

Vergaderjaar 2021–2022

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 608**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 mei 2022

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland is van een hoog niveau, tegelijkertijd hebben we de afgelopen tijd ook gezien dat onze centrale doelstellingen om ook deze zorg toegankelijk en betaalbaar te houden onder druk staan. Zorgbrede vraagstukken zoals een toegenomen vraag naar zorg gecombineerd met krapte op de arbeidsmarkt en de gevolgen van COVID-19 zijn ook in de geestelijke gezondheidszorg goed voelbaar. Naast de ggz-specifieke uitdagingen, zoals de toegankelijkheid van specialistische zorg, kent de ggz ook een breed scala aan onderliggende maatschappelijke afhankelijkheden. Deze zijn van invloed op de vraag naar geestelijke gezondheidszorg en het bevorderen van het geestelijk herstel én vaak ook het maatschappelijk herstel van mensen met een psychische aandoening.

Deze uitdagingen en afhankelijkheden vragen om een brede transitie, niet alleen in de ggz, maar over domeinen heen. Hier zet het kabinet op verschillende manieren op in, onder andere met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Aanpak mentale gezondheid. Ook heb ik u toegezegd om uw Kamer voor de zomer te informeren over de Toekomstagenda ggz.

De recente berichtgeving over veranderingen in het behandelaanbod en (voorgenomen) sluitingen van (vestigingen van) zorgaanbieders met een specialistisch zorgaanbod roepen begrijpelijkerwijs vragen op over de continuïteit van zorg voor patiënten en de mogelijke invloed op de toegankelijkheid van zorg. De berichtgeving van de Nederlandse ggz (dNggz) stelt daarbij dat verschillende oorzaken optellen en steeds zwaarder drukken op de financiële gezondheid van ggz-instellingen. dNggz noemt personeelstekorten, steeds kleinere marges door oplopende kosten, onder meer door inhuur van personeel, overmatige en toenevende administratieve lasten en ingewikkelde versnipperde financiering. Daarnaast spreekt dNggz over de effecten van hoog ziekteverzuim in de eerste maanden van 2022 en de effecten van de invoering van de nieuwe ggz-bekostiging, het zorgprestatie-model. Dit zijn zaken waarover in het kader van de contractering voor 2022 – die deels nog loopt – afspraken

(kunnen) worden gemaakt. In deze brief ga ik in op deze onderwerpen. Vanuit uw Kamer zijn over de berichtgeving ook schriftelijke vragen gesteld. Deze worden separaat beantwoord.

Tot slot heeft uw Kamer op 31 maart 2022 vragen gesteld in het kader van een schriftelijk overleg wachttijden, waarin u aandacht vraagt voor diverse aspecten van de wachttijdenaanpak en aanverwante thema's, bijvoorbeeld in relatie tot arbeidsmarktvragestukken en administratieve lastendruk. Mijn reactie hierop ontvangt u ook uiterlijk 9 mei, conform het verzoek van uw Kamer.

### **Berichtgeving over (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod**

Er is onrust ontstaan over een aantal (voornemens tot) sluiting(en) van en aanpassingen in behandelaanbod in een relatief korte tijd. Ik begrijp deze onrust en ik betreur deze. Ik vind het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in nauw contact staan met elkaar als behandelaanbod wijzigt en ik vind het met name van belang dat een patiënt tijdig geïnformeerd wordt over wijzigingen en waar nodig elders terecht kan voor zijn of haar behandeling. Wijzigingen in behandelaanbod vragen om zorgvuldige communicatie richting cliënten, medewerkers en andere betrokkenen.

