

Vergaderjaar 2022–2023

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 623

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 oktober 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de Verzamelbrief ggz van 7 juli 2022 (Kamerstuk 25 424, nr. 619) en over de brief van 15 augustus 2022 over de rode draden analyse en verkenning van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandel-aanbod (Kamerstuk 25 424, nr. 621).

De vragen en opmerkingen zijn op 23 september 2022 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 21 oktober 2022 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	7
II.	Reactie van de Minister	9

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen dat voornaamste reden achter de sluiting van de KIB Vlaardingenlaan een tekort aan personeel was. Genoemde leden vragen de Minister om wat voor type personeel het hier ging. Was er sprake van een tekort aan basispsychologen of van hoger gekwalificeerd personeel, zoals klinisch psychologen? Hoe kan er vanuit de opleidingskant beter worden ingespeeld op dit soort specifieke kanten? Worden de ramingen vanuit het Capaciteitsorgaan hieromtrent consequent opgevolgd?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie in de analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op pagina 7 dat er «zorgplichtrisico's zijn gelopen doordat in sommige situaties de proactieve, coördinerende rol vanuit de zorgverzekeraar soms pas laat is ingevuld». De leden van de VVD-fractie vinden dit een zorgelijke constatering, aangezien zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben binnen het zorgstelsel en deze zorgplicht een van hun kerntaken is. Hoe wordt er op toegezien dat zorgverzekeraars binnen de ggz-sector zo min mogelijk zorgplichtrisico's lopen? Het is goed dat de NZa binnenkort langs gaat om te kijken of alle getroffen patiënten goede vervolgzorg hebben gekregen, maar hoe kan deze zorgplicht structureel beter worden gemonitord?

Ook vragen de leden van de VVD-fractie de Minister hoe zij de relevante veldpartijen kan stimuleren om zo spoedig mogelijk een (voldoende) beeld te vergaren van de benodigde landelijke of regionale klinische capaciteit voor het waarborgen van de klinische ggz-zorg die minimaal nodig is in Nederland. Er worden eerste stappen gezet lezen genoemde leden, maar er mag van hen wel wat meer snelheid achter. Hoe ziet de Minister dit?

De NZa heeft het aantal dubbel- en voorkeurswachtenden in kaart geprobeerd te brengen, om zo de toegankelijkheidsproblematiek beter te duiden. De NZa concludeert onder andere dat het overgrote deel van de wachtenden hun wachten niet als vrijwillige of bewuste keuze ervaart, maar niet (voldoende) op de hoogte is van mogelijke alternatieven. Het onderzoek toont daarmee vooral aan dat het belangrijk is dat wachtenden door huisartsen en/of ggz-aanbieders actiever worden gewezen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars en/of op het bestaan van de regionale transfermechanismen. Ook moeten zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de mogelijkheid ten aanzien van zorgbemiddeling. De leden van de VVD-fractie vragen al langer aandacht

voor het actief informeren over zorgbemiddeling, ook waar het gaat om inhaalzorg naar aanleiding van de coronapandemie. Hoe sturen zorgverzekeraars op dit moment op het behalen van resultaten in de afspraken met zorgaanbieders? Hoe wordt deze sturing meer gestimuleerd? Welke stappen worden er op dit moment gezet door zorgverzekeraars om structureel inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden te hebben? Welke resultaatdoelstellingen worden of zijn hieromtrent afgesproken?

De leden van de VVD-fractie vinden het goed dat veldpartijen nadenken over een ondergrens met betrekking tot ambulantisering. Zij zijn benieuwd of het hier ook gaat om specialistische ggz? Bij een beweging naar ambulantisering is het cruciaal dat er een juiste afstemming plaatsvindt in de ggz-keten en met het sociale domein. Welke acties vinden daar nu vanuit de Minister plaats?

In het Integraal Zorgakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 655) hebben de leden van de VVD-fractie gelezen dat naar aanleiding van de goede ervaringen met hybride zorgvormen in de ggz, de komende jaren voor alle groepen in de ggz verdere stappen worden gezet op het gebied van hybride zorg. De kwaliteit van deze zorg zal door partijen nauwgezet gemonitord en geanalyseerd worden, zodat een cyclus van met elkaar leren en verbeteren plaats kan vinden. Hoe wordt geborgd dat de cyclus van leren en verbeteren daadwerkelijk van de grond komt en niet iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden, zo vragen deze leden de Minister?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de analyse van de NZa over de (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod in de ggz. Voor de leden is het belangrijk dat er voldoende specialistische ggz-zorg beschikbaar is voor patiënten met een complexe zorgvraag. De leden van de D66-fractie ondersteunen echter ook de richting van ambulantisering, omdat herstel in de veilige thuisomgeving voor patiënten vaak beter is dan opname in een klinische setting. De klinische setting moet echter wel beschikbaar zijn, als het thuis bijvoorbeeld niet meer gaat, vinden deze leden.

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de conclusies van de NZa dat zorgverzekeraars een meer proactieve rol kunnen vervullen bij de afbouw van zorg en in de communicatie hierover richting verzekeren en patiënten. Deze leden vragen de Minister om aan te geven hoe zij erop gaat toezien dat deze communicatie beter wordt. Voor genoemde leden is het belangrijk dat niet alleen gecommuniceerd wordt, maar dat patiënten en verzekeren ook beter betrokken worden bij de besluitvorming, omdat dit het maatschappelijk draagvlak voor keuzes vergroot. Zij vragen de Minister om aan te geven hoe dit in de toekomst beter geregeld gaat worden.

De leden van de D66-fractie lazen daarnaast dat zowel aanbieders als verzekeraars zich beter rekenschap moeten geven van het zorglandschap in de regio en willen van de Minister weten hoe dit concreet ingevuld gaat worden en hoe zij erop gaat toezien dat de (vervolg)zorg in de regio ook geborgd blijft. Zij lazen dat er een rol is weggelegd voor verzekeraars en zorgaanbieders om de kritische ondergrens in kaart te brengen en vragen de Minister wat het tijdspad hiervoor is. Deze leden vragen de Minister om te kijken welke rol de NZa kan spelen om hier regie op te houden en horen graag van haar hoe zij aankijkt tegen het concreter invullen van de «zorgplicht» van de NZa. Genoemde leden zien nu dat deze niet concreet

is ingevuld en zouden graag zien dat de Minister hierin het veld meer handvaten geeft.

Ook namen de leden van de D66-fractie kennis van het voorstel om betere afstemming in de ggz-keten en het sociaal domein te laten plaatsvinden, omdat dit cruciaal is voor de beweging ambulantisering. Genoemde leden horen graag van de Minister wie hier de regie op zou moeten nemen om te borgen dat er goede samenwerking in de keten plaatsvindt. Een signaal dat de leden regelmatig vanuit het ggz-veld krijgen, is dat zij te maken hebben met veel verschillende inkopers (zorgkantoren, zorgverzekeraars, verschillende gemeenten) die ook weer veel verschillende eisen stellen. Deze leden vragen de Minister of bijvoorbeeld de maatregel uit het coalitieakkoord om delen van de inkoop- en verantwoordingsseisen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te standaardiseren, breder ingezet zou kunnen worden binnen de ggz en of de Minister al heeft bekeken welke voordelen dat voor de ggz zou kunnen opleveren.

De leden van de D66-fractie lazen in de Kamerbrief dat de wachttijden in de ggz wat af lijken te nemen ten opzichte van vorig jaar, maar zien ook nog steeds dat er veel patiënten op de wachtlijst staan. Deze leden leggen een link tussen recente berichtgeving naar aanleiding van Trimbosonderzoek dat met name de mentale gezondheid van meisjes achteruit gaat¹. Zij maken zich hier ernstige zorgen over en vragen hier aandacht voor. Genoemde leden vragen de Minister of zij deze link ook legt en welke oorzaken zij nog meer ziet voor de toename van instroom. Welke stappen kan zij of kunnen veldpartijen en maatschappelijke organisaties nemen om deze zorgelijke ontwikkeling te remmen, vragen de leden. Genoemde leden willen ook graag van de Minister weten welke stappen zij gaat nemen om het personeelsverzuim in de ggz tegen te gaan en het werken in de ggz weer aantrekkelijker te maken. Deze leden vinden de ggz een belangrijke sector waar belangrijk werk wordt verricht en waar dus personeel ook in staat moet worden gesteld om goed dit werk te kunnen doen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen over de Kamerbrieven van de Minister.

De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat zij het punt met de Minister delen dat er tussen de drie genoemde casussen geen directe samenhang is, iedere casus heeft zijn eigen aanloop en verloop. Echter, deze leden wensen wel op te merken dat de conclusie(s), gevolgen van de sluitingen, wel hetzelfde is. Het aantal intramurale bedden (plaatsen) voor hoogcomplexere ggz-zorg neemt in het totaal af en misschien zelfs meer voor bepaalde regio's. Deelt de Minister deze zienswijze? Kan de Minister aangeven met hoeveel bedden het totale intramurale aanbod daalt door de sluiting van deze drie casussen?

Het benodigde aanbod van het unieke en specialistische zorgaanbod met landelijk functies zal in de komende periode in kaart worden gebracht. De onderhavige brief is van 7 juli 2022. Kan de Minister aangeven hoever het hier nu mee staat? Wanneer verwacht zij dat dit klaar is? Wordt er dan ook een relatie gelegd met het aantal mensen dat voor specialistische ggz-zorg op de wachtlijst staat? De Minister stelt in haar brief dat de totale

¹ Trimbos Instituut, 14 september 2022, « Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes» (Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes – Trimbos-instituut)

landelijke zorgvraag en het aanbod wordt meegewogen, maar wat wordt er dan precies bedoeld? Kan de Minister in dit kader een nadere duiding geven?

Wat betreft de Monitor Wachttijden NZa stelt de Minister dat er een lichte daling is van het aantal wachtenden, maar dat mensen over het algemeen wel langer moeten wachten. Kan de Minister uiteenzetten of de groep van 30 procent die langer wacht op behandeling, met name wacht op specialistisch complexe zorg of juist niet? En gaat het dan om een specifiek soort intramurale zorg of juist niet? De NZa stelt dat de langere gemiddelde wachttijd deels te verklaren is door een hoog personeelsverzuim. Hoe hoog is het personeelsverzuim? En komt dat in de ggz vooral voor onder personeel dat werkt in de hoogcomplexe zorg?

De leden van het CDA-fractie lezen verder dat de mensen onvoldoende op de hoogte zijn van regionale transfermechanismen of zorgbemiddeling door zorgverzekeraars. Bedoelt de Minister hier de (regionale) regietafels mee? Zo ja, hoeveel mensen met een hoogcomplexe zorgvraag zijn hierdoor inmiddels geholpen aan adequate zorg? Wat gaat er volgens de Minister goed bij de regiotafel's en wat kan er nog beter?

De Minister stelt tot slot dat de sector zelf het initiatief neemt om het specialistische en uniek aanbod met landelijke functies in beeld te brengen. Genoemde leden willen graag weten hoe de Minister gaat toetsen of dit lukt of gelukt is. Welke rol ziet de Minister hierbij voor het ministerie zelf?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de rode draden analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit naar enkele (voorgenomen) sluitingen en wijzigingen in het behandelaanbod.

Rode draden analyse en verkenning NZa inzake (voorgenomen) sluitingen en veranderingen behandelaanbod

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister wanneer de Kamer uitgebreider zal worden geïnformeerd over de uitvoering van de aanbevelingen van de NZa op basis van de bevindingen uit de controlebezoeken. Deze leden lezen bijvoorbeeld dat de NZa aangeeft dat in de onderzochte casuïstiek de zorgplicht niet is geschonden, maar dat er een risico was dat dit anders had kunnen lopen, omdat niet iedere zorgverzekeraar er even proactief op toezag dat iedere patiënt toch passende zorg zou krijgen. Zij vragen de Minister hoe de NZa er op toe gaat zien dat zorgverzekeraars wel actief naar zorg zoeken voor hun verzekerden wanneer zorg op een bepaalde locatie wordt afgebouwd.

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister of een overzicht gegeven kan worden van wat zorgverzekeraars precies anders gaan doen dan voorheen om verzekerden goede (vervolg)zorg te geven. Hoe gaat de regering daarop toezien? Hoe gaat concreet gezorgd worden voor een betere afstemming met het sociale domein? In het Integraal Zorgakkoord lezen deze leden slechts dat de samenwerking tussen huisartsen, ggz en sociaal domein verbeterd gaat worden, maar hoe gaat dat dan gebeuren? Wanneer worden concrete maatregelen aan de Kamer gestuurd en welk tijdspad wordt daarbij gehanteerd?

Monitor Wachttijden NZa

De leden van de PvdA-fractie zien de al jarenlang bestaande wachtlijsten in de ggz als een ernstig probleem. In dit verband vragen zij een reactie van de Minister op het artikel in Zorgvisie², waarin wordt gesteld dat de NZa de zorgplicht van zorgverzekeraars niet handhaaft. Hoeveel patiënten maken gebruik van zorgbemiddeling in de ggz en hoe is het toezicht daarop? Hoeveel mensen dienden de afgelopen jaren na falende zorgbemiddeling een klacht in bij de NZa en hoe werd deze door de NZa opgepakt? Hoe vaak heeft de NZa in de afgelopen jaren een aanwijzing gegeven aan verzekeraars om tijdig bij te contracteren?

Waarom controleert de NZa niet ieder jaar per regio of er voldoende zorg is ingekocht voor de verwachte zorgvraag in die regio? Zou een laagdrempelig meldpunt voor niet nakomen van de zorgplicht bij de NZa een rol kunnen spelen? Zo ja, is de Minister bereid dat in te laten stellen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat volgens de NZa 60.000 mensen wachten op zorg, waarvan 41.000 langer dan de Treeknorm. Omdat dit om dermate grote aantallen gaat, moet er structureel iets veranderen. De NZa heeft hier een bepalende rol in. Wat is hierover de mening van de Minister?

