

Vergaderjaar 2024–2025

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 731

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 april 2025

Iedereen kan in zijn of haar leven te maken krijgen met mentale problemen of psychische aandoeningen. In dat geval is het belangrijk dat er hulp of ondersteuning beschikbaar is, die past bij wat iemand nodig heeft. In de eerste plaats is dat wat mij betreft hulp vanuit de eigen omgeving, zoals van familie, vrienden of collega's. Het is belangrijk dat mensen met elkaar praten over hun mentale gezondheid en elkaar steunen als dat nodig is; dat draagt bij aan hun veerkracht. Als dit niet voldoende is en mensen ondersteuning buiten het eigen netwerk nodig hebben, is het van belang dat die ondersteuning dichtbij en laagdrempelig beschikbaar is. En als blijkt dat (ook) zorg nodig is, moeten zij snel en passend geholpen kunnen worden.

Op dit moment kampen veel mensen in Nederland met mentale problemen of psychische aandoeningen, waaronder ook jongeren. Mensen die geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig hebben, moeten nu vaak te lang op een passende behandeling wachten. Uit cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat er in oktober 2024 108.878 wachtplekken voor de curatieve ggz voor volwassenen (18+) waren; meer dan de helft wachtte langer dan de afgesproken maximaal aanvaardbare wachttijd van 14 weken (Treeknorm).¹ Vooral voor de gespecialiseerde ggz zijn de wachttijden in de afgelopen jaren toegenomen.² Dat is niet acceptabel, en tegelijkertijd is de problematiek ook weerbarstig. Er werken op dit moment meer mensen in de ggz dan ooit, en ook gaven we nooit eerder zoveel geld uit aan de curatieve ggz; van bijna € 4 miljard in 2019 naar ruim € 5,5 miljard in 2024. Als we daar de uitgaven voor langdurige ggz in de Wet langdurige zorg (Wlz) en beschermd wonen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bij optellen komt dit neer op een totaalbedrag van circa € 9,5 miljard.

¹ NZa (2025). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2024.

² NZA (2023). Informatiekaart Wachttijden ggz 2022-februari 2023. NZA (2024). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024. NZa (2025).

Komende periode wil ik, mede namens de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ), inzetten op een beweging naar een mentaal gezondere samenleving en betere passende ondersteuning en zorg realiseren voor mensen met mentale problemen en psychische aandoeningen.

Dit vraagt om een brede aanpak. Hiervoor is de afgelopen tijd al veel in gang gezet, zowel op het gebied van de mentale gezondheid van alle inwoners van Nederland³, als rond de ondersteuning en zorg van mensen met langdurige psychische aandoeningen⁴ en mensen met verward of onbegrepen gedrag⁵. Ook worden maatregelen genomen op andere beleidsdomeinen die de mentale gezondheid van mensen in Nederland moeten versterken⁶. Maar dit is nog niet genoeg.

Ik kom daarom met een actieprogramma mentale gezondheid en ggz, in twee delen. Deze brief bevat deel één van het actieprogramma, waarin ik inga op maatregelen die nodig zijn om de toegankelijkheid van de curatieve ggz voor volwassenen te verbeteren, met name voor mensen die zorg het hardst nodig hebben. Samen met de sector wil ik langs vier lijnen stevige maatregelen nemen:

- verbeteren van de mentale gezondheid in de samenleving;
- het beperken van de instroom in de ggz: mensen op de juiste plek helpen;
- de door- en uitstroom uit de ggz bevorderen;
- de prikkels in het stelsel verbeteren, zodat zowel zorgaanbieders als financiers er meer belang bij hebben om hun zorgaanbod te richten op de meest kwetsbaren.

In deze brief licht ik de vier lijnen – en de daarbinnen te nemen maatregelen – nader toe. Een aantal van de nemen maatregelen is onderdeel van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarover momenteel door zorg- en welzijnspartijen wordt onderhandeld.

Aanvullend op deze brief presenteer ik voor het zomerreces deel twee van het actieprogramma. Deel twee bevat een aantal acties gericht op het versterken van de mentale gezondheid van mensen en het oplossen van een aantal knelpunten tussen stelsels, juist gezien vanuit de mensen om wie het gaat. Denk bijvoorbeeld aan het verder onderzoeken hoe de overgang van 18– naar 18+ binnen de ggz zo soepel mogelijk kan verlopen. Samen met deel één vormt dit het actieprogramma mentale gezondheid en ggz. Het figuur in de bijlage brengt de samenhang tussen de verschillende initiatieven in beeld.