Ik wil daarom eerst stilstaan bij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals die er is wanneer de continuïteit van zorg in het geding is. In dit soort situaties geldt het continuïteitsbeleid (dat ook aan de Tweede Kamer is gemeld<sup>1</sup>), waarbij in de eerste plaats de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om de problemen die mogelijk leiden tot discontinuïteit van zorg op te lossen. De zorgverzekeraar heeft hierbij een zorgplicht in de richting van de verzekerden om te zorgen voor goede en passende zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houden daarbij toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg. Het is daarbij van belang dat in geval van een sluiting van een vestiging dit gecontroleerd verloopt zodat onrust onder patiënten zoveel mogelijk voorkomen wordt. In de genoemde casuïstiek is onrust onder patiënten helaas niet in alle gevallen voorkomen en dat betreur ik. Specifiek heb ik het hier dan over (het voornemen tot):

- sluiting van vestigingen van PsyQ en i-psy in Amsterdam. PsyQ levert behandelingen voor veelvoorkomende aandoeningen, zoals ADHD, angststoornissen, trauma, depressie en persoonlijkheidsstoornissen; i-psy levert interculturele psychiatrie aan patiënten met uiteenlopende psychische aandoeningen. PsyQ en i-psy zijn onderdeel van ggz-aanbieder Parnassia;
- aanpassing van het behandelaanbod voor persoonlijkheidsstoornissen van ggz-aanbieder Pro Persona in Lunteren; het voornemen is hier om in te zetten op ambulante behandeling in plaats van klinische opname;
- aanpassing in het klinische behandelaanbod voor personen met ernstige psychosomatische klachten van ggz-aanbieder Altrecht. Het gaat hierbij om de combinatie van afbouw van klinische bedden gecombineerd met een uitbreiding van deeltijd-behandelplekken voor deze doelgroep;
- sluiting van de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) van ggz-aanbieder Inforsa in Amsterdam, de KIB biedt zorg aan mensen die elders vastlopen in hun behandeling.

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 235

Naar aanleiding van deze berichtgeving heb ik mij hierover door zowel de NZa als de IGJ laten informeren – die vanuit hun wettelijke taken contact hebben met de verzekeraars en zorgaanbieders – en heeft het Ministerie van VWS zelf met de betrokken instellingen contact gehad om beter inzicht te verkrijgen in hun overwegingen. Op basis hiervan kan ik u op hoofdlijnen het volgende berichten. Op dit moment gaat het in bovengenoemde casussen om (voorgenomen) sluitingen en/of aanpassingen van het behandelaanbod waarbij de gesprekken tussen de betrokken zorgverzekeraars en aanbieders nog niet zijn afgerond. Daarbij liggen aan deze wijzigingen in het behandelaanbod verschillende factoren ten grondslag. Deze factoren variëren. Het gaat om financiële en bedrijfsmatige overwegingen, behandelinhoudelijke overwegingen, en een gebrek aan personeel waardoor de veiligheid en kwaliteit van de behandeling onvoldoende geborgd kan worden. Het beeld is tevens dat er vaak een samenspel van factoren is dat tot een (voornemen van) sluiting leidt. Omdat deze aanpassingen van behandelaanbod in korte tijd plaatsvinden heb ik de NZa gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. Ik wil namelijk scherp in beeld hebben of dit incidenten zijn of dat hier sprake is van een breder onderliggend probleem dat vraagt om een aanpassing van beleid. De NZa zal mij hierover voor de zomer informeren.

