

25 424                      Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 773              Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 december 2025

Met deze brief informeer ik u over enkele openstaande moties en toezeggingen over de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ook informeer ik u over de stand van zaken rondom actieve zorgbemiddeling in de ggz.

### **Landelijk dekkend netwerk van mentale gezondheidsnetwerken**

In de motie van het lid De Korte (NSC) wordt de regering verzocht om versnelling aan te brengen bij de mentale gezondheidsnetwerken (MGNs) door te leren van succesvolle netwerken, te onderzoeken wat de barrières zijn en hoe deze weg te nemen, en hierin op te trekken met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZiN), de IGJ en de zorgverzekeraars.<sup>1</sup>

De afgelopen maanden is er een plan van aanpak gemaakt en uitgevoerd door het landelijk programma MGN. Ook zijn er middelen gereserveerd vanuit de IZA-transformatiemiddelen voor de transformatieplannen MGN tot 31-12-2025, waardoor alle regio's aanspraak kunnen maken op middelen en toegewerkt wordt naar een landelijk dekkend netwerk van MGNs. Met de maatregelen uit dit plan wordt gewerkt aan het behalen van deze deadline. Maatregelen zijn onder andere, intensievere samenwerking van het programma MGN (waaraan onder andere Zorgverzekeraars Nederland, NZa en ZiN deelnemen) om knelpunten op landelijk niveau sneller en effectiever op te pakken. Middels tweewekelijks contact tussen het landelijk programma en de MGN-regio's, worden uitvoeringsvragen direct opgepakt en goede voorbeelden ingebracht, zodat regio's van elkaar kunnen leren. Er is een enorme inhaalslag gemaakt bij het indienen van de transformatieplannen voor MGNs door de regio's. Zorgverzekeraars verwachten dat het in

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 747.

(bijna) alle regio's lukt om dit jaar het transformatieplan goed te keuren.

Transformatiemiddelen zijn tijdelijk en bedoeld voor de opstart van MGN'en; De regio's werken vervolgens toe naar structurele inbedding via reguliere bekostiging.

Dit is niet wettelijk verplicht, maar geldt wel als landelijk uitgangspunt en als belangrijk element in de transformatieplannen. Naar aanleiding van de motie is besloten om IGJ agenda lid te maken van het programma MGN. De ingezette samenwerking van het landelijk programma MGN krijgt na 2025 een plaats binnen de nieuwe structuren van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

### **Motie-Thiadens over het Centraal Toeleidingspunt**

In de motie van het lid Thiadens (PVV) wordt verzocht het Centraal Toeleidingspunt (CTP) als voorbeeld te nemen in het AZWA en dit zo veel mogelijk in de rest van Nederland te implementeren.<sup>2</sup> In de appreciatie bij deze motie heeft mijn ambtsvoorganger het belang onderschreven van de juiste en passende zorg en ondersteuning, en aangegeven dat hij de motie oordeel Kamer zou kunnen geven indien hij de motie zo mocht lezen dat hij samen met de AZWA-partijen zou gaan onderzoeken of de pilot van het CTP van de regio Arnhem en Nijmegen als goed voorbeeld in de gereedschapskist van het AZWA zou kunnen worden opgenomen; het lid Thiadens heeft dit beaamd.

In AZWA afspraken D5 is een aantal aanpakken aangewezen als (potentiële) 'basisfunctionaliteit', waaronder Mentale Gezondheidsnetwerken. Momenteel wordt onder meer gewerkt aan de nadere uitwerking van de kaders voor de basisfunctionaliteiten en de daarbij horende gereedschapskist met interventies en aanpakken die regio's kunnen inzetten om de basisfunctionaliteiten in de regio uit te voeren. In de eerste helft van 2026 zal er vervolgens meer duidelijkheid komen over de voorwaarden om een interventie in de gereedschapskist op te nemen. Naar aanleiding daarvan zal worden onderzocht of het Centraal Toeleidingspunt een

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 742.

plaats kan krijgen in deze gereedschapskist. Ik zal uw Kamer hier in de tweede helft van 2026 uiteraard nader over informeren.

De pilot voor het CTP is inmiddels overigens afgerond, en de ontwikkelde werkwijzen zijn ondergebracht in twee regionale transformatieplannen voor MGN's in die regio, waarmee deze de komende jaren worden voortgezet.

### **Omzetplafonds in de ggz**

Met deze passage informeer ik uw Kamer kort over de stand van zaken rondom de opvolging van de motie over omzetplafonds in de ggz.<sup>3</sup> Zoals eerder toegezegd in de verzamelbrief curatieve ggz van 3 oktober jl. zou ik na het verkiezingsreces hierop terugkomen.<sup>4</sup> Inmiddels ben ik in gesprek gegaan met het veld over de werking van omzetplafonds, met bijzondere aandacht voor de impact op de toegankelijkheid van zorg voor cliënten met de meest complexe zorgvragen. Een omzetplafond is een budgettaire grens in een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, waarin bepaald wordt hoeveel middelen een zorgaanbieder maximaal in totaal kan ontvangen van een zorgverzekeraar voor geleverde zorg binnen een bepaalde periode (meestal een jaar). Ik vind het belangrijk dat omzetplafonds niet in de weg staan van tijdige passende zorg, met name voor cliënten met de meest complexe zorgvragen. Daarbij zijn de treeknormen een belangrijke waarborg in het systeem, waarbij uiteraard ook beschikbaarheid van behandelcapaciteit een rol speelt.<sup>5</sup>

De gesprekken met de zorgverzekeraars laten een genuanceerd en consistent beeld zien. De betrokken partijen zien dat het aanbod

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 36 725-XVI, nr. 23.

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 768.

<sup>5</sup> Een zorgaanbieder is verplicht om de verzekerde naar de verzekeraar te verwijzen voor zorgbemiddeling als er sprake is van een wachtlijst langer dan de treeknorm. De verzekeraar is dan vanuit zijn zorgplicht verplicht om de verzekerde te bemiddelen naar een plek binnen de treeknorm. Kan de verzekeraar vervolgens op een andere plek geen passende zorg bieden binnen de treeknorm, dan moet er worden bijgecontracteerd, of moet de zorg - als deze bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt betrokken - alsnog vergoed worden alsof er sprake is van een contract (zonder een eigen bijdrage voor de verzekerde)

van ggz-zorg structureel achterblijft bij de vraag. Dit komt ook uit het IBO mentale gezondheid en ggz naar voren.<sup>6</sup>

In die context van schaarste pogen zorgverzekeraars hun contractering zo vorm te geven dat het beschikbare aanbod zo doelgericht mogelijk aansluit bij de hulpvragen van cliënten die de zorg het hardst nodig hebben. Daarbij is betrouwbare en actuele informatie essentieel. Die informatie is op dit moment echter niet altijd volledig of direct beschikbaar. Zorgverzekeraars ervaren dat het door een gebrek aan inzicht in deelgroepen in de ggz-cliantenpopulatie in de praktijk een aanzienlijke uitdaging is om behandelcapaciteit daadwerkelijk te verschuiven van lichte naar zwaardere zorg. In het AZWA zijn hierover dan ook diverse afspraken gemaakt om hen hier beter toe in staat te stellen.

Hoewel zorgverzekeraars en zorgaanbieders erkennen dat de huidige toepassing van omzetplafonds op het niveau van de aanbieder als geheel geen volmaakt instrument zijn, zoals ook eerderbeschreven door de Algemene Rekenkamer<sup>7</sup>, bieden ze in deze onzekere context wel een bepaalde mate van duidelijkheid en voorspelbaarheid voor beide partijen. Ook aanbieders van ggz-zorg geven namelijk aan dat het volledig loslaten van dit instrument voor hen geen reële of wenselijke optie is, omdat het hen ook stabiliteit en voorspelbaarheid biedt. In die zin is er brede erkenning dat een al te directe of onmiddellijke uitvoering van de motie niet verstandig zou zijn, omdat dit risico's kan opleveren voor zowel de continuïteit van het zorgaanbod, de toegankelijkheid van zorg voor de cliënt (en daarmee tevens de wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraar), financiële houdbaarheid van de ggz-uitgaven en in het verlengde daarvan - de hoogte van de premie voor verzekerden.

Wel vind ik het zinvol om – zonder op de uitkomst vooruit te lopen – een scenario te verkennen waarin het gebruik van omzetplafonds voor het deel van de cliëntenpopulatie die cruciale ggz nodig heeft, door zorgverzekeraars op termijn volledig of gedeeltelijk kan

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 424 nr. 769.

<sup>7</sup> Algemene Rekenkamer (2024). Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Algemene Rekenkamer; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.

worden beëindigd. Hierbij wil ik samen met partijen een spoorboek ontwikkelen: dit biedt ruimte om stap voor stap te bezien of de randvoorwaarden aanwezig zijn om omzetplafonds verantwoord af te bouwen, aan te passen, bij te stellen of gericht toe te passen. De bedoeling van het spoorboek is om enerzijds de afhankelijkheid van omzetplafonds in de contractering te verkleinen, en anderzijds de sturing van zorgverzekeraars op de gewenste beweging van lichte naar zwaardere ggz te versterken door belangrijke randvoorwaarden op het gebied van informatie, kwaliteit en aanspraken goed te regelen. Dit moet er, in het verlengde van de AZWA-afspraken, aan bijdragen dat het aanbod in de toekomst beter zal aansluiten op de vraag. Hiermee ga ik de komende tijd aan de slag.

Aanvullend op deze afspraak heb ik de NZa verzocht een korte ronde te maken waarbij zij als onafhankelijke toezichthouder actief toetsen wat de effecten van omzetplafonds zijn op zorgaanbieders die er mogelijk toe leiden dat beschikbare behandelcapaciteit in de cruciale ggz onbenut blijft en hier cijfermatige duiding bij te geven. Vanwege haar onafhankelijke rol en specifieke deskundigheid is de NZa de meest aangewezen partij om dit onderzoek zorgvuldig uit te voeren. Hoewel er feitelijk de komende periode nog afspraken gemaakt worden met ggz-aanbieders over omzetplafonds (die de hele jaaromzet van de aanbieder betreft), die ook cruciale ggz leveren, mogen deze dus op geen enkele wijze een belemmering vormen voor cliënten voor het tijdig verkrijgen van passende zorg, met name cliënten met de meest complexe zorgvragen. Dit uitgangspunt onderschrijven alle zorgverzekeraars.

Over beide trajecten zal ik uw Kamer in het voorjaar 2026 uitgebreider informeren.

### **Gegevensuitwisseling voor passende ggz**

In het plenair debat ggz / Suïcidepreventie dat plaatsvond op 15 april jl. heeft mijn ambtsvoorganger toegezegd de Kamer halfjaarlijks te informeren over de ontwikkelingen rondom de zorgvraagtypering.<sup>8</sup> In deze passage zijn daarom de stappen uiteengezet die sinds het plenair debat op dit gebied zijn genomen.

Zoals mijn ambtsvoorganger u eerder heeft laten weten is de bekostigingssystematiek sinds 2022 het zorgprestatie-model met als onderdeel de zorgvraagtypering. Daarnaast wordt nu

---

<sup>8</sup> TZ202504-118.

onderzocht hoe het risicovereveningsmodel het beste kan worden vormgegeven op basis van gegevens uit het zorgprestatie­model en daarbij wordt ook gekeken naar de zorgvraagtypering.

Belangrijk om daarbij te noemen is dat met de introductie van het zorgprestatie­model en de zorgvraagtypering in de ggz de NZa is afgestapt van het gebruik van DSM-gegevens in de bekostigingssystematiek en daarom per 1 januari 2025 in de regelgeving van de NZa de verplichting is vervallen om de DSM-hoofdgroep op de factuur te zetten.

Veldpartijen stelden echter dat zij hun systeemtaken niet naar behoren konden uitvoeren zonder deze gegevens op de factuur en zorgaanbieders verzochten de overheid om voldoende juridische zekerheid te geven om de gegevens met de verzekeraars te blijven delen. VWS heeft toen op dringend verzoek van veldpartijen met veel spoed een tijdelijke regeling opgesteld om de verplichting om de DSM-hoofdgroep op de factuur te zetten tot en met 2027 te expliciteren, vanwege de noodzaak voor het gebruik in het risicovereveningsmodel. Op dit moment ben ik met het veld in overleg hoe verder te gaan met de gegevensuitwisseling in de ggz per 1 januari 2028.

### **Actieve zorgbemiddeling**

Tijdens het tweeminutendebat ggz/Suïcidepreventie op 24 april 2025 heb ik toegelicht dat we onderzoeken hoe de benodigde nieuwe grondslag voor actieve zorgbemiddeling eruit moet komen te zien. Hierbij informeer ik uw Kamer over de voortgang van deze verkenning, namelijk dat actieve zorgbemiddeling inmiddels onderdeel uitmaakt van AZWA-afspraken C3 “Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten” voor de ggz (C3a) en de msz (C3b), waaraan alle betrokken partijen momenteel uitvoering geven.

### **Toezegging over in hoeverre de uitvoering van de KNMG-richtlijn over het niet aangaan van een behandelovereenkomst een probleem vormt in de ggz**

Mijn ambtsvoorganger heeft eerder toegezegd <sup>9</sup><sup>10</sup> de KNMG, de NLggz en NVvP te vragen om in overleg met MIND te bekijken of de KNMG-richtlijn over het niet aangaan van een behandelovereenkomst een probleem vormt in de ggz en of

---

<sup>9</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 678.

<sup>10</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 686.

aanpassing noodzakelijk is. Aanleiding hiervoor waren signalen dat zorgaanbieders cliënten soms weigeren vanwege afstand, waardoor een behandelovereenkomst niet wordt aangegaan.

Op basis van een gesprek tussen KNMG, de Nederlandse ggz, de NVvP en MIND is duidelijk geworden dat de KNMG-richtlijn zelf helder is en niet hoeft te worden aangepast; de problemen ontstaan vooral in de uitvoering. Na dit gesprek heeft de Nederlandse ggz haar leden laten weten dat het niet is toegestaan om cliënten vooraf af te wijzen vanwege hun woonplaats. Hiermee doe ik de toezegging af.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J.Z.C.M. Tielen