1. Verbeteren van mentale gezondheid

Veel mensen in Nederland kampen met mentale problemen. Zo had in het afgelopen jaar ruim een kwart van de Nederlandse volwassenen één of meerdere psychische aandoeningen, zoals een angststoornis of een depressieve stoornis.⁷ Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 blijkt dat de mentale gezondheid van Nederlanders in de toekomst (nog) meer onder druk zal staan.⁸

³ Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 613.

⁴ Kamerstukken II 2024/25, 25 424/34 104, nr. 727.

⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2024–2025, 25 424, nr. 714; Kamerstukken II, vergaderjaar 2024–2025, 33 628, nr. 106.

⁶ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 794.

⁷ Trimbos Instituut (2025, 21 januari). Kerncijfers psychische aandoeningen, samenvatting. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/>

⁸ RIVM (2024). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst.

Ook de mentale gezondheid van jongeren ging in de afgelopen jaren achteruit. Tijdens de coronapandemie ging dit tijdelijk nog sneller. Ondertussen lijkt voor het eerst weer sprake van een voorzichtig herstel, al is de mentale gezondheid van jongeren nog lang niet op het niveau van voor de pandemie; nog steeds kampt bijna 30% met mentale klachten.⁹ Dit is verontrustend en te hoog. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 blijkt bovendien dat voor de toekomst valt te verwachten dat de mentale gezondheid van jongvolwassenen minder goed zal zijn dan die van de jongvolwassenen van nu.¹⁰ Dit heeft mogelijk te maken met de hoge maatschappelijke druk die zij ervaren en zorgen over maatschappelijke ontwikkelingen, zoals klimaatverandering.¹¹ In deel twee van het actieprogramma kom ik – na overleg met belangrijke kennispartners zoals Trimbos en RIVM – hierop terug met concretere doelen.

Het versterken van de mentale gezondheid van mensen in Nederland is voor mij een speerpunt. Mentale problemen en psychische aandoeningen kunnen namelijk zowel op persoonlijk, als op maatschappelijk en economisch gebied grote gevolgen hebben.¹² Het versterken van de mentale gezondheid van mensen levert veel op. Niet alleen voor mensen zelf, maar ook voor de maatschappij. Zo wijzen onderzoeken uit dat preventiemaatregelen grote besparingen kunnen opleveren, zoals afname in productiviteitsverliezen en in zorguitgaven.¹³ Daarmee ontstaat er naast een intrinsieke ook een maatschappelijke en economische waarde om in te zetten op het versterken van de mentale gezondheid.

In de afgelopen jaren zijn al de nodige stappen gezet om de mentale gezondheid van mensen te versterken. Allereerst via de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal», waar naast de Ministeries van VWS, OCW, SZW en BZK ook partijen uit het veld aan meewerken. Deze aanpak en de daarbij horende middelen, lopen eind 2025 af. Samen met betrokken departementen en maatschappelijke partners bekijk ik of, en zo ja hoe, elementen eventueel voortgezet worden; voor de zomer kom ik daar in deel twee van het actieprogramma op terug.

Het versterken van de mentale gezondheid is niet alleen een opgave voor de zorg. Juist ook andere beleidsdomeinen hebben impact op de (mentale) gezondheid van mensen zoals bestaanszekerheid, leefomgeving en onderwijs. De beleidsagenda «Gezondheid in alle beleidsdomeinen» die eind 2024 naar uw Kamer is gestuurd, bevat een overzicht van maatregelen op andere beleidsdomeinen die (mentale) gezondheid moeten versterken.¹⁴

Ook weten we dat sociale media een negatief effect kunnen hebben op de mentale gezondheid van jongeren. Daarom wordt in opdracht van VWS gewerkt aan eenduidige richtlijnen/adviezen voor (mentaal) gezond en verantwoord scherm- en socialemediagebruik. In deze richtlijnen zal ook aandacht zijn voor gerichte leeftijdsadviezen. Bij het opstellen van de richtlijnen wordt bestaande (wetenschappelijke) kennis benut en worden belangrijke kennispartners en veldpartijen, alsmede jongeren en ouders betrokken.