## **Financiële gezondheid en contractering GGZ**

### Zorgvuldige contractering

In het licht van berichtgeving over de (mogelijke) financiële uitdagingen die er liggen voor de ggz<sup>2</sup> wil ik allereerst stilstaan bij de contractering en de gesprekken die daarover tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsvinden. Waar sprake is van acute problemen bij ggz-instellingen, kan binnen de contractering gezocht worden naar oplossingen, maar ook als er geen directe sluiting aan de orde is, maar een ggz-aanbieder wel in financieel zwaar weer verkeert, is de jaarlijkse contractering het eerst aangewezen instrument om afspraken te maken over wat er moet gebeuren. Partijen hebben daarnaast altijd de mogelijkheid om (indien nodig) aanvullende financiële afspraken te maken, ook als contracten al gesloten zijn. In zijn algemeenheid is het aan zorgverzekeraars om – uit oogpunt van hun zorgplicht – in de contracten zodanige financiële afspraken te maken met de ggz dat de continuïteit van zorg geborgd kan worden, wat overigens niet hetzelfde is als de continuïteit van elke individuele zorgaanbieder. Daarbij is het van belang dat er ten behoeve van de contractering een goede informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Eerder is aan uw Kamer toegezegd dat er voor de ggz een apart sluitingsprotocol opgesteld zou worden.<sup>3</sup> De IGJ ontwikkelt in het kader van sluitingen nu een Leidraad continuïteit voor de zorgaanbieders, welke door de IGJ deze maand nog gepubliceerd zal worden. In deze leidraad maakt de IGJ duidelijk wat zij verwacht van zorgaanbieders in situaties waarin er (mogelijk) risico's ontstaan voor de continuïteit van zorg aan patiënten en cliënten. De NZa heeft in oktober 2020 voor de verzekeraars handvatten opgesteld om invulling te geven aan hun zorgplicht, zodat verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. Deze leidraad en handvatten maken onder meer helder wat van partijen verwacht mag worden als zij hun zorgaanbod wijzigen. Ik zal de komende

<sup>2</sup> <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2022/ggz-instellingen-stevenen-af-op-miljoenenverlies>

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 524

tijd in gesprek gaan met partijen (o.a. patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars) welke behoefte er nog is, aanvullend op de leidraad en de handvatten.

### Ziekteverzuim en «no shows»

Het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de financiële situatie van de instellingen is ook van belang omdat het ziekteverzuim in de zorg nog altijd hoog is. De NZa signaleert in haar «Monitor toegankelijkheid van zorg» van 31 maart en 28 april jl. onder andere dat de uitval van personeel in de eerste maanden van 2022 hoger is dan in de jaren daarvoor. Het beeld van de NZa sluit daarmee aan op de signalen van dNggz over het ziekteverzuim. dNggz geeft aan dat er hierdoor – en doordat over de eerste maanden van 2022 ook sprake zou zijn van een ongebruikelijk hoge «no show» van patiënten – minder zorg gedeclareerd kan worden. Het is nog onzeker hoe het ziekteverzuim en de door dNggz genoemde no show van patiënten zich in de rest van het jaar ontwikkelen. Het is belangrijk dat zorgaanbieders de zorgverzekeraars hierover van goede informatie voorzien en dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars waar nodig in overleg treden met elkaar.

### Het zorgprestatie­model

Per 1 januari van dit jaar is een nieuwe bekostiging ingevoerd in de ggz, het zorgprestatie­model. Deze nieuwe ggz-bekostiging geeft betere handvatten om in de contractering een passende vergoeding voor de geleverde zorg af te spreken dan de oude bekostiging. Zowel voor zware als lichtere zorg. De oude bekostiging voor de ggz, en de contractafspraken die daarbij werden gemaakt, werkten vaak onderfinanciering van zwaardere zorg en overfinanciering van lichtere zorg in de hand. Vorig jaar hebben partijen bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatie­model. ZN en dNggz spreken elkaar daar maandelijks over in een bestuurlijk overleg met de NZa als toehoorder. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van financiële transitie-afspraken, heeft de NZa voor de jaren 2022 en 2023 een transitieprestatie met een vrij tarief geïntroduceerd.

In een brief over financiële prikkels in de ggz die vorig jaar naar de Tweede Kamer is gestuurd<sup>4</sup> staat dat in de contractering mogelijk niet meteen volledig, maar naar verwachting wel in toenemende mate gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheden die de nieuwe bekostiging biedt om tot betere afspraken te komen over de vergoeding van ggz. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om nu tot goede afspraken te komen en steeds meer en beter gebruik te maken van de handvatten die het zorgprestatie­model daarvoor aanreikt.

### Contractering 2022

Voor wat betreft de contractering over 2022 geldt dat deze nog niet is afgerond. Hoewel begin april 2022 in circa 70% van de gevallen contracten waren afgesloten of op hoofdlijnen overeenstemming was bereikt tussen ggz-instelling en zorgverzekeraar, was een substantieel deel van de ggz-instellingen begin april nog in onderhandeling, waaronder instellingen met een groot behandelvolume.

Voor zover de onderhandelingen nog lopen kunnen de signalen over mogelijke financiële vraagstukken daarin door partijen worden betrokken.

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 591

## Toekomstbestendige arbeidsmarkt

De krapte op de arbeidsmarkt is een grote uitdaging voor de zorg, zeker ook voor de ggz. De vraag naar zorg neemt met de vergrijzing toe, terwijl we niet over steeds meer zorgverleners kunnen beschikken. Op dit moment werkt in Nederland ongeveer één op de zes werknemers in de zorg. Het is niet realistisch dat de zorg een steeds groter beroep doet op de arbeidsmarkt. Daar zit een grens aan. Naast zorg en welzijn zijn er ook tekorten in bijvoorbeeld het onderwijs, de ICT, de bouw en bij de politie. Duidelijk is dat als we niets doen, de tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg – evenals in andere sectoren – de komende jaren alleen maar groter zullen worden. Dat vraagt om een brede aanpak die inzet op een echte transformatie. Ik zal u hierover voor de zomer in mijn brief over het arbeidsmarktbeleid informeren. Centraal in deze brief staan het optimaal benutten van de mogelijkheden van technologische, sociale -en proces innovatie, het stimuleren van goed werkgeverschap en het richten van de energie op het behoud van goed opgeleid zorgpersoneel en het vergroten van het werkplezier. De geschetste lijnen voor aanpak van de toenemende arbeidsmarkttekorten bieden juist ook mogelijkheden voor de ggz en nemen we ook mee in het Integraal Zorgakkoord. Deze aanpak hangt samen met de bredere opgave om ervoor te zorgen dat zorggebruikers ook in 2030 en 2040 kunnen rekenen op kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Deze brede opgave is door de WRR beschreven in het rapport «Kiezen voor houdbare zorg». Over dit rapport en de manier waarop het kabinet uitvoering gaat geven aan deze opgave zal uw Kamer voor de zomer separaat worden geïnformeerd.

Specifiek voor de ggz wil ik verder opmerken dat om te zorgen dat er voldoende en goed geschoold personeel beschikbaar komt, het advies van het Capaciteitsorgaan leidend is. In dit advies wordt aangegeven hoeveel opleidingsplaatsen er benodigd zijn, opdat er in de toekomst voldoende medewerkers in de ggz beschikbaar zijn.

Voor de kwaliteit en continuïteit van zorg nu en in de toekomst is het daarnaast van belang dat de ggz voor alle medewerkers een aantrekkelijke branche is en blijft om in te werken. Helaas constateer ik dat er een uitstroom van werken in loondienst naar zzp-schap is ontstaan. Werkenden in de ggz kiezen er steeds vaker voor zich als zzp'er in te laten huren door een instelling, wat leidt tot een toename van de personeelskosten. Daarnaast kan de toenemende inzet van zelfstandigen leiden tot ongelijkheid in verdiensten, verantwoordelijkheden en gevoelde vrijheden tussen medewerkers in loondienst en zelfstandigen. De krappe arbeidsmarkt stelt een deel van de flexwerkers immers ook in staat om gunstige afspraken te maken over werktijden en takenpakket.

Het kabinet wil voorkomen dat de toenemende krapte op de arbeidsmarkt tot de verkeerde flexibilisering leidt, met onhoudbare situaties binnen zorgorganisaties en hogere kosten. Zoals toegelicht in de Kamerbrief van 16 december<sup>5</sup> is het Ministerie van VWS daarom in januari van dit jaar in samenwerking met de Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een traject gestart, gericht op het maken van gezamenlijke werkafspraken over de organisatie van zorg voor alle werkenden in de ggz. Het streven is om vóór het zomerreces van 2022 gedragen oplossingsrichtingen en afspraken uitgewerkt te hebben.

---

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 597

## Minder administratieve lasten

Administratieve lastenverlichting is nodig om medewerkers in de zorg optimaal zorg te laten verlenen. Het draagt bij aan meer plezier in het werk en levert tijdswinst op. En uiteindelijk ook betere zorg. Immers, hoe minder tijd besteed hoeft te worden aan administratieve handelingen, hoe meer tijd zorgprofessionals overhouden voor de daadwerkelijke zorgverlening aan de patiënt. Ook in de ggz wordt gewerkt aan verlichting van de administratieve lasten. Twee voorbeelden hiervan zijn de implementatie van het zorgprestatie­model en de reparatiewetgeving die is doorgevoerd in het licht van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wv­ggz).

De implementatie van het zorgprestatie­model betekent bijvoorbeeld dat de complexe minutenregistratie met bijbehorende activiteitenregistratie, die kenmerkend is voor de oude bekostiging, het DBC-systeem, is losgelaten. In het zorgprestatie­model hoeven de meeste zorgverleners alleen nog consulten vast te leggen en veel minder of helemaal geen «indirecte tijd» meer te registreren. Met «indirecte tijd» bedoel ik tijd die aan de behandeling van de patiënt wordt besteed, zonder dat sprake is van direct patiëntcontact, zoals tijd besteed aan het bijwerken van het patiëntendossier, het reflecteren op de behandeling of het voeren van multidisciplinair overleg. Hiermee is voortgebouwd op een aantal succesvolle experimenten in de ggz. Specifiek denk ik hierbij aan het experiment van zorginstelling Arkin en verzekeraar Zilveren Kruis in het kader van het programma «(Ont)Regel de zorg» (Kamerstuk 29 515, nr. 441).

Met twee reparatiewetten<sup>6</sup> is de uitvoering van de Wv­ggz en de Wet zorg en dwang (Wzd) op een aantal punten verbeterd. Zo wordt één van de procedures in de Wv­ggz vereenvoudigd door het schrappen van de extra medische verklaring voordat een crisismaatregel of verlenging daarvan kan worden beëindigd. Daarmee wordt het makkelijker om de verplichte zorg te beëindigen, zoals de wet ook wil (dwang als uiterst middel). In de Wzd is onder andere een hardheidsclausule toegevoegd die de rechter de mogelijkheid geeft de Wzd toe te passen als dat beter past bij de zorgbehoefte van iemand met een psychische stoornis. Zoals ik ook heb aangegeven in de beantwoording van uw vragen over de eerste fase van de wetsevaluatie<sup>7</sup> vind ik het belangrijk om de verdere doorontwikkeling van de Wv­ggz heel nadrukkelijk vanuit de uitvoering te bekijken. Ik ben ervan overtuigd dat een beter uitvoerbare wet leidt tot betere zorg en daarmee tot een betere positie voor de patiënt als meer inzet kan worden gepleegd om het doel van de wet – het terugdringen van dwang – te bereiken.

Zo blijf ik mij de komende jaren inzetten voor een afname van administratieve lasten en voor een betere uitvoerbaarheid van wetten en regels. Naast de evaluatie en verdere ontwikkeling van de Wv­ggz is het verminderen van regeldruk en administratieve lasten ook één van de onderwerpen in het Integraal Zorgakkoord. Binnen het programma [Ont]regel de Zorg werken we binnen de sector ggz langs de volgende lijnen aan de aanpak van regeldruk en het verminderen van administratieve lasten:

- 1) Beleid dat werkt in de praktijk: vermindering van regeldruk als gevolg van wet- en regelgeving en beleid van VWS;

<sup>6</sup> Wet van 29 september 2021 tot wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoering te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen (Kamerstuk 35 667)

<sup>7</sup> Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 605.

- 2) Landelijke thema's, waaronder de harmonisering van inkoop- en verantwoordings-eisen in de Zvw;
  - 3) De lokale aanpak: ondersteunen en faciliteren van zorgaanbieders die zelf aan de slag willen met het verminderen van regeldruk in hun organisatie;
  - 4) Een loketfunctie voor casuïstiek, knelpunten en andere signalen.
- De vervolgpunten van het programma Ontregel de Zorg zullen vóór de zomer worden gepresenteerd.

### **Samenwerking**

De ggz werkt in verschillende zorgstelsels – de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg – en het Justitiële Domein. Dat betekent dat ggz-instellingen die zorg leveren in al deze domeinen te maken hebben met verschillende financiers. Bovendien werken ggz-instellingen met veel partners samen om goede zorg voor de cliënt te borgen: gemeenten, huisartsen, ziekenhuizen enzovoorts.

Het kabinet wil zich inspannen om de integrale samenwerking tussen domeinen te versterken en wil hierover afspraken maken met partijen in het kader van het af te sluiten Integraal Zorgakkoord. De samenwerking is nodig om de brede hulpvraag goed te kennen – zowel op niveau van het individu, als op het niveau van de wijk en de regio – om vervolgens passende zorg te kunnen bieden.

Om mensen beter en sneller te kunnen doorgeleiden naar passende zorg en ondersteuning moet sneller duidelijk zijn wat de (zorg)behoefte is. Daarmee wordt ook onnodige zorg voorkomen. Samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz-keten is dan ook van groot belang. Binnen deze keten heeft de praktijkondersteuner ggz van de huisarts een belangrijke rol. Ik ben voornemens afspraken te maken over het versterken van de samenwerking in deze keten in het nog af te sluiten Integraal Zorgakkoord. Hierbij zal het onder meer gaan over het organiseren van laagdrempelige beschikbaarheid van ggz-expertise in zowel de huisartsenpraktijk als het sociaal domein.

Regionale samenwerking zorgt ervoor dat er een goed overzicht is van de benodigde en beschikbare zorg in de regio en patiënten de juiste zorg op de juiste plek kunnen krijgen. De komende jaren willen we ervoor zorgen dat regionale samenwerking een vanzelfsprekendheid wordt in elke regio. Regio's kunnen de regionale samenwerking invullen door middel van het opstellen van een regiobeeld, regiovisie en regioaanpak. Dit stelt partijen in staat om gefundeerde keuzes te maken over het regionale zorglandschap. Inzet is een toekomstbestendig integraal aanbod en passende zorg over de domeinen heen.

Om te zorgen dat de regiobeelden en plannen daadwerkelijk tot stand komen, integraal en van voldoende kwaliteit zijn, zorg ik met de NZa voor aanvullende minimumeisen over de inhoud en opzet van de regiobeelden. Ik zal samen met de NZa, het Zorginstituut en het RIVM, de regio's beter ondersteunen in de totstandkoming van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Met kennis, door het aanpassen van kaders waar nodig en het opschalen van goede initiatieven, onder andere ook op het gebied van data. Samenwerken in de regio zal daarmee minder vrijblijvend worden. In het verlengde hiervan zal er ook aandacht zijn voor de manier waarop middelen vanuit verschillende domeinen bij elkaar kunnen worden gelegd, zodat domeinoverstijgende samenwerking echt van de grond komt. Het gaat mij erom dat er beter gebruik gemaakt wordt van

bestaande mogelijkheden, hierbij zet ik in op kennisdeling, begeleiding en versterking van organisatiekracht in de regio.

De consultatiefunctie ggz is een vorm van domeinoverstijgende samenwerking. Doordat professionals uit zowel het sociale domein als het ggz domein elkaar onderling bevragen en adviseren, wordt getracht cliënten de juiste zorg, ondersteuning en begeleiding te bieden. Het Zorginstituut heeft eerder al geconcludeerd dat (in sommige situaties) de consultatiefunctie ggz ten laste van de Zvw gebracht kan worden. Voortbouwend op deze conclusie heb ik medio februari bestuurlijk overleg met partijen gevoerd. Dit heeft geleid tot een richtinggevend besluit, namelijk om toe te werken naar een aparte declarabele prestatie voor de consultatiefunctie per 2024, een prestatie met een vrij tarief, waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ondersteund bij het maken van afspraken hierover.

In de komende maanden worden de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn in gezamenlijkheid uitgewerkt, waarbij ook een belangrijke rol voor partijen zelf is weggelegd. Bij een adequate uitwerking wordt het voornemen om een aparte declarabele prestatie met een vrij tarief voor de consultatiefunctie in te voeren, in het voorjaar van 2023 bij uw Kamer voorgehangen.

In het bestuurlijk overleg constateerde de NZa dat er wat de NZa betreft geen juridische belemmeringen zijn om in de contractering voor 2023 afspraken te maken over de consultatiefunctie (op basis van de bestaande bekostiging), maar dat dit in de uitvoering wel suboptimaal is. Voor dit en komend jaar heb ik partijen daarom opgeroepen om te kijken wat er – in lijn met de uitspraak van de NZa – binnen de bestaande mogelijkheden gedaan kan worden om de doorontwikkeling van de consultatiefunctie vooruitlopend op de aparte bekostiging per 2024 nu al een impuls te geven.

### **Integraal Zorgakkoord en Toekomstagenda ggz**

De combinatie van een toenemende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt maakt het noodzakelijk dat we de zorg slimmer organiseren om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland goede zorg kan krijgen als dat nodig is. Dit vraagt om een transitie naar passende zorg. Ook in de ggz. Het is de bedoeling om het Integraal Zorgakkoord Zvw, dat in het coalitieakkoord is opgenomen, te richten op deze maatschappelijke opgave. Met dit akkoord voor de komende vier jaar wordt de langetermijntransitie naar passende zorg versneld in gang gezet voor alle Zvw-domeinen. Dit akkoord geeft ook de financiële kaders voor de Zvw-domeinen voor de periode 2023–2026. Ik heb hiervoor in deze brief al een aantal thema's toegelicht die terug zullen komen in het akkoord (domeinoverstijgende samenwerking, regionale samenwerking, administratieve lastenverlichting, arbeidsmarkt). We zullen uw Kamer in een separate brief informeren over de contouren van, en het proces rondom, het Integraal Zorgakkoord.

Specifiek voor de ggz werk ik aan de Toekomstagenda ggz. Thema's die in de agenda aan de orde komen zijn samenwerking binnen en tussen regio's om het aanbod van zorg beter te spreiden en instroom te beperken, inzet op betere (multidisciplinaire) triage en het versterken van de organiseerbaarheid van de ggz (o.a. het bevorderen van de contractering en avond-, nacht en weekenddiensten). Ook wil ik meer focus op kwaliteit en doelmatigheid van zorg, het bevorderen van het werkplezier en inzetten op innovatie en het lerend vermogen van de sector. Er wordt parallel gewerkt aan het Integraal Zorgakkoord en aan de



Toekomstagenda ggz. Het is mijn inzet afspraken over de genoemde thema's waar mogelijk vast te leggen in het Integraal Zorgakkoord. Daarnaast wordt in de Aanpak mentale gezondheid ingezet op preventie; de Staatssecretaris van VWS zal u binnenkort hierover nader informeren.

### **Ten slotte**

Deze kabinetsperiode staat in het teken van de versnelling van de transitie naar passende zorg zodat iedereen die zorg nodig heeft deze kan ontvangen, nu en in de toekomst. Dit geldt ook voor de ggz. De recente aankondigingen van sluitingen en aanpassingen in het zorgaanbod kennen een combinatie van verschillende achterliggende factoren en onderstrepen de noodzaak van de transitie evenals het goede overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de continuïteit van zorg te kunnen borgen, nu en in de toekomst. Tevens vraag ik de NZa om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder