplicht is om de patiënt te wijzen op mogelijkheid van zorgbemiddeling, zodat de zorgverzekeraar de patiënt een alternatieve plek kan aanbieden. Als de zorgverzekeraar dat alternatief niet kan bieden, dan moet er worden bijgecontracteerd bij de oorspronkelijke aanbieder. En als het alternatief buiten het gecontracteerd aanbod van de polis valt, is de zorgverzekeraar zelfs verplicht om toch volledige vergoeding te geven en geen eigen bijdrage ongecontracteerde zorg in rekening te brengen.

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie lezen ook dat de regering bij dit onderwerp verwijst naar het traject rondom het in beeld brengen van cruciale ggz-zorg. In het debat over de VWS-begroting hebben de leden al uitgebreid hun zorgen geuit over het tempo van dit traject. Met name het komen tot een gezamenlijke definitie van cruciale ggz-zorg blijkt moeilijk te zijn. Hoe staat het daar inmiddels mee?*

Ik heb uw Kamer op 4 april 2024 via een aparte brief geïnformeerd over de voortgang van de aanpak cruciale ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 684). In deze brief beschrijf ik dat partijen de afgelopen tijd hard gewerkt hebben aan een aanpak voor de versterking van de cruciale ggz om de gemaakte afspraken uit december 2023 vorm te geven. Ze hebben daartoe onder andere twee heidagen georganiseerd, waarbij (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, verzekeraars, professionals, patiënten en de overheid uitgenodigd waren. Partijen zijn tijdens deze dagen tot het inzicht gekomen dat ze goed uit de voeten kunnen met de huidige werkdefinitie van cruciale ggz uit de handreiking.<sup>18</sup> Het verder inzetten op een afgebakende lijst van cruciale ggz achten ze onhaalbaar en onwenselijk. Dit omdat het creëren van nieuwe grenzen binnen de ggz niet bijdraagt aan het verbeteren van het benodigde integrale zorgaanbod. Het gaat namelijk

---

<sup>18</sup> Zie: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-invent>

om patiënten die ernstig lijden, waar vaak sprake is van domeinoverstijgende problematiek, en waarbij de zorg een minder voorspelbaar beloop kent.

Om voldoende cruciale ggz te borgen hebben partijen daarom een andere invulling van de aanpak voorgesteld. Deze aanpak start bij de zorgvraag van mensen met een complexe zorgvraag in de regio. Vervolgens wordt passend bij deze zorgvraag in elke regio een cruciaal zorgnetwerk met zorgvormen (acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg) georganiseerd, ingebed in de context/ sociaal domein. Als de vraag en/of het aanbod te specialistisch is voor de regio, of aanbod niet (doelmatig) regionaal georganiseerd kan worden, dan brengt de regio de vraag in op één (nog op te zetten) landelijke tafel waar dus ook weer vraag en aanbod bij elkaar wordt gebracht.

De aanpak wordt bestuurlijk gedragen door de betrokken partijen en MIND, oftewel vertegenwoordigers van zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en patiënten. Ik ondersteun inhoudelijk de voorgestelde aanpak, die door het veld als meer passend bij de werkpraktijk van de ggz wordt beschouwd. Tegelijkertijd vergt de voorgestelde aanpak nog veel organisatie en uitwerking van de NLggz, NFU, NVvP, NVZ en ZN in goede afstemming met MIND. Deze kan stevig staan voor de inkoop vanaf 2026, maar komt te laat voor de inkoop van 2025. Voor de inkoop voor 2025 heb ik daarom met zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken dat de in december 2023 vastgestelde zorgvormen (acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg) in ieder geval voldoende aangeboden en ingekocht zullen worden, en er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen. Tot slot vind ik het belangrijk om te benadrukken dat het zorgen voor voldoende aanbod voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag een gedeelde inzet vraagt van alle partijen: de zorginkoper, de zorgaanbieder, de professional en de overheid. In de brief ga ik in op de afspraken die ik met partijen heb gemaakt op cruciale ggz op de korte en lange termijn te borgen.

*Klopt het ook dat MIND niet inhoudelijk betrokken is geweest bij de onderzoeken naar cruciale ggz? Zijn andere cliëntorganisaties wel betrokken geweest? Is het cliëntperspectief voldoende betrokken bij de onderzoeken? Is de regering voornemens om MIND en andere organisaties bij vervolgstappen wel te betrekken?*

Nee, dat klopt niet. MIND is als vertegenwoordiger van cliënten in de ggz betrokken geweest bij het onderzoek naar de vraag naar bovenregionale cruciale ggz. MIND zal ook betrokken worden bij het vervolgproces rondom cruciale ggz.

*Toegang tot zorg en ongecontracteerde zorg*

*De leden van de GroenLinks-PvdA fractie hebben de reactie gelezen op de constatering uit het MIND onderzoek dat aanbieders soms cliënten weigeren omdat ze buiten de regio van de aanbieder wonen. Zij beroepen zich dan op een KNMG-richtlijn. De regering stelt dat een behandelaar hier niet te lichtvaardig mee om mag gaan. Wat bedoelt de regering hiermee? Zijn hier kaders voor?*

Een zorgverlener kan alleen bij hoge uitzondering een behandelingsovereenkomst met een cliënt weigeren vanwege de zorgplicht die op de zorgverlener rust. Dit is wat ik bedoel met dat de behandelaar hier niet te lichtvaardig mee om mag gaan. In de KNMG-richtlijn worden de drie belangrijkste redenen genoemd die volgen uit de rechtspraak. Uitgangspunt is dat een zorgverlener steeds zorgvuldig moet afwegen of

het belang dat hij heeft in voldoende mate opweegt tegen het belang en het recht van de cliënt op goede zorg. Het beëindigen van een behandelingsovereenkomst kan volgens de wet alleen vanwege zogenoemde «gewichtige redenen». Wat gewichtige redenen zijn, volgt uit de toelichting bij de wet en uitspraken van (tucht)rechters.

Bij zowel het beëindigen van als het niet-aangaan van de behandelingsovereenkomst zijn er zorgvuldigheidseisen waaraan de zorgverlener moet voldoen. Zo moet de zorgverlener noodzakelijke hulp zoals in crisissituaties (blijven) verlenen totdat de cliënt een nieuwe zorgverlener heeft gevonden. Bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst geldt ook dat de zorgverlener medewerking moet verlenen aan de cliënt bij het vinden van zorg elders.

*En hoe wordt deze richtlijn meegenomen in het nu lopende traject rond cruciale-ggz?*

Ik zie op dit moment geen raakvlak tussen de KNMG-richtlijn en de acties die lopen rondom cruciale ggz. Zoals in het antwoord op de vorige vraag is aangegeven kan een zorgverlener alleen bij hoge uitzondering een behandelovereenkomst met een cliënt weigeren vanwege de zorgplicht die op de zorgverlener rust. In de KNMG-richtlijn worden de drie belangrijkste uitzonderingen genoemd die volgen uit de rechtspraak. De zorgplicht en de KNMG-richtlijn zijn van toepassing op de hele ggz. Het traject rond cruciale ggz ziet op het realiseren en borgen van voldoende toegankelijk aanbod in de ggz voor mensen met een complexe zorgvraag.

*Laagdrempelige steunpunten en consultatiefunctie sociaal domein-ggz*

*De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering veelvuldig verwijst naar de komst van de laagdrempelige steunpunten en de consultatiefunctie sociaal domein-ggz. De leden zijn benieuwd hoe het staat met de financiering hiervan?*

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). In mijn brief van 21 december 2023 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang.<sup>19</sup> De NZa heeft op 7 november 2023 de prestatie voor de consultatiefunctie ggz vastgesteld. De financiering van de consultatiefunctie komt ten laste van het ggz kader.<sup>20</sup> De zorgverzekeraars hebben aangegeven de consultatiefunctie ggz gedurende het eerste kwartaal van 2024, na afloop van de reguliere contractering, te gaan inkopen en dat ZN, deNLggz en de VNG met elkaar in gesprek zijn om deze inkoop verder vorm te geven. Dit gesprek heeft concreet geresulteerd in gezamenlijke vaststelling en publicatie van een leidraad. De eerste stap in het inkoopproces is dat de regionale preferente zorgverzekeraars nu circa twee ggz-aanbieders per regio benaderen met het verzoek om een regionaal plan voor de consultatiefunctie uit te werken, passend bij het IZA-regioplan.

Zoals ik eerder in mijn antwoorden op vragen van de D66-fractie heb aangegeven, hebben gemeenten en zorgverzekeraars financiële middelen ontvangen voor het realiseren van de ambities die in het IZA verwoord staan. Voor gemeenten geldt dat er structureel maximaal 150 miljoen euro per jaar beschikbaar wordt gesteld voor gemeentelijke inzet op de in de

<sup>19</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424 nr. 678

<sup>20</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424 nr. 666

werkagenda opgenomen IZA onderwerpen. Deze inzet is verwoord in het regioplan. Het netwerk van laagdrempelige steunpunten is één van de onderwerpen in de werkagenda. Deze middelen zijn in principe structureel. Vanuit de brede SPUK «GALA en Sportakkoord II» ontvangen gemeenten middelen om in te zetten op andere terreinen, zoals leefstijl en buurtsportcoaches, waarmee de gemeente kan investeren in de mentale gezondheid van hun inwoners. Deze middelen zijn grotendeels structureel beschikbaar en deels incidenteel.<sup>21</sup> Ten slotte ontvangen gemeenten middelen voor wettelijke taken via het Gemeentefonds, onder andere voor het realiseren van passende ondersteuning vanuit de Wmo 2015. De VNG heeft recent een overzicht van relevante financiële geldstromen gepubliceerd.<sup>22</sup>

*Zeker in het licht van het zogenoemde «ravijn-jaar» van 2026 waar gemeenten op wijzen. Kunnen gemeenten structureel voldoende investeren in deze ontwikkelingen?*

Ik ben mij bewust van de (financiële) uitdagingen binnen het sociaal domein waar gemeenten mee te maken hebben. De Staatssecretaris van VWS werkt vanuit zijn stelselverantwoordelijkheid samen met gemeenten aan deze uitdagingen. Tijdens het Bestuurlijk Overleg Financiële Verhoudingen (BOFv) van 21 november 2023 hebben fondsbeheerders en medeoverheden een aantal afspraken gemaakt die bijdragen aan stabiele financiële verhoudingen en het samen blijven werken aan maatschappelijke opgaven. De fondsbeheerders hebben de Tweede Kamer hier op 14 december 2023 over geïnformeerd.<sup>23</sup> In de genoemde brief geven fondsbeheerders aan dat voor het BOFv van maart 2024 een aantal analyses wordt voorbereid, waaronder een analyse waarin wordt ingegaan op hoe de BBP-indexeringssystematiek, die vanaf 2027 van kracht is, de gewenste stabiliteit brengt en zich verhoudt tot de dynamiek op o.a. het beleidsterrein zorg.

In april 2024 volgt een BOFv ter voorbereiding op de Voorjaarsnota. De fondsbeheerders hebben begrip voor de wens van VNG en IPO tot afschaffing van de opschalingskorting en erkennen de noodzaak van stabiele financiële verhoudingen. Indien er in het voorjaar nog geen nieuw kabinet is gevormd zegt het demissionaire kabinet toe dat de oploop van de opschalingskorting op tafel ligt, mede in het licht van de overheidsfinanciën op dat moment.

*De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn voorstander van deze laagdrempelige steunpunten en de consultatiefunctie, tegelijk is dit niet voor iedereen de oplossing. Zeker voor mensen die specialistische ggz nodig hebben is dit niet het antwoord. Maar ook basis ggz moet overal in het land beschikbaar zijn. Toch lazen de leden nog deze week dat een grote aanbieder<sup>24</sup> heeft aangekondigd te stoppen met het aanbieden van basis ggz vanwege personeelstekorten. Dit heeft consequenties voor meerdere gemeenten. Hoe reflecteert de regering op het signaal dat er geen basis ggz beschikbaar is in meerdere gemeenten in Nederland?*

<sup>21</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord> (p. 38)

<sup>22</sup> Zie <https://vng.nl/sites/default/files/2024-01/overzicht-geldstromen-tbv-laagdrempelige-steunpunten.pdf>

<sup>23</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 36 410–VII, nr. 83

<sup>24</sup> Zie <https://www.rtvnoord.nl/nieuws/1124906/lentis-stopt-met-basis-ggz-wachlijsten-voor-psychische-problemen-zullen-toenemen>

Zorgverzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht zorgdragen voor voldoende passend zorgaanbod, ook wat betreft lichtere zorg. Voor patiënten kan dit wel betekenen dat ze gebruik moeten maken van zorg die buiten de eigen gemeente wordt aangeboden. Voor wat betreft de lichtere vormen van ggz vind ik het ook heel belangrijk dat wordt geïnvesteerd in hybride zorg waarbij de zorg deels of in z'n geheel digitaal wordt aangeboden. Deze vorm van zorg heeft onder andere als voordeel dat deze minder aan locatie is gebonden.

*Welke verantwoordelijkheid ziet de Minister voor haarzelf bij het realiseren van een dekkend ggz zorglandschap? Wat gaat zij doen om dit te bereiken? Wat is de escalatieladder voor regio's indien er acute knelpunten worden geconstateerd in het zorglandschap? Welke mogelijkheden heeft de Minister om spreiding van zorg binnen regio's en over het hele land af te dwingen, als dit ondanks alle inspanningen niet lukt?*

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van een dekkend ggz zorglandschap. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarbij te faciliteren. Dit doe ik onder andere door de kaders te stellen en regie te nemen op de afspraken die ik samen met partijen gemaakt heb in het Integraal Zorgakkoord. In dat licht zijn de regioplannen een belangrijke bouwsteen die verzekeraars en zorgaanbieders helpen om samen een passen ggz zorglandschap in de regio op te bouwen. Daarnaast ben ik samen met betrokken partijen aan het verkennen hoe het Zorginstituut Nederland hen kan begeleiden om te komen tot een visie op spreiding en concentratie voor de ggz.

Met de de stappen die nu worden gezet rondom de IZA-afspraken over cruciale ggz en de beoogde visie wordt een belangrijke stap gezet door alle betrokken partijen om de toegankelijkheid van cruciale ggz duurzaam te borgen. Ik heb er vertrouwen in dat we gezamenlijk hiermee de juiste stappen zetten om bij te dragen aan ggz die goed toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft. Indien blijkt dat het zorgpartijen niet afdoende lukt om te komen tot een integraal perspectief op de (her)inrichting van het ggz-landschap, kan meer verreгаande regie en sturing door de overheid worden overwogen. Daarbij zijn verschillende instrumenten denkbaar, sterk uiteenlopend in zwaarte en gevolgen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het beschikbare ggz-aanbod. Ter illustratie kan bij verdergaande regie op spreiding van zorg gedacht worden aan het opstellen of aanscherpen van (bestaande) toegankelijkheids- en/of spreidingsnormen. Dergelijke maatregelen vereisen echter een grondige analyse naar de gevolgen daarvan, omdat zij ook grote impact kunnen hebben op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Daarom is eerst scherper zicht nodig op welke specifieke knelpunten zich mogelijk voordoen bij het opstellen van de visie.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de stukken betreffende de Reactie op rapport MIND onderzoek wachttijden ggz. Voorgenoemde leden hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.*

*De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister concreet invulling wil geven aan het breder inzetten van overbruggingszorg door dit op te nemen in de «leidende principes» die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra. Op welke termijn verwacht de Minister dit gedaan te hebben?*



Zoals hierboven aangegeven in reactie op de vragen van de leden van de fracties van GroenLinks-PvdA blijkt uit de regioplannen die in december beschikbaar zijn gekomen dat het overgrote deel van de 39 zorgkantoorregio's inmiddels bezig is met het opzetten van een mentaal gezondheidsnetwerk, waar verkennende gesprekken worden gevoerd. Daarnaast zijn er al diverse samenwerkingsverbanden actief die of al fungeren als mentaal gezondheidsnetwerk, of elementen daarvan bevatten. Voorbeelden hiervan zijn GGZ Breburg, de mentale gezondheidscentra van Parnassia, GEM, Proeftuin Ruwaard, VIGO/Platform ECO-Systeem, regionale taskforce Zuid-Limburg en de overlegtafel Hollands-Midden.

*Verder lezen de leden van de VVD-fractie dat de Minister aan het verkennen is of het mogelijk gemaakt kan worden dat zorgverzekeraars mensen die wachten actief benaderen voor zorgbemiddeling, mede ter uitvoering van de motie Bikker en Van den Hil<sup>25</sup>. Op welke termijn verwacht de Minister dat deze verkenningsgesprekken zijn afgerond?*

Zoals ook toegelicht in de brief over toegankelijkheid van de zorg van 23 juni 2023<sup>26</sup> kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) op persoonsniveau gegevens uitwisselen over de wachtstatus van cliënten, maar actieve zorgbemiddeling ligt voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingewikkelder. Zorgverzekeraars beschikken weliswaar over declaratiedata van hun verzekerden voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, maar dit biedt geen uitkomst voor actieve wachtlijstbemiddeling in bijvoorbeeld de msz en ggz. Aan declaratiedata (lees: de rekening van de zorgaanbieder) is namelijk op zichzelf niet te zien of een verzekerde op zorg wacht. Ik informeer uw Kamer hier binnenkort over.

*Heeft de NZa voldoende instrumentarium om toezicht te houden op het voldoen van de zorgplicht, zeker met het oog op de aanhoudende wachttijdproblematiek. Zou het helpen als de activiteiten van de NZa op dit front inzichtelijker gemaakt kunnen worden? Of is de Minister van oordeel dat het instrumentarium voldoende is?*

De NZa heeft een veelheid van manieren om normnaleving te bewerkstelligen. Informele instrumenten zijn normoverdragende gesprekken, waarschuwingen, het geven van voorlichting en guidance, en het inzetten van publiciteit. Daarnaast heeft de NZa twee formele (wettelijke) handavingsinstrumenten die bij zorgverzekeraars in het kader van naleving van de zorgplicht ingezet kunnen worden, namelijk de aanwijzing en last onder dwangsom. Ook kan de NZa in bepaalde gevallen overgaan tot openbaarmaking (publicatie van handavingsmaatregelen). De keuze van (de combinatie van) instrumenten is te allen tijde maatwerk en wordt bepaald door de omstandigheden van het geval. De keuze van het handavingsinstrument wordt met name bepaald door het doel dat de NZa ermee kan bereiken en de inspanning die het vergt om dat doel te bereiken (effectiviteit en doelmatigheid). De NZa gaat als zelfstandig bestuursorgaan over haar eigen toezicht en is daarin onafhankelijk.

Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie maakt de uitvoering van het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars onderdeel uit van de structurele en incidentele afstemming die ik met de NZa heb. Hieronder valt ook het evalueren of het instrumentarium ter handhaving van de zorgplicht voldoende is.

<sup>25</sup> Kamerstuk II, 2022–2023, 36 200 XVI, nr. 77

<sup>26</sup> Kamerstuk II, 2022–2023, 31 765, nr. 791

In het «Evaluatierapport Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 2018–2022» is bovendien met betrekking tot het inzicht in het effect van het toezicht van de NZa het volgende aangegeven: «Hoe groot haar impact is, is niet vast te stellen doordat effectmetingen ontbreken». Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie van 26 oktober 2023 naar aanleiding van dit rapport vind ik dit een belangrijk punt.<sup>27</sup> Het onderzoeksbureau stelt voor om regelmatige effectmetingen te doen. Ik heb in mijn reactie aangegeven dat ik dit onderschrijf en dat ik hierover in gesprek ga met de NZa.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat het vaak gaat over de aanbodzijde van de zorg als het gaat om cruciale ggz. Dit is ook opgemerkt in de begrotingsbehandeling VWS van 2024. In de begrotingsbehandeling werd de Minister daarom opgeroepen om cliëntenorganisaties actief te blijven betrekken. De Minister antwoordde dat het haar doel is om de vraag en aanbod in de ggz in evenwicht te krijgen en de opmerking verder mee te nemen. De leden van de VVD-fractie vernemen graag van de Minister hoe zij dit mee gaat nemen.*

Ik heb uw Kamer op 4 april 2024 geïnformeerd over de voortgang van de aanpak cruciale ggz. In deze brief beschrijf ik dat partijen een andere invulling van de aanpak hebben voorgesteld om voldoende cruciale ggz te borgen. Het voorstel redeneert vanuit de zorgvraag in plaats van vanuit het aanbod. Er zijn twee redenen om te kiezen voor deze invulling. Op de eerste plaats betreft het een doelgroep die zich veelal niet laat vangen door één diagnose. Daarom is het van belang om transdiagnostisch te werk te gaan. Op de tweede plaats is er op regionaal niveau meer inzicht in de zorgvraag, waardoor beter gekeken kan worden welk zorgaanbod binnen of buiten de regio nodig en het best passend is bij de context van de patiënt.

De aanpak wordt bestuurlijk gedragen door de betrokken partijen en MIND, oftewel vertegenwoordigers van zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en patiënten. DeNLggz, NFU, NVvP, NVZ en ZN zullen komende periode in afstemming met MIND aan de slag gaan om de aanpak voor cruciale ggz verder uit te werken en de noodzakelijke governance (o.a. de regionale ggz-tafels en de landelijke tafel) en landelijke kaders te organiseren. Dit met als doel dat de aanpak van de cruciale ggz staat voor de inkoop voor 2026 en verder.

*Voorgenoemde leden lezen verder dat de Minister de Kamer in een aparte brief zal informeren over de stand van zaken over het doel van de Minister om voldoende cruciale ggz-capaciteit te borgen in de regio en bovenregionaal. Is forensische ggz ook onderdeel van deze borging? Op welke termijn kan de Kamer deze brief verwachten?*

Forensische zorg is geen onderdeel van de ggz die wordt geboden vanuit de Zorgverzekeringswet en wordt dus ook niet in dit traject meegenomen. Beveiligde zorg die op basis van de Zorgverzekeringswet wordt ingekocht is wel aangemerkt als bovenregionale cruciale ggz. De beveiligde zorg overlapt (veelal) met de forensische zorg zoals deze door DJI ingekocht wordt in het kader van de Wet forensische zorg.

De brief over de stand van zaken van cruciale ggz is in december 2023 naar uw Kamer gestuurd.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 268, nr. 220

<sup>28</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424, nr. 679

*Hoe ziet de Minister erop toe dat de contractering van zorgverleners eenvoudiger gemaakt wordt zodat meer zorgverleners gecontracteerd kunnen worden?*

In mijn brief van 12 juni 2023 over het verbeteren van het contracteerproces<sup>29</sup> ben ik ingegaan op de aanvullende afspraken die partijen met elkaar hebben gemaakt. Zo zijn er afspraken gemaakt over de betere bereikbaarheid van zorgverzekeraars voor kleine zorgaanbieders maar ook over het verlagen van administratieve lasten en verdere uniformering van inkoopvereisten. In maart wordt het contracteerseizoen 2024 door de IZA partijen geëvalueerd en wordt vooruitgeblikt op het contracteerseizoen 2025. Ik informeer uw Kamer hierover in het voorjaar.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister onderstreept dat het van belang is dat patiënten het tijdig weten wanneer een keuze voor een zorgaanbieder hogere kosten met zich meebrengt. De Minister stelt dat in dit kader de zorgaanbieder volgens de regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa verplicht is om de consument te informeren over datgene wat van belang is om een wel overwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en ontvangen. Hoe wordt hierop toezicht gehouden?*

De NZa houdt hier toezicht op. Zij hanteert daarbij als uitgangspunt dat informatie die consumenten nodig hebben voor een goede keuze relevant en actueel moet zijn, aan moet sluiten op de vaardigheden van de consument en juist, vindbaar en vergelijkbaar moet zijn. Signalen dat een zorgaanbieder zich mogelijk niet houdt aan zijn informatieverplichtingen worden door de NZa onderzocht. Dit kan meldingen betreffen van bijv. consumenten, zorgverzekeraars of andere zorgaanbieders, maar ook andersoortige signalen.

Wanneer de NZa constateert dat een zorgaanbieder zich niet aan zijn informatieverplichtingen houdt, dan treedt zij daartegen op de meest passende wijze op. Dit kan zijn met een informele maatregel, zoals een normoverdragend gesprek of bestuurlijke waarschuwing of met een formele maatregel: een aanwijzing of last onder dwangsom. Dergelijke (herstel)maatregelen zijn alle gericht op het zo spoedig mogelijk beëindigen van de overtreding (norm naleving). Daarnaast kan de NZa, als zij dit passend acht, als bestraffende sanctie een bestuurlijke boete opleggen.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat afstand een reden kan zijn voor een zorgaanbieder om een behandelovereenkomst niet aan te gaan. Zoals uit het MIND rapport ook blijkt, doen deze situaties zich dan ook in de praktijk voor. Heeft de Minister hier zicht op anders dan de cijfers uit het rapport?*

Signalen anders dan beschreven in het MIND rapport zijn mij niet bekend, al kan het zo zijn dat beperkte (reis)afstand in het kader van de behandeling relevant is (bijvoorbeeld bij crisisgevoelige patiënten) en behandelingen om deze reden weigeren. Dit komt ook overeen met hetgeen ik in mijn eerdere antwoord op leden van de GroenLinks-PvdA-fractie heb aangegeven: een zorgverlener kan alleen bij hoge uitzondering een behandelingsovereenkomst met een cliënt weigeren. Dit vanwege de zorgplicht die op de zorgverlener rust. Het niet-aangaan van een behandelingsovereenkomst is evenwel een eigen verantwoordelijkheid van de zorgverlener en wordt niet gemonitord.

*Daarnaast geeft de Minister aan dat zij mee zal geven aan KNMG, deNLggz en de NVvp om in overleg met MIND te bezien in hoeverre de uitvoering van de door hen aangehaalde richtlijn een probleem vormt en*

<sup>29</sup> Kamerstuk II, 2022–2023, 29 689, nr. 1198

*of aanpassing noodzakelijk is. Kan de Minister aangeven op welke termijn zij dit wenst te doen? Kan de Minister de Kamer blijven informeren over de stand van zaken op dit punt?*

Ik heb de NLggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Artsenfederatie KNMG reeds gevraagd om in gesprek met MIND te treden en mij over de uitkomsten van dit gesprek te informeren. Ik zal uw Kamer hiervan op de hoogte brengen.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister en de Staatssecretaris er in het kader van de motie Mohandis c.s.<sup>30</sup> op wijzen dat aangaande de laagdrempelige steunpunten een brede werkgroep onder regie van de VNG is gestart aan de implementatie van de afspraak om in de komende vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van deze laagdrempelige steunpunten. Wat is hierop de stand van zaken?*

Een brede werkgroep – onder regie van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) – werkt op dit moment aan de verdere implementatie van deze afspraak en het realiseren van een passend ondersteuningsaanbod in de regio. In de tussentijd worden gemeenten en andere stakeholders nu al ondersteund bij het opzetten van extra steunpunten, door middel van het door de betrokken partijen ontwikkelde «handvattendocument «laagdrempelige steunpunten.»<sup>31</sup> Het handvattendocument is onder andere beschikbaar voor (gemeentelijke) professionals. Zij kunnen deze gebruiken voor het opzetten van steunpunten. Het ondersteuningsaanbod wordt momenteel uitgewerkt in een procesplan dat in het voorjaar van 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.

*De leden van de VVD-fractie lezen dat zorgverzekeraars hebben aangegeven de consultatie-functie ggz gedurende het eerste kwartaal van 2024 te gaan inkopen. Ziet de Minister tekenen dat dit daadwerkelijk ook gebeurt?*

Ja, ik zie tekenen dat zorgverzekeraars ook daadwerkelijk de consultatie-functie inkopen. Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de GroenLinks-PvdA fractie, hebben ZN, deNLggz en de VNG gezamenlijk een leidraad vastgesteld en gepubliceerd. De eerste stap in het inkoop-proces is dat de regionale preferente zorgverzekeraars nu circa twee ggz-aanbieders per regio benaderen met het verzoek om een regionaal plan voor de consultatiefunctie uit te werken, passend bij het IZA-regioplan.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie**

*De leden van de NSC- fractie hebben de reactie van de Minister op het rapport van het MIND onderzoek met belangstelling gelezen en hebben hierover de onderstaande vragen.*

*De leden van de NSC-fractie constateren dat MIND aandacht vraagt voor betere informatie over wachttijden. MIND signaleert dat informatie over wachttijden dikwijls gebrekkig of onbetrouwbaar is, zorgaanbieders cliënten tussentijds niet op de hoogte houden en dat de feitelijke wachttijd*

<sup>30</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 659

<sup>31</sup> Zie <https://vng.nl/sites/default/files/2023-10/handvatten-netwerk-laagdrempelige-steunpunten-iza.pdf>

*regelmatig veel langer is dan vooraf aangegeven. De leden van de NSC-fractie menen dat onduidelijkheid mensen mogelijk onnodig in onzekerheid laat. Betere informatievoorziening vanuit zorgaanbieders kan helpen. In het IZA is afgesproken dat er tenminste twee keer per jaar contact is met mensen op de wachtlijst, maar deze signalen uit het MIND rapport wijzen erop dat dit nog niet of onvoldoende gebeurt. Zij vragen de Minister wat de stand van zaken is met betrekking tot deze afspraak in het IZA en hoe is de naleving van deze afspraak geborgd.*

In het IZA is afgesproken dat aanbieders worden aangespoord om hun wachtlijsten actueel te houden door tenminste twee maal per jaar contact met patiënten op hun wachtlijst te hebben. De Nederlandse ggz heeft al hun leden op deze afspraak gewezen en geeft aan dat hun leden doordrongen zijn van de urgentie van deze afspraak en het belang van regulier contact met wachtenden. De inspanningen op dit vlak door individuele aanbieders worden niet geregistreerd of gemonitord.

*Het rapport van MIND illustreert dat mensen de weg naar verschillende bestaande loketten voor eventuele hulp niet goed weten te vinden (zoals zorgbemiddeling, onafhankelijke cliënt ondersteuners, wachttijdbegeleiding en overbruggingszorg). De leden van de NSC-fractie constateren dat de Minister uitgebreid stilstaat bij verschillende acties om zorgbemiddeling vanuit de zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen. Kan de Minister aangeven welke concrete acties er worden ondernomen om ook de andere bestaande loketten (onafhankelijke cliëntondersteuners, wachttijdbegeleiding en overbruggingszorg) onder de aandacht te brengen? Wie is verantwoordelijk voor deze loketten? Waar moeten de afzonderlijke loketten volgens de Minister uit worden gefinancierd? Wie is verantwoordelijk voor het onder de aandacht brengen van bestaande loketten? Wie ziet toe op naleving van de afspraken per loket?*

In het IZA is de ambitie opgenomen om te komen tot een passende lokale werkwijze die zorg en ondersteuning verbindt voor mensen met psychische klachten. Hierbij wordt voortgebouwd op lokale (werk)structuren en wordt – waar mogelijk – gebruik gemaakt van bestaande interventies. Ik zie ook dat partijen in de regioplannen zorg en ondersteuning rond mentale gezondheid echt met elkaar verbinden en in samenhang uitwerken.

Onafhankelijke cliëntondersteuning is in elke gemeente beschikbaar op grond van een wettelijke verplichting (Wmo 2015). Cliëntondersteuners kunnen mensen helpen om de juiste zorg en ondersteuning te krijgen. Op [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl) is een overzicht beschikbaar van cliëntondersteuning per gemeente. Bij wachttijdbegeleiding en overbruggingsondersteuning gaat het om activiteiten die worden aangeboden om de periode tot zorg te overbruggen. Dit is feitelijk geen zorg, maar ondersteuning en daarmee een onderdeel van het sociaal domein. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk.

*Kan de Minister aangeven hoe zij wil waarborgen dat mensen straks de weg naar een mentaal gezondheidscentrum dan wel de laagdrempelige steunpunten vanuit het IZA wel goed weten te vinden?*

Als iemand zich bij de huisarts meldt met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen kan de huisarts een verkennend gesprek aanvragen. Het resultaat van dit gesprek is ook een advies aan de huisarts. Eén van de adviezen uit het verkennend gesprek kan ook zijn dat iemand wordt gewezen op de mogelijkheid om bij een laagdrempelig steunpunt in de gemeente binnen te lopen. Het helpt dus juist bij de vindbaarheid.

Zoals beschreven in het handvattendocument Laagdrempelige steunpunten zijn laagdrempelige steunpunten voor iedereen toegankelijk, ook voor mensen met psychische klachten en hun naasten. Er is geen verwijzing of indicatie (vanuit de gemeente) nodig voor toegang tot een laagdrempelig steunpunt. Iedereen met psychische klachten kan bij laagdrempelige steunpunten terecht. Laagdrempelige steunpunten zijn een vorm van ondersteuning die vanuit gemeenten op basis van hun verantwoordelijkheid hiervoor in de Wmo wordt vormgegeven. Het is aan de gemeenten om te bepalen op welke manier ze hun inwoners hierover informeren.

*MIND constateert dat er regelmatig sprake is van een opeenvolging van meerdere wachttijden. De leden van de NSC-fractie vragen de Minister in hoeverre er voldoende specialisme aanwezig is bij een verkennend gesprek met cliënt om dit in de toekomst te voorkomen of dat daar extra maatregelen of andere oplossingen voor nodig.*

In het verkennend gesprek wordt vanuit verschillende invalshoeken naar de patiënt en zijn zorgvraag gekeken. Op deze manier kan de patiënt met professionals uit de ggz en het sociaal domein bespreken welke zorg en of ondersteuning past bij de hulpvraag die de patiënt heeft. Eén van de uitkomsten van het gesprek kan zijn dat de persoon behandeling in de ggz nodig heeft. In dat geval kan op basis van het verkennend gesprek beter bepaald worden welke zorg deze persoon nodig heeft en welke zorgaanbieder hiervoor in aanmerking komt.

*De persoonlijke verhalen in de MIND-rapportage laten zien dat mensen met complexe ggz problematiek gedurende het leven vaak meerdere perioden gebruik maken van ggz zorg. Het rapport Ggz uit de knel van het Trimbos instituut wijst op gebrek aan mogelijkheden voor waakvlam zorg zodat mensen met complexe ggz problematiek, die terugverwezen zijn naar de eerstelijns, in geval dat zij weer intensievere zorg nodig hebben, snel terug kunnen keren naar de ggz zonder wachtlijst. De leden van de NSC-fractie vragen hoe de Minister de inzet van waakvlam zorg ziet in het kader van de wachttijdproblematiek en of hier stappen in worden gezet en zo niet, waarom niet. Anderzijds vragen de leden wat de (verdere) mogelijkheden zijn om de zware en complexe ggz-zorg tijdig af te schalen en welke mogelijke belemmeringen hierin zijn.*

Ik ga er vanuit dat de leden van de NSC-fractie hier het bieden van laagdrempelige zorg en ondersteuning bedoelen waarna indien nodig opgeschaald kan worden. Deze zorg en ondersteuning kan verschillende vormen aannemen. Hierbij kan gedacht worden aan zorg vanuit de huisarts, POH-ggz, het sociaal domein en de ggz, of een samenwerking tussen deze domeinen. Dit kan zeer waardevolle zorg of ondersteuning zijn omdat deze voorkomt dat mensen terugvallen en psychische problemen weer (verder) verergeren en opnieuw een beroep moeten doen op de (zwaardere) zorg. Hiermee kan het bijdragen aan het behouden of vergroten van de ggz voor andere mensen met een zorgvraag.

De tweede vraag ziet op welke (verdere) mogelijkheden er zijn om de zware en complexe ggz-zorg tijdig af te schalen en welke mogelijke belemmeringen hierin zijn. Het uitgangspunt van passende zorg is dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is. Het is zorg die werkt tegen een redelijke prijs, die dicht bij de patiënt wordt georganiseerd en waarbij patiënten samen met hun behandelaar beslissen over wat voor hen de best mogelijke behandeling is. Het gaat niet alleen over ziekte maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan.

Uit een enquête van Akwa GGZ onder 541 behandelaren blijkt dat zorgprofessionals het moeilijk vinden om behandelingen af te ronden, bijvoorbeeld omdat patiënten niet willen afronden, er behandeldoelen bijkomen of omdat overdragen of doorverwijzen moeizaam gaat. Wat mij betreft is dit dus een nadrukkelijk aandachtspunt voor de sector en de betreffende beroepsgroepen.

*De leden van de NSC-fractie constateren dat er al jarenlang een tekort aan goede behandelingen is bij zware of complexe ggz-problematiek. Zo horen de leden dat er, ondanks de invoering van het zorgprestatie­model, nog steeds negatieve prikkels zijn in de financiering. Welke stappen worden er gezet om deze negatieve financiële prikkels aan te pakken?*

In mijn brief van 25 september 2023 heb ik beschreven wat er wordt ondernomen om de (financiële) prikkels te verbeteren om hiermee de behandeling van zware of complexe ggz te verbeteren. Dit was een reactie op de motie van de leden Westerveld (GL) en Mohandis (PvdA).<sup>32</sup> Allereerst wil ik benadrukken dat het een bevoegdheid van de NZa is om te bepalen of aanpassingen in het zorgprestatie­model noodzakelijk zijn. Het zorgprestatie­model faciliteert een passende bekostiging voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet, ook als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Momenteel voert de NZa een kostenon­derzoek om actuele en redelijkwijze kostendekkende tarieven te bepalen die per 2026 ingaan. Hierover heb ik u in mijn brief van 25 september 2023 geïnformeerd.

*De leden van de NSC-fractie vragen welke verantwoordelijkheid de Minister voor zichzelf ziet als systeemverantwoordelijke, daar waar het gaat over de verdeling van schaarste. Er komt immers minder personeel (/blijft te weinig personeel), de zorgvraag neemt toe en niet alles moet in de zorg worden opgelost. Hoe dwingt de Minister keuzes af?*

De komende periode moeten de zorgsector, de politiek en de maatschappij, de afgesproken integrale samenwerking uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) voortzetten zodat de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg en welzijn structureel wordt verbeterd. Dat de betrokken IZA-partijen gemotiveerd zijn om de komende jaren door te pakken blijkt uit de eerdere oproep van deze partijen aan uw Kamer om ondanks demissionaire status van het kabinet de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord te blijven steunen. Het Integraal Zorgakkoord is niet het eindpunt, maar het startpunt van een beweging in zorg en welzijn naar meer passende zorg en meer samenwerking, waarbij we een oplossing bieden voor de huidige en toekomstige uitdagingen in de zorg. Een beweging die al in veel instellingen en regio's zichtbaar wordt.

Ik wil graag benadrukken hoe uniek het is dat ik met mijn collega VWS-bewindspersonen en alle IZA-partijen ieder kwartaal met elkaar om de tafel zitten, waarbij problemen maar vooral ook oplossingen met elkaar worden gedeeld om de gedeelde ambitie uit het IZA waar te maken. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om te borgen dat voldoende voortgang wordt geboekt en de genoemde inzet uit het IZA daadwerkelijk tot uitdrukking komen. Ik heb er vertrouwen in dat we in het IZA gezamenlijk de juiste stappen zetten om bij te dragen aan ggz die goed toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft.

---

<sup>32</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424, nr. 672

*De leden van de NSC-fractie constateren dat de Minister in gaat op de cruciale zorg. Komende periode zal gekeken worden welk type als cruciaal aangemerkte ggz dan landelijk moet worden ingekocht/aanwezig moet zijn, en welk type (boven)regionaal is. Die keuze zal dit jaar dan al gevolgen hebben voor het zorgcontracteringsproces (dat rond de zomer start) tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders. We krijgen daardoor te maken met een(her)verdeling van schaarse mensen en middelen. De Minister heeft aangegeven aanspreekbaar te zijn op het borgen van cruciaal ggz aanbod. De leden van de NSC-fractie vragen de Minister of dit betekent dat zij ook -samen met de NZa- het lopende jaar bovenop het contracteerproces zit, zodat ze kan ingrijpen mocht het er toch op lijken dat cruciaal aanbod dreigt te verdwijnen.*

De NZa heeft afgelopen contracteerseizoen de contracteergraad in de verschillende sectoren, waaronder de ggz, gemonitord. Ook komend seizoen wordt de contractering van de ggz door de NZa gemonitord en houd ik vanuit mijn rol als systeemverantwoordelijke de toegankelijkheid van de ggz nauwlettend in de gaten. Daarnaast heb ik met zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken dat aanbieders geen afdelingen van cruciale zorg sluiten (of zorgaanbod wijzigen) zonder dit tijdig te bespreken met zorgverzekeraars en collega aanbieders.<sup>33</sup> Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om hier in de contractering verdere concrete afspraken over te maken. Wat betreft de mogelijkheden om in te grijpen, geldt dat het aan de NZa is om toe te zien dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen.

*De leden van de NSC-fractie constateren dat er naar verwachting een groep met complexe ggz problematiek zal overblijven, die niet onder de definitie van cruciale zorg valt. Wat gaat de Minister specifiek voor deze groep met complexe problematiek doen als het gaat om het waarborgen van voldoende zorgaanbod?*

Ik deel de opvatting van de NSC-fractie niet. Cruciale zorg gaat om zorg met een hoge inhoudelijke complexiteit voor een relatief laag aantal cliënten, die bij wegvallen moeilijk te vervangen/(her)organiseren is door een andere aanbieder. Het doel is om voor mensen met een complexe zorgvraag een sluitend aanbod te realiseren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het zorgen en borgen van voldoende zorgaanbod. Dit geldt niet alleen voor het bieden van ggz voor mensen met een complexe zorgvraag, maar voor de hele ggz. Het is aan de NZa om toe te zien dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen. Ik houd vanuit mijn rol als systeemverantwoordelijke de toegankelijkheid van de ggz nauwlettend in de gaten.

*Is de Minister bereid om specifiek voor deze doelgroep een wachttijd-beleid te ontwikkelen?*

Op dit moment zijn de wachttijdencijfers die de NZa oplevert al beschikbaar op het niveau van diagnosegroep, dit biedt al inzicht in de verschillen tussen groepen patiënten. Daarnaast zijn in het IZA zijn afspraken gemaakt om specifiek voor mensen met een complexe zorgvraag een sluitend aanbod te realiseren. Hiermee moet deze zorg ook toegankelijker worden voor de mensen die dat nodig hebben. Andere afspraken in het IZA zoals de ontwikkeling van regionale wachttijsten en laagdrempelige steunpunten moeten ook voor deze groep bijdragen aan een betere toegankelijkheid van de ggz.

---

<sup>33</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424, nr. 679



*De Minister geeft aan dat zorgaanbieders volgens de NZa cliënten moeten informeren over het hebben van een contract met hun verzekeraar. En dat zorgverzekeraars volgens de NZa cliënten helder moeten informeren als hun keuze voor een zorgaanbieder hogere kosten met zich meebrengt. De leden van de NSC-fractie vragen hoe de NZa exact toeziet op de naleving van de zorgplicht.*

De voorlichting aan verzekerden is geregeld in de NZa regeling «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten».<sup>34</sup> Ten aanzien van de handhaving door de NZa ten aanzien van de zorgplicht verwijs ik u naar de brief die ik op 22 juni 2022 heb gestuurd.<sup>35</sup> Hier wordt zowel ingegaan op de formele handhavinginstrumenten als de meer informele mogelijkheden van handhaving.

*In hoeverre is uit het aanhoudend bestaan van wachttijden in de ggz, de conclusie te trekken dat er dus onvoldoende aan de zorgplicht wordt voldaan? Is dat te simpel gesteld, en zo ja, waarom dan eigenlijk?*

De beoordeling of aan de zorgplicht wordt voldaan is aan de NZa. Zij zijn de instantie die een dergelijke conclusie mogen trekken aangezien zij de toezichthouder op het gebied van de zorgplicht zijn. Uit de beantwoording van de vraag van Groen Links-PvdA over de zorgplicht kunt u opmaken dat de NZa diverse acties heeft ondernomen richting zorgverzekeraars. In dat kader is het goed om te benoemen dat de NZa op 12 maart de resultaten van hun onderzoek naar proactiviteit van zorgverzekeraars heeft gepubliceerd op haar website.<sup>36</sup>

De belangrijkste conclusie is dat geen van de vier onderzochte zorgverzekeraars volledig voldoet aan de gestelde normen met betrekking tot de zorgplicht. Bij twee van de vier zien zij dusdanige tekortkomingen dat zij daar een formele maatregel voor hebben ontvangen. De precieze resultaten worden enkel gedeeld met de zorgverzekeraars die het betreft.

Zoals aangegeven in mijn antwoord op de vragen van de GroenLinks-PvdA fractie, zie ik de resultaten van het onderzoek van de NZa als signaal dat zorgverzekeraars hun been moeten bijtrekken om de msz/ggz toegankelijk te houden, voor nu en in de toekomst. Ik vind het positief dat de NZa daar stevig op toeziet. Daarbij snap ik ook dat de NZa hierbij kijkt naar wat een zorgverzekeraar proactief moet doen; bijvoorbeeld als het gaat om het voorkomen van wachttijdenproblematiek. Dit betekent niet dat zorgverzekeraars het probleem in hun eentje kunnen oplossen. Ik blijf dan ook actief in gesprek met alle partijen, waaronder zorgverzekeraars, om ieders rol in het aanpakken van de wachttijdenproblematiek te faciliteren.

*Is de Minister van mening dat de NZa voldoende instrumenten heeft om haar rol als toezichthouder uit te voeren?*

Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de VVD-fractie heeft de NZa een veelheid van manieren om normnaleving te bewerkstelligen. Deze zijn allen verschillend van aard, van informeren tot sturen met een financiële prikkel. De keuze van (de combinatie van) instrumenten is te allen tijde maatwerk en wordt bepaald door de omstandigheden van het geval. De keuze van het handhavinginstrument wordt met name bepaald door het doel dat de NZa ermee kan bereiken en de inspanning die het

<sup>34</sup> Zie [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_692634\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692634_22/)

<sup>35</sup> Kamerstuk II, 2021–2022, 25 424, nr. 617

<sup>36</sup> NZa treedt op tegen zorgverzekeraars voor niet nakomen zorgplicht | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit

vergt om dat doel te bereiken (effectiviteit en doelmatigheid). In de «handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht»<sup>37</sup> heeft de NZa haar verwachtingen kenbaar gemaakt ten aanzien van de uitvoering van de zorgplicht op een aantal grote thema's. Hoe de NZa de zorgplicht uitlegt en er toezicht op houdt is neergelegd in de beleidsregel «toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw».<sup>38</sup> De uitvoering van het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars, waaronder ten aanzien van de toegankelijkheid van zorg en de nakoming van de zorgplicht, maakt onderdeel uit van de structurele en incidentele afstemming die ik met de NZa heb. Hieronder valt ook het evalueren of het instrumentarium voldoende is.

*Wordt met de NZa besproken welke aanvullende bevoegdheden behulpzaam kunnen zijn om deze taken uit te voeren?*

Ja, zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie en de VVD-fractie maakt de uitvoering van het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars onderdeel uit van de structurele en incidentele afstemming die ik met de NZa heb. Hieronder valt ook het evalueren of het instrumentarium ter handhaving van de zorgplicht voldoende is.

In het «Evaluatierapport NZa 2018–2022» is bovendien met betrekking tot het inzicht in het effect van het toezicht van de NZa het volgende aangegeven: «Hoe groot haar impact is, is niet vast te stellen doordat effectmetingen ontbreken». Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie van 26 oktober 2023 naar aanleiding van dit rapport vind ik dit een belangrijk punt.<sup>39</sup> Het onderzoeksbureau stelt voor om regelmatige effectmetingen te doen. In mijn reactie heb ik aangegeven dat ik dit onderschrijf en hierover in gesprek ga met de NZa.

*De leden van NSC-fractie vragen de Minister op welke manier de NZa tijdig ingrijpt als omzetplafonds de zorg aan cliënten belemmert.*

Een omzetplafond mag nooit gevolgen hebben voor cliënten die al in behandeling zijn bij de zorgaanbieder. Voor nieuwe cliënten geldt dat zij contact op kunnen nemen met de afdeling zorgbemiddeling van hun zorgverzekeraar als een patiëntenstop wordt afgekondigd als gevolg van een omzetplafond. Op basis van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar dan een geschikt alternatief bieden binnen een redelijke tijd en afstand bij een zorgaanbieder die nog wel behandelruimte heeft. De NZa houdt er vanuit haar wettelijke taak vervolgens zowel toezicht op of zorgverzekeraars zich aan hun wettelijke zorgplicht houden en of zorgaanbieders op duidelijke en neutrale wijze het omzetplafond en de patiëntenstop afkondigt. Van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar wordt op hun beurt verwacht dat zij alle communicatieberichten en -lijnen met elkaar afstemmen. Op die manier worden cliënten duidelijk geïnformeerd en ontstaat er zo min mogelijk onrust rondom een patiëntenstop.

*De leden van de NSC-fractie lezen dat zorgverzekeraars stappen hebben gezet om verzekerden beter te informeren over de contracteer status tijdens het overstapeseizoen. In het IZA is afgesproken dat er op termijn ruim voor het einde van het jaar duidelijkheid is voor verzekerden welke zorg wel en niet gecontracteerd is. Wanneer verwacht de Minister, gegeven de reeds gezette stappen en ervaringen, dat dit doel behaald kan*

<sup>37</sup> Staatscourant 2017, nr. 66048

<sup>38</sup> Zie [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_323566\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/)

<sup>39</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 268, nr. 220

*worden? Welke stappen worden komende tijd gezet om het bereiken van dit doel te versnellen?*

Afgesproken is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars er zich voor inzetten dat de contractering voor 12 november wordt afgerond. Voor verzekerden is het van belang dat zij weten wat de financiële consequenties zijn als er geen contract is afgesloten. Naast het verbeteren van het contracteerproces om ervoor te zorgen dat de contracten zoveel mogelijk in het overstapeseizoen worden afgesloten heb ik daarom ingezet op het verbeteren van de informatievoorziening aan verzekerden. In maart evalueren de IZA partijen het contracteerseizoen 2024 en wordt vooruitgeblikt op het contracteerseizoen 2025, waarbij wordt bezien in hoeverre aanvullende stappen nodig zijn. Ik informeer uw Kamer hierover in het voorjaar.

*De leden van de NSC-fractie lezen dat MIND als aanbeveling geeft om te zorgen voor vormen van intensieve en integrale (cliënt) ondersteuning voor mensen met een complexe zorgvraag die vastlopen in de ggz. En geeft daarbij aan dat ervaringen, die zijn opgedaan met specialistische cliëntondersteuning voor mensen met onder meer NAH of autisme, helpend kunnen zijn. Kan de Minister ingaan op deze aanbeveling en wat zij daarmee wil doen?*

Een onafhankelijke clientondersteuner (OCO) vanuit de gemeente staat naast mensen en kan helpen bij het regelen van zorg en ondersteuning. Ook mensen met een complexe vraag die zijn vastgelopen kunnen bij een clientondersteuner terecht. Naast de reguliere OCO is er de afgelopen jaren in 5 pilots ook gewerkt aan gespecialiseerde cliëntondersteuning (GCO) voor een aantal doelgroepen met een levenslange beperking en complexe situatie. De pilots gespecialiseerde clientondersteuning (GCO) zijn voor de 5 doelgroepen geborgd. De Staatssecretaris van VWS gaat de komende tijd verkennen welke lessen hieruit helpend kunnen zijn voor mensen met ggz-problematiek en hoe we deze kunnen benutten.

*De Minister gaat in haar reactie op het MIND rapport specifiek in op de consultatiefunctie sociaal domein-ggz. Maar er is bredere domein-overstijgende samenwerking nodig bijvoorbeeld met huisartsenzorg, of denk aan oplossingen voor indirecte tijd door medewerkers van zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. De leden van de NSC-fractie vragen de Minister of de consultatiefunctie sociaaldomein-ggz breder inzetbaar is dan alleen de relatie tussen sociaal domein en ggz?*

Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie heeft de NZa op 7 november 2023 de prestatie voor de consultatiefunctie ggz vastgesteld. De prestatie die de NZa heeft vastgesteld voorziet alleen in consultatie tussen het sociaal domein en de ggz. Deze prestatie is dus niet breder inzetbaar.

*Wat zijn de volgende stappen als het gaat om domeinoverstijgende samenwerking in relatie tot ggz?*

Eén van de thema's binnen het IZA is het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende domeinen. In dat kader zijn er ook afspraken gemaakt om de samenwerking tussen het sociaal domein, ggz en huisartsenzorg te verbeteren. In het IZA hebben partijen afgesproken om een landelijk dekkend netwerk van Mentale gezondheidscentra, waarbinnen het verkennend gesprek wordt gevoerd, op te richten en om de bereikbaarheid van de ggz tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) voor huisartsen te verbeteren. Zo worden er dus verschil-

lende stappen gezet om de samenwerking en consultatiemogelijkheden in de driehoek sociaal domein, ggz en huisartsenzorg te verbeteren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op het rapport van MIND onderzoek wachttijden ggz. Wat deze leden betreft zouden er concrete stappen moeten worden gezet om de wachtlijsten te verminderen en mensen de zorg te bieden die ze nodig hebben. Ook moeten er meer stappen worden gezet zodat mensen langer gezond blijven, zonder dat dit resulteert in een zorgvraag. Het onderzoek van MIND laat zien dat er meer stappen moeten worden gezet om daaraan te voldoen. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen, samengevoegd in de kopjes wachtlijsten, toegang tot zorg, houdbaarheid.*

#### *Wachtlijsten*

*Nog altijd bestaan er lange wachtlijsten in de ggz, waarbij mensen met ernstige psychische klachten lang moeten wachten op zorg. Om een goed beeld te krijgen op deze wachtlijsten is een goede informatievoorziening noodzakelijk. Nu wordt er tweemaal jaarlijks gerapporteerd door de NZa over wachttijden. In hoeverre deelt de Minister de opvatting van de leden van de D66-fractie dat een rapportage per kwartaal betere inzichten zou bieden? Daarnaast willen deze leden ook graag weten welk proces wordt gevolgd als een aanbieder niet op tijd de juiste informatie aanlevert die hiervoor nodig is? Worden er boetes opgelegd, en zo ja, hoe vaak is dit gebeurd?*

Ik deel de mening niet dat een meer frequente rapportage over de cijfers meer of beter inzicht zou bieden. Het klopt dat de wachttijdencijfers te hoog zijn, maar ze zijn ook relatief stabiel. Elk kwartaal over deze cijfers rapporteren zou daarmee geen aanvullende informatie bieden, maar wel zorgen voor extra (administratieve) lasten voor zorginstellingen. In plaats daarvan wil ik inzetten op meer en betere cijfers op regionaal niveau, middels de afspraken in het IZA over regionaal inzicht in de wachttijden. Dit met als doel dat verwijzers een tijdige en passende verwijzing kunnen doen en cliënten inzicht hebben in de wachttijden in hun regio. In het te ontwikkelen model staat voorop dat partijen in de regio zich eigenaar moeten (kunnen) voelen van de regionale data, teneinde in hun regio de toegankelijkheid van ggz te verbeteren. Partijen werken ernaar toe om dit inzicht per 2026 voor elke regio te realiseren. Wat betreft de handhaving beschikt de NZa over verschillende wettelijke instrumenten om op te treden, waaronder dwangsommen en boetes.

*Mensen met psychische problemen moeten erop kunnen vertrouwen dat ze worden begeleid in de zoektocht naar een goede zorgaanbieder. De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat patiënten niet altijd goede hulp van verzekeraars ontvangen bij zorgbemiddeling. Het lijkt erop dat de verzekeraar onvoldoende op de hoogte is van de zorgvraag van de patiënt en soms met een alternatief komt die niet passend is. Deze leden willen graag van de Minister weten of zij dit signaal herkent en welke stappen zij gaat zetten om dit te verbeteren? Kan zij reflecteren op welke verantwoordelijkheden zorgverzekeraars hebben bij het begeleiden van patiënten naar zorg?*

Zoals eerder aangegeven in mijn reactie op de vragen van leden van de GroenLinks-PvdA fractie, geldt voor zorgverzekeraars dat zij moeten voldoen aan een zorgplicht. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben

tot alle zorg uit het basispakket. De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraars zich aan deze plicht houden. Zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen waar verzekerden desgewenst contact mee kunnen opnemen, indien zij na een verwijzing op zoek zijn naar een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar zal zich in dat geval ervoor inzetten om een geschikte zorgaanbieder te vinden. Uit onderzoek van de ACM blijkt dat in 2023 78% van de verzekerden (zeer) tevreden was over de totale dienstverlening van zorgverzekeraars.<sup>40</sup> Tegelijk volgt hieruit dat de inzet van de zorgverzekeraar niet in alle gevallen leidt tot een voor de verzekerde bevredigende oplossing. Hiervoor kunnen de oorzaken heel divers zijn. Denk hierbij aan het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en ook het wensniveau en de verwachtingen van de verzekerde. In die zin herken ik de signalen en zal deze via ZN onder de aandacht brengen van zorgverzekeraars.

*Tijdens de begrotingsbehandeling is de motie Synhaeve<sup>41</sup> aangenomen die verzoekt om voor het einde van 2024 landelijk overbruggingszorg beschikbaar te stellen. Zoals het onderzoek van MIND ook toont zijn er nog veel mensen met ernstige psychische klachten die terwijl zij op de wachtlijst staan voor zorg, geen enkel contact hebben met de zorgverlener. Dit moet anders, vinden deze leden. De Staatssecretaris heeft tijdens het debat aangegeven hier niet in die termijn aan te kunnen voldoen, maar dat er een stand van zaken brief zal worden gestuurd. Deze leden horen graag wanneer zij die brief kunnen verwachten en wat de inschatting zal zijn wanneer er wel een landelijk dekkend netwerk van overbruggingszorg kan worden gerealiseerd?*

De motie Synhaeve verzoekt het kabinet om te stimuleren dat eind 2024 door alle zorgaanbieders in de ggz een vorm van overbruggingsondersteuning wordt aangeboden. Het gaat hier om activiteiten die worden aangeboden om de periode tot zorg te overbruggen. Dit is feitelijk geen zorg, maar ondersteuning en daarmee een onderdeel van het sociaal domein. Hier zijn ook al veel goede voorbeelden van, 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. Waar het gaat om overbruggingsondersteuning zie ik ook een belangrijke rol voor de laagdrempelige steunpunten waarover in het IZA reeds afspraken zijn gemaakt. De Staatssecretaris zal uw Kamer voor de zomer van 2024 informeren over de wijze waarop hij invulling zal geven aan de motie. Op voorhand wil ik daarbij aangeven dat de gemeenten een zelfstandige bevoegdheid hebben om bepaalde vormen van ondersteuning in te kopen.

#### *Toegang tot zorg*

*De leden van de D66-fractie krijgen signalen van patiënten die na lang wachten op de wachtlijst eindelijk aan de beurt zijn, en waarbij vervolgens de zorg geweigerd wordt omdat er geen passend aanbod blijkt te zijn, of omdat er een combinatie aan problematiek aan ten grondslag ligt (zoals verslavingsproblemen gecombineerd met psychische problematiek). Dan wordt er niet met de patiënt meegedacht om te kijken waar hij of zij dan wel terecht kan. Dit past niet bij het principe «passende zorg». De leden van de D66-fractie horen graag van de Minister of zij dit signaal herkent. Erkent de Minister dat dat het psychisch lijden verergert en de patiënt hierdoor onnodig in crisissituaties kan terecht komen? Kan de Minister toezeggen concrete afspraken te maken met het veld zoals de Nederlandse ggz, MEER ggz, de LVvP, de NVvP om hen te wijzen op hun*

<sup>40</sup> Zie <https://www.acm.nl/system/files/documents/consumentenonderzoek-zorgverzekeringsmarkt-2023.pdf>

<sup>41</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 36 410-XVI, nr. 58

*verantwoordelijk om met patiënten mee te denken en een passende oplossing in de buurt (of regio) te vinden voor een behandeling die aansluit bij de behoefte van de patiënt?*

Het is schrijnend wanneer iemand na lang wachten op de wachtlijst afgewezen wordt en hierdoor nog langer op passende zorg moet wachten. Ik erken dat hierdoor psychisch lijden kan verergeren en in sommige gevallen zelfs kan leiden tot een situatie waarbij ggz-crisishulp nodig is. De wachttijden in de ggz zijn een hardnekkig probleem en voor mij is het van belang dat iemand die wacht zich niet in de steek gelaten voelt. In lijn met de motie Synhaeve spant de Staatssecretaris zich dan ook in voor mogelijkheden om iemand hulp en ondersteuning te bieden tijdens het wachten. De Staatssecretaris zal uw Kamer voor de zomer van 2024 informeren over de voortgang hiervan. Daarnaast worden per 2025 ook in alle regio's samenwerkingsafspraken gemaakt over het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken, waarbij ook wordt gekeken naar de mogelijkheden van overbruggingszorg vanuit het sociaal domein. Ik zal de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden vragen om in samenwerking met de NVvP en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) om het signaal dat mensen op de verkeerde wachtlijst staan en daardoor zorg wordt geweigerd te agenderen.

Bij zowel het beëindigen van als het niet-aangaan van de behandelings-overeenkomst zijn er zorgvuldigheidseisen waaraan de zorgverlener moet voldoen. Deze staan in de KNMG-richtlijn en komen voort uit de rechtspraak. Zo moet de zorgverlener noodzakelijke hulp (blijven) verlenen totdat de cliënt een nieuwe zorgverlener heeft gevonden.

*In hoeverre vindt de Minister dat de personen met doorzettingsmacht (wanneer aanbieder en verzekeraar er niet onderling uitkomen) voldoende wordt gevonden en voldoende bekendheid geniet? In hoeverre gaat de Minister nog acties ondernemen om deze beter onder de aandacht te brengen?*

In de Kamerbrief die de Staatssecretaris van VWS op 4 november 2021 aan uw Kamer heeft gestuurd, staat gemeld dat regionale doorzettingsmacht als doel heeft om te voorkomen dat patiënten die ggz-zorg nodig hebben, maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende/geschikte behandelplek gevonden kan worden, tussen wal en schip vallen.<sup>42</sup> Middels RDM wordt dan passende zorg gezocht of gecreëerd. De stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden monitort of de RDM is geïmplementeerd in regio's en rapporteert hier periodiek over.<sup>43</sup> De landelijke stuurgroep geeft aan dat de eerste twee treden van RDM in iedere regio ingericht zijn en functioneren. Opschaling naar de hogere treden (bestuurlijk niveau of bewindspersoon VWS) gebeurt zelden. Regio's geven daarbij aan dat zij er voordien zelf al uit komen en dat het instrument van RDM binnen de regio goed worden gevonden. De stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden draagt daarnaast ook zorg voor de communicatie over RDM en doet dit onder andere middels een landelijke website.<sup>44</sup> Ik zie nu geen aanleiding voor aanvullende acties op dit gebied.

<sup>42</sup> Kamerstuk II, 2020–2021, 25 424, nr. 594

<sup>43</sup> Zie <https://wegvandewachtlijst.nl/monitor-toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz-eerste-helft-2023>

<sup>44</sup> Zie <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opschaling/psychische-klachten-of-crisis>

## Houdbaarheid

*In de brief van de Minister wordt veel gesproken over de rol van het sociaal domein en bijvoorbeeld de laagdrempelige steunpunten. De leden van de D66-fractie zijn benieuwd of de Minister een duidelijk tijdspad kan schetsen hoeveel steunpunten er gerealiseerd moeten zijn per jaar. Verder vragen deze leden in hoeverre deze taken structureel worden gefinancierd, gelet op de financiële tekorten die gemeenten vanaf 2026 verwachten? Hoe zorgt de Minister dat de gemeentefinanciën op orde blijven zodat die steunpunten er komen en kunnen blijven bestaan, en dat ook op andere terreinen vanuit de gemeente kan worden geïnvesteerd in de mentale gezondheid van inwoners (denk aan preventie op het gebied van leefstijl, aan investeren in onafhankelijke cliënt-ondersteuning, sociaal werk, buurtsportcoaches)?*

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben financiële middelen ontvangen voor het realiseren van de ambities die in het IZA verwoord staan. Voor gemeenten geldt dat er structureel maximaal 150 miljoen euro per jaar beschikbaar wordt gesteld voor gemeentelijke inzet op de in de werkagenda opgenomen IZA onderwerpen. Deze inzet is verwoord in de regioplannen waarin zorg en mentale gezondheid in samenhang verder uitgewerkt worden. Het netwerk van laagdrempelige steunpunten is één van de onderwerpen in de werkagenda. Deze middelen zijn in principe structureel. Vanuit de brede SPUK «GALA en Sportakkoord II» ontvangen gemeenten middelen om in te zetten op andere terreinen, zoals leefstijl en buurtsportcoaches, waarmee de gemeente kan investeren in de mentale gezondheid van hun inwoners. Deze middelen zijn grotendeels structureel beschikbaar en deels incidenteel.<sup>45</sup> Ten slotte ontvangen gemeenten middelen voor wettelijke taken via het Gemeentefonds, onder andere voor het realiseren van passende ondersteuning vanuit de Wmo 2015. De VNG heeft recent een overzicht van relevante financiële geldstromen gepubliceerd.<sup>46</sup>

Ik ben mij bewust van de (financiële) uitdagingen binnen het sociaal domein waar gemeenten mee te maken hebben. De Staatssecretaris van VWS werkt vanuit zijn stelselverantwoordelijkheid samen met gemeenten aan deze uitdagingen. Tijdens het Bestuurlijk Overleg Financiële Verhoudingen (BOFv) van 21 november 2023 hebben fondsbeheerders en medeoverheden een aantal afspraken gemaakt die bijdragen aan stabiele financiële verhoudingen en het samen blijven werken aan maatschappelijke opgaven. De fondsbeheerders hebben de Tweede Kamer hier op 14 december 2023 over geïnformeerd.<sup>47</sup> In de genoemde brief geven fondsbeheerders aan dat voor het BOFv van maart 2024 een aantal analyses wordt voorbereid, waaronder een analyse waarin wordt ingegaan op hoe de BBP-indexeringssystematiek, die vanaf 2027 van kracht is, de gewenste stabiliteit brengt en zich verhoudt tot de dynamiek op o.a. het beleidsterrein zorg.

In april 2024 volgt een BOFv ter voorbereiding op de Voorjaarsnota. De fondsbeheerders hebben begrip voor de wens van VNG en IPO tot afschaffing van de opschalingskorting en erkennen de noodzaak van stabiele financiële verhoudingen. Indien er in het voorjaar nog geen nieuw kabinet is gevormd zegt het demissionaire kabinet toe dat de oloop van

<sup>45</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord> (p. 38)

<sup>46</sup> Zie <https://vng.nl/sites/default/files/2024-01/overzicht-geldstromen-tbv-laagdrempelige-steunpunten.pdf>

<sup>47</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 36 410-VII, nr. 83

de opschalingskorting op tafel ligt, mede in het licht van de overheidsfinanciën op dat moment.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie**

*De leden van de BBB-fractie hebben brieven ontvangen over de reactie op het onderzoek van MIND naar wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en hebben nog enkele vragen voor de Minister.*

*Uit de brieven blijkt dat sommige patiënten die op de wachtlijst staan en eindelijk aan de beurt zijn, soms de zorg wordt geweigerd omdat er geen passend aanbod beschikbaar is. Er wordt ook niet meegedacht met de patiënt om een alternatieve plek te vinden. Erkent de Minister dat hierdoor het psychisch lijden van de patiënt verergert en dat de patiënt hierdoor onnodig in crisissituaties terechtkomt? Kan de Minister toezeggen om concrete afspraken te maken met organisaties in het veld, zoals de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg, MEER ggz, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, om hen bewust te maken van hun verantwoordelijkheid om met patiënten mee te denken en een passende behandeling in de buurt (of regio) te vinden die aansluit bij de behoeften van de patiënt?*

Zoals ik eerder heb aangegeven in mijn reactie op vragen van de D66-fractie, is het schrijnend wanneer iemand na lang wachten op de wachtlijst afgewezen wordt en hierdoor nog langer op passende zorg moet wachten. Ik erken dat hierdoor psychisch lijden kan verergeren en in sommige gevallen zelfs kan leiden tot een situatie waarbij ggz-crisishulp nodig is. De wachttijden in de ggz zijn een hardnekkig probleem en voor mij is het van belang dat iemand die wacht, zich niet in de steek gelaten voelt. In lijn met de motie Synhaeve spant de Staatssecretaris zich dan ook in voor mogelijkheden om iemand hulp en ondersteuning te bieden tijdens het wachten. De Staatssecretaris zal uw Kamer voor de zomer van 2024 informeren over de voortgang hiervan. Daarnaast worden per 2025 ook in alle regio's samenwerkingsafspraken gemaakt over het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken, waarbij ook wordt gekeken naar de mogelijkheden van overbruggingszorg vanuit het sociaal domein. Ik zal de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden vragen om in samenwerking met de NVvP en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) het signaal dat mensen op de verkeerde wachtlijst staan en daardoor zorg wordt geweigerd te agenderen.

Bij zowel het beëindigen van als het niet-aangaan van de behandelingsovereenkomst zijn er zorgvuldigheidseisen waaraan de zorgverlener moet voldoen. Deze staan in de KNMG-richtlijn en komen voort uit de rechtspraak. Zo moet de zorgverlener noodzakelijke hulp (blijven) verlenen totdat de cliënt een nieuwe zorgverlener heeft gevonden.

*Daarnaast ervaren patiënten die op de wachtlijst staan weinig goede hulp van verzekeraars bij het vinden van geschikte zorg. Het lijkt erop dat verzekeraars onvoldoende op de hoogte zijn van de zorgbehoefte van de patiënt en soms met alternatieve opties komen die helemaal niet passend zijn. Wat gaat de Minister hieraan doen?*

Zoals eerder aangegeven in mijn reactie op de vragen van leden van de GroenLinks-PvdA fractie, hebben zorgverzekeraars speciale afdelingen waar verzekerden desgewenst contact mee kunnen opnemen, indien zij na een verwijzing op zoek zijn naar een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar zal zich in dat geval ervoor inzetten om een geschikte zorgaanbieder te vinden. Uit onderzoek van de ACM blijkt dat in 2023 78% van de verze-



kerden (zeer) tevreden was over de totale dienstverlening van zorgverzekeraars.<sup>48</sup> Tegelijk volgt hieruit dat de inzet van de zorgverzekeraar niet in alle gevallen leidt tot een voor de verzekerde bevredigende oplossing. Hiervoor kunnen de oorzaken heel divers zijn. Denk hierbij aan het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en ook het wensniveau en de verwachtingen van de verzekerde. In die zin herken ik de signalen en zal deze via ZN onder de aandacht brengen van zorgverzekeraars.

Daarbij merk ik op dat ook zorgaanbieders een belangrijke rol hebben bij het toeleiden van de patiënt naar zorgbemiddeling. Belangrijk is dat zorgaanbieders, wanneer zij de zorg niet tijdig kunnen verlenen, de patiënt naar zijn zorgverzekeraar verwijzen voor zorgbemiddeling. De afdeling zorgbemiddeling kan dan kijken of er een alternatief is. De NZa wijst erop dat niet alle zorgaanbieders patiënten voor zorgbemiddeling doorverwijzen naar hun eigen zorgverzekeraar, maar in plaats daarvan zelf met de patiënt op zoek gaan naar mogelijkheden. Dat is te prijzen, maar dit kost wellicht onnodig tijd van aanbieders.

Tevens is de zorgverzekeraar voor een groot gedeelte afhankelijk van de informatie die zorgaanbieders willen delen over hun beschikbare capaciteit. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierover goede afspraken te maken zodat de verzekerden snel naar de juiste zorg kunnen worden begeleid. Op dit moment loopt er een traject in de ggz om deze afspraken te verbeteren. In het IZA is afgesproken om regionaal inzicht in wachttijden te realiseren. Momenteel wordt onder leiding van ZN en de NLggz in samenwerking met de NZa gewerkt aan de uitwerking van deze afspraak. Dit met als doel dat verwijzers een tijdige en passende verwijzing kunnen doen en cliënten inzicht hebben in de wachttijden in hun regio. Partijen werken ernaar toe om dit inzicht per 2026 voor elke regio te realiseren.

*Ook worden patiënten van de ene naar de andere partij gestuurd, namelijk van de zorgaanbieder naar de verzekeraar, en zij worden aangeraden contact op te nemen met de persoon met doorzettingsmacht in de regio. Echter blijkt dat de doorzettingsmacht nog niet overal is geïmplementeerd of goed werkt. Bovendien weten patiënten vaak niet bij wie zij terecht kunnen en worden zij niet geïnformeerd over het bestaan van de doorzettingsmacht. Wat gaat de Minister doen om de doorzettingsmacht toegankelijk te maken via een bekend telefoonnummer voor patiënten, en hoe gaat zij dit nummer bekend maken, bijvoorbeeld door middel van een campagne?*

Zoals eerder aangegeven in mijn reactie op vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie, is het wat betreft de toegang tot RDM is het primair aan de behandelaar van de cliënt om de casus in te brengen bij de regionale taskforce wachttijden in het kader van het regionale transfermechanisme (trede 1 van het escalatiemodel). Indien er op regionaal niveau geen oplossing gevonden wordt dan kan opgeschaald worden naar een van de zeven bovenregionale tafels hoogcomplex (trede 2 van het escalatiemodel). Cliënten en hun naasten kunnen ook zelf – samen met een clientondersteuner – contact leggen met de coördinator van de taskforce binnen hun regio. De uitvoering van de wachttijdenmaatregelen wordt gemonitord vanuit de landelijke stuurgroep wachttijden, dit geldt dus ook voor RDM.<sup>49</sup> De landelijke stuurgroep geeft aan dat de eerste twee treden van RDM in iedere regio ingericht zijn en functioneren. Opschaling naar

<sup>48</sup> Zie <https://www.acm.nl/system/files/documents/consumentenonderzoek-zorgverzekeringsmarkt-2023.pdf>

<sup>49</sup> Zie <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2022/02/Handreiking-RDM-januari-2022.pdf>

de hogere treden (bestuurlijk niveau of bewindspersoon VWS) gebeurt zelden. Regio's geven daarbij aan dat zij er voordien zelf al uit komen in één van de lagere treden en goed worden gevonden. De stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden draagt ook zorg voor de bekendheid van RDM. Dit gebeurt onder andere middels een landelijke website, wegvan-dewachtlijst.nl. Tevens staat RDM genoemd op de website Regelhulp<sup>50</sup>, daarmee is RDM voldoende bekend en vindbaar. Ik zie ook geen aanleiding voor aanvullende acties op dit gebied en ik vind het gegeven hoe we de toegang tot RDM hebben georganiseerd ook niet wenselijk om hier een (centraal) telefoonnummer voor in te richten. Het is aan regio's op de toegang tot RDM op een goede manier vorm te geven.

*Daarnaast weten de leden van de BBB-fractie dat de NZa twee keer per jaar rapporteert over de wachttijden. MIND pleit ervoor om vier keer per jaar te rapporteren, gezien de lange wachtlijsten. Dit zou eerder ingrijpen en bijsturen mogelijk maken. Kan de Minister voortaan vier keer per jaar rapporteren over de wachttijden?*

Zoals ook aangegeven in reactie op de vragen van de leden van de D66-fractie ben ik van mening dat een meer frequente rapportage over de wachttijdencijfers niet meer of beter inzicht zou bieden. Over de hele linie zien we dat de wachttijdencijfers te hoog zijn, maar ook relatief stabiel. Elk kwartaal over deze cijfers rapporteren zou daarmee geen aanvullende informatie bieden, maar wel zorgen voor extra (administratieve) lasten. In plaats daarvan wil ik inzetten op meer en betere cijfers op regionaal niveau middels de afspraken in het IZA over regionaal inzicht in de wachttijden.

Dit met als doel dat verwijzers een tijdige en passende verwijzing kunnen doen en cliënten inzicht hebben in de wachttijden in hun regio. In het te ontwikkelen model staat voorop dat partijen in de regio zich eigenaar moeten (kunnen) voelen van de regionale data, teneinde in hun regio de toegankelijkheid van ggz zorg te verbeteren. Partijen werken ernaar toe om dit inzicht per 2026 voor elke regio te realiseren.

*Verder valt het de leden van de BBB-fractie op dat de NZa veel ruimte geeft aan zorgaanbieders (voor het aanleveren van wachttijdgegevens) en verzekeraars (bij het niet naleven van de wettelijke zorgplicht). Waarom worden hier geen dwangsommen en boetes opgelegd? Wat is de afspraak van de Minister met de NZa hierover? Zij hebben immers de bevoegdheid om boetes op te leggen.*

Zoals in reactie op de vragen van de D66-fractie beschikt de NZa over verschillende wettelijke instrumentaria om handhavend op te treden, waaronder dwangsommen en boetes. De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan en maakt daarmee zelfstandig en onafhankelijk van VWS de afweging of en op welke manier zij handhavend optreedt. Daarnaast voert de NZa diverse monitor-werkzaamheden uit en signaleert en adviseert zij mij hierover, zoals het monitoren van de wachttijden in de ggz.

*Ook lezen de leden van de BBB-fractie in de brief dat MIND ook pleit voor een betere toegankelijkheid van de ggz voor huisartsenposten. Daarom vragen de leden van de BBB zich af wat de visie van de Minister is op het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de bredere zorg. Hierdoor kan er samenwerking ontstaan tussen verschillende zorgdisciplines, wat resulteert in vroegtijdige herkenning en interventie bij mentale problemen.*

<sup>50</sup> Zie <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opschaling/psychische-klachten-of-crisis>

Met het IZA zetten we in op een beweging richting een meer integraal zorgaanbod in regio's. Hierbij hebben we specifiek voor de ggz afspraken gemaakt om de verbinding tussen het sociaal domein, de ggz en de huisartszorg te verbeteren. Dit omdat we met elkaar onderschrijven dat er winst te behalen valt in de organisatie van zorg in de verbinding tussen deze domeinen. De wijze waarop dit vormgegeven wordt in elke regio – of er sprake is van versterking van samenwerking of integratie van zorgaanbod – is aan regio's zelf. In dit kader stellen regio's ook regio-plannen op waarin zij omschrijven hoe zij richting de toekomst hun zorgaanbod gaan organiseren met het oog op het behouden en versterken van de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Van deze plannen maakt de ggz ook nadrukkelijk deel uit.

*Volgens de leden van de BBB-fractie is de Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts een waardevolle aanvulling en zou dit de aanbevolen vergoede eenvoudige ggz-zorg moeten zijn. Dit zou meer praktische ruimte creëren voor intensievere ggz-zorg.*

Ik ben het met u eens dat de POH-ggz een waardevolle aanvulling is in het ggz zorglandschap. De POH-ggz in de huisartsenpraktijk kan veel lichte psychische zorgvragen zelf behandelen zonder dat patiënten doorverwezen hoeven te worden naar de ggz. Daarom heb ik in het IZA met partijen afgesproken om de samenwerking tussen het sociaal domein, de ggz en de huisartsenzorg te verbeteren. Om hiervoor ruimte te creëren binnen de huisartsenzorg, heeft de NZa op mijn verzoek het maximum-aantal uren van de POH-ggz per normpraktijk per 1-1-2024 verhoogd met vier uur, van 12 naar 16 uur per week.

*Ook wijst MIND op situaties waarin zorgaanbieders weigeren om een behandelovereenkomst aan te gaan met een cliënt, omdat deze buiten het reguliere werkgebied van de ggz-aanbieder woont. De beslissing hierover ligt bij de arts of zorginstelling. De Minister is van mening dat hier niet lichtvaardig mee moet worden omgegaan. Zij geeft aan dat zij dit ter overweging meegeeft en/of hierover in gesprek zal gaan, maar de BBB vraagt zich af of de Minister zelf de regie kan nemen, zodat dit soort situaties niet meer voorkomen?*

Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie, kan een zorgverlener alleen bij hoge uitzondering een behandelingsovereenkomst met een cliënt weigeren vanwege de zorgplicht die op de zorgverlener rust. Dit is wat ik bedoel met dat de behandelaar hier niet te lichtvaardig mee om mag gaan. In de KNMG-richtlijn worden de drie belangrijkste redenen genoemd die volgen uit de rechtspraak. Uitgangspunt is dat een zorgverlener steeds zorgvuldig moet afwegen of het belang dat hij heeft in voldoende mate opweegt tegen het belang en het recht van de cliënt op goede zorg. Het beëindigen van een behandelingsovereenkomst kan volgens de wet alleen vanwege zogenoemde «gewichtige redenen». Wat gewichtige redenen zijn, volgt uit de toelichting bij de wet en uitspraken van (tucht)rechters.

Bij zowel het beëindigen van als het niet-aangaan van de behandelingsovereenkomst zijn er zorgvuldigheidseisen waaraan de zorgverlener moet voldoen. Zo moet de zorgverlener noodzakelijke hulp zoals in crisissituaties (blijven) verlenen totdat de cliënt een nieuwe zorgverlener heeft gevonden. Bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst geldt ook dat de zorgverlener medewerking moet verlenen aan de cliënt bij het vinden van zorg elders.

*Tot slot, het is goed dat de Minister gesprekken voert over problemen binnen de ggz. Echter, de leden vragen zich af of het niet tijd is om hier op een andere manier mee om te gaan. Hiermee bedoelen de leden dat het tijd is dat de Minister en Staatssecretaris, ondanks het huidige zorgstelsel, de regie gaan nemen als het gaat om wachttijden, weigeringen door zorgaanbieders, problemen met zorgverzekeraars en het organiseren van hulp bij het vinden van een passende behandeling. Hoe staan de Minister en Staatssecretaris hier tegenover? Is het niet tijd om meer regie te nemen in plaats van alleen maar in gesprek te gaan?*

Bij het vormgeven van goede en passende zorg en ondersteuning hebben (lokale) zorgaanbieders, financiers van zorg, gemeenten en het Rijk ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd zie ik ook dat er gegeven de uitdaging voor de zorg behoefte is aan duidelijke regie. Hieraan heeft het kabinet invulling gegeven door het voortouw te nemen door heldere en ambitieuze afspraken met partijen te maken in het kader van het IZA, GALA en WOZO. In deze akkoorden is niet alleen omschreven wat we gaan doen, maar hebben we ook de verschillende verantwoordelijkheden van partijen omschreven bij het realiseren van onze gezamenlijke doelstelling. De toezichthouders NZa en IGJ zien toe op de wettelijke verantwoordelijkheden van verzekeraars en zorgaanbieders. Vanuit het Rijk spreken we partijen actief aan op de afspraken die we met elkaar hebben gemaakt, zoals recent bijvoorbeeld rondom de afspraken die eerder zijn gemaakt over de aanpak van wachttijden. Ik zie dat dit ook effectief is, gegeven de stappen die zijn gezet het afgelopen jaar in het realiseren van een werkende wachttijdenaanpak in iedere regio.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen n.a.v. de reactie van de Minister op het rapport van MIND, aangaande het onderzoek wachttijden GGZ. Zij vinden dit onderzoek vooral van belang omdat het inzicht geeft in de doelgroep patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag.*

*MIND stelt, zich in het rapport te concentreren op de groep cliënten met (ernstige) problemen in de toegang en proberen meer inzicht te krijgen in de aard van die problemen. De bevindingen van MIND vindt de Minister een goed inzicht geven van problemen, waarmee de ggz-sector al langere tijd kampt en die voor patiënten en hun omgeving zeer impactvol zijn. Deze zienswijze delen de leden van de CDA-fractie met de Minister en zeker ook met MIND. Er is een groep patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag, die te lang moet wachten op passende zorg vinden de leden. Deelt de Minister met de leden van de CDA-fractie het punt dat deze situatie voor cliënten/patiënten met een zwaardere zorgvraag al veel langer loopt dan de afspraken, die in het Integraal Zorgakkoord zijn gemaakt? Waarom denkt de Minister, dat de verdere uitwerking van de afspraken in het IZA een oplossing gaan bieden voor de groep cliënten met ernstige GGZ problemen?*

Het klopt dat dit vraagstuk langer loopt dan de afspraken die gemaakt zijn in het IZA. Dat is ook de reden dat door mijn voorganger in april 2020 «het plan hoogcomplexe ggz» in werking is gesteld<sup>51</sup>, waarmee casuïstiektafels zijn opgezet om een passend aanbod te realiseren voor mensen met een hoogcomplexe zorgvraag in de ggz. Daarnaast heb ik naar aanleiding van aanpassingen in het (klinische) behandelaanbod van drie ggz-aanbieders 2 jaar geleden de NZa gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij

<sup>51</sup> Kamerstuk II, 2019–2020, 25 424, nr. 525

over gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. De NZA heeft hierop de Rode draden analyse gemaakt en mede naar aanleiding daarvan zijn afspraken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgenomen in het IZA over het in kaart brengen en borgen van voldoende toegankelijk aanbod voor mensen met een complexe zorgvraag.

Zoals ik heb aangegeven op vragen van de leden van de GroenLinks-PvdA fractie, heb ik u vandaag via een aparte brief geïnformeerd over de voortgang van de aanpak cruciale ggz. In deze brief beschrijf ik dat partijen een andere invulling van de aanpak hebben voorgesteld om voldoende cruciale ggz te borgen. Het voorstel redeneert vanuit de zorgvraag in plaats van vanuit het aanbod. De aanpak wordt bestuurlijk gedragen door de betrokken partijen en MIND, oftewel vertegenwoordigers van zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en patiënten. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het zorgen voor voldoende aanbod voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag een gedeelde inzet vraagt van alle partijen: de zorginkoper, de zorgaanbieder, de professional en de overheid. Ik heb vertrouwen dat deze breed gedragen aanpak en de afspraken die ik met partijen heb gemaakt om cruciale ggz te borgen op de korte en lange termijn een oplossing gaan bieden voor cliënten met een complexe zorgvraag.

*Vervolgens stelt MIND, dat de helft van de onderzoeksgroep geen overbruggingshulp krijgt aangeboden. De Minister wil dit concreet aanpakken vanuit de oprichting van mentale gezondheidscentra, zodat daar gekeken kan worden naar de mogelijkheden van overbruggingszorg vanuit het sociaal domein. Is er een verschil tussen overbruggingshulp en overbruggingszorg?*

Zoals eerder aangegeven in mijn antwoord op vragen van de leden van de D66-fractie, gaat het bij overbruggingszorg gaat om activiteiten die worden aangeboden om de periode tot zorg in de ggz vanuit de Zvw te overbruggen. Dit is feitelijk geen zorg, maar ondersteuning en daarmee een onderdeel van het sociaal domein. Vandaar dat de term overbruggingshulp of overbruggingsondersteuning beter is. Zoals ik ook in reactie op de vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie heb aangegeven zijn er al veel goede voorbeelden van initiatieven zoals Wachtkracht in Zwolle en Wachtverzachter in Dronten. Deze initiatieven in het sociaal domein laten zien dat wachttijdbegeleiding en overbruggingshulp van grote meerwaarde kunnen zijn en brede navolging verdienen.

*En kunnen mentale gezondheidscentra hulp en/of ondersteuning bieden aan patiënten/cliënten met een zwaardere zorgvraag?*

Nee, dat is niet de rol van mentale gezondheidsnetwerken. Een mentaal gezondheidsnetwerk is een netwerkorganisatie met meerdere functies, waaronder het uitvoeren van het verkennend gesprek, transfermechanisme en informatievoorziening over de wachttijden. Op aanvraag van de huisarts is het een gesprek met een persoon met een vermoeden van psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen en professionals uit de ggz en sociaal domein. De netwerken zorgen ervoor dat de patiënt op de juiste plek belandt, maar bieden zelf geen ondersteuning aan patiënten met een (zwaardere) zorgvraag. De huisarts kan, al dan niet na een verkennend gesprek, altijd doorverwijzen naar de ggz en ook kan het sociaal domein de ondersteuning oppakken.

*Maar zo stellen de leden van de CDA-fractie, overbruggingszorg regelen is toch in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars? Hoe verhoudt het een en ander zich tot elkaar? Maakt dit het systeem om GGZ zorg te ontvangen juist niet complexer?*

Een zorgverzekeraar heeft inderdaad zorgplicht en moet er dus voor zorgen dat zijn verzekerde zorg ontvangt. Bij overbruggingszorg gaat het om activiteiten die worden aangeboden om de periode tot zorg in de ggz vanuit de Zvw te overbruggen. Dit is feitelijk geen zorg, maar ondersteuning en daarmee een onderdeel van het sociaal domein, en niet van de zorgverzekeraar. Vandaar dat de term overbruggingshulp of overbruggingsondersteuning beter is. Voor mensen met een ggz hulpvraag is het van groot belang dat de samenwerking tussen het sociaal domein, de ggz en de huisartsenzorg goed verloopt. De leidende gedachte van het IZA is om het sociaal domein en de Zvw zorg (waaronder de ggz en huisartsenzorg) beter op elkaar te laten aansluiten. Daarom zijn er verschillende afspraken gemaakt om deze domeinen beter op elkaar te laten aansluiten.

*De Minister stelt voor om wachttijden te verkorten en met de andere IZA-partijen in te zetten op het vergroten van de behandelcapaciteit en op het sneller doorgeleiden van mensen naar zorg of ondersteuning via een verkennend gesprek. Wat is het verschil tussen een intake en een verkennend gesprek zo vragen de leden zich af?*

Zoals ik ook in reactie op vragen van de leden van de NSC-fractie aangaf is het verkennend gesprek geen diagnostiek (en dus geen intake door de ggz) maar een open gesprek binnen het mentale gezondheidsnetwerk waar op basis van gelijkwaardigheid tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit de ggz en het sociaal domein gekeken wordt welke passende ondersteuning en zorg iemand nodig heeft. Eén van de uitkomsten van het gesprek kan zijn dat de persoon behandeling in de ggz nodig heeft. In dat geval kan op basis van het verkennend gesprek beter bepaald worden welke zorg deze persoon nodig heeft en welke zorgaanbieder hiervoor in aanmerking komt. Een andere uitkomst kan zijn dat iemand wordt gewezen op de mogelijkheid om bij een laagdrempelig steunpunt in de gemeente binnen te lopen.

*En dit zijn toch twee aparte trajecten, meer behandelcapaciteit en mensen sneller naar de juiste zorg toe geleiden?*

Het klopt dat dit twee aparte trajecten zijn met ieder een eigen doelstelling. Vanuit de IZA-afspraken over cruciale ggz wordt gewerkt aan het realiseren en borgen van voldoende toegankelijke behandelcapaciteit in de ggz voor mensen met een complexe zorgvraag. Vanuit de afspraken rondom de mentale gezondheidsnetwerken en het verkennend gesprek wordt gewerkt aan het beter en anders organiseren van ondersteuning en zorg aan mensen die naast psychische klachten ook problemen op andere levensdomeinen hebben.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat het nu februari 2024 is, hoe ver staat het met het vergroten van de behandelcapaciteit? De Minister wil immers vanaf 2025 in iedere regio mensen beter en sneller naar zorg toe geleiden. Naast wachtlijsten op instellingsniveau komen er wachtlijsten op regioniveau. Hoe gaat dit de patiënt met een zwaardere zorgvraag concreet helpen?*

Er wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars hard gewerkt aan het vergroten van de behandelcapaciteit voor mensen met een complexe zorgvraag. Zo werkt de NLggz samen met ZN en VWS momenteel aan een programmatische aanpak voor hybride en/of digitale ggz, met als doel om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen. In deze aanpak is aandacht voor toetsing, opschaling, bekostiging en implementatie in de praktijk. Daarnaast heb ik met partijen, zoals ik heb aangegeven in een brief die ik op 4 april 2024 naar uw Kamer heb gestuurd, (inkoop)afspraken gemaakt op cruciale ggz op de korte en lange termijn te borgen.

Wat betreft regionale wachttijden is in het IZA afgesproken om regionaal de wachttijden inzichtelijk te maken. Momenteel wordt onder leiding van ZN en deNLggz in samenwerking met de NZa uitgewerkt hoe regionaal inzicht in wachttijden vormgegeven kan worden. Dit met het doel dat verwijzers een tijdige en passende verwijzing kunnen doen en cliënten inzicht hebben in de wachttijden in hun regio. Dit inzicht is waardevol voor alle patiënten, ook voor de mensen met een zwaardere of complexe zorgvraag, waarbij de wachttijden vaak langer zijn. Zoals eerder aangegeven in reactie op vragen van de NSC-fractie zie ik daarnaast ook dat partijen in de regioplannen zorg en ondersteuning rond mentale gezondheid echt met elkaar verbinden en in samenhang uitwerken.

*Hoe is het gesteld met de uitvoering van de motie van den Berg, Westerveld uit mei 2023 (Kamersruk. 25 424, nr. 654)? Is nu duidelijk wat onder cruciale GGZ zorg valt en komt er een adequaat landelijk overzicht? Is bekend hoeveel plaatsen er zijn voor de verschillende psychische stoornissen? Is bekend hoe de landelijke dekking is? Is bekend wel regio's te weinig plaatsen hebben voor bepaalde psychische stoornissen en hoe voor die regio's capaciteit kan worden gevonden? Als deze informatie nog niet beschikbaar is, kan de Minister aangeven wanneer deze informatie wel beschikbaar is?*

Op 21 december 2023 heb ik uw Kamer in een brief over de stand van zaken rondom cruciale ggz geïnformeerd over de uitvoering van de motie van den Berg en Westerveld (Kamerstuk 25 424, nr. 654).<sup>52</sup> Zoals ik heb aangegeven op vragen van de leden van de GroenLinks-PvdA fractie heb ik op 4 april 2024 uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van de aanpak van cruciale ggz. In deze brief beschrijf ik dat partijen afgelopen tijd hard gewerkt hebben aan een aanpak voor de versterking van de cruciale ggz om de gemaakte afspraken uit december 2023 vorm te geven. Ze hebben daartoe onder andere twee heidagen georganiseerd, waarbij (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, verzekeraars, professionals, patiënten en de overheid uitgenodigd waren. Partijen zijn tijdens deze dagen tot het inzicht gekomen dat ze goed uit de voeten kunnen met de huidige werkdefinitie van cruciale ggz uit de handreiking.<sup>53</sup> Het verder inzetten op een afgebakende lijst van cruciale ggz achten ze onhaalbaar en onwenselijk. Dit omdat het creëren van nieuwe grenzen binnen de ggz niet bijdraagt aan het verbeteren van het benodigde integrale zorgaanbod. Het gaat namelijk om patiënten die ernstig lijden, waar vaak sprake is van domeinoverstijgende problematiek, en waarbij de zorg een minder voorspelbaar beloop kent.

Om voldoende cruciale ggz te borgen hebben partijen daarom een andere invulling van de aanpak voorgesteld. Deze aanpak start bij de zorgvraag van mensen met een complexe zorgvraag in de regio. Vervolgens wordt passend bij deze zorgvraag in elke regio een cruciaal zorgnetwerk met zorgvormen (acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg) georganiseerd, ingebed in de context/ sociaal domein. Als de vraag en/of het aanbod te specialistisch is voor de regio, of aanbod niet (doelmatig) regionaal georganiseerd kan worden, dan brengt de regio de vraag in op één (nog op te zetten) landelijke tafel waar dus ook weer vraag en aanbod bij elkaar wordt gebracht.

De aanpak wordt bestuurlijk gedragen door de betrokken partijen en MIND, oftewel vertegenwoordigers van zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en patiënten. Ik ondersteun inhoudelijk de voorgestelde

<sup>52</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 25 424, nr. 679

<sup>53</sup> Zie: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-invent>

aanpak, die door het veld als meer passend bij de werkpraktijk van de ggz wordt beschouwd. Tegelijkertijd vergt de voorgestelde aanpak nog veel organisatie en uitwerking van de NLggz, NFU, NVvP, NVZ en ZN in goede afstemming met MIND. Deze kan stevig staan voor de inkoop vanaf 2026, maar komt te laat voor de inkoop van 2025. Voor de inkoop voor 2025 heb ik daarom met zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken dat de in december 2023 vastgestelde zorgvormen (acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg) in ieder geval voldoende aangeboden en ingekocht zullen worden, en er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen. Tot slot vind ik het belangrijk om te benadrukken dat het zorgen voor voldoende aanbod voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag een gedeelde inzet vraagt van alle partijen: de zorginkoper, de zorgaanbieder, de professional en de overheid. In de brief ga ik in op de afspraken die ik met partijen heb gemaakt op cruciale ggz op de korte en lange termijn te borgen.

*Wat betreft de komst van mentale gezondheidscentra en de consultatiefunctie ggz, vragen de leden van de CDA-fractie of hier ook ruimte/plek is voor hulp en of ondersteuning voor mensen met onbegrepen gedrag? Kan de politie ook gebruik maken van de consultatiefunctie ggz.*

Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de NSC-fractie voorziet de prestatie die de NZa heeft vastgesteld alleen in consultatie tussen het sociaal domein en de ggz. De ggz aanbieder mag deze prestatie dus niet in rekening brengen bij de zorgverzekeraar voor vragen vanuit de politie. Het staat de politie uiteraard wel vrij om afspraken te maken met de ggz over hoe zij de politie kunnen ondersteunen bij mensen met verward en onbegrepen gedrag, dit wordt ook vanuit het actieprogramma Grip op onbegrip ondersteund. Binnen dit actieprogramma is de komende 4 jaar in totaal 52 miljoen euro beschikbaar gesteld voor het actieprogramma. Tevens is er vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid ook 59 miljoen euro beschikbaar gesteld voor het versterken van de regionale samenwerking tussen politie, ggz en sociaal domein.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op het rapport van MIND over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen hierover.*

*Genoemde leden merken op dat in de brief vooral gewezen wordt naar processen en ontwikkelingen die nog in de kinderschoenen staan en dat er maar weinig instrumenten worden genoemd die direct verlichting zouden kunnen bieden. Zo staat er in de reactie over het gebrek aan goede overbruggingszorg dat het «opgenomen zal worden in de leidende principes die zorgaanbieders en verzekeraars opstellen voor de inrichting van mentale gezondheidscentra». Genoemde leden vinden het onverantwoord dat mensen die al wachten op geestelijke gezondheidszorg nu ook al schijnen te moeten wachten als het gaat om goede overbruggingshulp. Deze mentale gezondheidscentra zijn nog in ontwikkeling en zijn dus op dit moment meestal nog niet in staat om de juiste overbruggingshulp te bieden. Welke oplossingen ziet de Minister nu concreet om overbruggingshulp per direct beschikbaar te maken voor mensen op de wachtlijst en hoe wordt ervoor gezorgd dat mensen die op de wachtlijst staan op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor overbruggingshulp en dat deze ook actief wordt aangeboden?*



De motie Synhaeve verzoekt het kabinet om te stimuleren dat eind 2024 door alle zorgaanbieders in de ggz een vorm van overbruggingszorg wordt aangeboden. Overbruggingszorg is feitelijk geen zorg, maar ondersteuning en daarmee een onderdeel van het sociaal domein. Vandaar dat de term overbruggingshulp of overbruggingsondersteuning beter is. Ik zal uw Kamer voor de zomer van 2024 informeren over de wijze waarop ik invulling wil geven aan deze motie. Op voorhand wil ik daarbij aangeven dat ik gemeenten niet kan of wil dwingen om bepaalde vormen van ondersteuning in te kopen.

*Verder valt het de genoemde leden op dat de regelingen die beschikbaar zijn op papier niet altijd in overeenstemming zijn met de praktijk. De organisatie MIND geeft aan dat ze van patiënten vernemen dat ze weinig goede hulp ervaren als het gaat om zorgbemiddeling. In de reactie van de Minister komt naar voren dat ze zich actief inzet om zorgbemiddeling meer onder de aandacht te brengen, maar het is de genoemde leden onduidelijk wat ze gaat doen om de kwaliteit van de zorgbemiddeling te verhogen. Patiënten geven namelijk aan dat het aangeboden alternatief niet altijd passend is bij de zorgvraag. Zijn er gegevens bekend over de kwaliteit van de zorgbemiddeling die wordt aangeboden en hoe dit door patiënten ervaren wordt? Mochten deze gegevens niet bekend zijn, is de Minister bereid om hier dan een onderzoek naar in te stellen?*

Zoals eerder aangegeven in mijn reactie op vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben zorgverzekeraars speciale afdelingen waar verzekerden desgewenst contact mee kunnen opnemen, indien zij na een verwijzing op zoek zijn naar een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar zal zich in dat geval ervoor inzetten om een geschikte zorgaanbieder te vinden. Uit onderzoek van de ACM blijkt dat in 2023 78% van de verzekerden (zeer) tevreden was over de totale dienstverlening van zorgverzekeraars.<sup>54</sup> Tegelijk volgt hieruit dat de inzet van de zorgverzekeraar niet in alle gevallen leidt tot een voor de verzekerde bevredigende oplossing. Hiervoor kunnen de oorzaken heel divers zijn. Denk hierbij aan het beschikbare aanbod van zorgaanbieders en ook het wensniveau en de verwachtingen van de verzekerde. In die zin herken ik de signalen en zal deze via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onder de aandacht brengen van zorgverzekeraars. Ook is van zorgbemiddeling bekend dat relatief weinig patiënten hier een beroep op doen. Het is hierbij belangrijk dat verzekerden de zorgverzekeraar ook daadwerkelijk weten te vinden voor zorgbemiddeling en zorgadvies. Om de bekendheid van de zorgadviesafdelingen te vergroten hebben zorgverzekeraars het platform mijnzorgverzekeraar.nl gelanceerd. Op deze website kunnen verzekerden en verwijzers de contactgegevens van de zorgadviesafdelingen van de verschillende zorgverzekeraars makkelijk terugvinden. Daarnaast zijn verschillende andere maatregelen in gang gezet. Denk hierbij aan het een beter inzicht in regionale wachtlijsten, betere aansluiting van vraag en aanbod voor complexe zorgvragen met het traject «cruciale ggz». Daarom zie ik geen meerwaarde om aanvullend onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorgbemiddeling vanuit het perspectief van de patiënt.

*Daarnaast merken genoemde leden op dat de Minister ondanks de wachtlijsten nog steeds de omzetplafonds van zorgverzekeraars accepteert. Genoemde leden vinden het nog steeds onverantwoord dat in een sector waar sprake is van lange wachtlijsten dit systeem nog steeds gehanteerd wordt. Omzetplafonds leiden immers tot een onnodige patiëntenstop. Een patiënt wordt immers geweigerd omdat het geld op is en niet omdat er daadwerkelijk geen plek zou zijn. Deze patiënten moeten*

<sup>54</sup> Zie <https://www.acm.nl/system/files/documents/consumentenonderzoek-zorgverzekeringmarkt-2023.pdf>

*daardoor noodgedwongen wachten, waardoor het risico op verergering van psychische klachten groter wordt. Genoemde leden vinden het hanteren van deze omzetplafonds daarom in strijd met de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars. Hoe kijkt de NZa hiernaar als het gaat om het hanteren van omzetplafonds en de taak van zorgverzekeraars om aan de wettelijke zorgplicht te voldoen.*

Zoals aangegeven in het antwoord op vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie heeft in ons stelsel 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. De NZa houdt hier toezicht op. Dat zorgverzekeraars hierbij omzetplafonds gebruiken is niet problematisch als ze om de goede reden worden ingezet. Zoals eerder aangegeven kunnen ze bijvoorbeeld effectief zijn wanneer zorgverzekeraars ruimere omzetplafonds afspreken met zorgaanbieders die passende zorg leveren dan met zorgaanbieders die minder passende zorg leveren. Op deze manier wordt schaarse capaciteit beter benut en kunnen zorgverzekeraars juist beter voldoen aan hun zorgplicht, zo ziet ook de NZa. Het werken met omzetplafonds is een middel om de schaarse middelen optimaal te verdelen. Omzetplafonds kunnen juist bijdragen aan het beter benutten van de schaarse zorgcapaciteit, zodat mensen met een zware zorgvraag worden geholpen. De NZa ziet de omzetplafonds ook juist als een mogelijke optie om beter aan de zorgplicht te kunnen voldoen.

*Genoemde leden maken zich ook zorgen over de verdere inperking van de vrijeartsenkeuze als het gaat om de ggz. Het is bij sommige verzekeraars niet meer mogelijk om een restitutiepolis af te sluiten. Genoemde leden willen erop wijzen dat vooral bij psychische hulp de relatie tussen behandelaar en patiënt cruciaal is voor het slagen van de behandeling. Verder leidt het wegvallen van de restitutiepolis en de verlaging van vergoedingen voor ongecontracteerde zorg ertoe dat patiënten geconfronteerd worden met hoge zorgkosten en mogelijk zelfs opnieuw op de wachtlijst terechtkomen omdat ze vanwege de hoge kosten de behandelrelatie met hun huidige behandelaar niet meer kunnen voortzetten. Dit kan uiteraard weer zorgen voor verergering van klachten en hoge kosten voor de samenleving. Welke maatregelen is de Minister bereid te nemen om deze patiënten tegemoet te komen?*

De restitutiepolissen die de laatste jaren zijn omgezet naar combinatiepolissen bieden voor de meeste vormen van zorg nog een vergoeding op basis van restitutie, behalve voor de wijkverpleging en ggz. De trend van het afnemen van het aantal restitutiepolissen is al een aantal jaren geleden ingezet. De oorzaak daarvoor is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden, met name in de wijkverpleging en de ggz.

Desondanks is er nog altijd sprake van een ruim polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgverleners, waarvoor de kosten van zorg in de basisverzekering volledig wordt vergoed; de zorgverzekeraar moet immers aan zijn zorgplicht voldoen. Dus ook al neemt het aantal restitutiepolissen af, er blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een zeer ruime keuze voor zorgaanbieders. De verzekerde heeft bij natura- en combinatiepolissen daarmee nog steeds de mogelijkheid om te kiezen voor de zorgverlener die bij hem of haar past. Het hinderpaalcriterium zorgt er bovendien voor dat verzekerden met een naturapolis ook gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent dat de zorgverzekeraar niet verplicht is om 100% te vergoeden, maar dat de

hoogte van de vergoeding tegelijkertijd geen hinderpaal mag zijn voor een gemiddelde verzekerde.

Daarbij kunnen zorgverzekeraars via de contractering voor hun verzekerden goede en doelmatige zorg inkopen en sturen op het vermijden van niet-passende, ondoelmatige en daardoor onnodig dure zorg. Goede contractering kan zich dus vertalen naar goede, passende zorg tegen een scherpe premie. Daarom kan een natura- of combinatiepolis voor veel verzekerden een goede keuze zijn. Kortom: ik zie niet direct risico's in de afname van het aantal restitutiepolissen.

*Tot slot hebben genoemde leden nog enkele vragen over de laagdrempelige steunpunten. Hoe staat het met de financiering van deze steunpunten? In hoeverre is deze structureel van aard? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de komende jaren de gemeenten voldoende financiële middelen krijgen zodat deze steunpunten gerealiseerd worden, maar ook kunnen blijven voortbestaan. Wordt hierbij ook voldoende rekening gehouden met het «financiële ravijn» waar gemeenten in 2026 mee geconfronteerd worden?*

Zoals ik eerder heb aangegeven in mijn antwoord op vragen van leden van de D66-fractie, hebben gemeenten en zorgverzekeraars financiële middelen ontvangen voor het realiseren van de ambities die in het IZA verwoord staan. Voor gemeenten geldt dat er structureel maximaal 150 miljoen euro per jaar beschikbaar wordt gesteld voor gemeentelijke inzet op de in de werkagenda opgenomen IZA onderwerpen. Deze inzet is verwoord in de regioplannen waarin zorg en mentale gezondheid in samenhang verder uitgewerkt worden. Het netwerk van laagdrempelige steunpunten is één van de onderwerpen in de werkagenda. Deze middelen zijn structureel. Daarnaast ontvangen gemeenten middelen via de brede SPUK «GALA en Sportakkoord II,» onder andere voor het versterken van de sociale basis en het verbeteren van de gezondheid van hun inwoners. Deze middelen zijn grotendeels structureel beschikbaar en deels incidenteel.<sup>55</sup> Ten slotte ontvangen gemeenten middelen voor wettelijke taken via het Gemeentefonds, onder andere voor het realiseren van passende ondersteuning vanuit de Wmo 2015. We zijn ons bewust van de (financiële) uitdagingen waar gemeenten mee te maken hebben, ook binnen het sociaal domein. Rijk en decentrale overheden zijn daarom in overleg over financiële verhoudingen. De VNG heeft recent een overzicht van relevante financiële geldstromen gepubliceerd.<sup>56</sup>

Ik ben mij bewust van de (financiële) uitdagingen binnen het sociaal domein waar gemeenten mee te maken hebben. De Staatssecretaris van VWS werkt vanuit zijn stelselverantwoordelijkheid samen met gemeenten aan deze uitdagingen. Tijdens het Bestuurlijk Overleg Financiële Verhoudingen (BOFv) van 21 november 2023 hebben fondsbeheerders en medeoverheden een aantal afspraken gemaakt die bijdragen aan stabiele financiële verhoudingen en het samen blijven werken aan maatschappelijke opgaven. De fondsbeheerders hebben de Tweede Kamer hier op 14 december 2023 over geïnformeerd.<sup>57</sup> In de genoemde brief geven fondsbeheerders aan dat voor het BOFv van maart 2024 een aantal analyses wordt voorbereid, waaronder een analyse waarin wordt ingegaan op hoe de BBP-indexeringssystematiek, die vanaf 2027 van

<sup>55</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord> (38)

<sup>56</sup> Zie <https://vng.nl/sites/default/files/2024-01/overzicht-geldstromen-tbv-laagdrempelige-steunpunten.pdf>

<sup>57</sup> Kamerstuk II, 2023–2024, 36 410-VII, nr. 83

kracht is, de gewenste stabiliteit brengt en zich verhoudt tot de dynamiek op o.a. het beleidsterrein zorg.

In april 2024 volgt een BOFv ter voorbereiding op de Voorjaarsnota. De fondsbeheerders hebben begrip voor de wens van VNG en IPO tot afschaffing van de opschalingskorting en erkennen de noodzaak van stabiele financiële verhoudingen. Indien er in het voorjaar nog geen nieuw kabinet is gevormd zegt het demissionaire kabinet toe dat de oploop van de opschalingskorting op tafel ligt, mede in het licht van de overheidsfinanciën op dat moment.