⁹ Zie o.a. GGD GHOR Nederland (2024). Gezondheidsmonitor Jeugd 2023; Trimbos Instituut. Scholierenmonitor. www.cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor.

¹⁰ RIVM (2024).

¹¹ RIVM (2024).

¹² Kamerstukken II 2023/24, 25 424, nr. 677.

¹³ RIVM (2022). *Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie*.

¹⁴ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 794.

Zoals aangegeven, werk ik in deel twee van het actieprogramma mentale gezondheid en ggz mijn aanpak rond het verbeteren van de mentale gezondheid van mensen in Nederland verder uit.

2. Instroom in de ggz beperken: mensen op de juiste plek helpen

De ggz richt zich nog te vaak op behandeling van lichtere aandoeningen, die samenhangen met problemen op andere levensgebieden; problemen die (deels) beter buiten de ggz opgepakt kunnen worden.¹⁵ Dit terwijl de curatieve ggz overloopt. Mijn doel is dat in 2028 mensen binnen de Treeknorm zorg ontvangen, zeker mensen met een complexe zorgvraag. Voor lichtere hulpvragen moeten meer alternatieven beschikbaar zijn. Samen met de sector wil ik kritisch kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen op de juiste plek geholpen kunnen worden.

Mensen eerder en beter helpen op de juiste plek

Het is belangrijk dat mensen met mentale problemen ondersteuning of zorg ontvangen, die past bij hun hulpvraag. Dat is niet altijd binnen de curatieve ggz; voor sommige mensen is hulp vanuit het sociaal domein of ondersteuning via informele zorg beter.

Om te zorgen dat mensen de ondersteuning en zorg krijgen die ze nodig hebben, is het belangrijk dat de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz versterkt wordt. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) zijn eerder al afspraken gemaakt over het verbeteren van deze samenwerking. Inmiddels zijn in alle 31 zorgkantoorregio's samenwerkingsverbanden tussen deze partijen opgestart: zogeheten «mentale gezondheidsnetwerken». De samenwerking vanuit de mentale gezondheidsnetwerken moet ervoor zorgen dat mensen sneller de juiste zorg en/of zorg op de juiste plek krijgen, en niet onnodig de ggz instromen.

Het verkennend gesprek is één van de functies binnen de mentale gezondheidsnetwerken. Bij het verkennend gesprek komen professionals uit het sociaal domein en de ggz – samen met de persoon om wie het gaat – tot een plan om met de hulpvraag aan de slag te gaan. In de praktijk zien we dat veel mensen die anders direct naar de ggz verwezen zouden worden via het verkennend gesprek passende ondersteuning vanuit het sociaal domein krijgen, bijvoorbeeld schuldhulpverlening of dagbesteding. Daarmee kan het doel bereikt worden dat het verkennend gesprek de instroom in de ggz wel 25 procent kan laten dalen¹⁶; de precieze effecten zal ik monitoren. Vanaf 1 januari 2025 is er op verzoek van VWS door de NZa voor de inzet van de ggz-professional in het verkennend gesprek een aparte betaaltitel¹⁷.

Tevens werken we aan wijziging van regelgeving die het verkennend gesprek per 1 januari 2026 uitsluit van het eigen risico.

In het kader van het AZWA wordt onderhandeld over aanvullende maatregelen die ervoor moeten zorgen dat mensen eerder en beter op de juiste plek geholpen worden, om zo de curatieve ggz te ontlasten en wachttijden terug te dringen.

Daarvoor is het van belang de samenwerking tussen zorg en sociaal domein verder te versterken. In dat kader wordt erover gesproken om

¹⁵ Integraal Zorg Akkoord, 2022.

¹⁶ Mentale gezondheidsnetwerken (2025). *Businesscase Mentale gezondheidsnetwerken 2025–2028*.

¹⁷ Op basis van een experiment; met ingang van 2029 moet dit landen in de reguliere bekostiging. Zie: Kamerstukken II 2024/25, 25 424, nr. 690.

voor een aantal thema's (waaronder mentale gezondheid) bepaalde functionaliteiten – zoals mentale gezondheidsnetwerken – in elke regio of gemeente beschikbaar te maken. Ook is de inzet om in het sociaal domein een basisinfrastructuur in te richten om de samenwerking op het snijvlak met het (eerstelijns) zorgdomein in te bedden.

Meer aanbod van laagdrempelige ondersteuning

Niet altijd is professionele ondersteuning of zorg het beste antwoord óf het enige antwoord op een hulpvraag, terwijl dit nu nog te vaak als enige optie wordt aangeboden. Ook andere opties – zoals contact met lotgenoten of ondersteuning via informele zorg – kunnen een bijdrage leveren aan iemands herstel. We investeren daarom in het vergroten van het aanbod aan laagdrempelige ondersteuning.

Het doel is om – conform in het IZA is afgesproken – te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals zelfregie- en herstelcentra), waar iedereen – en vooral mensen met ernstige psychische aandoeningen – terecht kan voor ondersteuning.

Laagdrempelige steunpunten

Laagdrempelige steunpunten zijn fysieke locaties waar iedereen zonder verwijzing of indicatie binnen kan lopen. De steunpunten dragen als middel bij aan het maatschappelijk herstel van mensen die door problemen met hun mentale gezondheid hun rollen verliezen in de maatschappij. Juist omdat deze steunpunten in de maatschappij staan naast de ggz. Een belangrijk kenmerk van een laagdrempelig steunpunt is dat ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers in de lead zijn. Zowel bezoekers als medewerkers hebben iets te halen én te brengen. De ondersteuning krijgt vorm vanuit de behoeften van de mensen en gaat verder dan alleen een luisterend oor.

De Staatssecretaris LMZ informeerde uw Kamer recentelijk dat er nu ongeveer 278 laagdrempelige steunpunten zijn.¹⁸ Om de beweging kracht bij te zetten is begin dit jaar een landelijk ondersteuningsprogramma gestart, waarin tevens wordt gemonitord of de IZA-ambitie daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Afgelopen voorjaar is door lid Westerveld een motie¹⁹ ingediend die oproept niet alleen te zorgen dat de ambitie voor een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten gehaald wordt, maar er ook voor te zorgen dat deze steunpunten kunnen blijven bestaan door structurele financiering mogelijk te maken. De Staatssecretaris LMZ heeft uw Kamer toegezegd hier in deze brief op terug te komen. Gemeenten kunnen laagdrempelige steunpunten financieren uit de middelen die ze uit het gemeentefonds ontvangen.

Daarnaast kunnen gemeenten deze steunpunten structureel financieren uit de specifieke uitkering IZA. Verdere gesprekken hierover lopen mee in het AZWA.

Aanvullend op de fysieke locaties wil ik ook dat het digitale ondersteuningsaanbod voor mensen met mentale problemen en psychische aandoeningen vergroot wordt via digitale lotgenotengroepen (e-communities). De komende periode zal ik sectorpartijen vragen mee te denken hoe hier nadere invulling aan te geven. Dit jaar wordt ook een – deels door VWS gefinancierd – online platform mentale gezondheid

¹⁸ Kamerstukken II 2024/25, 29 538, nr. 365.

¹⁹ Kamerstukken II 2023/24, 25 424, nr. 691.

gelanceerd.²⁰ Het platform biedt betrouwbare informatie over mentale gezondheid en verschillende vormen van ondersteuning zoals een peer-to-peer forum en een chat- en belfunctie voor jongeren en jongvolwassenen met beginnende mentale klachten. Het platform is een belangrijke aanvulling op bestaande voorzieningen gericht op het voorkomen van mentale problemen.

Door het vergroten van fysieke en digitale mogelijkheden voor ondersteuning wil ik het ontstaan of verergeren van mentale problemen voorkomen en herstel bevorderen. We bieden mensen daarmee meer keus om aanbod te vinden dat past bij hun hulpvraag, naast of in plaats van zorg. Dit draagt bij aan het ontlasten van de ggz, waardoor er meer capaciteit beschikbaar komt voor mensen die zorg hard nodig hebben.

Mensen sneller helpen door verbeteren zicht op wachttijden en wachtenden Goed inzicht in wachttijden en wachtenden zorgt ervoor dat patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de capaciteit die er is optimaal kunnen benutten; dat gebeurt nu nog niet altijd voldoende. Het is daarom belangrijk dat het inzicht in wachttijdinformatie in de ggz verder verbetert.

In de afgelopen jaren is door partijen in de sector gewerkt om wachttijdinformatie te verbeteren. Vanuit het IZA wordt ingezet op het accurater krijgen van de data en het verkleinen van de administratieve lasten voor ggz-aanbieders. Zo is een proef gestart om te onderzoeken of het mogelijk is om retrospectieve wachttijden inzichtelijk te maken op basis van declaratiedata. Ook worden goede stappen gezet om het regionaal inzicht aan de aanbodbak te verbeteren.

Samen met het veld wil ik aanvullende stappen zetten op het verdiepen en verbeteren van wachttijdinformatie. De Kamer heeft mijn ambtsvoorganger gevraagd om de mogelijkheid te scheppen dat mensen actiever naar zorg bemiddeld kunnen worden door zorgverzekeraars.²¹ Zoals ik uw Kamer eerder aangaf, wil ik hier verder uitwerking aan geven.²² Hiertoe is onder meer nodig dat zorgverzekeraars inzicht krijgen in welke van hun verzekerden bij welke zorgaanbieder voor welk behandelgebied op de wachtlijst staan. Het verkrijgen van dit inzicht en het benutten ervan voor actieve wachtlijstbemiddeling is onderdeel van de onderhandelingen over het AZWA. Vanuit VWS zal wetgeving worden verkend ten behoeve van de benodigde grondslagen voor de eerdergenoemde gegevensuitwisseling, binnen de kaders van de privacywetgeving.

Actieve zorgbemiddeling

Actieve zorgbemiddeling betekent dat zorgverzekeraars zelf actief contact opnemen met hun verzekerden die op een wachtlijst staan om zorgbemiddeling aan te bieden. Door op zoek te gaan naar een andere zorgaanbieder waar wel plek is, kunnen zij sneller passende zorg krijgen en kan de capaciteit beter worden benut. Momenteel kunnen zorgverzekeraars ook bemiddelen naar zorg, maar alleen als mensen zelf contact opnemen, of de zorgverlener daarom verzoekt met toestemming van de patiënt.

²⁰ <https://mindus.nl/coming-soon-in-je-bol/> Het platform is een samenwerking van zeven organisaties waaronder MIND, MIND Us en de Kindertelefoon.

²¹ Kamerstukken II 2022/23, 36 200 XVI, nr. 77.

²² Kamerstukken II, 2024/25, 2024D40441; Aangangsels van de Handelingen 2024/25, nr. 744.

Om de ggz toekomstbestendig te houden, wordt in het kader van het AZWA met een brede vertegenwoordiging van het veld het gesprek gevoerd over wat hiervoor nodig is. Hierbij zullen ook oplossingen in pakketbeheer en het verscherpen van de aanspraak onderzocht worden. De principes van passende zorg – zoals effectieve zorg en zorg op de juiste plaats en tijd – staan hierbij centraal. Belangrijk aandachtspunt bij scenario's voor het beperken van de aanspraak is dat er voor mensen met een hulpvraag altijd een passend en realistisch alternatief beschikbaar moet zijn.

3. Bevorderen van door- en uitstroom uit de ggz

Mensen die een behandeling in de ggz nodig hebben, moeten nu vaak te lang wachten. Mijn doel is dat in 2028 mensen binnen de Treeknorm zorg ontvangen, zeker mensen met complexe problemen. Hiertoe wil ik kijken hoe de capaciteit binnen de ggz zo ingezet kan worden dat mensen die zorg het hardst nodig hebben deze sneller kunnen ontvangen. Samen met de sector wil ik inzetten op het bevorderen van de door- en uitstroom uit de ggz, onder meer door scherp te kijken naar passende behandelduur en het versterken van transparantie in de kwaliteit van de ggz.

Meer behandelcapaciteit voor mensen met een complexe zorgvraag

Het Trimbos Instituut concludeerde in 2023 dat er stevige aanwijzingen zijn voor een mismatch tussen de ernst van zorgbehoeften enerzijds, en kwaliteit en toegankelijkheid van de specialistische ggz anderzijds.²³ Waarbij – nog onder het vorige bekostigingssysteem – soms onnodig behandeld werd bij patiënten met een lichte hulpvraag.

Met de sector ben ik in het kader van het AZWA in gesprek over welke afspraken bijdragen aan het bevorderen van door- en uitstroom uit de ggz. Doel is dat er meer behandelcapaciteit in de ggz beschikbaar komt, specifiek voor mensen met een complexe zorgvraag, zodanig dat de Treeknorm wordt gehaald. Dit kan bijvoorbeeld door scherp te kijken naar passende behandelduur en het (beter) afspreken van behandeldoelen in de spreekkamer. Ook is het belangrijk dat er een passend vervolg komt voor bepaalde patiëntgroepen met een chronische aandoening waarvan de behandeling wordt beëindigd, omdat het (tijdelijk) beter gaat.

Verbeteren van zicht op kwaliteit om effectiviteit van zorg te vergroten

De bovengenoemde AZWA-afspraken sluiten aan op ontwikkelingen rond het versterken van transparantie in de kwaliteit van de ggz. Het landelijk delen van kwaliteitsinformatie over de behandeling is een belangrijke basis voor behandelaars om te leren en verbeteren en zo de effectiviteit van behandelingen te vergroten. Dit leidt tot meer passende zorg voor patiënten. Veel van de kwaliteitsinformatie die binnen de ggz wordt verzameld is nu niet breed toegankelijk, niet eenduidig geregistreerd of landelijk zichtbaar. Dit maakt dat een continue leer- en verbetercyclus hooguit incidenteel en locatie gebonden van aard is. Daarom is in het IZA afgesproken om te werken aan het transparant maken van kwaliteitsinformatie in de ggz. Ik geef vervolg aan deze IZA-afspraken; ik ben gestart met een onderzoek naar een systeem rond kwaliteitsregistraties in de ggz. Hierin staat centraal op welke wijze de ggz-sector kan aansluiten bij het

²³ Trimbos Instituut (2023). *Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Trimbos Instituut.

wetsvoorstel over kwaliteitsregistraties in de zorg en wat hiervoor nodig is. Eind 2025 verwacht ik de uitkomsten.

Ook is in 2024 het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz van start gegaan. Dit programma helpt bij het bepalen van welke elementen uit een behandeling nuttige kwaliteitsinformatie kan zijn ten behoeve van passende zorg. Het programma vormt een belangrijke basis voor het uitwerken van mogelijke kwaliteitsregistraties. De uitkomsten van het programma verwacht ik eind dit jaar.

4. Verbeteren van prikkels in het stelsel

Binnen het stelsel van de curatieve ggz is het aan zowel zorgaanbieders, zorgprofessionals als zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat patiënten op tijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Toezichthouders zien hierop toe. Ik wil dat alle partijen er belang bij hebben dat mensen met de meest complexe problematiek tijdig en goed worden geholpen; dat is nu niet het geval. Zo zijn er signalen dat het voor zorgaanbieders (financieel) aantrekkelijker is om mensen met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan mensen met een zwaardere zorgvraag.²⁴ Hoewel mensen met een lichte zorgvraag ook behoefte hebben aan hulp, vind ik het onwenselijk dat de uitkomst van de huidige prikkels in het stelsel is dat mensen met ernstige, complexe problematiek niet de zorg krijgen die ze nodig hebben of hier lang op moeten wachten. Mijn inzet is om kritisch te kijken waar binnen het stelsel prikkels verkeerd staan en ongewenste prikkels te verminderen.

Met de maatregelen doe ik tevens de motie van het lid Joseph af, die de regering verzoekt «ook het functioneren van de marktwerking in de gespecialiseerde ggz voor mensen met complexe problematiek mee te nemen in het beleid op de ggz en uiterlijk in Q1 2025 met oplossingen te komen die de financiële prikkels wegnemen die het aanbod gespecialiseerde ggz ontmoedigen».²⁵

Borgen van ggz-aanbod voor mensen met een hoog-complexe zorgvraag
Voor mensen met een hoog-complexe zorgvraag moet voldoende, passend zorgaanbod zijn: cruciale ggz²⁶. De afgelopen jaren hebben we gezien dat zorgaanbieders cruciaal ggz-aanbod hebben moeten sluiten. De redenen voor sluitingen waren meervoudig, maar vaak speelden arbeidsmarktkrapte en financiële aspecten een rol. Als dergelijk aanbod verdwijnt, heeft dat vanwege de hoge complexiteit en het lage volume onmiddellijk grote gevolgen voor patiënten voor wie er al weinig passend aanbod is. Dit moeten we voorkomen.

In het IZA zijn dan ook eerder al gerichte afspraken gemaakt om de cruciale ggz te borgen. Zo wordt in elke regio besproken welk aanbod nodig is voor de aanwezige vraag naar cruciale ggz, en welke knelpunten daarbij spelen. Ik heb het Zorginstituut Nederland (ZIN) opdracht gegeven dit jaar een ondersteunende landelijke tafel cruciale zorg op te richten, waarnaar regio's kunnen opschalen. Om de beschikbaarheid van voldoende cruciale ggz te garanderen, hebben IZA-partijen in maart 2024 daarnaast afgesproken dat de in regio's overeengekomen cruciale

²⁴ Algemene Rekenkamer (2024). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Algemene Rekenkamer; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

²⁵ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 75.

²⁶ Zie voor een nadere definitie van cruciale ggz: Bureau HHM (2023). *Inventarisatie aanbod cruciale ggz*; VWS (2023). *Handreiking cruciale ggz*.

zorgnetwerken vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht worden door verzekeraars.²⁷

Voor een deel van de cruciale ggz, namelijk de acute ggz²⁸, wil ik met partijen de komende tijd een extra stap zetten, specifiek voor de High Intensive Care (HIC) en de Intensive Home Treatment (IHT). Er zijn al langere tijd signalen dat prikkels in de contractering afspraken over de coördinatie en beschikbaarheid van de HIC en IHT in de weg zitten. Dit kan leiden tot problemen in de continuïteit van zorgaanbod, waardoor aanbod wordt afgebouwd of mogelijk verdwijnt. Uit een gezamenlijke probleem-analyse met ggz-aanbieders en verzekeraars volgt dat er teveel onzekerheden door partijen worden ervaren om dit op basis van vrijwillige afspraken voor elkaar te krijgen. Met partijen van het Bestuurlijk Overleg cruciale ggz verken ik daarom het scenario om de marktwerking voor de HIC en IHT te beperken. Dit is een forse stap die vraagt om nader onderzoek en een zorgvuldige afweging. Op het Bestuurlijk Overleg cruciale ggz van eind april nemen we een besluit over de te nemen vervolgstappen. Ik zal uw Kamer hierover informeren. Met het oog op het borgen van de cruciale ggz heb ik het ZIN daarnaast gevraagd een «actieaanpak toegankelijke cruciale ggz» op te stellen. Doel hiervan is om knelpunten en oplossingsrichtingen voor de cruciale ggz in kaart te brengen, zodat de ggz voor mensen met een complexe zorgvraag toegankelijk blijft. De resultaten hiervan verwacht ik begin 2026.

Borgen continuïteit ANW- en crisisdiensten

Voor het verlenen van zorg aan mensen met een complexe zorgvraag is voldoende personeel nodig. In de ggz staat de continuïteit van ANW- (avond, nacht en weekend) en crisisdiensten onder druk. De ggz-professionals die nodig zijn om deze zorg te verlenen, waaronder psychiaters, werken niet altijd daar waar ze het hardste nodig zijn. Daarom werk ik in het AZWA met partijen aan afspraken om een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten te realiseren. Daarbij streven we ernaar dat zoveel mogelijk zorgverleners en -aanbieders hieraan bij kunnen dragen, waardoor de druk over een grotere groep zorgverleners wordt verdeeld.

Mensen sneller helpen door minder exclusiecriteria

Veel mensen met psychische klachten wachten nu lang op zorg. Eén van de oorzaken is dat mensen met complexe (multi-)problematiek – soms na lang wachten – voor zorg worden afgewezen omdat zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren. Voor patiënten kan dit erg moeilijk en/of frustrerend zijn. Met de sector ben ik daarom in kader van het AZWA in gesprek over het beperken van exclusiecriteria. Dit moet ertoe leiden dat mensen met een complexe (multi-) problematiek in de toekomst sneller zorg kunnen ontvangen.

Passende bekostiging van zorg voor mensen met een complexe zorgvraag
Zorgaanbieders en financiers hebben informatie nodig over de zorgvraag van mensen, zodat zij voldoende en passende zorg kunnen aanbieden en inkopen, zeker voor mensen met een ernstige of complexe zorgvraag. Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat de waarde van de zorgvraag van patiënten in kaart wordt gebracht. Hiervoor is de zorgvraagtypering in het leven geroepen. Dit model is onder leiding van de NZa doorontwikkeld op basis van adviezen van de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz.

²⁷ Kamerstukken II 2023/24, 25 424, nr. 684.

²⁸ De acute GGZ is bedoeld voor mensen die ernstig zijn ontregeld of zijn vastgelopen. Het omvat onder meer de High Intensive Care (HIC) en de Intensive Home Treatment (IHT).

Eind januari 2025 verscheen het derde en laatste advies van de Adviescommissie. De kern van het advies is dat de zorgvraagtypering het gepast gebruik van geneeskundige ggz moet bevorderen en een juiste inzet van middelen mogelijk moet maken. Het huidige model heeft volgens de Adviescommissie bruikbare onderdelen, maar is als geheel niet toereikend om deze doelen te kunnen bereiken. De Adviescommissie doet meerdere suggesties om de bruikbaarheid te verbeteren. Op de korte termijn adviseert de adviescommissie om de zorgvraagtypering te versimpelen en te verfijnen, zodat de zorgvraagtypen klinisch beter herkenbaar zijn. Voor de lange termijn stelt de Adviescommissie voor om de HoNOS+-vragenlijst aan te vullen met extra elementen zoals de eigen mogelijkheden van de patiënt en van diens netwerk, de historie van het zorggebruik en co-morbiditeit. Om dit te bereiken adviseert de Adviescommissie een consortium op te richten met veldpartijen, wetenschappelijke instellingen en betrokken overheidsorganisaties.

De NZa heeft aangegeven zich in te zetten om de versimpeling per 2026 te implementeren en zal betrokken blijven bij het onderzoek voor de langere termijn. Ik vind het belangrijk dat het advies van de Adviescommissie wordt opgevolgd, zowel voor de inhoudelijke verbeterstappen als ook de samenwerkingsafspraken over de doorontwikkeling en het gebruik van de zorgvraagtypering. De oproep van de Adviescommissie aan VWS om zo snel mogelijk te zorgen voor een helder wettelijk kader voor dataverzameling zal ik meenemen in het vervolgesprek met betrokken sectorpartijen over de DSM-gegevens en welke data benodigd en proportioneel zijn voor het sturen op passende zorg.

Onlangs is uw Kamer geïnformeerd over een verduidelijkende regeling ten aanzien van de registratie- en aanleververplichting van DSM-gegevens door zorgaanbieders ten behoeve van de risicovereeniging²⁹. Inmiddels is deze regeling gepubliceerd.³⁰ Ik ben blij dat we hiermee de benodigde duidelijkheid hebben kunnen bieden. Graag benadruk ik dat de regeling van tijdelijke aard is, omdat deze registratie- en aanleververplichting nog voor een beperkte periode noodzakelijk is. Per 2028 zijn er voldoende data om de risicovereeniging te baseren op het zorgprestatie-model, vanaf dat moment zijn de DSM-gegevens niet meer nodig voor de bekostiging van de ggz. Zoals hierboven aangegeven, ben ik met partijen in gesprek over hoe we ons hier tijdig op kunnen voorbereiden. Met deze update voldoe ik aan het verzoek van de vaste commissie VWS om uw Kamer voor het commissiedebat ggz/suicidepreventie over de laatste stand van zaken te informeren³¹.

Tot slot

Komende periode wil ik stevig inzetten op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz via de geschetste vier lijnen. Zoals hierboven toegelicht, kom ik voor het zomerreces met aanvullende acties gericht op het versterken van de mentale gezondheid van mensen in Nederland en het oplossen van een aantal knelpunten tussen stelsels; deel twee van het actieprogramma mentale gezondheid en ggz. Parallel wordt in een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Mentale gezondheid en ggz gewerkt aan toekomstscenario's voor de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek.

²⁹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2024–2025, 25 424, nr. 725; Vaste Commissie voor VWS, 15 januari 2025, kenmerk 2025Z00415.

³⁰ Stcrt. 2025, 11995.

³¹ Vaste Commissie voor VWS, 13 februari 2025, kenmerk 2025Z02698.

Planning is dat dit IBO in de zomer wordt gepubliceerd; in het najaar 2025 zal het kabinet een beleidsreactie hierop geven. De resultaten kunnen aanleiding zijn om het beleid nog verder te herzien of aan te scherpen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans