

Nr.

**INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld ..... 2022

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport betreffende de Verzamelbrief ggz<sup>1</sup> en de Rode draden analyse en verkenning van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod<sup>2</sup>.

Voorzitter van de commissie,  
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,  
Heller

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 619

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 621

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
  - Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**
  - Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**
  - Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**
  - Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**
  - Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**
  
- II. Reactie van de minister**

- 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 hebben de leden van de VVD-fractie gelezen dat naar aanleiding van de goed 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 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.

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 gaat<sup>3</sup>. 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 hoogcomplexen 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 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 hoogcomplexen zorg?

De leden van de 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 hoogcomplexen zorgvraag zijn hierdoor inmiddels geholpen aan adequate zorg? Wat gaat er volgens de minister goed bij de regietafel's en wat kan er nog beter?

De minister stelt tot slot dat de sector zelf het initiatief neemt om het specialistische en unieke 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**

<sup>3</sup> Trimbos Instituut, 14 september 2022, 'Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes' ([Forse verslechtering mentale gezondheid meisjes - Trimbos-instituut](#))

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 tijdsplan wordt daarbij gehanteerd?

#### *Monitor Wachtlijden 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 *Zorgvisie*<sup>4</sup>, 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?

---

<sup>4</sup> *Zorgvisie*, 30 augustus 2022, ‘NZa faalt bij handhaven zorgplicht van zorgverzekeraars’ (<https://www.zorgvisie.nl/nza-faalt-bij-handhaven-zorgplicht-van-zorgverzekeraars>)

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 tijdspad en de verantwoordelijkheidsverdeling van partijen om tot de benoemde ambitie te komen.

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 “borgens 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 behandelt met een zeer intensieve zorgvraag die bij andere klinieken zijn vastgelopen. De patiënten die bij de inmiddels gesloten KIB Vlaardingenaan 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 Vlaardingenaan 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? Welke 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 gesprekscyclus 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 Continueert 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**