De leden van de PvdA-fractie vragen met welke tussenstappen gezorgd gaat worden dat de wachttijden worden ingekort van veertien naar vijf weken. Hoe wordt er op toegezien dat de tussenstappen daadwerkelijk in de praktijk worden gebracht?

Genoemde leden vragen de Minister wanneer wordt gestart met het landelijke netwerk van laagdrempelige steunpunten, welke concrete maatregelen daartoe worden genomen en welk tijdsplan wordt gehanteerd. Zij vragen ook wat de in het Integraal Zorgakkoord opgenomen zin «ook in zorg- en ondersteuningstrajecten blijft de eigen regie van de inwoner uitgangspunt» betekent in relatie tot de eerdere uitspraak in ditzelfde akkoord «door een betere samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein ervaart de cliënt dat zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en wordt onnodige instroom in de ggz voorkomen». Wat wordt precies verstaan onder eigen regie van de inwoner, juist op het moment dat deze het risico loopt die eigen regie even niet te kunnen nemen?

Genoemde leden vragen de Minister hoe en wanneer de regionale samenwerkingsafspraken tot stand zullen komen, bijvoorbeeld ten aanzien van de mentale gezondheidscentra, en vragen haar tevens hoe de voortgang wordt bewaakt.

Afsluiting

De leden van de PvdA-fractie zien in het Integraal Zorgakkoord een groot aantal ambities en processen, waarbij veel verschillende partijen betrokken zijn. Zij zien graag een overzicht van de Minister van de verschillende maatregelen, met daarbij een tijdsplan en de verantwoordelijkheidsverdeling van partijen om tot de benoemde ambitie te komen.

² Zorgvisie, 30 augustus 2022, « NZa faalt bij handhaven zorgplicht van zorgverzekeraars» (<https://www.zorgvisie.nl/nza-faalt-bij-handhaven-zorgplicht-van-zorgverzekeraars>)

Deze leden vragen hoe de Minister precies de verantwoordelijkheid van de sector ziet ten opzichte van de rol van de overheid die de verantwoordelijkheid voor toegankelijke en betaalbare zorg heeft. Zij vragen wat de Minister verstaat onder het «borgen van passende randvoorwaarden».

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie danken de Minister voor het toezenden van de brief over de rode draden analyse van de NZa over de voorgenomen sluitingen en verandering in het behandelaanbod van de specialistische ggz. Genoemde leden hebben de afgelopen maanden herhaaldelijk gevraagd wat de sluitingen betekenen voor het zorglandschap en de beschikbaarheid van bepaalde vormen van ggz-zorg. Dat de Minister uiteindelijk ook na deze analyse van de NZa moet concluderen dat dit onduidelijk is, omdat onvoldoende in beeld is – bij zowel aanbieders als verzekeraars – wat minimaal nodig is aan landelijke of regionale klinische capaciteit van klinische ggz-zorg baart deze leden grote zorgen. Met name omdat ook wordt geconcludeerd dat in de toekomst nieuwe sluitingen niet kunnen worden voorkomen. Hoe kan het dat niet eerder is geconstateerd dat een overzicht hiervan ontbreekt? Hoe ging dat bij sluitingen van instellingen hiervoor? Sloten er gewoon plekken zonder te checken of er nog wel voldoende andere instellingen of behandelplekken over waren? Wat vindt de Minister hiervan? En wie controleert of het hele proces dat heeft geleid tot sluiting op de juiste manier is gelopen en besluiten gebaseerd zijn op een ordentelijke onderbouwing? De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister welke conclusies zij hieruit trekt als het gaat om het stelsel. Wie moet hier toezicht op houden? En moet de Minister als stelselverantwoordelijke ook niet zelf weten of er voldoende zorg beschikbaar is? Hoe kan het ook dat dit niet eerder aan het licht is gekomen? Waarom wordt dit onderzoek pas gedaan na maatschappelijke onrust en politieke vragen?

Bevindingen onderzoek

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het bestuur van Pro Persona een koerswijziging heeft ingezet, waarbij klinische en dagklinische voorzieningen van het Centrum voor Psychotherapie (CvP) – waarbij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zeer intensieve zorg ontvingen – worden omgevormd naar intensieve deeltijdtrajecten. Is deze koerswijziging besproken met behandelaren en patiënten? Hebben zij inspraak gehad op deze beslissing? Zo nee, mogen dit soort besluiten worden genomen zonder inspraak? Wat vindt de Minister hiervan? Zijn patiënten meegenomen in deze beslissing? Hebben al deze patiënten inmiddels passende vervolgzorg gekregen? Deze leden ontvangen graag een geanonimiseerd overzicht hiervan.

Deze leden lezen dat ook bij Eikenboom van Altrecht de helft van het klinische aanbod is gesloten omdat de zorgaanbieder meer toe wil naar passende zorg. Was de zorg hiervoor dan niet passend? Wie concludeert dat? De zorgaanbieder of de behandelaar en de patiënt? En op basis waarvan werd deze conclusie getrokken? In hoeverre zijn patiënten/ behandelaren hierin meegenomen? Hebben de patiënten van Eikenboom wiens zorg is afgebouwd inmiddels passende vervolgzorg gekregen? Genoemde leden ontvangen graag een overzicht hiervan van de Minister.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) patiënten behandeld met een zeer intensieve zorgvraag die bij andere klinieken zijn vastgelopen. De patiënten die bij de inmiddels gesloten KIB Vlaardingenlaan zaten, zijn intern dan wel extern uitgeplaatst. Waar zijn deze patiënten naartoe uitgeplaatst, als dit al patiënten

waren die bij andere klinieken waren vastgelopen? Hebben alle patiënten van de KIB Vlaardingenlaan een passende vervolgplek gekregen? Deze leden ontvangen graag een overzicht van de Minister. Hoeveel KIB's zijn er nog over in Nederland? Hoeveel patiënten zijn er totaal bij deze KIB's? Genoemde leden lezen dat er door de sluiting een gat is ontstaan in de landelijke dekking van de KIB GGZ in Noord-Nederland, waar Arkin verantwoordelijk voor is. Zijn er volgens de Minister plannen om een vervangende KIB op te zetten, nu de Vlaardingenlaan gesloten is? Zo nee, waarom niet? Deze leden lezen dat het gat nu wordt opgevuld met ambulante alternatieven. Is ambulante zorg wel mogelijk bij deze intensieve doelgroep, zo vragen zij de Minister.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat in één van de door de NZa onderzochte casussen de sluiting voornamelijk is ingegeven door onvoldoende beschikbaarheid van personeel. Welke concrete maatregelen gaan door de Minister genomen worden om personeelstekort en -verzuim zo snel mogelijk tegen te gaan? Wat is de huidige gemiddelde caseload van personeel binnen de klinische ggz-zorg? Welke concrete maatregelen gaan op de korte en middellange termijn genomen worden om de caseload te verlagen? Wat is het doel van de Minister en binnen hoeveel jaar? Hoe zal de Minister zich inzetten voor het verbeteren van de werkomstandigheden van zorgpersoneel binnen de ggz en het reduceren van het aantal personeelsleden die kampen met een burn-out?

De leden van de GroenLinks-fractie concluderen dat de veranderingen bij zowel Pro Persona als bij Altrecht vooral zijn ingegeven om kosten te besparen, dure intensieve klinische zorg wordt ambulante gemaakt. Is wetenschappelijk onderzocht of de ombouw van klinische ggz naar ambulante ggz een juiste beweging is? Zijn er voorbeelden te geven van patiëntengroepen waar deze afbouw goed voor gewerkt heeft of juist niet? Is de Minister van mening dat intensieve klinische ggz-zorg niet meer beschikbaar dient te zijn? Zo ja, waar baseert zij deze mening op? Zo niet, hoeveel intensieve klinische ggz zorg zou er naar haar mening beschikbaar moeten zijn in Nederland? Genoemde leden zijn ook benieuwd hoeveel andere instellingen in Nederland bezig zijn met de ombouw van klinische ggz naar ambulante ggz. Gebeurt dit op grote schaal? Wordt deze ombouw gemonitord? Zo ja, door welke instantie? Is deze ombouw ingegeven om betere zorg te verlenen of spelen financiële redenen ook een rol? Wat zou volgens de Minister de verhouding tussen deze twee moeten zijn?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de zorgverzekeraar in het kader van de zorgplicht ervoor moet zorgen dat alle verzekerden passende alternatieve zorg wordt aangeboden. Zijn er kaders over wat onder «passende alternatieve zorg» valt? Is er bijvoorbeeld ook aan de zorgplicht voldaan als een patiënt eerst klinische zorg kreeg en nu ambulante zorg? Hoe bepaalt een zorgverzekeraar wat passende vervolgzorg is? Is dit in overleg met een behandelaar? Genoemde leden vragen de Minister of de zorgverzekeraar zelf contact opneemt met de patiënt om te bespreken wat voor vervolgzorg er wordt aangeboden als er sprake is van afbouw van zorg. Of moet de patiënt hier zelf achteraan? Zorgt dit er niet voor dat alleen mondige patiënten passende vervolgzorg krijgen? Hoe wordt gehandhaafd dat zorgverzekeraars daadwerkelijk hun zorgplicht nakomen? Zijn daar ook sancties voor?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de vraag hoeveel klinische capaciteit «bovenregionaal» nodig is, een vraag is die de zorgverzekeraar niet alleen kan beantwoorden. Wie kan deze vraag volgens de Minister wél beantwoorden? Welk partijen beslissen dit? Hoe ziet de proactief coördinerende rol eruit die de zorgverzekeraars hebben? Genoemde leden

lezen dat door oplopende casuïstiek zorgverzekeraars de afbouw van klinische ggz vaker in de gesprekcyclus van contractering laten terugkomen. Wat betekent dit en wordt er vervolgens ook op gehandeld?

Conclusies en aanbevelingen

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat zowel aanbieders als verzekeraars geen voldoende beeld hebben bij de benodigde landelijke of regionale klinische capaciteit om de klinische ggz-zorg te borgen die minimaal nodig is. Klopt het dat binnen het Integraal Zorgakkoord is afgesproken om dit wel in beeld te brengen? Welke partijen gaan dit doen en binnen welk termijn? In hoeverre wordt daarin de bijdrage van behandelaren en patiënten meegenomen?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het proces over een voornemen tot sluiting, afbouw van klinische capaciteit of andere ingrijpende wijzigingen in de portfolio van een zorgaanbieder kan worden verbeterd doordat zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties hier vaker met elkaar over in gesprek en werkafspraken maken. Genoemde leden vragen de Minister of dit niet te vrijblijvend is. Moeten die werkafspraken niet verplicht worden? Er is een leidraad Continuëer van zorg. Moet deze niet gewoon nageleefd worden of misschien wel worden aangescherpt?

De leden van de GroenLinks-fractie horen ook graag van de Minister waar personeel terecht kan bij vragen of klachten als ze niet zijn meegenomen in het besluitvormingsproces. Waar precies kunnen cliënten terecht die te horen krijgen dat hun behandeling wordt gestopt, en die geen passend vervolgaanbod krijgen? Wat zijn dan precies de rechten van de cliënten en wie brengt hen op de hoogte van hun rechten?

Ook lezen genoemde leden dat zorgverzekeraars een meer proactieve rol moeten vervullen om te zorgen dat hun verzekerden goede vervolgzorg hebben gekregen. Hoe wordt gecontroleerd of zorgverzekeraars deze aanbeveling ook echt gaan opvolgen, zeker bij patiënten die minder mondig of weerbaar zijn? Moeten hier niet richtlijnen voor komen? Tenslotte lezen zij dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in kaart moeten brengen waar de ondergrens ligt van de huidige ontwikkeling van ambulantisering. Heeft de Minister hier zelf ook een mening over? Hoe kijkt zij naar dit vraagstuk?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen dat voornaamste reden achter de sluiting van de KIB Vlaardingenvlaan een tekort aan personeel was. Genoemde leden vragen de Minister om wat voor type personeel het hier ging. Was er sprake van een tekort aan basispsychologen of van hoger gekwalificeerd personeel, zoals klinisch psychologen? Hoe kan er vanuit de opleidingskant beter worden ingespeeld op dit soort specifieke kanten?

Uit navraag bij Inforsa weet ik dat het bij de KIB aan de Vlaardingenvlaan in Amsterdam ging om een drietal professies, te weten psychiaters, gz-psychologen en groepsleiding (sociotherapeuten en verpleegkundigen die op de groep staan).

Zoals bekend, baseer ik mij bij het bepalen van het aantal opleidingsplekken voor professies die via de beschikbaarheidsbijdrage worden gefinancierd, zoals die van psychiater en gz-psychologen, op een landelijk beeld dat ik ontvang via de ramingen van het Capaciteitsorgaan met de

ggz-sector. Ik ben met verschillende partijen in gesprek om te bezien of het mogelijk is om te differentiëren op basis van regio's en/of sectoren met het doel de opleidingsplekken nog beter toe te delen naar plekken waar het tekort is geconstateerd. Naast het hebben van voldoende opgeleide professionals is het van belang dat deze ook behouden blijven voor de sector. Dat vraagt dan om een inspanning van de werkgever om een aantrekkelijke werkgever te zijn en te blijven. Ik wil dat graag ondersteunen; met het Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) programma zet ik, in samenwerking met partijen (o.a. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse ggz (deNLggz), in op de urgente uitdagingen die er liggen op de arbeidsmarkt, ook voor de ggz-sector. Het programma richt zich op meer ruimte voor innovatieve werkvormen, meer ruimte voor goed werkgeverschap en voor scholing en ontwikkeling. Door meer zeggenschap te stimuleren en daardoor het werkplezier te vergroten moeten zorgmedewerkers behouden blijven voor de zorg.

Worden de ramingen vanuit het Capaciteitsorgaan hieromtrent consequent opgevolgd?

De afgelopen jaren heb ik (en hebben mijn voorgangers) deze ramingen gevolgd bij het beschikbaar stellen van opleidingsplekken. Deze worden telkens goed ingevuld. Eind dit jaar verwacht ik een nieuwe capaciteitsraming voor deze beroepen.

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie in de analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op pagina 7 dat er «zorgplichtrisico's zijn gelopen doordat in sommige situaties de proactieve, coördinerende rol vanuit de zorgverzekeraar soms pas laat is ingevuld». De leden van de VVD-fractie vinden dit een zorgelijke constatering, aangezien zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben binnen het zorgstelsel en deze zorgplicht een van hun kerntaken is.

Hoe wordt erop toegezien dat zorgverzekeraars binnen de ggz-sector zo min mogelijk zorgplichtrisico's lopen?

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, die is vastgelegd in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder hierop. De NZa heeft wat zij verwacht van zorgverzekeraars nader geduid in de Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht (TH/BR-025)³ en in de Handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht⁴.

Het is goed dat de NZa binnenkort langsgaat om te kijken of alle getroffen patiënten goede vervolgzorg hebben gekregen, maar hoe kan deze zorgplicht structureel beter worden gemonitord?

De NZa houdt toezicht op zorgverzekeraars en stelt vast of zij voldoen aan hun zorgplicht. Dit doen zij als zelfstandig bestuursorgaan (ZBO), waarbij zij primair zelf gaan over de invulling van hun rol als toezichthouder. De NZa heeft in haar brief van 13 oktober jl.⁵ laten weten aan de zorgverzekeraars dat zij de komende periode nog nadrukkelijker gaat toezien op naleving van de zorgplicht en de hierbij verwachte proactieve houding van zorgverzekeraars. De NZa geeft aan in 2023 daarom bij alle zorgverzekeraars een vervolgonderzoek uit te voeren om vast te stellen of zorgverzekeraars handelen in lijn met de eerder uitgebrachte handvatten

³ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw – TH/BR-025 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁴ De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁵ <https://www.nza.actueel/nieuws/2022>

zorgplicht en de toegankelijkheid van de zorg voldoende borgen. Indien dit niet het geval is zal de NZa maatregelen nemen.

Ook vragen de leden van de VVD-fractie de Minister hoe zij de relevante veldpartijen kan stimuleren om zo spoedig mogelijk een (voldoende) beeld te vergaren van de benodigde landelijke of regionale klinische capaciteit voor het waarborgen van de klinische ggz-zorg die minimaal nodig is in Nederland. Er worden eerste stappen gezet lezen genoemde leden, maar er mag van hen wel wat meer snelheid achter. Hoe ziet de Minister dit?

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om in 2023 de cruciale zorgfuncties op zowel landelijk als regionaal niveau in kaart te brengen, aan de hand van regiobeelden. Nog in 2022 wordt een handreiking ontwikkeld die duidelijk maakt wat we verstaan onder cruciale zorg en welk aanbod daarvoor nodig is op regionaal en landelijk niveau. De afspraken voorzien erin dat op landelijk niveau wordt besproken wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en hoe dit het beste georganiseerd kan worden. Op basis van de uitkomsten kopen de zorgverzekeraars de benodigde (extra) zorg in.

De NZa heeft geprobeerd het aantal dubbel- en voorkeurswachters in kaart te brengen, om zo de toegankelijkheidsproblematiek beter te duiden. De NZa concludeert onder andere dat het overgrote deel van de wachters hun wachten niet als vrijwillige of bewuste keuze ervaart, maar niet (voldoende) op de hoogte is van mogelijke alternatieven. Het onderzoek toont daarmee vooral aan dat het belangrijk is dat wachters door huisartsen en/of ggz-aanbieders actiever worden gewezen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars en/of op het bestaan van de regionale transfermechanismen. Ook moeten zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de mogelijkheid ten aanzien van zorgbemiddeling.

De leden van de VVD-fractie vragen al langer aandacht voor het actief informeren over zorgbemiddeling, ook waar het gaat om inhaalzorg naar aanleiding van de coronapandemie.

Om beter inzicht te krijgen in de cijfers over de werkvoorraden heeft de NZa samen met de partijen binnen de medisch-specialistische zorg afspraken gemaakt over de nieuwe wijze van aanlevering van deze cijfers aan de NZa. Dit heeft geleid tot een sterke toename in aanlevering. Daarnaast heeft de NZa samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiënten Federatie Nederland (PFN) gekeken naar mogelijkheden om zorgbemiddeling nog meer onder de aandacht te brengen. Dit heeft ertoe geleid dat ZN hier landelijk aandacht aan heeft besteed via advertenties in kranten. Ook worden in de filmpjes in de wachtkamer (narrow casting), bij bijvoorbeeld de huisarts, de mogelijkheden van zorgbemiddeling onder de aandacht gebracht.

Hoe sturen zorgverzekeraars op dit moment op het behalen van resultaten in de afspraken met zorgaanbieders? Hoe wordt deze sturing meer gestimuleerd?

Om de toegang tot de ggz te bevorderen is het van belang dat er een goed inzicht is in de aard, omvang en de ontwikkeling van wachtlijsten. Dat is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars kunnen sturen op het nakomen van bestuurlijke afspraken of het behalen van resultaten door middel van contractering met zorgaanbieders. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om een aanmeldpauze in te stellen voor een bepaalde diagnosegroep bij een bepaalde aanbieder wanneer de Treeknorm wordt overschreden. Voor wat betreft zorgbemiddeling geldt

dat zorgaanbieders op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) de verplichting hebben om patiënten die langer wachten dan Treeknorm te benaderen en actief te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Van zorgverzekeraars verwacht ik op hun beurt dat zij inzetten op goede informatievoorziening over wachttijdbemiddeling in de richting van patiënten en zorgaanbieders, zoals huisartsen. Ik wil dat zij hun uiterste best doen om patiënten die dat willen te bemiddelen naar een zorgaanbieder die hen sneller kan helpen. Zoals in bovenstaand antwoord vermeld zijn in het IZA afspraken gemaakt over het beter in zicht brengen van de cruciale ggz-zorg. Op deze manier ontstaat er per regio een actueel overzicht van wachtenden en wachttijden. Dit inzicht kan de patiënt gebruiken bij de keuze voor een zorgaanbieder. Ook de verzekeraar kan dit overzicht gebruiken om bij zorgbemiddeling een patiënt in zorg te brengen, bijvoorbeeld bij een aanbieder met de kortste wachttijd.

Welke stappen worden er op dit moment gezet door zorgverzekeraars om structureel inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden te hebben?

In het IZA is voor wat betreft het inzicht in de wachttijden met zorgverzekeraars en aanbieders afgesproken dat er op regioniveau een wachtlijstoverzicht komt waarin de kwalitatieve en kwantitatieve wachtlijsten van mentale gezondheidscentra en wachtlijsten op stedelijk niveau zijn opgenomen.

Welke resultaatdoelstellingen worden of zijn hieromtrent afgesproken?

In het IZA is afgesproken dat alle mensen met een psychische hulpvraag zorg ontvangen binnen de Treeknorm. Partijen hebben afgesproken dat zij de gemiddelde wachttijd aan het einde van de looptijd van het akkoord teruggebracht hebben naar vijf weken: één tot twee weken voor de aanmeldfase en drie tot vier weken voor de behandelfase. Uiterlijk in 2023 maken we afspraken over het maximum aantal uniek wachtenden in de ggz.

De leden van de VVD-fractie vinden het goed dat veldpartijen nadenken over een ondergrens met betrekking tot ambulantisering. Zij zijn benieuwd of het hier ook gaat om specialistische ggz?

Ja, dat gaat ook over specialistische zorg. In het IZA is een aantal zorgvormen al concreet benoemd, vooruitlopend op de verdere invulling door zorgaanbieders en verzekeraars van wat «cruciale zorg» in de ggz is.

Bij een beweging naar ambulantisering is het cruciaal dat er een juiste afstemming plaatsvindt in de ggz-keten en met het sociale domein. Welke acties vinden daar nu vanuit de Minister plaats?

Ik deel het belang van betere afstemming en samenwerking tussen de ggz-keten en het sociale domein. Ik ben dan ook verheugd dat in het IZA met de VNG afspraken zijn gemaakt over het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz. Zo ontwikkelen en implementeren we de komende vijf jaar een passende lokale (of regionale) werkwijze die zorg en welzijn verbindt voor mensen met psychische klachten en worden afspraken gemaakt om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals herstel- en zelfregiecentra) en digitale lotgenotengroepen. Daarnaast richt de ggz in samenwerking met het sociaal domein de komende twee jaar regionale mentale gezondheidscentra in waar, op verwijzing van de huisarts, verkennende gesprekken worden gevoerd met mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen. Tenslotte

wordt toegewerkt naar bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking.

In het Integraal Zorgakkoord hebben de leden van de VVD-fractie gelezen dat naar aanleiding van de goede ervaringen met hybride zorgvormen in de ggz, de komende jaren voor alle groepen in de ggz verdere stappen worden gezet op het gebied van hybride zorg. De kwaliteit van deze zorg zal door partijen nauwgezet gemonitord en geanalyseerd worden, zodat een cyclus van met elkaar leren en verbeteren plaats kan vinden. Hoe wordt geborgd dat de cyclus van leren en verbeteren daadwerkelijk van de grond komt en niet iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden, zo vragen deze leden de Minister?

Er wordt in de ggz-sector continu gezocht naar betere behandelmogelijkheden, meer kennis en expertise en betere kwaliteit van leven voor patiënten. Het is daarvoor belangrijk een doorlopende leercyclus in de (organisatie)cultuur te borgen in zowel de behandelkamer als in en tussen instellingen en sector-breed. Akwa ggz heeft als onafhankelijke organisatie samen met professionals en kenniscentra een set van indicatoren en meetinstrumenten per zorgstandaard opgesteld. De informatie die dit oplevert wordt gebruikt voor een constante leer- en verbetercyclus ten behoeve van de kwaliteit van zorg, waaronder ook digitale en hybride zorg.

Akwa ggz ondersteunt daarnaast lerende netwerken met het GGZ Dataportaal. Daarin kan de voortgang van de behandeling worden bijgehouden. Vervolgens kunnen behandelaars en instellingen middels spiegelrapportages gebaseerd op geaggregeerde (en gepseudonimiseerde) data van zichzelf en elkaar leren zodat mensen met ggz-problematiek nog beter kunnen worden geholpen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de analyse van de NZa over de (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod in de ggz. Voor de leden is het belangrijk dat er voldoende specialistische ggz-zorg beschikbaar is voor patiënten met een complexe zorgvraag. De leden van de D66-fractie ondersteunen echter ook de richting van ambulantisering, omdat herstel in de veilige thuisomgeving voor patiënten vaak beter is dan opname in een klinische setting. De klinische setting moet echter wel beschikbaar zijn, als het thuis bijvoorbeeld niet meer gaat, vinden deze leden.

De NZa en de IGJ hebben voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheden verhelderd. De NZa geeft in de handvatten aan dat zorgverzekeraars bij afbouw van zorg samen met de stakeholders duidelijke regie nemen en als dat nodig is, zorgdragen voor een crisisorganisatie. Zij zijn verantwoordelijk voor de afstemming en informatie richting verzekeren, zorgverleners en andere ketenpartners over de wijze waarop en door wie de zorgverlening wordt voortgezet, bewaking van het proces van matches van de zorgvraag en aanbod, zorgbemiddeling en (het faciliteren) van een zorgvuldige overdracht van patiënten.

De IGJ geeft in haar Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulpverlening duidelijk aan wat zij verwacht van zorgaanbieders in situaties waarin er (mogelijk) risico's ontstaan voor de continuïteit van zorg aan patiënten en cliënten. Zorgaanbieders moeten daarbij o.a. een structuur organiseren voor de communicatie en afstemming met (vertegenwoordigers van) patiënten en – indien relevant – het lokaal bestuur en inwoners. Betrokken zorgaanbieders dienen herkenbaar en toetsbaar aan te geven op welke

wijze zij zorgen en wensen van patiënten, lokaal bestuur en inwoners, betrekken bij de besluitvorming over het zorgaanbod. De IGJ heeft deze Leidraad onder de betrokken brancheorganisaties verspreid.

De leden van de D66-fractie lazen daarnaast dat zowel aanbieders als verzekeraars zich beter rekenschap moeten geven van het zorglandschap in de regio en willen van de Minister weten hoe dit concreet ingevuld gaat worden en hoe zij erop gaat toezien dat de (vervolg)zorg in de regio ook geborgd blijft. Zij lazen dat er een rol is weggelegd voor verzekeraars en zorgaanbieders om de kritische ondergrens in kaart te brengen en vragen de Minister wat het tijdspad hiervoor is. Deze leden vragen de Minister om te kijken welke rol de NZa kan spelen om hier regie op te houden en horen graag van haar hoe zij aankijkt tegen het concreter invullen van de «zorgplicht» van de NZa. Genoemde leden zien nu dat deze niet concreet is ingevuld en zouden graag zien dat de Minister hierin het veld meer handvaten geeft.

In het kader van het IZA zijn concrete afspraken gemaakt over het in kaart brengen van het aanbod van cruciale ggz-zorg op regionaal en landelijk niveau. In het IZA is afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de clientvereniging MIND en beroepsgroepen – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en hiervoor een handreiking formuleren. Deze handreiking biedt het kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord. Op deze manier wordt ook verder geconcretiseerd wat «de zorgplicht» in het geval van cruciale ggz-zorg inhoudt.

Ook namen de leden van de D66-fractie kennis van het voorstel om betere afstemming in de ggz-keten en het sociaal domein te laten plaatsvinden, omdat dit cruciaal is voor de beweging ambulantisering. Genoemde leden horen graag van de Minister wie hier de regie op zou moeten nemen om te borgen dat er goede samenwerking in de keten plaatsvindt.

Partijen nemen in de uitvoering van de IZA-afspraken gezamenlijk de regie. De afspraken in het IZA over het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz zijn door VWS, ZN, deNLggz, Sociaal Werk Nederland (SWN), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en MIND gemaakt. Ook de Landelijke Huisartsenvereniging is bij de formulering van deze afspraken betrokken geweest. Zo zetten we in op regionale steunpunten, digitale lotgenotengroepen en verkennende gesprekken in mentale gezondheidscentra. Deze inzet moet bijdragen aan eerdere passende ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problemen en preventie van instroom in de GGZ. In de werkgroep die samen het IZA hoofdstuk «Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz» heeft uitgewerkt in het IZA worden vervolgspraken gemaakt over ieders rol in de uitvoering van de plannen. Ieder kwartaal vindt bestuurlijk overleg plaats over de voortgang van de afspraken die in het IZA zijn gemaakt.

Een signaal dat de leden regelmatig vanuit het ggz-veld krijgen, is dat zij te maken hebben met veel verschillende inkopers (zorgkantoren, zorgverzekeraars, verschillende gemeenten) die ook weer veel verschillende eisen stellen. Deze leden vragen de Minister of bijvoorbeeld de maatregel uit het coalitieakkoord om delen van de inkoop- en verantwoordings-eisen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te standaardiseren, breder

ingezet zou kunnen worden binnen de ggz en of de Minister al heeft bekeken welke voordelen dat voor de ggz zou kunnen opleveren.

Ik heb uw Kamer onlangs geïnformeerd over het onderzoek dat ik heb laten doen naar de mogelijkheden om inkoop- en verantwoordingseisen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te uniformeren⁶, en over het vervolg dat ik aan dat onderzoek wil geven. Ik zie dat in de breedte, dus ook in de ggz, veel tijdswinst valt te behalen door het harmoniseren van dergelijke eisen. In de ggz geldt dat veel aanbieders met meerdere financieringsstromen en dus ook meerdere wijzen van inkoop en verantwoording te maken hebben. Dat maakt het extra complex, maar betekent ook dat de potentiële opbrengst in tijd en vermindering van ervaren regeldruk nog groter is. Ik span mij dan ook in om in de breedte regeldruk te verminderen in de ggz. Dit doe ik aan de hand van vier hoofdlijnen van het programma [Ont]Regel de Zorg: het landelijk aanpakken van regeldruk; bijvoorbeeld door het uniformeren van inkoop- en verantwoordingseisen in de Zvw, een lokale aanpak, een loket voor het melden van regeldruk en het zo veel mogelijk voorkomen en als dat niet kan verminderen van nieuwe regeldruk. Onder andere in het IZA zijn ook afspraken met partijen gemaakt over vermindering van bestaande administratieve lasten, het zo veel mogelijk voorkomen van nieuwe regeldruk en de rol die partijen daarin hebben te spelen.

De leden van de D66-fractie lezen in de Kamerbrief dat de wachttijden in de ggz wat af lijken te nemen ten opzichte van vorig jaar, maar zien ook nog steeds dat er veel patiënten op de wachtlijst staan. Deze leden leggen een link tussen recente berichtgeving naar aanleiding van Trimbosonderzoek dat met name de mentale gezondheid van meisjes achteruit gaat⁷. Zij maken zich hier ernstige zorgen over en vragen hier aandacht voor. Genoemde leden vragen de Minister of zij deze link ook legt en welke oorzaken zij nog meer ziet voor de toename van instroom.

Deze zorgen deel ik. Echter, op dit moment is er geen directe link te leggen tussen de wachtlijsten in de ggz en het feit dat de mentale gezondheid van meisjes achteruitgaat. Daarover zijn ook geen gegevens bekend. De toename van de instroom in de ggz heeft meerdere oorzaken. In onze complexe samenleving die de afgelopen jaren veel moeilijke tijden heeft gekend, ervaren mensen problemen die kunnen bijdragen aan de mentale druk en het uitgroeien van een psychische klacht naar een psychische aandoening. We zien dat dit leidt tot een toenemende instroom in de ggz, terwijl het de vraag is of de curatieve ggz altijd de best passende oplossing vormt. Het IZA bevat afspraken over samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein, die bijdragen aan het realiseren van een passend antwoord op iemands hulpvraag. Samen met de Minister en Staatssecretaris van VWS zet ik daarnaast in op preventie en het vergroten van de mentale weerbaarheid in Nederland om zo de mentale gezondheid te versterken.

Welke stappen kan zij of kunnen veldpartijen en maatschappelijke organisaties nemen om deze zorgelijke ontwikkeling te remmen, vragen de leden.

In algemene zin is het belangrijk om bewustwording te creëren over het belang van mentale gezondheid, het taboe op mentale klachten te doorbreken en mensen handvatten te bieden om met de eigen mentale gezondheid aan de slag te gaan en oog te hebben voor de mentale

⁶ Kamerstuk 29 515, nr. 483

⁷ Trimbos Instituut, 14 september 2022, « Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes» (Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes – Trimbos-instituut)

gezondheid van een ander. De aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» van de Staatssecretaris van VWS heeft specifieke aandacht voor de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen.

Genoemde leden willen ook graag van de Minister weten welke stappen zij gaat nemen om het personeelsverzuim in de ggz tegen te gaan en het werken in de ggz weer aantrekkelijker te maken. Deze leden vinden de ggz een belangrijke sector waar belangrijk werk wordt verricht en waar dus personeel ook in staat moet worden gesteld om goed dit werk te kunnen doen.

Het vraagt om een inspanning van de werkgever om een aantrekkelijke werkgever te zijn en blijven. Ik wil dat graag ondersteunen; met het TAZ-programma zet ik samen met partijen in op de urgente uitdagingen die er liggen op de arbeidsmarkt, ook voor de ggz-sector. Het programma richt zich op meer ruimte voor innovatieve werkvormen, meer ruimte voor goed werkgeverschap en voor scholing en ontwikkeling. Door meer zeggenschap te stimuleren en daardoor het werkplezier te vergroten moeten zorgmedewerkers behouden blijven voor de zorg. Daarvoor is goed werkgeverschap cruciaal.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen over de Kamerbrieven van de Minister.

De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat zij het punt met de Minister delen dat er tussen de drie genoemde casussen geen directe samenhang is, iedere casus heeft zijn eigen aanloop en verloop. Echter, deze leden wensen wel op te merken dat de conclusie(s), gevolgen van de sluitingen, wel hetzelfde is. Het aantal intramurale bedden (plaatsen) voor hoogcomplexen ggz-zorg neemt in het totaal af en misschien zelfs meer voor bepaalde regio's. Deelt de Minister deze zienswijze?

Ja, die deel ik. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat een deel van de intramurale bedden in de ggz plaatsmaakt voor meer ambulante zorg die ook passend kan zijn.

Kan de Minister aangeven met hoeveel bedden het totale intramurale aanbod daalt door de sluiting van deze drie casussen?

Het is niet te zeggen wat de exacte afname van de klinische behandelcapaciteit is, omdat dit niet alleen gaat om het aantal beschikbare (fysieke) plekken, maar ook om de beschikbaarheid van behandelaren. Wel komt uit berichtgeving naar voren dat bij de Eikenboom het voornemen was om 16 van de 32 klinische plekken te sluiten, bij het Centrum voor Psychotherapie (CvP) zou het om ongeveer 40 plekken gaan en bij de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) in Amsterdam om 36 opnameplekken.

Het benodigde aanbod van het unieke en specialistische zorgaanbod met landelijk functies zal in de komende periode in kaart worden gebracht. De onderhavige brief is van 7 juli 2022. Kan de Minister aangeven hoever het hier nu mee staat? Wanneer verwacht zij dat dit klaar is?

In het IZA is vastgelegd dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de beroepsverenigingen en MIND – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en een handreiking formuleren, die als kader dient op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden

gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord.

Wordt er dan ook een relatie gelegd met het aantal mensen dat voor specialistische ggz-zorg op de wachtlijst staat? De Minister stelt in haar brief dat de totale landelijke zorgvraag en het aanbod wordt meegewogen, maar wat wordt er dan precies bedoeld? Kan de Minister in dit kader een nadere duiding geven?

In de brief heb ik aangegeven dat bij veranderingen in uniek en specialistisch zorgaanbod, het effect op de totale (landelijke) zorgvraag en het aanbod wordt meegewogen door verzekeraars en aanbieders. Op dit moment bestaat nog geen landelijk overzicht van cruciaal zorgaanbod. Dat betekent dat er – bij wijzigingen in het aanbod op regionaal niveau – geen goed beeld is van het effect op het totale (landelijke) zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep. De afspraken in het IZA moeten dit veranderen. Voorgenomen veranderingen in cruciaal zorgaanbod op regionaal niveau moeten eerst ook op landelijk niveau worden besproken en gewogen. Hierbij wordt natuurlijk ook gekeken naar de vraag naar specialistisch zorgaanbod.

Wat betreft de Monitor Wachttijden NZa stelt de Minister dat er een lichte daling is van het aantal wachtenden, maar dat mensen over het algemeen wel langer moeten wachten. Kan de Minister uiteenzetten of de groep van 30 procent die langer wacht op behandeling, met name wacht op specialistisch complexe zorg of juist niet?

Diagnose van de aandoening en de setting van de behandeling worden niet als variabelen meegenomen in de data die de NZa verzamelt over het actuele aantal mensen dat op de wachtlijst staat. Het is dus niet mogelijk een uitspraak te doen over de samenstelling van de groep mensen die te lang wacht op behandeling. Overigens zou een uitsplitsing naar diagnose hoe dan ook niets zeggen over de ernst, complexiteit of urgentie van te behandelen aandoeningen. De ene diagnosegroep is niet ernstiger/complexer of urgenter dan de ander, juist binnen een diagnosegroep kan hierin veel diversiteit zijn. Met de zorgvraagtypering van het zorgprestatie-model zal het inzicht hierin per 1 januari 2023 verbeteren.

En gaat het dan om een specifiek soort intramurale zorg of juist niet?

Diagnose van de aandoening en de setting van de behandeling worden niet als variabelen meegenomen in de data die de NZa verzamelt over het actuele aantal mensen dat op de wachtlijst staat.

De NZa stelt dat de langere gemiddelde wachttijd deels te verklaren is door een hoog personeelsverzuim. Hoe hoog is het personeelsverzuim?

In augustus van dit jaar lag het ziekteverzuim voor de ggz rond de 7%⁸.

En komt dat in de ggz vooral voor onder personeel dat werkt in de hoogcomplexe zorg?

De NZa heeft geen cijfers die kunnen aantonen of het verzuim hoger is in de hoogcomplexe zorg.

⁸ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_722741_22

De leden van het CDA-fractie lezen verder dat de mensen onvoldoende op de hoogte zijn van regionale transfermechanismen of zorgbemiddeling door zorgverzekeraars. Bedoelt de Minister hier de (regionale) regietafels mee?

Binnen de aanpak van de wachttijden is er sprake van verschillende mechanismen die ervoor moeten zorgen dat cliënten tijdig op de juiste plek belanden. Op regionaal niveau zijn dat de transfermechanismen, waarbinnen wordt gekeken hoe de wachtlijsten op een voor de betreffende regio effectieve manier zo snel en duurzaam mogelijk kunnen worden teruggedrongen. De casuïstiektafels hoogcomplexen ggz (voorheen ook wel «regietafels» genoemd) opereren op bovenregionaal niveau en hebben als doel cliënten met een hoogcomplexen zorgvraag te helpen aan een behandelaanbod op maat.

Zo ja, hoeveel mensen met een hoogcomplexen zorgvraag zijn hierdoor inmiddels geholpen aan adequate zorg?

In 2020 en 2021 zijn er 77 casussen behandeld op deze tafels⁹.

Wat gaat er volgens de Minister goed bij de regietafels en wat kan er nog beter?

Uit de evaluatie van de casuïstiektafels bleek dat de tafels ook buiten het plan hoogcomplexen ggz meerwaarde hebben. Er is sprake van een «expertisenetwerk», waarbij ook consultatie, verwijzing of de organisatie van samenwerking en financiering geboden wordt voor casussen die niet op de casuïstiektafels terecht komen. Tegelijkertijd wordt geconcludeerd dat de bekendheid en zichtbaarheid van de tafels een aandachtspunt is. De NLggz en ZN brengen dit onder de aandacht van hun leden. Daarnaast hebben de bovenregionale casuïstiektafels een plek gekregen binnen het escalatieproces van regionale doorzettingsmacht, waardoor partijen in de regio's een betere aansluiting kunnen vinden op deze tafels.

De Minister stelt tot slot dat de sector zelf het initiatief neemt om het specialistische en uniek aanbod met landelijke functies in beeld te brengen.

Genoemde leden willen graag weten hoe de Minister gaat toetsen of dit lukt of gelukt is. Welke rol ziet de Minister hierbij voor het ministerie zelf?

In het IZA hebben we met elkaar afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de beroepsverenigingen en MIND – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en een handreiking formuleren, die als kader dient op basis waarvan vervolgens regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord. Partijen koppelen periodiek – in samenhang met de monitoring van de uitkomstdoelen in het IZA – de voortgang van de uitvoering van de afspraken terug aan VWS in de nog nader in te richten overlegstructuur van het IZA. Ik zal er actief op toezien dat partijen in het vastgelegde tempo de afspraken met betrekking tot cruciale zorg realiseren en hiermee hun verantwoordelijkheid nemen.

⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 609

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de rode draden analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit naar enkele (voorgenomen) sluitingen en wijzigingen in het behandelaanbod.

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister wanneer de Kamer uitbreider zal worden geïnformeerd over de uitvoering van de aanbevelingen van de NZa op basis van de bevindingen uit de controlebezoeken.

Mede n.a.v. de aanbevelingen van de NZa zijn in het IZA concrete afspraken gemaakt over het in kaart brengen van het aanbod van cruciale ggz-zorg op regionaal en landelijk niveau. In het IZA is afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de clientvereniging MIND en beroepsgroepen – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en hiervoor een handreiking formuleren.

Deze handreiking biedt het kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord. Op deze manier wordt ook verder geconcretiseerd wat «de zorgplicht» in het geval van cruciale ggz-zorg inhoudt. Ten aanzien van de veranderingen bij de instellingen Eikenboom, CvP en KIB zal de NZa voor het einde van het jaar nogmaals bij de nu bezochte zorgverzekeraars langs te gaan om te controleren of alle voormalige cliënten die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Zo houdt de NZa nadrukkelijk vinger aan de pols, met als doel om er voor te zorgen dat iedere verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft.

Deze leden lezen bijvoorbeeld dat de NZa aangeeft dat in de onderzochte casuïstiek de zorgplicht niet is geschonden, maar dat er een risico was dat dit anders had kunnen lopen, omdat niet iedere zorgverzekeraar er even proactief op toezag dat iedere patiënt toch passende zorg zou krijgen. Zij vragen de Minister hoe de NZa erop toe gaat zien dat zorgverzekeraars wel actief naar zorg zoeken voor hun verzekerden wanneer zorg op een bepaalde locatie wordt afgebouwd. De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister of een overzicht gegeven kan worden van wat zorgverzekeraars precies anders gaan doen dan voorheen om verzekerden goede (vervolg)zorg te geven. Hoe gaat de regering daarop toezien?

Ik vind het van belang om proactief meer grip te krijgen op het aanbod van cruciale zorg. Dit moet het risico dat een dergelijke situatie zoals bij de Eikenboom, CvP en de KIB Amsterdam plaatsvindt, verminderen. In het IZA hebben we daarom afgesproken dat de cruciale zorgfuncties zowel op regionaal als landelijk niveau in kaart worden gebracht. Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt aan een landelijke casuïstiektafel (ZN, deNLggz) bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop. Met deze afspraken krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter zicht op het zorgaanbod en zullen zij hierover sneller en beter met elkaar in gesprek komen indien de zorgplicht in het geding dreigt te komen.

Daarnaast geldt natuurlijk altijd dat de NZa toezicht houdt op de naleving van de zorgplicht en hiermee op zorgverzekeraars om te zorgen dat verzekerden passende (vervolg)zorg krijgen. Specifiek voor de genoemde

casuïstiek zal de NZa richting het einde van dit jaar bij betrokken zorgverzekeraars nogmaals nagaan of alle voormalige cliënten die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Ten slotte heeft de NZa bij brief van 13 oktober jl. ¹⁰aangekondigd om in 2023 bij alle zorgverzekeraars een vervolgonderzoek uit te voeren om vast te stellen of zorgverzekeraars handelen in lijn met de eerder uitgebrachte handvatten zorgplicht en de toegankelijkheid van de zorg voldoende borgen. Indien dit niet het geval is zal de NZa maatregelen nemen.

Hoe gaat concreet gezorgd worden voor een betere afstemming met het sociale domein? In het Integraal Zorgakkoord lezen deze leden slechts dat de samenwerking tussen huisartsen, ggz en sociaal domein verbeterd gaat worden, maar hoe gaat dat dan gebeuren? Wanneer worden concrete maatregelen aan de Kamer gestuurd en welk tijdsplan wordt daarbij gehanteerd?

Ten behoeve van de samenwerking met het sociaal domein worden er afspraken gemaakt om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals herstel- en zelfregiecentra) en digitale lotgenotengroepen. GGZ en gemeenten stellen uiterlijk aan het eind van het eerste kwartaal 2023 een werkagenda op waarbij wordt aangesloten bij de bestaande ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden GGZ. Ook wordt in 2023 en 2024 toegewerkt naar het breed uitrollen van de mentale gezondheidscentra, waar verkennende gesprekken worden gevoerd samen met professionals uit het sociaal domein. Deze centra worden ingericht op een manier die past bij de regio. Per 2025 wordt deze werkwijze toegepast in alle regio's.

Wat betreft het informeren van uw Kamer is het goed om op te merken dat het IZA recentelijk is getekend. Momenteel wordt – samen met de deelnemende partijen – gekeken naar hoe we de uitvoering en monitoring het beste kunnen vormgeven. Begin 2023 zal ik u, gezamenlijk met de Minister van Volksgezondheid en de Staatssecretaris informeren over deze verdere uitwerking. Ook zullen we dan ingaan op hoe uw Kamer gedurende de looptijd van het IZA geïnformeerd zal worden over de stand van zaken daarvan.

Monitor Wachttijden NZa

De leden van de PvdA-fractie zien de al jarenlang bestaande wachttijden in de ggz als een ernstig probleem. In dit verband vragen zij een reactie van de Minister op het artikel in Zorgvisie¹¹, waarin wordt gesteld dat de NZa de zorgplicht van zorgverzekeraars niet handhaaft. Hoeveel patiënten maken gebruik van zorgbemiddeling in de ggz en hoe is het toezicht daarop?

De NZa verzamelt geen gegevens over het aantal mensen dat gebruik maakt van zorgbemiddeling in de ggz. Er is geen landelijke periodieke verzameling van deze aantallen beschikbaar.

Hoeveel mensen dienden de afgelopen jaren na falende zorgbemiddeling een klacht in bij de NZa en hoe werd deze door de NZa opgepakt?

De NZa heeft mij gemeld dat zij in ieder geval acht geregistreerde klachten/signalen van mensen heeft ontvangen die van mening waren dat er specifiek sprake was van falende zorgbemiddeling. In twee gevallen moest de NZa concluderen dat zij door een gebrek aan achtergrondinfor-

¹⁰ www.nza.nl/actueel/nieuws/2022

¹¹ Zorgvisie, 30 augustus 2022, «NZa faalt bij handhaven zorgplicht van zorgverzekeraars» (<https://www.zorgvisie.nl/nza-faalt-bij-handhaven-zorgplicht-van-zorgverzekeraars>)

matie niet kon oordelen over de geschiktheid van de door de zorgverzekeraar aangedragen oplossing. In de overige zes gevallen zijn de betreffende verzekeraars hier door de NZa op aangesproken.

Hoe vaak heeft de NZa in de afgelopen jaren een aanwijzing gegeven aan verzekeraars om tijdig bij te contracteren?

De NZa heeft de afgelopen jaren geen aanwijzing opgelegd aan zorgverzekeraars om tijdig bij te contracteren. Wel heeft de NZa de transparantie van het proces van bijcontractering onderzocht en zorgverzekeraars hierop aangesproken¹². Daarnaast heeft zij begin 2022 de transparantieregels met betrekking tot bijcontractering aangepast. Zorgverzekeraars zijn daarmee verplicht hun beleid rondom bijcontractering tegelijk met het inkoopbeleid bekend te maken zodat zorgaanbieders weten waar ze aan toe zijn.

Waarom controleert de NZa niet ieder jaar per regio of er voldoende zorg is ingekocht voor de verwachte zorgvraag in die regio?

Op dit moment kijkt de NZa naar de continuïteit van zorg langs de lijn van zorgverzekeraars, dit op basis van hun zorgplicht richting verzekerden. Hierbij ontbreekt momenteel informatie over het aanbod van cruciale zorg per regio, ik wil hier verandering in brengen en heb hierover afspraken gemaakt in het kader van de Integraal Zorgakkoord (IZA). Zo is in het IZA afgesproken om per 2023 de cruciale zorgfuncties op zowel landelijk als regionaal niveau in kaart te brengen, aan de hand van regiobeelden. Nog in 2022 wordt een handreiking ontwikkeld die duidelijk maakt wat we verstaan onder cruciale zorg en welk aanbod daarvoor nodig is op regionaal en landelijk niveau. De afspraken voorzien erin dat op landelijk niveau wordt besproken wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en hoe dit het beste georganiseerd kan worden. Op basis van de uitkomsten kopen de zorgverzekeraars de benodigde (extra) zorg in. Indien dit niet gebeurt kan de NZa vanuit haar toezichthoudende rol hierop acteren.

Zou een laagdrempelig meldpunt voor niet nakomen van de zorgplicht bij de NZa een rol kunnen spelen? Zo ja, is de Minister bereid dat in te laten stellen? Zo nee, waarom niet?

In feite is er al een dergelijk meldpunt, namelijk de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Individuele verzekerden die geen tijdige toegang tot zorg hebben kunnen zich allereerst laagdrempelig melden bij de zorgverzekeraar voor individuele zorgbemiddeling. Als de zorgverzekeraar daar niet in slaagt, kan de verzekerde zich eveneens laagdrempelig wenden tot de SKGZ. Ik ben dan ook niet voornemens om een ander meldpunt in te stellen.

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat volgens de NZa 60.000 mensen wachten op zorg, waarvan 41.000 langer dan de Treeknorm. Omdat dit om dermate grote aantallen gaat, moet er structureel iets veranderen. De NZa heeft hier een bepalende rol in. Wat is hierover de mening van de Minister? De leden van de PvdA-fractie vragen met welke tussenstappen gezorgd gaat worden dat de wachttijden worden ingekort van veertien naar vijf weken.

De doelstellingen in het IZA wat betreft de wachttijden zijn op nadrukkelijke voorspraak van de sector opgenomen. Ik onderschrijf deze ambitie en zal hen ondersteunen om de genoemde doelen te halen. De sector heeft

¹² Zie Controles op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars – Samenvattend rapport 2020 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

aangegeven dat zij toe kan naar een gemiddelde wachttijd van vijf weken indien we de maatregelen uit het IZA realiseren. Het is daarbij de verwachting van de sector dat er grote winst behaald kan worden als we de behandelcapaciteit in de ggz vergroten, dit door hybride zorg in te zetten, en waar nodig andere interventies zoals groepsbehandelingen en een ingekorte behandelduur. Hiermee komt circa 6% van de behandelcapaciteit vrij.

Daarnaast hebben we afgesproken dat we instroom in de ggz willen voorkomen door in te zetten op verkennende gesprekken in mentale gezondheidscentra, waarbij patiënten binnen één week door een ggz-professional moeten worden gezien. Ook komt er regionaal zicht op de wachtlijsten en bij knelpunten worden er regionaal acties uitgezet. En tenslotte wordt er door zorgverzekeraars in elke regio wordt voldoende cruciale zorg ingekocht en wordt deze passend wordt bekostigd. Met deze maatregelen acht de sector de doelen uit het IZA haalbaar. De NZa op haar beurt heeft daarbij wat mij betreft een cruciale rol, zij ziet toe op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en zorgt voor een betrouwbaar inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van de wachttijdenproblematiek door de gemiddelde wachttijden en het aantal mensen op de wachtlijst te monitoren.

Hoe wordt erop toegezien dat de tussenstappen daadwerkelijk in de praktijk worden gebracht?

Partijen koppelen periodiek – in samenhang met de monitoring van de uitkomstdoelen in het IZA – de voortgang van de uitvoering van de afspraken terug aan VWS in de nog nader in te richten overlegstructuur van het IZA. Ik zal er actief op toezien dat partijen in het vastgelegde tempo de afspraken met betrekking tot wachttijden realiseren en hiermee hun verantwoordelijkheid nemen.

Genoemde leden vragen de Minister wanneer wordt gestart met het landelijke netwerk van laagdrempelige steunpunten, welke concrete maatregelen daartoe worden genomen en welk tijdsplan wordt gehanteerd.

Ook nu al zijn er in Nederland diverse laagdrempelige steunpunten waaronder zelfregie- en herstelcentra. Deze worden in de komende vijf jaar verder ontwikkeld. Bij deze ontwikkeling zijn VWS, VNG, Sociaal Werk Nederland (SWN), MIND betrokken, in samenwerking met de NLggz, ZN, LHV en InEen. Dit najaar werken deze partijen binnen de IZA-overlegstructuur samen aan een concrete actieagenda.

Zij vragen ook wat de in het Integraal Zorgakkoord opgenomen zin «ook in zorg- en ondersteuningstrajecten blijft de eigen regie van de inwoner uitgangspunt» betekent in relatie tot de eerdere uitspraak in ditzelfde akkoord «door een betere samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein ervaart de cliënt dat zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en wordt onnodige instroom in de ggz voorkomen». Wat wordt precies verstaan onder eigen regie van de inwoner, juist op het moment dat deze het risico loopt die eigen regie even niet te kunnen nemen?

In het hele herstelproces van mensen is het belangrijk om zo veel mogelijk de regie bij mensen zelf te laten en te vragen wat zij nodig hebben in hun herstel. Dit principe geldt ook bij de ontwikkeling van de mentale gezondheidscentra. De huisarts verwijst daar mensen met psychische problemen en problemen op andere levensdomeinen naar toe. In een verkennend gesprek wordt gevraagd welke problemen er spelen en wat

iemand op dat moment nodig heeft. Dit betekent niet dat mensen het zelf moeten doen maar dat wel goed wordt geluisterd wat de problemen zijn waar men als eerste ondersteuning bij nodig heeft. Die integrale blik vanuit professionals in samenwerking met de patiënt zelf, moet ervoor zorgen dat mensen eerder passende ondersteuning en zorg krijgen en uiteindelijk instroom in de ggz voorkomen wordt.

Genoemde leden vragen de Minister hoe en wanneer de regionale samenwerkingsafspraken tot stand zullen komen, bijvoorbeeld ten aanzien van de mentale gezondheidscentra en vragen haar tevens hoe de voortgang wordt bewaakt.

Bij de ontwikkeling van de mentale gezondheidscentra is sprake van een groeimodel. In 2023 en 2024 wordt toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en naar behoefte regionaal ingevulde passende werkwijze (en organisatie). Vanaf 2025 wordt het verkennende gesprek het uitgangspunt voor een verwijzing van cliënten met ggz problematiek én problemen op andere levensdomeinen door de huisarts naar de ggz. Dit wordt vormgegeven door ggz-professionals in samenwerking met ervaringsdeskundigen en het sociaal domein.

Partijen koppelen periodiek – in samenhang met de monitoring van de uitkomstdoelen in het IZA – de voortgang van de uitvoering van de afspraken terug aan VWS in de nog nader in te richten overlegstructuur van het IZA. Ik zal er actief op toezien dat partijen in het vastgelegde tempo de afspraken realiseren en hiermee hun verantwoordelijkheid nemen.

Afsluiting

De leden van de PvdA-fractie zien in het Integraal Zorgakkoord een groot aantal ambities en processen, waarbij veel verschillende partijen betrokken zijn.

Zij zien graag een overzicht van de Minister van de verschillende maatregelen, met daarbij een tijdsplan en de verantwoordelijkheidsverdeling van partijen om tot de benoemde ambitie te komen.

Het IZA is recentelijk getekend en momenteel wordt – samen met de deelnemende partijen – gekeken naar hoe we de uitvoering en monitoring het beste kunnen vormgeven. Begin 2023 zal ik u, gezamenlijk met de Minister van Volksgezondheid en de Staatssecretaris informeren over deze verdere uitwerking. Ook zullen we dan ingaan op hoe uw Kamer gedurende de looptijd van het IZA geïnformeerd zal worden over de stand van zaken daarvan.

Deze leden vragen hoe de Minister precies de verantwoordelijkheid van de sector ziet ten opzichte van de rol van de overheid die de verantwoordelijkheid voor toegankelijke en betaalbare zorg heeft.

Ik wil hier onderstrepen dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid betreft van alle ondertekenende partijen om de genoemde doelen te realiseren. Iedere partij heeft op basis van staande wet- en regelgeving een eigen rol of verantwoordelijkheid, die ook binnen de context van het IZA onverminderd van kracht blijft.

Zij vragen wat de Minister verstaat onder het «borgen van passende randvoorwaarden».

Specifiek voor VWS houdt dat in dat het ministerie als stelselverantwoordelijke passende kaders en randvoorwaarden dient te scheppen, waarbinnen zorgaanbieders, verzekeraars en toezichthouders invulling

kunnen geven aan hun taak. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om wet- of regelgeving, financiering en kaders voor bekostiging.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie danken de Minister voor het toezenden van de brief over de rode draden analyse van de NZa over de voorgenomen sluitingen en verandering in het behandel aanbod van de specialistische ggz. Genoemde leden hebben de afgelopen maanden herhaaldelijk gevraagd wat de sluitingen betekenen voor het zorglandschap en de beschikbaarheid van bepaalde vormen van ggz-zorg. Dat de Minister uiteindelijk ook na deze analyse van de NZa moet concluderen dat dit onduidelijk is, omdat onvoldoende in beeld is – bij zowel aanbieders als verzekeraars – wat minimaal nodig is aan landelijke of regionale klinische capaciteit van klinische ggz-zorg baart deze leden grote zorgen. Met name omdat ook wordt geconcludeerd dat in de toekomst nieuwe sluitingen niet kunnen worden voorkomen.

Hoe kan het dat niet eerder is geconstateerd dat een overzicht hiervan ontbreekt? Hoe ging dat bij sluitingen van instellingen hiervoor? Sloten er gewoon plekken zonder te checken of er nog wel voldoende andere instellingen of behandelplekken over waren? En wie controleert of het hele proces dat heeft geleid tot sluiting op de juiste manier is gelopen en besluiten gebaseerd zijn op een ordentelijke onderbouwing?

Zoals gemeld in reactie op de vragen van de CDA-fractie bestaat er nu geen landelijk overzicht van cruciaal zorgaanbod. Dat betekent dat er – bij wijzigingen in het aanbod op regionaal niveau – geen goed beeld is van het effect op het totale (landelijke) zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep. De afspraken in het IZA moeten dit veranderen. Voorgenomen veranderingen in cruciaal zorgaanbod op regionaal niveau moeten eerst ook op landelijk niveau worden besproken en gewogen. Hierbij wordt natuurlijk ook gekeken naar de vraag naar specialistisch zorgaanbod.

In de huidige situatie is het zo dat vanuit de wettelijke zorgplicht zorgverzekeraars proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor verzekerden moeten organiseren. Dit betekent dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden en dat vraag en aanbod moeten matchen. Bij de afbouw of ombouw van zorg is het aan de zorgverzekeraar om te overwegen of er voldoende alternatieven van vervangende zorg zijn voor zijn verzekerden. 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.

Wat vindt de Minister hiervan?

Ik vind het van belang dat we meer zicht en grip op de cruciale ggz-zorg krijgen. In het IZA is afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de clientvereniging MIND en beroepsgroepen – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en hiervoor een handreiking formuleren. Deze handreiking biedt het kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord.

Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt aan een landelijke casuïstiektafel (ZN, deNLggz) bepaald wat het noodzakelijk

zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop

De leden van de Groen Links fractie vragen de Minister waarom niet eerder is geconstateerd dat een overzicht van landelijke of regionale klinische capaciteit ontbreekt? Hoe ging dat bij sluitingen van instellingen hiervoor? Sloten er gewoon plekken zonder te checken of er nog wel voldoende andere instellingen of behandelplekken over waren? Wat vindt de Minister hiervan? En wie controleert of het hele proces dat heeft geleid tot sluiting op de juiste manier is gelopen en besluiten gebaseerd zijn op een ordentelijke onderbouwing?

Zoals gemeld in reactie op bovenstaande vragen vind ik het van belang dat we meer zicht en grip op de cruciale ggz-zorg krijgen. Tevens heb ik in mijn brief van 22 juni 2022¹³ de contractering en toezicht van de NZa op de zorgverzekeraars en de zorgplicht, de rollen en verantwoordelijkheden toegelicht. Zoals ook hierboven aangegeven houdt de NZa toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraar. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorgaanbieder. 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. De IGJ heeft voor de zorgaanbieders de Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp gepubliceerd in juni van dit jaar. 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. Deze leidraad en handvatten maken onder meer helder wat van partijen verwacht mag worden als zij hun zorgaanbod wijzigen. IGJ en de NZa trekken natuurlijk waar nodig samen op in het toezicht.

Naar aanleiding van aanpassingen in het (klinische) behandelaanbod van drie ggz-aanbieders heb ik de NZa heb gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. De NZa heeft hierop de Rode draden analyse gemaakt en mede naar aanleiding hiervan zijn nu afspraken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgenomen in het IZA over het in kaart brengen en organiseren van cruciaal zorgaanbod. Tevens zal de NZa voor het einde van het jaar nogmaals bij de in het kader van de analyse bezochte zorgverzekeraars langs te gaan om te controleren of alle voormalige cliënten die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is.

De leden van de GroenLinks fractie vragen de Minister welke conclusies zij hieruit trekt als het gaat om het stelsel. Wie moet hier toezicht op houden? En moet de Minister als stelselverantwoordelijke ook niet zelf weten of er voldoende zorg beschikbaar is?

In het voorgaande antwoord is toegelicht hoe het toezicht is georganiseerd en waarom ik onderzoek heb laten doen door de NZa. Dit uitkomsten van dit onderzoek maakten wat mij betreft helder dat het voor de partijen zelf onvoldoende duidelijk is welke zorg precies beschikbaar moet zijn. Om deze reden hebben we in het IZA afspraak over het aanbod van cruciale zorg, zoals in reactie op uw bovenstaande vragen toegelicht.

Hoe kan het ook dat dit niet eerder aan het licht is gekomen? Waarom wordt dit onderzoek pas gedaan na maatschappelijke onrust en politieke vragen?

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 617

Onder leiding van de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is in 2017 gestart met verschillende initiatieven om tot verbetering van de wachttijden te komen. Partijen zijn samen de stuurgroep toegankelijkheid & wachttijden gestart die via een website (www.wegvandewachtlijst.nl) laat zien welke oplossingen zijn gevonden om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Via transfermechanismen worden aanmeldingen in de regio herverdeeld, het plan hoogcomplexere zorg moet ervoor zorgen dat mensen bij complexe zorg niet tussen wal en schip raken en via het opschalingsmodel van regionale doorzettingsmacht worden cliënten geholpen die via de reguliere kanalen geen passende behandelplek kunnen vinden. Om de transparantie en het inzicht in de actuele wachttijden en aantal mensen dat wacht te bevorderen, wordt tevens een «dashboard wachttijden» ontworpen. De afgelopen periode hebben de bevindingen van de NZa – die op mijn verzoek een analyse heeft uitgevoerd – ertoe bijgedragen dat er concrete afspraken met de sector zijn gemaakt om grip te krijgen op het aanbod van cruciale zorg.

Bevindingen onderzoek

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het bestuur van Pro Persona een koerswijziging heeft ingezet, waarbij klinische en dagklinische voorzieningen van het Centrum voor Psychotherapie (CvP) – waarbij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zeer intensieve zorg ontvingen – worden omgevormd naar intensieve deeltijdtrajecten.

Is deze koerswijziging besproken met behandelaren en patiënten?

Ja, het bestuur van Pro Persona geeft aan dat deze voornemen zijn besproken met de formele medezeggenschapsraden, waarin de behandelaren en patiënten zitting hebben. Ook is er gesproken met de direct betrokken medewerkers en cliënten van het CvP over de inhoud van het alternatieve behandel aanbod. De cliëntenraad is ook betrokken geweest bij het besluit over vervangende zorg.

Hebben zij inspraak gehad op deze beslissing? Zo nee, mogen dit soort besluiten worden genomen zonder inspraak?

In de Leidraad van IGJ zijn ook zorgvuldigheidseisen bij beëindiging van behandeling door de instelling opgenomen, hieruit vloeit voort dat cliënten tijdig en actief moeten worden geïnformeerd over (en betrokken bij) de besluitvorming van het vervolg van hun behandeling. Dat is in dit geval ook zo geweest.

Wat vindt de Minister hiervan?

Ik vind het belangrijk dat instellingen bij hun besluit een zorgvuldig proces volgen en behandelaren en cliënten goed betrekken. Ik heb ook zelf met betrokken patiënten en behandelaren gesproken om uit eerste hand hun beelden te horen.

Zijn patiënten meegenomen in deze beslissing?

Ja, het bestuur van Pro Persona geeft aan dat de patiënten hierin gekend zijn.

Hebben al deze patiënten inmiddels passende vervolgzorg gekregen?

Naar aanleiding van de controlebezoeken van de NZa hebben de zorgverzekeraars intensiever navraag gedaan bij de zorgaanbieders of alle voormalige cliënten op een andere plek passende zorg hebben gekregen en de continuïteit van zorg dus geborgd is. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat alle patiënten vervangende zorg hebben gehad en dat zij de NZa op de hoogte houden als de zorgverzekeraar individuele bemiddelingsverzoeken ontvangt. Bij één zorgverzekeraar is er contact geweest tussen zorgbemiddeling en de verzekerde. Uiteindelijk heeft er geen bemiddeling plaatsgevonden, omdat zorgbemiddeling geen contact meer kon krijgen met de verzekerde. De NZa zal voor het einde van het jaar nogmaals navraag doen bij alle verzekeraars of alle patiënten passende zorg hebben ontvangen.

Deze leden ontvangen graag een geanonimiseerd overzicht hiervan.

De NZa heeft voor de zomer in het kader van haar rode draden analyse vastgesteld dat de verzekeraars bij Pro Persona, de Eikenboom van Altrecht en KIB Vlaardingenvaan de zorgplicht niet hebben geschonden. Zij heeft ook aangegeven dat zij tijdens de controlebezoeken heeft vastgesteld dat individuele verzekerden continuïteit van zorg is geboden. Ten behoeve van de rode draden analyse heeft de NZa toentertijd bij de instellingen ter plekke de overzichten ingezien waarin is vastgelegd dat betrokken patiënten een passend alternatief zorgaanbod hebben ontvangen. Zij beschikt dus niet zelf over deze overzichten. Naar aanleiding van uw vragen heb ik de NZa verzocht deze informatie alsnog op te vragen en aan mij te doen toekomen op een wijze die op geen enkele manier herleidbaar is tot individuen. Gegeven de relatief beperkte aantallen gevallen waar het over gaat kan ik mij daarbij voorstellen dat zij – ter voorkoming van herleidbaarheid van informatie en omwille van de absolute borging van de privacy van betrokkenen – deze informatie mogelijk op een ander aggregatie niveau dan dat van de instellingen beschikbaar zal stellen. Zodra ik deze informatie heb ontvangen zal ik deze doen toekomen aan uw Kamer.

Het is aan de NZa in haar rol als toezichthouders is om vast te stellen of er aan de zorgplicht is voldaan. Ik hecht er aan dat uw Kamer of ik niet op de stoel van de toezichthouder gaan zitten of bepalen wat een passend alternatief zorgaanbod is. Dit is aan respectievelijk de onafhankelijke toezichthouder en de betrokken professionals. De NZa zal nog voor het einde van het jaar nogmaals controleren of alle voormalige cliënten van de instellingen Eikenboom, CvP en KIB die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Zo houdt de NZa nadrukkelijk vinger aan de pols, met als doel om er voor te zorgen dat iedere verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Om te borgen dat er beter gezamenlijk door partijen wordt gestuurd op het inhoudelijk noodzakelijke aanbod heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat de zorgprofessionals, te weten dNGGZ en ZN – in afstemming met MIND en de betrokken beroepsgroepen, een breed gedragen definitie ontwikkelen van het begrip cruciale zorg.

Deze leden lezen dat ook bij Eikenboom van Altrecht de helft van het klinische aanbod is gesloten omdat de zorgaanbieder meer toe wil naar passende zorg.

Was de zorg hiervoor dan niet passend?

Wat passende zorg is, is afhankelijk van de stand van de wetenschap en de praktijk. Passende zorg verandert mee in de tijd. Dat kan er ook toe leiden dat voor deze vorm van zorg, een ambulante aanbod meer «passend» is dan klinische zorg.

Wie concludeert dat? De zorgaanbieder of de behandelaar en de patiënt?

Een van de uitgangspunten van passende zorg is dat welke behandeling aangeboden wordt, klinisch of ambulant, op basis van de behandelrichtlijnen en standaarden, aan zorgaanbieders en cliënten samen is.

En op basis waarvan werd deze conclusie getrokken? In hoeverre zijn patiënten/behandelaren hierin meegenomen?

Uiteraard moeten de inzichten van de zorgprofessional samen met de cliënt aansluiten bij dit zorgaanbod. De betrokkenheid en inbreng van zorgprofessionals is gewaarborgd via de ondernemingsraad van de instelling en cliënten kunnen betrokken worden of inbreng geven via de cliëntenraad. Navraag leert dat ook bij de (voorgenomen) aanpassing van het behandelplan bij de Eikenboom is dit het geval geweest, er is een formele adviesaanvraag geweest vanuit het bestuur in de richting van de MR en OR. Tevens zijn er informele gesprekken gevoerd met patiënten en behandelaren, dit in de vorm van klankboordsessies. Hierin is ook met behandelaren en patiënten gesproken over de inhoud van het toekomstige zorgaanbod en de mate waarin dit aansluit bij de inzichten en/of behoefte van behandelaren en patiënten.

Hebben de patiënten van Eikenboom wiens zorg is afgebouwd inmiddels passende vervolgzorg gekregen? Genoemde leden ontvangen graag een overzicht hiervan van de Minister.

De NZa heeft voor de zomer in het kader van haar rode draden analyse vastgesteld dat de verzekeraars bij Pro Persona, de Eikenboom van Altrecht en KIB Vlaardingenlaan de zorgplicht niet hebben geschonden. Zij heeft ook aangegeven dat zij tijdens de controlebezoeken heeft vastgesteld dat individuele verzekerden continuïteit van zorg is geboden. Ten behoeve van de rode draden analyse heeft de NZa toentertijd bij de instellingen ter plekke de overzichten ingezien waarin is vastgelegd dat betrokken patiënten een passend alternatief zorgaanbod hebben ontvangen. Zij beschikt dus niet zelf over deze overzichten. N.a.v. uw verzoek heb ik de NZa verzocht deze informatie alsnog op te vragen en aan mij te doen toekomen op een wijze die op geen enkele manier herleidbaar is tot individuen. Gegeven de relatief beperkte aantallen gevallen waar het over gaat kan ik mij daarbij voorstellen dat zij – ter voorkoming van herleidbaarheid van informatie en omwille van de absolute borging van de privacy van betrokkenen – deze informatie mogelijk op een ander aggregatie niveau dan dat van de instellingen beschikbaar zal stellen. Zodra ik deze informatie heb ontvangen zal ik deze doen toekomen aan uw Kamer.

Het is aan de NZa in haar rol als toezichthouder is om vast te stellen of er aan de zorgplicht is voldaan. Ik hecht er aan dat uw Kamer of ik niet op de stoel van de toezichthouder gaan zitten of bepalen wat een passend alternatief zorgaanbod is. Dit is aan respectievelijk de onafhankelijke toezichthouder en de betrokken professionals. De NZa zal nog voor het einde van het jaar nogmaals controleren of alle voormalige cliënten van de instellingen Eikenboom, CvP en KIB die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Zo houdt de NZa nadrukkelijk vinger aan de pols, met als doel om er voor te zorgen dat iedere verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Om te borgen dat er beter gezamenlijk door partijen wordt gestuurd op het inhoudelijk noodzakelijke aanbod heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat de zorgprofessionals, te weten dNNGZ en ZN – in afstemming met MIND en de betrokken beroepsgroepen, een breed gedragen definitie ontwikkelen van het begrip cruciale zorg.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) patiënten behandelt met een zeer intensieve zorgvraag die bij andere klinieken zijn vastgelopen. De patiënten die bij de inmiddels gesloten KIB Vlaardingenlaan zaten, zijn intern dan wel extern uitgeplaatst.

Waar zijn deze patiënten naartoe uitgeplaatst, als dit al patiënten waren die bij andere klinieken waren vastgelopen?

De NZa heeft mij geïnformeerd dat voor iedere in behandeling zijnde patiënt van Inforsa een alternatieve plek is gevonden. Het grootste deel van de patiënten is overgebracht naar een andere regionale KIB-voorziening, maar er zijn ook patiënten teruggeplaatst in de reguliere ggz. Voor patiënten uit de regio Noord-Holland die worden aangemeld voor een behandeling bij een KIB, wordt steeds per individu gezocht naar een passende plek in één van de bestaande KIB's of in een alternatieve zorgsetting.

Hebben alle patiënten van de KIB Vlaardingenlaan een passende vervolgplek gekregen? Deze leden ontvangen graag een overzicht van de Minister.

De NZa heeft voor de zomer in het kader van haar rode draden analyse vastgesteld dat de verzekeraars bij Pro Persona, de Eikenboom van Altrecht en KIB Vlaardingenlaan de zorgplicht niet hebben geschonden. Zij heeft ook aangegeven dat zij tijdens de controlebezoeken heeft vastgesteld dat individuele verzekerden continuïteit van zorg is geboden. Ten behoeve van de rode draden analyse heeft de NZa toentertijd bij de instellingen ter plekke de overzichten ingezien waarin is vastgelegd dat betrokken patiënten een passend alternatief zorgaanbod hebben ontvangen. Zij beschikt dus niet zelf over deze overzichten. N.a.v. uw verzoek heb ik de NZa verzocht deze informatie alsnog op te vragen en aan mij te doen toekomen op een wijze die op geen enkele manier herleidbaar is tot individuen. Gegeven de relatief beperkte aantallen gevallen waar het over gaat kan ik mij daarbij voorstellen dat zij – ter voorkoming van herleidbaarheid van informatie en omwille van de absolute borging van de privacy van betrokkenen – deze informatie mogelijk op een ander aggregatie niveau dan dat van de instellingen beschikbaar zal stellen. Zodra ik deze informatie heb ontvangen zal ik deze doen toekomen aan uw Kamer.

Het is aan de NZa in haar rol als toezichthouders is om vast te stellen of er aan de zorgplicht is voldaan. Ik hecht er aan dat uw Kamer of ik niet op de stoel van de toezichthouder gaan zitten of bepalen wat een passend alternatief zorgaanbod is. Dit is aan respectievelijk de onafhankelijke toezichthouder en de betrokken professionals. Dit is aan respectievelijk de onafhankelijke toezichthouder en de betrokken professionals. De NZa zal nog voor het einde van het jaar nogmaals controleren of alle voormalige cliënten van de instellingen Eikenboom, CvP en KIB die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Zo houdt de NZa nadrukkelijk vinger aan de pols, met als doel om er voor te zorgen dat iedere verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Om te borgen dat er beter gezamenlijk door partijen wordt gestuurd op het inhoudelijk noodzakelijke aanbod heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat de zorgprofessionals, te weten dNGGZ en ZN – in afstemming met MIND en de betrokken beroepsgroepen, een breed gedragen definitie ontwikkelen van het begrip cruciale zorg.

Hoeveel KIB's zijn er nog over in Nederland? Hoeveel patiënten zijn er totaal bij deze KIB's?

Er zijn nog twee KIB's met een regionale behandelfunctie. Daarnaast zijn er nog drie KIB's met een specialistisch aanbod en/of landelijke dekking, bijvoorbeeld voor de doelgroep patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) of voor jeugdigen, en is er één KIB-voorziening gericht op de jeugd in oprichting. In totaal zijn er 120 bedden in deze voorzieningen. Het is mij niet bekend wat de actuele bezetting van deze plekken is.

Genoemde leden lezen dat er door de sluiting een gat is ontstaan in de landelijke dekking van de KIB GGZ in Noord-Nederland, waar Arkin verantwoordelijk voor is. Zijn er volgens de Minister plannen om een vervangende KIB op te zetten, nu de Vlaardingenlaan gesloten is? Zo nee, waarom niet?

Ik heb geen signalen ontvangen dat er plannen zijn om nieuwe KIB's te openen. In het IZA hebben we afspraken gemaakt om de cruciale zorgfuncties zowel op regionaal als landelijk niveau in kaart te brengen. Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt aan een landelijke casuïstiektafel (ZN, deNLggz) bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de gezamenlijk door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop

Deze leden lezen dat het gat nu wordt opgevuld met ambulante alternatieven. Is ambulante zorg wel mogelijk bij deze intensieve doelgroep, zo vragen zij de Minister.

Wat betreft ambulante behandeling van personen die aangemeld worden bij de KIB is het aan de behandelteams om per casus een inschatting te maken over de mogelijkheid van ambulante zorgverlening, ik kan hier geen generieke uitspraken over doen.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat in één van de door de NZa onderzochte casussen de sluiting voornamelijk is ingegeven door onvoldoende beschikbaarheid van personeel. Welke concrete maatregelen gaan door de Minister genomen worden om personeelstekort en -verzuim zo snel mogelijk tegen te gaan?

Met het TAZ-programma zet ik, in samenwerking met partijen (o.a. V&VN), deNLggz), in op de urgente uitdagingen die er liggen op de arbeidsmarkt, ook voor de ggz-sector. Het programma richt zich op meer ruimte voor innovatieve werkvormen, meer ruimte voor goed werkgeverschap en voor scholing en ontwikkeling. Door meer zeggenschap te stimuleren en daardoor het werkplezier te vergroten moeten zorgmedewerkers behouden blijven voor de zorg.

Wat is de huidige gemiddelde caseload van personeel binnen de klinische ggz-zorg?

De gemiddelde caseload verschilt per aandoening en behandeling waardoor er geen generiek antwoord hierop mogelijk is.

Welke concrete maatregelen gaan op de korte en middellange termijn genomen worden om de caseload te verlagen? Wat is het doel van de Minister en binnen hoeveel jaar?

Met betrekking tot de mogelijkheden om de caseload van behandelaren te verlagen vind ik het van belang te benoemen dat we het aantal zorgmedewerkers niet in dezelfde tred door kunnen laten groeien als de groeiende zorgvraag. Een wens om de caseload per behandelaar te verlagen vraagt dan ook om andere oplossingen dan simpelweg het vergroten van het

aantal zorgmedewerkers. Via het IZA heeft het veld afgesproken om aan de slag te gaan met taakherschikking binnen de GGZ. Dit kan bijvoorbeeld mogelijkheden bieden voor het anders verdelen van caseload. Ook de transformatie die met het TAZ-programma wordt ingezet, moet gaan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk, onder meer door innovatieve werkvormen. In het TAZ-programma zijn op dit specifieke punt geen doelstellingen opgenomen.

Hoe zal de Minister zich inzetten voor het verbeteren van de werkomstandigheden van zorgpersoneel binnen de ggz en het reduceren van het aantal personeelsleden dat kampt met een burn-out?

In het TAZ-programma wordt specifiek aandacht besteed aan het behoud van medewerkers door goed werkgeverschap en het anders organiseren van het werk. Werkgevers zullen met name zelf actief invulling moeten geven aan goed en modern werkgeverschap. Vanuit VWS zullen we hen, samen met de andere partijen, ondersteunen.

De leden van de GroenLinks-fractie concluderen dat de veranderingen bij zowel Pro Persona als bij Altrecht vooral zijn ingegeven om kosten te besparen, dure intensieve klinische zorg wordt ambulante gemaakt. Is wetenschappelijk onderzocht of de ombouw van klinische ggz naar ambulante ggz een juiste beweging is?

Bij het inzetten van de beweging naar ambulantisering in 2013 zagen kennisinstituten en experts goede voorbeelden in Europa die uitgingen van een wijkgerichte aanpak, (maatschappelijke) participatie, ambulantisering en het terugdringen van dwang en drang. Nederland bleef destijds bij deze ontwikkelingen achter. In 2013–2014 is daarom de bestuurlijke afspraak gemaakt dat in 2020 het aantal klinische plaatsen met 30% afgenomen zou moeten zijn (t.o.v. 2008) en dat deze afbouw gesubstitueerd zou moeten worden door ambulante zorg.¹⁴ Deze richting en afspraak werd breed gesteund, door zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en verzekeraars.

Zijn er voorbeelden te geven van patiëntengroepen waar deze afbouw goed voor gewerkt heeft of juist niet?

We weten op basis van signalen uit de praktijk dat het effectief kan zijn om bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld bij angststoornissen) juist ambulante vorm te geven. Dit kan echter per patiënt en behandeling verschillen. Er is daarmee geen generiek antwoord te geven op deze vraag. Door de ingezette beweging van ambulantisering werken veel ggz-instellingen inmiddels met FACT-teams, waarbij cliënten zoveel mogelijk in de eigen omgeving worden behandeld. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Deze methode is gericht op het verminderen van symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensgebieden en de teams kunnen op maat samenstellen zodat de cliënt altijd de juiste zorg krijgt. Een ander voorbeeld van de meerwaarde van ambulante zorg is de nauwe samenwerking tussen de ggz en sociale buurtteams en huisartsen in Utrecht, in zogenoemde wijkteams. Hierdoor zijn er korte lijnen en begeleiding en behandeling vinden geïntegreerd plaats door het wijkteam. Ervaringsdeskundigen maken ook deel uit van het wijkteam.

¹⁴ Kamerstuk 25 424, B

Is de Minister van mening dat intensieve klinische ggz-zorg niet meer beschikbaar dient te zijn? Zo ja, waar baseert zij deze mening op? Zo niet, hoeveel intensieve klinische ggz zorg zou er naar haar mening beschikbaar moeten zijn in Nederland?

Een conclusie van het Trimbos in de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ is ook dat de nadruk niet langer zou moeten liggen op de afbouw van klinische bedden als zodanig. Er is een zekere ruimte en beschikbaarheid van voldoende bedden nodig om de zorg te kunnen leveren die nodig is in sommige gevallen. In het IZA hebben we afspraken gemaakt om de cruciale zorgfuncties zowel op regionaal als landelijk niveau in kaart te brengen. Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt aan een landelijke casuïstiektafel (ZN, deNLggz) bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop.

Genoemde leden zijn ook benieuwd hoeveel andere instellingen in Nederland bezig zijn met de ombouw van klinische ggz naar ambulante ggz. Gebeurt dit op grote schaal?

Ik heb geen inzicht in hoeveel organisaties in Nederland hiermee bezig zijn. Ik vind het daarom van belang dat we in het IZA afspraken hebben gemaakt over het in beeld brengen van de cruciale zorg in Nederland.

Wordt deze ombouw gemonitord? Zo ja, door welke instantie?

Wat betreft de omvang van de afbouw van klinische capaciteit en de opbouw van ambulante zorg heeft het Trimbos-instituut – in opdracht van VWS – jaarlijks onderzoek uitgevoerd naar de voortgang en effecten van de ambulantisering. Uw Kamer is hierover ook jaarlijks geïnformeerd. De laatste monitor Ambulantisering is uw Kamer bij brief van 15 maart 2021¹⁵ aangeboden.

Is deze ombouw ingegeven om betere zorg te verlenen of spelen financiële redenen ook een rol?

Zoals ook in de rode draden analyse van de NZa op basis van de drie casussen wordt geconstateerd, kunnen zorginhoudelijke, financiële en personele factoren aan de verandering in zorgaanbod ten grondslag liggen.

Wat zou volgens de Minister de verhouding tussen deze twee moeten zijn?

De verhouding is afhankelijk van de regionale situatie en omstandigheden. Aan de hand van regiobeelden en de verdere invulling van cruciale zorg moeten verzekeraars en aanbieders met elkaar afspreken wat er nodig is aan intramurale capaciteit en ambulante zorg/ondersteuning. Het is niet aan mij om hier een inhoudelijke uitspraak over te doen.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de zorgverzekeraar in het kader van de zorgplicht ervoor moet zorgen dat alle verzekerden passende alternatieve zorg wordt aangeboden. Zijn er kaders over wat onder «passende alternatieve zorg» valt? Is er bijvoorbeeld ook aan de zorgplicht voldaan als een patiënt eerst klinische zorg kreeg en nu ambulante zorg?

¹⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 583

De kaders voor behandeling zijn de kwaliteitstandaarden voor de specifieke aandoening/stoornis. Passende alternatieve zorg kan van geval tot geval verschillen en is veelal maatwerk.

Hoe bepaalt een zorgverzekeraar wat passende vervolgzorg is? Is dit in overleg met een behandelaar?

De zorgverzekeraar bepaalt niet wat passende vervolgzorg is, indien het behandelaanbod wijzigt. De behandelaar bepaalt waar mogelijk in afstemming met de client, wat de meest aangewezen vervolgzorg is op het moment dat de huidige behandeling niet langer beschikbaar is als gevolg van wijziging in het behandelaanbod.

Genoemde leden vragen de Minister of de zorgverzekeraar zelf contact opneemt met de patiënt om te bespreken wat voor vervolgzorg er wordt aangeboden als er sprake is van afbouw van zorg. Of moet de patiënt hier zelf achteraan?

Op het moment dat door wijzigingen in het behandelaanbod een behandeling stopgezet wordt, is het aan de zorgaanbieder om samen met de zorgverzekeraar passende vervolgzorg te bieden. Indien de cliënt ontevreden over dit aanbod is, dan kan hij aanspraak maken op zorgbemiddeling vanuit de zorgverzekeraar. Hiertoe moet de client zelf contact opnemen met de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen uit oogpunt van privacy namelijk niet zelf contact zoeken met de betrokken patiënt; alleen als deze patiënt zich voor zorgbemiddeling aanmeldt kan dat.

Zorgt dit er niet voor dat alleen mondige patiënten passende vervolgzorg krijgen?

Het is aan de zorgaanbieder om zijn cliënt tijdig te informeren en te bezien welke vervolgzorg het meest aangewezen is. De vastgestelde «Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp» van de IGJ biedt een heldere basis voor de zorgaanbieders en hun cliënten.

Hoe wordt gehandhaafd dat zorgverzekeraars daadwerkelijk hun zorgplicht nakomen? Zijn daar ook sancties voor?

De zorgplicht die zorgverzekeraars hebben is vastgelegd in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, en dus op de zorgplicht. In Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (TH/BR-025)¹⁶ geeft de NZa aan hoe de bevoegdheid inzake het toezicht op de zorgplicht wordt uitgevoerd. In geval van schending van de zorgplicht, kan de NZa informele instrumenten ter beïnvloeding inzetten, maar ook handhavend optreden, bijvoorbeeld middels het opleggen van een aanwijzing of een last onder dwangsom. In Beleidsregel Handhaving (TH/BR-030)¹⁷ wordt inzichtelijk hoe de NZa naleving van wet- en regelgeving in de zorg bevordert. Zoals eerder gezegd heeft de NZa ook in haar brief aan zorgverzekeraars laten weten de komende periode nog nadrukkelijker te gaan toezien op naleving van de zorgplicht en de hierbij verwachte proactieve houding van zorgverzekeraars. De NZa geeft aan in 2023 daarom bij alle zorgverzekeraars een vervolgonderzoek uit te voeren om vast te stellen of zorgverzekeraars handelen in lijn met de eerder uitgebrachte handvatten zorgplicht en de toegankelijkheid van de zorg

¹⁶ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw – TH/BR-025 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

¹⁷ Beleidsregel Handhaving TH/BR-030 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

voldoende borgen. Indien dit niet het geval is zal de NZa maatregelen nemen, conform de hierboven omschreven mogelijkheden.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de vraag hoeveel klinische capaciteit «bovenregionaal» nodig is, een vraag is die de zorgverzekeraar niet alleen kan beantwoorden. Wie kan deze vraag volgens de Minister wél beantwoorden? Welk partijen beslissen dit? Hoe ziet de proactief coördinerende rol eruit die de zorgverzekeraars hebben?

Zoals gezegd is in het IZA afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de clientvereniging MIND en beroepsgroepen – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en hiervoor een handreiking formuleren. Deze handreiking biedt het kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord.

Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt aan een landelijke casuïstiektafel (ZN, deNLggz) bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop.

Genoemde leden lezen dat door oplopende casuïstiek zorgverzekeraars de afbouw van klinische ggz vaker in de gesprekscyclus van contractering laten terugkomen. Wat betekent dit en wordt er vervolgens ook op gehandeld?

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars voldoende klinische ggz ten behoeve van hun verzekerden kunnen inkopen en dit onderwerp (met het oog op continuïteit van zorg) regelmatig aan de orde te stellen in de gesprekscyclus contractering. De NZa zal de komende periode nog nadrukkelijker gaan toezien op naleving van de zorgplicht en de hierbij verwachte proactieve houding van zorgverzekeraars, zo heeft zij in haar brief van 13 oktober jl. laten weten aan de zorgverzekeraars. De NZa geeft aan in 2023 daarom bij alle zorgverzekeraars een vervolgonderzoek uit te voeren om vast te stellen of zorgverzekeraars handelen in lijn met de eerder uitgebrachte handvatten zorgplicht en de toegankelijkheid van de zorg voldoende borgen. Indien dit niet het geval is zal de NZa maatregelen nemen, in lijn met de hiervoor geldende beleidsregel.

Conclusies en aanbevelingen

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat zowel aanbieders als verzekeraars geen voldoende beeld hebben bij de benodigde landelijke of regionale klinische capaciteit om de klinische ggz-zorg te borgen die minimaal nodig is. Klopt het dat binnen het Integraal Zorgakkoord is afgesproken om dit wel in beeld te brengen?

Ja, dit klopt. In het kader van het IZA hebben we concrete afspraken gemaakt over het in kaart brengen van het aanbod van cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau.

Welke partijen gaan dit doen en binnen welk termijn? In hoeverre wordt daarin de bijdrage van behandelaren en patiënten meegenomen?

Zorgaanbieders en verzekeraars zullen nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en een handreiking formuleren – met betrokkenheid van de beroepsverenigingen

en MIND – als kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regio-beelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het proces over een voornemen tot sluiting, afbouw van klinische capaciteit of andere ingrijpende wijzigingen in de portfolio van een zorgaanbieder kan worden verbeterd doordat zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties hier vaker met elkaar over in gesprek en werkafspraken maken. Genoemde leden vragen de Minister of dit niet te vrijblijvend is. Moeten die werkafspraken niet verplicht worden?

Partijen hebben in het IZA juist afspraken gemaakt met elkaar om beter inzicht en daarmee grip te krijgen op de vraag en het aanbod. Hierdoor kunnen ze zorgen dat passende zorg beschikbaar is voor wie dat nodig heeft.

Er is een leidraad Continueert van zorg. Moet deze niet gewoon nageleefd worden of misschien wel worden aangescherpt?

De genoemde Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp, maakt helder wat de IGJ van zorgaanbieders in dit kader verwacht. De IGJ ziet toe op de naleving.

De leden van de GroenLinks-fractie horen ook graag van de Minister waar personeel terecht kan bij vragen of klachten als ze niet zijn meegenomen in het besluitvormingsproces. Waar precies kunnen cliënten terecht die te horen krijgen dat hun behandeling wordt gestopt, en die geen passend vervolgaanbod krijgen?

Personeel van een zorgorganisatie kan voor vragen terecht bij zijn eigen organisatie en diens ondernemingsraad. Cliënten kunnen in eerste instantie terecht bij de zorgaanbieder en diens cliëntenraad. Daarnaast kan de cliënt ook terecht bij de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling en bij de eerdergenoemde SKGZ. Ook kunnen patiënten en behandelaren zich tot de IGJ wenden, wanneer zij zich zorgen maken over de kwaliteit van zorg. Patiënten kunnen de NZa aanschrijven indien zij van mening zijn dat verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen.

Wat zijn dan precies de rechten van de cliënten en wie brengt hen op de hoogte van hun rechten?

De zorgaanbieder is op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht een klachtenregeling in te richten voor haar cliënten. De IGJ houdt hier toezicht op. Zorgaanbieders zijn op basis van de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz – NR/REG-1824¹⁸ en de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018¹⁹ verplicht om op hun website te verwijzen naar zorgbemiddeling en ook in gesprekken moeten zij de cliënt wijzen op zorgbemiddeling. De NZa ziet hierop toe.

Bovendien staat in de Governance Code «dat de RvB afspraken moet maken met ondernemingsraad en cliëntenraad over de wijze waarop wordt samengewerkt en dat zij invloed moeten kunnen uitoefenen op de zorg, dienstverlening en de koers van de organisatie». Ook staat hierin dat

¹⁸ Transparantieregeling zorgaanbieders ggz – NR/REG-1824 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

¹⁹ Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

«de organisatie waarborgt dat de professionals invloed kunnen hebben op het beleid dat hen raakt in de dagelijkse beroepsuitoefening en dat ze betrokken dienen te worden bij de beleidskeuzes over de zorg van morgen». Indien medewerkers en/of cliënten zich onvoldoende betrokken voelen door de zorgaanbieder kunnen ze op eigen verzoek gehoord worden door de governance commissie. Dit is een aanvulling op de wettelijke kaders voor cliënten en ondernemingsraden.

Ook lezen genoemde leden dat zorgverzekeraars een meer proactieve rol moeten vervullen om te zorgen dat hun verzekerden goede vervolgzorg hebben gekregen.

Hoe wordt gecontroleerd of zorgverzekeraars deze aanbeveling ook echt gaan opvolgen, zeker bij patiënten die minder mondig of weerbaar zijn? Moeten hier niet richtlijnen voor komen?

Bij sluitingen en het deels sluiten (van bepaalde vestigingen) moeten zorgverzekeraars ook uit zichzelf nagaan of de vervangende zorg voor hun patiënten en cliënten goed geregeld is, niet pas als ze daarop worden bevraagd door de externe toezichthouders. De NZa heeft dit ook omschreven in de «De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars» die zij heeft opgesteld.

Tenslotte lezen zij dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in kaart moeten brengen waar de ondergrens ligt van de huidige ontwikkeling van ambulantisering. Heeft de Minister hier zelf ook een mening over? Hoe kijkt zij naar dit vraagstuk?

Ik vind het van belang dat we meer zicht en grip op de cruciale ggz-zorg krijgen. Zoals gezegd is in het IZA afgesproken dat zorgaanbieders en verzekeraars – met betrokkenheid van de clientvereniging MIND en beroepsgroepen – nog dit jaar tot een breed gedragen definitie komen van het begrip «cruciale zorg» in de ggz en hiervoor een handreiking formuleren. Deze handreiking biedt het kader op basis waarvan regionaal en landelijk het aanbod van cruciale zorg in beeld kan worden gebracht. In 2023 zullen regiobeelden en regioplannen worden vastgesteld op basis waarvan afspraken over cruciale zorg op regionaal en landelijk niveau kunnen worden gemaakt en gemonitord.

Ik vind het van belang dat zorgverzekeraars het onderwerp continuïteit van zorg met regelmaat laten terugkomen in de gesprekscycli over contractering. Daarnaast dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar hier nauwer over te informeren en te betrekken om daarmee te voorkomen dat de continuïteit van de zorg in gevaar komt.