



Beleidsopties IBO mentale gezondheid en ggz

Bijlage 12

Inhoud

Denkrichtingen hervormingen	4
Variant A - Centrale inkoop zonder concurrentie van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek	5
Variant B - Regionale volksverzekering voor de hele ggz	9
Variant C - Mentale gezondheidsketen in regie GGD+	12
Variant D - Lichte ggz overhevelen naar de Wmo	16
Variant E - Regionale Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) als coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg	19
Beleidsopties	24
1. Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid	25
2. Mentale gezondheid lokaal beter verankeren	29
3. Richtlijn mentaal gezond blijven	33
4. Structureel aandacht bij professionals in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	36
5. Verslaving	40
5a. Lokale integrale verslavingspreventie	40
5b. Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen	45
5c. Beprijzen alcohol	48
5d. Inzetten op preventie van gameverslaving	53
6. Sociale media	56
6a. Bindende leeftijdsgrens sociale media	56
6b. Reguleren verslavende en schadelijke elementen sociale media minderjarigen	62
6c. Bindend verbod smartphones scholen	65
6d. Verplichte toestemming ouders en risico-informatie bij verkoop smartphones aan kinderen onder 16	68
7. Digitale geletterdheid jongeren versterken via onderwijs	71
8. Structurele integrale aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op scholen	75
9. Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	79
10. Eigen bijdrage	83
11. Aanspraak basis-ggz als fysiotherapie	87
12. Verscherpen van de aanspraak	91
13. Zorgprofiel ggz-wonen 1 uit de Wlz	95
14. Tijdelijke Wlz-indicaties	99
15. Hele ggz uit de Wlz	102

16. Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten voor psychische klachten en wettelijk verankeren verwijzen van medisch naar sociaal domein	106
17. Totstandkoming e-communities	112
18. Faciliteren van AI- ondersteuning in GGZ	116
19. Groepsbehandeling voorliggend maken	121
20. Hybride zorg voorliggend maken	124
21. Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	127
22. Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding	130
23. Bevorderen zorgcontractering in de ggz	133
24. Inzet transparantieladder voor versterken kwaliteitstransparantie ggz	136
25. Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	140
26. Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden	143
27. Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT	146
28. Uitstroom uit de ggz bevorderen via nazorg en terugvalopties	150
29. Gezinsgericht werken	157
30. Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	165
31. Personen met levenslooppaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz	167
32. Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	170
33. Meer passende woonplekken	173
34. Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebekostiging	177
35. Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	180
36. Onderzoek effectiviteit en inzet Individuele Plaatsing en Steun bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen	184
37. Doeluitbreiding van IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	187

Denkrichtingen hervormingen

Variant A - Centrale inkoop zonder concurrentie van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek

Kern

Met deze variant wordt de inkoop van zorg voor mensen met een ernstige psychische problematiek geconcentreerd bij één partij. Daarbij worden drie uitwerkingen onderscheiden:

Uitwerking 1 – Eén zorgverzekeraar per regio koopt namens alle verzekeraars de zorg in voor mensen met ernstige psychische problematiek (inkoop in representatie).

Uitwerking 2 – Eén partij per regio (bijvoorbeeld een zorgkantoor) krijgt een concessie om de zorg zonder concurrentie in te kopen voor mensen met ernstige psychische problematiek (regionale concessie).

Uitwerking 3 – Eén landelijke rijksinkoper koopt de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek in als publieke voorziening, buiten de Zorgverzekeringswet (Zvw) om (rijksinkoop).

In de eerste twee uitwerkingen blijft de zorg voor de mensen een ernstige psychische problematiek onderdeel van het verzekerd pakket binnen de Zvw. In de derde uitwerking verandert de ggz voor mensen met ernstige problematiek van een individueel verzekerd recht in een publiek georganiseerde voorziening. De lichtere ggz blijft in alle gevallen via het huidige stelsel ingekocht door concurrerende zorgverzekeraars binnen een systeem van gereguleerde marktwerking. Wel zal bij besluitvorming moeten worden verkend of het wenselijk is om ook het aanbod buiten de Zvw (bijvoorbeeld uit Jeugdwet, Wlz of Wmo) voor mensen met een ernstige psychische problematiek onder te brengen bij deze ene inkoper.

Het doel van deze variant is om te zorgen voor een toegankelijk aanbod voor mensen met ernstige problematiek. Huidige beleid stimuleert inkopers niet om in te zetten op deze groep (kernoorzaak 3). Deze variant beoogt dit op te lossen door de marktwerking tussen zorgverzekeraars in de inkoop weg te nemen en de inkooprol bij één partij te concentreren. Tegelijkertijd raakt deze variant ook aan het probleem van de sterke versnippering van zorg en ondersteuning voor psychische problematiek (kernoorzaak 4).

Uitwerking

Uitwerking 1 – Inkoop in representatie

In deze uitwerking wordt de ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek binnen de Zvw ingekocht door één representerende zorgverzekeraar per regio, namens alle verzekeraars. Dit model is gebaseerd op samenwerking tussen verzekeraars, waarbij doorgaans de grootste partij in een regio de rol van inkoper op zich neemt. Verzekerden blijven verzekerd bij hun eigen zorgverzekeraar, die formeel de zorgplicht behoudt en risicodragend blijft.

Deze aanpak maakt het mogelijk om vanuit één partij afspraken te maken met aanbieders over het organiseren van passende zorg voor mensen met ernstige problematiek. De representerende verzekeraar sluit contracten en verdeelt de lasten, bijvoorbeeld met een verdeelsleutel op basis van het marktaandeel, tussen de andere zorgverzekeraars. Als VWS de inkoop in representatie niet juridisch verankert, dan is deze beleidsoptie afhankelijk van de wil van verzekeraars die er in het huidige systeem zelf voor kunnen kiezen om op een dergelijke wijze in te kopen.

Het mededingingsrecht stelt grenzen aan samenwerking tussen verzekeraars. Deze samenwerking moet daarom gebaseerd zijn op expliciete, gezamenlijk geformuleerde publieke belangen (zoals

betere toegankelijkheid of continuïteit van zorg), en voldoende democratisch gelegitimeerd zijn. Er moet voor worden gewaakt dat de samenwerking bij de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek niet leidt tot een verstoring van de markt voor overige zorgvragen, die nog wel met gereguleerde marktwerking worden ingekocht. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een situatie waarbij een aanbieder inkomsten uit de non-concurrentiële inkoop benut om prijzen te verlagen op de concurrentiële deelmarkt voor overige ggz (kruissubsidiëring). Verder bestaan er risico's op aanbodgedreven zorg en op een afwentelingseffect, waarbij patiënten met een minder ernstige zorgvraag wel in de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek terecht komen (upcoding).

Uitwerking 2 – Regionale concessie

Bij deze uitwerking wordt de inkoop van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek overgedragen aan één partij per regio via een publiek verleende concessie. Dit houdt in dat een partijen niet in concurrentie zijn op de markt, maar dat zij periodiek concurreren om de markt. Dat wil zeggen dat de partijen concurreren om voor een bepaalde looptijd (bijvoorbeeld vijf of tien jaar) de enige partij te zijn die onder vastgestelde voorwaarden van de overheid in een regio de zorg mag inkopen. Deze partij kan een zorgverzekeraar zijn, maar ook een andere rechtspersoon zoals een zorgkantoor of onafhankelijke regionale uitvoerder.

De concessiehouder koopt namens de overheid en namens alle verzekerden in de regio de zorg in voor mensen met ernstige psychische problematiek. Bij de uitwerking moet worden vastgesteld of een concessiehouder risicodragend is of niet. Een concessiehouder koopt in met een vastgesteld regionaal budget en publieke kaders voor kwaliteit en toegankelijkheid. Aanbesteding is mogelijk niet vereist, mits de concessieverlening voldoende transparant en wettelijk verankerd is.

Deze uitwerking biedt sterkere publieke sturingsmogelijkheden dan Uitwerking 1. Tegelijkertijd is er een wettelijk kader en een overheid met een stevige kennispositie nodig voor het formaliseren van de concessierelatie, het toezicht, randvoorwaarden als voldoende kennis bij inkoper/concessiehouder en de rol van de verzekeraars die buiten dit segment blijven. Bovendien verdwijnt de risicodragendheid van de inkoper, wat mogelijk kan zorgen voor het opdrijven van de zorgkosten. Dezelfde risico's op aanbodgedreven zorg en upcoding van uitwerking 1 gelden voor uitwerking 2.

Uitwerking 3 – Rijksinkoop

In deze uitwerking wordt de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek losgekoppeld van de Zvw en georganiseerd als publieke voorziening. Een landelijke rijksinkoper, bijvoorbeeld een zelfstandige bestuursorganisatie of agentschap, wordt verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg. Deze aanpak is met name bedoeld voor zorgvormen die zeldzaam, specialistisch of zeer complex zijn, over regionale grenzen heen georganiseerd moeten worden of voor doelgroepen die evident onvoldoende worden bereikt in het huidige stelsel.

De inkoop vindt plaats zonder verzekerde aanspraken: het betreft een voorziening waartoe burgers toegang kunnen krijgen op basis van inhoudelijke criteria. De rijksinkoper kan de zorg zelf organiseren (via inbesteden) of contracteren via aanbesteding, open house of subsidiëring. Als de inkoop wordt gedaan door een uitvoerder ontbreekt de risicodragendheid en daarmee een prikkel om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daar staat tegenover dat er bij een dergelijke uitvoerder waarschijnlijk wel meer benodigde expertise over de inkoop aanwezig zal zijn, omdat de inkoper zich kan specialiseren. Er zal een goede afweging gemaakt moeten worden op basis van deze voor- en nadelen en er zal ook gekeken moeten worden of er voldoende schaalgrootte en

democratische legitimatie aanwezig is. De ervaring van DJI met de forensische zorg kan hierbij als voorbeeld dienen.

Van de drie uitwerkingen biedt deze de meeste publieke sturingsmogelijkheden, maar komt er daarmee automatisch ook veel verantwoordelijkheid bij de overheid te liggen met gevoeligheid voor politieke wendingen als gevolg. Daarnaast is het de vraag of de financiële middelen zo efficiënt mogelijk worden ingezet met een publieke instantie als inkoper. Als dat niet zo is, dan kan er voor hetzelfde geld minder zorgaanbod worden ingekocht. Ggz voor patiënten met ernstige problematiek zal in deze uitwerking daarentegen niet gehinderd worden door schadelast en minder te maken krijgen met administratieve lasten. Wel gelden dezelfde risico's op aanbodgedreven zorg en upcoding van uitwerking 1 en 2 ook voor uitwerking 3.

Effecten

Kernoorzaak: Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek

De gedachte van deze variant is vooral dat de concentratie van de inkooprol bij één partij ervoor zorgt dat er voldoende zorgaanbod beschikbaar wordt gehouden voor organiseren voor mensen met ernstige problematiek. Hierdoor zal er namelijk niet langer sprake zijn van concurrentie tussen verzekeraars en mogelijk free-rider gedrag, en is het mogelijk om landelijk voldoende schaalgrootte te organiseren voor zorg die zeldzaam, specialistisch of zeer complex is. De veronderstelling is daarbij dat er zo meer ruimte ontstaat voor meerjarige afspraken met aanbieders, dat het de regie om specialistisch aanbod over de regio te verdelen bevordert. Dit zou moeten leiden tot een verbetering van de beschikbaarheid en continuïteit van deze zorg. Tegelijkertijd wordt het probleem naar verwachting niet volledig opgelost, omdat structurele knelpunten – zoals de arbeidsmarktproblematiek of niet passende behandelduur blijven bestaan. Zonder flankerend beleid kan dit ertoe leiden dat ook een nieuwe inkoper tegen dezelfde beperkingen aanloopt.

Kernoorzaak: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

De sterke versnippering van de zorg en ondersteuning voor psychische problematiek wordt eveneens door deze variant geraakt. Enerzijds kan de variant de versnippering van de hulp aan mensen met ernstige problematiek terugdringen, doordat er dan sprake is van één inkoper en daarmee de regie, contractering en aanspreekbaarheid op één punt samenkomen. Anderzijds komt er met deze variant ook een schot bij tussen zorg voor mensen met lichtere en ernstige psychische problematiek, met mogelijke discontinuïteit voor zorgtrajecten, onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden en een toenemende complexiteit van het zorgstelsel als gevolg.

Overige effecten

- Mogelijk vermindering van administratieve lasten. Tegelijkertijd voor lichtere zorg wel te maken met meer dan één inkoper dus effect mogelijk beperkt.
- Marktmacht zorginkoper t.o.v. grote zorginstellingen wordt groter.
- Afhankelijk van de gekozen variant hebben verzekeren minder stevige invloed op het inkoopbeleid van deze zorg ('stemmen met de voeten'). Aanvullende wet- en regelgeving is nodig om democratische legitimiteit te borgen.
- De zorg wordt gevoeliger voor politieke wendingen als de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij een publieke partij komt te liggen.

Samenhang met andere beleidsopties

Mogelijke stappen die ondersteunend zijn aan of gedeeltelijk risico's mitigeren van deze varianten zijn:

- Groepsbehandeling en hybride zorg voorliggend (opties 19 en 20)
- Beperken behandelduur (optie 9)
- Grotere deelname psychiaters aan ANW- en crisisdiensten (optie 21)
- Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype (optie 25)
- Uitstroom uit de ggz bevorderen via nazorg en terugvaloptie (optie 28)
- Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid acute ggz (HIC/IHT) (optie 27)

Variant B - Regionale volksverzekering voor de hele ggz

Kern

In deze variant wordt de volledige geestelijke gezondheidszorg – inclusief jeugd-ggz, langdurige zorg en beschermd wonen – ondergebracht in een nationale volksverzekering en regionaal georganiseerd via één niet-risicodragende inkoper per regio.¹

De regionale inkoper heeft de wettelijke taak om op basis van een vastgesteld regionaal budget een dekkend aanbod van ggz-zorg in te kopen, te organiseren en te coördineren binnen het verzekerde pakket. De verzekerde zorg wordt aangeboden via een regionaal georganiseerde, publiekrechtelijke verzekering, vergelijkbaar met het model van de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarbij is afstemming met andere domeinen essentieel: vooral met gemeenten, die verantwoordelijk blijven voor de Wmo en Jeugdhulp.

De bedoeling van deze variant is dat mensen tijdig toegang hebben tot een netwerk van samenhangende zorg en hulp, waarbij ze zelf zoveel mogelijk regie houden en breed oplossingsrichtingen in beeld kunnen komen (medisch en sociaal). Door de ggz uit de Zvw, Wlz, Jeugdwet en beschermd wonen samen te brengen in één verzekering wordt de versnippering binnen het ggz-domein verminderd (kernoorzaak 4).

Uitwerking

Model

In plaats van meerdere concurrerende zorgverzekeraars per regio, wijst de overheid per regio één publieke of private rechtspersoon aan die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de ggz-verzekering. Dit gebeurt via een concessieovereenkomst voor een bepaalde periode (bijvoorbeeld vijf tot tien jaar), vergelijkbaar met het model van de Wlz. Deze inkoper is niet risicodragend, maar wel verplicht om op basis van een vastgesteld regionaal budget een dekkend, kwalitatief netwerk van ggz-aanbieders te realiseren.

Omdat het een publiekrechtelijke verzekering betreft, zou de concessie mogelijk zonder aanbesteding gegund kunnen worden. Aanbesteding is verplicht als de uitvoering als economische activiteit geldt, of hiervan sprake is in deze variant moet nog worden gezien. De concessie moet binnen strikte publieke kaders worden gegund. Deze kaders moeten nationaal worden vastgesteld en bevatten o.a. minimumeisen voor toegankelijkheid, kwaliteit, informatievoorziening en samenwerking met andere domeinen.

Iedere ingezetene is verplicht verzekerd en heeft recht op zorg zoals vastgelegd in de wet. De rechten worden neergelegd in een nieuwe ggz-wet, met nadere uitwerking in lagere regelgeving. Hierbij moet een duidelijke afbakening worden gelegd in de Jeugdwet tussen de jeugd-ggz en de Jeugdhulp. Op dit moment wordt namelijk niet apart geïndiceerd voor jeugd-ggz, er wordt geïndiceerd op jeugdhulp waar jeugd-GGZ onderdeel van kan zijn,

Financiering

De overheid stelt per regio een jaarlijks budget vast, gebaseerd op demografie, zorgbehoefte en andere objectieve criteria. De inkoper krijgt de taak om binnen dit kader een samenhangend zorgaanbod te realiseren voor de gehele populatie. De inkoper sluit contracten af met netwerken

¹ Deze variant is deels geïnspireerd op de maatregel "Eén wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de ggz" zoals deze in Zorgkeuzes in kaart 2020 is uitgewerkt (CPB 2020). Van <https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/rapporten/zorgkeuzes-in-kaart/zorgkeuzes-in-kaart.pdf>

van aanbieders, met daarin afspraken over volume en toegankelijkheid, kwaliteit en wachttijden, samenwerking in ketens en gegevensuitwisseling en innovatie. Bij te strakke budgettering zal de kwaliteit dalen en/of zullen de wachttijden toenemen.

Verzekerden hebben recht op vergoeding van zorg alleen binnen het gecontracteerde netwerk. Ongecontracteerde zorg wordt in principe uitgesloten. De inkoper kan daardoor eenvoudiger eisen stellen aan bijvoorbeeld samenwerking tussen zorgaanbieders binnen het gecontracteerde netwerk ten behoeve van doelmatige zorgverlening. Bekostiging kan via prestatiebekostiging via de Wlz. Een alternatief is dat de NZa een nieuw bekostigingsmodel ontwikkelt, waarin ook de mogelijkheden voor domeinoverstijgende financiering in de ggz en Wmo/Jeugdhulp worden meegenomen.

Effecten

Kernoorzaak: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt

Doordat de regionale inkoper in deze variant niet risicodragend is, heeft deze geen financiële prikkel om te investeren in preventie. De enige doelmatigheidsprikkel die de inkoper heeft in deze variant is het macro-omzetplafond. Er valt ook niet goed over prijs te onderhandelen omdat monopsonisten reële tarieven moeten bieden. Tegelijkertijd kan het in deze variant eenvoudiger zijn om structurele afspraken te maken met gemeenten over preventie – juist doordat er één aanspreekpunt is voor de gehele ggz en de inkoop niet versplinterd is over meerdere concurrenten.

Kernoorzaak: De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod

Deze variant beperkt nauwelijks de instroom. Een monopsonist die geen risico loopt zal toegeeflijk zijn richting zorgaanbieders wat resulteert in (te) hoge kwaliteit, prijs en volume in aanbod.

Kernoorzaak: Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek.

De combinatie van één niet-concurrerende inkoper per regio, meerjarige contracten en exclusieve inkooprelaties (geen ongecontracteerde zorg meer) kan het mogelijk maken om langdurige samenwerkingsrelaties op te bouwen tussen inkopers en aanbieders, met ruimte voor afstemming, gezamenlijke leerprocessen en gezamenlijke investeringen.

Voor mensen met ernstige of meervoudige problematiek – die nu vaak tussen wal en schip vallen – kan dit leiden tot meer samenhang en continuïteit. Omdat deze cliënten doorgaans meerdere partijen nodig hebben (ggz, Wmo, wijkteam), is goede coördinatie essentieel. Eén inkoper kan hier sterk op sturen via contractvoorwaarden en netwerkverplichtingen. Het is echter onzeker of hiermee ook prikkels tot cherry-picking of het afzien van deelname aan crisisdiensten aan de aanbiderszijde volledig worden weggenomen.

Toch blijven er ook systeemrisico's. Doordat alle burgers een verzekerd recht hebben, blijft er concurrentie om capaciteit tussen de zorg voor mensen met lichte en ernstige problematiek. Bij het ontbreken van concurrentiedruk (zoals overstappende verzekerden of reputatieschade) moet vertrouwen worden gesteld in toezicht en publieke verantwoording om kwaliteit en toegankelijkheid te waarborgen.

Kernoorzaak: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

Deze variant verkleint de versnippering binnen het ggz-domein, doordat curatieve ggz, langdurige ggz, jeugd-ggz en beschermd wonen worden samengebracht onder één stelsel en één inkoper. Hierdoor verdwijnen bestaande stelselgrenzen tussen Zvw, Wlz en Jeugdwet – wat positieve effecten heeft op de samenhang en continuïteit van zorg, met name bij levensloopovergangen.

Echter, versnippering tussen domeinen blijft grotendeels bestaan. De afbakening tussen ggz en het sociaal domein (Wmo, jeugdhulp) blijft intact. Er ontstaan nieuwe schotten tussen 1) jeugd-ggz als verzekerd recht en jeugdhulp als voorziening, 2) tussen de somatische Zvw en de ggz, 3) tussen Wlz-zorg en de ggz en 4) tussen beschermd wonen als onderdeel van ggz en begeleiding binnen de Wmo. De aanwezigheid van één inkoper kan wel heldere werkafspraken met gemeentelijke partners vergemakkelijken. Maar structurele integratie van zorg en ondersteuning vereist additionele afspraken over governance, financiering en toegang.

Overige effecten

- Verzekerden hebben geen invloed meer op het inkoopbeleid en hebben geen keuzevrijheid. Aanvullende wet- en regelgeving is nodig om democratische legitimiteit te borgen.
- De zorg wordt gevoeliger door politieke wendingen als de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij een publieke partij komt te liggen.
- Mogelijk vermindering administratieve lasten.
- De machtsverhouding tussen een dominante inkoper en een beperkt aantal grote aanbieders kan leiden tot onderlinge patstellingen in de zorgregio.

Samenhang met andere beleidsopties

- Mocht deze variant als een goede richting worden gezien lijkt het met name belangrijk te investeren in informele zorg en het sociaal domein, zodat naast medische oplossingsrichtingen ook sociale oplossingsrichtingen ingezet kunnen worden: zie beleidsopties “Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein” (optie 16) en “Gezinsgericht werken” (optie 29).
- Om de toegankelijkheid te borgen voor mensen met een ernstige psychische problematiek lijkt het goed om te kijken naar de verzekerde aanspraken: “beperken behandelduur” (optie 9), en “groepsbehandeling en hybride zorg voorliggend” (opties 19 en 20).
- Tot slot zou in aanloop naar deze variant de zorgcontractering bevorderd kunnen worden (optie 23), zodat verzekeraars beter instaat zijn om netwerkzorg te contracteren.

Variant C - Mentale gezondheidsketen in regie GGD+

Kern

Met deze variant wordt de regie over de gehele mentale gezondheidsketen (van preventie en sociaal domein tot en met de specialistische ggz, voor zowel volwassenen als jeugdigen) volledig belegd bij een publieke entiteit op regionaal niveau. Deze entiteit bestaat uit samenwerkende gemeenten binnen een versterkte of doorontwikkelde GGD (GGD+). De gedachte is dat er op dit niveau voldoende schaalgrootte is om (specialistische) ggz in te kopen, en dat er tegelijkertijd genoeg aansluiting is met de organisatie van preventie en de gemeentelijke voorzieningen in het sociaal domein.

Het doel van deze variant is om te zorgen voor toegankelijk integraal aanbod van preventie tot (hoog) specialistische ggz vanuit één partij per regio. De verwachting is dat deze variant daarmee op de volgende wijze bijdraagt aan het tegengaan van de vier kernoorzaken:

1. Het wordt aantrekkelijker om te investeren in effectieve preventie en vroege interventie, omdat dezelfde partij ook profiteert van de voordelen.
2. Het wordt makkelijker om in te zetten op het demedicaliseren en het bieden van passende alternatieve hulp voor individuele ggz-behandeling, omdat dezelfde partij verantwoordelijk is voor al het mentale gezondheidsaanbod en ggz een voorziening wordt.
3. Een integrale aanpak van multi-problematiek bij complexe zorgvragen wordt eenvoudiger, omdat de verantwoordelijkheid over de domeinen waarin de problematiek zich bevindt bij dezelfde partij is belegd.
4. Versnippering wordt tegengegaan, omdat er niet langer sprake is tussen verschillende partijen met verschillende verantwoordelijkheden en verschillende wettelijke kaders.

Uitwerking

Met deze beleids optie worden individuele gemeenten verplicht om in samenwerking op regionaal niveau in een GGD+ een voorziening voor mentale gezondheidszorg en ondersteuning te organiseren. De gemeenten stellen een gemeenschappelijke regeling vast en vertegenwoordigers van het college van burgemeesters en wethouders nemen deel in het bestuur van de GGD+. De GGD+ heeft een uitvoerende functie, wat betekent dat de gemeenten de verantwoordelijkheid dragen. In de uitvoerende functie opereert de GGD+ als regisseur van de gehele mentale gezondheidsketen: van preventie tot specialistische zorg voor mensen met psychische problematiek, voor zowel volwassenen als jeugdigen (de ondersteuning en zorg in de huidige Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet).

Alleen de zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden en medicatie blijven onderdeel van de Zvw. De praktijkondersteuner van de huisarts voor de ggz (POH-ggz) zal niet langer worden bekostigd onder de Zvw en daarmee in de huidige vorm verdwijnen. Deze professional kan wel een belangrijke rol spelen in het aanbod van bijvoorbeeld mentale gezondheidscentra van de GGD+. De samenwerkende gemeenten zullen moeten bepalen welke voorzieningen door de GGD+ worden georganiseerd en hoe het aanbod in de individuele gemeenten (lokale schaal) hierop aansluit, bijvoorbeeld op het gebied van schuldhulpverlening, maatwerkvoorzieningen Wmo, etc. Hiervoor zal (juridische) aansluiting gezocht moeten worden tussen de verantwoordelijkheid van de samenwerkende gemeenten in de GGD+ en de verantwoordelijkheden van de individuele gemeenten m.b.t. de Wmo, Jeugdwet en Wpg.

Er wordt aan de volgende taken gedacht voor de GGD+:
het versterken van mentale gezondheid in gezinnen, wijken, buurten, scholen;

het voorkomen en de vroege signalering van en vroege interventie bij psychische problemen en stoornissen:

- het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van mensen met psychische problematiek, waarbij voor zover mogelijk wordt uitgegaan van hun eigen inbreng;
- integrale hulp aan mensen met psychische problematiek (en omgeving), indien sprake is van een complexe of chronische hulpvraag.

De GGD+ bepaalt hoe toegang tot zorg en ondersteuning wordt georganiseerd in de regio. Er kan bijvoorbeeld voor gekozen worden om te werken met ondersteunings- en triagepunten in de vorm van mentale gezondheidscentra. Een DSM-classificatie hoeft niet langer een voorwaarde te zijn voor het verkrijgen van een indicatie, omdat er in plaats van intensievere vormen van zorg ook hulp, ondersteuning of efficiëntere vormen van zorg, zoals groepsbehandelingen of digitale/hybride zorg, aangeboden kunnen worden. In fiche E is een denkrichting uitgewerkt over de hervorming van het aanbod via Mentale Gezondheidscentra. Deze aanbodherziening kan, in samenhang met deze inkoopvorming, leiden tot een samenhangende hervorming van het preventie-, ondersteunings- en zorgaanbod in elke regio.

Financiering verloopt uit Rijksmiddelen, waarbij individuele gemeenten niet-geoordeelde middelen ontvangen via het Gemeentefonds op basis van kenmerken van de populatie (zoals demografie, sociaal-economische status). Gemeenten bepalen hoeveel geld er naar de GGD+ gaat voor het uitvoeren van deze taken. De samenwerkende gemeenten hebben, net als in de huidige Jeugdwet, veel vrijheid in de manier waarop ze het aanbod organiseren/inkopen: variërend van bijvoorbeeld zelf personeel in dienst nemen, aanbesteden, open house of subsidie. Ook qua bekostigingsvormen is er vrijheid.

Effecten

Kernoorzaak: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt

In deze beleidsoptie wordt het naar verwachting aantrekkelijker om te investeren in effectieve preventie en vroege interventie om zo relatief dure zorg te voorkomen. De kosten voor preventie, ondersteuning en zorg worden immers allemaal door de samenwerkende gemeenten gedragen;

Kernoorzaak: De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod

Vermoedelijk beperkt deze variant niet direct de vraag, maar worden gemeenten hiermee wel instaat gesteld om makkelijker een alternatief te bieden voor (intensieve) ggz in de vorm van hulp, ondersteuning of lichtere vormen van zorg. Tevens kunnen gemeenten, doordat de ggz een voorziening wordt, beter sturen op de inzet van (eerst) groepsbehandeling in plaats van een individuele behandeling. Op deze wijze kan deze variant mogelijk bijdragen aan een efficiëntere en passendere verdeling van de vraag over het beschikbare aanbod. Tegelijkertijd vergt het wel voldoende expertise en kennis van de gemeente om te bepalen welke vormen van zorg het meest effectief en passend zijn.

Kernoorzaak: Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek

Los van de nieuwe verantwoordelijkheid voor de gehele mentale gezondheidsketen, blijven gemeenten ook een grote rol spelen bij huisvesting, schuldhulpverlening, inkomensondersteuning, openbare orde en dergelijken. Naar verwachting kan de GGD+ daarom integrale hulp en zorg organiseren die past bij complexe hulpvragen en in gevallen waar dat nodig is voor individuen en hun omgeving maatwerk leveren. Wel zal er samenwerking nodig zijn tussen verschillende GGD-regio's om in bepaalde schaarse specialistische ggz te voorzien dat alleen op bovenregionaal of landelijk niveau noodzakelijk is. Hiervoor is een goede samenwerkingsrelatie tussen de gemeenten en voldoende expertise noodzakelijk. Het is onzeker of kleinere gemeenten met relatief weinig inwoners met een complexe zorgvraag voldoende prikkel hebben bij te dragen aan de inkoop van bovenregionale functies. Zij zullen mogelijk meeliften op de inspanningen van relatief grote gemeentes.

Kernoorzaak: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

De versnippering wordt met deze variant naar verwachting sterk verminderd, omdat de verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek allemaal bij samenwerkende gemeenten liggen. Ook het schot tussen hulp voor jeugd en volwassenen verdwijnt. Dit zorgt echter juist wel weer voor een schot tussen het deel van de jeugdzorg dat is gericht op mentale problematiek en het overige deel van de jeugdzorg.

Overige effecten

- Het neerleggen van een verantwoordelijkheid bij samenwerkende gemeenten, betekent dat gemeenten binnen een GGD-regio eventueel gaan strijden om budgetten en de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de taken. Het zou botsingen tussen bijvoorbeeld grotere en kleinere gemeenten in een regio kunnen opleveren, zeker als de populatie in beide gebieden iets anders nodig heeft of als de colleges en gemeenteraden verschillende (politieke) visies hebben op preventie, ondersteuning en zorg. Gemeenten zijn beperkter in hun autonomie als taken verplicht in samenwerking moeten worden uitgevoerd. Dat schuurt tevens met de democratische legitimiteit van gemeenten.
- Deze variant bevordert een transitie van het huidige curatief gericht ggz-aanbod, naar meer collectief en herstelgericht aanbod. Denk aan minder één op één ggz-behandeling en meer groepsbehandelingen (op indicatie) of op mentale gezondheid gerichte 'inloopvoorzieningen', zoals herstelacademies, lotgenotengroepen, digitale vormen ondersteuning en zorg, waar iemand geen indicatie voor nodig heeft. Dat vraagt ook om een transitie in de rol van ggz-professionals en om wijzigingen in de opleidingen. Overigens kunnen gemeenten er wel voor kiezen om juist één op één ggz-behandelingen in te kopen.
- Met het overhevelen van de mentale gezondheidszorg uit de Zvw verdwijnt het eigen risico, waardoor de drempel om mentale hulp te zoeken afneemt. Eigen betalingen voor een deel van het aanbod zijn in deze variant mogelijk. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met stapeling van kosten voor mensen bovenop het eigen risico voor de somatische zorg.
- Voor de meeste ggz-aanbieders zal het aantal inkopers en de daaruit voortkomende administratieve lasten afnemen, omdat zowel de jeugd-ggz als de volwassenen-ggz enkel door de GGD+ wordt uitgevoerd en niet meer door individuele gemeenten en verschillende zorgverzekeraars. Ziekenhuizen die specialistische ggz leveren krijgen er waarschijnlijk één of enkele inkopers bij.
- Bij deze hervorming is aandacht nodig voor samenloop van de huidige rol van de GGD als onafhankelijk adviseur van de gemeente en de coördinerende en uitvoerende rol die van een GGD+ zoals beschreven in dit fiche.

Deze denkrichting vraagt om een transitie in de manier waarop de ggz nu wordt ingekocht en georganiseerd. Een dergelijke transitie vraagt nadere uitwerking voordat hiertoe wordt besloten, ook omdat deze mogelijk nieuwe problemen met zich meebrengt. Deze moeten worden doordacht. Ook zal deze transitie veel vragen van gemeenten. Er is meer expertise nodig bij gemeenten en de GGD+ voor het organiseren van passende geestelijke gezondheidszorg, omdat deze taak op dit moment nog niet bij hen belegd is. De taak van de GGD+ is veel omvangrijker dan de huidige taak van de GGD. Deze beleidsoptie vraagt om een wezenlijke herziening van de positionering van de GGD. Deze beleidsoptie zal daarom ook een realistische doorlooptijd moeten hebben en het is nodig om te investeren in de transitie, om te komen tot een zorgvuldige implementatie.

Samenhang met andere beleidsopties

Deze beleidsoptie zou in samenhang kunnen worden uitgevoerd met het hervormen van het ondersteunings- en zorgaanbod via mentale gezondheidsnetwerken (hervormingsvariant E). Mogelijke stappen die ondersteunend zijn aan of gedeeltelijk risico's mitigeren van deze varianten zijn:

- Experiment in enkele regio's waarbij één verzekeraar de ggz in representatie inkoopt en de verantwoordelijkheid krijgt om in samenwerking met gemeentes in deze regio te bouwen aan een mentaal gezondheidszorg netwerk.
- Experimenten waarin mentale gezondheidscentra (optie 16) in een aantal regio's worden doorontwikkeld tot regionale netwerken voor mentale gezondheid, inclusief een opdracht om een netwerk te bouwen met andere beleidsdomeinen, zoals onderwijs, woningmarkt en werk met als doel om een netwerk van preventie en vroegsignalering, tot ondersteuning en zorg op te bouwen.
- Een basisaanbod aan faciliteiten voor psychische klachten via de Wmo in iedere gemeente. Dit zou samen moeten gaan met verminderde toegankelijkheid tot ggz via de Zvw (optie 16).
- Groepsbehandeling en digitale behandeling voorliggend (opties 19 en 20)
- Experiment met regionale, domeinoverstijgende populatiebesteding (optie 34)
- Veel andere opties uit bouwblok D (zoals gezinsgericht werken – optie 29 en consultatiefunctie sociaal domein, ggz en huisarts – optie 28) en opties uit bouwblok B die alternatief aanbod stimuleren (optie 17) en behandelduur beperken (optie 9). Ook beleidsopties die inzetten op preventie uit bouwblok A sluiten aan op deze optie.

Variant D - Lichte ggz overhevelen naar de Wmo

Kern

De lichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)² overgeheveld. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de organisatie en inkoop van lichte zorg en ondersteuning bij psychische problematiek.

Specialistische ggz of ggz voor mensen met meer ernstige psychische problematiek komt onder de verantwoordelijkheid van een nader te bepalen (bovenlokale of landelijke) inkoper of blijft bij verzekeraars.

Het doel is het terugdringen van versnippering, demedicalisering en betere aansluiting bij andere beleidsdomeinen. Door lichte ggz te integreren in de gemeentelijke infrastructuur – samen met jeugdhulp, Wmo-ondersteuning, welzijn en schulddienstverlening – kunnen gemeenten een samenhangend aanbod realiseren, gericht op het versterken van de eigen regie en het sociaal functioneren van inwoners. Gemeenten kunnen bij private aanbieders de zorg inkopen of ervoor kiezen om zorg en ondersteuning zelf in eigen beheer uit voeren (via een aan de gemeente gelieerde entiteit).³

Uitwerking

De gemeenten kopen deze zorg in als voorziening onder de Wmo. Daarbij kunnen zij kiezen tussen: a) lokale inkoop binnen de eigen gemeente en b) regionale samenwerking. Welke variant de gemeente kiest is afhankelijk van voorkeuren, uitvoeringscapaciteit en type zorg. Voor laagdrempelige voorzieningen en basis ggz kan lokale inkoop geschikt zijn terwijl voor enkelvoudige specialistische behandelingen regionale inkoop geschikt kan zijn. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij het wetsvoorstel Verbetering beschikbaarheid jeugdzorg.

Gemeenten worden bekostigd via het Gemeentefonds of via geormerkte specifieke uitkeringen. Gemeenten zijn formeel risicodragend: zij moeten binnen het beschikbare budget een adequaat aanbod organiseren. De ervaring in de Jeugdwet leert echter dat risico's uiteindelijk toch kunnen worden herverdeeld of aanvullende financiering nodig is.

In de huidige Wmo bestaan prikkels om cliënten door te verwijzen naar zorg gefinancierd uit de Zvw of Wlz om kosten af te wentelen. Om dit te voorkomen kan een bonus-malussysteem worden ingevoerd. Bijvoorbeeld: aanbieders worden beloond als zij cliënten binnen het lichte domein kunnen helpen. Omgekeerd kunnen gemeenten verantwoordelijk worden gemaakt voor een deel van de kosten als een cliënt doorstroomt naar ggz voor mensen met ernstige problematiek.

Effecten

Kernoorzaak: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt

Door de overheveling worden gemeenten direct verantwoordelijk voor de lichte zorg. De veronderstelling is dat daarmee een prikkel wordt gecreëerd om in preventie en vroegsignalering te investeren. Preventie blijft op het niveau van de gemeenten kan mogelijk daardoor sterk verschillen.

² Deze variant is deels geïnspireerd op de maatregel "Eerstelijns ggz naar Wmo en tweedelijns ggz landelijk coördineren" zoals deze in Zorgkeuzes in kaart 2020 is uitgewerkt (CPB 2020). Van <https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/rapporten/zorgkeuzes-in-kaart/zorgkeuzes-in-kaart.pdf>

³ <https://open.overheid.nl/documenten/f57bb334-4db3-4289-bcea-1d3f1af5d9d4/file>

Kernoorzaak: De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod

De lichte ggz is geen verzekerd recht meer, maar wordt een voorziening. Er wordt ervan uitgegaan dat er meer sturing tot de toegang tot zorg kan plaatsvinden. De hypothese hierin is dat de gemeenten eigen criteria stellen voor toegang en prioritering, wat potentieel helpt om de vraag te beheersen.

Kernoorzaak: Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek
Niet van toepassing

Kernoorzaak: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

De overheveling van lichte ggz naar gemeenten zal de versnippering verminderen. Doordat de Wmo, jeugdhulp en lichte ggz door een inkoper worden ingekocht, is het mogelijk om breed te kijken naar de hulpvraag van mensen. Ook zou in dit systeem de koppeling tussen de ggz-vragen en andere domeinen (o.a schulden, werkloosheid of huisvesting) makkelijker gemaakt kunnen worden. Dit zou tot demedicalisering kunnen leiden.

Er wordt wel een nieuw schot tussen zorg voor lichte en zware problematiek gecreëerd. Gezien het onvoorspelbare verloop van psychisch klachten en het feit dat er voor een relatief grote populatie behoefte is aan waakvlamzorg (lange periode lichte zorg en soms zeer intensief) is het mogelijk dat niet snel genoeg geëscaleerd kan worden vanwege dit schot, wat tot discontinuïteit kan zorgen. Er is ook een kans op onduidelijkheid in verantwoordelijkheden bij overgang tussen zorgniveaus. Ook heeft deze hervorming niet direct een positief effect op de samenhang tussen de ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek en andere beleidsdomeinen.

Overige effecten/risico's

- Een cruciale randvoorwaarde voor deze variant is een werkbare afbakening tussen lichte ggz (voor gemeenten) en ggz voor ernstige problematiek (voor een andere inkoper). Een goede afbakening moet voldoen aan een aantal voorwaarden, nl: a) *Inhoudelijke consistentie: passende toewijzing op basis van zorgzwaarte en behandelbaarheid*; en b) *Handhaafbaarheid in de praktijk: heldere triagecriteria die misbruik, afwenteling of strategisch gedrag voorkomen*. Dit vergt nader onderzoek.
- Niet alle gemeenten hebben de schaal en de kennis om deze zorg in te kopen. Na de decentralisatie van de jeugdhulp in 2015 is gebleken dat dit in sommige gemeenten niet goed tot stand kwam. Gevolg kan zijn dat er grote verschillen tussen gemeenten ontstaan en mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit kan leiden tot ongelijke toegankelijkheid; juridisch kan er wel een ondergrens worden afgedwongen.
- Er is beperkte monitoring op de inzet en uitkomsten van gemeentelijk gezondheidsbeleid. In de jeugdzorg en in de WMO is er weinig informatie beschikbaar over welke zorg waar wordt geleverd en wat de kwaliteit van die zorg is. Hierdoor kan ook moeilijk op de kwaliteit en toegankelijkheid van deze zorg worden gestuurd. Als dit niet wordt veranderd, zal dit ook tot beperkt zicht op de lichte ggz leiden.
- Het is de vraag of gemeentelijke inkoop even doelmatig zal zijn voor als inkoop door zorgverzekeraars, omdat de schaal waarop zorgverzekeraars opereren groter is en de daarmee meer expertise in huis hebben en onderhandelingsmacht hebben.
- In de nieuwe situatie zullen de aanbieders met een werkgebied groter dan een enkele gemeente nog steeds met verschillende gemeenten contracten moeten afsluiten. Dit zorgt voor hoge administratieve lasten. Tegelijkertijd zal het proces van contractering met verschillende verzekeraars wegvallen.

- Nieuwe situatie zal waarschijnlijk extra belasting voor mantelzorgers brengen, aangezien de gemeenten in eerste instantie ook zullen kijken wat mensen zelf kunnen.
- De overhevelingen zullen gepaard gaan met transitiekosten. Deze kosten zijn in 2020 geschat op EUR 5 mld. gedurende 8 jaar.⁴

Samenhang met andere beleidsopties

Eerste stappen kunnen zijn:

- Een basisaanbod aan faciliteiten voor psychische klachten via de Wmo in iedere gemeente (optie 16). Dit zou samen moeten gaan met verminderde toegankelijkheid tot ggz via de Zvw.
- De fiches in dit IBO onder bouwblok 4, die de gevolgen van versnippering adresseren.

⁴ Zie CPB (2020) optie 41 van <https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/rapporten/zorgkeuzes-in-kaart/zorgkeuzes-in-kaart.pdf>

Variant E - Regionale Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) als coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg

Kern

In deze beleidsoptie wordt een denkrichting geschetst van een mogelijke herziening van het aanbod van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. De kern van deze herziening is dat Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) in elke regio gepositioneerd zijn als hét coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg met betrekking tot mentale gezondheid. Het MGN wordt een laagdrempelige toegangspoort voor alle mentale gezondheidsvragen. Kernelementen uit het MGN zijn: demedicalisering van hulpvragen, eigen regie van de hulpvrager waar dat mogelijk is, meer laagdrempelig hulpaanbod (o.a. welzijnsaanbod) en transdiagnostisch werken. Door het verkennend gesprek en nauwe samenwerking tussen het sociaal domein en de zorg, maar ook scholen, woningcorporaties en politie, kan een integraal hulpaanbod worden vormgegeven als dat nodig is. Het ggz-aanbod is begrensd: groeps- en digitale zorg zijn voorliggend en de duur van de behandeling is begrensd. Alle aanbieders van ondersteuning en zorg bij psychische problematiek zijn verplicht aangesloten bij het MGN, indien zij in aanmerking willen komen voor een vergoeding, zodat in elke regio een samenhangend netwerk van ondersteuning en zorg ontstaat. Dit fiche kan zowel richting geven aan hervorming van het aanbod binnen het huidige zorg- en ondersteuningsstelsel, als een denkkader bieden bij een meer fundamentele herziening van de inkoop van de gehele ggz (zie ook fiches XX en XX met inkoopvormingen).

Het doel van deze aanbodhervorming is goede toegang tot ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek, zonder lange wachttijden. Het centraal positioneren van MGNs draagt bij aan het tegengaan van versnippering en verkokering binnen de ggz en met aanpalende domeinen, door ondersteuning en zorg veel meer in samenhang aan te bieden. Daardoor wordt het eenvoudiger om integrale systeemgerichte hulp en zorg aan te bieden.⁵ Niemand valt meer tussen wal en schip, omdat duidelijk is dat het MGN er is voor alle mensen uit de regio. Door het enerzijds vergroten van het laagdrempelige aanbod en anderzijds het begrenzen van de vorm en duur van ggz-behandeling, kunnen meer mensen worden geholpen met minder professionals. Daarnaast wordt de prikkel voor preventie en vroegsignalering versterkt.

Uitwerking

De kern van deze herziening is dat Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) gepositioneerd zijn als het regionale coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg met betrekking tot mentale gezondheid. Het MGN wordt de toegangspoort voor alle mentale gezondheidsvragen van mensen. Dat vraagt in grote lijnen de volgende wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie.

Iedereen kan laagdrempelig, zonder wachttijden, naar het regionale MGN; een verwijzing van een huisarts is niet noodzakelijk. Het MGN heeft zowel fysieke locaties, als digitaal hulpaanbod. Door de drempel om hulp te vragen te verlagen wordt bevorderd dat mensen hier in een vroegtijdig stadium toe overgaan.

⁵ Dit betekent ook dat niet alleen mensen met een psychische aandoening die in de DSM staat recht hebben op ondersteuning of zorg, maar iedereen die psychische klachten heeft. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een burn-out (volgens de DSM geen psychische aandoening), die op dit moment alleen ggz-zorg ontvangen als zij deze zelf betalen.

In MGNs komt het herstelmodel centraal te staan, niet het ziektemodel. De noodzaak om een DSM-classificatie te stellen wordt losgelaten⁶ en mensen worden geholpen om met de klachten en problemen die ze ervaren hun eigen herstelproces aan te gaan. Zij maken gebruik van hun eigen kracht, het eigen netwerk en hebben eigen regie in het gebruiken van het aanbod van het MGN.

In een MGN komt een breed aanbod aan hulp beschikbaar, maar dit aanbod wordt wel begrensd in vorm en duur.⁷ Het MGN gaat werken vanuit het principe van de-medicaliseren van psychische klachten, door niet iedereen medische zorg te geven maar ook (en vaak voorliggend) verschillende vormen van ondersteuning aan te bieden. Laagdrempelig hulpaanbod (sociaal domein), groepsbehandelingen en digitale zorg komen centraal te staan. Individuele ggz-behandelingen zullen beschikbaar zijn, maar alleen toegankelijk indien uit een (indien van toepassing systeemgericht)⁸ 'verkennd gesprek'⁹ tussen professionals uit het sociaal domein, ggz en de betrokkene zal blijken dat dit passende zorg is. . Als cliënt en professional(s) na één jaar onvoldoende resultaat ervaren, volgt er een nieuw verkennd gesprek. Eventueel wordt een verplichte stop met therapeutische behandeling van minimaal 1 jaar ingevoerd, nadat mensen 2 jaar ondersteuning en zorg vanuit het MGN hebben gehad, om ook op die manier gebruik van ggz te begrenzen. Specifiek voor mensen met ernstige psychische problematiek wordt een integraal ondersteunings- en zorgaanbod geboden, waarbij hulp bij wonen en bestaanszekerheid belangrijke aandachtspunten zijn.

Al het publiek vergoedde aanbod voor ondersteuning en zorg op het gebied van de mentale gezondheid (op basis van de huidige Wmo, Zvw en eventueel ook Jeugdwet en Wlz) wordt aangesloten bij c.q. gaat samenwerken met het MGN. Aanbieders die niet via het MGN worden ingeschakeld c.q. bij het MGN zijn aangesloten kunnen geen vergoeding krijgen voor het verlenen van hulp en zijn dus aangewezen op mensen die de hulp zelf betalen. Laagdrempelige steunpunten en de inzet van ervaringsdeskundigen worden onderdeel van het MGN.

De huisarts en het gemeentelijk/sociaal domein staan in dit scenario in nauw contact met het MGN. Ten minste voor het behouden van overzicht op alle facetten van gezondheid, zowel fysiek, als mentaal en sociaal, maar ook voor onderdelen van behandelingen/oplossingen. Het werk dat op dit moment wordt gedaan door de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz) bij het ondersteunen, begeleiden en kortdurend behandelen van mensen met lichte psychische problematiek wordt verplaatst naar het MGN. Er zal nauwe samenwerking/afstemming worden georganiseerd met Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) en hechte wijkverbanden waarin ten minste huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en het sociaal domein de zorg en ondersteuning organiseren en afspraken maken over bijvoorbeeld specifieke patiëntgroepen. Daarnaast zal intensief worden samengewerkt met lokale teams als toegang tot het sociaal domein. Die samenwerking met sociaal domein vormt tevens de toegang van MGNs tot onderwijs, woningmarkt, werk en veiligheidspartners. Op die manier kan bijvoorbeeld met mensen worden gewerkt aan begeleiding bij het starten van een nieuwe opleiding en toetreding tot de arbeidsmarkt en kan meer worden geïnvesteerd in vroegsignalering en preventie bij risicogroepen.¹⁰

⁶ Dit betekent ook dat niet alleen mensen met een psychische aandoening die in de DSM staat recht hebben op ondersteuning of zorg, maar iedereen die psychische klachten heeft. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een burn-out (volgens de DSM geen psychische aandoening), die op dit moment alleen ggz-zorg ontvangen als zij deze zelf betalen.

⁷ Nader bekeken zou moeten worden of dit voor al het aanbod zou moeten gelden, of bijvoorbeeld alleen voor therapeutische behandeling en niet voor medicatie en ondersteuning vanuit het sociaal domein. Voorkomen moet worden dat dit leidt tot het verplaatsen van zorg, omdat mensen die nog een zorgvraag hebben bij de huisarts aankloppen.

⁸ Zie voor inhoudelijke toelichting over het belang van gezins-/systeemgericht werken in de ggz ook optie 29 over gezinsgericht werken. ⁹ Zorginstituut Nederland (2024) <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2024/03/28/standpunt-verkennd-gesprek>.

¹⁰ Zoals bijvoorbeeld IPS <https://www.werkenmetips.nl/wat-is-ips/>.

Wijze waarop deze hervorming tot stand kan komen

Deze hervorming zou zowel kunnen worden uitgewerkt binnen het huidige stelsel (met forse wijzigingen in wet- en regelgeving), als in een stelsel waarin ook de inkoop wordt hervormd.

Indien deze hervorming binnen het huidige stelsel wordt uitgewerkt, zal dit een forse wijziging in de aanspraken op ggz-zorg en ondersteuning vereisen. Daarnaast vereist dit onder meer aanpassing van art.13 (het recht op vergoeding van ongecontracteerde zorg) en art.14 (de huisarts kan verwijzen naar specialistische zorg (in dit scenario alleen in acute gevallen) Zvw. Ook moeten bij het uitwerken van deze hervorming alle benodigde verwerkingen van persoonsgegevens nauwkeurig in beeld worden gebracht om de vraag te kunnen beantwoorden of de grondslagen voor de verwerking en meer specifiek uitwisseling van persoonsgegevens (bijvoorbeeld tussen het ggz-domein en het sociaal domein) toereikend zijn. Daarnaast is het nodig dat verzekeraars gelijkgericht en in nauwe samenwerking met gemeenten, de benodigde regionale infrastructuur inkopen. En dat aanbieders van ondersteuning en zorg een netwerk met elkaar gaan vormen en werkafspraken maken. Binnen het huidige stelsel zal het, o.a. vanwege versnippering van de inkoop van zorg en ondersteuning over diverse partijen, echter tijd kosten en wellicht maar in beperkte mate mogelijk zijn om deze hervorming door te voeren. Zowel landelijk als regionale regie is nodig om een dergelijke hervorming te realiseren.

Het is aannemelijk dat een herziening van het aanbod beter gerealiseerd kan worden, als in samenhang hiermee ook de inkoop van de ggz wordt herzien. De aanbodhervorming zal immers door de inkoper moeten worden ondersteund. Deze aankoopvorming zou zowel richting kunnen geven aan het aanbod als de gehele ggz wordt overgeheveld naar één nationale volksverzekering met één regionale inkoper (Hervormingsoptie B), als bij een overheveling van alle preventie, ondersteuning en zorg naar een publieke entiteit op regionaal niveau (Hervormingsoptie C). Bij optie B kan de regionale inkoper, in nauwe samenwerking met gemeenten sturen op de herziening van het aanbod. Bij optie C kan de GGD+ zelf het MGN organiseren en regie voeren op de inkoop van al het andere ondersteunings- en zorgaanbod. Als alleen de lichte ggz wordt overgeheveld naar de Wmo (Hervormingsoptie D), zullen gemeenten kunnen sturen op het aanbod. MGNs zullen zich dan wel enkel moeten richten op de zorg voor mensen met lichtere problematiek.

Keuze bij ondersteuning en zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek:

Een belangrijke keuze bij de inrichting van een MGN is de manier waarop de ondersteuning en zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek wordt georganiseerd/ingekocht.

- Optie 1: Het is mogelijk om een harde knip te zetten tussen enerzijds MGNs voor lichte tot matige problematiek (denk aan ongeveer 80% hulpvragers) en anderzijds een specifiek (zorg)aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek (ong. 20% hulpvragers), zoals outreachende zorg, acute zorg en klinische capaciteit. Dat vraagt om heldere afbakening van wie er toegang heeft tot dit specifieke aanbod. De indicatiestelling moet zorgvuldig en geprotocolleerd worden gesteld door hiervoor opgeleide mensen op basis van strenge criteria, zodat dit aanbod alleen beschikbaar is voor de mensen die dat nodig hebben.¹¹ Het voordeel van deze optie is dat er specifieke middelen zijn gereserveerd en er specifieke regie is op de zorg voor mensen met ernstige problematiek. De inkoop van deze zorg en ondersteuning kan door een andere, gespecialiseerde inkoper worden gedaan. Dit model zou passen bij hervormingsvariant A, waarbij ook een knip in de inkoop wordt voorgesteld voor mensen met ernstige problematiek. Het is echter de vraag of een dergelijke harde knip altijd mogelijk is, en

¹¹ Het inzetten van specialistische expertise aan de voorkant kan nodig zijn voor een effectieve inschatting van de problemen (ook bijvoorbeeld in systemisch perspectief) aan de voorkant en vervolgens de inzet van daarbij passende integrale zorg.

of het binnen deze vorm van zorg mogelijk is om continuïteit van zorg en ondersteuning te leveren voor mensen met een complexere hulpvraag c.q. mensen die in verschillende (levens)fasen een verschillende mate van intensiteit van zorg en ondersteuning nodig hebben. Een nadeel is ook dat het lastiger is om integraal systeemgericht te werken met onderling afgestemde, verschillende vormen van hulp- en zorgverlening voor verschillende gezinsleden.

- Optie 2: Het MGN coördineert de ondersteuning en zorg voor alle mensen met psychische problematiek, dus ook voor mensen met ernstige psychische problematiek. Dit vraagt om waarborgen binnen het MGN dat voldoende budget beschikbaar wordt gesteld voor het aanbod voor deze groep en er zorgvuldig wordt geselecteerd wie gebruik kan maken van het intensievere en langduriger aanbod dat voor mensen met ernstige psychische problematiek beschikbaar is. Het voordeel van deze optie is dat de integrale aanpak tussen ondersteuning, zorg en andere levensdomeinen juist ook voor mensen met ernstige problematiek veel meerwaarde heeft. Bovendien kan zo makkelijker geschakeld worden tussen zorg en hulp voor verschillende gezinsleden vanuit een integrale systeemgerichte aanpak en kan hulp en zorg makkelijker ge(de)intensificeerd worden aansluitend bij de levensloop. Dit model zou passen bij hervormingsvariant D, waarbij de inkoop preventie, ondersteuning en zorg bij de GGD+ wordt belegd. Belangrijk is wel dat e.e.a. stevig wordt gereguleerd om perverse financiële prikkels, bijvoorbeeld voor onderbehandeling van mensen met ernstige problematiek, te voorkomen.

Effecten

Kernoorzaak: Een gerichte overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt

Kern van deze variant is een niet strikt medische maar juist integrale en domeinoverstijgende benadering, met als doel het bieden van passende ondersteuning en (waar nodig) zorg (de-medicaliseren). Het MGN is het startpunt van elke mentale zorgvraag en organiseert dat de cliënt op de juiste plek terecht komt. Mentale gezondheidsnetwerken kunnen o.a. gerichte vroegsignalering en preventie inzetten aan de hand van lokale/regionale behoefte, in samenwerking met maatschappelijke partners (o.a. lokale teams en scholen).

Kernoorzaak: De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod

Deze variant zet niet in op het beperken van het aantal mensen dat hulp vraagt. Het doel is juist om de drempel voor hulp te verlagen om zo 'erger' te voorkomen en/of gerichter te kunnen behandelen. Het zet in op een andere organisatie van GGZ zorg, duidelijke afbakening en (voor mensen met lichtere psychische problematiek) ook begrenzing van het aanbod, zowel in type (ondersteuning, groepsbehandeling en digitale zorg zijn voorliggend aan individuele behandeling) als in tijd (behandelduur beperkt en maximaal 2 jaar aansluitend hulp). Dit met als doel om aanbod geïndiceerde vraag en het risico op doorbehandelen terwijl dit niet veel gezondheidswinst meer oplevert tegen te gaan, en daardoor ook de wachttijden sterk te verminderen en met het aantal beschikbare professionals zoveel mogelijk mensen te helpen.

Kernoorzaak: Benodigd aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in huidig beleid, dit geldt zeker voor complexe hulpvragen

Door al het aanbod via MGNs te organiseren is er één regionale regisseur van het aanbod, waardoor beter kan worden gestuurd op het aanbod. Hierdoor kan bijvoorbeeld worden voorkomen dat veel (hoogopgeleide) professionals zich met name richten op mensen met lichte problematiek. Als wordt gekozen om een knip te zetten tussen het MGN enerzijds en het aanbod voor mensen met ernstige problematiek anderszijds, dan kan budget en aantal professionals beschikbaar voor ernstige problematiek beter worden afgebakend en daarmee de toegankelijkheid worden verbeterd. Als gekozen wordt om de hulp voor mensen met ernstige problematiek binnen het MGN te organiseren, is afbakening binnen het netwerk nodig om te sturen op voldoende aanbod.

Kernoorzaak: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

In deze variant kunnen ondersteuning en zorg voor mentale gezondheid én interventies uit andere domeinen (o.a. school, wonen, werk) in samenhang toegankelijk worden gemaakt doordat ggz, eerste lijn en lokale teams goed samenwerken. Dit zou de mogelijkheden om een integraal (waar van belang systeemgericht) aanbod te bieden voor individuen en gezinnen die dat nodig hebben mogelijk kunnen versterken. Door de sterkere organisatie van de ondersteuning en zorg voor mentale gezondheid, zal samenhang met (aanbieders van) fysieke zorg worden versterkt. Specifiek de huisarts zal hier veel baat bij hebben, omdat deze nu nog te vaak ongewild deze zorg moet dragen terwijl hij daar onvoldoende voor geëquipeerd is.

Overige effecten

- Deze variant stelt een grote hervorming van het aanbod voor, met verstreckende gevolgen voor hulpvragers, aanbieders van zorg en gemeenten. Het is gebaseerd op een mogelijk ideaal toekomstbeeld, maar zal verder moeten uitgewerkt om een realistischer beeld van de werkelijkheid te schetsen en heldere besluiten te kunnen nemen.
- Duidelijk is dat zowel landelijke, als regionale regie nodig is om deze verandering te realiseren.
- Minder keuzevrijheid voor hulpvragers en aanbieders, omdat aanbieders verplicht aangesloten moet zijn bij MGN en hulpvragers altijd via het MGN 'tot zorg' komen.
- Veel macht bij de MGNs door deze coördinerende rol. Hier moeten heldere kaders en tegenmacht, bijvoorbeeld vanuit inkoop en toezicht tegenover staan.
- Veel juridische vragen moeten verder worden uitgewerkt, bijvoorbeeld de vraag of, en zo ja, hoe de maatregel dat aanbieders alleen een vergoeding voor het verlenen van hulp of zorg kunnen krijgen indien zij bij het MGN zijn aangesloten, mogelijk is binnen Europese regelgeving als het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU),¹² Europese richtlijn 2011/124/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende patiëntenzorg¹³ en/of artikel 1 EVRM.¹⁴

Samenhang met andere beleidsopties

Er is samenhang met de volgende beleidsopties:

- Opties 19 en 20 'Groepsbehandeling en hybride zorg is voorliggend';
- Optie 16 'Bestendigen en opschalen van Mentale Gezondheidsnetwerken', waarin eerste gedachten staan over de bovengenoemde maatregelen, maar ook twee mogelijke maatregelen voor verbreding van de bestaande functies van MGNs worden genoemd die verder worden uitgewerkt in
- Optie 28 (uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties); en
- Optie 29 (gezinsgericht werken);
- Optie 16 over het wettelijk verankeren van (o.a.) MGNs in de Wmo 2015;
- Optie 34 'Experiment populatiebesteding lokale/ regionale netwerken';
- Fundamentele beleidsvarianten A 'Lichte ggz overhevelen naar Wmo' en D 'Preventie, ondersteuning en zorg bij psychische problematiek via een regionaal georganiseerde publieke voorziening'.

¹² Dit verdrag behandelt onder andere de interne markt.

¹³ Op grond van deze richtlijn moeten verzekeren voor rekening van hun zorgverzekering ook zorg in andere EU-lidstaten kunnen betrekken. Aangezien zorgaanbieders in andere lidstaten lang niet altijd gecontracteerd zullen zijn, betekent dit ook dat de mogelijkheid moet blijven bestaan om voor op naturabasis verzekerde zorg voor rekening van de zorgverzekering naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan.

¹⁴ O.a. vrij verkeer van diensten.

Beleidsopties

1. Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid

Omschrijving van de beleidsoptie

De overheid investeert structureel in een kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid. Het doel is om beter te begrijpen wat de oorzaken zijn van mentale ongezondheid, wat de effecten van beleid in andere domeinen (zoals wonen, armoede of onderwijs) zijn, en welke interventies echt werken om psychische problemen te voorkomen. Concreet betekent dit:

- Het verduurzamen van bestaande kennisinitiatieven die nu tijdelijk en versnipperd zijn (zoals monitors, databases en onderzoeksprogramma's)
- Het ontwikkelen van een dashboard met betrouwbare cijfers over mentale gezondheid per regio of doelgroep.
- Het inrichten van een academische werkplaats dat kennis bundelt, ontwikkelt en verbindt met de praktijk.
- En het stimuleren van kennisontwikkeling en implementatie van effectieve en kosteneffectieve interventies.

Met als resultaat om die inzichten en kennis te delen met partijen (landelijk en lokaal), zodat zij handvatten krijgen voor het ontwikkelen van beleidsplannen, het uitwerken en uitvoeren van passende maatregelen gericht op groepen die een verhoogd risico lopen op mentale ongezondheid. Door hierop in te zetten wordt ook een structurele bekostiging van een kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid geborgd en het is een versterking en verduurzaming van bestaande (deels tijdelijke) initiatieven (zoals de kennisinfrastructuur mentale gezondheid gecoördineerd door Trimbos (ZonMw 2024-2027), interventiedatabases (RIVM) en monitor Mentale Gezondheid van Trimbos en het RIVM (2024-2026), die momenteel projectmatig en versnipperd gefinancierd zijn. Tevens betrekken en verstevigen we hierbij ook de inzet van de GGD als regionaal georganiseerde kennisorganisatie van de (samenwerkende) gemeenten met een wettelijk vastgelegde adviestaak.

Uitwerking van de maatregel langs twee lijnen

a. Kennisontwikkeling en monitoring

Deze maatregel richt zich op het ontwikkelen, structureren en benutten van actuele, domeinoverstijgende kennis over mentale gezondheid. Doel is om beleidsvorming te ondersteunen met onderbouwde inzichten over sociaal-maatschappelijke determinanten, tweede-orde effecten van beleid, en de (kosten)effectiviteit van preventieve en curatieve interventies. Hierbij zal ook worden aangesloten bij de in ontwikkeling zijnde keten voor mentale gezondheid. Er bestaan aanzienlijke kennislacunes over de relatie tussen maatschappelijke factoren en mentale gezondheid (zoals armoede, sociale media of werkstress), effectieve implementatie van interventies, de impact van bestaand beleid en de effectieve verbinding tussen preventie en andere beleidsdomeinen (wonen, werken ed. maar ook met zorgsector). Kennis is versnipperd, vaak tijdelijk gefinancierd en onvoldoende gekoppeld aan beleidsvragen of praktijkervaring. Zonder een stevige kennisbasis blijft gericht, effectief en integraal beleid op mentale gezondheid moeilijk realiseerbaar. Ook is een duurzame monitoring van ontwikkelingen zowel in cijfers als impact van beleid van belang. Er is momenteel geen integrale weergave van mentale gezondheid die beleidsrelevant, geografisch vergelijkbaar en actueel is en beleidsmakers op nationaal, regionaal en lokaal niveau inzicht geven in trends, verschillen en effecten van beleid op mentaal welbevinden. Belangrijk is dat ook geïnvesteerd wordt in monitoring zodat beleidssturing wordt versterkt, betere vroegsignalering mogelijk is en publieke verantwoording wordt verbeterd. Concrete stappen:

- Nationale kennisagenda mentale (volks)gezondheid (in samenwerking met onder meer ZonMw, RIVM, TNO, Trimbos, SCP en CBS), met expliciete aandacht voor sociale determinanten en leefomgevingen (maatschappij, gezinnen, buurt, onderwijs, werk en online), de keten van mentale gezondheid (van preventie tot zorg en herstel) en specifieke doelgroepen zoals jeugd, werkenden en mensen met lage SES.
- Meerjarige onderzoeksprogrammering. Onderzoeksvragen die voortkomen uit de nationale kennisagenda mentale (volks)gezondheid programmeren en uitzetten op basis van geprioriteerd thema's (te denken valt aan jeugd & schoolstress, werk & mentale belastbaarheid, bestaanszekerheid & welzijn).
- Publicatie van 4–6 thematische kennisnotities per jaar (o.a. mentale gezondheid en bestaanszekerheid, schoolstress, arbeidsmarkt, leefomgeving)
- Ontwikkeling van een domeinoverstijgend dashboard en doorontwikkeling huidige (tijdelijke) monitor mentale gezondheid inclusief duiding van cijfers en ontwikkelingen in samenwerking met o.a. RIVM, CBS, SCP, Trimbos
- Selectie en standaardisatie van kernindicatoren (bijvoorbeeld: psychisch welbevinden, stress, schulden, sociale cohesie, zorggebruik) en koppeling met bestaande monitors

b. Beleidsontwikkeling en uitvoering (verbinding onderzoek – beleid – praktijk); academische werkplaats

Deze maatregel richt zich op het versterken van de structurele vertaling van wetenschappelijke -, praktijk- en ervaringskennis naar lokale en landelijke beleidsontwikkeling en -uitvoering. Hiermee wordt de benutting van kennis over mentale gezondheid – inclusief domeinoverstijgende inzichten over bijvoorbeeld wonen, werk, of bestaanszekerheid – systematisch verbeterd. Veel waardevolle kennis uit onderzoek en praktijk blijft momenteel liggen, wordt onvoldoende ontsloten of bereikt beleidsmakers niet op het juiste moment of in de juiste vorm. Tweede-orde effecten op mentale gezondheid worden zelden beleidsmatig teruggekoppeld. De opbrengsten van 1a vormen hiervoor belangrijke input. Deze maatregel beoogt ook werkzame interventies te verzamelen, beoordelen en breed toegankelijk te maken zodat beleidsmakers en professionals beter onderbouwde keuzes kunnen maken en wordt effectieve implementatie op lokaal niveau ondersteund. Op dit moment is de kennis over interventies rond mentale gezondheid versnipperd en beperkt toepasbaar voor beleidsmakers of professionals. Daarnaast is het aanbod gericht op mensen om zelf aan hun mentale gezondheid te werken groot maar ook weerbarstig en zonder duidelijk handleiding. Daarom wordt ook ingezet op het onderzoeken, verder ontwikkelen en implementeren van effectieve tools waarmee mensen zelf kunnen werken aan hun mentaal gezondheid. Concrete stappen:

- Inrichten van een academische werkplaats mentale (volks)gezondheid (samen met gemeenten en GGD-en, wetenschap, praktijk en ervaringsdeskundigen)
- Ontwikkeling van een online portaal met overzichtelijke toegang tot kennisproducten, beleidsinstrumenten, handreikingen en goede voorbeelden.
- Ontwikkeling van implementatietoolkit met uitvoeringshandleidingen, kostenramingen, randvoorwaarden en praktijkvoorbeelden voor gemeenten o.a. op basis van de in ontwikkeling zijnde ketenaanpak mentale gezondheid.
- Doorontwikkeling van een landelijke erkenningssystematiek van interventies met aandacht voor implementatie. Aansluiting bij bestaande modellen (zoals NJi).

- Onderzoeken, (door)ontwikkelen en implementeren van effectieve handreikingen en tools voor mensen over wat ze zelf kunnen doen om mentaal gezond zijn en blijven door Trimbos (Mentaal Vitaal).¹⁵

Rationale

De maatregel draagt direct bij aan het oplossen van kernoorzaak 1 'Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt'. Zonder stevige kennisbasis ontbreekt het fundament voor structureel beleid. Met een kennisinfrastructuur ontstaat ruimte voor evidence-informed interventies, monitoring, en beleidsleren dat essentieel is voor lange termijn verbetering van psychisch welbevinden in Nederland. Een van de belangrijkste oorzaken voor het ontbreken van effectief preventiebeleid rond mentale gezondheid is het gebrek aan beschikbare, samenhangende en betrouwbare kennis. Het gaat hierbij niet zozeer om een gebrek aan kennis over de oorzaken van mentale problemen of wat mensen mentaal gezond houdt, maar vooral om een gebrek aan inzicht in wat werkt om deze oorzaken aan te pakken, en via welke mechanismen. Daarnaast is de kennisverspreiding gefragmenteerd en ontbreken duurzame verbindingen tussen beleid, praktijk en wetenschap. Er is ook onvoldoende zicht op de (kosten)effectiviteit van interventies, op de tweede-orde effecten van overheidsbeleid (zoals de impact van schulden, huisvesting of sociale media op mentaal welbevinden) en op de daadwerkelijke uitkomsten van beleid op lokaal niveau. Deze kenniskloof leidt tot bestuurlijke handelingsverlegenheid en tot versnippering in aanpak. Bestaande kennisinitiatieven – zoals interventiedatabases, monitors en onderzoeksprogramma's – zijn waardevol maar nu nog veelal projectmatig, tijdelijk en versnipperd georganiseerd. Dit belemmert duurzame beleidsontwikkeling, kennisdeling en opschaling van effectieve maatregelen. Door structureel te investeren in een robuuste kennisinfrastructuur wordt de basis gelegd voor wetenschappelijk onderbouwd, domeinoverstijgend preventiebeleid. Dit maakt het mogelijk om beter in kaart te brengen wat werkt, waar het werkt en voor wie het werkt. Het helpt ook om effecten van beleid in andere domeinen (zoals werk, wonen, onderwijs) op mentale gezondheid beter te begrijpen en daarop te sturen. Een sterke kennisinfrastructuur helpt om preventieve strategieën beter te onderbouwen en te implementeren.

Effecten

- **Versterking van de verbinding tussen beleid, praktijk en wetenschap**, wat bijdraagt aan duurzame kennisontwikkeling waardoor implementatie en opschaling van onder meer interventies verbetert.
- **Snellere en efficiëntere inzet van kennis over mentale gezondheid**. Meer sturingsinformatie voor Rijk, gemeenten en GGD'en, waardoor gericht (domeinoverstijgend) beleid en maatregelen mogelijk zijn bij rijk, gemeenten en GGD-en.
- **Effectievere preventie en beleidsvorming**, doordat duidelijker wordt wat werkt, voor wie, en onder welke omstandigheden, met name bij indirecte preventie gericht op sociale en economische determinanten. Hierdoor kunnen relevante inzichten beter toegankelijk en toepasbaar worden gemaakt.
- **Brede publieke bekendheid hoe te werken aan de eigen mentale gezondheid**, het bieden van advies en handelingsperspectief bieden aan mensen zelf om met hun eigen mentale gezondheid aan de slag te gaan.

¹⁵ Trimbos instituut (z.d.). Over Mentaal Vitaal. https://www.mentaalvitaal.nl/over-ons?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=19687564031&utm_term=mentaal%20vitaal&utm_content=648107543731&qad_source=i&qad_campaignid=19687564031&qclid=FAIaIQobChMIyuj3jLbxjgMVQZWDBx2w0DHBAAAYASAAEgKjKfD_BwE

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
a. Kennisontwikkeling en monitoring	0	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2027
b. beleidsontwikkeling en implementatie (verbinding onderzoek – beleid – praktijk)	0,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2027

Voor de berekening van b zijn drie bestaande programma's bij ZonMw met vergelijkbare opdrachten voor kennisontwikkeling als voorbeeld¹⁶ genomen, te weten: Kenniswerkplaatsen Jeugd¹⁷, Preventieprogramma 2023-2026¹⁸ en Programma Zingeving en Geestelijke verzorging¹⁹. De programma's Kenniswerkplaatsen Jeugd en Zingeving en Geestelijke verzorging hebben een begroting van € 8 mln. voor 4 jaar voor het ontwikkelen, de verspreiding en verbinding van wetenschappelijke onderzoek met de praktijk. Het Preventieprogramma bevat voor 4 jaar een programmalijn kennisbenutting en implementatie voor € 8,2 miljoen. Hiervan is het gemiddelde genomen wat neer komt op een bedrag van € 2 mln. per jaar. Aangevuld met € 0,5 voor het ontwikkelen van handvatten en tools voor mensen zelf om te werken aan hun mentale gezondheid (o.a. versterking van Mentaal Vitaal bij Trimbos). Voor a is uitgegaan van de bedragen in deze programma's waarbij het Preventieprogramma als meest vergelijkbaar wordt gezien als het gaat om programmalijn 3: effectiviteitsonderzoek. "Het doel van deze programmalijn is onderzoek stimuleren naar de effectiviteit en doelmatigheid van preventieve interventies; het gaat hierbij om de brede effectiviteit en doelmatigheid: inclusief de effectiviteit en doelmatigheid in de praktijk en inclusief de maatschappelijke kosten en baten van preventie die ook buiten de zorg optreden (maatschappelijke business case)." Het bedrag dat hiervoor staat komt neer op 6,2 voor een looptijd van 4 jaar, waarvoor er 1,5 miljoen per jaar beschikbaar is.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor uitvoering:

- Voldoende middelen en centrale opdrachtgeverschap (bijv. VWS i.s.m. ZonMw, RIVM, Trimbos).
- Voldoende beschikbare data.

Juridische toets:

- Kan binnen bestaande wetgeving en via programmatische samenwerking.
- Financiële ondersteuning van ondernemingen met overheidsmiddelen kan slechts voor zover die geen strijdigheid oplevert met de EU-regels en nationale regels voor staatssteun.

Planning:

- Start voorbereiding werkplaats Mentale (volks)gezondheid in 2026; kennisontwikkeling (oa dashboard) operationeel vanaf 2027.

¹⁶ Het betreft hier voorbeelden. Welke partij(en) worden betrokken bij deze maatregel, wordt nog bepaald.

¹⁷ ZonMw. (2025). Kenniswerkplaatsen jeugd. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/kenniswerkplaatsen-jeugd>

¹⁸ ZonMw. (2025). Preventieprogramma 2023-2026. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/preventieprogramma-2023-2026>

¹⁹ ZonMw. (2025). Zingeving en Geestelijke verzorging. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/zingeving-en-geestelijke-verzorging>

2. Mentale gezondheid lokaal beter verankeren

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie richt zich op het structureel aanpakken van de maatschappelijke en sociale oorzaken van mentale problematiek in alle beleidsdomeinen op gemeentelijke niveau. Veel determinanten van mentale (on)gezondheid, zoals bestaansonzekerheid, sociale uitsluiting, eenzaamheid, schuldenproblematiek, werk- en prestatiedruk, schoolstress, middelengebruik, leefstijl, onveilige woonomgevingen en gebrek aan sociale verbinding, liggen buiten het directe bereik van de ggz. In de huidige praktijk wordt bij beleid op diverse domeinen vaak geen expliciete afweging gemaakt van mogelijke effecten op het mentaal welbevinden en zijn er – in aanvulling op de afspraken in het AZWA – structurele middelen voor gemeenten nodig voor een stevig preventiebeleid om mentaal welbevinden in alle beleidsdomeinen te bevorderen en mentale problematiek te voorkomen.

Deze beleidsoptie beoogt mentale gezondheid als integraal aandachtspunt te verankeren in het lokale beleid op andere domeinen (zoals onderwijs, wonen, werk en sociale zekerheid), in lijn met het internationale "Mental Health in All Policies". In veel beleidsterreinen wordt mentale gezondheid nog niet meegewogen bij het opstellen, afwegen en uitvoeren van (nieuw) beleid. Via structurele middelen voor gemeenten voor mentale gezondheid wordt gestimuleerd dat gemeenten de mentale gezondheid meenemen in alle domeinen waarop zij beleid maken. Naast deze beleidsoptie zijn en nog andere beleidsopties die (ook) gaan over de gemeentelijke opgave zoals 5a, 16 en 29.

Versterken gemeentelijke uitvoeringskracht en infrastructuur

Deze maatregel heeft als doel om gemeenten in staat te stellen daadwerkelijk uitvoering te geven aan een integrale aanpak van mentale gezondheid in alle beleidsdomeinen. Door structurele middelen voor met name lokale coördinatie te bieden, kunnen gemeenten maatwerk leveren, vroegtijdig ondersteunen en medicalisering voorkomen door alle lokale beleidsdomeinen te toetsen op de impact op de mentale gezondheid. Dit legt de basis voor een robuuste lokale infrastructuur waarin mentale gezondheid verweven is met andere beleidsdomeinen zoals bestaanszekerheid, wonen en leefomgeving. Deze lijn bestaat uit twee onderdelen.

a. Wettelijke borging van mentale gezondheid in de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Veranker de verantwoordelijkheid van gemeenten voor het bevorderen van mentaal welbevinden expliciet in de Wet publieke gezondheid. Hiermee wordt mentale gezondheid een volwaardig onderdeel van het gemeentelijke beleid. Wettelijk verankering geeft gemeenten helderheid over hun opgave en biedt continuïteit van beleid en dat is nodig, omdat de inzet op mentale gezondheid een lange adem vergt. Het gaat om een wettelijke taakopdracht om een brede en samenhangende aanpak voor mentale gezondheid te ontwikkelen en uit te voeren²⁰. De taakopdracht omvat onder andere het monitoren van mentale gezondheid, het stimuleren van preventie in alle beleidsdomeinen en het coördineren van domeinoverstijgend beleid. Hoewel de wettelijke verantwoordelijkheid bij gemeenten ligt, kan de uitvoering (net als bij andere Wpg-taken) worden belegd bij de regionale GGD. Daarmee sluit deze maatregel aan bij de fundamentele stelselvariant van een regionale publieke voorziening (GGD+), waarin de GGD wordt versterkt als spil in de publieke infrastructuur voor mentale gezondheid.

²⁰ Als voorbeeld zie de wettelijke verankering van suicidepreventie in artikel 12 van de Wpg.

b. Structurele financiering voor gemeenten.

Gemeenten ontvangen structureel budget voor de integratie van mentale gezondheid in lokale beleidsdomeinen zoals schulden, leefstijlpreventie, middelenpreventie, armoede, participatie en leefomgeving. Deze maatregel biedt de financiële basis voor gemeenten om daadwerkelijk invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid op het gebied van mentale gezondheid in aanvulling op afspraken in het AZWA. De ketenaanpak mentale gezondheid die in ontwikkeling is, biedt hiervoor de basis. Doel van deze inzet is dat gemeenten in lokale beleidsplannen op alle relevante beleidsdomeinen aandacht geven aan het perspectief van mentale gezondheid en samenwerkingsverbanden realiseren met goede samenwerkingsafspraken over domeinen heen.

De financiering van deze publieke voorziening voor mentale gezondheid kan op twee manieren worden ingericht te weten via het Gemeentefonds. Gemeenten ontvangen middelen op basis van objectieve verdeelkenmerken (zoals bevolkingssamenstelling, sociaal-economische status en stedelijkheid). Gemeenten bepalen zelf welk deel wordt ingezet voor mentale gezondheid en welke rol de GGD daarin speelt. Deze route biedt gemeenten maximale beleidsvrijheid. Andere optie is via (deels) geormerkte middelen, bijvoorbeeld via een specifieke uitkering (SPUK) aan gemeenten waarbij de middelen ingezet worden via de GGD. Dit model biedt meer landelijke sturing en voorkomt grote regionale verschillen. Andere mogelijkheden zijn een Doeluitkering en Bijzondere Fonds Uitkering. Structurele financiering van gemeenten ondersteunt ook het traject voor wettelijke borging van mentale gezondheid in de Wpg.

Rationale

Deze beleidsoptie sluit aan bij kernoorzaak 1 'Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt'. Goede mentale gezondheid draagt bij aan betere leerprestaties, productiviteit op het werk, gezonde relaties en een actieve bijdrage aan de samenleving. Slechte mentale gezondheid leidt niet alleen tot persoonlijk leed, maar ook tot aanzienlijke maatschappelijke kosten zoals lagere arbeidsparticipatie, schooluitval, hogere zorgconsumptie, risicovol middelengebruik, een ongezonde leefstijl en een grotere afhankelijkheid van sociale voorzieningen. De oorzaken van mentale problemen liggen vaak in sociale determinanten zoals armoede, werkloosheid, huisvesting en sociale uitsluiting. Toch ontbreekt het nog aan een structurele, domeinoverstijgende overheidsaanpak. In andere beleidsdomeinen worden effecten op mentale gezondheid vaak niet meegenomen, niet gemonitord en ontbreekt flankerend beleid. Daarnaast zijn bestaande preventieprogramma's tijdelijk en versnipperd en zijn investeringen in preventie voor andere beleidsdomeinen financieel niet aantrekkelijk genoeg door het 'wrong pocket'-probleem. Gemeenten verschillen in inzet, en er is geen zicht op landelijke voortgang of effectiviteit. Door mentale gezondheid expliciet te verankeren in alle beleidsdomeinen bij gemeenten ontstaat ruimte voor structurele, preventieve en samenhangende beleidsmaatregelen. Zo kan de lokale overheid gericht bijdragen aan beter mentaal welbevinden en het voorkomen van psychische problemen.

Effecten

Beoogde effecten

- Verbinding ontstaat tussen domeinen onderling, waardoor ook beter uitkomsten in andere domeinen (onderwijs, werk, zorg, justitie en veiligheid, enzovoorts) worden verkregen.
- Domeinoverstijgende aanpak van mentale ongezondheid waardoor:
 - Vroegsignalering mogelijk is waardoor problemen eerder in beeld zijn voordat ernstige problematiek optreedt.

- mentale gezondheid van inwoners wordt verbeterd, door vroegsignalering en preventie over domeinen heen.
- Medicalisering van sociale problemen wordt tegengaan, door sociale oorzaken aan te pakken met sociale beleid;
- Minder gebruik van de ggz wordt gemaakt, door eerder en effectiever beleid gericht op de leefomgeving van mensen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Mentale gezondheid lokaal beter verankeren: gemeentelijke uitvoeringskracht	0	10	10	10	10	10	2027

Toelichting

Middelen zijn voor regisseurs mentale gezondheid die beleid en uitvoering verbinden en zorgen voor verankering van mentale gezondheid in beleidsprocessen op alle beleidsdomeinen. Onder meer door lokaal/regionaal organiseren van domeinoverstijgende netwerken, stevigere verbinding tussen ggz-zorg en lokaal sociaal beleid (in aansluiting op het AZWA), en het stimuleren van kansrijke, effectieve (domeinoverstijgende) interventies voor mentale gezondheidsbevordering in alle beleidsdomeinen. Hiervoor is nodig 1 fte per GGD-regio 25 x € 135.000,- (S12, 1Fte) is in totaal € 3,4 mln. en middelen om interventies in te zetten onder meer op de belangrijkste risicogroep(en) waaronder jongeren (per GGD € 264.00). Daarin is ook de kennisinfrastructuur van belang: GGD'en maken gebruik van de opgedane inzichten en kennis om mee te nemen in planvorming en uitvoering (zie beleidsoptie 1). Om blijvend in te zetten op de aanpak brede mentale gezondheid – tot en met 2025 gefinancierd vanuit het GALA – is een bedrag van € 6,6 mln. opgenomen. Voor de financiële reeks is als basis genomen van de middelen die voor gemeenten beschikbaar waren via het GALA om de samenwerking op mentale gezondheid lokaal vorm te geven. Het ambitieniveau van de uitvoering van de wettelijke taak is mede afhankelijk van de beschikbare middelen. Door dit budget structureel van aard te maken, wordt blijvend ingezet op een brede en samenhangende aanpak mentale gezondheid. Met € 10 mln. is het mogelijk om beleid te ontwikkelen, plannen op te stellen en lokale samenwerkingsverbanden op mentale gezondheid over de domeinen te realiseren. Financiering van concrete interventies en acties gericht op inwoners zullen uit de bestaande middelen van de betrokken beleidsdomeinen moeten geschieden.

Door hierop in te zetten kan ook specifiek een relatie worden gelegd met lokale suïcidepreventie aanpak waarvoor gemeenten reeds een wettelijke opdracht hebben inclusief middelen hebben. Suïcidepreventie begint al vroeg in de keten, namelijk bij het versterken van de mentale gezondheid (in alle beleidsdomeinen).

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden

- Structurele middelen.
- Beleidsprioriteit in landelijk agenda's, programma's ed. (bestaanszekerheid, jeugd, onderwijs).
- Lokale uitvoeringskracht en intersectorale samenwerking.

Juridische toets

- De wettelijke borging van mentale gezondheid als wettelijke taak van gemeenten vereist wijziging van artikel 2 Wpg.
- De Rijksoverheid moet de gemeenten voor een verzwaring van medebewindstaken op grond van artikel 108, derde lid, van de Gemeentewet, adequaat compenseren.

Planning

- Start structurele financiering in 2027.
- 2026 is een voorbereidingsjaar.

3. Richtlijn mentaal gezond blijven

Omschrijving van de beleidsoptie

De overheid vergroot de bekendheid van wat je zelf kan doen om mentaal gezond te blijven. Dat gebeurt in twee stappen:

- Op basis van bestaand onderzoek wordt een handzaam en toegankelijk advies voor een communicatiestrategie opgesteld over wat je als individu kunt doen om mentaal gezond te blijven. Denk hierbij aan een advies als de schijf van vijf van het Voedingscentrum of de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad. Dit advies wordt opgesteld door kennisinstituut en/of adviesraad bijvoorbeeld het Trimbos of de Gezondheidsraad.
- Er wordt op basis van de communicatiestrategie communicatie-uitingen ontwikkeld en uitgevoerd om handelingsopties om aan de eigen gezondheid te werken bij een breed publiek onder de aandacht te brengen.

Bij deze maatregel kan worden voortgebouwd op onder meer bestaande initiatieven die mensen handvatten geven om mentaal fit te blijven of te worden zoals 'Mentaal Vitaal' van het Trimbos en www.injebol.nl.²¹

Rationale

Een groot deel van de bevolking heeft mentale problemen. De vraag naar ondersteuning en zorg is groot. Maar bij vraagstukken over mentale gezondheid is dat niet altijd nodig. Bij gezondheidsproblemen die zo'n groot deel van de bevolking treffen is het logisch om niet alleen naar ondersteuning en zorg te kijken, maar ook te investeren in preventieve maatregelen. Daarbij horen ook maatregelen die zich richten op het individu. Het is immers wetenschappelijk bewezen dat je als individu ook dingen kan doen of laten die invloed hebben op je mentale gezondheid. Uit onderzoeken blijkt dat mensen hun mentale gezondheid kunnen verbeteren door gezond te eten, voldoende te slapen en te bewegen, dingen te doen die ze leuk vinden of zingeving geven, in contact te blijven met anderen en positief te denken. Ook het bespreken van je problemen lucht op en draagt bij om te voorkomen dat mentale uitdagingen groter worden. Mentaal Vitaal maar ook handreikingen zoals 'de mentale schijf van vijf' en de 'vijf pijlers van mentale gezondheid' onderschrijven de genoemde adviezen.²²

Effecten

Het beoogd effect van de maatregel is dat meer mensen zich bewust zijn van hun mentale gezondheid en weten wat zij zelf kunnen doen om hun mentale gezondheid en eventueel die van mensen in hun directe omgeving positief te beïnvloeden. En dat zij daar ook naar gaan handelen.

Aandachtspunt bij deze maatregel is dat bewustwording alleen niet direct leidt tot gedragsverandering zoals we onder meer weten uit het WRR-rapport 'weten is nog geen doen'.²³ Hiervoor is meer nodig bijvoorbeeld een goede koppeling met een ondersteunende (online) informatie en tools. Belangrijk is om in communicatie-uitingen naast de juiste toon en boodschap ook te zorgen dat deze tools of informatie snel vindbaar en beschikbaar zijn op het moment dat een individu hiernaar op zoek gaat.

²¹ Trimbos-instituut (z.d.). Mentaal Vitaal. <https://www.mentaalvitaal.nl/>

²² Van Fenema, E. (z.d.). De mentale schijf van vijf. <https://esthervanfenema.nl/mentale-schijf-van-vijf/> en Mierlo, T. (2024). <https://www.ypse.nl/media/jcmi1n0n/lospagboekmentalegezondheidinclomsag.pdf>

²³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>

Tevens is bekend dat meer bewustwording mogelijk ook juist kan leiden tot een toename in hulpvragen.²⁴ Ook hiermee zal bij het ontwerpen en uitvoeren van de communicatiestrategie rekening gehouden moeten worden.

Daarnaast moet de indruk worden voorkomen dat iemand zelf altijd mentale problemen kan voorkomen. Zie hiervoor bijvoorbeeld het recente RVS-advies 'Op de Rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving' en het rapport 'Sociale determinanten van mentale gezondheid. Een kennissynthese' van het Trimbos-instituut.²⁵ Mentale gezondheid wordt door veel aspecten beïnvloed en om aan effectieve preventie te doen, is het ook nodig om maatregelen te treffen die zich richten op de omgeving van mensen. Zie ook de overige maatregelen in dit IBO. Wenselijk is om ook het effect van deze maatregel te onderzoeken en eventueel bij te sturen op basis van de uitkomsten van onderzoek. Zie hiervoor ook beleids optie 'Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid' (optie 1).

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor zal de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan waarschijnlijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC	STRUC IN
Richtlijn mentaal gezond blijven	0,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	2027

- Opdracht aan experts voor het ontwerpen van een brede communicatiestrategie: 300k in 2026.
- Op basis van deze communicatiestrategie wordt een nationale campagne uitgevoerd onder meer met inzet van communicatiekanalen zoals mentaal vitaal, posters voor gemeenten en social media. Kosten: structureel 1,5 miljoen euro per jaar per 2027. Dit is gebaseerd op kosten van andere publiekscampagnes zoals 'Hey het is oké' en campagnes op het terrein van suïcidepreventie.²⁶
- Structureel inzetten en versterken van Mentaal vitaal als publieksinformatielijn (o.a. het bieden van makkelijk toegankelijke informatie en tools om aan de eigen mentale gezondheid te werken) ter ondersteuning van de communicatie-uitingen. Kosten voor uitvoeren van de advieslijn zoals vragen beantwoorden per telefoon of mail: structureel 0,2 miljoen per jaar vanaf 2026.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden

- Structurele middelen.

Juridische toets

- Uitvoering van deze maatregel past binnen huidige wet- en regelgeving.
- De opdracht voor opstellen en uitvoeren van communicatiestrategie moet passen binnen de Aanbestedingswet 2012 en gaat niet gepaard met (in)directe subsidiëring van economische activiteiten.

²⁴ Foulkes, L. (2024). The problem with mental health awareness. *The British Journal of Psychiatry*, 225(2), 337-338.

²⁵ Raad van Volksgezondheid en Samenleving. (2025). *Op de Rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving*. Trimbos-instituut. (2022). *Sociale determinanten van mentale gezondheid*.

²⁶ Rijksoverheid. (2024). *Campagne-effectonderzoek Hey het is oké-jongeren*.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/03/31/campagne-effectonderzoek-hey-het-is-oke-jongeren>

Planning

Het uitvragen en opleveren de communicatiestrategie zal enkele maanden tot maximaal een jaar in beslag nemen. Vervolgens zal een communicatiemiddel moeten worden ontwikkeld. De verwachting is dat publiekscommunicatie na ongeveer 1 á 1,5 jaar kan starten.

4. Structureel aandacht bij professionals in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden

Omschrijving van de beleidsoptie

- Deze beleidsoptie zet in op structurele aandacht voor geldzorgen, armoede en schulden in de basisopleiding en nascholing van zorgprofessionals. Beoogd wordt, door middel van preventie van geldzorgen en schulden, psychische problematiek als gevolg daarvan te verminderen.
- Het Rijk (VWS i.s.m. SZW) zet in op de bewustwording en deskundigheidsbevordering van huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners huisarts (POH) en geboortezorgprofessionals over de gevolgen van geldzorgen, armoede en schulden voor de mentale gezondheid en mogelijke oplossingsrichtingen, in de regio en lokaal.
- Hiertoe faciliteert het Rijk brancheverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, netwerken en samenwerkingsverbanden (bestaand en in oprichting/ontwikkeling) om zorgprofessionals te trainen over geldzorgen, armoede en schulden (signaleren, bespreken, doorverwijzen sociaal domein).
- Het Rijk doet dit door afspraken te maken binnen bestaande gremia en netwerken (zie onder) over bijscholing over dit onderwerp en door materiaal hierover ter beschikking te stellen. Om geldzorgen, armoede en schulden in de basisopleidingen een plek te geven gaat het Rijk o.a. in gesprek met Huisartsenopleiding Nederland en de bacheloropleidingen voor verloskundigen in Rotterdam, Maastricht, Amsterdam, Groningen.
- Voorgestelde afspraken zijn (niet uitputtend):
 - T.b.v. bewustwording en deskundigheidsbevordering dient er aandacht te zijn voor de gevolgen van geldzorgen, armoede en schulden in scholing. Er worden afspraken gemaakt m.b.t. te ontwikkelen modules en het beschikbaar stellen van bestaand materiaal in de gremia die hiervoor het meest geschikt blijken. Voorbeelden van materiaal zijn onder meer de E-learning Hogeschool Utrecht (wordt geactualiseerd) en de Handreiking Huisartsenpraktijk als vindplaats van schulden (2022).
 - De mogelijkheid wordt verkend om geldzorgen en schulden een duidelijker rol te geven in de interventies/instrumenten ter ondersteuning van het voeren van het goede Gesprek in de spreekkamer, zoals het Spinnenweb van Positieve Gezondheid en het Leefstijlroer.
- In de komende periode zal nader verkend worden welke gremia het meest geschikt zijn om bewustwording en deskundigheidsbevordering in de regio te stimuleren (zie vervolgstappen).

Rationale

- De maatregel sluit aan op kernoorzaak 1: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Door op de juiste plaats ondersteuning te bieden, kan worden voorkomen dat problematiek onnodig wordt gemedicaliseerd. Het sluit ook aan op kernoorzaak 4: De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd. Deze beleidsoptie beoogt door het versterken van de aandacht voor de rol van geldzorgen en schulden te borgen dat ondersteuning in het juiste domein (medisch of sociaal) wordt geleverd.
- Mensen met geldzorgen, armoede en schulden ervaren stress wat zich kan uiten in mentale en fysieke gezondheidsklachten.²⁷ Vroegtijdig signaleren en doorverwijzen bij financiële problemen kan gezondheidswinst opleveren en het beroep op de zorg verminderen.²⁸

²⁷ Roos, A. F., Diepstraten, M., & Douven, R. (2021). *When Financials Get Tough, Life Gets Rough? Problematic Debts and Ill Health* (No. 428). Hague, the Netherlands: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.

²⁸ Huisarts & Wetenschap. *Aanpak van geldzorgen geeft gezondheidswinst*. (2025, 15 september). <https://www.henw.org/artikelen/aanpak-van-geldzorgen-geeft-gezondheidswinst>

- Om ervoor te zorgen dat zorgprofessionals mensen met geldzorgen op de juiste wijze helpen en doorverwijzen moet voldaan worden aan drie voorwaarden:
 - 1) Zorgprofessionals moeten over voldoende kennis, bewustzijn van de problematiek en gespreksvaardigheden beschikken. Dat is de focus van deze beleids optie.
 - 2) Zorgprofessionals moeten voldoende tijd hebben om iets met die kennis en kunde te doen. Onder andere binnen het IZA zijn afspraken gemaakt voor meer tijd in de spreekkamer van de huisarts - Meer Tijd voor de Patiënt. De extra tijd kan goed gebruikt worden voor het goede gesprek over niet-medische zaken als oorzaak van gezondheidsklachten.
 - 3) De samenwerking met het sociaal domein moet op orde zijn, zodat doorverwijzing daadwerkelijk kan plaatsvinden. IZA en GALA richten zich o.a. op de deze samenwerking; om de verbinding met het sociaal domein te versterken zijn aanvullende maatregelen voor sociaal domein/preventie, die zorg ontlasten en zorgkosten besparen, opgenomen in het AZWA. In de GALA ketenaanpakken is er een link met bestaanszekerheid. O.a. in Kansrijke Start en 'sociaal verwijzen' (Welzijn op Recept) is er ook aandacht voor mensen met geldzorgen of schulden en de IZA afspraken over samenwerking huisarts-ggz-sociaal domein. Bijvoorbeeld via de Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN, zie beleids optie 16).
- Hoewel er verschillende trajecten en initiatieven lopen met aandacht voor sociaal doorverwijzen door zorgprofessionals, is het thema geldzorgen, armoede en schulden vaak nog niet goed bekend bij huisartsen en geboortezorgprofessionals. Daardoor signaleren zij de problematiek soms niet of onvoldoende.²⁹ Ook hebben zij niet altijd de juiste vaardigheden om het gesprek over dit thema met patiënten aan te gaan.
- De oplossing ligt onder andere bij de bevordering van bewustwording en deskundigheid bij zorgprofessionals, zodat zij stressklachten door geldzorgen, armoede en schulden kunnen herkennen, het gesprek aan kunnen gaan en naar het sociaal domein kunnen doorverwijzen.³⁰ De aanname is dat tijdig en adequaat doorverwijzen verergering van gezondheidsklachten voorkomt.
- De manier waarop de oplossing in deze beleids optie is vormgegeven, via afspraken met het veld, sluit aan bij de gebruikelijke werkwijze om tot herzieningen van curricula en nascholing te komen. Er is op voorhand geen reden om hiervan af te wijken. Indien dit onvoldoende resultaat oplevert, kan gekeken worden of (aanpassing van) wetgeving mogelijk is.

Effecten

- Het beoogde effect is dat de zorgprofessional stress als gevolg van geldzorgen, armoede of schulden in een vroeg stadium herkent, het gesprek aangaat en mensen doorverwijst naar het sociaal domein – laagdrempelige financiële dienstverlening of schuldhelpverlening. Daarmee krijgt de persoon in kwestie tijdig de juiste hulp, waardoor klachten als gevolg van stress afnemen. Dit verbetert de kwaliteit van leven en vermindert de werkdruk in de gezondheidszorg.
- De omvang van de effecten is lastig te bepalen. De samenwerking medisch-sociaal domein en de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn, is in ontwikkeling. Op lokaal en regionaal niveau zijn er goede voorbeelden waarbij de impact op Zvw (baten), sociaal domein (kosten) en arbeidsinzet in kaart zijn gebracht.³¹ Doorgaans leveren deze impactanalyses netto een gunstig beeld op; ze vragen een investering in het sociaal domein maar leveren een grotere kostenbesparing in de Zvw op. De landelijke vertaling van die impact ontbreekt vaak nog.

²⁹ Pharos. (2025, 17 maart). Signaleren van geldzorgen in de huisartsenpraktijk. <https://www.pharos.nl/signaleren-van-geldzorgen-in-de-huisartsenpraktijk/>

³⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, 16 december). Samenwerking tussen huisartsen en schuldhelpverlening. Onderwerpen | Toezicht Sociaal Domein. <https://www.toezichtsociaaldomein.nl/onderwerpen/huisartsen-en-schuldhelpverlening>

³¹ Begeman, H., Veen, A. (2024). Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario's. Abf. https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2024-12/Inzetten-op-de-potentie-van-sociaal-werk.pdf

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Deze maatregel leidt ertoe dat mensen met geldzorgen beter en sneller passende ondersteuning ontvangen. De kwaliteit van hun 'behandeling' verbetert in beginsel. Daarnaast neemt de druk op de zorg af, waarmee toegankelijkheid en/of macro-betaalbaarheid zouden verbeteren.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Structureel aandacht bij professionals in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0,5	0,5	0,5	0	0	0	2029

- Deze maatregel heeft een investering in materiaal en transitie. Hierbij wordt uitgegaan van minimaal 1 FTE bij het Rijk, aan subsidiekosten om het binnen de gremia hieronder genoemd te stimuleren, aan het ontwikkelen van (les)materiaal, en de evaluatie. In totaal worden deze kosten geschat op €500 duizend per jaar.
- Om de continuïteit van het materiaal te waarborgen wordt ingeschat dat er vanaf 2029 jaarlijks 0,05 mln nodig is. Aangezien dit een gering bedrag is en kan worden ingebed in de reguliere organisatie wordt dit niet gezien als structurele kosten.
- De verwachting is dat op termijn een afname in het aantal ggz-cliënten zal plaatsvinden doordat psychische problematiek als gevolg van geldzorgen is verminderd:
 - Het IBO Problematische Schulden³² laat zien dat GGZ-uitgaven voor mensen met problematische schulden gemiddeld met €200 toenemen. In 2023 hadden 726.210 huishoudens problematische schulden. Huishoudens bestaan gemiddeld uit 2,1 personen, oftewel 1.525.041 mensen. Als voor deze hele groep dezelfde verhoging van ggz-kosten geldt, betekent dat extra kosten van $€200 \times 1.525.041 = €305.008.200$ (€305 miljoen).
 - Verwachting is dat met deze beleidsoptie het aantal mensen dat in de ggz belandt verminderd kan worden, door hen eerder door te verwijzen naar het sociaal domein. Als 5% minder mensen in de ggz terechtkomt, zouden de ggz-kosten met €15 mln. afnemen. Vanwege onzekerheid is dit niet meegenomen in de budgettaire effecten van de maatregel.
- Mogelijk leidt deze beleidsoptie door meer aanvragen tot een lichte toename in dienstverlening op het gebied van geldzorgen vanuit de gemeente. Dit past binnen de huidige systematiek. De maatregel sluit aan op bestaande trajecten en afspraken.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

- De beleidsoptie dient te leiden tot vermindering van de werklust en niet tot extra taken bij zorgprofessionals. Er dient voldoende capaciteit en stabiliteit (zo min mogelijk personele wisselingen) binnen het sociaal domein, bij de gemeente en aan de kant van de zorg te zijn om de verwijzingen op te volgen en terug te koppelen aan de huisartsen en vice versa.
- Het aanbod van laagdrempelige financiële dienstverlening – via de gemeenten of vrijwilligers – waarnaar kan worden doorverwezen dient beschikbaar, bekend en actueel te zijn.
- Gemeenten dienen afspraken te maken met zorgprofessionals als onderdeel van de beleidsvisie op armoedebestrijding waarin staat dat zorgvindplaatsen belangrijk zijn om geldzorgen, armoede

³² Panteia, Hogeschool Utrecht & NIBUD. (2024). De maatschappelijke kosten van schuldenproblematiek. Te vinden op panteia.nl/bestanden/kosten-problematische-schulden-een-last-voor-burgers-bedrijven-en-overheden-panteia-20-juni-2024-pdf/

en schulden tegen te gaan. Ook wordt ingezet op het verbinden van zorgprofessionals en laagdrempelige financiële dienstverlening, zowel vanuit gemeenten als vrijwilligers.

- Ondersteunende initiatieven t.b.v. doorverwijzing en samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen zijn belangrijk om het doorverwijzen zo eenvoudig mogelijk te maken – zoals bijvoorbeeld de ketenaanpak Sociaal Verwijzen uit het GALA.³³

Juridische toets

- In principe is geen aanpassing in wet- en regelgeving nodig, aangezien het een aanpassing van curricula, nascholing en andere vormen van bewustwording en training betreft.

Planning

- Zodra de maatregel is aangenomen kan deze direct in gang worden gezet:
- 1) Verdere verkenning in de volgende gremia:
 - De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen (branchevereniging van regionale huisartsenorganisaties, spoedposten, gezondheidscentra en regionale ondersteuningsstructuren), de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Verpleegkundigen (NVvPO), de brancheverenigingen voor geboortezorgprofessionals (KNOV, NVOG, BO geboortezorg, Federatie van VSV's).
 - De Huisartsenopleiding Nederland en de bacheloropleidingen voor verloskundigen in Rotterdam, Maastricht, Amsterdam, Groningen.
 - Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), ontwikkelt richtlijnen, standaarden en andere hulpmiddelen voor kwaliteitsverbetering van huisartsenzorg en faciliteert nascholing.
 - IZA regionale netwerken. Aan de IZA-regiotafel zitten partijen uit het zorg- en welzijnsdomein, waar diverse werkgroepen onder hangen. Nader verkend wordt in welke werkgroep aandacht voor geldzorgen en schulden ingebracht kan worden. Dit verschilt per regio.
 - Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's). Hier werken o.a. huisartsen, welzijnswerkers en apothekers samen. Bij de ontwikkeling van RESV's en hechte wijkverbanden is een leernetwerk ingericht (per 1 maart 2025 gestart), waar het thema kan worden ingebracht.
 - Stevige Lokale teams. In het Convenant Stevige Lokale teams zal de samenwerking met zorgprofessionals rondom geldzorgen, armoede en schulden nader worden uitgewerkt.³⁴
 - Voor de geboortezorgprofessionals wordt reeds via de lokale coalities Kansrijke Start aandacht besteed aan het thema bestaanszekerheid. Ook zijn de regionale coalities Kansrijke Start gekoppeld aan Verloskundigen Samenwerkingsverbanden (VSV)s, waarbinnen bestaanszekerheid een thema is, hierbinnen kunnen nadere afspraken worden gemaakt.
 - Bestuurlijke netwerken van gemeenten - VNG, G4/G40/M50/P10. Hier moeten afspraken worden gemaakt over de koppeling met het sociaal domein.
 - 2) Ondersteuning bij implementatie in iedere regio (regisseursrol inrichten/aansluiten of partij contracteren die dit proces gaat stimuleren);
 - 3) Bestaand materiaal – E-learning en handreikingen – actualiseren en aanpassen per netwerk; en beschikbaar maken; nieuw materiaal ontwikkelen waar nodig.
 - 4) Evaluatie na 3 jaar.

³³ Meest bekende interventie 'Welzijn op Recept'.

³⁴ Vereniging Nederlandse Gemeenten. (2024). Richtinggevend kader voor toegang sociaal domein vastgesteld. <https://vng.nl/nieuws/richtinggevend-kader-voor-toegang-sociaal-domein-vastgesteld>

5. Verslaving

5a. Lokale integrale verslavingspreventie

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie richt zich op het aanscherpen en uitbreiden van het lokale beleid gericht op preventie van middelenverslavingen (alcohol, drugs, tabak, vaperen³⁵) en gedragsverslavingen (zoals gokken en gamen), met als expliciet doel het bevorderen van mentale gezondheid en het voorkomen van ggz-zorg. Het betreft een integratie en verbetering van het huidige (veelal nog versnipperde) instrumentarium. Om hiertoe te komen krijgen gemeenten financiering voor het opstellen van een verslavingspreventieplan, gelijkend aan het voor gemeentes al verplichte preventie- en handhavingsplan alcohol én ondersteuning van een aandachtfunctionaris voor het opstellen en uitvoeren van het plan. Het hebben van een dergelijk plan zal wettelijk verplicht worden. Afhankelijk van de gemeentelijke context kan binnen dit plan onder meer gewerkt worden aan:

- Geïntegreerd verslavingspreventiebeleid en uitvoering op lokaal niveau: inzet van preventieprogramma's en voorlichtingscampagnes, gericht op jongeren, ouders en kwetsbare groepen, die focussen op weerbaarheid, copingstrategieën en gezonde leefstijl. Goede voorbeelden zijn Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO, het IJslandse model), Helder op School, het Basispakket preventie van Verslavingskunde Nederland, en de tool middelenpreventie voor kwetsbare groepen van het Trimbos-instituut;
- Het op termijn implementeren van de integrale richtlijn verslavingspreventie die de Nationaal Rapporteur Verslavingen in samenwerking met verschillende partijen ontwikkelt;
- Vroegsignalering verbeteren en ontwikkelen van handreikingen/toolkits voor screening, voeren van een preventief adviesgesprek, laagdrempelig overleg met een verslavingsarts KNMG en doorverwijzen naar de juiste zorg en hulp. Implementatie van systematische screening op (problematisch) middelengebruik/gedrag en mentale gezondheidsproblemen in huisartsenpraktijken, bij zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn (zoals huisarts, de verloskundige en de MDL-arts), scholen en bij maatschappelijke instellingen. Goed voorbeeld dat verbreed kan worden is het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek;
- Vroege interventie en zelfhulp: stimuleren van de ontwikkeling en het uitrollen van anonieme e-health interventies en zelfhulpgroepen;
- Toegankelijke, integrale hulp en ondersteuning voor mensen met een verslaving die niet in zorg zijn: Extra aandacht is nodig voor kwetsbare groepen zoals risicojongeren, daklozen, migranten, mensen in en recent uit detentie, mensen met comorbide problematiek en LVB. Hierbij wordt extra ingezet op laagdrempelige, outreachende teams die (moeilijk bereikbare) mensen in hun eigen omgeving bereiken en op schadebeperkende maatregelen voor mensen met een verslaving die daar nog niet mee kunnen of willen stoppen (*harm reduction*).
- Extra ondersteuning voor KOPP/KOV kinderen;
- Herstelondersteuning: versterking van ondersteuningstrajecten voor mensen in herstel van een verslaving (waaronder ook verbinding met problematiek op andere terreinen zoals huisvesting, schulden e.d.) om terugval te voorkomen en participatie in werk en sociale netwerken te bevorderen.

³⁵ Er wordt steeds meer bekend over de relatie tussen roken en vaperen en mentale gezondheid, en specifiek de risico's voor jongeren (effect op hersenontwikkeling, effect op jongeren met een psychische kwetsbaarheid). Zie bijv.: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/10/AF2116-Roken-en-veelvoorkomende-psychische-klachten.pdf> of: <https://truthinitiative.org/research-resources/targeted-communities/3-ways-vaping-affects-mental-health>

- Het samenwerken tussen zorg- en veiligheidsafdelingen van de gemeente zoals voorgesteld in het Modelplan Lokaal Drugspreventiebeleid³⁶.

Wettelijke verankering

De wettelijke verplichting voor het opstellen van een verslavingspreventieplan is van belang omdat ondanks aansporingen nog steeds weinig gemeenten een integraal verslavingspreventieplan hebben. Bij alcohol is reeds de verplichting verankerd in de wet, dit zorgt ervoor dat gemeenten een modelplan hebben geïmplementeerd. Kleine gemeentes kunnen kiezen voor een regionale samenwerking. Het ambitieniveau van de uitvoering van de wettelijke taak is mede afhankelijk van de beschikbare middelen. Door middelen structureel te maken kunnen gemeenten een verslavingspreventie plan opstellen. Financiering van concrete interventies en acties gericht op verslaving van inwoners zullen uit de bestaande middelen moeten geschieden of uit de middelen die per gemeente beschikbaar worden gesteld vanuit de landelijke overheid (zieonder voor de financiële effecten voor de begroting).

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een nationale visie/ strategie op verslavingspreventie, de landelijke coördinatie en ondersteuning van de verschillende partijen, zoals gemeentes, verslavingszorginstellingen, GGDen, huisartsen, onderwijs en welzijnsorgansiaties, die samen werken aan de uitvoering, ondersteund met expertise van partijen zoals Verslavingskunde Nederland en het Trimbos-instituut. De overheid zet extra middelen in voor onder andere de integratie en verbetering van bestaande effectieve maatregelen, scholing van professionals in de eerstelijnszorg, sociale wijkteams en GGZ, en de implementatie en uitvoering. Meerwaarde zit vooral in sterkere samenwerking tussen de partijen.

Deze beleidsoptie sluit aan bij de beleidsopties alcohol, bij beleidsoptie 1 Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid en beleidsoptie 2 mentale gezondheid lokaal beter verankeren.

Rationale

Deze beleidsoptie grijpt in op de volgende punten uit de probleemanalyse:

- Relatie met kernoorzaak 1: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Er ontbreekt bij beleidsterreinen die tweede-orde effecten hebben op de mentale gezondheid aandacht voor deze effecten en flankerend beleid om deze effecten te mitigeren.
- Middelengebruik wordt in de probleemanalyse als risicofactor voor mentale gezondheid genoemd en er wordt gewezen op de wisselwerking: Mensen die middelen gebruiken geven t.o.v. niet-gebruikers aan meer slaapproblemen te hebben, meer psychische klachten te ervaren, meer te maken te hebben met angstige periodes en meer mensen hebben volgens eigen zeggen last van een depressie. Een verslechterde mentale gezondheid kan ook aanleiding zijn om middelen te gebruiken.
- Andere relevante knelpunten uit de probleemanalyse zijn het gebrek aan passende zorg voor mensen met multi /complexe problematiek (inclusief verslaving) en de versnippering van zorg en hulp.

Problematisch en risicovol middelengebruik en gedrag (overmatig gamen, problematisch en risicovol gokken) zijn een belangrijke risicofactor voor het ontstaan en verergeren van mentale

³⁶ Trimbos-instituut. (2023). Modelplan lokaal drugspreventiebeleid. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2126-modelplan-lokaal-drugspreventiebeleid/>

gezondheidsproblemen zoals verslaving, depressie, angststoornissen en psychose. Deze problematiek begint vaak in de jeugd. Vroegtijdige interventie kan voorkomen dat problematiek escaleert en zware GGZ-zorg nodig wordt. Er wordt nu echter nog te weinig ingezet op preventie en vroegsignalering en maatregelen zijn versnipperd en kortdurend. De verschillende middelen- en gedragsverslavingen hebben echter veelal dezelfde onderliggende beschermende- en risicofactoren en een meer integrale aanpak met structurele financiering is gerechtvaardigd.

Naast universele preventie is het van belang om in te zetten op selectieve preventiemaatregelen, gericht op kwetsbare groepen zoals kinderen die opgroeien met een ouder met een verslaving, jongeren die voortijdig school verlaten, mensen met een licht verstandelijke beperking, daklozen, mensen met een lage ses.

In 2024 waren 69.000 mensen in behandeling bij de bij LADIS aangesloten verslavingszorginstellingen. Alcoholproblematiek was met 44% het grootste aandeel. Cannabis is na alcohol de meest voorkomende problematiek in de verslavingszorg en onder jongeren (<25 jaar) met 39% aandeel de meest voorkomende problematiek. Het aantal mensen in behandeling voor gokverslaving groeit.³⁷

Het (problematisch) gebruik van drugs is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan en verergeren van mentale gezondheidsproblemen zoals verslaving, depressie, angststoornissen en psychose. Problematisch gebruik begint vaak in de jeugd. Om het ontstaan van problematisch gebruik en gerelateerde mentale gezondheidsproblemen te voorkomen is het belangrijk dat wordt ingezet op effectieve preventie. Gemeentes hebben hierbij een belangrijke rol om voor hun lokale situatie (om welke risicogroepen, *settings* en soorten drugs het gaat kan per gemeente verschillen) preventiebeleid te ontwikkelen en uit te voeren. Een specifiek plan voor lokale drugspreventie ontbreekt nu nog vaak. Het heeft meerwaarde om in ieder geval eenmaal een plan specifiek voor drugspreventie op te stellen. Het Trimbos-instituut geeft aan dat uit voorbeelden waar alcohol- en drugspreventiebeleid gecombineerd is, blijkt dat alcohol snel de overhand heeft waardoor het drugspreventiebeleid minder goed wordt uitgewerkt³⁸. Een apart drugspreventiebeleid is concreter en specifiek. Hierdoor kunnen doelen scherper geformuleerd worden en is de kans dat deze behaald worden groter. Dit helpt om zicht te krijgen op de specifieke uitdagingen en oplossingen die lokaal kunnen spelen op het gebied van drugspreventie. Voor de uitvoer van preventieactiviteiten ligt dit anders. Hier ligt het voor de hand om waar mogelijk de thema's alcohol en drugs (of verslavingspreventie breed) samen te nemen in de uitvoeringsplannen.

In 2019 bedroegen de totale zorguitgaven voor verslaving aan alcohol en drugs ongeveer €1,091 miljard. Bijna 90% hiervan werd besteed aan de geestelijke gezondheidszorg, met name aan de behandeling van verslavingen. De resterende uitgaven gingen naar ziekenhuiszorg en openbare gezondheidszorg.³⁹ 50% van de behandelingen in de verslavingszorg betreffen drugsverslaving als primaire problematiek (cijfer uit 2024, maar dit aandeel is vrij constant over de jaren).⁴⁰

Effecten

Beoogd effect

- Het verbeteren van de mentale gezondheid door vermindering van problematisch middelengebruik en problematisch gedrag zoals gokken en gamen.

³⁷ Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. (z.d.). Kerncijfers 2024. <https://www.ladis.eu/nl/publicaties/kerncijfers>

³⁸ Trimbos-instituut. (2023). Nodelplan lokaal drugspreventiebeleid. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2126-modelplan-lokaal-drugspreventiebeleid/>

³⁹ VZinfo. (z.d.). Drugsstoornis | Zorguitgaven. <https://www.vzinfo.nl/drugsstoornis/zorguitgaven>

⁴⁰ Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. (z.d.). Kerncijfers 2024. <https://www.ladis.eu/nl/publicaties/kerncijfers>

- Afname van comorbiditeit, waardoor het beroep op intensieve GGZ-zorg wordt verminderd.

Overige effecten

- Zorgkosten: verwachte daling van langdurige GGZ-behandeling en ziekenhuisopnames door vroegtijdige interventie, geschat op een besparing van enkele tientallen miljoenen euro's op termijn.
- Justitie: minder overlast, strafbare feiten gepleegd onder invloed en druggerelateerde criminaliteit en dus lagere kosten voor politie, rechtspraak en detentie.
- Arbeidsmarkt: Verbeterde arbeidsdeelname door minder uitval en re-integratieondersteuning.
- Sociale zekerheid: Verlaging van uitkeringen door vermindering van verslavingsgerelateerde arbeidsongeschiktheid.
- Onbedoelde effecten: Mogelijke tijdelijke toename van zorgvraag bij implementatie door betere herkenning van problemen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven aandachtfunctionarissen, ondersteuning gemeenten en landelijke preventieactiviteiten	15	20	20	20	20	20	2027
Modelplan drugs en tabakspreventie	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2026

Landelijke dekking aandachtfunctionarissen

+/- €5 mln. voor een landelijke dekking van aandachtfunctionarissen (25 GGD regio's en dus 25 fulltime aandachtfunctionarissen).

Schatting kosten:

- Uurtarief: €75
- Fulltime werkweek: 36 uur (standaard in NL, tenzij anders aangegeven)
- Aantal weken per jaar: 52
- Aantal personen: 25

Ondersteunen gemeenten en landelijke preventieactiviteiten

€10 mln. in 2026 en €15 mln. vanaf 2027 voor het ondersteunen van gemeenten met preventie en landelijke preventieactiviteiten zoals het landelijk (door)ontwikkelen van toolkits, initiatieven, interventies en onderzoek.

- € 5 mln. voor Trimbos-instituut en ZonMw voor onderzoek, (door)ontwikkeling interventies, initiatieven, pilots e.d.

- Per gemeente een bedrag van 5500 euro per 10.000 inwoners ter beschikking stellen voor de inkoop van interventies die ten goede komen aan verslavingspreventie (interventies uit Loket gezond leven (Trimbos-instituut).
- Reeks loopt op (2026 -> 2027 en verder), omdat activiteiten moeten worden opgestart.

Lokaal Modelplan verslavingspreventie

Het opstellen van een preventieplan, inclusief probleemanalyse, kan gedaan worden door eigen beleidsmedewerkers van de gemeente of door een externe partij zoals een regionale verslavingszorginstelling. Kosten voor uitvoering probleemanalyse en opstellen plan zijn naar schatting € 30.000. Een plan heeft meestal een looptijd van 4 jaar.

Indien de rijksoverheid deze kosten op zich zou nemen voor alle gemeentes dan zou de investering $342 \times € 30.000 = € 10.260.000$ zijn. Kosten voor evaluatie en herziening van het plan na 4 jaar worden ook ingeschat op rond € 30.000. Structurele financiering vanuit het rijk zou dan uitkomen op ongeveer 10 mln. euro per 4 jaar. Ervan uitgaande dat gemeenten deze plannen gefaseerd tot stand laten komen en herzien komt dit neer op 2,5 miljoen euro per jaar.

Besparing zorgkosten

Er is geen MKBA waarmee besparing op zorgkosten hard kunnen worden gemaakt.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering:

- Beschikbaarheid en uitbreiding van gekwalificeerd personeel in de eerstelijns- en tweedelijns zorg;
- Actieve regie van gemeenten op lokale samenwerking en implementatie;
- Capaciteit van gemeentes, sociale wijkteams en verslavingszorginstellingen.

Effectieve datadeling en samenwerking tussen zorg- en sociale domeinen, binnen de kaders van privacywetgeving.

Juridische toets

Uitvoering is mogelijk binnen bestaande wet- en regelgeving. Mogelijk zijn aanpassingen nodig om datadeling tussen partijen te faciliteren en privacy te waarborgen. Ook wetgeving omtrent financiering en taakverdeling tussen zorg- en sociale domein kan worden aangescherpt.

5b. Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen

Omschrijving van de beleidsoptie

Het beperken van de beschikbaarheid van alcohol door alcoholhoudende dranken met een percentage van 6% of meer enkel via slijterijen te verkopen. Om de schadelijke effecten van alcoholgebruik te voorkomen en verminderen, adviseren de WHO en het RIVM drie (kosten)effectieve beleidsmaatregelen: prijsverhogingen, reclamebeperkingen -en verboden en het beperken van de beschikbaarheid van alcohol door het aantal verkooppunten te verminderen en openingstijden te verkorten.

Momenteel mogen supermarkten nog alcoholhoudende dranken tot 15% verkopen. Door alcoholhoudende dranken met een percentage van 6%⁴¹ of meer enkel via slijterijen - verkooppunten met een alcoholvergunning - te verkopen wordt de beschikbaarheid van zwaardere bieren en wijnen beperkt. Er zijn nu ongeveer 6700 supermarkten en 1800 slijterijen in Nederland.⁴²

Rationale

- Relatie met kernoorzaak 1: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Er ontbreekt bij beleidsterreinen die tweede-orde effecten hebben op de mentale gezondheid aandacht voor deze effecten en flankerend beleid om deze effecten te mitigeren. De voorgestelde beleidsmaatregel kan bijdragen aan een gerichte overheidsaanpak op preventie van mentale gezondheid.
- Middelengebruik wordt in de probleemanalyse als risicofactor voor mentale gezondheid genoemd m.b.t. klachten zoals stress of slaapproblemen, maar ook psychische aandoeningen zoals een stoornis in het gebruik van alcohol, depressie of een angststoornis. Daarom is het van belang om zwaar, overmatig en problematisch alcoholgebruik te voorkomen of te verminderen. Alcoholgebruik kan mentale problemen veroorzaken, verergeren of in stand houden, of een adequate aanpak van de problemen verhinderen. Een verslaving aan alcohol is opgenomen als psychische stoornis in de DSM V. Een kwetsbare mentale gezondheid kan ook alcoholgebruik veroorzaken.
- In Nederland groeien jaarlijks 577.000 kinderen onder de 18 jaar op met een ouder die een psychische stoornis heeft of verslaafd is. Bij een vijfde van hen is sprake van een ouder met een verslaving of middelenproblematiek. Alcoholverslaving komt het meest voor. Kinderen die opgroeien met een ouder met een verslaving hebben een vergroot risico op het zelf ontwikkelen van verslavingsproblemen en stemmingsstoornissen op latere leeftijd⁴³.
- In de probleemanalyse wordt vermeld dat een verslavend en kankerverwekkend middel als alcohol nog beperkt wordt gereguleerd. De Nationaal Rapporteur Verslavingen signaleert dat de individuele en de maatschappelijke schade van alcoholgebruik dusdanig hoog zijn, dat een beleidsintensivering gericht op vermindering van alcohol gerelateerde schade gerechtvaardigd is.⁴⁴
- Alcoholgebruik is schadelijk voor de volksgezondheid en verhoogt het risico op ruim 200 ziekten en aandoeningen (e.g. 7 vormen van kanker, hart- en vaatziekten, leveraandoeningen, stoornis in het gebruik van alcohol)⁴⁵. In 2019 bedroegen de totale zorguitgaven voor verslaving aan

⁴¹ Gebaseerd op scenario SEO 2020.

⁴² Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 11 april). Vestigingen van bedrijven; bedrijfstak, regio. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81578NED?dl=8F805>

⁴³ Voogt, C., Vromans, L., Kools, N., & van Hasselt, N. (2022). Alcoholschade voor de drinker zelf en (anderen in) de maatschappij. TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100, 48-51. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-022-00337-y>

⁴⁴ Instituut Nationaal Rapporteur Verslavingen. (2024). Jaarverslag 2023. Aandacht voor verslaving. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/02/15/aandacht-voor-verslaving>

⁴⁵ Trimbos-instituut. (z.d.). Alcoholschade in Nederland. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/02/TRI-65-017_Trimbos-Alcoholschade-in-Nederland-1-pager.pdf

alcohol en drugs ongeveer €1,091 miljard. Bijna 90% hiervan werd besteed aan de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast leidt alcoholgebruik tot schade aan anderen en tot maatschappelijke kosten (e.g. verkeersongevallen, geweld, zorgkosten, productiviteitsverliezen, kosten voor politie en justitie). De netto maatschappelijke kosten van alcoholgebruik bedragen 2,3 tot 4,2 miljard euro.⁴⁶

- Door het beperken van de beschikbaarheid van alcohol middels beperking van het aantal verkooppunten, wordt het alcoholgebruik van met name problematische drinkers verminderd⁴⁷. In Nederland drinkt 5,5% van de volwassenen overmatig en 7,2% zwaar. Van de jongeren (12-16 jaar) die in de afgelopen maand heeft gedronken (22,0%) heeft 14,4% gebinged. Op deze manier wordt bereikt dat zwaardere alcoholhoudende drank van 6% of meer niet meer verkocht mag worden op plekken die bezocht kunnen worden door iedere Nederlander (inclusief kwetsbare groepen als jongeren en mensen in herstel van verslaving).
- Het beperken van het aantal verkooppunten van alcohol is volgens de WHO een van de drie best bewezen kosteneffectieve maatregelen om alcoholgebruik te voorkomen en te verminderen.⁴⁸

Effecten

Beoogde effecten

- SEO heeft berekend dat deze beleidsmaatregel mogelijk leidt tot een afname van het alcoholgebruik van de algemene Nederlandse bevolking met 8,9%. Het RIVM heeft berekend dat een reductie van 25% aan verkooppunten mogelijk leidt tot een afname van het alcoholgebruik van de algemene Nederlandse bevolking met 5,8%. Minder alcoholgebruik zal een gunstig effect hebben op de volksgezondheid (inclusief verbetering mentale gezondheid), niet alleen voor de alcoholgebruiker zelf, maar ook voor diens omgeving.
- Het RIVM en het SEO hebben ook berekend dat een reductie van verkooppunten leidt tot een afname in zorguitgaven. Om exact te weten hoeveel dit zou zijn is verder onderzoek benodigd.

Neveneffecten

- Daarnaast zullen door deze maatregel de maatschappelijke kosten door alcoholgebruik (e.g. zorgkosten, arbeidsverzuim, openbare orde) afnemen.
- De afname van de zorgkosten treedt op, ondanks dat er in de loop van de jaren meer hart- en vaatziekten zullen voorkomen als 'vervanging' voor ziekten en aandoeningen die hadden opgetreden bij méér alcoholgebruik. Deze besparingen zijn het gevolg van minder gevallen van alcoholgerelateerde kanker en andere alcoholgerelateerde ziekten en aandoeningen, zoals het foetaal Alcohol Syndroom (FAS).
- Als gevolg van deze maatregel nemen de accijnsopbrengsten af. Om te weten hoeveel dit exact is, is verder onderzoek benodigd.
- Deze maatregel betekent een verlies van 4,9% omzet en 1400 banen bij supermarkten en toeleveranciers⁴⁹.
- Het is ook denkbaar dat het aantal slijterijen onbedoeld toeneemt, omdat het aantrekkelijker wordt een slijterij te beginnen aangezien een deel van de vraag van supermarkt naar slijterij verschuift.
- Naar verwachting zullen de administratieve lasten van belastingplichten niet toenemen.

⁴⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0146.pdf>. Eind 2025 wordt een nieuwe MKBA Alcohol verwacht.

⁴⁷ OECD. (2021). *The economics of harmful alcohol consumption*.

⁴⁸ Galea, G., Ekberg, A., Ciobanu, A., Corbex, M., Farrington, J., Ferreira-Bores, C., ... & Stuckler, D. (2025). *Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases*. *The Lancet Regional Health-Europe*, 52.

⁴⁹ SEO Economisch Onderzoek. (2021). *Beschikbaarheid van alcohol - SEO Economisch Onderzoek*. <https://www.seo.nl/publicaties/beschikbaarheid-van-alcohol/>

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een afname van de instroom van behandeling en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gzz mogelijk verbeteren.

Financiële effecten voor de begroting

Eerdere doorrekeningen van het RIVM en het SEO geven een indicatie dat deze beleidsmaatregel op de zorguitgaven bespaart. Daartegenover staat dat de accijnsinkomsten ook dalen. Om de financiële effecten van deze maatregel in te schatten is nieuw onderzoek nodig.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven(zorguitgaven)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Accijns inkomsten	-PM	-PM	-PM	-PM	-PM	-PM	PM

Uitvoerbaarheid

Deze beleidsmaatregel vergt een wijziging van de Alcoholwet en de implementatie duurt ongeveer 2 jaar. Daarbij zal er gezien het omzetverlies t.g.v. de maatregel op de verkoop van alcoholhoudende dranken van 6% of meer bij supermarkten, rekening gehouden moeten worden met een overgangstermijn van enkele jaren voordat deze maatregel ingevoerd wordt, zodat supermarkten de gelegenheid hebben zich op dit omzet- en banenverlies voor te bereiden.

Het beoogde effect van deze maatregel kan worden versterkt door de combinatie met andere alcoholpreventiemaatregelen en inzet op kennis- en bewustwording om zo het draagvlak voor deze maatregel te vergroten en de sociale norm rond het drinken van alcohol te veranderen.

5c. Beprijzen alcohol

Omschrijving van de beleidsoptie

In deze beleidsoptie worden twee (kosten)effectieve maatregelen om de prijs van alcohol te verhogen voorgesteld: een generieke accijnsverhoging en Minimum Unit Pricing (MUP - een minimumprijs per eenheid alcohol). Alcoholgebruik verhoogt het risico op het ontstaan en verergeren van mentale problemen. Om alcoholgebruik te voorkomen en te verminderen wordt door de overheid ingezet op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol (Alcoholwet: leeftijdsgrens), het beperken van alcoholreclame (Mediawet, Reclamecode voor Alcoholhoudende drank), het beperken van prijsacties (Alcoholwet: verbod prijsacties >25%, verbod happy hours), preventieve jeugdprogramma's (Opgroeien in een Kansrijke Omgeving, Helder op School), bewustwordingscampagnes (e.g. NIX18) en vroegsignalering in de zorg. De WHO bepleit het substantieel verhogen van de prijs, het verbieden of drastisch beperken van reclame en het beperken van de beschikbaarheid van alcohol om alcoholgebruik te beïnvloeden.

- i. Het voorstel is om de accijns op alcoholhoudende dranken - bier⁵⁰, wijn, tussenproducten (zoals sherry en port) en overige alcoholhoudende dranken (zoals sterke/gedistilleerde dranken en mixdranken) - te verhogen met 50% of 100%.
- ii. Het tweede voorstel is om MUP in te voeren. MUP is een prijsmaatregel om goedkope zwakke en/of sterke alcoholhoudende dranken duurder te maken. Bij MUP geldt een minimumprijs per eenheid alcohol (10 gram). Bij MUP mogen verkopers van alcoholhoudende dranken, zoals supermarkten of detailhandel, hun producten niet onder deze bodemprijs aanbieden. Bij MUP houden verkopers de extra opbrengsten en niet de overheid, zoals bij een accijnsverhoging.

Rationale

- Relatie met kernoorzaak 1: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Er ontbreekt bij beleidsterreinen die tweede-orde effecten hebben op de mentale gezondheid aandacht voor deze effecten en flankerend beleid om deze effecten te mitigeren. De voorgestelde beleidsmaatregel kan bijdragen aan een meer effectieve en gerichte overheidsaanpak op preventie van mentale gezondheid.
- Middelengebruik wordt in de probleemanalyse als risicofactor voor mentale gezondheid genoemd m.b.t. klachten zoals stress of slaapproblemen, maar ook psychische aandoeningen zoals een stoornis in het gebruik van alcohol, depressie of een angststoornis. Daarom is het van belang om zwaar, overmatig en problematisch alcoholgebruik te voorkomen of te verminderen. Een verslaving aan alcohol is opgenomen als psychische stoornis in de DSM V. Alcoholgebruik kan mentale problemen veroorzaken, verergeren of in stand houden, of een adequate aanpak van de problemen verhinderen. Een kwetsbare mentale gezondheid kan ook alcoholgebruik veroorzaken.
- In Nederland groeien jaarlijks 577.000 kinderen onder de 18 jaar op met een ouder die een psychische stoornis heeft of verslaafd is. Bij een vijfde van hen is sprake van een ouder met een verslaving of middelenproblematiek. Alcoholverslaving komt het meest voor. Kinderen die opgroeien met een ouder met een verslaving hebben een vergroot risico op het zelf ontwikkelen van verslavingsproblemen en stemmingsstoornissen op latere leeftijd⁵¹.
- In de probleemanalyse wordt ook vermeld dat een verslavend en kankerverwekkend middel als alcohol nog beperkt wordt gereguleerd. De Nationaal Rapporteur Verslavingen signaleert dat de individuele en de maatschappelijke schade van alcoholgebruik dusdanig hoog zijn, dat een

⁵⁰ Tot 0,5% alcohol vallen dranken niet onder de accijns maar onder de verbruiksbelasting van alcoholvrije dranken. Het verhogen van de accijns kan dus ook (enige) verschuiving naar laag-alcoholhoudende dranken veroorzaken.

⁵¹ Voogt, C., Vromans, L., Kools, N., & van Hasselt, N. (2022). Alcoholische schade voor de drinker zelf en (anderen in) de maatschappij. TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100, 48-51. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-022-00337-y>

beleidsintensivering gericht op vermindering van alcohol gerelateerde schade gerechtvaardigd is.⁵²

- Alcoholgebruik is schadelijk voor de volksgezondheid en verhoogt het risico op ruim 200 ziekten en aandoeningen (e.g. 7 vormen van kanker, hart en vaatziekten, leveraandoeningen, stoornis in het gebruik van alcohol)⁵³. In 2019 bedroegen de totale zorguitgaven voor verslaving aan alcohol en drugs ongeveer €1,091 miljard. Bijna 90% hiervan werd besteed aan de geestelijke gezondheidszorg, met name aan de behandeling van verslavingen. De resterende uitgaven gingen naar ziekenhuiszorg en openbare gezondheidszorg⁵⁴. Het aandeel alcoholproblematiek in de verslavingszorg lag de afgelopen 10 jaar op ongeveer 45%⁵⁵.
- Daarnaast leidt alcoholgebruik tot schade aan anderen en tot maatschappelijke kosten (e.g. verkeersongevallen, geweld, zorgkosten, productiviteitsverliezen, kosten voor politie en justitie). De netto maatschappelijke kosten van alcoholgebruik bedragen jaarlijks minimaal 2,3 tot 4,2 miljard euro⁵⁶.
- Een prijsverhoging wordt door de WHO bestempeld als één van de drie beleidsmaatregelen die het meest (kosten)effectief, betaalbaar en uitvoerbaar zijn⁵⁷. Een prijsverhoging van alcoholhoudende dranken door middel van het heffen van accijns is de bewezen meest kosteneffectieve maatregel om alcoholgebruik te verminderen, mits de accijnsverhoging substantieel is dat deze ook leidt tot een merkbare prijsverhoging en tegelijkertijd niet dermate groot is dat het leidt tot ongewenste grenseffecten.

Effecten

Beoogde effecten accijnsverhoging

De WHO concludeerde in 2020 dat een prijsverhoging van 20% al aanzienlijke effecten heeft op de volksgezondheid en de inkomsten voor de staat⁵⁸. Het RIVM (2018) heeft berekend dat een accijnsverhoging van 50% leidt tot een daling van gemiddeld 6,1% van het alcoholgebruik over 50 jaar⁵⁹. Minder alcoholgebruik zal een gunstig effect hebben op de mentale gezondheid en op de wachtlijsten en zorguitgaven die hiermee samenhangen, niet alleen voor de alcoholgebruiker zelf, maar ook voor diens omgeving. Daarnaast zullen door deze maatregel de maatschappelijke kosten door alcoholgebruik (e.g. zorgkosten, arbeidsverzuim, openbare orde) afnemen. Een accijnsverhoging van 50% kan leiden tot een initiële afname van de jaarlijkse zorguitgaven met 56 miljoen euro⁶⁰. Over tijd neemt deze besparing af, na 50 jaar resulteert deze maatregel in een besparing van 25 miljoen euro per jaar structureel op de zorgkosten (o.b.v. prijspeil 2021). . Eind van dit jaar wordt door het RIVM een MKBA alcohol opgeleverd waarin het effect van accijns is meegenomen, de gedragseffecten in dit voorstel zijn gebaseerd op een MKBA uit 2018. Om daadwerkelijk gedragseffecten te bewerkstelligen moet een prijsverhoging substantieel (50-100%) zijn, waarbij ook rekening gehouden moet worden met ongewenste grenseffecten die de gedragseffecten tenietdoen.

⁵² Instituut Nationaal Rapporteur Verslavingen. (2024). Jaarverslag 2023. Aandacht voor verslaving.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/02/15/aandacht-voor-verslaving>

⁵³ Trimbos-instituut. (z.d.). Alcoholschade in Nederland. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/02/TRI-65-017-Trimbos-Alcoholschade-in-Nederland-1-pager.pdf>

⁵⁴ VZinfo. Drugsstoornis | Zorguitgaven. <https://www.vzinfo.nl/drugsstoornis/zorguitgaven>

⁵⁵ Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. (z.d.). Kerncijfers 2024. <https://www.ladis.eu/nl/publicaties/kerncijfers>

⁵⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0146.pdf>

⁵⁷ Galea, G., Ekberg, A., Ciobanu, A., Corbex, M., Farrington, J., Ferreira-Bores, C., ... & Stuckler, D. (2025). Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health-Europe*, 52.

⁵⁸ Summan A, Stacey N, Birkmayer J, Blecher E, Chaloupka FJ, Laxminarayan R. The potential global gains in health and revenue from increased taxation of tobacco, alcohol and sugar-sweetened beverages: a modelling analysis. *BMJ Global Health*. 2020;5:e002143. <https://gh.bmj.com/content/5/3/e002143>

⁵⁹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0146.pdf>

⁶⁰ Zie paragraaf 1.4 voor de aannames in de berekeningen.

Neveneffecten accijnsverhoging

Aangenomen wordt dat alcoholproducenten en -verstrekkers de accijns zullen doorberekenen in de prijzen van hun producten. Indexatie van alcoholaccijns kan voorkomen dat de reële prijs van de alcoholaccijns daalt, wat maakt dat het gedragseffect in stand blijft. Zonder indexatie daalt de reële prijs van alcoholaccijns over tijd wat gebruikers kan prikkelen om meer alcohol te drinken. Een prijsverhoging is effectiever indien ook wordt ingezet op kennis- en bewustwordingscampagnes voor het vergroten van draagvlak voor de invoering van deze maatregel. In 2022 vindt 40% van de volwassen Nederlanders een accijnsverhoging een (heel) goed idee.⁶¹

Beoogde effecten MUP

Met MUP wordt goedkope zwakke en/of sterke alcoholhoudende dranken duurder. Deze dranken worden vooral gekocht door overmatige, zware en problematische drinkers. Zij gaan hierdoor minder drinken en hebben minder last van de schadelijke gezondheidseffecten van alcohol⁶². Een MUP van 45 cent per eenheid alcohol kan leiden tot een afname van het alcoholgebruik met 4,4%, een MUP van 55 cent kan leiden tot een afname van het alcoholgebruik met 11,8%.⁶³ Een MUP van 45 cent kan initieel leiden tot een besparing van jaarlijks 65 miljoen euro aan zorgkosten. Over tijd neemt deze besparing af, na 50 jaar resulteert deze maatregel in een besparing van 23 miljoen euro per jaar structureel op de zorgkosten (o.b.v. prijspeil 2021).

Neveneffecten MUP

Uit empirische en modelstudies uit Schotland en Canada blijkt dat MUP specifiek overmatig, zwaar en problematisch alcoholgebruik vermindert en leidt tot afname aan zorgopnames, verkeersongevallen en sterfgevallen.

Matige drinkers en gebruikers van duurdere alcoholhoudende dranken worden niet door MUP geraakt, evenals de horeca, waar de alcoholprijzen ver boven dit minimum liggen. De omzet van retailers neemt door MUP toe. Hierdoor heeft MUP de grootste economische opbrengsten voor de maatschappij. Ondanks dat de inkomsten uit accijns lager worden, wegens de hogere prijs en lagere vraag, zijn de baten voor de maatschappij velen malen hoger.⁶⁴

Het meest effectief volgens het RIVM is een combinatie van accijns en MUP om ook de zware en overmatige drinkers goed te bereiken. Het mogelijke effect van 50% accijns én 45 cent MUP samen wordt ingeschat op ruim 11% consumptiedaling.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een afname van de instroom van behandeling en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz mogelijk verbeteren.

Financiële effecten voor de begroting

Accijnsverhoging

De budgettaire opbrengsten door accijnsverhogingen op alcoholhoudende dranken (inclusief gedragseffecten en BTW in prijspeil 2025) zijn:

⁶¹ Trimbos-instituut. (2022). Draagvlak voor beleidsmaatregelen om schade door alcoholgebruik te verminderen. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/11/INF134-Draagvlak-voor-beleidsmaatregelen-om-schade-door-alcoholgebruik-te-verminderen.pdf>

⁶² Trimbos-instituut. (z.d.). Alcohol en Minimum Unit Pricing. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-minimum-unit-pricing-mup/>

⁶³ Trimbos-instituut. (z.d.). Alcohol en Minimum Unit Pricing. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-minimum-unit-pricing-mup/>

⁶⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021). Minimum Unit Pricing voor alcohol – Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland. <https://www.rivm.nl/publicaties/minimum-unit-pricing-voor-alcohol-onderzoek-naar-haalbaarheid-van-invoering-in>

INKOMSTEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC IN.
Accijnsverhoging 20%	224	224	224	224	224	224	2026
Accijnsverhoging 50%	559	559	559	559	559	559	2026
Accijnsverhoging 100%	1119	1119	1119	1119	1119	1119	2026
Accijns indexeren per 2026	32	59	82	105	124	142	2031

Daarnaast heeft het RIVM berekend dat een accijnsverhoging van 50% onderstaande besparing oplevert in de gezondheidszorgkosten. Het is onduidelijk in welke sector deze besparing zich exact materialiseert. Zoals eerder beschreven zitten de zorguitgaven door alcoholgebruik vooral bij de geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiszorg en openbare gezondheidszorg.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2040	STRUC.	STRUC. IN
Besparing gezondheidszorgkosten bij accijnsverhoging van 50%	-56	-56	-56	-56	-55	-48	-25	2075

Op dit moment wordt er op een standaardglas bier en een standaardglas wijn 10 eurocent accijns geheven⁶⁵. Voor consumenten betekent een stijging van het accijnstarief met 50% of 100% dat zowel een standaardglas bier als een standaardglas wijn in de horeca of voor thuisgebruik ongeveer 6 tot 12 eurocent duurder wordt (bij volledige doorberekening van de accijnsverhoging in de prijs) en dat een standaardglas gedestilleerd⁶⁶ 15 tot 31 eurocent duurder wordt (bij volledige doorberekening van de accijnsverhoging in de prijs)⁶⁷. Aanvullend kan gedacht worden aan indexatie van alcoholaccijns om ervoor te zorgen dat de reële waarde van accijns niet zal dalen over tijd.

Minimum Unit Pricing (44 cent)

De financiële effecten van het invoeren van minimum unit pricing van 44 cent zijn doorgerekend door het RIVM in 2021, en komen neer op onderstaande reeksen. Het is onduidelijk in welke sector de besparing op de gezondheidszorgkosten zich exact materialiseert. Ook hierbij kan er gedacht worden aan geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiszorg en openbare gezondheidszorg.

	2026	2027	2028	2029	2030	2040	STRUC. (2077)
Gezondheidszorgkosten	0	0	-65	-66	-65	-56	-23
Accijnsinkomsten	0	0	-59	-60	-62	-69	-81

⁶⁵ Exclusief BTW en uitgaande van een standaardglas bier van 250 ml. met 5% alcohol en een standaardglas wijn van 100 ml. met 12% alcohol.

⁶⁶ Uitgaande van een standaardglas gedestilleerd van 35 ml. met 40% alcohol.

⁶⁷ Deze prijsstijgingen zijn inclusief BTW die over de accijns wordt betaald.

Uitvoerbaarheid

De hoogte van de alcoholaccijns is vastgesteld in de Wet op de accijns. Indien wordt overgegaan tot aanpassing van deze accijns, zal deze wet moeten worden aangepast. Dat kan worden uitgevoerd via een Belastingplan: een pakket met fiscale maatregelen dat ieder jaar op Prinsjesdag bij de Tweede Kamer wordt ingediend. De doorvoering van een accijnsverhoging vergt een parameteraanpassing in de systemen van Douane, wat betekent dat deze snel na een wetswijziging kan worden gerealiseerd.⁶⁸

Indien fiscale beleidsmaatregelen als accijnsverhoging niet doeltreffend zijn (Hof van Justitie, zaak C-333/14), kan het invoeren van een minimum unit prijs (MUP) per eenheid alcohol gelegitimeerd zijn. Voor een minimumprijs geldt daarbij dat de lidstaat moet kunnen aantonen dat de normering bijkomende voordelen of minder nadelen heeft ten opzichte van een accijnsverhoging⁶⁹. Voor MUP is o.a. een aanpassing van de Alcoholwet nodig, dit zal naar verwachting 2 jaar duren. Ook zal de hoogte van een MUP per eenheid alcohol moeten worden bepaald. Vaststaat dat een substantieel deel van de alcoholverkopen hieronder zou moeten vallen, omdat de volksgezondheidseffecten alleen dan ook substantieel zijn⁷⁰. Ook moet bekeken worden welke verdere stappen nodig zijn om MUP in Nederland in te voeren (zoals impactonderzoek, communicatie over MUP, overgangstermijn, handhaving).

Het beoogde effect van deze maatregelen kan worden versterkt door de combinatie met andere alcoholpreventiemaatregelen en inzet op kennis- en bewustwording om zo het draagvlak te vergroten en de sociale norm rond het drinken van alcohol te veranderen.

⁶⁸ Indien een wijziging in het accijnstarief wordt voorgesteld in een Belastingplan kan de aanpassing doorgaans op 1 januari van het daar direct op volgende jaar in werking treden.

⁶⁹ Hof van Justitie van de Europese Unie, 23 december 2015, zaak C-333/14 (Scotch Whisky Association).

⁷⁰ RIVM. (2020). Minimum Unit Pricing voor alcohol – Verkenning van effectiviteit, implementatieaspecten en scenario's voor prijsbeleid in Nederland. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0063.pdf>. In Schotland viel naar schatting circa 50% van de verkoop van alcoholhoudende dranken (gewogen naar omzet) onder de minimum eenheidsprijs van 50 pence voorafgaand aan de invoering van MUP.

5d. Inzetten op preventie van gameverslaving

Omschrijving van de beleidsoptie

Het doel is om in te zetten op de preventie van overgang van "gewoon" gamen (waarbij positieve effecten de overhand hebben) naar een gameverslaving. Dat kan in verschillende varianten van vrijblijvendheid:

- Variant i.: extra budget (€500.000 per jaar) voor voorlichting en informatiecampagnes over gezond gebruik, zodat bijv. ouders meer handvaten krijgen in hoe zij hun kind kunnen begeleiden, en kunnen herkennen wanneer sprake begint te zijn van een gameverslaving. Zo is er recent de Richtlijn Gezond Schermgebruik uitgekomen. Deze zou ook gespecificeerd kunnen worden voor het gamen. En er kan binnen bredere publiekscampagnes omtrent dit onderwerp (zoals er na de zomer een start) aandacht geschonken worden aan
- Variant ii.: verbieden van reclame voor games, zowel online als in het straatbeeld.
- Variant iii.: verbieden van de aankoop van in-game extras.
- Variant iiiv.: verplichte invoering van regelmatige pauzes in games en gameconsoles, zodat het gemakkelijker is los te komen van het spel.

Een verdergaande variant is nog het reguleren van verslavende elementen in games, zoals dat ook in beleidsoptie 6 wordt voorgesteld voor elementen in sociale media. Omdat dit voor games zowel qua wetgeving als handhaving lastig vorm te geven is, en waarschijnlijk ook afdoet aan de gebruikers die positieve ervaringen hebben, werken we deze variant niet verder uit.

Rationale

- Gamers kent zowel voor- als nadelen. Een grote groep gebruikers gebruikt gamen voor ontspanning, equivalent aan tv-kijken, en haalt daarnaast voordelen uit bijv. het ontwikkelen van informatieverwerking, probleemoplossend vermogen, en ruimtelijk inzicht. Ook zijn veel games sociaal van aard, waarbij vriendschappen kunnen ontstaan.⁷¹
- Een klein deel van de gebruikers ontwikkelt een verslaving. Het gaat dan om zo'n 20.000 mensen.⁷² Voor de ordergrootte: dat is ca. een kwart van het aantal verslaafden aan gokken of cannabis.⁷³ Maar een klein deel van de verslaafden (ca. 500 op jaarlijkse basis) zoekt hulp. Als er sprake is van excessief gamegedrag, is er vaak ook meer kans op andere mentale klachten zoals depressie, angstklachten, lager zelfvertrouwen.⁷⁴
- De gebruikersbasis ligt veel hoger dan het aantal verslaafden. Bijna een op de drie leerlingen speelt bijna dagelijks games, waarbij dit voor jongen hoger ligt dan voor meisjes (45% versus 14%). Voor 17% gaat het daarbij om meer dan vier uur per dag gamen.⁷⁵ Bij zo'n 2 - 3,4% van de voortgezet onderwijs-scholieren was er sprake van problematisch gamegedrag.^{76,77}
- Sommige games zijn zo ontworpen dat er een grote sociale druk bestaat om verder te komen in een spel, en daartoe extra's zoals lootboxes (verrassingen) in games te kopen.⁷⁸ Ter illustratie: bijna de helft van de door UNICEF geënquêteerde basisschoolleerlingen heeft wel eens iets gekocht in een game, en de meerderheid heeft daar spijt van. De EU heeft regelgeving

⁷¹ Weerdmeester, J. (2023, 24 januari). Gamers maakt jongeren socialer en is leerzamer dan gedacht. Sociale Vraagstukken. <https://www.socialevraagstukken.nl/gamen-maakt-jongeren-socialer-en-leerzamer-dan-gedacht/>

⁷² Jellinek. (z.d.). Vraag-antwoord. <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-aan-gamen/>

⁷³ Jellinek. (z.d.-b). Vraag-antwoord. <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>

⁷⁴ Von Der Heiden, J. M., Braun, B., Müller, K. W., & Egloff, B. (2019). The Association Between Video Gaming and Psychological Functioning. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01731>

⁷⁵ Rombouts, M., Morren, K., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Monshouwer, K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Digitale media en gokken. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/digitale-media-en-gokken/gamen/>

⁷⁶ Rombouts, M., Morren, K., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Monshouwer, K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Digitale media en gokken. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/digitale-media-en-gokken/gamen/>

⁷⁷ Trimbo-instituut. (z.d.). Problematisch gamen en preventie. <https://www.trimbos.nl/kennis/digitale-media-gokken/expertisecentrum-digitalisering-en-welzijn/gamen/gamen-info/>

⁷⁸ UNICEF. (2024, 21 november). UNICEF. <https://www.unicef.nl/wat-we-doen/nieuws/2024-11-21-veel-basissschoolleerlingen-spijt-van-aankopen-tijdens-gamen>

aangenomen om bij aankopen in games de echte prijzen te benoemen,⁷⁹ maar dit vermindert de sociale druk nog niet.

- De overheid neemt al een rol in het informeren van ouders en kinderen over gamen, bijvoorbeeld met informatie vanuit de Gamewijzer en voorlichting over gamen.

Effecten

Beoogd effect

- Variant i. beoogt het voor ouders makkelijker te maken om hun kind te begeleiden bij het gebruik van gamen, en te herkennen wanneer het problematisch kan worden. Voorlichtingscampagnes hebben enige maar beperkte effecten, waarbij vooral een normstellend en voorbeeldeffect belangrijk lijken te zijn.⁸⁰
- Variant ii. richt zich op het minder aantrekkelijk maken van gamen. In de gokmarkt was te zien dat na de invoering van gokreclames er meer gebruik werd gemaakt van gokwebsites.⁸¹ Tegelijkertijd halen games hun bekendheid niet alleen uit reclames, maar ook uit word-of-mouth. Het effect van deze variant op verslaving is dus onbekend, maar wordt op klein ingeschat.
- Variant iii. richt zich op het verminderen van de druk tot geldbesteding in een game. Zij richt zich niet op de gameverslaving an sich, maar op negatieve gevolgen voor zowel reguliere als verslaafde gamers. Mogelijk zullen game-ontwerpers workarounds vinden, maar het effect van een verbod kan over het algemeen vrij hoog ingeschat worden.
- Variant iiiii. richt zich op het verbeteren van de mentale en fysieke gezondheid van alle gamers tijdens het gamen zelf door pauzes te nemen, en heeft daardoor mogelijk een indirect effect op verslaving omdat het iets makkelijker wordt om van de game weg te stappen. Bij interventies gericht op het sterk beperken van speeltijd (tot 1 uur per dag) werden geen tot beperkte effecten op gebruik gevonden.⁸² Omdat een pauze van 5 – 10 minuten echter minder verstorend is, is de kans op omzeiling lager en het mogelijke nut dus hoger.

Overige effecten

- Als er minder problematisch gebruik van gaming is kan dit ook positieve uitstralingseffecten hebben naar het onderwijs en de arbeidsmarkt.
- Variant 3 heeft ook effect op het businessmodel van gameproducers.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Inzetten op preventie van gameverslaving	0	0	0	0	0	0	2026

⁷⁹ NOS Jeugdjournaal. (2025, 24 maart). Europese Unie komt met strengere regels voor aankopen in games [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=D5uZmMpidDU>

⁸⁰ Trimboos-instituut. (2024). Naar een samenhangend en dekkend aanbod voor ouders op middelenpreventie. <https://www.trimboos.nl/wp-content/uploads/2024/04/AF2163-Position-paper-Naar-een-samenhangend-aanbod-voor-ouders-op-middelenpreventie.pdf>

⁸¹ Avanonna. (2023, 23 februari). Stortvloed aan gokreclames leidt tot meer gokverslavingen.

Hervitas. <https://www.hervitas.nl/nieuws/stortvloed-aan-gokreclames-leidt-tot-meer-gokverslavingen/>

⁸² Zendle, D., Flick, C., Gordon-Petrovskaya, E., Ballou, N., Xiao, L. Y., & Drachen, A. (2023). No evidence that Chinese playtime mandates reduced heavy gaming in one segment of the video games industry. *Nature Human Behaviour*, 7(10), 1753–1766. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01669-8>

- Voor variant i. is wel budget nodig. Het zou dan gaan om €500.000 euro per jaar. Dit is als volgt opgebouwd: Gameninfo.nl + publiekslijn = 100.000 euro per jaar. Landelijke voorlichtingscampagne = 300.000 euro per jaar (gebaseerd op voorbeeld *social media* campagne drugs 2025). Ontwikkeling voorlichtingsmateriaal e.d. = 100.000 euro per jaar

Uitvoerbaarheid

Voor variant ii. – iiiii. is er aanvullende wetgeving nodig. Daardoor zal de tijd tot inwerkingtreding het kortste zijn voor variant i.: daar is vooral budget en organisatie voor nodig. Voor variant iii. en iiiii. is waarschijnlijk aanvullende tijd nodig om met het veld te overleggen over de precieze vormgeving. Daarbij zal er ook uitvoeringscapaciteit beschikbaar moeten zijn voor de handhaving.

6. Sociale media

6a. Bindende leeftijdsgrens sociale media

Omschrijving van de beleidsoptie

- Er komt een bindende leeftijdsgrens voor het gebruik van sociale media.
- Een account wordt verplicht voor het gebruik van sociale media, waarbij de voorwaarde is dat de gebruiker tenminste 16 jaar is. Eventueel zou ook kunnen worden gekozen voor een andere leeftijdsgrens.
- De sociale media platforms zijn verantwoordelijk voor een effectief en privacy beschermend leeftijd verificatie systeem. De overheid ziet toe op de handhaving hiervan en stelt een definitie op van sociale media en welke diensten onder de leeftijdsgrens vallen.
- Onderzocht wordt in hoeverre de overheid kan helpen bij verificatie door partijen gelegenheid te bieden aan te sluiten bij systemen als de Digital Identity Wallet.

Variant 6a-ii

- Maatregel identiek aan maatregel 6a, met als verschil dat kinderen onder de 16 sociale media wel kunnen gebruiken als ouders of verzorgers expliciet toestemming geven.
- In feite zou dit al noodzakelijk zijn vanwege de AVG, maar in de praktijk wordt niet expliciet gehandhaafd. Door dit te koppelen aan een verplichting tot leeftijdsverificatie kan handhaving hierop beter worden vormgegeven.

Rationale

- Er is steeds meer aandacht voor een mogelijk verband tussen smartphone- en sociale media gebruik en de invloed die dit mogelijk kan hebben op de mentale gezondheid van jongeren. Er zijn onderzoeken die een negatief verband laten zien tussen (vooral problematisch) sociale mediagebruik en mentale gezondheid, waarbij de sterkte van het verband en de mate waarin het verband ook direct causaal is onderdeel is van het wetenschappelijke debat. Hierbij lijkt de impact per persoon (waarbij meisjes gevoeliger lijken voor de negatieve effecten) en per platform te verschillen. Er zijn veel factoren van invloed op de mentale gezondheid, wat causaal onderzoek naar de mentale gezondheid complex maakt. Jongeren zijn extra gevoelig voor de mogelijk negatieve effecten, waarbij er nog geen consensus van ideale leeftijdsgrens is voor het gebruik van sociale media.
- Tegelijkertijd kunnen er ook andere gerelateerde redenen zijn om smartphonegebruik en sociale media te reguleren: het collectieve actieprobleem, verslavende karakter, kansenongelijkheid en de asymmetrie van kosten en baten bij ingrijpen. Deze worden hieronder toegelicht:
- Negatieve verbanden tussen mentale gezondheid en sociale mediagebruik
 - Sociale media worden in verband gebracht met de daling van mentale gezondheid bij kinderen en jongeren, een groep die extra kwetsbaar is omdat hun hersenen volop in ontwikkeling zijn. In een recent onderzoek geeft 60% van de adolescenten zelf aan negatieve effecten te ondervinden van sociale media op mentaal welzijn, zelfvertrouwen en hechte vriendschappen terwijl maar 5% enkel positieve effecten ervaart.⁸³ Het verband is negatiever voor meisjes en mensen met een lagere sociaaleconomische status. Daarnaast blijkt dat kinderen die aangeven op vroegere leeftijd een sociale media-account te hebben een lagere mentale gezondheid op volwassen leeftijd te rapporteren. Dit effect speelt met name bij meisjes.⁸⁴ Meta onderzoeken laten zien dat een negatief verband is tussen sociale media gebruik en mentale gezondheid,

⁸³ Van der Wal et al. (2024). *Social Media Use Leads to Negative Mental Health Outcomes for Most Adolescents*. Preprint, 1-37.

⁸⁴ Badir et al. (2024). *Problematisch gebruik smartphones en sociale media vereist beleidsdebat*. <https://esb.nu/problematisch-gebruik-smartphones-en-sociale-media-vereist-beleidsdebat/>

waarbij er wel variatie is in de mate van het verband en de causaliteit niet direct is vast te stellen.⁸⁵

- Verslavend product.
 - De algoritmes zijn vormgegeven dat je er zo veel mogelijk tijd op doorbrengt. Zeker kinderen zijn extra gevoelig voor dit soort verslavende prikkels. Onderzoek suggereert dat ongeveer een derde van het gebruik komt door de uitdaging van zelfcontrole.⁸⁶ Een significant deel van de jongeren geeft aan dat ze minder sociale media willen gebruiken maar het niet lukt.
- Collectief actieprobleem
 - Individueel willen we minder sociale media gebruiken, maar we willen niet stoppen omdat anderen er ook op zitten. Gebruik van deze producten leidt namelijk tot negatief nut voor degenen die het niet gebruiken, bijvoorbeeld door sociale uitsluiting. Dit blijkt uit onderzoek van de University of Chicago.⁸⁷ Bij dit soort collectieve actieproblemen is een richtlijn van de overheid mogelijk niet genoeg en kan er een taak voor de overheid zijn voor meer coördinatie.
- Gebrek aan zelfregulering sector
 - Sociale media aanbieders geven aan zelfregulering te doen, maar in de praktijk werkt dit niet. Zo blijkt dat in het buitenland bijna de helft van de kinderen onder de 13 een sociale mediaprofiel heeft, en kinderen makkelijk 16+ accounts kunnen aanmaken door over hun leeftijd te liegen.
- Kansengelijkheid
 - Uit onderzoek naar gebruik van sociale media blijkt mensen met een lagere sociaaleconomische status meer problematisch sociale media gebruik hebben. Onbeperkte toegang tot sociale media raakt dus in grotere mate kansarme groepen. Het is zeer de vraag of meer voorlichting en waarschuwingen dit verschil zou wegnemen. Tegelijkertijd helpt sociale media groepen met een lagere sociaaleconomische status ook toegang te krijgen tot informatie waar zij anders verminderde toegang tot zouden hebben.⁸⁸
- Voorzorgsprincipe vanwege asymmetrische kosten en baten van ingrijpen
 - De potentiële kosten van niets doen waarschijnlijk hoger zijn dan de potentiële kosten van ingrijpen. Als we het gebruik onder jongeren beperken, zijn de hoogste kosten dat jongeren opgroeien op een wijze die meer vergelijkbaar is met de situatie vóórdat sociale media hun intrede deden. De mogelijke baten in het voorkomen van schade en beter mentaal welzijn staan daar tegenover. Deze baten zijn onzeker maar mogelijk ook hoog. Vanwege deze asymmetrie zou vanuit een *voorzorgsprincipe* kunnen worden gekozen voor een verbod, zolang er onduidelijkheid over de mogelijke schade blijft bestaan.⁸⁹
- Schadelijke content
 - Kinderen hebben toegang tot content die niet geschikt is voor hun leeftijd: 71% van de kinderen tussen 9-13 geeft aan blootgesteld te zijn aan schadelijke online-ervaringen⁹⁰ en 30% van de meisjes van 16-17 jaar heeft online seksuele intimidatie meegemaakt⁹¹ wat mogelijk lange termijn negatieve gevolgen kan hebben voor mentale gezondheid.
- Slaapproblemen en mentale gezondheid

⁸⁵ Girela-Serrano, B.M., A.D.V. Spiers, L. Ruotong et al. (2024). Impact of mobile phones and wireless devices use on children and adolescents' mental health: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1621–1651.

⁸⁶ Allcott, H., M. Gentzkow en L. Song. (2022). Digital addiction. *The American Economic Review*, 112(7), 2424–2463.

⁸⁷ Bursztyn, L., B.R. Handel, R. Jiménez-Durán en C. Roth. (2023). When product markets become collective traps: The case of social media. *BFI Working Paper*, 2023-131. Te vinden op bfi.uchicago.edu.

⁸⁸ Chari, S. G. (2024). Bridging gaps, building futures: Tackling socio-economic disparities through education and technology. *London Journal of Research In Humanities and Social Sciences*, 24(16), 1–12.

⁸⁹ The 74 million. (2024). Kids, screen time & despair: An expert in the economics of happiness echoes psychologists' warnings about tech. *The 74 Nieuwsbericht*, 6 mei.

⁹⁰ Team, I. M. (2025, 11 maart). 7 op de 10 kinderen ondervinden online schade, terwijl tweederde van de ouders toegeeft dat ze geen breedbandcontroles hebben. *Internet Matters*. <https://www.internetmatters.org/nl/hub/press-release/abc-online-safety-launch/>

⁹¹ Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2023). Monitor seksueel geweld tegen kinderen 2018-2022. <https://www.nationaalrapporteur.nl/documenten/2023/12/13/seksueel-geweld-tegen-kinderen-vindt-in-meer-dan-de-helft-van-de-gevallen-plaats-achter-de-voordeur>

- Sociale media gebruik houdt verband met slechter slapen van jongeren, terwijl goed slapen juist belangrijk is voor het mentaal welzijn van jongeren.⁹²⁹³ Vooral gebruik van sociale media met een sterke emotionele betrokkenheid en gebruik voor het slapengaan is gelinkt met slechter slapen.
- Overige factoren
 - Minder tijdsbesteding sociale media (en schermtijd in bredere zin) geeft meer ruimte aan andere activiteiten, zoals huiswerk en buitenspelen. Om daadwerkelijk te bereiken dat kinderen de vrijgekomen tijd ook voor dit soort zaken inzetten (en niet bijv. alleen meer gaan gamen) vraagt dit wel een bredere aanpak. Ook kan veelvuldig schermgebruik leiden tot myopie.
- Mede gegeven bovenstaande problemen hebben 1400 Nederlandse psychiaters, psychologen en andere experts een brandbrief aan de overheid ondertekend die pleiten om sociale media gebruik pas toe te staan vanaf 16 jaar vanwege de negatieve gevolgen voor kinderen en jongeren. Onder andere Trimbos en NJI hebben aangegeven dit genuanceerder te zien, terwijl de Hersenstichting deze oproep juist ondersteunde, wijzend op gevolgen op de mentale gevolgen van minder slaap. Inmiddels heeft de overheid zelf een advies gegeven aan ouders om hun kinderen sociale media platforms niet voor 15 jaar te laten gebruiken. Ook overheidsonderzoeken vanuit Frankrijk en Denemarken adviseren met regulering te komen voor het beperken van sociale media voor kinderen en jongeren. Inmiddels hebben Australië, Denemarken en Frankrijk plannen of wetgeving in de maak om sociale media voor kinderen en jongeren te beperken.
- Er kan gekozen worden voor een verbod met uitzondering bij expliciete toestemming van ouders of verzorgers (variant 6a-ii). Hierbij gelden dezelfde overwegingen als de basisvariant 6a, waarbij 6a-ii kan worden gezien als een *light* variant die de keuze voor het gebruik van sociale media voor kinderen bij de ouders laat, maar wel pas na expliciete toestemming.
- Variant 6a-ii is aantrekkelijk indien er wel de wens is om gebruik van sociale media te beperken, maar tegelijkertijd de wens is de verantwoordelijkheid te houden bij de ouders of verzorgers.

Effecten

Beoogd effect

- Doel is verbeteren van mentaal welzijn onder jongeren. Gegeven het inherent verslavende karakter van sociale media, het mogelijk negatieve verband met mentaal welzijn (voornamelijk onder meisjes) en de schadelijke content die kinderen te zien kunnen krijgen is de verwachting dat een gehandhaafde bindende leeftijdsgrens een positief effect heeft op mentaal welzijn. Het kan ook leiden tot verbeterd mentaal welzijn als gevolg van verbeterde slaapkwaliteit.
- Een heldere leeftijdsgrens lost het collectieve actieprobleem op en verlicht zo ook de druk op ouders. Als andere kinderen ook geen toegang hebben om sociale media hebben is er geen sociale uitsluiting als gevolg van dat een kind de enige zou zijn die er niet op zit.

Overige effecten

- Daarnaast kan een goed werkende leeftijdsgrens (idealiter ingebed in een bredere aanpak) zorgen voor minder digitaal pesten en meer vrije tijd voor andere activiteiten. Om vrijgekomen tijd ook positief in te vullen (door bijv. huiswerk, buitenspelen) vraagt dit wel een bredere beleidsaanpak. Als het leidt tot minder schermtijd kan het ook de fysieke gezondheid verbeteren door betere slaapkwaliteit en minder myopie.
- Er zijn enkele aandachtspunten bij invoering van een verbod.

⁹² Kinsella, J.E. en Chin, B.N. (2024). *Mechanisms Linking Social Media Use and Sleep in Emerging Adults in the United States*, *Behav. Sci.* 2024, 14(9), 794.

⁹³ Alonzo et al. (2021). *Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review* (*Sleep Medicine Reviews*)

- Ten eerste is er het risico dat kinderen het verbod zouden omzeilen. Dit kan worden verholpen door een goed werkend verificatiesysteem, die bijvoorbeeld VPN gebruik kan opsporen (zie uitvoerbaarheid).
- Daarnaast is er een discussie onder experts over de proportionaliteit van een bindende leeftijdsgrens voor alle kinderen, omdat het de keuzevrijheid bij ouders weghaalt en kinderen ook niet kunnen profiteren van mogelijke voordelen van (verantwoord) gebruik. De weging van minder keuzevrijheid voor ouders ten opzichte van de voordelen van een collectieve oplossing is uiteindelijk een politieke. Overigens zijn er meer zaken waarbij de overheid bindende regels stelt als het denkt dat gebruik schadelijk kan zijn voor kinderen (zoals bij roken en alcohol). Aandachtspunt is wel dat kinderen leren hoe verantwoord om te gaan met sociale media voor het moment dat ze 16 zijn. Hierbij is het ook goed mogelijk kinderen voorlichting te geven over de gevaren van sociale media en goed gebruik zonder ze al toegang te geven (zoals we ook met alcohol doen), waarbij wel van belang is dat jonge kinderen toegankelijker zijn voor de adviezen van ouders dan op latere leeftijd. Ook kan worden gekeken naar mediawijsheid onderwijs op school. Indien de politiek de leeftijdsgrens van 16 jaar niet proportioneel vindt, kan ook gekozen worden voor een lagere leeftijdsgrens.
- De mogelijkheid van kinderen om gelijkgestemden te vinden op verschillende onderwerpen kan door een verbod mogelijk worden beperkt. Dit geldt ook voor potentiële relaties met positieve welzijnseffecten, bijvoorbeeld wanneer kinderen steun ervaren op onderwerpen waar de eigen omgeving niet ondersteunend is.
- Een wettelijke minimumleeftijd voor sociale media is als maatregel op zichzelf onvoldoende om een gezonde en veilige online omgeving voor jeugdigen te garanderen. Het beschermen van minderjarigen vraagt om een integrale aanpak, waarbij naast leeftijdsgerichte adviezen ook de aanpak van kwalijke praktijken zoals verslavende elementen en schadelijke content nodig is, alsmede inzet op mediawijsheid en digitale weerbaarheid en verminderen van schermtijd in het algemeen.

Additioneel bij variant 6a-ii

- Belangrijk nadeel van variant 6a-ii ten opzichte van de basisvariant is dat het alsnog de mogelijkheden geeft voor kinderen onder de 16 om sociale media te gebruiken en daarmee de collectieve oplossing van overheidsingrijpen tegengaat. Als ouders van andere kinderen in de omgeving immers wel sociale media toestaan wordt de druk voor andere ouders ook weer hoger om het toe te staan.
- Ook zullen ouders die minder goed geïnformeerd zijn hun kinderen naar verwachting meer op sociale media laten zitten. Dit kan ook kansenongelijkheid in de hand werken.
- Tegelijkertijd geeft variant 6a-ii meer de mogelijkheid om met mogelijke begeleiding en steun van ouders sociale media al eerder te gebruiken. Dit kan een terugslageneffect bij gebruik vanaf 16 jaar met meer negatieve gevolgen mogelijk verminderen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Bindende leeftijdsgrens	0	0	0	0	0	0	2026

- De financiële effecten van dit fiche zijn exclusief uitvoerings- en handhavingskosten. Bij het invoeren van dit fiche dient dit nader in kaart gebracht te worden.
- Uitgaven zitten vooral in de uitvoeringskosten in zoverre de overheid bijdraagt aan een verificatiesysteem. Deze dienen nader in kaart te worden gebracht, maar als kan worden aangesloten bij de EU Digital wallet of bijv. Digid zullen de uitvoeringskosten naar verwachting beperkt zijn.

Uitvoerbaarheid

- Bij de leeftijdsgrens dient de overheid vast te stellen welke applicaties onder de grens vallen, waarbij daarnaast de noodzaak is dat verificatie ook goed plaatsvindt. Bij de uitvoering zijn er twee aspecten van de vormgeving van de leeftijdsgrens die van bijzonder belang zijn voor de goede werking ervan:
 - Verificatie
 - Allereerst is de vraag wie de verantwoordelijkheid heeft voor de verificatie van de leeftijdsgrens. Dit kan de aanbieder van de sociale media zijn, of bijvoorbeeld de producent van de smartphone of besturingssysteem waar deze dienst op wordt aangeboden. Hierover kan bij nadere uitwerking worden gekeken wat het beste werkt, het lijkt op het eerste gezicht het meest logisch om de verantwoordelijkheid te leggen bij de aanbieders van sociale media zelf.
 - Bij de uitwerking moet daarnaast worden gekeken hoe de leeftijd kan worden geverifieerd op een effectieve wijze die de privacy van gebruikers waarborgt. Hier zou eventueel inspiratie kunnen worden gehaald uit landen die een leeftijdsgrens al aan het uitwerken zijn, zoals Australië.⁹⁴ Australië legt de verantwoordelijkheid voor verificatie bij de aanbieders van de platforms, waarbij in recent onderzoek de Australische overheid concludeert dat het technisch mogelijk is om de leeftijd te verifiëren.
 - Er kan worden gekeken om als alternatief te kijken of de overheid kan helpen bij het verifiëren van de leeftijd. Op het eerste gezicht lijkt hiervoor de EU Digital Identity Wallet, waarbij alle EU burgers een digitale online identiteit krijgen, een geschikt instrument, waarbij een uitzoekpunt is in hoeverre gebruik maken van dit systeem verplicht stellen ook een mogelijkheid zou zijn en wat dan het alternatief is.
 - Europees is een punt van aandacht dat de Digital Service Act (DSA) voorziet in maximumharmonisatie. In hoeverre een nationale verplichting tot leeftijdsverificatie zich hiertoe verhoudt is een aspect wat nader in kaart dient te worden gebracht.
 - Definitie sociale media
 - Daarnaast is de afbakening van sociale media van belang. Sociale media kunnen heel breed gedefinieerd worden, waardoor ook applicaties als Whatsapp er onder vallen.⁹⁵ In de richtlijn gezond en verantwoord scherm- en sociale media gebruik is, op grond van wetenschappelijke- en praktijk inzichten onderscheid gemaakt tussen sociale interactie platforms (berichtenapps) en sociale media platforms. Dit kan op termijn nog verder geconcretiseerd worden naar specifieke apps. Bij de uitwerking dient een afweging te worden gemaakt tussen welke sociale

⁹⁴ Kaye, B. (2025). Australia social media teen ban software trial organisers say the tech works. Reuter. <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/australia-social-media-teen-ban-software-trial-organisers-say-tech-works-2025-06-20/>

⁹⁵ Zie hiervoor ook Richtlijn verantwoord schermgebruik, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/06/17/richtlijn-gezond-schermgebruik-2025>

media het meest schadelijk zijn en tegelijkertijd wetgeving ook eenduidig genoeg maken dat er niet makkelijk loopholes ontstaan. Ook hier kan gebruik worden gemaakt van de onderzoeken en ervaringen die andere landen hierop hebben opgedaan. Recent onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat negatieve effecten op welzijn vooral te vinden zijn bij YouTube, Instagram en Tiktok en niet zozeer bij Whatsapp. Daarom kan gekozen worden om enkel een aantal specifieke *socialmediaplatforms* onder de 16 jaar te verbieden, op basis van ontwerpeigenschappen die kenmerkend zijn voor deze platforms, zodanig dat diensten zoals Whatsapp en Signal er in hun huidige vorm niet onder vallen. Aangesloten kan worden bij definities die reeds in andere landen worden of zijn ontwikkeld. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de opkomst van nieuwe vormen van sociale media.

- T.a.v. variant 6a-ii:

- Relevant is dat AVG en de Uitvoeringswet van de AVG al zo uitgelegd kunnen worden dat kinderen jonger dan 16 jaar nu al zelf geen geldige toestemming kunnen geven voor het verwerken van hun gegevens. Toestemming is alleen geldig als een van de ouders of verzorgers van een kind de toestemming geeft. In theorie zou dit betekenen dat het gebruik van sociale media, die naar hun aard het persoonsgegevens van gebruikers verwerken, nu al verboden is voor kinderen jonger dan 16 jaar, tenzij zij toestemming hebben van hun ouders. In de praktijk wordt hier echter niet op gehandhaafd. Dit betekent dat een goed werkend verificatiesysteem in elk geval nodig is om uit te werken, waarbij moet worden gekeken hoe nieuwe wetgeving zich hiertoe verhoudt.

6b. Reguleren verslavende en schadelijke elementen sociale media minderjarigen

Omschrijving van de beleidsoptie

- Sociale media aanbieders worden verplicht hun platform aan te passen zodat de meest verslavende en schadelijke elementen niet meer zijn toegestaan voor minderjarigen. Hierbij gaat het tenminste om:
 - Content met een hoog risico op negatieve mentale welzijns-effecten, zoals content die aanzet tot eetstoornis-gedrag, zelfbeschadiging, geweld en pesten.
 - Verslavende eigenschappen, zoals infinite scrolling, default auto play, constante push notificaties.
 - Verzamelen van persoonlijke gegevens voor gepersonaliseerde content, gericht op het zo lang mogelijk vasthouden van aandacht.
 - Promotie van materiaal dat ongeschikt is voor kinderen zoals gokken, drugs, alcohol en tabak.
 - (Ongepast) contact met meerderjarigen op platform
- De overheid biedt onafhankelijke leeftijdsverificatie aan (zie optie 6a), terwijl de verantwoordelijkheid voor de content wordt gelegd bij de platforms. Dat betekent als minderjarigen toch ongepaste content te zien krijgen de platforms verantwoordelijk zijn, met boetes tot gevolg.
- Naast het tegengaan van verslavende en schadelijke elementen kan ook worden ingezet op het versterken van elementen die neutraal of positief zijn voor het welzijn: een welzijnsgericht ontwerp van de digitale omgeving.
- Idealiter gebeurt dit op EU-niveau door middel van de verdere uitwerking van de Digital Service Act (DSA) en de in ontwikkeling zijn Digital Fairness Act (DFA). Mocht hierbij onvoldoende voortgang worden gemaakt kan Nederland kijken of het mogelijk is dit unilateraal in wetgeving te zetten (rekening houdend met de Europese afspraken)

Rationale

- Hoewel de argumenten om gebruik van sociale media onder kinderen en jongeren te verminderen breder zijn (zie optie 6a), poogt deze maatregel de meest schadelijke effecten van sociale media tegen te gaan zonder het geheel te verbieden voor de leeftijdsgroep.
- Gepersonaliseerde content en infinite scrolling zijn zo gemaakt dat ze leiden tot meer zo veel mogelijk gebruik van de platforms. Met de steeds verder toenemende mogelijkheden om persoonlijke data te verzamelen, worden sociale media bedrijven steeds beter in het vasthouden van aandacht. Bijvoorbeeld door content aan te bieden die – positief of negatief – hevige emoties ontlokt. Gebruikers van sociale media (jong en oud) geven aan vaak langer bezig te zijn met sociale media dan ze achteraf hadden gewild.
- Veelvuldig gebruik op jonge leeftijd door deze mechanismen is gelinkt aan een slechte mentale gezondheid, onder andere mogelijk door toename van (sociale) angsten en verslechtering van het zelfbeeld.⁹⁶ Bovendien kan schadelijke content zoals filmpjes die eetstoornis-gedrag aanmoedigen jonge kinderen tot zelfbeschadiging aanzetten.⁹⁷

Effecten

Beoogd effect

- Verbeteren mentale gezondheid jongeren door meest schadelijke en verslavende elementen van sociale media tegen te gaan.

⁹⁶ Allcott, H., M. Gentzkow en L. Song. (2022). *Digital addiction*. *The American Economic Review*, 112(7), 2424–2463.; Burszty, L., B.R. Handel, R. Jiménez-Durán en C. Roth. (2023). *When product markets become collective traps: The case of social media*. *BFI Working Paper*, 2023-131.

⁹⁷ Xiao, Y., Meng, Y., Brown, T. T., Keyes, K. M., & Mann, J. J. (2025). *Addictive screen use trajectories and suicidal behaviors, suicidal ideation, and mental health in US youths*. *JAMA*.

- De verwachting is dat indien de maatregel goed gehandhaafd wordt problematisch sociale media gebruik zal afnemen. Aangezien problematisch sociale media gebruik het sterkst gelinkt is met slechtere mentale gezondheid is de verwachting dat de mentale gezondheid zal verbeteren. Het is niet mogelijk hier een kwantitatieve inschatting van te geven.

Andere effecten

- Breder effect is dat door de wettelijke verantwoordelijkheid van beschermen minderjarigen bij het sociale media platform te leggen het verdienmodel zal veranderen. Er kan namelijk niet meer worden verdiend aan verslavende en schadelijke elementen en content gericht op minderjarige.
- Als kinderen minder verslaafd zijn aan sociale media kan dit leiden tot minder gebruik van sociale media en smartphones, wat andere positieve effecten kan hebben op de gezondheid van kinderen (waarbij meest gewenste effect is, maar niet het effect hoeft te zijn: minder myopie, meer bewegen en buitenspelen en minder overgewicht, beter slaapkwaliteit, minder snel afgeleid zijn, zie ook fiche 6a).

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Reguleren verslavende en schadelijke elementen sociale media minderjarigen	0	0	0	0	0	0	2026

- De financiële effecten van dit fiche zijn exclusief uitvoerings- en handhavingskosten. Bij het invoeren van dit fiche dient dit nader in kaart gebracht te worden.
- Belangrijkste mogelijke kosten zijn het opzetten van een leeftijdsverificatiesysteem, zie 6a.

Uitvoerbaarheid

- Voor effectieve wetgeving zijn tenminste twee zaken van belang:
 - Duidelijke definitie wat ongeschikt is voor minderjarigen.
 - Wetgeving die verantwoordelijkheid bij sociale media bedrijven legt waarbij de handhaving van de wetgeving bij de toezichthouder ligt.
- Definitie content en algoritmes minderjarigen
 - Het is belangrijk dat er voldoende eenduidigheid is wat de wetgever ziet als ongepast voor minderjarigen op sociale media platforms.
 - Content met een hoog risico op negatieve mentale welzijns-effecten, zoals content die aanzet tot eetstoornis-gedrag, zelfbeschadiging, geweld en pesten.
 - De wetgever dient een definitie op te stellen. Dit kan bijvoorbeeld een definitie zoals 'content met een reëel risico op negatieve mentale gezondheidseffecten bij minderjarigen', met nadere uitwerking.
 - Verbod verslavende eigenschappen infinite scrolling, default auto play, constante push notificaties

- Wetgeving nodig die deze begrippen helder definieert. Zeker voor zaken als autoplay en infinite scrolling lijkt dit wel goed mogelijk.
- Hierbij kan ook inspiratie worden gehaald uit buitenlandse wetgevingsinitiatieven, zoals het Amerikaanse SAFE for Kids Act
- Verzamelen van persoonlijke gegevens voor gepersonaliseerde content, gericht op het zo lang mogelijk vasthouden van aandacht.
- Promotie van materiaal dat ongeschikt is voor kinderen zoals gokken, drugs of tabak
 - Dit is onder huidige wetgeving al niet toegestaan; verantwoordelijkheid van handhaving kan effectiever bij platforms worden gelegd.
- (Ongepast) contact met meerderjarigen op platform
 - Door middels het verificatiesysteem helder te hebben wie minderjarig is kan het makkelijker worden gemaakt om niet toe te staan dat meerderjarigen contact hebben met minderjarigen. De leeftijdsgrens kan hierbij ook lager worden gelegd (bijvoorbeeld onder de 15).
- Samenhang EU wetgeving
 - De Digital Services Act (DSA) vanuit de EU heeft als doel minderjarigen beter te beschermen voor de schadelijke kanten van sociale media, waarbij bijvoorbeeld specifieke advertenties gericht op minderjarigen niet toegestaan zijn. Er zijn daarnaast momenteel richtsnoeren in de maak voor de DSA die verplichtingen uit de DSA verduidelijken en bijv. aangeven om t.b.v. de bescherming van minderjarigen de privacy accounts van kinderen standaard op privé zetten. Ook werkt de EC aan de Digital Fairness Act (DFA) om manipulatief gedrag online aan te pakken, waarbij eind 2026 de eerste wetgeving in publieke consultatie gaat. Nederland kan zich inzetten voor bovenstaande voorstellen op EU niveau. Indien deze Europese wetgeving onverhoopt onvoldoende oplevert in termen van bescherming minderjarigen kan aanvullende regulering van bovenstaande elementen toegevoegd worden, voor zover het harmonisatie-uitgangspunt van de DSA dit toelaat.
- Leggen verantwoordelijkheid handhaving bij platforms
 - Momenteel geven sociale media platforms aan dat ze niet de mogelijkheid hebben om alle content te modereren. Door deze partijen aansprakelijk te maken voor het aanbieden van ongepaste inhoud aan jongeren verschuift de verantwoordelijkheid en is het ook mogelijk om boetes uit te delen als de zorgplicht niet voldoende wordt nagekomen.
 - Verdere uitwerking van een zorgplicht is nodig voor nadere wetgeving.

6c. Bindend verbod smartphones scholen

Omschrijving van de beleidsoptie

- Een bindend landelijk verbod van smartphones op scholen gedurende de schooldag. Dit betekent dat leerlingen gedurende de gehele schooldag geen toegang hebben tot hun smartphone. Hiervoor wordt wet- en regelgeving aangepast. Het onderzoekskader van de Onderwijsinspectie wordt ook aangepast zodat de inspectie hierop kan handhaven.

Rationale

- Zie fiche 6a voor de overwegingen bij het verband tussen mentaal welzijn en sociale media en smartphones en andere redenen om het gebruik te beperken.
- Smartphones op scholen dragen bij aan toegang tot sociale media gedurende de schooldag. Ook dragen smartphones op school bij aan de mogelijkheid tot online pesten gedurende de dag, en vermindert het daadwerkelijke fysieke interactie tussen leerlingen.
- Het gebruik van smartphones op scholen kan bovendien leiden tot verminderde leerprestaties.⁹⁸ Sociale media kennen een verslavend karakter met kortetermijnprikkels die ten koste gaan van aandacht op langere termijn. Recent onderzoek laat zien dat zelfs de aanwezigheid van een uitgeschakelde smartphone kan leiden tot slechtere cognitieve prestaties.⁹⁹ Het negatieve verband tussen smartphones en schoolprestaties wordt ook door leraren en leerlingen zelf gelegd. Een op de drie leerlingen geeft aan in vrijwel elke wiskundeles afgeleid te zijn door digitale apparaten.¹⁰⁰
- Een landelijk bindend smartphoneverbod op scholen stelt een duidelijke norm voor leraren, leerlingen en ouders en creëert daarmee bewustwording van de negatieve effecten van smartphone gebruik, omdat het gebruik van smartphones en sociale media sterk samenhangt met wat de omgeving doet (als anderen gebruiken heb je prikkel om ook te gebruiken).
- Uit de nieuwe monitoring van de landelijke afspraken voor strenger beleid voor mobiele telefoons op scholen blijkt dat drie kwart van de scholen een positief tot zeer positief effect ervaart op de concentratie en oplettendheid van leerlingen en geen school een negatief effect.¹⁰¹ Daarnaast geeft 59% aan dat strenger beleid van smartphones op scholen heeft geleid tot een positief tot zeer positief effect op het mentaal welbevinden van leerlingen en het school en klasklimaat. Slechts 1% van de scholen heeft een negatief effect gezien hierop.¹⁰²
- Er geldt momenteel een landelijke richtlijn voor het gebruik van smartphones op scholen. Er is echter veel variatie in hoe deze regels worden toegepast. Een bindend landelijk verbod geeft helderheid aan alle scholen en voorkomt afleiding van mobiele telefoons tussen en tijdens de lesuren voor alle leerlingen.
- De kennisrotonde (2023) concludeert dat het gebruik van smartphones niet bijdraagt aan het welbevinden van leerlingen.¹⁰³ Uit onderzoek naar regulering van het gebruik van smartphones in scholen in Noorwegen blijken vooral bij meisjes sprake van een afname in diagnoses en behandeling van mentale gezondheidsklachten.¹⁰⁴ Ook is er door het smartphoneverbod een afname van pestgedrag. Daarnaast blijken de leerprestaties van meisjes en leerlingen met een lagere sociaaleconomische achtergrond te verbeteren.

⁹⁸ Sapci, O., Elhai, J. D., Amialchuk, A., & Montag, C. (2021). The relationship between smartphone use and students' academic performance. *Learning and Individual Differences*, 89, 102035.

⁹⁹ Skowronek, J., Seifert, A., & Lindberg, S. (2023). The mere presence of a smartphone reduces basal attentional performance. *Scientific reports*, 13(1), 9363.

¹⁰⁰ OESO. (2024). *PISA in focus, Managing screen time: how to protect and equip students against distraction*.

¹⁰¹ Kohnstamm instituut. (2025). Monitoring landelijke afspraak mobiele telefoons en andere devices in de klas, een meting.

<https://kohnstamminstituut.nl/rapport/eindrapport-monitoring-landelijke-afspraak-mobiele-telefoons-en-andere-devices-in-de-klas/>

¹⁰² Kohnstamm instituut. (2025). Monitoring landelijke afspraak mobiele telefoons en andere devices in de klas, een meting.

<https://kohnstamminstituut.nl/rapport/eindrapport-monitoring-landelijke-afspraak-mobiele-telefoons-en-andere-devices-in-de-klas/>

¹⁰³ Kennisrotonde. (2023). Wat zijn de effecten van (een verbod op) het gebruik van smartphones in de klas op het welbevinden van leerlingen in het vo? <https://www.kennisrotonde.nl/vraag-en-antwoord/smartphones-in-de-klas-en-effect-welbevinden-van-leerlingen>

¹⁰⁴ Abrahamsson, S. (2024). Smartphone bans, student outcomes and mental health. *Norwegian School of Economics, Department of Economics, Discussion Paper, SAM 01/24*.

- Nieuw onderzoek naar een smartphoneverbod op scholen in het Verenigd Koninkrijk geeft aan dat studies negatieve verbanden rapporteren tussen smartphone en sociale mediagebruik en mentale gezondheid, leerprestaties en slaapkwaliteit, maar dat een restrictief smartphoneverbod op scholen niet direct leidt tot een verbetering hiervan.¹⁰⁵ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat kinderen de smartphonetijd die ze missen op scholen na schooltijd weer inhalen, waardoor hun totale schermtijd niet afneemt. Dit suggereert dat een smartphoneverbod idealiter onderdeel is van een bredere aanpak van smartphones en sociale media buiten schooltijd. Denk hierbij bijvoorbeeld leeftijdsgrens sociale media tot 16 jaar of meer controle van ouders op het gebruik van smartphone en sociale media gebruik buiten school (zie fiches 6a en 6d). Ook kan het helpen om het gebruik van andere digitale devices gedurende de schooltijd strenger te reguleren.

Effecten

Beoogd effect

- Verbeteren mentale gezondheid van jongeren door minder toegang smartphones (en dus ook sociale media) gedurende schooldag.
 - Gegeven bovenstaande onderzoeken is de verwachting dat een smartphoneverbod per saldo een positief effect kan hebben op mentaal welzijn. De omvang van dit effect is moeilijk te meten en hangt ook af van verschillende factoren, zoals hoeveel scholen hebben nu bijvoorbeeld al een totaalverbod van smartphones op scholen en wat het beleid is ten aanzien van smartphones en scholen buiten schooltijd.
 - De verwachting is dat de maatregel het meest effectief is als deze is ingebed in een integrale aanpak ten aanzien van sociale media en smartphonegebruik, zoals met fiches 6a en 6d). In dat geval kan een bindend verbod op scholen bijdragen aan helderheid voor leraren, ouders en kinderen.
 - Daarnaast moet ook worden gekeken of het beleid niet breder voor andere devices moet gelden, zoals smartwatches.

Overige effecten

- Meer directe communicatie en minder digitaal pesten.
 - Sommige onderzoeken suggereren dat een smartphoneverbod kan bijdragen aan meer daadwerkelijke fysieke communicatie en digitaal pesten kan tegengaan, waarbij tegelijkertijd directe fysieke communicatie ook zou kunnen leiden tot meer fysiek pesten.
- Verbeteren concentratie en leerprestaties.
 - Geen smartphones op scholen kan bijdragen aan betere leerprestaties en betere concentratie tijdens de schooldag.
- Helderheid voor ouders en scholen door een algemeen bindend voorschrift.
- Smartphone kunnen ook niet meer worden ingezet voor lesmethodieken.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

¹⁰⁵ Goodyear, Victoria A. et al. (2025). *School phone policies and their association with mental wellbeing, phone use, and social media use (SMART Schools The Lancet Regional Health – Europe, Volume 51, 101211*

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Bindend verbod smartphones scholen	0	0	0	0	0	0	2026

- De financiële effecten van dit fiche zijn exclusief uitvoerings- en handhavingskosten. Bij het invoeren van dit fiche dient dit nader in kaart gebracht te worden.
- Mogelijke extra kosten zijn eventueel extra kosten voor de Onderwijsinspectie. De verwachting is dat deze kosten beperkt zijn.

Uitvoerbaarheid

- Wetgeving wordt opgesteld dat zowel op basisscholen als middelbare scholen smartphones niet zijn toegestaan tijdens de schooldag. Dit betekent dat smartphones bij de start van de schooldag ingeleverd moeten worden in speciale opbergkluisjes en pas aan het eind van de schooldag eruit gehaald mogen worden. Hierbij kunnen uitzonderingen worden gemaakt voor leerlingen die een smartphone nodig zouden hebben voor bijvoorbeeld medische redenen.
- Uit onderzoek blijkt dat scholen op het VO die reeds nieuw strenger beleid hebben geïmplementeerd drie kwart dit binnen een half jaar heeft kunnen doen, binnen het BO was implementatie gemiddeld nog makkelijker.¹⁰⁶ Daarnaast geeft de helft van de scholen in het VO aan strenger beleid met weinig tot geen moeite te kunnen handhaven, terwijl minder dan 10% aangeeft veel moeite te hebben met handhaving.
- Door de onderzoekskaders van de Onderwijsinspectie aan te passen kan de Inspectie hierop handhaven, net zoals ze doen op andere wetgeving ten aanzien van schoolkwaliteit.
- Ervaring kan worden gehaald uit andere landen die reeds een smartphoneverbod hebben. Daarnaast kan worden gekeken of een verbod op andere devices ook zinvol is, zoals smartwatches.

¹⁰⁶ Kohnstamm Instituut. (2025). Eindrapport monitoring landelijke afspraak mobiele telefoons en andere devices in de klas, 2025. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/03/bijlage-1-definitief-eindrapport-monitoring-landelijke-afpraak-mobiele-telefoons-en-andere-devices-in-de-klas-kohnstamm-instituut-oberon>

6d. Verplichte toestemming ouders en risico-informatie bij verkoop smartphones aan kinderen onder 16

Omschrijving van de beleidsoptie

- a. Kinderen onder de 16 zijn niet toegestaan om zonder toestemming van de ouders of verzorgers zelf een smartphone te kopen. De verantwoordelijkheid voor uitvoering van deze maatregel ligt bij de verkopende partij (zoals bij verkoop van alcohol).
- b. Bij verkoop van smartphones (aan kinderen) wordt verplicht gewezen op de mogelijke schadelijke effecten op de mentale gezondheid van gebruik van apps (m.n. sociale media), met specifiek aandacht voor de mogelijke schadelijke content die kinderen te zien kunnen krijgen en de verslavende eigenschappen (zoals bij verkoop sigaretten).
- c. Het wordt wettelijk verplicht gesteld dat als kinderen onder de 16 een smartphone kopen bij installatie ouders worden gewezen op mogelijke schadelijke effecten van gebruik. Bovendien is bij installatie ouderlijk toezicht ('parental control') de standaard, waarbij wordt uitgelegd hoe ouderlijk toezicht op de smartphone technisch werkt en wordt gewezen op mogelijke afspraken met het kind (bijvoorbeeld op basis van de *richtlijn gezond schermgebruik 2025*). Dit zodat ouders toezicht hebben op de apps die kinderen gebruiken en wanneer kinderen smartphones kunnen gebruiken etc. De verantwoordelijkheid ligt hierbij bij de telefoonproducenten.

Dit fiches beoogt alle drie de maatregelen (a, b en c) in te voeren. Er kan alternatief gekozen worden voor één of twee van de opties. Dit zal de effectiviteit en samenhang naar verwachting wel verminderen.

Rationale

- Naast het beperken van de schadelijke effecten van sociale media (fiches 6a en 6b) is het wenselijk ook breder de negatieve effecten van schermtijd te beperken.
- Deze maatregelen zien er op de schadelijke effecten van smartphones te beperken, met een belangrijkere rol voor de ouders. Deze maatregel ziet op het maximaal informeren van ouders, handvaten geven voor goede communicatie en de middelen in handen geven om toezicht te houden op het smartphonegebruik van hun kinderen, om zo de schadelijke effecten van gebruik te kunnen verminderen.

Effecten

Beoogd effect

- Doel is verbeteren mentale gezondheid jongeren doordat bewustwording over mogelijk schadelijke effecten van smartphone gebruik onder jongeren toeneemt en ouders handvatten krijgen om problematisch gebruik en content tegen kunnen gaan.
 - De maatregel kan bewustwording van ouders en kinderen verbeteren en zo daardoor leiden tot minder (problematisch) smartphone en sociale media gebruik. De maatregel heeft zowel een meer direct effect op bewustwording doordat kinderen en ouders worden geïnformeerd over de risico's, alsook een indirect effect op bewustwording doordat het informeren over de risico's de algemene bewustwording in de samenleving kan bevorderen.
 - Tegelijkertijd voorkomt deze maatregel gericht op informeren niet volledig dat jongeren worden geconfronteerd met de verslavende eigenschappen van smartphone en sociale media gebruik. De maatregel wordt daarom idealiter gecombineerd met andere maatregelen indien beoogd wordt om jongeren hier nog meer tegen te beschermen.

Overige effecten

- Smartphonefabrikanten en verkopers worden verantwoordelijk voor het informeren van jongeren en ouders, en het standaardiseren van ouderlijk toezicht in de instellingen van smartphones bij jongeren onder 16 jaar. Dit sluit aan bij feit dat consumenten worden geïnformeerd over de risico's bij tal van andere producten en diensten, zoals de gezondheidsrisico's bij tabak en sigaretten of financiële risico's bij financiële producten.
- Omdat deze maatregel toeziet op smartphones als specifiek en veelvoorkomend *device* waarmee toegang tot sociale media wordt verkregen, bestaat de kans dat regulering op smartphones leidt tot een toename van gebruik van andere devices (tablets, laptops) waarmee kinderen en jongeren ook toegang tot sociale media kunnen krijgen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Verplichte toestemming ouders en risico-informatie bij verkoop smartphones aan kinderen onder 16	0	0	0	0	0	0	2026

- De financiële effecten van dit fiche zijn exclusief uitvoerings- en handhavingskosten. Bij het invoeren van dit fiche dient dit nader in kaart gebracht te worden.

Uitvoerbaarheid

- De wet schrijft reeds voor dat ouders toestemming moeten geven voor iedere aankoop van een kind tot 18 jaar (art. 1:234 BW). Omdat dit snel tot onwerkbaar situaties leidt, zegt de wet dat die toestemming geacht wordt te zijn gegeven als de transactie er een is "waarvan in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is dat minderjarigen van zijn leeftijd deze zelfstandig verrichten." Aanvullende wet- of regelgeving kan voorschrijven dat aankoop van een smartphone dit niet is, in elk geval tot 16 jaar, en dat daarom expliciete toestemming nodig is bij de koop van een smartphone tot bij kinderen tot 16 jaar.
- Samen met experts wordt een lijst aan waarschuwingen opgesteld van de mogelijke gevaren van smartphonegebruik. Bij verkoop (in de winkel of online) worden de ouders en kinderen gewezen op de risico's. Dit kan door dit als verplichte instructie aan de verkopende partij voor te schrijven, die de risico's moet benoemen bij verkoop aan een kind onder 16 jaar. Hierbij wordt ook vermeld dat ouderlijke controle het uitgangspunt is bij gebruik van de smartphone van een kind onder 16 jaar en hoe dit wordt ingesteld.
- Smartphonefabrikanten wordt voorgeschreven dat bij installatie van de telefoon de leeftijd wordt geverifieerd, bijvoorbeeld via verificatie met een ID-kaart of paspoort. Indien vanwege privacyoverwegingen een andere verificatiemethode gewenst is kan een specifiek hiervoor ingerichte methode worden ontwikkeld, zoals nu in Australië gebeurt voor handhaving van het sociale mediaverbod onder 16 jaar (zie ook fiche 6a).

- Bij kinderen onder 16 jaar wordt gevraagd om verificatie van een ouder om de telefoon te kunnen installeren, worden de risico's van gebruik onder 16 jaar benoemd en wordt tevens ouderlijk toezicht op de telefoon standaard ingesteld.
- Er kunnen keuzes worden gemaakt in de breedte van de scope van de maatregelen. Het kan alleen voor smartphones worden ingevoerd of bijvoorbeeld ook tablets of alle andere devices waarop bijvoorbeeld sociale media kan worden geopend.

7. Digitale geletterdheid jongeren versterken via onderwijs

Omschrijving van de beleidsoptie

Het nieuwe leergebied digitale geletterdheid wordt versneld en verrijkt ingebed onder leerlingen en onderwijsprofessionals, met specifieke aandacht voor mentale gezondheid en handelingsperspectief wanneer digitale media de gezondheid negatief beïnvloeden.

Concrete overheidsacties

Het nieuwe leergebied digitale geletterdheid wordt opgenomen in het geactualiseerde curriculum waarin de overheid toeziet op het stellen van juiste kaders voor het onderwijs. Het nieuwe in deze beleidsoptie is de geïntensiveerde inzet op het versneld en verrijkt inbedden van digitale geletterdheid in het funderend onderwijs (vo/go). Ook in het mbo is digitale geletterdheid belangrijk, juist omdat deze jongeren op relatief jonge leeftijd uitstromen uit het vo en gebaat zijn bij een sterke basis.

De geïntensiveerde inzet bestaat uit:

- **Bijscholing van leraren en schoolleiders** op digitale geletterdheid
- **Investeren in laagdrempelige zelfscan** van digitale vaardigheden van docenten

Rationale

Koppeling met IBO-uitkomsten

Deze beleidsoptie sluit direct aan bij de uitkomsten van het IBO dat concludeert dat de mentale gezondheid in Nederland lijkt te verslechteren en dat het onduidelijk is hoe effectief het gevoerde overheidsbeleid is om mentale gezondheid te bevorderen. Hierdoor grijpt deze beleidsoptie in op kernoorzaak 1 van het IBO: Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt.

Verbinding mentale gezondheid en digitale geletterdheid

Mentaal welbevinden en digitale geletterdheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden: digitale technologie biedt namelijk kansen en risico's voor het mentaal welzijn van jongeren. Door contact tussen gelijkgestemden te faciliteren en de buitenwereld binnen handbereik te hebben, kunnen jongeren zich betekenisvol verbinden met de wereld en hun medemens.¹⁰⁷

Tegelijkertijd kan de digitale wereld de problemen van jongeren vergroten. Denk aan vermindering van hun zelfbeeld en vergroten van angst door de inrichting van algoritmes op social media platforms, online pesten of fabeltjesfuiken die tot radicalisering kunnen leiden. Deze positieve en negatieve effecten worden benoemd in een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het rapport concludeert met een aantal aanbevelingen. De eerste aanbeveling gaat over digitale geletterdheid:

¹⁰⁷ In de aanbevelingen van het OECD rapport *Shaping the Future* uit 2018 staat opgenomen dat scholen moeten werken aan digitale geletterdheid, zodat jongeren begrip hebben van risico's zoals online pesten, overmatig gebruik van social media en het versterken van emotionele weerbaarheid en empathie (https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/10/children-and-young-people-s-mental-health-in-the-digital-age_4f68631a/488b25e0-en.pdf)

"Invest in a health promoting school environment, in which digital literacy education is embedded. Implement evidence-based programmes in schools covering responsible social media use, online safety, critical thinking skills and healthy gaming habits."¹⁰⁸

Europese context

Op Europees niveau richt het Digital Education Action Plan zich sinds 2021 op het verbeteren van digitale vaardigheden van leraren en docenten, zodat die weer op hun beurt beter uitgerust zijn om digitale geletterdheid te onderwijzen. De resultaten van het meest recente ICILS onderzoek laat zien dat leerlingen in Europa en Nederland in het bijzonder er niet goed voorstaan als het gaat om digitale geletterdheid.

Handelingsperspectief

Om de eerder genoemde kansen te benutten en risico's te beperken, dienen jongeren over het vermogen te beschikken om te navigeren in de digitale wereld, te begrijpen dat digitale media invloed kunnen hebben op hun mentale gezondheid en handelingsperspectief te hebben over wat zij kunnen doen om negatieve invloed op mentale gezondheid te voorkomen.

Het onderwijs heeft hier een belangrijke taak in door digitale geletterdheid aan alle leerlingen tot een hoger niveau te tillen. Dat vraagt om digitaal geletterde docenten.

Voorzichtige stellingname over effecten

Onderzoek suggereert dat investeren in digitaal vaardige leerlingen mogelijk de druk kan verminderen op de ggz later. Dit kan jongeren versterken in hun gevoel van autonomie en zelfvertrouwen, en hen handvatten geven die hen leert dat de digitale wereld invloed kan hebben op de mentale gezondheid en hen handelingsperspectief geeft als ze merken dat het de mentale gezondheid negatief beïnvloedt.

Actuele situatie

Momenteel wordt het curriculum geactualiseerd en wordt het nieuwe leergebied digitale geletterdheid hierin geïntroduceerd. Dit betekent dat scholen moeten voldoen aan de kerndoelen die hiervoor zijn opgesteld. Bovendien wordt digitale geletterdheid geïntegreerd met de rest van het curriculum, waardoor het een onderwerp is dat elke docent aangaat. Om docenten zelfverzekerd en digitaal vaardig voor de klas te zetten, is er een impuls nodig waardoor zij enerzijds de risico's kunnen herkennen die technologie met zich meebrengt en tegelijk een leerling kunnen ondersteunen waar nodig.

Effecten

Primaire effecten

- Verminderen van de maatschappelijke kosten die voortkomen uit psychische klachten en aandoeningen, door beïnvloeding van arbeidsmarktkansen en negatieve schoolprestaties:
 - Verbetering van de mentale gezondheid van jongeren door beter omgaan met digitale risico's
 - Preventie van negatieve effecten van digitale media op mentaal welzijn
 - Versterking van weerbaarheid tegen online pesten en andere digitale risico's

Effecten op leerlingen

- Leerlingen kunnen beter omgaan met digitale technologie en media

¹⁰⁸ WHO. (2024). *Teens, screens and mental health*. <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health>

- Leerlingen zijn zich bewust van de risico's dat digitale technologie en media met zich meebrengt
- Leerlingen leren emoties en verlangen te reguleren (constructief/positief)
- Leerlingen kunnen onderscheidend (kritisch en bewust) gebruik maken van digitale technologie en media

Effecten op onderwijsprofessionals

- Onderwijsprofessionals worden door deze regeling tijdelijk voor een aantal uren gevrijwaard van lesgeven, om die te besteden aan professionele ontwikkeling
- Mogelijke gevolgen voor lerarentekort, onderwijstijd en andere vakken vereisen nadere uitwerking

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz mogelijk toenemen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Primair Onderwijs	0	88	88	88	88	29	
Voortgezet Onderwijs	0	52	52	52	52	17	
Middelbaar beroepsonderwijs	0	31	31	31	31	11	
Totaal	0,5*	171	171	171	171	57	2032

* In 2026 wordt er geïnvesteerd in de laagdrempelige zelfscan.

We weten uit onderzoek dat een enkele studiedag over een onderwerp weinig blijvend effect heeft. Uitgegaan wordt van een gemiddelde van vijf scholingsdagen per leraar verspreid over een periode van vijf jaar, dus vijf dagen in vijf jaar. Daarna structureel één dag in drie jaar. De personeelssterkte in het po, vo en mbo (resp. 135.000, 80.000 en 48.000 fte) wordt hierin meegenomen met een gemiddelde kostprijs van 81 euro per uur.

Uitvoerbaarheid

Uitvoeringsorganisaties

Er zijn voldoende uitvoeringsorganisaties die met dit onderwerp aan de slag zijn of aan de slag willen gaan, dit zijn namelijk aanbieders van professionele ontwikkeling op het gebied van digitale geletterdheid.

Gevolgen voor het onderwijsveld

Onderwijsprofessionals worden door deze regeling tijdelijk voor een aantal uren gevrijwaard van lesgeven, om die te besteden aan professionele ontwikkeling. De gevolgen hiervan voor het lerarentekort, onderwijstijd en andere vakken vereisen nadere uitwerking en monitoring.

Wettelijke verankering

Dit kan uitgevoerd worden binnen de huidige wet- en regelgeving. Digitale geletterdheid krijgt een plaats in het geactualiseerde curriculum en wordt hoe dan ook een verplichting voor scholen om aan te voldoen. Het vooruitzicht is dat dit rond 2029 wettelijk verankerd is.

Toezicht

De Inspectie van het Onderwijs zal toezien op de uitvoering van digitale geletterdheid als verplicht onderdeel van het curriculum.

8. Structurele integrale aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op scholen

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie is tweeledig.

- a. De incidentele uitgaven om integraal te werken aan mentaal welzijn van scholieren en studenten verduurzamen met een onderwijsbreed ondersteuningsprogramma.
 - Het verduurzamen gebeurt allereerst door het curriculum te verbreden, waar aandacht dient te zijn voor weerbaarheid van leerlingen/studenten, sociaal-emotionele vaardigheden, zelfkennis en eigen regie.
 - Ten tweede wordt binnen dit programma gekeken naar het onderwijssysteem in den brede, met aandacht voor factoren die teveel stress en prestatiedruk veroorzaken binnen het onderwijssysteem (zoals toetsdruk).
 - Er wordt gewerkt met een doorlopende aanpak die start in het primair onderwijs (po) (groep 7 en 8), met een logisch vervolg in het voortgezet onderwijs (vo) en vervolgonderwijs (mbo en hbo/wo).
 - Scholen worden hierin ondersteund door een organisatie met experts, die een integraal framework en verschillende tools en handreiking aanreiken, maar ook actief benaderd kunnen worden voor hulp en advies.
- b. Laagdrempelige zorg integreren in de school en onderwijsinstelling zodat kleine problematiek niet de jeugdzorg en GGZ in komt en deze worden ontlast.
 - Zorgmedewerkers vanuit de gemeente (zoals social workers, psychologen) werken binnen de school om het onderwijspersoneel te ondersteunen bij de preventieve integrale aanpak.
 - Laagdrempelige hulpverlening op de onderwijsinstelling kan breed naar de zorgen van een leerling of student kijken en tijdig de juiste ondersteuning bieden, zodat scholieren en studenten kunnen blijven deelnemen aan het onderwijs en de maatschappij. Deze medewerkers zijn tegelijkertijd ook een poortwachter om de druk op de GGZ en jeugdzorg te verminderen.
 - Op dit moment gebeurt er al heel veel in het onderwijs en wordt er op verschillende manieren al ingezet op welzijn en ondersteuning. Echter, een doorlopende structurele preventieve aanpak ontbreekt. Deze beleidsoptie kan voortbouwen op bestaande ondersteuningsprogramma's zoals Gezonde School (funderend onderwijs) en STIJN (vervolgonderwijs) en reeds beschikbare laagdrempelige zorg bij een deel van de onderwijsinstellingen. Het opnemen van een helpdesk en adviesfunctie kan scholen helpen bij vragen in het toepassen van bewezen effectieve interventies.

Rationale

- De mentale gezondheid van kinderen en jongeren staat onder druk en uit onderzoek blijkt dat jongeren en specifiek studenten veel gebruik maken van de GGZ en verwante medicijnen.¹⁰⁹
- Psychische problemen manifesteren zich veelal voor het 25ste levensjaar en wanneer iemand problemen heeft komen psychische problemen vaak episodisch terug in het latere leven, met gevolg dat mensen op de arbeidsmarkt weer uitvallen. Uitval van arbeidskrachten is één van de

¹⁰⁹ HBSC, Trimbos-instituut & Sociaal en Cultureel Planbureau. (2024). HBSC-trends in welzijn en middelengebruik 2009/10 – 2021/22. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2024/06/25/hbse-trends-in-welzijn-en-middelengebruik-2009-10---2021-22>

grootste maatschappelijke kosten. Het totaal aan kosten van psychische problemen is naar schatting € 17 – € 51 miljard.

- Vrijwel alle jongeren worden dagelijks bereikt in het onderwijs. Uit onderzoek blijkt dat het voor jongeren heel gebruikelijk is om een tijdelijke dip te ervaren in hun mentale gezondheid. De oorzaak is dat het brein nog volop in ontwikkeling is¹¹⁰. Het normaliseren van deze ontwikkeling en het inzetten op de veerkracht en weerbaarheid van jongeren, voorkomt stigmatisering en verdere medicalisering.
- Door op school meer in te zetten op de-escalatie, veerkracht en vroegsignalering, zorg je ook dat je aan de gang gaat met de maatschappelijke omslag en betere samenwerking met gemeente en zorg.
- Door incidentele middelen en programma's wordt er op dit moment in het onderwijs al gewerkt aan het verbeteren van het welzijn, maar er is geen langdurig, onderwijsbreed programma dat scholen ondersteunt met kennis advies en begeleiding op het gebied van mentale gezondheid. Doordat er veel verschillende interventies beschikbaar zijn, waarvan een deel niet (bewezen) effectief is, kan het voor onderwijsinstellingen ingewikkeld zijn om een keuze te maken.

Effecten

Beoogde effecten

- Preventie en vroegsignalering: door preventie en snel ingrijpen kan de mentale gezondheid van jongeren verbeteren en doorverwijzing naar zware zorg worden voorkomen¹¹¹.
- Veerkracht en weerbaarheid: door integraal te werken aan welzijn en preventief te werken aan veerkracht, kunnen kinderen en jongeren beter omgaan met tegenslag nu en later.
- Betere onderwijsuitkomsten: hogere leerprestaties, minder voortijdig schoolverlaten¹¹². Zo hebben jongeren met psychische problemen 1.5 tot 2 keer meer kans om school vroegtijdig te verlaten en hebben studenten met een depressieve klachten gemiddeld 0.5 lagere cijfers (op schaal 0-4).
- Betere signalering van multiproblematiek¹¹³: een schoolbrede aanpak heeft een significant effect op het sociaal-emotioneel functioneren van jongeren, wat bepalend is voor het vroegtijdig herkennen van mentale klachten en multiproblematiek.
- Efficiënter gebruik van middelen: minder versnipperde pilots, meer opschaling van wat werkt¹¹⁴.

Overige effecten

- Overbelasting van het onderwijs: een mogelijke verwachting dat scholen ook 'hulpinstelling' worden.
- Risico op medicalisering.
- Er is geen garantie dat met hulpverlening op school de vraag naar de zorg in de GZZ omlaag gaat.

¹¹⁰ Crone, E. A. (2018). *Het puberende brein: Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*.

¹¹¹ Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). <https://www.nza.nl/onderwerpen/preventie>

¹¹² O'Neill, S., Kreiner, S., & Christensen, K. S. (2016). Mental health and school dropout across educational levels and genders: A 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16, Article 976. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3622-8>

Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. B. (2009). Mental health and academic success in college. *The BE journal of economic analysis & policy*, 9(1).

Rumberger, R. (2008). *Why students drop out of school: A review of 25 years of research*. Policy brief.

¹¹³ Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M. G., Bohlmeijer, E. T., & Clarke, A. M. (2019). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: A meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, 34(4), 755–782.

¹¹⁴ Trimbos-instituut. (2021). *Versterken van mentaal kapitaal in het onderwijs: Wat werkt?* <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1229-versterken-van-mentaal-kapitaal-in-het-onderwijs.pdf>

Miers, A. C., Marissen, A. W., Van der Avoort, J., Van der Horst, M., Van der Wegen, J., Van Baar, J., & Dopmeijer, J. (2024). *Integraal werken aan studentenwelzijn: Een kennissynthese van integrale modellen, frameworks en praktijkvoorbeelden voor studentenwelzijn in het mbo, hbo en wo*. Trimbos-instituut & ECIO. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/10/Kennissynthese-Integraal-werken-aan-studentenwelzijn.pdf>

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Er wordt aangenomen dat een verbetering van de mentale gezondheid en laagdrempelige ondersteuning op school leidt tot een vermindering in de instroom in ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Hierdoor kan de toegankelijkheid en betaalbaarheid hiervan mogelijk toenemen. Zo blijkt uit verschillende onderzoeken dat bij programma's gericht op de preventie van mentale problematiek voor elke geïnvesteerde euro financiële en welzijnsbaten wordt gegenereerd. Een voorbeeld hiervan is een *return on investment* van 24 dollar bij elke dollar die wordt geïnvesteerd in het investeringspakket voor de mentale gezondheid van adolescenten, een pakket van interventies om angst, depressie, bipolaire stoornis en suïcide onder adolescenten aan te pakken in 36 landen¹¹⁵. Van dit programma is het nog niet mogelijk om de daadwerkelijke baten inzichtelijk te maken, wat zal moeten blijken uit monitoring van het programma.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven landelijk expertisecentrum mentale gezondheid	0	3	3	3	3	3	2027
Uitgaven middelen gemeente/zorg op onderwijsinstellingen (via gemeenten)	0	11,5	23,1	46,2	46,2	46,2	2029
Uitgaven preventieve mentale problematiek op onderwijsinstellingen	0	34,8	69,5	139,1	139,1	139,1	2029
Uitgaven evaluatie, monitoring, beleidsontwikkeling en uitvoeringskosten	0	0,7	1,4	2,8	2,8	2,8	2029

Uitvoerbaarheid

De gemeenten zullen middelen ontvangen om de hulpverlening op onderwijsinstellingen te coördineren. Een deel van de bestaande zorgmiddelen van de gemeente kunnen ook ingezet worden in het onderwijs. Sociaalwerkers en zorgverleners kunnen het onderwijspersoneel ondersteunen bij aandacht voor mentaal welzijn in het curriculum/op school en leerlingen laagdrempelig begeleiden.

Binnen de huidige wet- en regelgeving is het mogelijk om sociaal werkers en mentale gezondheidsprofessionals in te zetten op scholen, mits er geen sprake is van medische handelingen, de privacywetgeving wordt nageleefd en rollen t.o.v. jeugdhulp, zorg en onderwijs duidelijk worden afgebakend. Ook is er voldoende ruimte om een ondersteuningsstructuur op te zetten.

De uitvoering van deze beleidsmaatregel vereist een organisatie voor kennisdeling met voldoende capaciteit om scholen en instellingen landelijk te ondersteunen. Er bestaan verschillende organisaties met deze expertise. Een samenwerking van partijen of een coalitie lijkt daarom wenselijk.

¹¹⁵ Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S., & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ Global Health*, 7(6).

Ook onderwijsinstellingen krijgen additionele middelen om een goede implementatie en verloop van een aanpak gericht op het voorkomen van mentale problemen te faciliteren. Middels een uitvoeringstoets moet blijken hoe middelen efficiënt en doelmatig ingezet kunnen worden, rekening houdende met bijvoorbeeld kleinere onderwijsinstellingen.

Er is momenteel grote krapte aan zorg- en onderwijsprofessionals met de juiste expertise. Ook de inzet van personeel van gemeente/zorg kan een uitdaging zijn voor scholen en regio's. Voor zowel onderwijsinstellingen als gemeenten kan het een uitdaging zijn om extra fte aan te trekken. Met de huidige arbeidsmarkt inachtneming, wordt in de financiële reeks met een ingroeimodel gewerkt.

Het inzetten van gezondheidsprofessionals op scholen is niet nieuw. Op verschillende manieren is er al zorg op scholen en onderwijsinstellingen zoals een brugfunctionaris of schoolpsycholoog. Dit is echter veelal op initiatief van de school of onderwijsinstelling zelf en ook vaak met incidenteel geld. Door structureel te werken met zorgprofessionals op school zijn er afspraken nodig tussen VWS, OCW en het onderwijsveld en dat vergt ook tijd.

9. Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie beoogt om in alle richtlijnen en zorgstandaarden in de ggz een passende behandelduur voor de basis-ggz voor te schrijven op grond van de combinatie tussen de veronderstelde zwaarte van de zorgvraag van een patiënt en de setting waarin de zorg wordt geleverd. Het is aan het Ministerie van VWS om hierover met beroepsgroepen en branchepartijen bestuurlijke afspraken te maken.

Het uitgangspunt is dat de veronderstelde zwaarte van de zorgvraag van een patiënt en de setting waarin de patiënt wordt behandeld in combinatie bepalen hoelang een bepaalde behandeling hoort te duren. Voor de setting worden de categorieën in het zorgprestatiemodel gehanteerd. De zorgvraagtypering wordt gebruikt om de zorgzwaarte (verwachte zorgkosten) van een patiënt in te schatten middels een vragenlijst die de behandelaar invult.

Deze beleidsoptie heeft een sterke link met de AZWA afspraak 'Herijken van de behandelduur, -vorm en -doelstelling'. Dit fiche is een verdieping van deze afspraak, doordat het een invulling geeft aan de daadwerkelijke herijking van de behandelduur. Indien het veld geen wijzigingen in de richtlijn doorvoert, ondanks bevindingen van het Zorginstituut in het traject dat in het AZWA is afgesproken, dan kan het Zorginstituut een wijziging uiteindelijk met doorzettingsmacht vastleggen in een zorgstandaard.

Rationale

Door de behandelduur in de richtlijnen en zorgstandaarden op te nemen raakt dit fiche aan de tweede kernoorzaak: "Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid". Overmatig doorbehandelen van patiënten wordt met deze beleidsoptie namelijk gelimiteerd, waardoor er een snellere doorstroom komt met als resultaat meer aanbod.

Het opnemen van een passende behandelduur in richtlijnen werkt indirect door in de aanspraak (vergoeding) van de zorg. Een voorwaarde voor vergoeding is dat de behandeling voldoet aan zorg zoals 'de beroepsgroep die pleegt te bieden'¹¹⁶. Het omschrijven van een passende behandelduur in richtlijnen en zorgpaden werkt daarmee indirect door in verzekerde zorg, omdat de zorg niet langer verzekerd is bij een te lange doorbehandeling.

Zoals in de probleemanalyse staat beschreven, zijn er specifieke factoren die het risico op overbehandeling vergroten:

- Zorgprofessionals en zorginstellingen zijn medisch aansprakelijk voor hun patiënten en professionals vallen onder het tuchtrecht. Dat kan ertoe leiden dat een zorgprofessional liever te veel doet dan te weinig.
- Patiënt en behandelaar bouwen vaak een band op, waardoor het voor de behandelaar en de patiënt ingewikkeld kan zijn om een behandeling af te ronden.
- Daarnaast wordt bekostigd op basis van productie en is behandelduur niet gereguleerd.

¹¹⁶ Zorginstituut Nederland. (z.d.). Geneeskundige ggz (Zvw). <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

In een onderzoek naar de vermindering van de behandelduur in de jeugdzorg wordt hier door AEF¹¹⁷ aan toegevoegd dat de lange wachtlijsten een prikkel geven om bij twijfel een patiënt in behandeling te houden. Daarnaast kan het afschalen ook ingewikkeld zijn wanneer er geen duidelijke afspraken zijn gemaakt over de te bereiken doelen en het verwachte tijdspad. Er is dan geen logisch moment waarop er afgerond kan worden. Het hebben van een passende behandelduur in richtlijnen kan bijdragen aan het creëren van momentum.

Het onderzoek van Celcus (2016)¹¹⁸ laat zien dat de behandelminuten tussen 2008 en 2013 zijn toegenomen voor enkele diagnosegroepen (schizofrenie, depressie, en angststoornissen). Dit kan verschillende oorzaken hebben: (1) de administratie veranderde, (2) er werd een eigen bijdrage in 2012 ingevoerd waardoor mogelijk lichte (korte) hulpvragen minder werden behandeld, (3) instellingen zijn intensiever gaan behandelen om negatieve budgetten op te vangen, (4) klinische plekken werden afgebouwd en werden vervangen door relatief lange ambulante trajecten. Opvallend is wel dat er geen verschil zat in verbeterde behandeluitkomsten.

Over het algemeen kan gesteld worden dat des te langer een behandeling voortduurt des minder gezondheidswinst het oplevert. Zeker bij behandelingen langer dan drie of vier jaar, is er weinig sprake van verbeterde zorguitkomsten. Er kan echter niet worden uitgesloten dat de behandelduur op langere termijn tot minder gezondheidsverlies zou kunnen leiden. Wel betekent dit dat er in de specialistische ggz een groep patiënten is die langdurig in behandeling is en relatief weinig gezondheidswinst bereikt. De vraag is, of deze groep patiënten hier op hun plaats is. Er is sprake van een correlatie tussen de behandelduur en de afnemende gezondheidswinst, maar er kan niet met zekerheid worden gesteld dat dit een causale relatie is. De causaliteit zou overigens ook andersom kunnen lopen, dat een behandeling lang doorloopt, omdat er weinig verbetering wordt waargenomen (bron: Celcus 2016).

Effecten

Beoogd effect

- Verbeteren van de toegankelijkheid doordat er een natuurlijk moment in de behandeling komt om deze af te ronden. Hierdoor wordt de doorstroom verbeterd.
- Reguleren van behandelduur draagt bij aan de zelfredzaamheid van cliënten: immers er is een duidelijke eindgrens.
- Voorkomen dat er onnodig lang doorbehandeld wordt.

Overige effecten

- Het risico bestaat dat de categorisering ofwel onvoldoende precies is om een norm mee te kunnen stellen, ofwel dermate precies dat het werken met de categorieën overmatig complex en tijdrovend wordt en de maatregel daarmee weinig oplevert en veel tijd kost.¹¹⁹
- Daarnaast is een passende behandelduur in richtlijnen niet aan resultaat in de praktijk gekoppeld – er kan dus een mismatch ontstaan met óf onderbehandeling of overbehandeling gezien de generieke behandelduur niet is gekoppeld aan de unieke patiënt (in tegenstelling tot het gezamenlijk stellen van doelen bijvoorbeeld).

¹¹⁷ Andersson Elffers Felix. (2023). Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg.

<https://www.fnv.nl/getmedia/efb4f7b3-64c6-4a3b-8e06-d8fe7d3a34f5/eindrapport-verkenning-maatregelen-behandelduur-jeugd.pdf>

¹¹⁸ Celsius Academie voor Betaalbare Zorg. (2016). De relatie tussen behandelduur en behandel succes in de GGZ. <https://demat.nl/wp-content/uploads/2019/02/Celsius-Academie-voor-betalbare-zorg-De-relatie-tussen-behandelduur-en-behandel-succes-in-de-ggz.pdf>

¹¹⁹ Andersson Elffers Felix. (2023). Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg.

<https://www.fnv.nl/getmedia/efb4f7b3-64c6-4a3b-8e06-d8fe7d3a34f5/eindrapport-verkenning-maatregelen-behandelduur-jeugd.pdf>

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

Er zijn zowel positieve als negatieve effecten op de kwaliteit van zorg te verwachten¹²⁰:

- Voor patiënten (en behandelaren) die geholpen worden met een vaste behandelduur geeft dit een prikkel tot zelfredzaamheid en om tijdig de behandeling af te ronden.
- De passende behandelduur zegt niks over de individuele doelen, die zijn mogelijk (niet gesteld) of niet behaald. Daarmee kan het de kwaliteit van de behandeling verminderen.

Toegankelijkheid

- Een passende behandelduur zal bijdragen aan de doorstroom, doordat er een natuurlijk moment in de behandeling komt om deze af te ronden.
- Hoewel het moeilijk is in te schatten hoe groot het effect is, is – zoals uiteengezet in de probleemanalyse en 'rationale' – op dit moment de prikkel (tuchtrecht, bekostiging, zorginhoud) gericht op extra behandeling. Het in richtlijnen opnemen van behandelduur zal met name voor het aspect zorginhoud meespelen (er is inhoudelijke grond & momentum om te stoppen).

Betaalbaarheid

- De aanname is dat er een verbetering is op de betaalbaarheid van de geestelijk gezondheidszorg.

Financiële effecten voor de begroting

AEF heeft voor de jeugdzorg diverse beleidsopties onderzocht (2023) waaronder het normeren van behandelduur vanuit gemeenten op basis van een benchmark. Deze lijkt vergelijkbaar met voorliggende beleidsoptie voor de volwassenen ggz. Zij concludeerden dat er onvoldoende gegevens beschikbaar waren om tot kwantificering te komen.

Gezien het feit dat deze beleidsmaatregel in lijn ligt met de gerelateerde AZWA-afspraken, is deze financiële reeks opgenomen als budgettair neutraal.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0	0	0	0	0	0	2026

Daarnaast zijn er wel nog incidentele implementatiekosten, maar deze zijn niet opgenomen in de financiële reeks.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

- 1) Richtlijnpartijen (beroepsgroepen) zijn verantwoordelijk voor de richtlijnen en daarmee het aanvullen van passende behandelduur in de richtlijnen. VWS kan hier bestuurlijke afspraken over maken, zoals reeds is gedaan in het AZWA. Als deze afspraken niet leiden tot de verwachte resultaten, dan kan het Zorginstituut een onderwerp op de meerjarenagenda zetten en uiteindelijk een wijziging via doorzettingsmacht vastleggen in een zorgstandaard.

¹²⁰ Verondersteld wordt dat op basis van 'stand van wetenschap en praktijk' een passende behandelduur wordt opgesteld.

- 2) Er zal geïnvesteerd moeten worden in onderzoek om voor elke combinatie tussen setting en zorgwaarde een passende behandelduur te formuleren. Dit zorgt ook voor een lange doorlooptijd.
- 3) Het is van belang dat het onderscheid tussen de generalistische basis-ggz en specialistische-ggz uit declaratiedata is af te lezen. In 2028 vervalt de huidige grondslag om de gegevens waarmee dit onderscheid bepaald kan worden verplicht op de factuur te zetten. Hiervoor moet dan een alternatieve oplossing gevonden worden.

Juridische toets

Een zorgaanbieder moet op grond van artikel 2, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) goede zorg aanbieden. Op grond van het tweede lid, onderdeel b, van dat artikel maakt het voldoen aan de professionele standaard deel uit van de te leveren goede zorg. De te ontwikkelen richtlijnen zullen tot de professionele standaard gaan behoren.

Planning

Uitgaande van besluitvorming

- 1) Opdracht VWS (loopt nu): analyse naar huidige verschillen in behandelduur in prioritering te bepalen + advies stapsgewijze aanpak
- 2) Vanaf 1-1-2026: (stapsgewijs) aanpassingen richtlijnen en zorgpaden met passende behandelduur (vergt onderzoek + afstemming). Door beroeps- en branchepartijen.
- 3) Twee jaar later: actualisatie van de eerste richtlijnen. Door beroeps- en branchepartijen.
- 4) Daarna: Indien nodig plaatsing op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut en indien nodig inzet van Doorzettingsmacht.

10. Eigen bijdrage

Omschrijving van de beleidsoptie

- Met deze beleidsoptie wordt er vanuit budgettaire en capaciteitsoverwegingen beoogd om een eigen bijdrage voor de ggz te introduceren. Het fiche bestaat uit twee varianten. In variant a) wordt een eigen bijdrage van maximaal € 100 per jaar geïntroduceerd in de basis-ggz. In variant b) wordt een eigen bijdrage van maximaal €350 per jaar geïntroduceerd voor zowel de basis-ggz als de specialistische ggz. Voor beide varianten geldt dat de eigen bijdrage niet hoger mag zijn dan de daadwerkelijke kosten van de behandeling.
- Ten behoeve van dit fiche is ook een inkomensafhankelijke variant verkend. Deze variant is niet nader uitgewerkt, vanwege onzekerheid over de juridische en uitvoeringstechnische haalbaarheid.
- In 2012 was sprake van een eigen bijdrage voor de toenmalige tweedelijns-ggz. De eigen bijdrage betrof €200 per kalenderjaar voor ambulante behandeling en €145 per maand voor verblijfszorg. Deze eigen bijdrage is in 2013 weer afgeschaft. Net als bij deze beleidsoptie kwam de eigen bijdrage bovenop het eigen risico.
- Het is ook mogelijk om de voorgenomen halvering van het eigen risico per 2027 terug te draaien. Het eigen risico bestaat al wat de uitvoering ten goede komt. Terugdraaien van de halvering van het eigen risico zal de huidige vraag niet afremmen, maar voorkomen dat de vraag verder toeneemt. Deze variant is gekwantificeerd in de ombuigingslijst van het ministerie van Financiën.¹²¹ Hierbij dient rekening te worden gehouden dat een deel van de afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gedekt is met een deel van de remgelden van de halvering van het eigen risico.

Rationale

- Deze beleidsoptie grijpt in op de tweede kernoorzaak, dat de vraag naar ggz aanzienlijk groter is dan het aanbod. De gedachte is dat een eigen bijdrage een deel van de groeiende vraag naar ggz zal afremmen, waardoor er minder druk komt op de beschikbare capaciteit en middelen.
- Er zijn verschillende mechanismen waarmee zorgaanbod over de zorgvraag kan worden verdeeld. Een eigen bijdrage is één van deze mechanisme en de keuze hiervoor kan het beste worden afgewogen tegen twee andere gangbare mechanismen: wachtlijsten en pakketbeheer.
- Afhankelijk van welk mechanisme gekozen wordt en de toepassing van dat mechanisme, wordt een bepaalde groep het meest geraakt. Met wachtlijsten wordt er een selectie gemaakt op basis van wanneer iemand is doorverwezen. In principe geldt hier: wie het langste heeft gewacht is het eerste aan de beurt. Een pakketmaatregel maakt een selectie op basis van specifieke kenmerken van de zorgvraag, waarin binnen die groep de zorgvragers met minder besteedbaar inkomen het hardst worden geraakt. Met een eigen bijdrage wordt ook deze groep het hardste geraakt, maar wordt er niet eerst een selectie gemaakt op basis van specifieke kenmerken van de zorgvraag.
- Een theoretisch voordeel van een eigen bijdrage boven andere mechanismen is dat de keuze bij de zorgvrager wordt gelaten. Deze heeft de meeste informatie over de eigen klachten en kan daardoor mogelijke de beste inschatting maken van de urgentie van de hulpvraag. Daartegen moet afgewogen worden dat de toegankelijkheid met een eigen bijdrage bepaald wordt op basis van de draagkracht van de zorgvrager, waardoor de solidariteit in het zorgstelsel afneemt.

¹²¹ Ministerie van Financiën. (2025). Ombuigingslijst 2025.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/07/11/ombuigingslijst-2025>

Effecten

Beoogd effect

- De inzet van een eigen bijdrage is om toegang tot ggz-zorg te verminderen, zodat er capaciteit en middelen worden vrijgespeeld. Bij de introductie van een eigen bijdrage in 2012 voor de tweedelijns-ggz liep het aantal kortdurende behandelingen sterk terug, terwijl langdurige behandelingen nauwelijks veranderden.¹²² Dat kan een indicatie zijn dat met name de behandeling van lichte klachten wordt ontmoedigd.¹²³
- Doordat de mensen minder zorg afnemen en meer zorg zelf betalen kan de houdbaarheid van de collectieve uitgaven aan ggz verbeteren. In hoeverre dit doel wordt bereikt hangt af van de variant waarvoor wordt gekozen. Eigen bijdrages hebben twee effecten: (1) een financieringsschuif (er wordt meer privaat gefinancierd en minder collectief), en (2) een gedragseffect (sommige mensen zullen verzekerde zorg vermijden). De verwachte effecten zijn afhankelijk van de vormgeving van de eigen bijdrage (zie overige effecten).
- De eigen bijdrage uit 2012 had een financieringseffect van €60 miljoen. Het gedragseffect was enerzijds een daling van het aantal gestarte behandelingen van 35%. Hier stond echter ook een stijging tegenover van 25,1% van acute opnames en 96,8% van gedwongen opnames.¹²⁴¹²⁵ Het per saldo gedragseffect was hierdoor een incidentele besparing van €13.4 miljoen.¹²⁶

Overige effecten

- In de ggz is er sprake van een grote prijsgevoeligheid, wat maakt dat eigen bijdrages in de ggz tot een relatief grote afname in de vraag naar zorg leiden. Een mogelijke verklaring is dat de noodzaak en mogelijke baten van een ggz-behandeling voor patiënten minder duidelijk zijn dan bij somatische zorg en dat stigmatisering rondom mentale problemen een rol speelt.¹²⁷
- De maatregel kan leiden tot een toename van andere zorg en ondersteuning:
 - Patiënten kunnen zorg mijden waardoor hun klachten verergeren. Dit risico is het grootst bij variant b. Deze variant slaat vergelijkbaar met de eigen bijdrage uit 2012 onder andere neer bij zware ziektebeelden in de specialistische ggz. Dit kan leiden tot een vergelijkbare toename in het beroep op acute zorg en gedwongen opnames. Naast de kosten voor deze behandeling, heeft dit ook grote impact op deze mensen, hun omgeving en de maatschappij, door bijvoorbeeld baanverlies, verslechtering van sociale contacten en traumatische ervaringen.
 - Patiënten kunnen met de zorg- of hulpvraag terecht komen bij andere zorg of ondersteuning, zoals de huisarts, het sociaal domein of inzet voor personen met onbegrepen gedrag. In 2012 gaf ongeveer een kwart van de mensen aan door de eigen bijdrage met zorgvragen alleen naar de huisarts te gaan. Dit is niet voor iedere zorgvraag de juiste behandelaar, met gevolgen voor de patiënt en de huisarts.
- Behandelaren kunnen zwaardere zorg indiceren om de eigen bijdrage te vermijden (upcoding). Dit risico is het grootst in variant a, omdat een smalle grondslag hiervoor de meeste mogelijkheden biedt.
- De beleidsopties kan leiden tot verdere stigmatisering van de ggz. Als deze maatregel wordt ingevoerd is het de enige sector die een dergelijke eigen bijdrage kent.
- De administratieve lasten kunnen toenemen. Dit volgt enerzijds uit het inrichten van een nieuwe eigen bijdrage en anderzijds contact met mensen die eigen bijdrage niet kunnen betalen of toelichting vragen of klachten hebben over deze eigen bijdrage.

¹²² Lambregts, T. & Vliet, R. (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/17CZbSKNS_c6pqV8NqRX3zITk_w.pdf

¹²³ Idem.

¹²⁴ Ravesteijn, B., Schachar, E. B., Beekman, A. T., Janssen, R. T., & Jeurissen, P. P. (2017). Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care. *JAMA psychiatry*, 74(9), 932-939.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ Lambregts, T. & Vliet, R. (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/17CZbSKNS_c6pqV8NqRX3zITk_w.pdf

- Bij al deze effecten moet worden meegewogen, dat óók andere mechanismen om schaarste te verdelen, zoals wachtlijsten, neveneffecten hebben. Zo is bekend dat mentale zorgvragen nu ook vaak door huisartsen worden behandeld, omdat zij patiënten door wachtlijsten niet kwijt kunnen in de ggz.¹²⁸

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

- Het effect op de toegankelijkheid is gemengd. Enerzijds verslechtert de toegankelijkheid, doordat patiënten meer zelf moeten betalen en een deel van hen daardoor zorg uit of af moet stellen. Anderzijds verbetert het de toegankelijkheid van zorg voor zover de maatregel effect heeft op de lengte van de wachttijden.
- De maatregel heeft eveneens positieve en negatieve effecten op de collectieve betaalbaarheid. De eigen bijdrage en de daaruit te verwachten afname van initieel gebruik zorgt voor lagere collectieve zorguitgaven, maar tegelijkertijd is er ook een toename in duurdere zorg te verwachten. Daarnaast verplaatst een deel van de vraag naar zorg zich waarschijnlijk naar de huisarts en het sociaal domein. Dit laatste heeft ook effect op de kwaliteit van de geleverde zorg.
- De effecten verschillen per variant (zie overige effecten).

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
(a) Eb b-ggz	0	0	-75	-75	-75	-75	2028
(b) Eb b-ggz en s-ggz	0	0	-200	-200	-200	-200	2028

Variant a

- Een eigen bijdrage van maximaal €100 per jaar voor de basis-ggz levert naar verwachting een besparing van afgerond 75 miljoen euro op. Dit effect bestaat voor 15 miljoen euro uit de eigen bijdrage (het financieringseffect). De overige 62 miljoen euro is het gedragseffect.
- Voor het gedragseffect wordt op basis van onderzoek naar de eigen bijdrage uit 2012 uitgegaan van een 35% daling van nieuwe behandeltrajecten in de basis-GGZ. Vervolgens wordt aangenomen dat 40% van de bespaarde kosten terugkomt door verergering van klachten, substitutie door overige zorg en ondersteuning en upcoding.
- Tot slot is er gerekend met 2 miljoen euro minder inkomsten uit het eigen risico.

Variant b

- Een eigen bijdrage van maximaal €350 per jaar voor de basis- en specialistische ggz levert naar verwachting ook een besparing op van circa 200 miljoen euro. Hiervan is circa 171,2 miljoen euro het financieringseffect en 31 miljoen euro het gedragseffect.
- Het gedragseffect is volledig gebaseerd op de eigen bijdrage uit 2012. Naast een 35% daling van nieuwe behandeltrajecten is gerekend met de kosten uit 2012 voor extra noodgedwongen en acute opnames.
- De grotere grondslag voor deze variant ten opzichte van variant a, wordt deels verminderd door de verwacht hogere kosten voor noodgedwongen en acute opnames. Dit komt doordat deze variant ook neerslaat bij zwaardere aandoeningen, waar een hoger risico bestaat op substitutie naar deze zware zorgvormen.

¹²⁸ Winkel, N. (2025, 3 juli). Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch. LHV. <https://www.lhv.nl/nieuws/doorverwijzing-naar-ggz-onverminderd-problematisch-lhv-pleit-voor-snelle-overname-behandelverantwoordelijkheid/>

- Tot slot is er gerekend met 2 miljoen euro minder inkomsten uit het eigen risico.

Uitvoerbaarheid

Voor de introductie is aan te bevelen om een impactanalyse te doen in het kader van (onbedoelde) neveneffecten. De onderbouwing van dit fiche is grotendeels gebaseerd op de eigen bijdrage in 2012. Sindsdien is er veel veranderd in de ggz, waardoor mogelijk andere neveneffecten ontstaan. In de analyse is wenselijk dat deze neveneffecten in de breedste zin worden meegenomen, zodat ook de impact op wachtlijsten en andere domeinen zoals de huisartsenzorg en sociaal domein in beeld zijn.

Juridische toets

- De eigen bijdrage in varianten a en b vereist op grond van artikel 11, derde lid, Zvw ook een aanpassing van het Besluit zorgverzekering (Bzv). De (tweedelijns) ggz is nu niet opgenomen in paragraaf 1b, Bzv dat de eigen bijdragen regelt.
- De Europese Code inzake sociale zekerheid (van 16 april 1964 Trb. 1965, 47) (artikel 10, tweede lid) stelt grenzen aan de omvang van de eigen betalingen voor curatieve zorg (25% respectievelijk 33,33%). De eigen betalingen (eigen bijdrage en verplicht eigen risico) dienen binnen die grenzen te blijven.

Planning

- 1) Eerst zal er een impactanalyse uitgevoerd worden, zoals beschreven onder Uitvoerbaarheid. Een dergelijk onderzoek duurt naar verwachting een half jaar.
- 2) Voor aanpassing van het Besluit zorgverzekering is ongeveer 12-18 maanden nodig. De aanpassing van de Regeling kost minder tijd en kan parallel lopen.
- 3) Daarnaast is implementatietijd nodig voor de zorgverzekeraars en het zorgveld. Voor zorgverzekeraars is het bovendien van belang dat op uiterlijk 1 juli t-1 helderheid is over de regelgeving van het komende jaar, zodat ze hier rekening mee kunnen houden in de inkoop.

11. Aanspraak basis-ggz als fysiotherapie

Omschrijving van de beleidsoptie

- Met deze beleidsoptie wordt er vanuit budgettaire en capaciteitsoverwegingen beoogd om de aanspraak voor generalistische basis-ggz op dezelfde wijze in te richten als de aanspraak op fysiotherapie.
- Dit betekent dat een patiënt die gebruik maakt van de generalistische basis-ggz de behandeling in principe zelf moet betalen. Als een patiënt een DSM-diagnose heeft die op een lijst van de overheid met erkende uitzonderingen staat, dan vallen alle behandeling vanaf de 21ste behandeling ook onder het verzekerde basispakket.

Rationale

- Deze beleidsoptie grijpt in op de tweede kernoorzaak, dat de vraag naar ggz aanzienlijk groter is dan het aanbod. De gedachte is dat deze beleidsoptie een deel van de groeiende vraag naar ggz zal afremmen, waardoor er minder druk komt op de beschikbare capaciteit en middelen.
- Er zijn verschillende mechanismen waarmee zorgaanbod over de zorgvraag kan worden verdeeld. De zorg met een pakketmaatregel uit het verzekerd basispakket halen is één van deze mechanismen. De keuze hiervoor kan het beste worden afgewogen tegen een ander gangbaar mechanisme: wachtlijsten.
- Afhankelijk van welk mechanisme gekozen wordt en de toepassing van dat mechanisme, wordt een bepaalde groep het meest geraakt. Met wachtlijsten wordt er een selectie gemaakt op basis van wanneer iemand is doorverwezen. In principe geldt hier: wie het langste heeft gewacht is het eerste aan de beurt. Een pakketmaatregel als deze maakt een selectie op basis van de zwaarte van de zorgvraag. Dit raakt de groep zorgvragers met lichte zorgvragen het meest en daarbinnen zorgvragers met minder besteedbaar inkomen, omdat deze zorg niet privaat zullen afnemen.
- Een voordeel van een pakketmaatregel ten opzichte van wachtlijsten, is dat de overheid een bewuste keuze maakt welk type zorg minder prioritair is bij de verdeling van schaars aanbod. Dit maakt het wel gevoeliger voor politieke wendingen. Met deze aanscherping van de aanspraak op verzekerde zorg wordt er expliciet rekening gehouden met de veronderstelde zwaarte van de zorgvraag. Daartegen moet afgewogen worden dat de toegankelijkheid van deze zorg, deels bepaald wordt op basis van de draagkracht van de zorgvrager, waardoor de solidariteit in het zorgstelsel afneemt.

Effecten

Beoogd effect

- De inzet van deze pakketmaatregel is dat minder mensen aanspraak doen op ggz-zorg, zodat er capaciteit en middelen worden vrijgespeeld.
- Doordat de mensen minder zorg afnemen en meer zorg zelf betalen kan de houdbaarheid van de collectieve uitgaven aan ggz verbeteren. Een pakketmaatregel als deze heeft twee effecten: (1) een financieringsschuif (er wordt meer privaat gefinancierd en minder collectief), en (2) een gedragseffect (sommige mensen zullen de ggz vermijden).

Overige effecten

- In de ggz is er sprake van een grote prijsgevoeligheid, wat maakt dat pakketmaatregelen tot een relatief grote afname in de vraag naar zorg leiden. Een mogelijke verklaring is dat de noodzaak

en mogelijke baten van een ggz-behandeling voor patiënten minder duidelijk zijn dan bij somatische zorg en dat stigmatisering rondom mentale problemen een rol speelt.¹²⁹

- De maatregel kan leiden tot een toename van andere zorg en ondersteuning:
 - Patiënten kunnen zorg mijden waardoor hun klachten verergeren. Zo namen in 2012 met de introductie van een eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz het aantal nieuwe opnames in de acute ggz met meer dan een kwart (25,1%) toe en verdubbelde de totale nieuwe gedwongen opnames bijna (een 96,8% toename). Naar verwachting is de impact van deze beleidsoptie kleiner, omdat deze beleidsmaatregel zich uitsluitend richt op de generalistische basis-ggz, daarmee minder patiënten raakt en deze patiënten ook minder zware zorg gebruiken. Echter, deze kleinere groep patiënten moet in tegenstelling tot bij de eigen bijdrage, in de meeste gevallen wel de gehele behandeling zelf betalen.
 - Patiënten kunnen met de zorg- of hulpvraag terecht komen bij andere zorg of ondersteuning, zoals de huisarts, het sociaal domein of inzet voor personen met onbegrepen gedrag. Dit is niet voor iedere zorgvraag passend, met gevolgen voor de patiënt en de behandelaar.
 - Behandelaren kunnen zwaardere zorg indiceren om de behandeling wel binnen de aanspraak te laten vallen (upcoding).
- De beleidsoptie kan leiden tot verdere stigmatisering van de ggz. Het versterkt namelijk de perceptie dat psychische problematiek uitsluitend een kwestie is voor een selecte groep en dat het alleen gaat om persoonlijke verantwoordelijk in plaats van collectieve maatschappelijke verantwoordelijkheid.
- De administratieve lasten kunnen toenemen. Dit volgt enerzijds uit het ontbreken van een evidente afbakening van de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz en anderzijds uit contact met mensen die de zorg niet zelf kunnen betalen en hierover toelichting vragen of klachten hebben.
- Bij al deze effecten moet worden meegewogen, dat óók andere mechanismen om schaarste te verdelen, zoals wachtlijsten, neveneffecten hebben. Zo is bekend dat mentale zorgvragen nu ook vaak door huisartsen worden behandeld, omdat zij patiënten door wachtlijsten niet kwijt kunnen in de ggz.¹³⁰
- De voorgestelde maatregel zorgt ervoor dat het pakket op het punt van de generalistische basis-ggz gesloten wordt. Dit is een beperking van het huidige open systeem van de aanspraak op ggz-zorg in de Zorgverzekeringswet. Het huidige systeem is open, omdat zorg wordt vergoed uit het basispakket, zodra zorgpartijen het erover eens zijn dat deze zorg effectief is (als het voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk), het zorg betreft zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden (in lijn met kwaliteitskaders en richtlijnen), en de patiënt redelijkerwijs aangewezen is op de zorg (o.b.v. een doorverwijzing, of DSM-diagnose).
- Open en gesloten aanspraken hebben voor- en nadelen. Met een open aanspraak kan zorg flexibel in én uit het basispakket stromen zonder dat een toetsing door de overheid voor toelating van effectieve zorg dient plaats te vinden. Dit betekent dat nieuwe behandelmethoden relatief snel worden geïmplementeerd. Het leidt echter ook tot groei van de zorguitgaven bij toenemende behandel mogelijkheden, zonder dat daarvoor een expliciete politieke keuze wordt gemaakt. In plaats daarvan moet de zorg bewezen effectief zijn en in richtlijnen opgenomen zijn. Dit leidt volgens het CPB tot een significant hogere groei van de zorguitgaven dan van andere collectieve uitgaven.¹³¹

¹²⁹ Lambregts, T. & Vliet, R. (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/17CZbSKNS_c6pqV8NgRX3zITk_w.pdf

¹³⁰ Winkel, N. (2025, 3 juli). Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch. LHV. <https://www.lhv.nl/nieuws/doorverwijzing-naar-ggz-onverminderd-problematisch-lhv-pleit-voor-snelle-overname-behandelverantwoordelijkheid/>

¹³¹ Studiegroep Begrotingsruimte. (2025). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/01/rapport-18e-studiegroep-begrotingsruimte>

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

- Het effect op de toegankelijkheid is gemengd. Enerzijds verslechtert de toegankelijkheid, doordat patiënten meer zelf moeten betalen en een deel van hen daardoor zorg uit of af moet stellen. Anderzijds verbetert het de toegankelijkheid van zorg voor zover de maatregel effect heeft op de lengte van de wachttijden.
- De maatregel heeft eveneens positieve en negatieve effecten op de collectieve betaalbaarheid. De te verwachten afname van initieel gebruik zorgt voor lagere collectieve zorguitgaven, maar tegelijkertijd is er ook een toename in duurdere zorg te verwachten. Daarnaast verplaatst een deel van de vraag naar zorg zich waarschijnlijk naar de huisarts en het sociaal domein. Dit laatste heeft ook effect op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Aanspraak basis-ggz als fysiotherapie	0	0	-150	-150	-150	-150	2028

- In de berekening van bovenstaande financiële reeks zijn de totale zorgkosten in de generalistische basis-ggz als uitgangspunt genomen. Er is dus geen rekening gehouden met de kosten die ontstaan in de gevallen dat mensen vanaf de 21ste sessie wel een vergoeding krijgen, omdat er nog bepaald moet worden bij welke diagnoses dit het geval zal zijn en er in de praktijk verwacht wordt dat er maar weinig behandelingen in de basis-ggz langer dan 20 sessies duren.
- De inschatting van de zorgkosten in de generalistische basis-ggz is gebaseerd op het gemiddelde over 2018 tot en met 2021 (250 miljoen euro).¹³² Over deze jaren waren deze zorgkosten relatief stabiel. Na 2021 ging met de introductie van het zorgprestatieproces de expliciete vermelding of er sprake was van generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz van de factuur af (dit valt alleen nog indirect af te lezen). Hierdoor is het niet langer inzichtelijk wat het aandeel van de generalistische basis-ggz is op de totale zorgkosten.
- Van de ingeschatte totale zorgkosten in de generalistische basis-ggz is vervolgens 100 miljoen euro afgehaald met betrekking tot verergering van klachten, substitutie door overige zorg en ondersteuning en upcoding.

Uitvoerbaarheid

- Het Zorginstituut Nederland adviseert over de opname van zorg in het verzekerd basispakket door te kijken of de zorg in voldoende mate voldoet aan de in samenhang gewogen pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.¹³³ Het is de verwachting dat het Zorginstituut negatief zal adviseren over deze uitname uit het verzekerd basispakket.
- De Minister van VWS kan echter van het advies van het Zorginstituut afwijken, bijvoorbeeld vanuit een legitieme bredere overweging dat collectieve middelen nodig zijn voor andere publieke doelen. Het besluit moet in dit geval goed worden toegelicht.
- In deze beleids optie is nog geen invulling gegeven aan de lijst met diagnoses waarmee vanaf de 21ste behandeling wel een vergoeding ontvangen kan worden. De looptijd om tot een weloverwogen lijst te komen zal naar verwachting meerdere jaren duren en om een onderhoudscyclus vragen, net zoals de ontwikkelen van dergelijk beleid rondom fysiotherapie.

¹³² Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). Kerncijfers ggz. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

¹³³ Zorginstituut Nederland. (z.d.). Pakketbeheer. <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakketbeheer>

- Voordat de maatregel genomen wordt, is het aan te raden om een impactanalyse uit te voeren. In de analyse is het van belang dat de kosten in de breedste zin worden meegenomen, zodat ook de impact op andere domeinen in beeld zijn. De impact moet afgezet worden tegen de besparing die het mogelijk oplevert.
- Het is van belang dat het onderscheid tussen de generalistische basis-ggz en specialistische-ggz uit declaratiedata is af te lezen. In 2028 vervalt de huidige grondslag om de gegevens waarmee dit onderscheid bepaald kan worden verplicht op de factuur te zetten. Hiervoor moet dan een alternatieve oplossing gevonden worden.

Juridische toets

Deze maatregel vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv). De geneeskundige ggz behoort tot de aanspraak geneeskundige zorg. Het betreft zorg zoals medisch-specialisten, klinisch psychologen of huisartsen plegen te bieden. Op grond van artikel 11, vierde lid, Zvw, moet het Bzv de inperking van de aanspraak bij ministeriële regeling mogelijk maken.

Planning

- 1) Eerst zal er een impactanalyse uitgevoerd moeten worden, zoals hierboven beschreven onder kopje 6 'Uitvoerbaarheid'. Een dergelijk onderzoek duurt naar verwachting ongeveer een half jaar tot een jaar.
- 2) Voor aanpassing van het Besluit zorgverzekering is ongeveer 12-18 maanden nodig. De aanpassing van de Regeling kost minder tijd en kan hier parallel aan lopen.
- 3) Ook zal er een lijst moeten worden ontwikkeld met diagnoses waarbij mensen vanaf de 21^{ste} behandeling wel aanspraak maken op verzekerde zorg. Dit is een meerjarig traject dat parallel met de andere trajecten kan verlopen.

12. Verscherpen van de aanspraak

Omschrijving van de beleidsoptie

- Met dit fiche wordt vanuit budgettaire en capaciteitsoverwegingen beoogd dat er met de eerste twee zorgvraagtypen geen aanspraak gedaan kan worden op het verzekerd basispakket. De zorgvraagtypering is een methode om de verwachte zorgkosten van een patiënt in te schatten via een vragenlijst die de behandelaar invult. Het is de bedoeling dat aan de hand hiervan de zorgzwaarte van de zorgvraag van de verzekerde kan worden ingeschat.
- Er zijn nu drie wettelijke voorwaarden voor vergoeding van curatieve ggz in de Zvw:
 - Het moet zorg zijn zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden (de zorg wordt gegeven op een manier zoals vastgelegd in richtlijnen en standaarden).
 - Een behandeling moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' (de behandeling moet effectief zijn).
 - De patiënt moet redelijkerwijs aangewezen zijn op de zorg (in de ggz betekent dat dat er bij de patiënt sprake moet zijn van een gediagnostiseerde stoornis op basis van de DSM-5 classificaties).¹³⁴
- Het idee is dat daar een vierde voorwaarde bij komt: het zorgvraagtype van de patiënt moet drie of hoger zijn.
- Deze beleidsoptie heeft een sterke link met de AZWA afspraak 'aanspraken en pakketbeheer'¹³⁵, maar gaat met het uitsluiten van zorgvraagtypen verder dan alleen een update van de 'Uitleg aanspraak op basis van DSM'.

Rationale

- Deze beleidsoptie grijpt in op de tweede kernoorzaak, dat de vraag naar ggz aanzienlijk groter is dan het aanbod. De gedachte is dat deze beleidsoptie een deel van de groeiende vraag naar ggz zal afremmen, waardoor er minder druk komt op de beschikbare capaciteit en middelen.
- Er zijn verschillende mechanismen waarmee zorgaanbod over de zorgvraag kan worden verdeeld. De zorg met een pakketmaatregel uit het verzekerd basispakket halen is één van deze mechanismen. De keuze hiervoor kan het beste worden afgewogen tegen een ander gangbaar mechanisme: wachtlijsten.
- Afhankelijk van welk mechanisme gekozen wordt en de toepassing van dat mechanisme, wordt een bepaalde groep het meest geraakt. Met wachtlijsten wordt er een selectie gemaakt op basis van wanneer iemand is doorverwezen. In principe geldt hier: wie het langste heeft gewacht is het eerste aan de beurt. Een pakketmaatregel als deze maakt een selectie op basis van de veronderstelde zwaarte van de zorgvraag. Dit raakt de groep zorgvragers met lichte zorgvragen het meest en daarbinnen zorgvragers met minder besteedbaar inkomen, omdat deze zorg niet privaat zullen afnemen.
- Een voordeel van een pakketmaatregel ten opzichte van wachtlijsten, is dat de overheid een bewuste keuze maakt welk type zorg minder prioritair is bij de verdeling van schaars aanbod. Dit maakt het wel gevoeliger voor politieke wendingen. Met deze aanscherping van de aanspraak op verzekerde zorg wordt er expliciet rekening gehouden met de veronderstelde zwaarte van de

¹³⁴ Zorginstituut Nederland. (z.d.). Geneeskundige ggz (Zvw). <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

¹³⁵ Deze luidt als volgt: Het Zorginstituut brengt, in afstemming met de Nederlandse ggz, beroepsgroepen, ZN en MIND en huisartsen in beeld op welke manier aanspraken en pakketbeheer een bijdrage kunnen leveren aan een toekomstbestendige ggz. De mogelijke maatregelen zien ten minste toe op voorstellen voor verscherping van de aanspraak, waarbij principes voor passende geestelijke gezondheidszorg centraal staan. Uitgangspunt is dat behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld voor patiënten met complexe zorgvragen, waarbij het van belang blijft dat ook mensen met lichtere problematiek toegang hebben tot passende zorg of ondersteuning. Het effect van de maatregelen op andere domeinen, inclusief het mogelijk verschuiven van patiëntvragen en hoe dit wordt opgevangen, wordt in beeld gebracht. De eerste stap is een inventarisatie onder leiding van het Zorginstituut van mogelijke oplossingsrichtingen, ter bespreking op het BO IZA/AZWA Q1 2026. Vervolgens zal na het BO IZA/AZWA van Q1 2026 het Zorginstituut in samenwerking met eerdergenoemde partijen de impact van de gekozen oplossingsrichtingen in beeld brengen (bijvoorbeeld het effect op de driehoek: ggz-huisarts-sociaal domein). In uiterlijk Q4 2026 zal het Zorginstituut de 'Uitleg aanspraak op basis van DSM' hierop aanpassen. De doelstelling van het behalen van de treeknormen in 2028 is, ook in deze maatregel, een belangrijke toetssteen.

zorgvraag. Daartegen moet afgewogen worden dat de toegankelijkheid van deze zorg deels bepaald wordt op basis van de draagkracht van de zorgvrager, waardoor de solidariteit in het zorgstelsel afneemt.

Effecten

Beoogd effect:

- De inzet van deze pakketmaatregel is dat minder mensen met een relatief lichte psychische zorgvraag aanspraak doen op ggz-zorg, zodat er capaciteit en middelen worden vrijgespeeld.
- Doordat de mensen minder zorg afnemen en meer zorg zelf betalen kan de houdbaarheid van de collectieve uitgaven aan ggz verbeteren. Een pakketmaatregel als deze heeft twee effecten: (1) een financieringsschuif (er wordt meer privaat gefinancierd en minder collectief), en (2) een gedragseffect (sommige mensen zullen de ggz vermijden).

Overige effecten:

- In de ggz is er sprake van een grote prijsgevoeligheid, wat maakt dat pakketmaatregelen tot een relatief grote afname in de vraag naar zorg leiden. Een mogelijke verklaring is dat de noodzaak en mogelijke baten van een ggz-behandeling voor patiënten minder duidelijk zijn dan bij somatische zorg en dat stigmatisering rondom mentale problemen een rol speelt.¹³⁶
- De maatregel kan leiden tot een toename van andere zorg en ondersteuning:
 - Patiënten kunnen zorg mijden waardoor hun klachten verergeren.
 - Patiënten kunnen met de zorg- of hulpvraag terecht komen bij andere zorg of ondersteuning, zoals de huisarts, het sociaal domein of inzet voor personen met onbegrepen gedrag. Dit is niet voor iedere zorgvraag passend, met gevolgen voor de patiënt en de behandelaar.
 - Behandelaren kunnen zwaardere zorg indiceren om de behandeling wel binnen de aanspraak te laten vallen (upcoding).
- Het werken met meer complexe hulpvragen kan negatieve invloed hebben op de arbeidsmarkt in de ggz, omdat complexe hulpvragen ook tot relatief zwaarder werk leiden, waardoor behandelaren vaak de voorkeur geven aan lichte hulpvragen.
- Bij al deze effecten moet worden meegewogen, dat óók andere mechanismen om schaarste te verdelen, zoals wachtlijsten, neveneffecten hebben. Zo is bekend dat mentale zorgvragen nu ook vaak door huisartsen worden behandeld, omdat zij patiënten door wachtlijsten niet kwijt kunnen in de ggz.¹³⁷

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit:

- De aanname is dat de kwaliteit gelijk blijft – alleen de drempel voor vergoeding van zorg op grond van de Zvw wordt verhoogd.

Toegankelijkheid:

- Doordat de aanspraak wordt verscherpt, zal een deel van de ggz worden uitgesloten van vergoeding uit de Zvw. Dit heeft als gevolg dat de toegang tot ggz-zorg wordt verminderd voor mensen met minder zware ggz-problematiek. Daar staat tegenover dat de toegang voor mensen met zwaardere ggz-problematiek naar verwachting wordt verbeterd.

¹³⁶ Lambregts, T. & Vliet, R. (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage: Lambregts, T. & Vliet, R. (2018) https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/17CZbSKNS_c6pgV8NqRX3zITk_w.pdf

¹³⁷ Winkel, N. (2025, 3 juli). Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch. LHV. <https://www.lhv.nl/nieuws/doorverwijzing-naar-ggz-onverminderd-problematisch-lhv-pleit-voor-snelle-overname-behandelverantwoordelijkheid/>

Betaalbaarheid:

- De maatregel heeft positieve en negatieve effecten op de collectieve betaalbaarheid. De te verwachten afname van initieel gebruik zorgt voor lagere collectieve zorguitgaven, maar tegelijkertijd is er ook een toename in duurdere zorg te verwachten. Daarnaast verplaatst een deel van de vraag naar zorg zich waarschijnlijk naar de huisarts en het sociaal domein.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Verscherpen van de aanspraak	0	0	0	-45	-80	-80	2030

De financiële inschatting is gebaseerd op de gemaakte kosten in 2024 van patiënten met een lichte hulpvraag (zorgvraagtype 1 en 2 uit de ggz)¹³⁸. Dit is ca. € 135 miljoen (Bron: Vektis). De verwachting is dat er voor deze pakketmaatregel een stapsgewijze aanpak noodzakelijk is. Hierdoor is de financiële reeks oplopend. Daarnaast is er met een substitutie effect van 40% gerekend voor mogelijke verergering van klachten, substitutie door overige zorg en ondersteuning en upcoding.

De zorgvraagtypering wordt op dit moment niet gebruikt voor de aanspraak, en er zit enige spreiding in de daadwerkelijke ernst van de klachten. Daarom dienen de cijfers met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor de verwachte financiële effecten is bepalend hoe goed de zorgvraagtypering kan worden aangepast naar een controleerbare afbakening van het verzekerd pakket, met name om upcoding te voorkomen. Tevens zal een deel van de zorg zich naar verwachting verplaatsen naar andere zorgdomeinen, zoals beschreven bij de overige effecten. De kosten die als gevolg van deze beleidsoptie in andere domeinen worden gemaakt, zijn niet meegenomen in de financiële reeks.

Uitvoerbaarheid

- Het Zorginstituut Nederland adviseert over de opname van zorg in het verzekerd basispakket door te kijken of de zorg in voldoende mate voldoet aan de in samenhang gewogen pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Het Zorginstituut heeft in het verleden negatief geadviseerd over het gebruik van de zorgvraagtypering bij de aanspraak, omdat de zorgvraagtypering een methode is om zorgkosten in te schatten en niet is ontwikkeld voor het bepalen van de aanspraak.¹³⁹ Het is de verwachting dat het Zorginstituut nu niet anders zal adviseren.
- De Minister van VWS kan echter van het advies van het Zorginstituut afwijken, bijvoorbeeld vanuit een legitieme bredere overweging dat collectieve middelen nodig zijn voor andere publieke doelen. Het besluit moet in dit geval goed worden toegelicht.
- Voordat de maatregel genomen wordt, is het aan te raden om een impactanalyse uit te voeren. In de analyse is het van belang dat de kosten in de breedste zin worden meegenomen, zodat ook de impact op andere domeinen in beeld zijn. De impact moet afgezet worden tegen de

¹³⁸ Zorgvraagtype 1: Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst, rouw of andere psychische klachten, de impact daarvan is echter beperkt. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Zorgvraagtype 2: Deze groep heeft klachten, zoals een depressieve stemming, angst of andere psychische klachten; de impact daarvan is echter beperkt. Patiënten hebben mogelijk al eerder zorg ontvangen, gerelateerd aan zorgvraagtype 1, en hebben nu meer specifieke interventies nodig, of zij zijn eerder met succes behandeld binnen een hoger zorgvraagtype en presenteren nu mildere symptomen. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

¹³⁹ Zorginstituut Nederland. (2019). Stand van zaken rapport zorgclustermodel GGZ (deel 2).

<https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2019/01/09/stand-van-zaken-rapport-zorgclustermodel-ggz-deel-2>

besparing die het mogelijk oplevert. Daarnaast is het wenselijk een nadere uitwerking te maken van de invulling als pakketvoorwaarde en het risico op upcoding hierbij preciezer in te schatten.

Juridische toets

- Het Zorginstituut geeft uitleg (duiding) van de inhoud en omvang van het Zvw-basispakket binnen de bestaande kaders. Het Zorginstituut geeft zwaarwegende adviezen over het verzekerd pakket op basis van de pakketcriteria.
- Deze maatregel vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv). De geneeskundige ggz behoort tot de aanspraak geneeskundige zorg. Het betreft zorg zoals medisch-specialisten, klinisch psychologen of huisartsen plegen te bieden. Op grond van artikel 11, vierde lid, Zvw, moet het Bzv de inperking van de aanspraak bij ministeriële regeling mogelijk maken.
- Het voorstel vergt dus een aanpassing van het Besluit zorgverzekering. Ook de huidige wettelijke criteria zijn opgenomen in het, Bzv.

Planning

- Het Zorginstituut wordt door de Minister van VWS opnieuw gevraagd om een advies over het gebruik van de zorgvraagtypering bij het bepalen van de aanspraak. Het Zorginstituut brengt, in afstemming met betrokken partijen in beeld op welke manier de nieuwe voorwaarde van aanspraken een bijdrage kan leveren aan een toekomstbestendige ggz.
- De verwachting is dat er met een pakketuitsluiting als deze tijd nodig zal zijn voor een goede implementatie. Daarom wordt aangenomen en dat in 2029 de eerste aanpassingen doorgevoerd kunnen worden.

13. Zorgprofiel ggz-wonen 1 uit de Wlz

Omschrijving van de beleidsoptie

Met deze beleidsoptie vervalt de toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) voor cliënten met een indicatie voor ggz-wonen 1. Voor hun begeleiding, dagbesteding, huishoudelijke hulp en cliëntondersteuning kunnen zij daarmee niet langer toegang krijgen tot de Wlz, maar dienen zij een beroep te doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Voor verpleging, verzorging en behandeling zijn zij daarmee volledig aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). De beleidsoptie gaat uit van zowel het overhevelen van de huidige groep mensen met een indicatie voor ggz-wonen 1 naar de Wmo 2015, als van het aanpassen van wet- en regelgeving over toegang tot de Wlz zodat nieuwe cliënten met een zorgvraag passend bij ggz-wonen 1 niet langer in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. In het zorgprofiel ggz-wonen 1 gaat het om cliënten met een psychische aandoening die intensieve begeleiding nodig hebben, maar geen verzorging. Naast woonzorg ontvangt een deel van deze groep (minder dan de helft) ook ggz-behandeling ten laste van de Zvw.¹⁴⁰

Rationale

Sinds 1 januari 2021 is het mogelijk voor mensen met een psychische aandoening om toegang te krijgen tot de Wlz, indien zij voldoen aan de hiervoor geldende zorginhoudelijke toegangscriteria. Sindsdien hebben circa 33.000 mensen een Wlz-indicatie voor ggz-wonen gekregen, waarvan circa 8.500 mensen een profiel ggz-wonen 1. De Wlz geeft recht op zorg aan mensen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Het gaat om mensen die vanwege een psychische aandoening langdurig zorg nodig hebben, en voor wie (volledig) herstel niet meer in de lijn der verwachting ligt.

De aanname die onder deze beleidsoptie ligt is dat mensen die een Wlz-indicatie ggz-wonen 1 krijgen mogelijk wel perspectief hebben op (gedeeltelijk) herstel en ontwikkeling richting (verdere) zelfstandigheid, zelfs al voldoen zij aan de huidige toegangscriteria voor de Wlz. Ondersteuning en zorg uit de Wmo en/of Zvw zou in dat geval passender kunnen zijn. Deze aanname berust op signalen en is niet getoetst. Een andere mogelijke afweging om deze beleidsoptie in te voeren is kostenbesparing, vanuit de aanname dat vergelijkbare ondersteuning en zorg in de Wmo 2015 mogelijk tegen lagere kosten kan worden geboden.

Effecten

De beleidsoptie beperkt de aanspraak op zorg in de Wlz voor mensen met een psychische aandoening. Zij krijgen opnieuw te maken met beschikkingen met een bepaalde duur in de Wmo 2015 en zijn voor het ontvangen van passende (woon)zorg aangewezen op het aanbod dat de gemeente vanuit de Wmo 2015 kan bieden. Bij het invoeren van deze beleidsoptie dient rekening te worden gehouden met voldoende passende langdurige, stabiele zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Deze cliënten hebben vaak een beperkt sociale vangnet en zijn mede daarom aangewezen op zorg en ondersteuning. Het is niet duidelijk wat de impact van deze beleidsoptie is op mantelzorgers en de rest van het sociale netwerk. Indien het netwerk geen ondersteuning kan leveren, kan dit in de Wmo leiden tot een zwaardere zorgvraag bij cliënten. Dit moet nader onderzocht worden.

De effecten van deze beleidsoptie voor nieuwe cliënten die een aanvraag doen voor een Wlz-indicatie zijn afhankelijk van de wijze waarop de toegangscriteria worden aangescherpt. Dit vraagt

¹⁴⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (2025). Monitor: ggz-behandeling voor mensen met een GGZ-Wonen zorgprofiel. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_788883_22/1/

nader onderzoek en verdere uitwerking. Zonder het gelijktijdig aanpassen van de toegangscriteria om deze doelgroep uit te sluiten van toegang tot de Wlz, kan het schrappen van ggz-wonen 1 ertoe leiden dat mensen worden geïndiceerd voor een hoger Wlz-zorgprofiel (zie ook onder uitvoerbaarheid). Ook voor de huidige doelgroep geldt dat een deel van de mensen die nu al een indicatie hebben voor ggz-wonen 1 bij invoering van deze beleidsoptie mogelijk in aanmerking zullen komen voor herindicatie naar een hoger zorgprofiel binnen de Wlz.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- Zorgaanbieders ontvangen in de Wmo 2015 doorgaans een lager tarief dan in de Wlz. Dit kan ertoe leiden dat zij over onvoldoende middelen beschikken om de zorg voor mensen die voorheen in aanmerking kwamen voor Wlz-ggz-wonen 1 met dezelfde kwaliteit aan te bieden.
- De kwaliteit van zorg kan afnemen als cliënten niet voldoende toezicht en/of zorg in de nabijheid hebben, wanneer zij in een sociaal isolement terecht komen of wanneer het (woon)zorgaanbod verschaalt.
- Mensen die vanwege een psychische aandoening een indicatie krijgen voor de Wlz hebben specifieke kwetsbaarheden, welke specialistische kennis vragen. Als deze specialistische kennis bij gemeenten niet voldoende beschikbaar is, zal de toegankelijkheid (beperkt aanbod) en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning voor deze mensen afnemen.

Toegankelijkheid

- Cliënten die geen aanspraak meer maken op Wlz-gefinancierde zorg krijgen hun zorg en ondersteuning van gemeenten en/of zorgverzekeraars. Het is de vraag of bij deze overheveling het pakket aan zorg en ondersteuning gelijk blijft. De aanspraken in de Wlz zijn over het algemeen ruimer geformuleerd. Indien specialistische kennis en geclusterde woonvormen niet voldoende passend en beschikbaar zijn, kan de toegankelijkheid (en kwaliteit) van de zorg en ondersteuning voor deze mensen afnemen.

Betaalbaarheid

- Deze maatregel leidt tot lagere collectieve zorguitgaven in de Wlz. In de Wlz wordt over het algemeen tegen hogere tarieven zorg geleverd dan in de Wmo 2015. Uit eerder onderzoek van Significant bleek dat het gemiddelde tarief voor Wmo beschermd wonen 17% lager ligt dan het gemiddelde tarief voor ggz-wonen in de Wlz. Verschillende zorgaanbieders plaatsten in dat onderzoek daarbij de kanttekening dat het met de tarieven in de Wmo 2015 niet altijd goed mogelijk was de zorg te leveren die nodig is voor de doelgroep.¹⁴¹
- Daar staat tegenover dat de zorg voor een grotere groep mensen in andere domeinen geregeld moet worden, met bijkomende kosten voor verblijfsplekken en woonzorgaanbod en uitvoeringskosten voor de gemeente en zorgverzekeraar. De zorgkosten nemen met name bij de gemeenten toe, omdat zij voor een zwaardere cliëntgroep ondersteuning en woonzorg moeten leveren. Investeringskosten aan de kant van de Wmo 2015 hiervoor zijn nodig.
- Een deel van de mensen met een indicatie voor ggz-wonen 1 kan in aanmerking komen voor een herindicatie naar een hoger zorgprofiel. Hiermee nemen de zorgkosten voor deze mensen in de Wlz juist toe. Door het schrappen van ggz-wonen 1 kan binnen de Wlz niet meer worden afgeschaald van profiel ggz-wonen 3 (het meest voorkomende profiel) naar een lager profiel.

¹⁴¹ Significant Public. (2022). *Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep*.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/17/verdiepend-onderzoek-ggz-doelgroep>

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	STRUC.	STRUC. IN
Geen toegang tot Wet langdurige zorg voor GGZW1	0	5	5	5	5	0	-5	-35	2033

- Bovenstaande reeks geeft de financiële effecten weer van het overhevelen van de huidige, bestaande doelgroep mensen met een Wlz-indicatie voor ggz-wonen 1 naar de Wmo 2015. Het effect van deze beleidsoptie op toekomstige instroom in de Wlz is geen onderdeel van de budgettaire reeks.
- Volgens het KPMG-onderzoek Transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart bedragen de transitiekosten gemiddeld 1,5% van de jaarlijkse omzet, gedurende vijf jaar bij een middelgrote stelselwijziging. Dit leidt in het hierboven gepresenteerde financiële effect voor de begroting tot incidentele kosten van gemiddeld €8 miljoen per jaar.
- De transitie kan een langere periode in beslag nemen dan de periode die in bovenstaande reeks is geschetst, gegeven het nader onderzoek dat nog nodig is (zie ook juridische aspecten onder uitvoerbaarheid). Daarmee kunnen ook de transitiekosten in de praktijk anders zijn.
- Voor het berekenen van de structurele besparing zijn twee aannames gedaan:
 - 1) 75% van de ggz-wonen 1 cliënten gaat naar de Wmo 2015 (Beschermd Wonen). De overige 25% blijft in de Wlz middels een herindicatie naar het profiel ggz-wonen 3. Deze aanname is niet onderbouwd.
 - 2) De tarieven voor beschermd wonen in de Wmo zijn lager dan de tarieven voor ggz-wonen in de Wlz. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het gemiddelde Wmo 2015 BW-tarief 17% lager lag dan een gemiddeld Wlz ggz-wonen tarief.¹⁴²
- Op basis van deze aannames is berekend wat het oplevert als 75% van de cliënten uit ggz-wonen 1 wordt overgeheveld naar de Wmo 2015. Daarnaast is berekend wat het effect is van het herindiceren van de overige 25% naar ggz-wonen 3.

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

- De invoering van deze beleidsoptie vergt een wijziging van de Wlz en onderliggende regelgeving, waarbij rekening moet worden gehouden met een traject van drie jaar.
- Het is niet mogelijk om op basis van de zorginhoudelijke toegangscriteria gericht een groep mensen in bepaalde zorgprofielen uit te sluiten van toegang tot de Wlz. De criteria voor toegang tot de Wlz zijn wettelijk vastgelegd en voor alle doelgroepen gelijk. Er moeten in dit geval afwijkende toegangscriteria worden opgesteld voor mensen met een psychische aandoening zodat deze de indicatiesteller in staat stellen op zorginhoudelijke gronden mensen die *wel* een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht hebben, toch *geen* toegang te geven tot de Wlz. In hoeverre de zorgprofielen voor ggz-wonen op zorginhoudelijke en/of cliëntkenmerken onderscheidend zijn, en hoe dit onderscheid kan worden vertaald naar nieuwe toegangscriteria, vergt nader onderzoek.
- Een objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond voor het onderscheid tussen ggz en de overige Wlz-zorg in de criteria voor het recht op Wlz-zorg (artikel 3.21, eerste lid, Wlz) is randvoorwaardelijk voor het invoeren van deze maatregel. Dit moet nader onderzocht

¹⁴² Significant Public. (2022). *Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep*.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/17/verdiepend-onderzoek-ggz-doelgroep>

worden. Indien de objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond ontbreekt, treedt strijdigheid op met het discriminatieverbod in artikel 14 EVRM en artikel 26 IVBPR.

Uitvoeringsgevolgen

- Met gemeenten en zorgverzekeraars moeten nadere afspraken worden gemaakt over instroom in de Wmo 2015 wanneer minder mensen toegang kunnen krijgen tot de Wlz en de bestaande groep met een indicatie voor ggz-wonen 1 niet langer toegang heeft tot Wlz-gefinancierde zorg. Er moet met fondsbeheerders en gemeenten overeenstemming worden bereikt over de hoogte van de bijstelling van het gemeentefonds. Het wetsvoorstel moet in overleg met gemeenten worden voorbereid in het kader van een Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO). Het risicovereveningsmodel zal moeten aangepast aan deze nieuwe situatie. Dat vergt nader onderzoek.
- Zorgaanbieders zullen voorbereidingen moeten treffen om deze overgang mogelijk te maken. Uitvoeringstoetsen door het CIZ, het CAK en zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn daarnaast nodig om de gevolgen nader in beeld te brengen.

14. Tijdelijke Wlz-indicaties

Omschrijving van de beleidsoptie

Met deze beleidsoptie wordt de toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) beperkt door tijdelijke Wlz-indicaties af te geven voor nieuwe cliënten met een psychische aandoening, in plaats van indicaties voor onbepaalde tijd. Hierbij kan gedacht worden aan een indicatieduur van drie tot vijf jaar, waarna een verplicht herbeoordelingsmoment wordt geïntroduceerd. Deze beleidsoptie gaat er vanuit dat Wlz-indicaties alleen van tijdelijke aard worden ingevoerd voor de groep mensen met een ggz-wonen zorgprofiel. Daarmee kent de Wlz voor mensen met een psychische aandoening andere uitgangspunten dan voor andere mensen met langdurige beperkingen of aandoeningen, voor wie de onbeperkte geldigheidsduur blijft staan. Het instellen van tijdelijke indicaties voor de gehele Wlz-ggz-wonen doelgroep biedt de mogelijkheid de noodzaak van (het voortzetten van) Wlz-zorg na verloop van tijd opnieuw af te wegen.

Nb. Het is op dit moment ook al mogelijk om een Wlz-indicatie stop te zetten indien bij herbeoordeling blijkt dat een cliënt niet meer aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet. Het CIZ kan een indicatiebesluit herzien of intrekken indien de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen (artikel 3.2.4 Wlz). In de praktijk gebeurt dit zelden.

Rationale

Het doel van de beleidsoptie is om het gebruik van Wlz-gefinancierde zorg door mensen met een psychische aandoening te beperken. Een psychische aandoening kent vaak een grillig verloop, waarbij de klachten en de daaruit volgende hulpvraag in de tijd kan verschillen. Deze beleidsoptie draagt mogelijk bij aan betere aansluiting van de aard en duur van de zorgvraag op de afgegeven indicatie.

Effecten

Het instellen van tijdelijke indicaties kan het effect hebben dat bij herbeoordeling blijkt dat iemand niet langer aan de toegangscriteria voor de Wlz (blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht) voldoet. Hierdoor heeft deze cliënt na het aflopen van de tijdelijke indicatie niet langer recht op Wlz-gefinancierde zorg, en is daarmee op andere domeinen (Wmo 2015 en/of Zvw) aangewezen voor de zorg en/of ondersteuning die nodig is.

De aanname die onder deze beleidsoptie ligt is dat cliënten, indien een tijdelijke indicatie wordt ingevoerd, na afloop van de indicatie (bijv. na drie jaar) mogelijk geen Wlz-gefinancierde zorg meer nodig hebben. In hoeverre dit het geval zal zijn, is vooraf moeilijk te voorspellen en vergt nader onderzoek. Het beperken van het gebruik van Wlz-gefinancierde zorg kan op lange termijn bijdragen aan de houdbaarheid van de Wlz. Ook moet in kaart worden gebracht wat het effect is op de andere domeinen wanneer meer mensen een beroep doen op zorg en/of ondersteuning uit de Wmo 2015/Zvw wanneer de Wlz-indicatie niet wordt verlengd.

Het is echter de vraag hoeveel cliënten die eerder een Wlz-indicatie hebben gekregen na een periode van drie tot vijf jaar niet meer voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. In het bepalen van de toegang tot de Wlz wordt onderzocht in hoeverre er sprake is van een blijvende zorgbehoefte. Het betreffen vaak kwetsbare cliënten met reeds een lange voorgeschiedenis in zorg en ondersteuning.¹⁴³ Het toetsen op het criterium blijvendheid van de zorgbehoefte bij toegang tot de Wlz, en dit na een relatief korte periode van enkele jaren weer herzien, kan leiden tot

¹⁴³ In de zomer van 2025 is een evaluatieonderzoek gestart naar de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening. In hoeverre de uitgangspunten van de Wlz (zoals de blijvendheid van de zorgvraag) aansluiten bij de problematiek van de doelgroep mensen met een psychische aandoening is één van de onderwerpen in dit onderzoek.

onduidelijkheid en onzekerheid bij cliënten, naasten en zorgaanbieders. Voor cliënten met een langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte die in de tijd fluctueert in intensiteit kan het invoeren van een tijdelijke Wlz-indicatie ertoe leiden dat zij wisselen tussen domeinen, en bij iedere wisseling nieuwe beoordelingen, indicaties en/of beschikkingen nodig zijn.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- Indien bij herbeoordeling na het aflopen van de Wlz-indicatie blijkt dat een cliënt niet langer is aangewezen op Wlz-gefinancierde zorg, dan zal de cliënt zijn aangewezen op de Wmo 2015 en/of Zvw voor de ondersteuning en/of zorg die nodig is. Als deze cliëntgroep vaker beweegt tussen verschillende wettelijke kaders, ontbreekt stabiele financiering bij zorgaanbieders om structureel te investeren in kwaliteit van zorg en ondersteuning.
- Het wisselen tussen indicaties en beschikkingen en verschillende domeinen zet de continuïteit van de zorg voor de cliënt onder druk, en zorg daarmee mogelijk voor een afname in de kwaliteit.

Toegankelijkheid

- Mensen met een psychische aandoening hebben met invoering van deze beleidsoptie niet langer toegang tot Wlz-gefinancierde zorg met onbepaalde geldigheidsduur. Dit kan gevolgen hebben voor de continuïteit van zorg. Wanneer een cliënt een andere indicatie of beschikking toegewezen krijgt, kan dit betekenen dat de zorg niet kan worden voortgezet bij de aanbieder waar de cliënt op dat moment in zorg is.

Betaalbaarheid

- Als het invoeren van een tijdelijke indicatie ertoe leidt dat cliënten vaker na een aantal jaar uitstromen uit de Wlz kan dit op lange termijn bijdragen aan de houdbaarheid van de Wlz.
- Meer mensen met een psychische aandoening doen dan, na afloop van de indicatie, een beroep op de Wmo 2015 en/of de Zvw. De aanname is dat de zorg en ondersteuning in andere domeinen tegen lagere kosten kan worden geboden. Gemeenten en zorgverzekeraars zullen naar verwachting in het kader van de Wmo 2015/Zvw doelmatiger inkopen omdat zij in beginsel risicodragend zijn en doordat de aanspraak wordt beperkt in verband met het o.a. meewegen van de sociale context in de Wmo 2015.
- Het risico bestaat echter ook dat de Wlz aantrekkelijker wordt door het invoeren van tijdelijke indicaties. In hoeverre mensen daadwerkelijk zullen in- en uitstromen is moeilijk te voorspellen, waardoor de financiële effecten vooraf niet in kaart te brengen zijn.

Financiële effecten voor de begroting

- Het financiële effect van een tijdelijke indicatie in plaats van een indicatie voor onbepaalde tijd binnen Wlz-ggz-wonen is met de momenteel beschikbare informatie niet te berekenen.
- Voor een betrouwbare raming ontbreken nu essentiële indicatoren. De jaarlijkse instroom vertoont op dit moment fluctuaties. Daarnaast is momenteel geen data beschikbaar over het uitstroompercentage na een herindicatieprocedure. Er is ook geen onderbouwing voor een eventuele aanname van dit percentage.
- Meer mensen met een psychische aandoening doen na afloop van een Wlz-indicatie mogelijk een beroep op de Wmo 2015 en/of Zvw. In welke mate en in welke vorm zij dan zorg en/of ondersteuning uit deze domeinen zullen ontvangen is niet bekend.

- Ook dienen externe factoren te worden meegenomen. Het verplicht herindiceren leidt tot extra werkdruk bij het CIZ, en daarmee tot hogere uitvoeringskosten. Daarnaast bestaat het risico op een zogenoemd draaideureffect, bijvoorbeeld dat mensen uit de Wlz naar de Wmo 2015 en Zvw gaan, en vervolgens na enige tijd weer terug de Wlz in als de situatie verslechtert. De financiële impact hiervan is op dit moment niet duidelijk.

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

- Een indicatiebesluit geldt op grond van artikel 3.2.5 van het Besluit langdurige zorg (Blz) voor onbepaalde tijd. Dat artikel maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling situaties te bepalen waarin het indicatiebesluit slechts voor bepaalde tijd geldt. Die mogelijkheid is bestemd voor groepen van verzekerden waarbij niet in alle gevallen een blijvende behoefte is aan Wlz-zorg.
- Randvoorwaardelijk voor invoering van deze beleidsoptie is een objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond voor het onderscheid tussen de ggz en de overige Wlz-zorg. Het gaat om het onderscheid op het gebied van de criteria voor het recht op Wlz-zorg (artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz). Indien de objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond ontbreekt, treedt strijdigheid op met het discriminatieverbod in artikel 14 EVRM en artikel 26 IVBPR.
- Het afwijken van het uitgangspunt van blijvendheid in de Wlz is een fundamentele wijziging. Het voor een specifieke doelgroep (mensen met een psychische aandoening) doorvoeren van deze wijziging betekent dat er onderscheid binnen de Wlz wordt gemaakt op basis van aandoening. Dit dient objectief, zorginhoudelijk onderbouwd te kunnen worden. Dit vergt nadere uitwerking.
- Het instellen van tijdelijke toegang betreft een wetswijzigingstraject waar minimaal drie jaar voor moet worden uitgetrokken. Naast het aanpassen van wet- en regelgeving betreffende indicatieduur, vraagt deze beleidsoptie mogelijk ook om herziening van de toegangscriteria voor de Wlz. De blijvendheid van de zorgvraag is een criterium in de Wlz. Het toetsen op blijvendheid en het vervolgens afgeven van een tijdelijke indicatie staan op gespannen voet met elkaar. Ook dit vergt nader onderzoek.

Uitvoerbaarheid en administratieve lasten

- Het invoeren van tijdelijke indicaties in de Wlz maakt het onderscheid tussen Wmo 2015/Zvw enerzijds en de Wlz anderzijds onduidelijker, zowel voor uitvoerende partijen als voor de cliënt. De blijvendheid van de zorgvraag is een belangrijk criterium voor toegang tot de Wlz en onderscheidt de Wlz van andere domeinen.
- Het instellen van tijdelijke indicaties zorgt ervoor dat er voor de hele doelgroep periodieke herbeoordelingen moeten worden uitgevoerd. Dit vergt extra inzet van het CIZ en hogere uitvoeringskosten. Indien bij die herbeoordeling blijkt dat Wlz-zorg niet langer passend is leidt dit waarschijnlijk tot extra aanvragen voor Wmo-ondersteuning en aanvullende aanvragen om wijkverpleging. Het risico is dat cliënten bij (iedere) aflopende tijdelijke indicatie tussen domeinen wisselen waarbij iedere keer herbeoordelingen nodig zijn. Dit leidt tot een toename van administratieve lasten bij gemeenten, het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.
- Als er meer mensen met een psychische aandoening vanuit de Wlz (weer) een beroep doen op de Zvw zijn er consequenties voor de risicoverevening. Het risicovereveningsmodel zal moeten aangepast aan deze nieuwe situatie. Dat vergt nader onderzoek.

15. Hele ggz uit de Wlz

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie houdt in dat de langdurige geestelijke gezondheidszorg uit de Wlz wordt gehaald. Dit betekent dat de directe toegang op grond van een psychische aandoening (de wetswijziging die per 2021 van kracht is) wordt teruggedraaid. Hiermee geldt opnieuw de situatie die vòòr 2021 van toepassing was. Dat betekent dat mensen met een psychische aandoening geen toegang meer kunnen krijgen tot langdurige zorg uit de Wlz.¹⁴⁴ Mensen met een psychische aandoening en een langdurige zorgvraag zijn daarmee aangewezen op ondersteuning en/of zorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Rationale

Sinds 1 januari 2021 is het mogelijk voor mensen met een psychische aandoening om toegang te krijgen tot de Wlz indien zij voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria die hiervoor gelden. Sinds deze rechtstreekse toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening mogelijk is gemaakt hebben circa 33.000 mensen een Wlz-indicatie voor ggz-wonen gekregen.

Deze beleidsoptie ziet vooral op het doorvoeren van een kostenbesparing in de langdurige zorg voor mensen met een psychische aandoening. De veronderstelling is dat ondersteuning en zorg aan deze doelgroep in de Wmo 2015 en/of de Zvw tegen lagere kosten kan worden geboden.

Effecten

Het effect van deze beleidsoptie is dat mensen met een psychische aandoening en een daaruit volgende blijvende behoefte aan intensieve zorg (24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht) geen toegang meer hebben tot Wlz-gefinancierde zorg. Zij zijn voor de zorg en/of ondersteuning die zij nodig hebben aangewezen op de Wmo 2015 en/of de Zvw.

Mensen die een Wlz-indicatie krijgen voor ggz-wonen hebben vaak een combinatie van problematiek. Dit zijn vaak kwetsbare mensen die langdurig te maken hebben met een psychische aandoening, voor wie herstel niet meer in de lijn der verwachting ligt en die gebaat zijn bij zorg gericht op rust en stabiliteit. Dit betreft vaak zorg in combinatie met wonen, gezien het om mensen gaat voor wie vaak ook sprake is van moeilijkheden in het zelfstandig wonen. Vanuit zorginhoudelijk perspectief staat het geheel teruggedraaien van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening daarmee niet ten dienste van het leveren van passende langdurige zorg aan de hierboven omschreven doelgroep met ernstige en langdurige problematiek.

In 2015 adviseerde het Zorginstituut Nederland om mensen met een psychische aandoening voor wie vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij toegang te bieden tot de Wlz. Hiermee kan in de indicatiestelling beter naar de mens als geheel worden gekeken.¹⁴⁵ In dat advies schetst het Zorginstituut dat de knip die voorheen bestond tussen psychische problematiek (geen toegang) en andere grondslagen zoals een verstandelijke beperking (wel toegang), tot onduidelijkheden leidde. Deze onduidelijkheden keren terug bij invoering van deze beleidsoptie.

¹⁴⁴ Het zogenoemde driejaarscriterium blijft binnen deze beleidsoptie voorsnog wel van kracht. Dit betekent dat de regeling dat mensen na 1095 dagen behandeling met verblijf in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor voortzetting van deze zorg zijn aangewezen op de Wlz. Deze regeling wijkt af van de reguliere toegang tot de Wlz. Mensen stromen na 1095 dagen in de Zvw door naar de Wlz met een tijdelijke ggz-b indicatie (geldigheidsduur drie jaar). Daarom wordt deze groep in deze beleidsoptie buiten beschouwing gelaten.

¹⁴⁵ Zorginstituut Nederland (16 december 2015). <https://www.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2015/12/16/pakketadvies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis/Advies+over+toegang+tot+de+Wlz+voor+mensen+met+een+psychische+stoornis.pdf>.

Daarnaast ervoeren cliënten voordat toegang tot de Wlz mogelijk werd knelpunten in de zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw, zoals de periodieke herindicaties in de Wmo 2015, die als last worden ervaren bij een doelgroep met een langdurige zorgvraag. Het na relatief korte tijd weer terugdraaien van de toegang tot de Wlz kan tevens leiden tot onzekerheid bij cliënten en naasten over of zij nog de ondersteuning en zorg kunnen (blijven) ontvangen die zij nodig hebben.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- Heldere afspraken met gemeenten over het bieden van zorg en ondersteuning inclusief financiële middelen om dit aanbod te kunnen organiseren vanuit de Wmo 2015 zijn nodig om deze beleidsoptie uit te kunnen voeren. Het risico is dat zonder afspraken en financiële compensatie het aanbod aan langdurige (woon)zorg voor deze doelgroep verschaalt en (langere) wachtlijsten ontstaan.
- Deze doelgroep kenmerkt zich door specifieke kwetsbaarheden welke specialistische kennis vragen. Deze specialistische kennis is mogelijk minder aanwezig bij gemeenten, gezien de zorg voor deze zeer kwetsbare groep cliënten al een aantal jaar onderdeel is van de Wlz. Voor specifieke doelgroepen is specialistisch aanbod nodig. De systematiek in de Wlz met regionale inkoop door zorgkantoren sluit hier mogelijk beter bij aan dan inkoop door gemeenten in de Wmo 2015.
- Er zijn signalen dat er sprake is van een verzwaring in de zorgvraag van cliënten in de langdurige ggz. Er lijkt in toenemende mate sprake te zijn van multiproblematiek bij mensen met een Wlz-indicatie op grond van een psychische aandoening. In 2024 had 48% van hen naast een psychische aandoening ook minimaal één andere vastgestelde grondslag voor Wlz-zorg, zoals een somatische ziekte of een verstandelijke handicap. Daarnaast speelt vergrijzing ook in de langdurige ggz.¹⁴⁶ Of gemeenten en zorgverzekeraars in staat zijn om passend (woon)zorgaanbod te bieden, ook in de toekomst, moet nader worden onderzocht.

Toegankelijkheid

- De Wlz is niet meer toegankelijk voor mensen met een psychische aandoening, ook niet voor kwetsbare mensen die langdurig gespecialiseerde zorg nodig hebben en voor wie herstel niet in de lijn der verwachting ligt. Ook voor cliënten met een combinatie van problematiek, zoals een verstandelijke beperking en een psychische aandoening, is toegang tot de Wlz beperkt omdat de psychische problematiek bij indicatiestelling voor de Wlz niet langer kan worden meegewogen.
- De cliënten die geen aanspraak meer kunnen maken op Wlz-zorg krijgen zorg en ondersteuning van gemeenten en zorgverzekeraars. Het aanbod kan per regio verschillen.

Betaalbaarheid

- De verwachting is dat deze beleidsoptie leidt tot lagere collectieve Wlz-zorguitgaven. Het gemiddelde tarief voor Wmo 2015 beschermd wonen ligt 17% lager dan het gemiddelde tarief voor ggz-wonen in de Wlz. Verschillende zorgaanbieders gaven in eerder onderzoek echter aan dat het met de tarieven in de Wmo 2015 niet altijd goed mogelijk was de zorg te leveren die nodig is voor de doelgroep.¹⁴⁷
- Gemeenten en zorgverzekeraars zullen zorg moeten bieden voor deze groep cliënten. De zorgkosten nemen met name bij de gemeenten toe, omdat zij voor een zwaardere cliëntgroep

¹⁴⁶ Trimbos-instituut. (2025). *Perspectief in de langdurige ggz*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/03/Rapport-Perspectief-in-de-langdurige-ggz.pdf>

¹⁴⁷ Significant Public. (2022). *Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/17/verdiepend-onderzoek-ggz-doelgroep>

ondersteuning en woonzorgaanbod moeten leveren.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	STRUC.	STRUC. IN
Terugdraaien ggz-w naar de Wlz	0	40	40	40	10	-15	-75	-380	-380	2033

- Volgens het KPMG-onderzoek Transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart bedragen de transitiekosten gemiddeld 1,5% van de jaarlijkse omzet, gedurende vijf jaar bij een middelgrote stelselwijziging. Dit leidt in het hierboven gepresenteerde financiële effect voor de begroting tot incidentele kosten van gemiddeld € 40 miljoen per jaar.
- De transitie kan een langere periode in beslag nemen dan de periode die in bovenstaande reeks is geschetst, gegeven het nader onderzoek dat nog nodig is (zie ook juridische aspecten onder uitvoerbaarheid). Daarmee kunnen de transitiekosten in de praktijk eveneens anders zijn.
- Voor het berekenen van de structurele besparing zijn er twee aannames gedaan:
 - Aanname 1: Wlz-ggz-wonen-cliënten keren naar rato terug naar het oorspronkelijke zorgdomein. Dat houdt in dat 2.7% van de ggz-w cliënten terug stromen naar de Zvw en 6.0% naar Wlz-ggz-b. Deze stromingen betreffen daarmee budgetneutrale mutaties. Daarnaast wordt er een additionele 'weglekeffect' via herindicatie van 10% van Wlz-ggz-wonen naar Wlz-ggz-b (voortgezet verblijf) verondersteld. Ook herindicaties naar andere sectoren in de Wlz zijn aannemelijk. Hierover zijn niet voldoende gegevens beschikbaar. Deze mogelijkheid is daarom niet meegenomen in de berekeningen.
 - Aanname 2: Het Significant-onderzoek Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep stelt vast dat het gemiddelde Wmo 2015 BW-tarief 17% lager ligt dan een gemiddeld Wlz ggz-wonen tarief.

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

- De maatregel vereist wetswijziging. De Wlz dient te worden aangepast, evenals onderliggende regelgeving. Dit betreft doorgaans een traject van circa drie jaar.
- De beleidsoptie staat op gespannen voet met het gelijkheidsbeginsel. Voor deze beleidsoptie is een objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond voor het onderscheid tussen de ggz en de overige Wlz-zorg randvoorwaardelijk. Het gaat om het onderscheid op het gebied van de criteria voor het recht op Wlz-zorg (artikel 3.21, eerste lid, Wlz). Dit vergt nadere uitwerking. Indien de objectieve zorginhoudelijke rechtvaardigingsgrond ontbreekt treedt strijdigheid op met het discriminatieverbod in artikel 14 EVRM en artikel 26 IVBPR. De wettelijke bepalingen voor de maatregel vinden op grond van artikel 94 van de Grondwet dan geen toepassing. De rechter kan bepalingen in materiële wetgeving rechtstreeks toetsen aan het gelijkheidsbeginsel.
- De beleidsoptie betreft het volledig terugdraaien van relatief recent (2021) ingevoerde wetgeving. Cliënten die reeds een indicatie hebben voor Wlz-zorg hebben deze verkregen in de context dat deze onbeperkt geldig zou zijn. Daarom dient een overgangsrecht te worden geformuleerd voor cliënten met een huidige indicatie voor ggz-wonen.

Uitvoerbaarheid en administratieve lasten

- Gemeenten en zorgverzekeraars moeten voorbereidingen treffen om de beleidsoptie in te voeren. Processen en mensen moeten weer worden opgezet (onder andere toegang/loket, medewerkers aantrekken, inkoop en contracten met zorgaanbieders). Ook zorgaanbieders zullen hun processen moeten aanpassen en voorbereidingen moeten treffen om deze overheveling mogelijk te maken.
- De Rijksoverheid moet gemeenten voor een eventuele verzwaring van hun medebewindstaak op adequate wijze financieel compenseren (artikel 108 Gemeentewet). Hierover moet met fondsbeheerders en gemeenten overeenstemming worden bereikt.
- De risicoverevening dient te worden aangepast wanneer een deel van de huidige Wlz-doelgroep zorg uit de Zvw zal gaan ontvangen. Dit gaat om een relatief grote groep met een intensieve zorgvraag. Er zal onderzocht moeten worden of het risicovereveningsmodel voldoende kan worden aangepast. Het is mogelijk dat uit dit onderzoek volgt dat er een (aanzienlijke) vermindering van de risicodragendheid van zorgverzekeraars nodig is om ongewenste prikkels tot risicoselectie weg te nemen. Een verminderde risicodragendheid gaat ten koste van de beoogde doelmatigheidsprikkels.

16. Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten voor psychische klachten en wettelijk verankeren verwijzen van medisch naar sociaal domein

Omschrijving van de beleidsoptie

16a. Sociale basisinfrastructuur: versterken institutionele sociale basis

De beleidsmaatregel betreft het verstevigen van de sociale basis infrastructuur, door deze te verankeren in een convenant en/of in wetgeving, en aanpalend daaraan de financieringssystematiek van gemeenten aan te passen.

De sociale basis is een complex begrip. Door onderzoekers worden drie lagen onderscheiden die samen de sociale basis vormen: een persoonlijke (sociaal netwerk), gemeenschappelijke (verenigingsleven, vrijwilligerswerk, religieuze verbanden) en institutionele sociale basis (algemene voorzieningen waar je zonder indicatie gebruik van kan maken, ontmoetingsplekken, sociaal werk etc.). Een sterke sociale basis draagt bij aan het verbeteren van de mentale gezondheid: het leidt ertoe dat mensen mogelijkheden hebben om met hun levensproblemen steun te vinden in sociale steunstructuren, gemeenschappen of contacten. Deze problemen en ook psychisch lijden hebben niet altijd een medische oorzaak. Betekenisvolle ontmoetingen en relaties dragen bij aan de (mentale) gezondheid van mensen en het verminderen van eenzaamheid. De institutionele sociale basis, die zich richt op collectieve en algemene voorzieningen, is echter kwetsbaar. Het beroep op individuele voorzieningen (in de Wmo en Jeugdwet) blijft groeien en is moeilijk te beperken. Mede in verband met de relatieve 'afdwingbaarheid' van deze individuele voorzieningen lijken gemeenten bij financiële tekorten eerder geneigd of gedwongen te bezuinigen in de sociale basis.

Door meer geëxpliciteerde kaders voor de institutionele basis vast te leggen in een convenant dan wel in wetgeving (de Wmo 2015, in samenhang met de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid en de Participatiewet), wordt de taak van gemeenten om in samenspraak met bewoners(initiatieven) en maatschappelijk partners te sturen op een bepaald aanbod aan basisvoorzieningen verder geconcretiseerd. Onderdeel van dat aanbod van voorzieningen zijn bijvoorbeeld de laagdrempelige steunpunten (16b). Een mogelijke aanpalende maatregel is om de (institutionele) sociale basis te borgen via een aanpassing in de financieringssystematiek. Momenteel krijgen gemeenten via een algemene uitkering (AU) 'één budget' waaruit zij zowel maatwerkvoorzieningen als algemene voorzieningen moeten financieren. Wanneer de druk op maatwerkvoorzieningen toeneemt, gaat dit ten koste van de ruimte om te investeren in algemene voorzieningen. De uitkomsten vanuit het traject nieuw financieringsmodel Wmo zijn echter leidend.

16b. Laagdrempelige steunpunten:

Een specifieke voorziening binnen de sociale basis infrastructuur zijn laagdrempelige steunpunten. Laagdrempelige steunpunten zijn fysieke locaties waar iedereen zonder verwijzing of beschikking binnen kan lopen. Een belangrijk kenmerk van een laagdrempelig steunpunt is dat ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers in de lead zijn. Daarnaast worden er herstelcursussen geboden. De steunpunten staan in verbinding met de ggz en huisartsen. Steunpunten worden veelal gefinancierd vanuit gemeenten. Iedere inwoner, met name mensen met EPA (ernstige psychische aandoeningen), heeft toegang tot deze steunpunten. Deze beleidsmaatregel betreft het wettelijk verankeren van laagdrempelige steunpunten in de Wmo

2015 als onderdeel van de sociale basisinfrastructuur. Dit betreft dus (deels) een nadere inhoudelijke invulling van beleidsmaatregel 16a.

Laagdrempelige steunpunten zijn onderdeel van het IZA, waarin is afgesproken dat er een landelijk dekkend netwerk moet komen. Ook zijn ze onderdeel van het AZWA, als één van de basisfunctionaliteiten op het snijvlak zorg/sociaal domein, inclusief structurele financiering. Dit betreft echter een inspanningsverplichting. De beleidsmaatregel die in dit fiche wordt voorzien betreft wettelijke verankering in de Wmo en daarmee een taakverzwaring voor gemeenten. De voorzieningen wordt hiermee onderdeel van de sociale basisinfrastructuur van de Wmo. Deze basisinfrastructuur beschrijft een 'bepaald niveau aan basisvoorzieningen' waaraan door gemeenten verplicht invulling moet worden gegeven.

16c. Ketenaanpak Sociaal Verwijzen

De beleidsmaatregel betreft het wettelijk verankeren van de ketenaanpak sociaal verwijzen in de Wmo 2015. De ketenaanpak Sociaal verwijzen betreft een doorverwijzing van eerstelijnszorgverleners (bijvoorbeeld een huisarts) naar een welzijnscoach¹⁴⁸, meestal gericht op mensen met (milde) psychosociale klachten. Het is een ketenaanpak omdat het gaat over de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Een veel gebruikte interventie binnen deze ketenaanpak is 'welzijn op recept'.

De ketenaanpak sociaal verwijzen is onderdeel van het GALA en is ook onderdeel van het AZWA als één van de basisfunctionaliteiten op het snijvlak zorg/sociaal domein, inclusief structurele financiering. De AZWA afspraak is echter een inspanningsverplichting. De beleidsmaatregel die in dit fiche wordt voorzien, is dat de functie van welzijnscoach wettelijk wordt verankerd in de Wmo 2015. Gemeenten worden daarmee verplicht om deze functie onderdeel te maken van maatschappelijke ondersteuning en dit betreft daarmee een taakverzwaring voor gemeenten. Omdat samenwerking tussen gemeente, eerstelijnszorgverlener en welzijnsorganisaties hier van belang is, omvat de wettelijke verplichting ook dat de gemeente samenwerkingsafspraken maakt met relevante partijen. Gezien de rol van de huisarts (als voornaamste doorverwijzer naar de welzijnscoach) bevat deze beleidsmaatregel ook dat er een NHG-standaard (Nederlands Huisartsen Genootschap) "*sociaal verwijzen*" wordt opgesteld om de huisarts in de dagelijkse praktijk te ondersteunen. Dit kan worden uitgebreid met standaarden/protocollen voor andere eerstelijnszorgverleners zoals de fysiotherapeut.

Er wordt ten slotte verkend of een wettelijke verplichting voor deelname van het sociaal domein aan mentale gezondheidsnetwerken (bijvoorbeeld deelname sociaal domeinprofessional aan het verkennend gesprek) ook van meerwaarde kan zijn. NB: zie ook samenhang met beleidsopties 4 en 28.

Rationale

Deze beleidsmaatregelen grijpen in op de volgende twee kernproblemen uit de probleemanalyse:

- Verminderen zorgvraag: Hierbij gaat het met name om het terugdringen van de huidige stijgende vraag naar ggz, waardoor steeds meer mensen te lang moeten wachten op zorg met als risico dat de mensen die de zorg en ondersteuning het hardst nodig hebben deze niet krijgen.
 - Een belangrijk aanname bij het inzetten op het versterken van de sociale basis is dat ('alledaagse') problematiek beter in sociale steunstructuren opgevangen zou moeten kunnen worden. Niet alle gezondheidsproblemen van mensen zijn in de kern te herleiden tot medische

¹⁴⁸ Pharos. Meestal een welzijnswerker, gefinancierd door gemeenten. Zie voor alle type brugfunctionarissen: Pharos. (2025b, augustus 11). Brugfuncties tussen huisartsenzorg en sociaal domein - Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/brugfuncties-tussen-huisartsenzorg-en-sociaal-domein/>

oorzaken, maar veelal ook sociale of andere. In de sociale steunstructuren, gemeenschappen of contacten kunnen mensen steun en ondersteuning vinden in de problemen waarmee zij in het leven geconfronteerd worden. Betekenisvolle sociale ontmoetingen dragen bewezen bij aan de gezondheid van mensen en kunnen bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid.

Daarnaast kan bepaalde problematiek, zoals mentale gezondheid of geldzorgen, vroeg gesignaleerd worden en soms ook (deels) opgelost worden in de sociale basis waardoor zwaardere zorg voorkomen kan worden.

- Enerzijds is een laagdrempelig steunpunt een plek waar mensen met psychische kwetsbaarheid laagdrempelig binnen kunnen lopen en aan hun herstel kunnen werken. Buiten de curatieve ggz om, voor en door ervaringsdeskundigen.
- Anderzijds kunnen laagdrempelige steunpunten ook een plek zijn waar mensen tijdens het wachten op hun ggz-behandeling terecht kunnen. Dit kan ervoor zorgen dat de problematiek niet verergert en in sommige gevallen zal ggz helemaal niet meer nodig zijn.
- Ook voor sociaal verwijzen geldt dat dit een interventie betreft binnen het sociaal domein, waar mensen laagdrempelig en mogelijk eerder en/of op een beter passende plek geholpen kunnen worden. Er wordt dus geen (of minder) beroep gedaan op de ggz, aangezien mensen al eerder laagdrempelig geholpen worden binnen het sociaal domein en zwaardere klachten voorkomen kunnen worden.
- **Tegengaan versnippering:** Hierbij gaat het erom dat ook niet-ggz interventies belangrijk zijn bij psychische klachten en dat de versnippering binnen de zorg samenwerking met bijvoorbeeld het woon-, arbo- en sociaal domein extra ingewikkeld maakt en zorgt voor medicalisering. Zowel laagdrempelige steunpunten als sociaal verwijzen bestaan naast/i.p.v. oplossingen/zorg vanuit het medisch domein. Hierbij wordt er niet (of minder) gehandeld op basis van diagnoses en een zorgvraag, maar wordt vooral gekeken wat er nodig is voor (maatschappelijk) herstel. Daarnaast gaan beide beleidsopties ook uit van samenwerking tussen het medisch domein en het sociaal domein, wat ook zorg voor minder versnippering. Bij Sociaal verwijzen verwijst het medisch domein door naar het sociaal domein. Bij laagdrempelige steunpunten is er aan de achterkant een samenwerking met huisartsen en ggz.
- De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving benadrukt het belang van andere actoren en benaderingen. Zo zou bijvoorbeeld bij psychische problematiek ook lotgenoten of ervaringsdeskundigheid ingeschakeld kunnen worden om klachten te verminderen/aan herstel te werken. In laagdrempelige steunpunten zijn ervaringsdeskundigen in de lead.

Effecten

- Het effect is dat genoemde voorzieningen/functionariteiten in elke gemeente aanwezig en beschikbaar zijn en dat daardoor (meer) mensen eerder en laagdrempelig op de juiste plek worden geholpen. Het versterken van een sociale infrastructuur leidt ertoe dat mensen mogelijkheden hebben om met hun levensproblemen steun te vinden in sociale steunstructuren, gemeenschappen of contacten. Deze betekenisvolle ontmoetingen en relaties dragen bij aan de (mentale) gezondheid van mensen en aan het verminderen van eenzaamheid.
- Voor laagdrempelige steunpunten specifiek kan een (lange termijn) effect zijn dat er minder instroom in de ggz plaatsvindt waardoor de kosten voor ggz afnemen. Het potentieel hiervan is indicatief in beeld gebracht¹⁴⁹. Zo wordt gesteld dat er op basis van een meting onder 133 deelnemers jaarlijks €400.000 wordt bespaard aan 'herbehandeling' binnen de GGZ.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Vriendendiensten Deventer. (z.d.). Onderzoek naar maatschappelijke effecten. <https://vriendendienstendeventer.nl/over-vriendendiensten/nieuws-en-verhalen/onderzoek-naar-maatschappelijke-effecten>
Het Instituut voor Publieke Waarden. (2025). De waarde van de Koolmees: Impactmeting 2024. https://www.kernkracht.nl/wp-content/uploads/2025/05/Impactmeting_Koolmees_2024_IPW-.pdf
Het Instituut voor Publieke Waarden. (2018). De waarde van zelfregie- en herstelcentra. https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/ipw_-_de_waarde_van_zelfregie_en_herstelinitiatieven.pdf

¹⁵⁰ Vriendendiensten Deventer. (z.d.). Onderzoek naar maatschappelijke effecten. <https://vriendendienstendeventer.nl/over-vriendendiensten/nieuws-en-verhalen/onderzoek-naar-maatschappelijke-effecten>

- Deze enquêtes laten ook zien dat er onder de 133 deelnemers minder gebruik wordt gemaakt van Wmo maatwerkvoorzieningen, zoals begeleiding en dagbesteding (totaaleffect €1.128.012 op jaarbasis¹⁵¹). En in sommige gevallen wordt er, vanwege vrijwilligerswerk of toeleiding naar werk, minder gebruik gemaakt van uitkeringen.
- Inzet op sociaal verwijzen levert mogelijk een besparing op in de Zvw, Wlz en Wmo. Het potentieel hiervan is indicatief in beeld gebracht¹⁵².
- Voor alle in dit fiche genoemde beleidsmaatregelen geldt dat nader onderzoek nodig is om de (maatschappelijke) kosten en effecten (zowel in de ggz als sociaal domein) in beeld te brengen.
- Voor gemeenten betekent dit een taakverzwaring en een nadere invulling van hun taken rondom mensen met psychische klachten. De maatregel doet daarmee afbreuk aan de beleidsvrijheid van gemeenten.
- Het probleem wordt mogelijk verplaatst: er ontstaan wachtlijsten voor laagdrempelige steunpunten en welzijnscoaches wanneer gemeenten niet de financiële middelen en personele capaciteit hebben om in de vraag te voorzien¹⁵³. Een laagdrempelig steunpunt is daarmee niet meer een plek waar je laagdrempelig binnen kan lopen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- Uit de impactmeting van een laagdrempelig steunpunt¹⁵⁴ blijkt dat de sociale interactie tussen deelnemers een belangrijke rol speelt bij het vergroten van empowerment, hoop en zelfvertrouwen. Ook de effecten van rolmodellen van ervaringsdeskundige trainers zijn onderdeel van het positieve effect. Deze continue interactie heeft een positief effect op het verlagen van stress en het verhogen van mentaal welbevinden. 85% van de deelnemers heeft een sociaal netwerk opgebouwd.
- Bij sociaal verwijzen zijn er soortgelijke bevindingen: "Mensen die een welzijnsrecept hebben ontvangen geven aan een toename te hebben ervaren in eigen kracht, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid en sociale contacten. Verder geven ze aan een betere gezondheid te ervaren¹⁵⁵".

Toegankelijkheid

Gezien de beoogde effecten zal de toegankelijkheid van de GGZ toenemen. De verwachting is dat met wettelijke verankering meer mensen een beroep kunnen doen op een laagdrempelig steunpunt of sociaal verwijzen en dat deze voorzieningen dus ook toegankelijker worden.

Betaalbaarheid

Indien de maatregel resulteert in een dalende instroom in de ggz, zal de betaalbaarheid in de ggz verbeteren. Om te voorkomen dat dit wordt opgevuld met additionele zorg dient dit budgettaire te worden verwerkt in de betreffende begrotingsartikelen.

¹⁵¹ Vriendendiensten Deventer. (z.d.). Onderzoek naar maatschappelijke effecten. <https://vriendendienstendeventer.nl/over-vriendendiensten/nieuws-en-verhalen/onderzoek-naar-maatschappelijke-effecten>

¹⁵² Dock4& Organisatieadvies in Zorg. (2019). Maatschappelijke Business-Case sociaal makelen. <https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/02/Publiekssamenvatting-maatschappelijke-Business-Case-sociaal-makelen-2019-def.pdf>
Welzijn op Recept. (2023, 11 mei). Welzijn op Recept levert 5-10% besparingen op in de zorg | Welzijnoprecept.nl. <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/#:~:text=Afgelopen%20periode%20is%20door%20gezondheidseconoom,langdurige%20zorg%20van%20mogelijk%2010%25.>

¹⁵³ Toezicht Sociaal Domein (TSD). (2024). Van verhelpen naar voorkomen. <https://www.toezichtsociaaldomein.nl/onderwerpen/van-verhelpen-naar-voorkomen>

¹⁵⁴ Vriendendiensten Deventer. (z.d.). Onderzoek naar maatschappelijke effecten. <https://vriendendienstendeventer.nl/over-vriendendiensten/nieuws-en-verhalen/onderzoek-naar-maatschappelijke-effecten>

¹⁵⁵ Heijnders, M. L., Meijs, J. J., & De Groot, C. (2015). Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten. *Bijblijven*, 31(10), 926-934. <https://doi.org/10.1007/s12414-015-0100-7>

Financiële effecten voor de begroting

- Voor laagdrempelige steunpunten is er vanuit het AZWA structureel € 54 mln. beschikbaar gesteld.
- Vanuit de middelen van het AZWA kunnen gemeenten 270 steunpunten structureel financieren, dit kan meer zijn doordat er deels overlap zit met de huidige laagdrempelige steunpunten die gemeenten vanuit hun reguliere middelen financieren.
- Er zijn waarschijnlijk geen of beperkte financiële effecten voor de rijksbegroting indien wettelijk verankerd wordt op het ambitieniveau van het AZWA. Het ambitieniveau is echter een politieke keuze. Hieronder zijn mogelijkheden geschetst voor een hoger ambitieniveau op basis van gegevens die op dit moment bekend zijn. De uitgaven zijn te verwachten voor gemeenten. Er zijn mogelijk besparingen te verwachten met name in de ggz en Zvw. Hier is geen rekening mee gehouden in de reeks.
- Het ambitieniveau van het extra benodigde aantal steunpunten moet eerst nog verder worden uitgewerkt om de financiële effecten inzichtelijk te maken van het wettelijke verankeren van deze voorziening.

UITGAVEN GEMEENTEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	STRUC.	STRUC. IN
Laagdrempelige steunpunten (37,5% van de EPA-doelgroep)	0	0	0	47,4	62,8	76,7	90,7	114,5	2033

- Bereik van 37.5% van de EPA-doelgroep wat resulteert in 842 benodigde steunpunten. Zie het rapport van Galan Groep.
- kosten per steunpunt €200.000. Zie het rapport van IPW.
- vermindert met de middelen die vanuit het AZWA beschikbaar zijn gesteld (€ 54 mln.).

UITGAVEN GEMEENTEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	STRUC.	STRUC. IN
Laagdrempelige steunpunten (15% van de EPA-doelgroep)	0	0	0	5,5	7,3	9	10,6	13,4	2033

- Bereik van 15% van de EPA-doelgroep wat resulteert in 337 benodigde steunpunten. Zie het rapport van Galan Groep.
- kosten per steunpunt €200.000. Zie het rapport van IPW.
- vermindert met de middelen die vanuit het AZWA beschikbaar zijn gesteld (€ 54 mln.).

- 1) Voor Sociaal Verwijzen is er vanuit het AZWA structureel € 68 mln. beschikbaar gesteld.
- 2) Er zijn waarschijnlijk geen of beperkte financiële effecten voor de rijksbegroting indien wettelijk verankerd wordt op het ambitieniveau van het AZWA. Het ambitieniveau is echter een politieke keuze.

- 3) Het ambitieniveau moet eerst nog verder worden uitgewerkt om de financiële effecten inzichtelijk te maken van het wettelijke verankeren van deze voorziening.
- 4) Wat betreft de *sociale basis infrastructuur* heeft een (financiële) uitwerking nog verdere concretisering en verdieping. Er wordt in de komende periode gezamenlijk met het veld meer concreet uitgewerkt hoe een basis infrastructuur wordt ingevuld en wat er wordt gevraagd van onder meer gemeenten (zie ook de verbinding met het Houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015 en afspraak D6 in het AZWA). Het is van belang dat een aanvulling op een versterking van de sociale basis in lijn is met bestaand beleid en hierop geen overlap ontstaat. Om die reden dient bij de verdere uitwerking rekening gehouden te worden met de middelen die vanuit het AZWA en HLO extra beschikbaar zijn/worden gesteld ten behoeve van een versterking van de basisinfrastructuur. Dit wordt aankomende periode verder uitgewerkt.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering:

- Voldoende capaciteit en financiële middelen bij gemeenten om invulling te geven aan de voorgestelde wettelijke verplichtingen.
- Gemeenten krijgen met dit fiche een wettelijke taak binnen de Wmo 2015. Afhankelijk van de financieringsvorm, zouden er monitoringsafspraken kunnen worden gemaakt. Verder kennen gemeenten hun eigen Wmo-toezicht op kwaliteit en incidenten van zorg en ondersteuning gefinancierd door gemeenten.
- Voldoende capaciteit bij welzijnsorganisaties en eerstelijnszorgverleners (met name huisartsen) om de ketenaanpak sociaal verwijzen te kunnen inzetten
- Voldoende draagvlak en capaciteit voor het opstellen van de NHG-standaard 'sociaal verwijzen'.
- Voldoende ervaringsdeskundigen, die de drijvende kracht zijn van laagdrempelige steunpunten
- (kennis)partijen die ondersteuning bieden aan gemeenten en haar partners om invulling te geven aan de wettelijke verplichtingen.

Juridische toets

Aanpassing van de Wmo is benodigd. Onderstaand is een stappenplan opgenomen met doorlooptijd:

- 1) Wetsvoorstel voorbereiden en opstellen¹⁵⁶, inclusief internetconsultatie en MR - Start begin 2026 – tot eind 2026.
- 2) Advies RvS en eventueel wetsvoorstel aanpassen – begin 2027
- 3) wetsbehandeling in de Tweede Kamer – eind 2027
- 4) wetsbehandeling in de Eerste Kamer – begin 2028
- 5) publicatie wetswijziging – eind 2028
- 6) inwerkingtreding wetswijziging – half 2029

¹⁵⁶ Denk aan het uitwerken van inhoudelijk vraagstukken zoals wat wordt verstaan onder een laagdrempelig steunpunt, richtlijn voor aantallen, wat zijn de werkzame elementen van Sociaal Verwijzen etc.

17. Totstandkoming e-communities

Omschrijving van de beleidsoptie

Niet altijd is professionele ondersteuning of zorg het beste antwoord óf het enige antwoord op een hulpvraag. Ook andere opties - zoals digitaal contact met lotgenoten en betrouwbare online-informatie over mentale problemen en psychische stoornissen - kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen van mentale problemen en het bevorderen van iemands herstel. Laagdrempelige, digitale mogelijkheden voor ondersteuning kunnen – net als fysieke ondersteuning (zie optie 16) - bovendien helpen om de druk op de ggz te verlichten.

De overheid subsidieert de totstandkoming van (een netwerk van) goed vindbare, betrouwbare e-communities waar volwassenen met mentale problemen of psychische stoornissen contact met elkaar kunnen leggen, betrouwbare informatie kunnen vinden en (tips voor) ondersteuning kunnen krijgen. Daarbij zijn twee varianten denkbaar:

- Het subsidiëren van de ontwikkeling en het onderhoud van een platform dat doorverwijst naar reeds bestaande digitale platforms en communities rond mentale gezondheid, zoals mentaalvitaal.nl, psychosenet.nl, proud2bme.nl, dwang.eu en bovenjan.nl. Ook kan aansluiting worden gezocht met (het aanbod van) fysieke laagdrempelige steunpunten.
- Het subsidiëren van de ontwikkeling en het onderhoud van één duidelijk herkenbare website rond mentale gezondheid en mentale problemen, waar mensen betrouwbare informatie kunnen vinden en met elkaar in contact kunnen komen. Het – met steun van VWS tot stand gekomen - jongerenplatform www.injebol.nl en een website zoals www.kanker.nl kunnen als inspiratie dienen. De website zou onder meer het volgende kunnen bieden:
 - *Betrouwbare informatie*
 - Betrouwbare en geverifieerde (patiënt)informatie over de verschillende vormen van mentale problemen en psychische aandoeningen.
 - *Tips en tools voor zelfhulp*
 - Tips voor zelfhulp en e-health, die mensen in het dagelijks leven kunnen toepassen.
 - *Informatie over aanbod ondersteuning en zorg, inclusief actuele wachttijdinformatie*
 - Informatie over verschillende opties qua behandeling en ondersteuning.
 - Overzicht van ondersteuningsaanbod (o.a. sociaal domein) en zorg (therapeuten, ggz-instellingen etc.) in de eigen regio, inclusief een overzicht van actuele wachttijden in de ggz per regio en een link naar kwaliteitsinformatie (vb. Zorgkaart).
 - *Digitale mogelijkheden voor uitwisseling van ervaringen en/of lotgenotencontact*
 - Bijvoorbeeld door het aanbieden van blogs met ervaringsverhalen, fora/steungroepen en mogelijkheden om (digitaal) contact te hebben met andere mensen met mentale problemen of psychische stoornissen, of hun naasten.

In het IZA is een afspraak gemaakt om te komen tot een landelijke dekkend netwerk van e-communities. Dit is niet van de grond gekomen. In het AZWA zijn e-communities opgenomen op de ontwikkelagenda met initiatieven die in de toekomst mogelijk uitgewerkt kunnen worden tot een zgn. 'basisfunctionaliteit'. Dit zijn functionaliteiten die in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar zijn voor inwoners. Voor de doorontwikkeling zal een kwartiermaker worden aangesteld. Dit fiche gaat verder dan deze afspraken, door concrete invulling te geven aan (de overheidsinterventie t.a.v.) e-communities.

Rationale

Uit de probleemanalyse blijkt dat mensen niet altijd de hulp, ondersteuning of zorg krijgen die past bij hun hulpvraag. Zo kan – volgens de Raad Volksgezondheid & Samenleving (RVS) – het kijken door een strikt medische bril ertoe leiden dat een passend oplossing uit beeld blijft¹⁵⁷. De RVS geeft aan dat het van belang is dat ook andere actoren en benaderingen in beeld komen. Zo zou bijvoorbeeld bij psychische problematiek ook lotgenoten of ervaringsdeskundigheid ingeschakeld kunnen worden. Deze beleids optie komt hieraan tegemoet.

Laagdrempelige ondersteuning bij mentale problemen – bijvoorbeeld via online lotgenotencontact – kan bijdragen aan het verlichten van de druk op de ggz, waardoor er meer capaciteit beschikbaar komt voor mensen die zorg het hardst nodig hebben. Het biedt mensen namelijk meer keus om aanbod te vinden dat past bij hun hulpvraag. Zo kunnen mensen vroegtijdig, laagdrempelige ondersteuning of informatie vinden waardoor ze (uiteindelijk) geen ggz-behandeling nodig hebben, of kunnen ze aanvullend op een ggz-behandeling ondersteuning vinden, wat bijdraagt aan hun herstel.

Effecten

De beleids optie beoogt meer aanbod aan laagdrempelige digitale ondersteuning te creëren. Zowel patiënten met lichte of beginnende klachten als patiënten met bestaande en ernstige psychische klachten kunnen hierbij gebaat zijn.¹⁵⁸ Adviesbureau AEF heeft in 2023 een verkennend onderzoek naar e-communities gedaan.¹⁵⁹ Daarin worden een aantal effecten/doelen van e-communities beschreven:

- Brede mentale gezondheid verbeteren
- Bevorderen dat mensen sneller herstellen van mentale klachten of psychische stoornissen en meer kwaliteit van leven ervaren
 - Volgens AEF toonde eerste wetenschappelijke studies naar een eCommunity (Depressie Connect) aan dat mensen meer verbinding en empowerment ervoeren door het online lotgenotencontact.¹⁶⁰
- Voorkomen dat beroep wordt gedaan op de ggz (substitutie)
 - Uit het rapport van AEF blijkt dat nog onbekend is in hoeverre e-communities hieraan een bijdrage leveren.¹⁶¹
- Door- en uitstroom uit de ggz bevorderen door het verminderen en/of afbouwen van de intensiteit van een bestaande ggz-behandeling
 - Volgens AEF laat een wetenschappelijk studie zien dat mensen uit de EPA-doelgroep kleine maar consistente effecten op klinisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel lieten zien bij

¹⁵⁷ RVS. (2017). Recept voor maatschappelijk probleem. <https://www.raadvsv.nl/documenten/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>

¹⁵⁸ Kelkboom, A., Marsman, A., Roorda, G., & Van Os, J. (2021). Publieke ggz en de opkomst van e-community's: een casestudy van PsychoNet.nl. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(1), 56–63; Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Boogaard, L. H., & Van Furth, E. F. (2014). Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: A cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eating Behaviors*, 15(3), 350–356.

Van Os, J., & Delespaul, P. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: Van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(2), 96–104.

¹⁵⁹ Andersson Elffers Felix. (2023). Verkennend onderzoek eCommunity's – Eindrapportage.

<https://open.overheid.nl/documenten/cd8224e3-e5ea-4e48-896e-74fbbba1f903/file>

¹⁶⁰ Andersson Elffers Felix. (2023). Verkennend onderzoek eCommunity's – Eindrapportage

<https://open.overheid.nl/documenten/cd8224e3-e5ea-4e48-896e-74fbbba1f903/file>; Smit et al. (2021) A Newly Developed Online Peer Support Community for Depression (Depression Connect): Qualitative Study. *J Med Internet Res* 2021;23(7) <https://www.jmir.org/2021/7/e25917/>

¹⁶¹ Andersson Elffers Felix. (2023). Verkennend onderzoek eCommunity's – Eindrapportage

<https://open.overheid.nl/documenten/cd8224e3-e5ea-4e48-896e-74fbbba1f903/file>; Smit et al. (2021) A Newly Developed Online Peer Support Community for Depression (Depression Connect): Qualitative Study. *J Med Internet Res* 2021;23(7) <https://www.jmir.org/2021/7/e25917/>

lotgenotencontact. Volgens AEF kunnen met name verbeteringen op klinisch herstel de GGZ consumptie mogelijk kunnen verminderen.¹⁶²

Keerzijde van laagdrempelige informatie en lotgenotencontact kan zijn dat mensen eerder geneigd zijn aan zelfdiagnose te doen, wat kan leiden tot een verhoogd beroep op de zorg.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- De beleidsoptie is niet van invloed op de kwaliteit van de ggz-zorg als zodanig. Wel kan laagdrempelige ondersteuning een bijdrage leveren aan het herstel van mensen. Via e-communities kunnen mensen bovendien ondersteuning krijgen/ervaren tussen afspraken door of wanneer reguliere zorg niet beschikbaar is.

Toegankelijkheid

- Mensen worden in staat gesteld zelf meer regie te pakken bij de keuze van behandeling en behandelaar in de ggz, o.a. door beter en centraal inzicht van actuele wachttijden. Dit kan ertoe leiden dat mensen sneller in zorg komen.
- E-communities kunnen mensen helpen bij het navigeren in de wereld van zorg en behandeling, ongeacht of ze al in zorg zijn of (nog) niet.
- E-communities zijn laagdrempelig toegankelijk: gratis, zonder verwijzing, diagnose of indicatiestelling.
- E-communities kunnen ondersteuning bieden in plaats van of naast ggz-behandeling. Als minder mensen de ggz instromen en/of de ggz sneller uitstromen komt dit de toegankelijkheid van de ggz ten goede. Ook kunnen e-communities mogelijk een functie hebben als overbruggingszorg.

Betaalbaarheid

- De betaalbaarheid van de ggz als geheel zal door deze maatregel niet veranderen.
- Omdat deze onlinemethoden een relatief goedkope vorm van zorg aan een grote groep mensen bieden, blijft er meer ruimte voor één-op-éénzorg bij wie dat nodig heeft (Delespaul e.a. 2016).

Financiële effecten voor de begroting

In 2025 is het jongerenplatform over mentale gezondheid www.injebol.nl gelanceerd. De exploitatiekosten van deze website zijn €2,5 miljoen per jaar. Vanuit VWS is voor de komende drie jaar een subsidie versterkt van €2 miljoen per jaar. Gezien de gelijkenis met www.injebol.nl, vormt dit ook het uitgangspunt voor de inschatting van de financiële effecten van deze beleidsoptie. Na drie jaar zal moeten worden bezien of de overheid structureel wil bijdragen aan het in stand houden van de e-communities. De precieze kosten zijn afhankelijk van de gekozen variant (zie onder 1).

*verkenningfase

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven	0,2*	2	2	2	Ntb	Ntb	PM

* verkenningfase

¹⁶² Andersson Elffers Felix. (2023). [The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis](#) | Psychological Medicine | Cambridge Core

Uitvoerbaarheid

- Randvoorwaardelijk is dat een organisatie verantwoordelijk wordt voor het opzetten en beheer van de websites, en borgt dat de informatie die op de website komt betrouwbaar en goed toegankelijk is.
- Er is veel aandacht voor implementatie/gebruik en moderatie (technische expertise) nodig willen e-communities toegevoegde waarde hebben.
- Er moeten waarborgen worden geregeld t.a.v. privacy, zodra mensen zich moeten registreren en/of niet anoniem op de website actief (kunnen) zijn.
- Er moeten voldoende vrijwilligers beschikbaar zijn, die willen bijdragen aan de diensten achter de website, zoals een chatfunctie.
- Er is eerst een verkenningsfase nodig, waarna ontwikkeling van de e-communities van de grond kan komen.
- De maatregel is alleen juridisch uitvoerbaar voor zover die past binnen de subsidie- en staatssteunregels.

18. Faciliteren van AI- ondersteuning in GGZ

Omschrijving van de beleidsoptie

Variant a:

- De overheid ontwerpt samen met andere actoren in de zorg een publieke chatbot voor psychische ondersteuning. Het Rijk pakt een initiërende, kaderstellende en financieel ondersteunende rol bij de uitwerking van Large Language Models (LLM)-gedreven ondersteuning¹⁶³ bij psychische klachten gericht op triage en lichte problematiek. De tooling is gericht op het ondersteunen van mensen met lichte mentale klachten (die vaak nog niet in een behandeltraject zitten) en het doorverwijzen naar behandelaars. Op termijn kan het eventueel een deel van de relatie met de behandelaar vervangen, maar nooit geheel.
- Het Rijk speelt een faciliterende en coördinerende rol, waarbij in een samenwerking tussen bijvoorbeeld (de beroepsorganisatie van) artsen, de overheid, zorgverzekeraars en andere zorgorganisaties wordt gewerkt aan het uitwerken en ontwikkelen van een dergelijke tool. Het daadwerkelijke bouwen van de tool hoeft niet door de overheid te worden gedaan, dit kan worden aanbesteed.
- Na ontwikkeling worden GGZ-partijen die een chatbot willen gebruiken verplicht om de overheidstool te gebruiken.

Variant b:

- De overheid reguleert het gebruik van chatbots door in samenwerking met de sector een keurmerk op te richten voor private chatbots voor psychische ondersteuning die voldoen aan door de overheid geformuleerde standaarden. Zij ontwikkelt niet haar eigen tooling.
- Daarbij publiceert de overheid guidance voor gebruikers over hoe ze nuttige vragen kunnen stellen of simpele opdrachten met de chatbots kunnen doen, om zo digitale geletterdheid voor het gebruik van chatbots voor mentale hulpvragen te stimuleren.
- Het keurmerk en de controle hierop kan via een privaat initiatief gerund worden, waarbij wel voldoende contact met de overheid nodig zal zijn om de regels up to date te houden.

Rationale

- Private bedrijven ontwikkelen al AI-gedreven tools, die nu ook vaak door gebruikers worden ingezet ter ondersteuning bij (lichte) mentale klachten, terwijl de tool daar niet op ingericht is. Daarnaast wordt er door private bedrijven ook specifiek op de geestelijke gezondheidszorg gerichte AI-tooling ontwikkeld. Het ligt in de lijn der verwachting dat mensen ook zonder overheidsinterventie vanzelf in aanraking gaan komen met AI-tooling bij mentale klachten, of dit nu vanuit de zorg zelf gedreven wordt of dat het buiten de zorg gevonden wordt.
- Zonder overheidsinterventie verwachten we niet dat deze tooling voldoende kwaliteit biedt voor goede ondersteuning bij mentale klachten, of privacy van gebruikers waarborgt. Daarnaast kan een rol van de overheid de ontwikkeling bespoedigen, de ondersteuning voor iedereen toegankelijk houden en ervoor zorgen dat deze vorm van ondersteuning een herkenbaar platform wordt met betrouwbare informatie voor iedereen met lichte klachten.
- Het faciliteren van de ontwikkeling van een LLM model voor ondersteuning bij psychische klachten sluit aan op de volgende twee kernoorzaken: 1) een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt en 2) de vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod. Een LLM kan mogelijk preventief werken, omdat het mensen

¹⁶³ Zoals een chatbot of stemgedreven assistent.

met lichte mentale klachten handvatten kan bieden voor het verbeteren van hun mentale gezondheid en zo kan voorkomen dat ze in zorg terecht komen.¹⁶⁴

- Er is nu al een grote vraag naar ondersteuning bij via AI: mensen leggen bijvoorbeeld problemen rondom stress en in interpersoonlijke relaties voor aan AI. Therapie en ondersteuning is de meest gebruikte toepassing van AI in 2025, al weten we niet precies hoe zwaar de hulpvragen zijn.¹⁶⁵ De nieuwe mogelijkheid tot ondersteuning biedt kansen: toepassingen kunnen zorgen dat iemand zich gezien voelt, en mensen qua gedrag en hulpvraag bijsturen zonder directe vraag of verwijzing naar een hulpverlener. Tegelijkertijd is de reactie van bijvoorbeeld een chatbot nu sterk afhankelijk van verschillende settings en precieze prompt (zie ook overige effecten). Naar verwachting blijft de technologie zich sterk ontwikkelen doordat er steeds meer data en computing power beschikbaar komt.
- Aan de aanbodzijde zijn er private partijen voor wie het kan renderen om via AI ondersteuning aan te bieden. Denk aan verzekeraars, voor wie AI-ondersteuning in eerste instantie kan helpen in een preventieve rol, en mogelijk ook in een therapie-ondersteunende rol (waardoor minder behandelingen nodig zijn). In het buitenland worden er nu al private chatbots en virtuele AI-therapeuten ontworpen. In Engeland gebruikt de NHS al AI om het aanmeldingsproces te vergemakkelijken¹⁶⁶¹⁶⁷ en bij praattherapie te ondersteunen.¹⁶⁸ Het onderzoek is nog op kleine schaal, maar de interventies lijken angstklachten tijdens de wachttijd tot therapie te verminderen, en de effectiviteit van CBT te ondersteunen.¹⁶⁹¹⁷⁰
- De AI-ondersteuning kan ook op de private markt tot stand komen. Maar, doordat er dan door verschillende partijen aan verschillende ontwerpen wordt gewerkt kunnen er grote verschillen in kwaliteit optreden. Ook wordt er niet automatisch voldaan aan de WGBO (Wet op geneeskundige behandelings-overeenkomst), terwijl gezien de aard van de problematiek patiëntgeheim wenselijk is. Daarnaast kunnen er verslavende elementen in de apps optreden.¹⁷¹ Gebruikers van gezelschapsbots die nu al op de markt zijn (en niet alleen op ondersteuning van mentale klachten gericht zijn) brengen hier per dag circa 85 minuten mee door. Dat is vergelijkbaar met de tijd van gebruikers van TikTok (95 minuten), en vijf keer zoveel als met bots als ChatGPT (18 minuten).¹⁷²

Effecten

- Er worden twee directe effecten beoogd. Het eerste is preventie: de veronderstelling is dat LLM's voldoende ondersteuning kunnen bieden bij lichte mentale hulpvragen, waardoor de problematiek minder snel escaleert. Daarnaast kan er mogelijke vroegere verwijzing plaatsvinden. Als tweede breidt het naar verwachting de behandelcapaciteit uit – dit geldt wel pas op langere termijn.

¹⁶⁴ Als in dit fiche wordt gesproken over "verbeteren van mentale gezondheid" mag daar een brede reikwijdte onder worden verstaan, van kleine gedragsinterventies die aansturen tot gezonde coping mechanisms bij zeer lichte klachten (bijv. het opzoeken van vrienden, sporten, etc.) tot het herkennen van een behoefte aan ondersteuning en doorverwijzen naar de ggz.

¹⁶⁵ Zao-Sanders, M. (2025, 9 april). How people are really using gen AI in 2025. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2025/04/how-people-are-really-using-gen-ai-in-2025>

¹⁶⁶ EenVandaag. (2024, 27 augustus). AI-therapeut al volop ingezet in ggz Engeland: "Het doel is echt assisteren, niet vervangen". EenVandaag. <https://eenvandaag.avrotros.nl/artikelen/ai-therapeut-al-volop-ingezet-in-ggz-engeland-het-doel-is-echt-assisteren-niet-vervangen-151799>

¹⁶⁷ NHS Transformation Directorate. (2022). Using an AI chatbot to streamline mental health referrals. <https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/digital-playbooks/workforce-digital-playbook/using-an-ai-chatbot-to-streamline-mental-health-referrals/>

¹⁶⁸ Wysa AI Support for NHS Talking Therapies | Enhance Care and Support Better Outcome For Service Users. (z.d.). Wysa - Everyday Mental Health. <https://www.wysa.com/nhs-talking-therapies>

¹⁶⁹ Palmer, C. E., Marshall, E., Millgate, E., Warren, G., Ewbank, M. P., Cooper, E., ... & Blackwell, A. D. (2024). Combining AI and human support in mental health: A digital intervention with comparable effectiveness to human-delivered care. medRxiv, 2024-07.

¹⁷⁰ Habicht, J., Dina, L. M., Stylianou, M., Harper, R., Hauser, T. U., & Rollwage, M. (2024). Generative AI-enabled therapy support tool improves clinical outcomes and patient engagement in NHS talking therapies. PsyArXiv Prepr.

¹⁷¹ AP: AI-chatbotapps voor vriendschap en mentale gezondheid ongenueanceerd en schadelijk. (2025, 12 februari). Autoriteit Persoonsgegevens. <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/actueel/ap-ai-chatbotapps-voor-vriendschap-en-mentale-gezondheid-ongenueanceerd-en-schadelijk>

¹⁷² Verhagen en Bouma. (2025). De chatbot als therapeut: 'godsgeschenk' of groot risico? <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2025/ai-chatbot-therapie-chatgpt~v1619346/>

- Uit eerste onderzoeken naar effectiviteit van LLM's in de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat resultaten op het gebied van klinische ondersteuning, counseling, therapie en emotionele ondersteuning veelbelovend kunnen zijn.¹⁷³ Daarbij lijkt een gezelschapsbot bijvoorbeeld angstklachten te kunnen verminderen, maar wel nog steeds minder dan een traject met een therapeut.¹⁷⁴ Tegelijkertijd is de robuustheid van deze onderzoeken nog beperkt. Een andere studie concludeert dat LLM's aanzienlijke mogelijkheden bieden voor het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg. Om het volledige potentieel te benutten moet de nadruk liggen op het ontwikkelen van robuuste datasets, ontwikkelings- en evaluatiekaders, ethische richtlijnen en interdisciplinaire samenwerking om de huidige beperkingen aan te pakken.¹⁷⁵

Overige effecten

- Uit onderzoek blijkt dat er bij AI-tooling risico's zijn zoals inconsistente antwoorden, verzonnen antwoorden en het ontbreken van een ethisch raamwerk.¹⁷⁶ Overheidsregulering en verdere ontwikkeling van de modellen gericht op psychische problematiek zou deze risico's kunnen inperken. Tegelijkertijd geldt dat ook dan er wel risico's blijven bestaan. Ook kan niet voorkomen worden dat bijv. mensen met zwaardere mentale problematiek dan waarvoor de tooling van toepassing is, toch gebruik maken van de tooling. Een ethische commissie zou zich kunnen buigen over: 1) wie er verantwoordelijk is als door deze risico's gebruikers negatief geraakt worden, en 2) of het resultaat als voldoende additioneel positief wordt gezien om dit verder te ontwikkelen (waarbij het alternatief echter (gereguleerde) private ontwikkeling is).
- AI-tooling biedt een altijd toegankelijke ondersteuning, die ook zo kan worden ingesteld dat de gebruiker altijd empathisch behandeld wordt. Het is onduidelijk wat dit op de lange termijn met sociale en emotionele vaardigheden zal doen; maar er zijn aanwijzingen dat het vaardigheden erodeert.
- Er moet een balans gezocht worden tussen het risico om iemand níet als kwetsbaar te beschouwen terwijl die persoon dat wel is omdat dit kan leiden tot medicalisering. Vice versa is het een risico dat de AI-tooling ernstige gevallen over het hoofd ziet. Ook bestaat er het risico dat de AI culturele verschillen in (uitingen van) emoties niet goed doorheeft.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Naar verwachting verbetert de tooling de ervaren kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De ervaren toegang kan stijgen doordat er eerder en laagdrempeliger hulp gezocht en gevonden kan worden, en doordat hulp op meer momenten van de dag beschikbaar is. Er is nog meer onderzoek nodig naar deze effecten. De kwaliteit kan stijgen als/doordat AI-tooling de gebruikers ook kan helpen in therapietrouw en consistentie van hun gedrag (bijvoorbeeld door herinneringen aan de activiteiten voor CBT-behandeling te geven).¹⁷⁷

Tegelijkertijd dient er rekening mee gehouden te worden dat niet iedereen in Nederland even digitaal vaardig is. Het is dan ook belangrijk dat niet-digitale vormen van zorg voldoende beschikbaar blijven. Aangezien er hier sprake is van een additionele tool schatten we dat risico lager in.

¹⁷³ Hua et al. (2025). A scoping review of large language models for generative tasks in mental health care. *npj Digital Medicine*, 8(1), 230.

¹⁷⁴ Verhagen en Bouma (2025). De chatbot als therapeut: 'godsgeschenk' of groot risico? <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2025/ai-chatbot-therapie-chatgpt~v1619346/>

¹⁷⁵ Hua et al. (2025). A scoping review of large language models for generative tasks in mental health care. *npj Digital Medicine*, 8(1), 230.

¹⁷⁶ Guo et al. (2024) Large Language Models for Mental Health Applications: Systematic Review - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39423368/>

¹⁷⁷ Habicht et al. (2025). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40063074/>

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Variant a	7	7	7	0	0	0	2029
Variant b:	1	1	1	0	0	0	2029

Variant a:

De overheid neemt een faciliterende, coördinerende en financieel ondersteunende rol op zich bij het ontwikkelen van de chatbot. Het doel is dat na ontwikkeling de andere partijen de vaste kosten van hosting, datacenters, en doorontwikkeling kunnen dragen. Aangenomen wordt dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars bereid zijn toegang te financieren tot de applicatie, als deze onderbouwd bijdraagt aan het verminderen van het beroep op verzekerde zorg. Voor het opzetten van de tool moet gedacht worden aan kosten voor het verzamelen van data, nauwkeurig testen, en ontwikkelen van de tool. De achterliggende modellen moeten getraind worden op protocollen en voorbeeldgesprekken uit de praktijk, in plaats van op meer willekeurige data (zoals de private modellen nu). Ook zal er in het trainingsproces van de tooling veel aandacht besteed moeten worden aan het als zodanig herkennen van psychologische problematiek.¹⁷⁸ Hierdoor kost het meer werk om te ontwikkelen dan een "standaard" LLM-toepassing voor een regulier bedrijf. Tegelijkertijd kan naar verwachting doorgebouwd worden op bestaande modellen, wat de ontwikkelkosten enigszins beperkt. De kosten van de overheidsbijdrage zijn een grove inschatting op basis van gesprekken met ontwikkelaars binnen de overheid.

Variant b:

De kosten voor het ontwikkelen van een keurmerk en guidance zijn naar verwachting beperkt. Een keurmerk kan uiteindelijk privaat uitgevoerd worden. Op korte termijn (incidenteel) kan een stimulans van de overheid echter helpen om:

- Aanvullend wetenschappelijk onderzoek naar effecten te financieren
- Normen te laten ontwikkelen op basis van die kennis.
- Eventueel coördinatiekosten te dragen om te stimuleren dat er een private organisatie wordt opgezet die een keurmerk uitvoert.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering:

De wettelijke aansprakelijkheid van deze toepassing moet goed geregeld worden. Die verschilt ook tussen een tool die in een traject met behandelaar gebruikt wordt, en een tool waar mensen buiten een behandelaar om gebruik van maken (zoals nu al bij chatGPT gebeurt). Te denken valt aan – voor de preventieve kant – een type disclaimer als ook geldt bij 113.¹⁷⁹ Daarin wordt onder andere aangegeven dat 113 niet aansprakelijk kan worden gesteld, voor verdere schade, uit welke hoofde dan ook, die de bezoeker, gebruiker of hulpvrager lijdt door het gebruik van 113. Voor een traject met behandelaar loopt volgens de huidige wetgeving de behandelaar het risico verantwoordelijk gehouden te worden; hier moet in de uitwerking een goede vorm aan gegeven worden.

¹⁷⁸ Dit betekent dat een model wordt bijgesteld om sterk te reageren op bepaalde uitingen, terwijl een normaal model dat niet zou doen. Ook kan een model getraind worden op hoe empathisch gereageerd dient te worden, en bijv. om eerder te snel aan te nemen dat iemand in een ernstige situatie zit dan te langzaam.

¹⁷⁹ 113 zelfmoordpreventie, (z.d.). Disclaimer.

<https://www.113.nl/disclaimer#:~:text=113%20kan%20niet%20aansprakelijk%20worden,informatie%2C%20dienst%2D%20en%20hulpverlening>

Zorgprofessionals zullen moeten worden voorbereid op de aanwezigheid en het eventuele gebruik van de AI-tooling door de patiënt. Daartoe is het belangrijk in te zetten op trainingsprogramma's en duidelijke standaarden en richtlijnen.¹⁸⁰

Juridische toets

Er moet uitgezocht worden of er sprake is van staatssteunbezwaren omdat het model ook op private wijze tot stand kan komen.

Inwerktreding

De verwachte ontwikkelperiode is meer dan twee jaar. Er dient een consortium te worden gevormd, evt. een aanbesteding plaats te vinden, de juiste trainingsdata dient verzameld te worden, er dient een toepassing gebouwd te worden, en deze dient uitvoerig getest te worden. De tests dienen enerzijds plaats te vinden om de positieve bijdrage te verbeteren, en anderzijds om te voorkomen dat er signalen gemist worden.

¹⁸⁰ Zoals ook geschetst wordt in fiche A4 (inzet van generatieve en diagnostische AI) van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Zie

19. Groepsbehandeling voorliggend maken

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie betreft het dwingend stimuleren van groepsbehandeling naar een toename van 15% t.o.v. nu op van het totaalaanbod in 2030.¹⁸¹ Dit door een combinatie van:

- In richtlijnen en zorgstandaarden opnemen van de behandelvorm 'groepsbehandeling als voorliggend tenzij'.
- Via het inkoopbeleid (contract tussen zorgverzekeraar en aanbieder) afspraken maken over de hoeveelheid groepsbehandeling.

Om dit te realiseren is het nodig dat het Ministerie van VWS bestuurlijke afspraken maakt met de sectorpartijen (beroepsgroepen, brancheverenigingen, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars). Beroepsgroepen omdat zij behandelrichtlijnen opstellen, aanbieders de zorgpaden, en zorgverzekeraars (met aanbieders) t.b.v. het inkoopbeleid.

In het AZWA en de Pakketagenda 2026-2028 zijn al eerste belangrijke stappen gezet. In het AZWA is een groeipad afgesproken van tenminste 6% groepsbehandeling (t.o.v. 2025) in het totaalaanbod van elke aanbieder per 2027 gevraagd. Dit beleid zal per inkoop 2026 actief zijn. Ten behoeve van groepsbehandeling wordt in de pakketagenda 2026-2028 van het Zorginstituut uitgewerkt wat er nodig is om groepsbehandeling grootschalig op te nemen in het verzekerd basispakket.

Op dit moment wordt er incidenteel al gestuurd middels inkoopbeleid: Menzis heeft in 2025 een opslag-tarief geïntroduceerd voor aanbieders die ten minste 10% meer groepsbehandeling aanbieden dan in 2024.

Rationale

Deze beleidsoptie grijpt in op de derde kernoorzaak, dat het benodigd aanbod in de ggz onvoldoende tot stand komt. De gedachte is dat groepsbehandelingen in sommige gevallen een kosteneffectievere behandeling vormen dan individuele vormen van therapie.

De noodzaak aan arbeidsefficiënte behandelvormen is groot. Zo wordt in de probleemanalyse toegelicht dat het percentage volwassenen met een psychische aandoening is toegenomen van 17% in 2007-2009 naar 26% in 2019-2022. Ondertussen is ook het aanbod toegenomen. Tussen 2012 en 2022 is het totaal aantal werkenden in de geestelijke gezondheidszorg gestegen van 91.800 naar 108.300 en in 2023 naar 110.700.¹⁸² Tegelijkertijd is de wachtlijst nog niet eerder zo lang geweest. Er zijn ruim 100.000 wachtplekken, waarvan ruim 60.000 langer wachten dan de treknorm (14 weken).

Effecten

Beoogd effect:

Het beoogd effect is het verkorten van de wachtlijsten door een arbeidsbesparend effect, met een gelijkblijvende tot betere kwaliteit van behandeling.

- Over groepstherapie zijn meerdere meta-analyses gepubliceerd waaruit blijkt dat groepsbehandeling voor de meest voorkomende stoornissen, zoals angststoornissen, obsessief-

¹⁸¹ 15% meer t.o.v. nu lijkt het meest realistische scenario vanwege de investeringen, en omslag in werken.

¹⁸² Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). AZW Dashboard. <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>

compulsieve stoornissen, posttraumatische stress-stoornissen, en stemmingsstoornissen, effectief is.¹⁸³ Dit beeld wordt ook bevestigd in de praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de Gezondheidszorg.¹⁸⁴ Zij concluderen dat effectstudies laten zien dat het aannemelijk is dat groepsbehandeling even effectief is als individuele behandeling, vooral als de groepsbehandelaar de interactieve kwaliteiten van de groep benut. Voor een aantal specifieke stoornissen (DSM-classificaties) is dat zelfs aangetoond.¹⁸⁵ Let wel op het aandachtspunt voor een lagere cliënttevredenheid voor groepsbehandeling (bij overige effecten beschreven).

- Groepsbehandeling heeft een Amerikaanse studie het potentiële arbeidsbesparend effect van een toename van 10% groepsbehandeling in beeld gebracht. Zij schatte in dat 3,5 miljoen meer cliënten geholpen konden worden.¹⁸⁶ In het kader van de pakketagenda is dit toegepast op de Nederlandse situatie: met 10% meer groepsaanbod dan nu zou de ggz naar schatting 182.000 meer cliënten kunnen helpen.

Overige effecten

- Door het opnemen van deze extra eisen in de inkoopvoorwaarden kan het zijn dat aanbieders liever geen contract meer afsluiten – het is immers nog een extra eis. Hierdoor wordt het aandeel ongecontracteerde zorg hoger, wat weer negatief effect kan zijn op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
- Specifiek voor vrijgevestigde praktijken zijn er extra uitdagingen:
 - Voor groepsbehandeling is het ingewikkeld als behandelaren van verschillende praktijken samen groepstherapie willen geven. Factureren van groepsbehandelingen van de medebehandelaar via de regiebehandelaar leidt bijvoorbeeld tot jaarverantwoording en vergunningsplicht. Daarnaast suggereert dit een verkapt dienstverband met risico van handhaving door de Belastingdienst.
- Niet alle cliënten kunnen meekomen. Onderzoek wijst uit dat patiënten die in een groepssetting zijn behandeld minder tevreden zijn over hun therapie dan patiënten die individueel zijn behandeld.¹⁸⁷ Ook geven zij aan dat de kans op uitval groter is dan bij individuele (cognitieve gedrags)therapie.
- Groepsbehandeling kan de afhankelijkheid van de therapeut verkleinen (en daarmee het risico op overbehandeling).

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Groepsbehandeling is even effectief als een reguliere behandeling, en soms zelfs effectiever, zoals bij angststoornissen en depressies. Deze beleids optie heeft daarom een positief effect op de kwaliteit van zorg. Het precieze effect op de toegankelijkheid van de ggz is lastig in te schatten. Wel is de aanname is dat een toename van 15% groepshandeling van aanzienlijke betekenis kan zijn op de wachtlijsten. Er wordt op korte termijn geen significant effect verwacht op de betaalbaarheid van zorg doordat de wachtlijsten eerst weg worden gewerkt. Op langere termijn leidt de maatregel tot een besparing ten opzichte van het basispad.

183 Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(8), 965–982. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2020.1729440> en Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(3), 342–358. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2020.1817603> en Schwartze, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 49–61.

184 Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP) (2019). *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg*.

185 Burlingame, G. M., Fuhriman, A. J., & Johnson, J. (2004). Process and Outcome in Group Counseling and Psychotherapy: A Perspective. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 49–61). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781452229683.n4>

186 Whittingham, M., Marmarosh, C. L., Mallow, P., & Scherer, M. (2023). Mental health care equity and access: A group therapy solution. *The American psychologist*, 78(2), 119–133. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Famp0001078>

187 De Jong, Van der Heijden en Deen (2013). *Behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek: groep versus individuele behandeling*. *Gedragstherapie*, 46, 77–88.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Groepsbehandeling voorliggend maken	0	-50	-100	-150	-200	-200	2030

- De grondslag voor de bovenstaande financiële reeks is gebaseerd op het verschil tussen het afgesproken percentage groepsbehandelingen in het AZWA en deze beleidsoptie. Dit verschil is vermenigvuldigd met de totale gegz-kosten voor 2030.
- Naar verwachting leidt groepsbehandeling tot een kostenbesparing van 40%.
- Gezien het lastig is om een precieze voorspelling te geven voor een besparing van deze maatregel is er gerekend met een onzekerheidsafslag van 33%.
- Op dit moment is het aanbod groepsbehandeling zeer bescheiden. Er is voor aanbieders voldoende voorbereidingstijd nodig om te investeren in infrastructuur, opleiding en werkwijze. Daarom is de reeks oplopend en vanaf het jaar 2030 structureel.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

- Zowel zorgverzekeraars (contractering) als beroepsverenigingen, aanbieders, en patiënten moeten dit willen doen. Sturingsinstrumenten van overheid beperkten zich tot een bestuurlijk akkoord met eventuele tijdelijke middelen om de uitwerking te stimuleren.
- Opleidingen: het vraagt nieuwe kwaliteiten van behandelaren om groepstherapie te geven.
- Vooroordeel over groepstherapie doorbreken bij patiënten en behandelaren: op dit moment wordt groepsbehandeling (onterecht) gezien als second best t.o.v. 1 op 1 behandelen.
- Onderzoeksbudget: er is meer onderzoek nodig voor groepsbehandeling.

Juridische toets

- T.a.v. groepsbehandeling is het belangrijk om de interactie met (handhaving) Wet DBA te duiden.
- De groepsbehandeling moet zijn aan te merken als de levering van goede zorg in de zin van artikel 2, eerste lid, Wkkgz. De groepsbehandeling moet op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel b, Wkkgz, passen binnen de kaders van de professionele standaard en de toepasselijke kwaliteitsstandaarden.

Planning (gebaseerd op AZWA)

- Inwerkingstreding kan vrij vlot met een ingroeipad. Afhankelijk van besluitvorming IBO bijvoorbeeld:
- Besluitvorming uiterlijk Q1 2026
- Mee in contracteringseisen van 2027
- Vanaf 2027 start ingroeipad
- Uiterlijk 2030 15% groepsbehandeling t.o.v. nu.

20. Hybride zorg voorliggend maken

Omschrijving van de beleidsoptie

Deze beleidsoptie betreft het dwingend stimuleren van hybride zorg naar een toename van 15% t.o.v. nu op van het totaalaanbod in 2030.¹⁸⁸ Dit door een combinatie van:

- In richtlijnen en zorgstandaarden opnemen van de behandelvorm 'hybride als voorliggend tenzij'
- Via het inkoopbeleid (contract tussen zorgverzekeraar en aanbieder) afspraken maken over de hoeveelheid hybride behandeling.

Om dit te realiseren is het nodig dat het Ministerie van VWS bestuurlijke afspraken maakt met de sectorpartijen (beroepsgroepen, brancheverenigingen, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars). Beroepsgroepen omdat zij behandelrichtlijnen opstellen, aanbieders de zorgpaden, en zorgverzekeraars (met aanbieders) t.b.v. het inkoopbeleid.

In het AZWA en de Pakketagenda 2026-2028 zijn al eerste belangrijke stappen gezet. In het AZWA is een groeipad afgesproken van tenminste 6% hybride (t.o.v. 2022) in het totaalaanbod van elke aanbieder per 2027 gevraagd. Dit beleid zal per inkoop 2026 actief zijn.

Op dit moment wordt er incidenteel al gestuurd middels inkoopbeleid, online behandeling wordt namelijk vergoed. Zilveren kruis zet zich bijvoorbeeld in voor meer onlinebehandelingen.

Rationale

Deze beleidsoptie grijpt in op de derde kernoorzaak, dat het benodigd aanbod in de ggz onvoldoende tot stand komt. De gedachte is dat hybride zorg in sommige gevallen een kosteneffectievere behandeling vormen dan individuele vormen van therapie.

De noodzaak aan arbeidsefficiënte behandelvormen is groot. Zo wordt toegelicht dat het percentage volwassenen met een psychische aandoening is toegenomen van 17% in 2007-2009 naar 26% in 2019-2022. Ondertussen is ook het aanbod toegenomen. Tussen 2012 en 2022 is het totaal aantal werkenden in de geestelijke gezondheidszorg gestegen van 91.800 naar 108.300 en in 2023 naar 110.700.¹⁸⁹ Tegelijkertijd is de wachtlijst nog niet eerder zo lang geweest. Er zijn ruim 100.000 wachtplekken, waarvan ruim 60.000 langer wachten dan de treeknorm (14 weken).

Effecten

Beoogd effect:

Het beoogd effect is het verkorten van de wachtlijsten door een arbeidsbesparend effect, met een gelijkblijvende tot betere kwaliteit van behandeling.

- Hybride behandelen is effectiever voor angststoornissen en depressie ten opzichte van face-to-face behandeling.¹⁹⁰ Een aandachtspunt voor digitale zorg is wel de vorm: preferent is ondersteuning van reguliere therapie met een app/tool om thuis te oefenen. Wanneer er naast reguliere behandeling alleen (soms) beeldbellen wordt ingezet, dan is dat vaak juist ineffectief.

¹⁸⁸ De beleidsoptie gaat primair uit van hybride behandeling. Ofwel face-to-face contact aangevuld met online tools om thuis te oefenen. Voor de onderbouwing en voorbeelden ook gebruik gemaakt van bronnen gebaseerd op een volledig digitale behandeling (dus zowel via beeldbellen, als online tools).

¹⁸⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.c.). AZW Dashboard. <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>

¹⁹⁰ ZonMW (2024) Online behandeling van depressie blijkt effectiever dan face to face. Via <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/online-behandeling-van-depressie-blijkt-effectiever-dan-face-face> en Trimbos en TNO (2013). Doelmatigheid en implementatie van blended care in de GGZ. Via https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Business_case_blended_care.pdf

De cliënttevredenheid is gelijk of zelfs hoger met de digitale behandeling dan met een traditionele behandeling.

- Niceday, een aanbieder van online behandeltools, geeft weer dat er 24% kortere behandelduur mogelijk is met digitale toepassingen. Ook TNO heeft in 2013 een inschatting van 23% tijdsbesparing geraamd.

Overige effecten

- Door het opnemen van deze extra eisen in de inkoopvoorwaarden kan het zijn dat aanbieders liever geen contract meer afsluiten – het is immers nog een extra eis. Hierdoor wordt het aandeel ongecontracteerde zorg hoger, wat weer negatief effect kan zijn op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
- Specifiek voor vrijgevestigde praktijken zijn er extra uitdagingen. Voor hybride/ online tools zijn de kosten voor kleinere praktijken verhoudingsgewijs groot.
- Niet alle cliënten kunnen meekomen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Hybride behandeling is even effectief als een reguliere behandeling, en soms zelfs effectiever, zoals bij angststoornissen en depressies. Deze beleidsoptie heeft daarom een positief effect op de kwaliteit van zorg. Het precieze effect op de toegankelijkheid van de ggz is lastig in te schatten. Wel is de aanname is dat een toename van 15% hybride aanzienlijke van betekenis kan zijn op de wachtlijsten. Er wordt op korte termijn geen significant effect verwacht op de betaalbaarheid van zorg doordat de wachtlijsten eerst weg worden gewerkt. Op langere termijn leidt de maatregel tot een besparing ten opzichte van het basispad.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC..	STRUC. IN
Hybride zorg	0	-25	-50	-75	-100	-100	2030
voorliggend maken							

- De grondslag voor de bovenstaande financiële reeks is gebaseerd op het verschil tussen het afgesproken percentage hybride zorg in het AZWA en deze beleidsoptie. Dit verschil is vermenigvuldigd met de totale begrote ggz-kosten voor 2030.
- Naar verwachting leidt hybride zorg tot een kostenbesparing van 20%.
- Gezien het lastig is om een precieze voorspelling te geven voor een besparing van deze maatregel is er bij de uitkomst een onzekerheidsafslag van 33% genomen.
- Op dit moment is het aanbod hybride zorg bescheiden. Er is voor aanbieders voldoende voorbereidingstijd nodig om te investeren in opleiding en werkwijze. Daarom is de reeks oplopend en vanaf het jaar 2030 structureel.
- Het is lastig om een precieze voorspelling te geven voor een besparing van deze maatregel.
- Zonder een begrenzing van de vraag (zie probleemanalyse IBO) zal er mogelijk vooral meer mensen geholpen worden door efficiencyslag, dan dat er daadwerkelijk een kostenbesparing optreedt.
- Enkele inschattingen voor het arbeidsbesparend effect:
 - Voor lichte zorgvragen (zorgvraagtype 1, en 3) is eerder (ntb) een inschatting gemaakt van mogelijke kostenbesparingen. Zij kwamen uit op een kostenreductie van 20% voor digitale behandeling.

- Trimbos en TNO concludeerden in 2013 een arbeidsbesparing door de toepassing van blended care bij depressie wordt geraamd op 23% van de tijd van de behandelaar.¹⁹¹ Dit betekent €254,84 lagere arbeidskosten per behandeling. De kosten voor aanschaf en implementatie worden geraamd op €62,- Dat houdt in dat, in principe, de toepassing van blended care kan leiden tot een kostenbesparing van €192,84 per behandeling. Dit percentage komt overeen met Niceday (24%) en de inschatting ZN (hierboven).

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

- Zowel zorgverzekeraars (contractering) als beroepsverenigingen, aanbieders, en patiënten moeten dit willen doen. Sturingsinstrumenten van overheid beperkten zich tot een bestuurlijk akkoord met eventuele tijdelijke middelen om de uitwerking te stimuleren.
- Opleidingen: het vraagt nieuwe kwaliteiten van behandelaren om digitale behandeling te geven.
- Onderzoeksbudget: er is meer onderzoek nodig voor hybride behandeling.

Juridische toets

- De hybride zorg moet zijn aan te merken als de levering van goede zorg in de zin van artikel 2, eerste lid, Wkkgz. De hybride zorg moet op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel b, Wkkgz, passen binnen de kaders van de professionele standaard en de toepasselijke kwaliteitsstandaarden.

Planning (gebaseerd op AZWA)

- Inwerkingstreding kan vrij vlot met een ingroeipad. Afhankelijk van besluitvorming IBO bijvoorbeeld:
 - Besluitvorming uiterlijk Q1 2026
 - Mee in contracteringseisen van 2027
 - Vanaf 2027 start ingroeipad
 - Uiterlijk 2030 15% digitaal t.o.v. nu.

NB: op dit moment is het aanbod hybride behandeling zeer bescheiden. Er is voor aanbieders voldoende voorbereidingstijd nodig om te investeren in opleiding en werkwijze.

¹⁹¹ Trimbos en TNO (2013). Doelmatigheid en implementatie van blended care in de GGZ. Via https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Business_case_blended_care.pdf

21. Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten

Omschrijving van de beleidsoptie

De continuïteit van de invulling van avond-, nacht-, weekenddiensten (ANW-diensten) en crisisdiensten is onlosmakelijk verbonden met het bieden van goede zorg voor de patiënt. Met name in de ggz staat de continuïteit van ANW- en crisisdiensten onder druk onder meer door problemen in de personele bezetting. In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) is daarom afgesproken dat de participatie van psychiaters in de invulling van ANW-diensten en crisisdiensten wordt verhoogd. Waar nu een deel van de psychiaters bijdraagt aan de invulling van ANW- en crisisdiensten (met name de psychiaters die in dienst zijn bij de grote instellingen) beoogt het AZWA te regelen dat in de toekomst een substantieel deel van *alle* psychiaters meedraait in ANW- en crisisdiensten. Deze beleidsoptie beoogt uitbreiding daarvan naar andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundig specialisten en ANIOS/AIOS.

De verhoogde participatie kan bereikt worden via:

- Verkenning: VWS verkent met sectorpartijen of er noodzaak is om ook de participatie van andere beroepsgroepen aan ANW- en crisisdiensten in de ggz te verhogen. En voor welke beroepsgroepen dat noodzakelijk is.
- Afspraken over uitvoering van de maatregel; stimuleren tot regionale verantwoordelijkheid: Als uit de verkenning blijkt dat voor bepaalde beroepsgroepen de inzetbaarheid moet worden verhoogd, spreekt VWS met sectorpartijen af dat zij hiertoe een doorbraakprogramma inrichten (zoals ook gebeurt voor psychiaters n.a.v. het AZWA). Dit moet ertoe leiden dat de werkdruk in de regio beter wordt verdeeld en de continuïteit van ANW- en crisisdiensten geborgd wordt.
- Via wetgeving: Indien het doorbraakprogramma onvoldoende resultaat oplevert, zal VWS wetgeving uitwerken om de werkdruk te verdelen. Hiertoe zal VWS eerst nader onderzoeken welke wetgeving aangepast dient te worden om de continuïteit van de invulling van ANW- en crisisdiensten te borgen.

Rationale

Kernoorzaak drie uit de probleemanalyse stelt dat het benodigd aanbod in de ggz onvoldoende tot stand komt. Prikkel in het stelsel en een krappe arbeidsmarkt ertoe hebben geleid dat in de afgelopen jaren de zorg voor patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvraag niet geprioriteerd is, en zorg voor de lichtere hulpvragen is toegenomen. Gevolg is dat het aanbod is versnipperd en hoogopgeleide ggz professionals niet meer altijd daar werken waar ze het hardste nodig zijn. Heel concreet: De continuïteit en bezetting van ANW- en crisisdiensten in de ggz staat onder druk. Met deze beleidsoptie kan voldoende ggz-aanbod voor mensen met een complexe zorgvraag worden geborgd door een bredere pool aan medewerkers in te zetten. Kortom, deze maatregel beoogt het herverdelen/efficiënter inzetten van het aanbod en sluit daarmee aan op kernoorzaak twee uit de probleemanalyse.

Effecten

Beoogd effect

- Beter verdelen van de lasten onder professionals in de ggz om zo de continuïteit van de invulling van ANW-diensten beter te borgen en daarmee het aanbod van cruciale ggz.

Overige effecten

- Professionals in de ggz blijven bekend met een breed beeld van psychische klachten.

- Mogelijk ontstaat extra regeldruk door regionale afstemming en/of arbeidsconstructies.
- Aantrekkelijkheid om in instellingen met ANW- en crisisdiensten te blijven werken wordt vergroot, omdat de lasten beter verdeeld worden. Dit voorkomt dat ggz-professionals het vak verlaten.
- Anderzijds is niet uit te sluiten dat er weinig/minder draagvlak is om mee te draaien in ANW- en crisisdiensten onder ggz-professionals die nu deze diensten niet draaien, onder meer met het oog op werk-privébalans. Vanwege de verplichte component kan de motivatie lager zijn.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

- Voldoende gekwalificeerde ggz-professionals is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen leveren van ANW- en crisiszorg in de ggz. Het beter verdelen van de werkdruk onder professionals draagt bij aan het borgen van de continuïteit en de kwaliteit van deze vormen van zorg.
- Nadelig voor de kwaliteit kan zijn dat professionals die normaalgesproken geen ANW-diensten draaien, dit periodiek wel moeten gaan doen. Zij hebben dus mogelijk minder ervaring met deze diensten en doelgroepen. Ook kent het 'team' elkaar minder goed.

Toegankelijkheid

- Een solide invulling en aanbieding van ANW- en crisisdiensten komt de continuïteit en beschikbaarheid van zorg voor mensen met acute zorgvragen ten goede. Dit kan uiteindelijk een positieve uitwerking hebben op de wachttijden in de ggz omdat mensen snel passende hulp krijgen: snelle, deskundige inschatting van acute problematiek voorkomt verdere verslechtering of escalatie van problematiek.

Betaalbaarheid

- Deze beleidsoptie heeft geen effecten op de betaalbaarheid van de ggz.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0	0	0	0	0	0	2026

De beleidsoptie is in principe budget neutraal; de invulling van (reeds bestaande) ANW- en crisisdiensten wordt over een grotere groep professionals verdeeld.

Tarieven van zzp'er zijn over het algemeen hoger dan professionals in loondienst. Bij het verplicht mee laten draaien van zzp'ers kunnen kosten dus gaan stijgen. De ander kant is ook waar: door een bredere beschikbaarheid van ggz-professionals is er voor instellingen minder dan nu de noodzaak om zzp'ers in te huren om diensten te vullen. Dat kan geld besparen.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden

- Op het niveau van de regio zullen afspraken moeten worden gemaakt over een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz. Een randvoorwaarde van deze beleidsoptie is dat dit ook gebeurt. Er dient verder een samenhang te zijn met de IBO beleidsopties die inzetten op het beperken van gebruik of efficiëntere inzet van personeel (opties 9, 12, 19 en 20) en eventueel de beleidsopties die gaan over het differentiëren van de prestaties en tarieven naar zorgvraagtype en het bevorderen van zorgcontractering (opties 23 en 25).
- Het is de verwachting dat de maatregel niet door alle professionals positief zal worden ontvangen, zeker voor de groep die momenteel geen ANW- en crisisdiensten draait. Het risico daarvan is dat het niet lukt om hierover afspraken te maken met/tussen sectorpartijen waardoor alsnog moet worden overgegaan moet op wetgeving.
- Er zal gekeken moeten worden naar de tarieven die gevraagd worden voor ZZP'ers. Zie ook het punt onder 'betaalbaarheid' zoals hierboven beschreven.
- Indien wetgeving nodig blijkt, dient onderzocht te worden welke mogelijkheden hiervoor zijn. Ook kan gekeken worden naar hoe dit bij huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten reeds geregeld is (via herregistratie-eisen).

Juridische toets

- Aandacht voor Wet DBA wanneer zelfstandigen worden opgelegd om in klinieken mee te draaien. Waarschijnlijk sprake moeten zijn van loondienstverband voor deze ANW-diensten om dit te ondervangen. Zorgprofessionals kunnen voor het overige (mogelijk) zelfstandige blijven.

Wetgeving

- Er dient verder onderzoek plaats te vinden naar nut, noodzaak en mogelijkheden van een wettelijke verplichting vanuit de overheid. Aandachtspunten daarbij zijn onder meer:
 - Voorwaarden aan beschikbaarheid en vergoedingen van deze diensten
 - Herregistratievereisten voor het specialisme worden vastgelegd door de beroepsgroep; dit ligt niet bij de overheid. Mocht er voorkeur zijn voor de route via herregistratievereisten, dan zal de beroepsgroep gestimuleerd moeten worden om - net als bij bijvoorbeeld huisartsen - ANW-diensten op te nemen in de registratievereisten. De overheid zou daar een rol in kunnen spelen. Bijvoorbeeld door te onderzoeken hoe dit bij huisartsen al geregeld is, opstellen van overgangsregelingen of creëren van draagvlak.

22. Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding

Omschrijving van de beleidsoptie

Sturen op de regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken (1) en op de verbreding van de opleiding tot gz-psycholoog (2), door het verhogen van het aantal opleidingsplekken dat wordt toegekend aan regionale (domeinoverstijgende) samenwerkingsverbanden.

1. Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken

VWS bepaalt jaarlijks voor de opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz hoeveel opleidingsplaatsen gefinancierd worden. Bij het bepalen hoeveel opleidingsplaatsen worden bekostigd, zijn de driejaarlijkse adviezen van het Capaciteitsorgaan leidend. Het Capaciteitsorgaan stelt deze adviezen – ramingen van de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals – op, op grond van onder meer de te verwachten zorgbehoefte. Deze opleidingsplaatsen worden onder zorginstellingen verdeeld door TOP opleidingsplaatsen en BOLS.¹⁹² BOLS hanteert voor de opleiding tot psychiater een regionale verdeling. TOP hanteert voor de overige opleidingen een sectorale verdeling: de opleidingsplaatsen worden verdeeld op basis van continuïteit/historie van opleiden en de zorgvraag in de sector.¹⁹³

VWS stelt de spelregels voor deze verdeling vast en kan hiermee sturen op de manier waarop de opleidingsplekken worden verdeeld. Deze beleidsoptie stelt voor om zwaarder te gaan sturen en de zorgvraag (zowel regionaal als sectoraal) leidend te maken bij de verdeling van opleidingsplekken.

2. Verbreding van de opleiding

Momenteel experimenteren opleiders met het opleiden van gz-psychologen binnen regionaal georganiseerde samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders. Binnen deze samenwerkingsverbanden kunnen opleidingen in meerdere sectoren/domeinen en settingen hun ervaring opdoen.

VWS kan deze ontwikkeling in het kader van deze beleidsoptie op twee manieren stimuleren:

1. Momenteel kunnen deze samenwerkingsverbanden bij de verdeling van opleidingsplekken in aanmerking komen voor zogenaamde bonusplekken. Het is een optie om het aantal opleidingsplekken/bonusplekken t.b.v. deze samenwerkingsverbanden te verhogen.
2. VWS legt de inhoudelijke eisen voor de opleiding tot gz-psycholoog vast in een AMvB. Dit gebeurt altijd op voorstel van het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog en Psychotherapeut (CSGP).¹⁹⁴ VWS mengt zich nooit direct in de inhoud van de opleiding maar laat dit over aan de veldpartijen binnen het CSGP.

Deze verbreding via samenwerkingsverbanden kan in de toekomst worden uitgebreid naar de andere hierboven genoemde opleidingen/beroepen. Hiervoor is ten eerste draagvlak nodig bij de beroepsverenigingen en opleiders. Vervolgens kan de optie om via de verdeling van opleidingsplekken het opleiden binnen samenwerkingsverbanden te stimuleren voor al deze opleidingen worden toegepast. Voor de gz-psycholoog en de psychotherapeut worden de

¹⁹² TOP opleidingsplaatsen zijn een samenwerking van specialisten op het gebied van gezondheidszorgpsychologie, psychotherapie, klinische psychologie, klinische neuropsychologie en verpleegkundig specialisten ggz. BOLS is een samenwerking van opleidende zorginstellingen op het gebied van medisch specialistische vervolgopleidingen.

¹⁹³ TOP onderscheidt de sectoren ggz (basis ggz en specialistische ggz, uitgevoerd in instellingen en vrijgevestigde praktijken), gehandicaptenzorg, ouderenzorg, epilepsie, revalidatie, ziekenhuiszorg, zelfstandige forensische instellingen en zelfstandige instellingen voor de jeugdzorg en verslavingszorg.

¹⁹⁴ Dit College bestaat uit beroepsbeoefenaren, opleidingen, werkgevers en een vertegenwoordiger van de universiteiten.

opleidingseisen in een AmvB geregeld. De psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz zijn medisch specialisten. VWS stemt in met de opleidingseisen voor deze beroepen.

Rationale

Optie 1: Het is aannemelijk dat de binding van professionals met een regio en sector/domein versterkt als zij daar hun opleiding doorlopen (de zgnd. 'blijfkans'). Door bij de toewijzing van opleidingsplekken specifiek in te zetten op regio's en sectoren met een tekort, kan deze beleidsoptie bijdragen aan een evenwichtigere spreiding van gz-personeel over het land en over sectoren/domeinen.

Optie 2: Een opleiding die werkervaring in meerdere sectoren/domeinen biedt, verhoogt de kans dat opleidingelingen ervoor kiezen om te gaan werken in minder populaire tekortsectoren, bijvoorbeeld voor de cruciale ggz en zorgt ervoor dat zorgmedewerkers beter voorbereid zijn op domeinoverstijgend werken.

Effecten

Optie 1: Beoogd effect is een betere regionale en sectorale spreiding van gz-personeel en met name gz-psychologen. De rationale berust op een aanname en de 'blijfkans'. Het is hierdoor onzeker in hoeverre het effect bereikt wordt. Mogelijk kan hier geleerd worden van eenzelfde casus bij de huisartsenopleiding. De maatregel zal met name effect hebben de opleiding tot gz-psycholoog, waar de vraag naar opleidingsplekken veel groter is dan het aanbod aan gefinancierde plekken. Voor de opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz liggen de vraag naar en het aanbod van gefinancierde opleidingsplekken niet significant uit elkaar. De opleidingsplekken voor de opleiding tot psychiater worden al verdeeld op basis van de beoogde zorgvraag in de regio.

Optie 2: Beoogd effect is dat gz-personeel bredere inzetbaar is op de arbeidsmarkt en beter voorbereid zijn op domeinoverstijgende samenwerking. Verdeling van de opleidingsplekken onder samenwerkingsverbanden in plaats van individuele zorginstellingen biedt mogelijkheden om het verdeelproces efficiënter in te richten en daarmee administratieve lasten te verlichten en kosten te besparen. Het opleiden in samenwerkingsverbanden kan lokale/regionale kennisdeling en innovatie stimuleren: zorginstellingen kunnen van elkaar leren als zij samenwerken op het gebied van opleiden en opleidingelingen uitwisselen.

Voor beide opties geldt dat er zorginstellingen zullen zijn die opleidingsplekken en positie zullen verliezen. Alle zorginstellingen zullen voor een deel autonomie verliezen: opleidingelingen zullen generieker en minder gericht op de zorginstelling/werkgever worden opgeleid. Dit zal weerstand oproepen. Het verdeelproces geeft ieder jaar aanleiding tot beroeps- en bezwaarprocedures. Een andere wijze van verdelen zal het aantal gerechtelijke procedures waarschijnlijk doen stijgen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit: beoogd wordt om de kwaliteit en de breedte van de opleidingen van ggz-medewerkers te verbeteren. Dit zou moeten leiden tot beter en breder opgeleid personeel dat beter voorbereid is op het werken met integrale blik en op samenwerking tussen de domeinen. (M.n. optie 2)

Toegankelijkheid: als het aanbod aan gz-psychologen beter aansluit op de regionale en sectorale zorgvraag, wordt de toegankelijkheid verbeterd. (m.n. optie 1)

Financiële effecten voor de begroting

- Op de korte termijn levert dit geen besparing op voor VWS; de (net herziene) tarieven zijn vastgelegd in de beschikbaarheidsbijdrage. Een potentiële kostenbesparing door schaalvoordelen landt dan bij de aanbieders en niet bij VWS. Zij houden netto dan over op de beschikbaarheidsbijdrage. Dit geeft in potentie een prikkel om in samenwerkingsverband op te leiden.
- Op de langere termijn – als de NZa opnieuw onderzoek doet naar de kostprijs – zou daaruit kunnen komen dat opleiden goedkoper is geworden door de besparing die opleiden in samenwerking oplevert. Dan kan dat een besparing opleveren voor VWS als de tarieven gewijzigd worden.
- Dat laatste brengt met zich mee dat er een differentiatie in tarieven moet worden aangebracht tussen aanbieders die zelfstandig opleiden en aanbieders die dat in samenwerkingsverband doen.

Uitvoerbaarheid

Optie 1:

- Randvoorwaarden voor de uitvoering: dit betreft het intensiveren van bestaand beleid.
- Juridische toets:
 - De maatregel vereist een aanpassing in de spelregels die jaarlijks door VWS worden vastgesteld.
 - Het is de verwachting dat deze aanpassing tot (meer) juridische procedures zal leiden.

Optie 2:

- Randvoorwaarden voor de uitvoering: Dit vraagt een andere manier van werken en verandering van infrastructuur voor NZa, TOP Opleidingsplaatsen en voor de opleidende zorginstellingen. Dit zal draagvlak en capaciteit vragen.
- Juridische toets:
 - De maatregel vereist een aanpassing in de spelregels die jaarlijks door VWS worden vastgesteld.
 - Het is de verwachting dat deze aanpassing tot (meer) juridische procedures zal leiden.

Voor beide opties:

- Planning: Gezien de mate waarin de infrastructuur moet worden aangepast en gezien de stabiliteit in opleiden moet worden geborgd, zou een overgangperiode van ten minste vijf jaar wenselijk zijn. De opleiding tot gz-psycholoog duurt twee jaar. De effecten zullen dus op zijn vroegst na zeven jaar zichtbaar worden.

23. Bevorderen zorgcontractering in de ggz

Omschrijving van de beleidsoptie

Zorgaanbieders kunnen op dit moment zorg declareren voor een houder van een naturapolis, ook als de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar. De vergoeding voor deze zorg volgt op dit moment uit jurisprudentie over artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. De overheid past de Zorgverzekeringswet aan om de minimale vergoeding in regelgeving vast te stellen, en verlaagt deze vergoeding voor de GGZ.

De partijen in het AZWA hebben afgesproken verschillende maatregelen in beeld te brengen om zorgcontractering te bevorderen. Onder deze maatregelen is het verduidelijken of creëren van de wettelijke ruimte om vergoedingen te verlagen. De uitwerking van deze afspraak kan overlappen met de hier beschreven maatregel. De overheid besluit volgens de afspraak uit het AZWA uiterlijk in het eerste kwartaal van 2026 welke maatregelen zij zal nemen.

Rationale

Het doel is de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de GGZ te verbeteren door verzekeraars beter in staat te stellen te sturen op de schaarse capaciteit. Verzekeraars maken voor hun verzekerden afspraken met zorgaanbieders over de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg. Hierbij sturen zij op een doelmatige en rechtmatige inrichting. Daarnaast maken zij afspraken over de concrete invulling van de afspraken uit zorgakkoorden over bijvoorbeeld het leveren van passende zorg. De contractering tussen verzekeraars en zorgaanbieders is daarmee een essentieel instrument voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ.

In de huidige inrichting kan het voor zorgaanbieders te gemakkelijk of aantrekkelijk zijn om niet te contracteren. Zorgverzekeraars moeten doorgaans 75-80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief vergoeden. De gedachte is dat de verzekeraar een deel vergoedt, maar de verzekerde ook een eigen bijdrage levert voor een keuze voor een niet-gecontracteerde aanbieder. In de praktijk kan het voordeel voor de zorgaanbieder echter opwegen tegen de lagere vergoeding, bijvoorbeeld door meer zorg per persoon te leveren. In de ongecontracteerde GGZ liggen de kosten per patiënt per maand 13-37% hoger dan in de gecontracteerde zorg.¹⁹⁵ Deze kosten worden voor 80% gemaakt door een klein aantal zorgaanbieder met hoge omzet. Het is niet onderbouwd dat deze kostenverschillen samenhangen met de zwaarte van de patiëntenpopulatie. De hogere uitgaven per patiënt gaan ten koste van schaars beschikbaar zorgpersoneel en uitgavenruimte.

Tegenover de voordelen van deze maatregel staat dat de mogelijkheid van verzekerden afneemt om een volledige vergoeding te krijgen voor zorg bij iedere gewenste zorgaanbieder. Hiervoor geldt het volgende. Ten eerste houden verzekerden keuze uit aanbieders in het gecontracteerde aanbod en houden zij de mogelijkheid gebruik te maken van ongecontracteerd aanbod. Alleen zullen zij voor ongecontracteerde zorg, in lijn met de beleidstheorie van de Zorgverzekeringswet, vaker een eigen bijdrage moeten betalen. Ten tweede zijn verzekeraars verplicht om voldoende zorgaanbod te contracteren. Als een verzekeraar niet voldoet aan deze zorgplicht, houdt de verzekerde recht op volledige vergoeding van ongecontracteerde zorg. Ten derde sluit het idee van volledig vrije keuze niet aan op een situatie met structureel hogere zorgvraag dan beschikbare aanbod. Het inzetten van schaars personeel en schaarse middelen voor ondoelmatige zorg gaat in die situatie ten koste van de toegankelijkheid van zorg voor andere patiënten.

¹⁹⁵ Arteria (2018) (Niet-)gecontracteerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg

In de praktijk maakt op dit moment een deel van de mensen met een complexe hulpvraag of ernstige psychische problematiek gebruik van ongecontracteerde aanbieders. Invoering van deze maatregel kan samengaan met maatregelen van zorgverzekeraars om, met inbreng van vertegenwoordigers van patiënten, het aantrekkelijker te maken om een contract af te sluiten voor aanbieders die zich richten op mensen met ernstige problematiek of complexe hulpvragen om zo tot een passend gecontracteerd aanbod te komen. In dit IBO zijn ook maatregelen uitgewerkt om de toegankelijkheid van zorg voor deze doelgroep te vergroten, zoals de beleids optie Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT (optie 27).

Effecten

Het effect van het verlagen van de verplichte minimale vergoeding is dat verzekeraars beter kunnen sturen op zorgaanbieders en zorgaanbieders vaker een (hogere) eigen bijdrage van de patiënt zullen vragen voor het leveren van ongecontracteerde zorg. Het is aannemelijk dat patiënten in dit geval overstappen naar gecontracteerd aanbod. Het gebruik van GGZ namelijk is gevoelig voor de prijs die patiënten voor deze zorg moeten betalen.¹⁹⁶

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De maatregel kan een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg, doordat verzekeraars afspraken over de kwaliteit kunnen maken als onderdeel van de contractering. Dit vereist wel dat kwaliteit in de contractering aan bod komt. Daarin is verbetering mogelijk.¹⁹⁷

De maatregel heeft in een markt met ruim zorgaanbod geen effect op de toegankelijkheid. De verzekeraar is verplicht voldoende zorgaanbod te contracteren voor de zorgvraag. Wanneer de verzekeraar niet voldoet aan deze plicht, blijft de verzekeraar net als nu verplicht om de kosten voor ongecontracteerde zorg volledig te vergoeden. Binnen het gecontracteerde zorgaanbod kunnen houders van een naturapolis doorgaans kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. In een markt met schaars zorgaanbod ten opzichte van de zorgvraag kan deze maatregel de toegankelijkheid verbeteren, omdat de beperkte capaciteit meer zorgvraag kan bedienen. Voor patiënten waarvoor geen passend gecontracteerd aanbod beschikbaar is, kan de toegankelijkheid afnemen door een hogere eigen bijdrage. Met name voor de complexe patiënt is dit een risico.

De maatregel heeft positieve effecten op de betaalbaarheid. Enerzijds wordt ongecontracteerde zorg voor een groter deel betaald door eigen bijdragen (financieringseffect) en anderzijds zullen minder patiënten kiezen voor ongecontracteerde zorg (gedragseffect). Hiernaast kan de maatregel tweede orde effecten hebben op doelmatigheid van de zorg. Ten eerste kan de maatregel verzekeraars beter in staat stellen afspraken te maken met gecontracteerde zorgaanbieders. Ten tweede kan de toetreding voor nieuwe zorgaanbieders moeilijker worden, waardoor de innovatie en concurrentie in het stelsel afnemen. Het eerste effect is positief en het tweede effect negatief. Deze effecten zijn niet vooraf kwantificeerbaar.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Bevorderen zorgcontractering in de ggz	0	0	-30	-30	-30	-30	2028

¹⁹⁶ Lambregts, T. & Vliet, R. (2018) GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. <https://esb.nu/ggz-gebruik-daalt-door-invoering-eigen-bijdrage/>

¹⁹⁷ NZa (2022) Monitor contractering ggz 2022.

Het is aannemelijk dat ongecontracteerde zorg minder doelmatig is. Bij psychologen, ambulante aanbieders, vrijgevestigde psychiaters en overige zorgverleners in de GGZ liggen de kosten per patiënt per maand respectievelijk 20%, 34%, 37% en 13% hoger.¹⁹⁸ Bij het bijstellen van de vergoeding wordt aangenomen dat het verschil in kosten met een derde daalt. Deze aanname is gebaseerd op een eerdere berekening, waarbij een verlaging van de minimale vergoeding naar 60% van het gemiddelde gecontracteerde tarief is verondersteld.¹⁹⁹ Als basis voor het volume ongecontracteerde zorg worden data uit 2024 gebruikt: 352 miljoen euro in de GGZ.²⁰⁰

Enkele ontwikkelingen kunnen invloed hebben op het financiële effect. Ten eerste hebben partijen in het AZWA afspraken gemaakt over het bevorderen van contractering, waaronder een afspraak die mogelijk kan worden ingevuld met deze maatregel. Ook als andere maatregel worden gekozen die effectief zijn in het verminderen van ondoelmatige ongecontracteerde zorg, zal dit invloed hebben op de hoogte van de verwachte besparing. Ten tweede heeft de Hoge Raad eind 2022 in een arrest onder meer verduidelijkt dat verzekeraars de mogelijkheid hebben om op vergelijkbare wijze tarieven voor ongecontracteerde zorg te verlagen tot een niveau waarbij eigen betalingen in rekening worden gebracht.²⁰¹ Ten tijde van schrijven is onbekend in hoeverre dit de ruimte vergroot voor verzekeraars om tarieven aan te passen; en in welke mate verzekeraars tarieven aanpassen naar aanleiding van dit arrest. Daarom is hiervoor geen afslag gedaan in de berekening.

Uitvoerbaarheid

Het creëren van de mogelijkheid om de verplichte vergoeding voor ongecontracteerde zorg in regelgeving vast te leggen vraagt een wetswijziging, waarvoor een implementatietermijn geldt van twee jaar. De overheid kan deze maatregel eenzijdig nemen. Instemming van derden is niet vereist. Het kabinet-Rutte-IV heeft een wetsvoorstel met deze strekking ingediend bij de Tweede Kamer.²⁰² Het kabinet-Schoof heeft dit wetsvoorstel ingetrokken. De voorbereiding van een dergelijk wetsvoorstel is derhalve relatief eenvoudig.

¹⁹⁹ CPB (2020) *Zorgkeuzes in kaart*, pagina 356.

²⁰⁰ Vektis (2024)

²⁰¹ Hoge Raad (9 december 2022) ECLI:NL:HR:2022:1789

²⁰² Wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering, Kamerstukken 36 561.

24. Inzet transparantieladder voor versterken kwaliteitstransparantie ggz

Omschrijving van de beleidsoptie

Om de kwaliteitstransparantie in de ggz verder te versterken, wordt voorgesteld om landelijk te werken met een zogenoemde transparantieladder. Deze ladder is een stapsgewijs model dat zorgaanbieders ondersteunt bij het transparant leren en verbeteren van zorg. Overheidspartijen (VWS, NZa, ZIN, ZN, IGJ) maken afspraken welke prestatie gekoppeld kan worden wanneer zorgaanbieders werken met de transparantieladder, deze wordt opgenomen in het Register van ZIN. De transparantieladder bestaat uit vijf opeenvolgende treden:

- 1) Eenduidige registratie: zorgaanbieders leggen afgesproken variabelen eenduidig vast, conform de wettelijke mogelijkheden zodat geregistreerde data geschikt is voor leren en verbeteren.²⁰³
- 2) Aanlevering voor reflectie: de eigen registratie wordt gedeeld met een landelijk opererend lerend netwerk passend bij betreffende zorgaanbieder/organisatie ter ondersteuning van gestructureerde reflectie.
- 3) Deelname aan spiegelbijeenkomsten: zorgaanbieders nemen actief deel aan spiegelbijeenkomsten van het lerend netwerk.
- 4) Formuleren verbetermaatregelen: op basis van spiegelinformatie stellen zorgaanbieders concrete verbetermaatregelen op.
- 5) Inzicht in verbetering: zorgaanbieders tonen aan welke meetbare verbeteringen zijn gerealiseerd door het uitvoeren van de verbetermaatregelen. Deze concrete verbetermaatregelen kunnen bijdragen aan landelijke verbeteringen zoals bijvoorbeeld doorontwikkelingen van zorgstandaarden.

Het lerend netwerk vormt de spil in de transparantieladder. Binnen de GGZ zijn er verschillende lerende netwerken, stichtingen en brancheorganisaties die op deze manier werken aan leren en verbeteren. Zorgaanbieders die vrijwillig aan zijn gesloten en op deze manier werken krijgen hiervoor een certificering of keurmerk. Binnen dit lerend netwerk wordt het gesprek gevoerd over stap 4 en 5 in de bovenstaande stappen.

Ervaringen met (data gedreven)lerende netwerken zijn reeds op verschillende plekken in het land opgedaan. Binnen het IZA-programma 'Versterken kwaliteitstransparantie ggz' is de inzet van lerende netwerken onderdeel van de adviezen en worden lerende netwerken in 2026 opgestart. Deze ervaringen kunnen worden benut bij de verdere inrichting en opschaling van lerende netwerken. In lerende netwerken nemen meerdere zorgaanbieders, patiënten en waar relevant zorgverzekeraars deel.

Rationale

De inzet van de transparantieladder versterkt de kwaliteitstransparantie en stimuleert leren en verbeteren binnen de ggz. Dit komt mede doordat er geleerd en verbeterd wordt door een gestructureerde en meetbare wijze, waardoor landelijke opschaling van verbeterpotentieel beter mogelijk wordt maakt. Op langere termijn ondersteunt dit ook het toezicht, het maken van gerichte inkoopafspraken en het bieden van inzichten over kwaliteitsverbeteringen richting cliënten en naasten.

²⁰³ Hier worden reeds stappen in gezet binnen de verkenning wetkwaliteitsregistraties in de ggz en binnen het IZA programma versterken kwaliteitstransparantie in de ggz. Er is in het veld reeds consensus over het gebruik van geaggregeerde data. Veldpartijen stellen zelf passende meetbare variabelen vast. Deze kunnen per setting of doelgroep geboden zorg verschillend zijn. Binnen het IZA programma versterken kwaliteitstransparantie worden realistische en passende variabelen onderzocht en doorontwikkeld,

Een belangrijke meerwaarde in leren en verbeteren wordt gerealiseerd wanneer uitkomstinformatie hier onderdeel van is. Door de transparantieladder op de juiste manier te verankeren in het veld kan uitkomstinformatie op de juiste plek op de juiste manier geïnterpreteerd en gedeeld worden. Hiermee worden eerdere negatieve ervaringen rondom o.a. privacy en het verkeerd interpreteren en gebruiken van uitkomstinformatie binnen de ggz voorkomen.

Effecten

De inzet van de transparantieladder beoogd meer passende zorg voor de cliënt te bereiken door:

- Een landelijk versterkte cultuur van data gedreven en meetbaar leren en verbeteren onder zorgaanbieders en zorgprofessionals wat uiteindelijk bijdraagt aan landelijke kwaliteitsverbetering en uniformiteit binnen de sector.
- Versterken van transparantie over passende zorg richting cliënten en naasten.
- Uiteindelijk verbeterde sturing op passende zorg via zorginkoop en toezicht.

Mogelijke risico's bij de inzet van de transparantieladder zijn:

- Verkeerde interpretatie of misbruik van inzichten. Bijvoorbeeld als aanbieders worden afgerekend in de zorginkoop op basis van kwaliteitstransparantie terwijl dit nog in ontwikkeling is.
- Eenmalige financiële/administratielast voor het op orde maken van registratie.
- Bij het juist inrichten van de transparantieladder kunnen administratie lasten verlaagd worden. Certificering en keurmerk worden voortaan verkregen door het werken conform transparantieladder. Hiermee vervallen de jaarlijks terugkerende administratieve verantwoordingsverplichtingen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

- Kwaliteit: door kwaliteitstransparantie in te zetten voor leren en verbeteren is het mogelijk steeds meer te kijken naar effectieve behandeling. De juiste behandeling bij de juiste mens levert het beste resultaat op. Dit verbetert de kwaliteit.
- Toegankelijkheid: de transparantieladder draagt bij aan kwaliteitstransparantie. Kwaliteitstransparantie draagt bij aan passende zorg. Passende zorg draagt bij aan toegankelijkheid.
- Betaalbaarheid: door kwaliteitstransparantie in te zetten voor leren en verbeteren is het mogelijk steeds meer te kijken naar de efficiëntie van de behandeling. Dit draagt bij aan het betaalbaar houden van het systeem.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Inzet transparantieladder voor versterken kwaliteitstransparantie ggz	0	0	0	0	0	0	2026

De financiële effecten voor de begroting zijn – naar verwachting – beperkt. Mede omdat de financiële kaders voor bepaalde randvoorwaarden al zijn ingeregeld met andere eerder gemaakte veldafspraken. Zoals de afspraak om over te stappen op SNOMED als universele digitale taal.

Uitvoerbaarheid

Om de transparantieladder effectief te implementeren, is het nodig ruimte te creëren binnen bestaande verantwoordingssystemen. Dit kan door het aantal verplichte onderdelen binnen visitaties en certificeringen te beperken, met name die onderdelen die weinig impact hebben op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. Op deze manier worden certificeringen die aantoonbaar bijdragen aan kwaliteitsverbetering gestimuleerd; certificeringen zonder meerwaarde op kwaliteitstransparantie mogen niet langer verplicht worden gesteld bij zorginkoop.

Deze beleidsoptie verbindt bestaande instrumenten en initiatieven met elkaar, en vraagt om verankering in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Tevens zal VWS met zorgverzekeraars kunnen afspreken dat certificeringen zonder aantoonbare bijdrage aan de transparantieladder worden uitgesloten van de zorginkoop.

Het belang van kwaliteitstransparantie om data gedreven te leren en te verbeteren wordt breed onderschreven bij branche en beroepsverenigingen in de ggz. Tegelijkertijd geldt dat juist de zorgaanbieders die de benodigde data moeten aanleveren, ook het meeste risico lopen op mogelijke negatieve consequenties. Als van hen wordt verwacht dat zij actief bijdragen aan het versterken van kwaliteitstransparantie, moet daar wel iets tegenover staan. Door hen te faciliteren in het versterken van kwaliteitstransparantie, maken we dit mogelijk.

Bij faciliteren kan worden gedacht aan de inrichting van een oplossing voor het veilig en geanonimiseerd delen van data, zoals een zorgTTP. We denken aan eenduidige vastlegging van data, zoals voorgesteld in het advies 'Eenduidige registratie van toegepaste interventies in de ggz'.²⁰⁴

Door zorgaanbieders te stimuleren, wordt er een positieve impuls te geven om aan de slag te gaan met data gedreven leren en verbeteren binnen de ggz. Bij stimuleren denken we aan het verleggen van de nadruk van enorme nietszeggende administratieve verantwoording afleggen voor het behalen van keurmerk/certificering naar certificeringen afgeven wanneer conform de transparantieladder wordt gewerkt.

Om de transparantieladder te ontwikkelen, in te voeren en in te zetten zijn de volgende partijen aan zet:

- Het tripartiet werkt de transparantieladder uit en maakt afspraken over de inzet en het gebruik van de ladder. Hiervoor wordt een programma uitgeschreven gelijk aan het programma 'versterken kwaliteitstransparantie binnen de ggz'. Wellicht is het mogelijk de ontwikkeling van de transparantieladder onder te brengen bij een lopende tripartiete samenwerking.
- VWS stemt met zorgverzekeraars af dat certificeringen zonder aantoonbare bijdrage aan de transparantieladder worden uitgesloten van de zorginkoop
- Voor het veilig en geanonimiseerd delen van data wordt gebruik gemaakt van het Zorgportaal van Akwa ggz, dan wel van een vergelijkbare architectuur en werkwijze.

²⁰⁴ Eenduidige registratie van toegepaste interventies in de ggz, AKWA ggz, november 2023

Randvoorwaarden voor de uitvoering

Dit voorstel verhoogt de administratieve lasten niet zolang verplichte certificeringen en visitaties worden beperkt. Het is een noodzakelijke randvoorwaarde dat deze ruimte voor administratieve lasten wordt gecreëerd.

Juridische toets

Artikel 7 van de Wkkgz biedt houvast voor leren en verbeteren. In dit artikel staat het volgende:

- De zorgaanbieder draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
- De verplichting van het eerste lid houdt, de aard en omvang van de zorgverlening in aanmerking genomen, in:
 - het *op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg op zodanige wijze dat de gegevens voor eenieder vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie;*
 - het aan de hand van de gegevens, bedoeld in onderdeel a, op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering van [artikel 3, eerste lid](#), leidt tot goede zorg;
 - het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld in onderdeel b, zo nodig veranderen van de wijze waarop [artikel 3](#) wordt uitgevoerd.

Artikel 7 van de Wkkgz gaat uit van een systematische kwaliteitscontrole waarvoor de zorgaanbieder zorg moet dragen. Daarin speelt ook het leren en verbeteren een rol. De zorgaanbieder moet gegevens over de kwaliteit van zorg zodanig registreren, dat ze vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders in dezelfde categorie. Na toetsing volgt bijstelling van de organisatie en kwaliteit.

Planning

Verdere uitwerking van dit voorstel neemt een jaar in beslag. In 2027 start de implementatie van de transparantieladder. Hiervoor is het nodig dat de benoemde stappen onder de kop 'wat we concreet gaan doen' in 2026 zijn uitgevoerd.

25. Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype

Omschrijving van de beleidsoptie

Prestaties en tarieven voor de ggz worden gedifferentieerd naar zorgvraagtype, zodat het voor aanbieders aantrekkelijker wordt om complexe hulpvragen te prioriteren.²⁰⁵ Koppeling van de zorgvraag aan te declareren zorgprestaties zorgt ervoor dat vergoeding plaatsvindt op basis van de zorgvraag van de patiënt en niet op basis van het zorgaanbod van zorgaanbieders. In technischer bewoordingen: de ggz wordt functioneel bekostigd.

De NZa vervangt de bestaande indeling van prestaties en tarieven naar o.a. settings en beroepen door een indeling naar zorgvraagtypering. Lichtere zorgvraagtyperingen (in ieder geval zorgvraagtype 1 en 2) zullen een lager tarief kennen dan zwaardere zorgvraagtyperingen.

Rationale

Deze beleidsoptie ziet op kernoorzaak 3: het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek. Vanwege de zorgplicht hebben aanbieders een sterke positie tegenover financiers: ook voor lichte aandoeningen moet betaald worden. De vergoeding die aanbieders krijgen is nu niet gebaseerd op de zorgvraag van de patiënt, maar op het soort zorg dat wordt aangeboden. Daardoor wordt een inefficiënt groot aandeel van de zorgcapaciteit wordt aangewend voor de groep met lichte aandoeningen, ten koste van personen met complexere problematiek. Het zou daarom helpen om een directere koppeling te maken tussen de zorgvraag van de patiënt en de prestaties en tarieven die een zorgaanbieder mag declareren.

In het huidige Zorgprestatiemodel zit complexiteit ingebouwd in de productstructuur. Een complexere setting (zoals klinisch of hoogspecialistisch) of een hoger opgeleid beroep (zoals Psychiater of Klinisch psycholoog) hebben een hoger tarief dan een minder complexere setting (zoals vrijgevestigd of ambulant monodisciplinair) of een minder hoog opgeleid beroep (zoals Verpleegkundige of basispsycholoog). Laatstgenoemde hogere tarief is onafhankelijk van de complexiteit van de psychische aandoening. De complexiteit van de het zorgaanbod is dus slechts een proxy voor de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt. In aanvulling wordt de zorgvraag van patiënten in kaart gebracht via een zorgvraagtypering, maar dat is nog slechts een informatie-element. De prestaties en tarieven worden er nog niet op gebaseerd.

Passender zou zijn om complexiteit in de bekostiging vorm te geven aan de hand van de zorgvraag van de patiënt. Een complexe vraag betekent dan een hoog tarief, waarmee de zorgaanbieder een passende beroepsmix in een complexe setting kan inzetten. Zorgvraagtypering is niet perfect, maar het beste middel dat voorhanden is. Er is geen beter alternatief. Zorgvraagtypering draagt vooral bij aan sturing op groepsniveau. De inzet van zorgvraagtypering is erop gericht om de schaarse capaciteit in de ggz evenwichtig te verdelen. Zo zorgt vergoeding op basis van de zorgvraag van de patiënt ervoor dat complexe patiënten passende zorg krijgen.

205 Zorgvraagtypering is een hulpmiddel bij keuzes over inzet van zorg bij groepen patiënten. Het zorgvraagtype geeft een momentopname van de problematiek van de patiënt en maakt de zwaarte van de zorg die nodig is duidelijker. Als een patiënt wordt verwezen naar de ggz stelt de regiebehandelaar in de diagnostische fase het juiste zorgvraagtype vast. Hij scoort hiervoor de vragen van de HoNOS+-vragenlijst op basis van verkregen informatie en de klinische indruk. Op logische momenten in het behandelproces evalueert de regiebehandelaar het zorgvraagtype. Meer achtergrond in de Handleiding zorgvraagtypering (<https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2024/12/20241219-Handleiding-zorgvraagtypering-ggz.pdf>) en Beschrijving zorgvraagtypen (<https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2024/12/20241219-Beschrijving-zorgvraagtypen-ggz.pdf>).

Effecten

Deze beleidsoptie helpt aanbieders om voldoende complex aanbod te creëren, omdat daar een hoger tarief tegenover staat. Zo wordt voorkomen dat vooral 'lichte gevallen', met een beroep op de zorgplicht, zorgcapaciteit bezet houden wat uiteindelijk ten koste gaat van mensen met zwaardere problematiek. Daarbij wordt voorkomen dat er een belang is bij aanbieders om patiënten in een te complexe setting te behandelen.

Deze beleidsoptie helpt zorgverzekeraars het tekort van ingekochte complexe geestelijke gezondheidszorg op te lossen en geeft hen tegelijkertijd maatschappelijke legitimatie om zorgcapaciteit te verschuiven naar personen met complexere problematiek. Als er meer complexe zorg wordt ingekocht, zal het personeel het geld volgen en vindt er een verschuiving van arbeid plaats. Hierdoor kan de groep mensen met complexe multiproblematiek eerder en beter geholpen worden. Daarbij staat deze beleidsoptie niet op zichzelf, maar sluit aan bij de andere beleidsopties in de beweging van het verschuiven van mensen en geld naar patiënten met een complexe zorgvraag.

Risico van deze beleidsoptie is upcoding van zorgvraagtypering (oftewel het bewust zwaarder inschalen van patiënten). Dat zou gemonitord kunnen worden ten opzichte van de bestaande situatie. Aan de andere kant is zorgvraagtypering bedoeld om patiëntgroepen in beeld te krijgen en zijn de precieze tarieven die aanbieders en inkopers afspreken mede afhankelijk van de situatie in hun regio. Het gaat om de grote beweging van middelen richting complexe zorg en niet om precieze sturing per patiënt.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Betere toegankelijkheid is het doel van deze maatregel, voor mensen die dat het hardste nodig hebben. Mensen met de meest complexe aandoeningen die nu van het kastje naar de muur worden gestuurd zullen makkelijker een plek vinden. Omgekeerd zal de toegankelijkheid voor mensen met lichte GGZ-vraag afnemen. Herverdeling van geld richting complexe hulpvragen heeft als immers keerzijde dat voor lichte ggz minder geld beschikbaar is. Er zijn mogelijk ook financiële gevolgen voor aanbieders van lichte GGZ. Daar zal gezocht moeten worden hoe deze zorg zo goed mogelijk vorm krijgt binnen de mogelijkheden, door bijvoorbeeld meer gebruik van groepen, digitale hulp en kortere behandelingen, maar dat valt verder buiten de scope van deze beleidsoptie.

De kwaliteit van zorg verandert door deze maatregel niet.

De betaalbaarheid van de ggz als geheel verandert ook niet. Uitgangspunt van deze beleidsoptie is herverdeling van bestaande schaarste. Verzekeraars zullen moeten sturen op een andere verdeling van zorg, met gelijkblijvende middelen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0	0	0	0	0	0	2026

Uitgangspunt van deze beleidsoptie is herverdeling van bestaande schaarste. Deze optie beoogt om binnen de bestaande beschikbare financiën te blijven en geen effect te hebben op de

bestaande arbeidsmarkt en macrobudget. Dat kan betekenen dat de afname van lichtere ggz relatief groot is, om een kleinere toename aan specialistische ggz te financieren, omdat zwaardere ggz duurder is dan lichtere ggz. Het is aan verzekeraars om deze tarieven zo te stellen dat deze verplaatsing van zorg niet leidt tot een stijging van de totale zorguitgaven.

Uitvoerbaarheid

De minister vraagt de NZa te adviseren en te toetsen hoe het differentiëren van de prestaties en tarieven naar zorgvraagtype het meest passend zou kunnen. Is zorgvraagtypering het beste middel om complexe hulpvragen te prioriteren? Is het mogelijk om in één keer over te stappen naar prestaties en tarieven per zorgvraagtype en de settingen en beroepen volledig uit te faseren? Of zijn er beter passende manieren om zorgvraagtypering in de prestatiestructuur te introduceren, zoals differentiatie naar zorgvraagtype per setting en daarmee alleen de beroepen te vervangen als kostenbepalend element in de tarieven?

De minister van VWS moet de NZa een aanwijzing geven om prestaties en tarieven voor de ggz te differentiëren naar zorgvraagtype. De minister onderzoekt of een aanpassing van het wettelijk kader noodzakelijk is.

26. Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden

Omschrijving van de beleidsoptie

De maatregel betreft het hoger vaststellen van de groei van curatieve GGZ zorguitgaven ten laste van de groei van de andere curatieve zorgsectoren via af te spreken akkoorden. Deze verschuiving van groei ruimte is per saldo neutraal omdat de extra groei van de GGZ betaald wordt met even grote kostenbesparende maatregelen in andere curatieve sectoren. Voor zowel de GGZ als de betreffende overige curatieve zorgsectoren worden daarom akkoorden gesloten.

De verwachte groei in de Zvw wordt bepaald op basis van de onafhankelijke raming van het CPB. Het CPB raamt de groei van het zorgvolume door demografische ontwikkelingen, welvaartsgroei en overige groei door bijvoorbeeld epidemiologische of sociaal-culturele ontwikkelingen. VWS neemt deze groei over en raamt technisch hoe deze groei waarschijnlijk landt in deelsectoren in de curatieve zorg, op basis van dezelfde criteria en kenmerken als de CPB-raming. Samen met de geraamde budgettaire effecten van beleid, zoals prijs- en pakketmaatregelen, bepaalt dit de verwachte groei van de uitgaven per deelsector.

De ontwikkeling van de uitgaven in curatieve zorgsectoren kan worden beïnvloed met maatregelen. Dit kunnen maatregelen zijn die de overheid eenzijdig neemt, zoals eigen betalingen of een aanpassing van het verzekerde pakket. Het kan ook gaan om maatregelen die de overheid afsprekt in bestuurlijke akkoorden, bijvoorbeeld een afspraak dat verzekeraars en zorgaanbieders meer zorgvraag behandelen in de eerste lijn om zorg in de tweede lijn te voorkomen. Het huidige fiche is gericht op de mogelijkheid om in een akkoord hogere uitgaven af te spreken voor de GGZ. Bij uitblijven van een akkoord kan de overheid sectorale kaders ook eenzijdig bijstellen. Het ontbreken van commitment aan een budgettaire ontwikkeling en een inhoudelijke agenda betekent echter dat de kans kleiner is dat de beoogde aanpassing wordt uitgevoerd. Deze variant is nader uitgewerkt in de Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven (TWMZ).²⁰⁶

Rationale

Het is om mogelijk een beleidsvoorkeur te hebben om op onderdelen hogere uitgaven in de GGZ af te spreken. Het kan gaan om specifieke intensiveringswensen, zoals betere toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen te organiseren (zie beleidsoptie 27 voor een mogelijk intensiveringsdoel). Het kan ook gaan om een generieke voorkeur om relatief meer GGZ-aanbod te organiseren, bijvoorbeeld vanwege hogere verwachte maatschappelijke baten dan andere zorg (zie effecten).

In eerdere zorgakkoorden is de groei van de curatieve GGZ naar beneden bijgesteld ten gunste van andere sectoren. In afgelopen jaren waren overschrijdingen zichtbaar. De oorzaak is niet volledig te herleiden. Er kunnen veel verschillende factoren van invloed zijn geweest op een overschrijding, waaronder ook autonome ramingsafwijkingen. Een van de componenten van de raming is de mate waarin de vraag naar zorg toeneemt als inkomens stijgen, oftewel de inkomenselasticiteit. Ramingsafwijkingen kunnen bijvoorbeeld ontstaan wanneer de inkomenselasticiteit voor GGZ afwijkt van de uniforme inkomenselasticiteit die wordt aangenomen. Als mentale gezondheid (autonoom) verslechtert, en indien dit leidt tot een toename van de vraag naar GGZ, dan komt dit niet direct tot uiting in de raming en in het beschikbare budget. Om tot

²⁰⁶ Rapport Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven (2023), fiche 18, maatregel 2.

een andere verdeling tussen zorgsectoren te komen is het op basis van de huidige systematiek noodzakelijk om vanuit het Rijk concrete besparingsmaatregelen te treffen in andere sectoren.

Effecten

Het effect van specifieke intensiveringen in de GGZ is afhankelijk van de te maken afspraak in het bestuurlijk akkoord over de bestemming van deze middelen. Zie beleidsoptie 27 voor een mogelijk voorbeeld van een specifieke intensiveringsafpraak en de daarvan verwachte effecten.

Het is ook mogelijk een generiek hogere groei af te spreken, zonder afspraken over de bestemming van de extra middelen. Het effect daarvan is niet goed te voorspellen. Het is niet duidelijk hoe hogere uitgavengroei in dat geval tot uiting zal komen. Enerzijds kan meer budget leiden tot behandeling van meer personen of intensievere behandeltrajecten. Anderzijds kan er ook meer overbehandeling optreden. Door de aard van psychisch lijden is het niet eenduidig vast te stellen wanneer een cliënt beter is, waardoor overbehandeling slecht te toetsen is door de verzekeraar.

In de veronderstelling dat generiek hogere groei leidt tot meer behandeling is de maatschappelijke opbrengst afhankelijk van de marginale opbrengst van meer GGZ. In algemene zin zijn de maatschappelijke kosten van psychische klachten hoger dan van de meeste somatische aandoeningen, omdat ze zich op jonge leeftijd manifesteren en vertalen in chronische aandoeningen. Te denken valt aan arbeidsuitval, productiviteitsverlies, kosten voor het justitiële systeem en hogere kans op somatische aandoeningen. Uit verkennende onderzoeken komen positieve effecten van investeren in mentale gezondheid op overige sectoren naar voren.²⁰⁷ Het verplaatsen van budget van curatieve zorg naar de GGZ kan dus leiden tot lagere maatschappelijke kosten. Hoewel er voldoende bewijs is van de effectiviteit van behandelingen op individueel niveau is er echter nog weinig bekend over de effectiviteit op macroniveau.

Het vaststellen van een lager groeipercentage voor een sector, kan alleen tot een besparing leiden als het akkoord ook maatregelen bevat die de groei remmen. Zonder maatregelen zullen de andere sectoren hun lagere kaders overschrijden en moet dit gecompenseerd worden vanuit de GGZ om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. De negatieve effecten van de te maken afspraken over lagere groei zijn afhankelijk van de specifieke afspraken: welke sector moet bezuinigen om de hogere uitgaven in de GGZ te dekken? En hoe wordt de bezuiniging ingevuld?

De maximale omvang van een intensivering is afhankelijk van de absorptiecapaciteit van de sector. Op korte termijn kan een kleine toename van het groeipercentage voor de GGZ worden benut, aangezien in de GGZ in de afgelopen jaren overschrijding van het IZA-kader heeft plaatsgevonden. Daarboven is het de vraag of de middelen kunnen worden besteed zonder aanvullende sturing, omdat er schaarste aan personeel is. Bij arbeidsschaarste zal het vooral leiden tot hogere prijzen en loonvergoedingen. Op lange termijn is een sector waarschijnlijk meer aanpasbaar. Het kan met meer capaciteit en hogere prijzen aantrekkelijker worden om in de ggz te werken, waardoor een nieuw evenwicht op de arbeidsmarkt zal ontstaan.

²⁰⁷ RIVM. (2022). *Effectieve interventies en beleid: mentale gezondheid en preventie*. <https://www.rivm.nl/documenten/effectieve-interventies-en-beleid-mentale-gezondheid-en-preventie>

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

- De kwaliteit van de curatieve GGZ kan stijgen, maar de kwaliteit van de overige curatieve zorgsectoren kan juist afnemen doordat daar minder middelen voor beschikbaar zijn dan in het basispad.
- De toegankelijkheid van de curatieve GGZ stijgt in elk geval op de lange termijn, maar de toegankelijkheid van overige curatieve zorgsectoren kan juist afnemen.
- De betaalbaarheid blijft hetzelfde omdat overige curatieve zorgsectoren voor de groei van curatieve GGZ betalen.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden	0	0	0	0	0	0	2026

Deze beleidsoptie is budgetneutraal, omdat het hogere groeipad voor de curatieve GGZ ten koste gaan van het groeipad van de rest van de Zvw. Het effect per sector is afhankelijk van het gekozen percentage dat wordt herbesteed. Een akkoord dat een groeipad hanteert dat lager is dan het basispad van de zorguitgaven levert een besparing op. Om deze besparing te kunnen realiseren, zal het akkoord samen moeten gaan met afspraken over concrete doelmatigheidsmaatregelen.

Uitvoerbaarheid

- De maatregel is technisch uitvoerbaar, onder de voorwaarde dat alle curatieve zorgpartijen deelnemen aan nieuwe akkoorden waarin zij minder budget ontvangen ten gunste van de GGZ. Dat is de vraag omdat de beleidstrend de afgelopen jaren juist was minder groei GGZ en meer naar de anderhalve lijn (zoals huisartsen).
- Deze optie is pas mogelijk als de huidige akkoorden met veldpartijen afgelopen zijn.
- Het kost zo'n 6-8 maanden tijd om akkoord te sluiten. Daarnaast moet het op tijd duidelijk zijn voor verzekeraars hun premie gaan vaststellen (richtlijn voor de zomer).

Juridische toets

De maatregel is juridisch houdbaar onder de voorwaarde dat alle curatieve zorgpartijen deelnemen aan nieuwe akkoorden waarin zij minder budget ontvangen gunste van de GGZ, juridisch haalbaar. De macrodeelnaders binnen de Zvw moeten echter worden overgeschreden door zorgverzekeraars als dit nodig is om aan de zorgplicht te voldoen. De wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraars prevaleert boven de macrodeelnaders van de Zvw. In theorie betekent dit dat korten in groeipercentages van sectoren (zonder remmende maatregelen) niet leidt tot minder kosten voor die sector. In de praktijk kan de groeiruimte echter ook tot uiting komen in de budgetafspraken tussen aanbieder en verzekeraar.

27. Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT

Omschrijving van de beleidsoptie

Een structurele investering in de acute ggz, specifiek in de HIC (High Intensive Care) en IHT (Intensive Home Treatment) om daarmee de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg te vergroten. De middelen worden geïnvesteerd in meer capaciteit, behoud van capaciteit en het vergroten van de kwaliteit van het aanbod.

Rationale

Voor mensen met een hoogcomplexere zorgvraag moet voldoende, passend zorgaanbod zijn: cruciale ggz. De afgelopen jaren hebben we gezien dat zorgaanbieders cruciaal ggz-aanbod hebben moeten sluiten. De redenen voor sluitingen waren meervoudig en kennen soms ook zorginhoudelijke of beleidsmatige redenen, maar vaak speelden financiële redenen een rol. Om de toegang tot zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag te verbeteren, is het van belang dat er voldoende aanbod beschikbaar is.

De zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek komt om verschillende redenen onvoldoende tot stand. Zorgaanbieders hebben onvoldoende belang bij het prioriteren van deze groep en de arbeidsmarkttekorten zijn groot. Ook staat de inkoop van deze zorg op gespannen voet met de voorwaarden voor een goed functionerende markt, waardoor er in de zorginkoop onvoldoende op de zorg voor mensen met ernstige problematiek kan worden gestuurd (kernoorzaak 3, IBO-analyse mentale gezondheid en ggz).

Het ontbreken van voldoende passend zorgaanbod, onder meer als gevolg van sluitingen, heeft grote gevolgen voor de patiënt. Niet alleen omdat een stabiele omgeving van groot belang is voor een geslaagde behandeling, maar ook omdat er vaak weinig passend alternatief aanbod is. Uit verschillende rapporten van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV) blijkt dat (ambulante) zorg voor patiënten met complexe zorgvraag niet op orde is.²⁰⁸ Ook zijn er verschillende (wetenschappelijke) rapporten die wijzen op ongewenste financiële prikkels in de individuele contractering voor zware en complexe zorgvragen in de ggz.²⁰⁹

Effecten

Het beoogde effect is betere beschikbaarheid en kwaliteit van het HIC en IHT aanbod. De investering kan besteed worden aan de volgende categorieën:

- Meer capaciteit. Er wordt geïnvesteerd in meer beschikbare bedden en in meer (ondersteunend) personeel.
- Het behouden van capaciteit. Er wordt geïnvesteerd in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van het personeel, bijvoorbeeld door de werkdruk te verlagen, (bij)scholingsmogelijkheden te bieden en de samenwerking met ketenpartners te verbeteren.

²⁰⁸ Zie bijvoorbeeld:

- Toezicht op de ambulante ggz: IGJ. (2018) *Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen*. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/toezicht-op-ambulante-ggz>
- OVV (2018). *Zorg voor veiligheid – Veiligheid van mensen met een ernstig psychische aandoening en hun omgeving* <https://onderzoeksraad.nl/onderzoek/zorg-voor-veiligheid-veiligheid-van-mensen-met-een-ernstige>
- IGJ & NZa (2025). *Toezicht op de samenwerking voor toegankelijke ggz en passende zorg* <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/publicaties/rapporten/2025/05/27/toezicht-op-de-samenwerking-voor-toegankelijke-ggz-en-passende-zorg>

²⁰⁹ Algemene Rekenkamer (2023). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Varkevisser, Van de Ven, Schut in Zorgvisie (2023) over oplossingsrichtingen om contracten tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders te bevorderen*.

- Het verbeteren van de kwaliteit. Er wordt gewerkt aan een toereikend aanbod in de dagbesteding en voldoende tijd om de naasten van de patiënt te betrekken. Daarnaast dragen de eerdergenoemde (bij)scholingsmogelijkheden ook bij aan de kwaliteit.

De genoemde investeringen sluiten aan bij knelpunten in de HIC en IHT, die onder meer volgen uit een uitvraag onder verpleegkundigen van de Vereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) op de HIC, de actieaanpak van het Zorginstituut Nederland (ZIN)²¹⁰ en gesprekken van MIND met ervaringsdeskundigen. Hieruit blijken onder meer de volgende knelpunten:

- Er is een tekort aan professionals binnen de acute keten, waardoor de werkdruk hoog ligt. Door de hoge werkdruk is er weinig hersteltijd voor professionals. Dit leidt tot ziekteverzuim. Om het verzuim en/of tekort aan personeel op te vangen worden er vaak tijdelijke krachten ingezet. Deze inzet is echter duur en draagt niet bij aan de gewenste kwaliteit en stabiliteit van de zorg.
- De arbeidsvoorwaarden, waaronder salaris en werkdruk, en gebrek aan opleidingskansen en doorgroeimogelijkheden, maken klinieken minder aantrekkelijke werkplekken dan ambulante zorg, terwijl de complexiteit van de zorg over het algemeen groter is.
- De balans over de leeftijdsgroepen in het personeelsbestand is onvoldoende, voornamelijk jonge en oudere collega's. De middengroep ontbreekt, omdat die vaker kiest voor de ambulante zorg vanwege de werk-privé balans. Juist deze middengroep is van belang om jonge collega's goed mee te nemen in het werk en te verbinden aan oudere collega's en zo te zorgen voor behoud van personeel.
- De verpleegkundige identiteit binnen de acute keten wordt gemist. Agressie binnen de acute opname afdelingen neemt toe. Cliënten ervaren een verschaald aanbod bijvoorbeeld op het gebied van dagactiviteiten. De tijd om familie en naasten voldoende te betrekken is beperkt.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De toegankelijkheid en kwaliteit binnen de cruciale ggz zijn sterk afhankelijk van voldoende beschikbare capaciteit. Dit hangt samen met voldoende (continuïteit van) deskundig personeel. Het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, uitbreiden van de (personele) capaciteit en verbeteren van de kwaliteit van zorg dragen daarmee bij aan betere toegankelijkheid en kwaliteit.

Financiële effecten voor de begroting

Er is geen raming beschikbaar van de extra investering die nodig zou zijn om te komen tot een specifieke hoeveelheid extra capaciteit of kwaliteitsverbetering. Daarvoor zou een investeringsplan moeten worden uitgewerkt en doorgerekend. Hieronder staat wel hoe groot mogelijke reserveringen voor dit doel zouden zijn in verhouding tot de HIC en IHT.

De HIC en IHT zorg zijn niet afgebakend op basis van prestaties. Daarom moet worden gewerkt met een schatting. Dit doen wij voor HIC op basis van het volgende:

- De totale kosten voor patiënten die gebruik maken van intramuraal verblijf (inclusief consulten) bedroegen in 2022 circa 1,4 miljard (31,1% van totale schadelast ggz).
- De totale kosten voor patiënten voor verblijfsdagen D t/m H (gemiddelde verzorgingsgraad t/m high intensive care, incl. consulten) bedroeg in 2022 circa 1,3 miljard.²¹¹

²¹⁰ Zorginstituut Nederland (n.d.) Toegankelijke cruciale ggz. Via: [Toegankelijke cruciale ggz | Zorginstituut Nederland](#)

²¹¹ Zorginstituut Nederland (2024). Analyse macrokader ggz 2022

Het is aannemelijk dat ongeveer een derde van de kosten van intramuraal verblijf aan HIC zorg wordt besteed, omdat dit dure zorg is door het intensieve karakter. Daarmee schatten wij dat de kosten voor HIC ongeveer € 500 miljoen bedragen. Dit komt overeen met een recente uitvraag aan de zes grote instellingen.²¹² Ook voor de IHT zorg is een uitvraag gedaan aan deze zes grote instellingen.²¹³ De kosten voor IHT zorg worden geschat op € 195 miljoen. Het overgrote deel van deze kosten betreft personeelskosten.

In de tabel zijn mogelijke intensiveringsreeksen opgenomen voor 22,5% en 10% van de grondslag. Hoewel geen specifieke raming beschikbaar is, zijn dergelijk omvangrijke extra middelen aannemelijk als orde grootte voor impactvolle investeringen. Een verhoging van 22,5% zou structureel € 155 miljoen bedragen en een verhoging van 10% € 70 miljoen. Deze middelen worden aan het macrokader ggz toegevoegd. In beide gevallen wordt uitgegaan van een ingroeipad, omdat aannemelijk is dat het tijd kost om extra capaciteit te organiseren.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC	STRUC IN
Variant 22,5%	0	50	100	155	155	155	2029
Variant 10%	0	50	70	70	70	70	2028

Uitvoerbaarheid

De ophoging van het macrokader ggz moet samengaan met randvoorwaarden om te borgen dat de middelen daadwerkelijk ten goede komen aan patiënten met een complexe hulpvraag. Immers, gegeven de context waarin de randvoorwaarden voor een goed functionerende markt ontbreken (zie rationale, kernoorzaak 3 IBO), bestaat een risico dat additionele middelen zonder aanvullende afspraken niet worden besteed aan de gewenste doelen.

Randvoorwaarden voor doelgerichte besteding van middelen kunnen geborgd worden door het formuleren van een heldere afbakening en landelijke normen over de beschikbaarheid en kwaliteit van de HIC en IHT. Hiervoor ligt een verantwoordelijkheid bij veldpartijen en is bestuurlijk draagvlak nodig. Dit zou per 2027 (gegeven de inkoop in jaar t-1) van kracht kunnen zijn.

Eventueel kan deze maatregel samengaan met de invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie. De NZa onderzoekt momenteel in opdracht van VWS in hoeverre budgetbekostiging met inkoop in representatie kan bijdragen aan het borgen van de beschikbaarheid van de HIC en IHT. Besluitvorming over de daadwerkelijke invoering volgt na het NZa advies. Budgetbekostiging is geen randvoorwaarde voor het toekennen van extra middelen. Als wordt gekozen voor budgetbekostiging, zijn er wel redenen om het toekennen van extra middelen parallel te laten plaatsvinden:

- Het samengaan van budgetbekostiging met inkoop in representatie borgt dat ook contractueel aparte afspraken worden gemaakt voor specifiek de HIC en IHT, waarin de afspraken over investeringsdoelen kunnen meelopen.
- De sector wordt niet geconfronteerd met een stapeling aan wijzigingen en ervaart daarmee meer stabiliteit.

²¹² Op basis van een uitvraag aan zes grote instellingen door dNLGGZ in Q2 2025 worden de kosten geschat op € 480 miljoen.
²¹³ Uitvraag gedaan onder aanbieders door de NLggz in Q2 2025.

De NZa is gevraagd of het mogelijk is om in 2028 budgetbekostiging in te voeren. Dat zou betekenen dat middelen een jaar later worden toegekend dan in bovenstaande reeks opgenomen. Naar verwachting is de wijziging van de bekostiging an sich budgetneutraal. Dat is eveneens meegegeven als randvoorwaarde in de adviesaanvraag aan de NZa. Mocht uit het advies blijken dat invoering van budgetbekostiging alleen kan met meerkosten, dan zouden de investeringsmiddelen ook deels voor deze meerkosten kunnen worden gebruikt.

28. Uitstroom uit de ggz bevorderen via nazorg en terugvalopties

Omschrijving van de beleidsoptie

Er zijn verschillende manieren waarop de uitstroom van patiënten uit de ggz bevorderd kan worden. Dit kan bijvoorbeeld door strakkere afspraken te maken over behandeldoelen en/of door passende behandelduur te definiëren (zie o.a. optie 9). Dit kan ook door het realiseren van (meer) terugvalopties of nazorgaanbod na afronding van een behandeling in de ggz (met name voor patiënten met een chronische aandoening – zoals de EPA-doelgroep – met wie het (tijdelijk) beter gaat); daarover gaat het onderhavige fiche.

In het AZWA is een eerste stap gezet met afspraken die sectorpartijen gaan maken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Aanvullend maakt de overheid afspraken met sectorpartijen over het uitbreiden van het aanbod aan passende nazorg- of terugvalopties. Hiervoor zal de overheid financiële randvoorwaarden creëren. Gedacht kan worden aan:

a) Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts²¹⁴

Veel patiënten in de ggz ervaren problemen op meerdere levensdomeinen. Dat een behandeling in de ggz (tijdelijk) is afgerond, wil niet zeggen dat iemand geen behoefte meer heeft aan een andere vorm van zorg of ondersteuning. Naar analogie van het 'verkennend gesprek' wordt – voor bepaalde patiëntgroepen, zoals de EPA-doelgroep – een overdrachtsgesprek tussen patiënt, ggz, sociaal domein en/of huisarts mogelijk gemaakt. Dit gesprek heeft tot doel gezamenlijk te verkennen wat iemand nodig heeft op het moment dat de behandeling in de ggz stopt. Dit moet bijdragen aan terugvalpreventie, en biedt tevens de mogelijkheid voor een warme overdracht van ggz naar huisarts/sociaal domein. De overheid zal onder meer moeten zorgen voor een passende betaaltitel voor deelname van (zorg)professionals aan dit gesprek. Hiervoor zal moeten worden bekeken of een duiding van het Zorginstituut nodig is, en wat hiervoor nodig is op het gebied van bekostiging (NZa).

b) Het uitbreiden van het verkennend gesprek

Een uitgebreidere variant is het mogelijk maken dat - wanneer tijdens het verkennend gesprek blijkt dat een cliënt zowel ggz-problematiek als sociale en/of financiële problemen heeft - het sociaal domein, de ggz (en eventueel de huisarts) op meerdere momenten gedurende de ggz-behandeling samen met de cliënt bespreken wat hij/zij nodig heeft. Besproken wordt of de ingezette zorg en/of ondersteuning moet worden gecontinueerd, aangepast of beëindigd (bijvoorbeeld beëindigen ggz-behandeling, start ondersteuning vanuit sociaal domein). Dit kan onnodig doorbehandelen in de ggz tegengaan. Ook hiervoor zal moeten worden bekeken of een duiding van het Zorginstituut nodig is, en wat hiervoor nodig is op het gebied van bekostiging (NZa).

c) Strippenkaart/waakvlamcontact

De overheid verkent met sectorpartijen wat mogelijkheden zijn om bepaalde patiëntgroepen – zoals patiënten in de specialistische ggz - na afronding van een ggz-behandeling een 'strippenkaart' te geven voor een aantal korte consultmomenten bij een ggz-professional die zij in de toekomst kunnen inzetten, zonder eerst op de wachtlijst voor ggz-zorg te komen. Inzet van de strippenkaart kan eventueel via de huisarts. Bijvoorbeeld: na behandeling van

²¹⁴ Zie ook optie 4 (verbeteren kennis en bewustwording huisartsen over geldzorgen/schulden i.c.m. mentale problemen).

depressie krijgt iemand een strippenkaart met 5 strippen die hij binnen een jaar kan inzetten als hij zich weer slechter voelt.

d) Versnelde instroom in de ggz

Een verdergaande beleidsoptie is om te verkennen of de overheid en sectorpartijen afspraken kunnen maken die regelen dat bepaalde patiëntgroepen – zoals de EPA-doelgroep - bij terugval versneld terug kunnen instromen in de ggz zonder dat zij weer op de wachtlijst terecht komen. Dit maakt de drempel om een behandeling te stoppen als het (tijdelijk) beter gaan lager, omdat behandelaar, huisarts en patiënt weten dat er passende zorg beschikbaar is als dit nodig is.

e) Versterken consultatie van de ggz door de huisarts en het sociaal domein

Consultatie wordt nu vaak ingezet om 'aan de voorkant' te bepalen welke zorg of ondersteuning voor iemand passend is, waardoor doorverwijzing naar de ggz soms voorkomen wordt. Ook in de nazorg kan consultatie een nadrukkelijker rol krijgen. Hieronder valt bijvoorbeeld consultatie door de huisarts bij de psychiater over (herhaal)medicatie, rekening houdend met de richtlijn 'Herhalen specialistische medicatie van de NHG'.

Deze opties zouden nog met de sector verder moeten worden verkend op haalbaarheid en wenselijkheid (wat zou bijvoorbeeld de juiste doelgroep voor een specifieke maatregel zijn?).

Rationale

Deze beleidsoptie sluit met name aan bij de kernoorzaak dat de vraag naar ggz aanzienlijk groter is dan het aanbod. Dit leidt tot groeiende wachtlijsten en het risico dat juist de mensen die de zorg en ondersteuning het hardst nodig hebben deze niet krijgen. Eén van de factoren die bijdragen aan de grote vraag is het risico op overbehandeling van zowel mensen met een lichte als een complexe hulpvraag. Aan dit risico dragen verschillende mechanismen bij. Ten eerste dat zorgprofessionals en zorginstellingen medisch aansprakelijk zijn voor hun patiënten en professionals onder het tuchtrecht vallen. Dat kan ertoe leiden dat een zorgprofessional liever te veel doet dan te weinig, om er zeker van te zijn dat het na uitstroom uit zorg goed gaat met de patiënt. Wat daar ook aan bijdraagt is dat patiënt en behandelaar vaak een band opbouwen, waardoor het voor een behandelaar ingewikkeld kan zijn om een behandeling af te ronden als een patiënt net voldoende functioneert maar nog niet goed. Ten tweede wordt bekostigd op basis van productie en is behandelduur niet gereguleerd. Hierdoor sturen bekostiging en regulering niet op het beperken van het aantal behandelingen.

Om de huidige wachtlijsten in de ggz aan te pakken en ervoor te zorgen dat vooral mensen met complexe problemen tijdig passende zorg krijgen, is het belangrijk dat er meer capaciteit in de ggz beschikbaar komt. Het bevorderen van uitstroom uit de ggz kan hier een bijdrage aan leveren. Zeker bij mensen met chronische problematiek kan het beëindigen van een behandeling als het (tijdelijk) beter gaat door zowel patiënt als behandelaar als spannend worden ervaren. Het bieden van passende ondersteuning en nazorg en het creëren van terugvalopties kunnen ruimte bieden om de behandeling (tijdelijk) te beëindigen, en de patiënt over te dragen van de ggz naar de huisarts en/of het sociaal domein. Mensen blijven hierdoor niet onnodig in de ggz, wat ruimte biedt voor behandeling van andere patiënten.

Effecten

- Het beoogde effect van deze maatregel is het bevorderen van de uitstroom uit de ggz, waardoor er meer behandelcapaciteit beschikbaar komt, die ingezet kan worden ten behoeve van patiënten met complexe problematiek. Het bieden van terugvalopties maakt het voor zowel ggz-behandelaar, huisarts als patiënt comfortabeler om de behandeling (tijdelijk) te beëindigen, en de patiënt over te dragen van de ggz naar de huisarts. Mensen blijven hierdoor niet onnodig in de ggz.
- Een warme overdracht, het borgen van passende ondersteuning/nazorg dragen bij aan het verminderen van terugval en het gevoel dat iemand niet aan zijn lot wordt overgelaten.
- Goede afstemming tussen ggz, sociaal domein en huisarts én het borgen van terugvalopties kan de drempel verlagen om patiënten over te dragen van ggz naar huisarts.
- Als de uitstroom uit de ggz wordt bevorderd, bestaat het risico dat de druk op de huisartsenzorg toeneemt. Aan de andere kant zullen huisartsen ook minder druk en meer handelingsperspectief ervaren wanneer er meer terugvalopties richting de ggz komen en de mogelijkheden voor consultatie met de ggz uitgebreid worden.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

- **Kwaliteit:** mensen ontvangen de zorg en ondersteuning die op een bepaald moment past bij hun hulpvraag. Behandeling in de ggz kan bij bepaalde patiëntgroepen eerder/tijdelijk worden afgerond (geen onnodige doorbehandeling), omdat betere nazorg/ondersteuning wordt georganiseerd en er bij terugval snel weer zorg beschikbaar is.
- **Toegankelijkheid:** deze beleids optie stimuleert snellere uitstroom uit de ggz. Op deze manier kan ruimte worden gecreëerd voor nieuwe patiënten, wat bijdraagt aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Deze maatregelen kunnen dus de toegankelijkheid verbeteren.
- **Betaalbaarheid:** de betaalbaarheid van als geheel zal door deze maatregel op de korte termijn niet veranderen, mede door de lange wachtlijsten in de ggz. Voor alle – nog met de sector te verkennen – beleids opties uit dit fiche geldt dat op korte termijn investeringen nodig zijn – bv. in uitbreiding consultatiefunctie en ‘verkenkend gesprek’ - en de baten pas op langere termijn zichtbaar zijn.

Financiële effecten voor de begroting

Optie 28a, overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts:

- Het voorstel is dit gesprek alleen voor bepaalde patiëntgroepen, zoals de EPA-doelgroep, in te voeren.
- Na de invoering van het zorgprestatie model is de definitie van de EPA-doelgroep gewijzigd, waardoor het aantal mensen dat hieronder viel flink is afgenomen. Op dit moment is Vektis echter bezig met een aanpassing van de definitie; de verwachting is dat het aantal EPA-patiënten weer in de buurt zal komen van vóór de invoering van het zorgprestatie model, aldus Vektis. Dat waren ongeveer 200.000 patiënten.
- Onbekend is hoeveel EPA-patiënten jaarlijkse uit de ggz stromen. We weten wel dat voor 2022 jaarlijks ongeveer 41.000 mensen uit de EPA-doelgroep stroomde.²¹⁵ Het is uiteraard mogelijk dat deze mensen desondanks nog steeds ggz-zorg ontvangen, maar het aantal mensen uit de EPA-doelgroep dat jaarlijks uit de ggz stroomt bedroeg in de jaren voor 2022 dus maximaal 41.000 personen. Omdat het totale aantal EPA-patiënten ongeveer stabiel is gebleven, gaan we er in deze berekening vanuit dat de jaarlijkse uitstroom ook ongeveer stabiel is gebleven.

²¹⁵ Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). (2022, 2 september). Vektis - Business Intelligence Centrum Voor de Zorg. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>

- Voor deze berekening gaan we er verder vanuit dat de kosten ongeveer gelijk zijn aan de kosten van het verkennend gesprek, plus de kosten voor deelname van de huisarts; totaal ongeveer €450. De kosten van een verkennend gesprek zijn €350 (€250 ten laste van de Zvw en €100 ten laste van het sociaal domein). We gaan er daarnaast vanuit dat de kosten voor deelname van de huisarts aan het gesprek op ongeveer €100 per gesprek liggen. Dit is gebaseerd op de volgende aannames:
 - het gaat om de huisarts waar de patiënt bij is ingeschreven (die ontvangt naast deze kosten namelijk ook een inschrijftarief per patiënt; voor patiënten die niet bij hem zijn ingeschreven zouden hogere tarieven moeten gelden);
 - een gesprek duurt in de regel 1 uur;²¹⁶
 - voor de deelname van de huisarts wordt een aparte prestatie opgesteld, waarvan het tarief ongeveer tussen de prijs van 6x een regulier consult (van 10 minuten) en een uur in de avond op de huisartsenpost ligt -> ongeveer 100 euro per uur.
- NB. Het zou kunnen dat dit tarief hoger moet liggen indien de verwachting is dat de huisarts overwegend/altijd op locatie (in plaats van online) aan het gesprek deelneemt.
- Doel van deze optie is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van terugval. Gezien de onzekerheid van dit effect is dit niet meegenomen in de onderstaande financiële reeks.
- Er moet een aparte prestatie worden opgesteld voor deelname van de huisarts aan dit gesprek; dit kost minimaal 1,5 jaar (en een nieuwe prestatie treedt in werking op 1 januari van een bepaald jaar). Daarom wordt er in onderstaande reeks vanuit gegaan dat de optie vanaf 2028 tot uitgaven leidt.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
28a. overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts	0	0	19	19	19	19	2028

Optie 28b, het uitbreiden van het 'verkennend gesprek':

- Uit de businesscase 'verkennend gesprek' blijkt dat 6000 mensen per jaar zowel naar sociaal domein als naar de ggz worden doorverwezen.²¹⁷
- De aanname is gemaakt dat mensen gemiddeld 1 jaar ggz-behandeling krijgen, waarbinnen 2 gesprekken worden gevoerd.
- De kosten van het verkennend gesprek zijn €450: €350 ten laste van de Zvw (€250 voor de ggz en €100 voor de huisarts) en €100 ten laste van het sociaal domein. Daarbij is ervan uitgegaan dat de huisarts aan ieder gesprek deelneemt. Verder zijn – overeenkomstig optie 1a – de volgende aannames gehanteerd:
 - het gaat om de huisarts waar de patiënt bij is ingeschreven (die ontvangt naast deze kosten namelijk ook een inschrijftarief per patiënt; voor patiënten die niet bij hem zijn ingeschreven zouden hogere tarieven moeten gelden);
 - een verkennend gesprek duurt in de regel 1 uur;²¹⁸

²¹⁶ Zorginstituut Nederland. (2024). Verkennend Gesprek - Mentale Gezondheidsnetwerken. In <https://www.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/28/standpunt-verkennend-gesprek/Standpunt+verkennend+gesprek.PDF>.

²¹⁷ Businesscase Mentale gezondheidsnetwerken 2025-2028 - Mentale gezondheidsnetwerken. (2024, 24 juni). Mentale Gezondheidsnetwerken. <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/businesscase-mentale-gezondheidsnetwerken-2025-2028/>

²¹⁸ Zorginstituut Nederland. (2024). Verkennend Gesprek - Mentale Gezondheidsnetwerken. In <https://www.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/28/standpunt-verkennend-gesprek/Standpunt+verkennend+gesprek.PDF>.

- voor de deelname van de huisarts wordt een aparte prestatie opgesteld, waarvan het tarief ongeveer tussen de prijs van 6x een regulier consult (van 10 minuten) en een uur in de avond op de huisartsenpost ligt -> ongeveer 100 euro per uur.
- NB een verkennend gesprek kan op locatie of online plaatsvinden. Het zou kunnen dat dit tarief hoger moet liggen indien de verwachting is dat de huisarts overwegend/altijd op locatie aan het gesprek deelneemt.
- Deze maatregel kan ertoe leiden dat onnodig doorbehandelen in de ggz wordt tegengegaan, wat ertoe zou leiden dat de gemiddelde behandelduur afneemt. Gezien de onzekerheid van dit effect is dit niet meegenomen in de onderstaande financiële reeks.
- Er moet een aparte prestatie worden opgesteld voor deelname van de huisarts aan dit gesprek; dit kost minimaal 1,5 jaar (en een nieuwe prestatie treedt in werking op 1 januari van een bepaald jaar). Daarom wordt er in onderstaande reeks vanuit gegaan dat de optie vanaf 2028 tot uitgaven leidt.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
28b, het uitbreiden van het 'verkennd gesprek'	0	0	5,4	5,4	5,4	5,4	2028

Optie 28c, strippenkaart/waakvlakcontact:

- Deze optie richt zich op bepaalde patiëntengroepen, zoals patiënten in de specialistische ggz.
- Volgens Vektis stroomden er in 2023 ongeveer 235.000 mensen uit de specialistische ggz (zij ontvingen in 2023 wel specialistische ggz, maar in 2024 niet meer; dit cijfer is gelijk aan de instroom van nieuwe cliënten in de specialistische ggz in 2023). In 2024 stroomden er 246.000 nieuwe cliënten de specialistische ggz in. Uitstroomcijfers over 2024 zijn nog niet volledig, maar de aanname is dat er ook in 2024 ongeveer evenveel uitstroom was als instroom. Voor dit IBO rekenen we met de laatst bekende cijfers, dus een jaarlijkse uitstroom uit de specialistische ggz van 246.000 personen. NB indien het aantal patiënten in de ggz in de jaren na 2024 groeit, komen de uitgaven hoger uit.
- Niet iedereen zal de strippen gebruiken, en wie deze wel gebruikt zal niet altijd 5 strippen nodig hebben. Voor deze berekening gaan we uit van een gebruik van 2,5 strip per patiënt.
- De maximumtarieven voor een consult in de ggz zijn afhankelijk van onder meer de setting, type zorgverlener en duur van de behandeling. Voor deze berekening gaan we uit van een ambulante behandeling door een arts/specialist van 60 minuten. Hiervoor hanteert de NZa in 2026 het maximumtarief van (afgerond) €260.²¹⁹
- De kosten komen in deze berekening neer op (afgerond) €160.000.000 per jaar.
- Deze maatregel kan ertoe leiden dat onnodig doorbehandelen in de ggz wordt tegengegaan, wat ertoe zou leiden dat de gemiddelde behandelduur afneemt. Gezien de onzekerheid van dit effect is dit niet meegenomen in de onderstaande financiële reeks.
- Op dit moment is er na afronding van een ggz-behandeling binnen de Zvw geen financiering meer beschikbaar, tenzij er sprake is van een nieuwe diagnose of herstart van behandeling. Om dit aan te passen is tijd nodig. Daarom wordt er in onderstaande reeks vanuit gegaan dat de optie vanaf 2028 tot uitgaven leidt.

²¹⁹ Tariefbeschikking Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg TB/REG-26628-01 - Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_796313_22/ - zie bijlage 1.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC.IN
28c. Strippenkaart / waakvlakcontact	0	0	160	160	160	160	2028

Optie 28d, versnelde instroom in de ggz:

- Bij deze optie wordt een bepaalde doelgroep voorrang gegeven op de wachtlijst; dit brengt geen meerkosten met zich mee. Deze optie is dan ook budgetneutraal.
- Deze maatregel kan ertoe leiden dat onnodig doorbehandelen in de ggz wordt tegengegaan, wat ertoe zou leiden dat de gemiddelde behandelduur afneemt. Gezien de onzekerheid van dit effect is dit niet meegenomen in de onderstaande financiële reeks.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
28d, versnelde instroom in de ggz	0	0	0	0	0	0	2026

Optie 28e, versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein:

- Deze optie betreft een nadrukkelijker rol voor consultatie van de ggz in de nazorg, bijvoorbeeld door de huisarts als het gaat om (herhaal)medicatie.
- Cijfers over het aantal gevallen waarin deze vorm van consultatie wenselijk zou kunnen zijn ontbreken. (Ook cijfers over de inzet van de bestaande consultatiefunctie aan de voorkant ontbreken overigens nog.)
- Voor deze grove berekening wordt uitgegaan van de totale uitstroom uit de ggz per jaar, en worden de laatste bij Vektis bekende cijfers (van 2024) als uitgangspunt genomen; een uitstroom uit de ggz van 387.000 mensen per jaar. (Daarbij worden voor de uitstroomcijfers (nog niet bekend) de instroomcijfers gehanteerd, omdat uitstroom = instroom, aldus Vektis).
- Voor de bestaande consultatiefunctie geldt dat deze wordt bekostigd via een lumpsumbekostiging met een vrij tarief.²²⁰ Er is nog geen informatie beschikbaar over hoe dit in de praktijk uitpakt (gemiddelde kosten per consult). Voor dit fiche gaan we daarom uit van het maximumtarief in 2026 voor ambulante diagnostiek door een arts-specialist van 15 minuten van (afgerond) €103,00.²²¹

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
28e, versterken consultatie ggz door huisarts en sociaal domein	0	40	40	40	40	40	2027

Uitvoerbaarheid

Uitvoering van deze beleidsoptie vraagt voldoende capaciteit bij andere zorgverleners buiten de ggz (zoals de huisarts) en het sociaal domein. Ook zullen discussies rijzen over de behandelverantwoordelijkheid, bijvoorbeeld bij de variant van de strippenkaart.

De wenselijkheid en haalbaarheid van de subopties moet worden verkend samen met de overheids- en sectorpartijen en hierover moeten afspraken worden gemaakt. Het is vervolgens aan de overheid om te verkennen wat er nodig is op het gebied van aanspraak en bekostiging

²²⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 15 juni). Kamerbrief over Voorhangbrief domeinoverstijgende consultatiefunctie geestelijke gezondheidszorg. Kamerstuk | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/06/15/kamerbrief-over-voorhangbrief-domeinoverstijgende-consultatiefunctie-geestelijke-gezondheidszorg>

²²¹ Tariefbeschikking Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg TB/REG-26628-01 - Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_796313_22/ - zie bijlage 1.

(bijvoorbeeld of er een passende betaaltitel is) en of wet- en regelgeving aangepast moeten worden. Voor wat betreft de strippenkaart/waakvlamcontact is bijvoorbeeld van belang dat het nu zo is dat na afronding van een ggz-behandeling er binnen de Zvw geen financiering meer beschikbaar is, tenzij er sprake is van een nieuwe diagnose of herstart van behandeling. Ook is het van belang dat er aandacht is voor de regie bij het maken van afspraken tussen de betrokken zorgaanbieders. De IGJ kan hier in stimulerende zin aan bijdragen.

De uitwisseling van gegevens over de patiënt tussen het ggz-domein en het sociale domein heeft een wettelijk grondslag ter doorbreking van het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder/zorgverlener en regeling van de uitzondering op het verwerkingsverbod in artikel 9, eerste lid, AVG.

Wanneer de maatregelen kunnen worden ingevoerd is afhankelijk van verdere uitwerking.

29. Gezinsgericht werken

Omschrijving van de beleidsoptie

Psychische problematiek hangt sterk samen met de context waarin iemand leeft. Zo kan het huishouden of gezin waarin iemand leeft een belemmerende of een ondersteunende factor zijn voor psychisch herstel. Voor kinderen is het mentale welzijn van hun ouders sterk bepalend voor de wijze waarop zij (al dan niet mentaal gezond) opgroeien. Meer dan een kwart van de jongeren in Nederland groeit op met een ouder met psychische- of verslavingsproblematiek en heeft daardoor verhoogd risico op het zelf ontwikkelen van psychische, fysieke of gedragsproblemen en ook op problemen op school en met middelengebruik.²²² Circa 50% van de kinderen die te maken hebben met jeugdbescherming of jeugdhulp heeft één of meer ouders die in behandeling zijn van de ggz.²²³ Alleen inzet van hulp voor kinderen is dan dweilen met de kraan open, omdat zij blijven thuiskomen in een verwaarlozende, chaotische of onveilige thuissituatie.²²⁴ Om te voorkomen dat hier jarenlang jeugdzorg wordt ingezet of kinderen zelfs (gedwongen) uit huis worden geplaatst zonder dat naar de oorzaken van problemen wordt gekeken, is een gezinsgerichte benadering met (o.a.) inzet op het mentale welzijn van ouders cruciaal.

In de proeftuinen van het programma Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming zien we dat gerichte inzet van hulp voor ouders escalatie van problemen en uithuisplaatsingen kan voorkomen.²²⁵ Uit de evaluatie van een intensief samenwerkingsverband tussen veiligheidspartners en ggz voor deze gezinnen komt naar voren: 'op de korte termijn worden kosten voor onder andere uithuisplaatsingen, Veilig Thuis-meldingen en ondertoezichtstellingen vermeden. Op de lange termijn gaat het om het voorkomen van zaken als ouderverstoting, vechtscheidingen, onnodig lange traumabehandeling en overdracht van geweld naar volgende generaties.'²²⁶

Om een integrale gezinsgerichte aanpak met hulp voor kinderen én ouders in samenhang mogelijk te maken, zorgt de overheid in deze beleidsoptie voor meer ruimte, de juiste prikkels in het stelsel en aandacht in de volwassen-ggz (v-ggz) voor een gezinsgerichte werkwijze in samenwerking tussen zorg en ondersteuning vanuit het sociaal domein. Daarmee voorkomen we escalatie van problemen en bijbehorende oplopende zorgkosten op de korte termijn, en instroom in de volwassen ggz en andere vormen van hulpverlening /bijstand op de langere termijn door het gezonder opgroeien van een nieuwe generatie volwassenen.

²²² Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Kinderen uit de knel*. In <https://www.raadvr.nl/documenten/2023/12/06/kinderen-uit-de-knel>

²²³ CBS 2024, het gaat dan om ca. 235.000 kinderen. NB. het gaat om ouders die in behandeling zijn van de ggz, hierbij zijn ouders die nog op een wachtlijst staan voor de ggz of zorgmijndend zijn dus nog niet in meegenomen.

²²⁴ Groeipijp - Advies Deskundigencommissie over de Hervormingsagenda Jeugd. (2025). In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd>.

²²⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, 19 november). *Vijfde voortgangsrapportage Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming*. Rapport | Voor Jeugd & Gezin. <https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/toekomstscenario-kind-en-gezinsbescherming/documenten/rapporten/2024/11/06/vijfde-voortgangsrapportage-toekomstscenario-kind-en-gezinsbescherming>

²²⁶ Verwey Jonker Instituut. (2022). *Integrale behandeling van gezinsleden bij huiselijk geweld - Procevaluatie Switch*. Utrecht. In <https://www.verwey-jonker.nl/artikel/integrale-aanpak-switch-doorbreekt-geweldsspiraal/>

Voorbeeld gezinsgericht werken

Gezinsleden:

- vader trauma, alcoholverslaving, moeite met beheersing emoties, boosheid escaleert in fysiek en verbaal geweld richting moeder en soms verbaal geweld richting kinderen
- moeder trauma uit vorige relatie en durft niet voor zichzelf op te komen, mogelijk licht verstandelijke beperking
- kinderen: jongen van 8, meisje van 4. Beiden vermoedelijk trauma door gedrag vader, jongen begint gedragsproblemen op school te ontwikkelen.

Bij integrale gezinsgerichte behandeling:

- inzet vader: wantrouwen t.o.v. zorg wegnemen (bemoeizorg), toeleiding naar traumabehandeling, verslavingszorg, emotieregulatie en verantwoordelijkheid als vader (bemoeizorg en toeleiding naar ggz/verslavingsbehandeling, opvoedondersteuning)
- traumabehandelingen rest van het gezin; pas als vader behandeld is i.v.m. extra; gevoeligheid voor omgeving tijdens traumabehandelingen (door jeugd- en volwassenen-ggz, volgordelijkheid onderling afstemmen). Mogelijk is tijdelijk een andere verblijfplaats nodig (vrouwenopvang?);
- om te komen tot een stabiele gezinsdynamiek en om terugval te voorkomen moet moeder ook leren beter voor zichzelf (en evt. kinderen) op te komen, wellicht ondersteuning i.v.m. lvb (wmo, ggz, jeugdzorg i.v.m. opvoedondersteuning);
- kinderen leren hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen bij terugval momenten ouders (psycho-educatie, jeugdhulp, jeugd- ggz);
- gezinsleden onderling afspraken over hoe ze met elkaar en elkaars kwetsbaarheden/triggers omgaan (bemoeizorg, jeugdhulp en/of inzet veilig thuis).

Om tot deze aanpak te komen is bij de start een integrale gezinsbrede analyse nodig in samenwerking tussen sociaal domein, v-ggz en evt. Veilig Thuis of jeugdbescherming.

Daarnaast regelmatig afstemming tussen v-ggz en sociaal domein over:

- gedeeld beeld wat er speelt inclusief voortschrijdende inzichten bijv. persoonlijkheidsproblematiek / geweldspatronen /vermoeden lvb. Aan het begin van het traject, en later wellicht nogmaals om op basis van nieuwe informatie/gebeurtenissen bij te stellen;
- volgordelijkheid behandelingen en andere begeleiding i.v.m. trauma;
- hulpverlening voor overige gezinsleden tijdens behandeling vader;
- afstemmen bij tussentijdse nieuwe dynamiek / life events (verlies werk/andere woning/etc.).

Om te zorgen voor een meer integrale gezinsgerichte aanpak, met hulp voor kinderen én ouders, is het nodig:

- het sociaal domein toegang te bieden tot v-ggz expertise om bij de start van hulpverlening een gezinsbrede analyse te maken van de problematiek die speelt in een gezin;
- ruimte te bieden binnen de ggz voor overleg op casus- en organisatieniveau t.b.v. een samenhangende, gezinsgerichte aanpak;
- in de ggz te zorgen dat een brede gezinsgerichte kijk bij behandelingen de norm is zodat waar relevant de omgeving/ het gezin van patiënten wordt meegenomen in behandelingen.

Daardoor kan hulp en zorg worden ingezet gericht op de oorzaken van jeugd- en gezinsproblemen (in plaats van symptomen te bestrijden).²²⁷

Variant A – ruimte in de volwassen ggz voor gezinsgericht werken

Gezinsgericht werken faciliteren en stimuleren door i) regelruimte in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en ii) een implementatieprogramma voor regionale gezinsgerichte samenwerking v-ggz met sociaal domein.

i. Ruimte in de Zvw voor gezinsgerichte samenwerking met sociaal domein

- De overheid regelt financiële en regeltechnische ruimte in de Zvw om overleg van de volwassen ggz met het sociaal domein t.b.v. gezinsgerichte samenwerking mogelijk te maken, zowel bij de analyse aan de voorkant als tijdens een gezinsgerichte behandeling. Het gaat dan om:
 - overleg op casusniveau, bijvoorbeeld wanneer een jeugdbeschermer een ggz professional wil vragen mee te kijken of een ouder mogelijk een ggz-behandeling nodig heeft;²²⁸
 - wanneer ouders/ volwassenen in een huishouden in behandeling van de ggz zijn: vormgeven van de integrale gezinsgerichte aanpak en periodieke afstemming. Dit is met name cruciaal wanneer er ook sprake is van onveilig gedrag en kan dan oplopen tot dagelijkse domeinoverstijgende afstemming en bijstelling van risicotaxatie;
 - tijd om te leren van elkaar (professionele richtlijnen, gebruik analyse- en diagnose instrumenten, etc.),
 - tijd om op management- en bestuurlijk niveau de samenwerking te organiseren en om landelijk de werkwijzen meer te uniformeren.
- Op dit moment is er onvoldoende (financiële) ruimte met name in de Zvw om effectief integraal gezinsgericht samen te kunnen werken.²²⁹ Omdat het om overleg op verschillende niveaus en verschillende vormen en doelen van overleg betreft, moet nader worden uitgewerkt hoe precies die regelruimte (betaaltitel) eruit moet zien (een uitbreiding van de consultatiefunctie/ facultatieve prestatie/ patiëntgroepsgebonden overleg of iets anders).²³⁰ Daarnaast moet een aanspraak worden uitgewerkt en moet dit worden verdisconteerd in de risico-verevening.
- Een eerste stap hierin zou zijn om in overleg met ZiNL (vanwege aanspraak en risicoverevening) en Nza (vanwege prestatiebeschrijvingen) een duiding en/of kleinschalig experiment gezinsgericht werken te laten starten.²³¹ Daarbij kan aan de hand van een concrete vormgeving van gezinsgericht werken in de praktijk met een (of meer) verzekeraar(s) en een of meer aanbieder(s) worden gezien wat er aan wijzigingen in aanspraak, de bekostigingssystematiek en/of risicoverevening nodig is om dit beter te faciliteren.²³²

²²⁷ Groeipijn - Advies Deskundigencommissie over de Hervormingsagenda Jeugd. (2025).

In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd>.

²²⁸ Uit onderzoek naar gezinsgerichte domeinoverstijgende samenwerking komt naar voren dat de consultatiefunctie te beperkt is om tegemoet te komen aan de behoefte aan overleg op casusniveau (AEF. (2024). Structurele borging van domeinoverstijgende initiatieven voor onveiligheid in huishoudens).

²²⁹

Groeipijn - Advies Deskundigencommissie over de Hervormingsagenda Jeugd. (2025).

In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd>.

En AEF. (2024). Structurele borging van domeinoverstijgende initiatieven voor onveiligheid in huishoudens.

²³⁰ Daarom kan niet nu al worden vastgesteld of en hoe een uitbreiding van de consultatiefunctie 'voldoende' is; waarschijnlijk niet, maar het is van belang dat vanuit een praktijkvoorbeeld van gezinsgericht werken wordt gezien wat nodig is in de bekostigingssystematiek om dit te regelen. Dit is eerder zo besproken met de Nza in het kader van het onderzoek van AEF naar structurele borging van domeinoverstijgende initiatieven.

²³¹ Afhankelijk van de precieze vormgeving en reikwijdte van het experiment is mogelijk een aanwijzing van de minister en/of een (experiment met) wijziging van de wmg nodig

²³² Groeipijn - Advies Deskundigencommissie over de Hervormingsagenda Jeugd. (2025).

In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd>.

En AEF. (2024). Structurele borging van domeinoverstijgende initiatieven voor onveiligheid in huishoudens.

ii. Implementatieprogramma en toezicht gezinsgericht werken in de v-ggz

- De overheid zorgt er via een breed implementatieprogramma voor dat de volwassen ggz voortaan met een gezinsgerichte verklarende analyse of de kindcheck werkt aan het begin van elk behandeltraject²³³ Onderdeel zijn in elk geval:
 - Een breed implementatieprogramma met de Nederlandse GGZ en beroepsgroepen gericht op cultuurverandering, scholing van professionals, opname in de zorgstandaarden van Akwa ggz en sturing op gezinsgericht werken door management van zorgaanbieders en verzekeraars.
 - Dit kan waarschijnlijk het best ingebed worden door een bestuurlijke afspraak in het verlengde van de HA Jeugd en/of het IZA;
 - Gericht toezicht hierop van de IGJ;
- Zo wordt een gezinsgerichte aanpak de standaard voor iedereen die in aanraking komt met de v-ggz en bij wie dat relevant kan zijn.

Variant B – gezinsgericht werken in mentale gezondheidsnetwerken (MGN)

Door gezinsgerichte samenwerking te organiseren in mentale gezondheidsnetwerken (MGN) verbindt de overheid de ontwikkelingen gezinsgericht werken enerzijds en de ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken anderzijds met elkaar. Daardoor optimaliseert de overheid de benutting van schaarse ggz expertise en wordt voorkomen dat verschillende overlappende netwerken langs elkaar heen worden georganiseerd.

- Mogelijk maken dat binnen MGNs ook een gezinsgericht casusoverleg tussen sociaal domein (o.a. lokaal team, jeugd, Wmo) en v-ggz plaatsvindt.²³⁴ Doel hiervan is om gezamenlijk te bekijken welke problematiek in een gezin of huishouden speelt, wat de wisselwerking is tussen de problematiek van de verschillende gezinsleden, en welke vormen van zorg en/of ondersteuning zij nodig hebben.
- Dit overleg zou plaats kunnen vinden bij de start van hulpverlening, en/of wanneer de hulpverlening al is opgestart en daar bij (één van) de betrokken organisaties behoefte aan bestaat.²³⁵ Mogelijk zal bij sommige casuïstiek zo'n overleg periodiek en – afhankelijk van aard en ernst – ook frequent (dagelijks) moeten plaatsvinden. Wanneer in het gesprek wordt geconcludeerd dat een volwassene ggz-zorg nodig heeft, volgt het advies aan de huisarts om deze persoon naar de ggz te verwijzen.
- De overheid zal dit met de andere IZA-partijen moeten bespreken (o.a. in het programma Mentale gezondheidsnetwerken). Indien we dit willen regelen zal moeten worden bekeken wat er nodig is op het gebied van de aanspraken en bekostiging (Zvw en Jeugdwet).

Denkrichting: gezinsgericht werken in één stelsel

Een andere invalshoek is alles voor mentale ondersteuning aan gezinnen in één publiek stelsel (aansluitend op fundamentele hervormingen C en E). Dit zijn een vergaande fundamentele beleidsoptie die hier als een denkrichting wordt benoemd. Dit dient verder uitgewerkt worden.

Zorg en hulp voor gezinsleden die worstelen met mentale problemen hangen zoals gezegd nauw samen, terwijl die soms zelfs vanuit vijf wetten geboden wordt.²³⁶ Hierdoor kan men niet tot één

²³³ Kindcheck is al verplicht maar wordt onvoldoende toegepast.

²³⁴ Het kan gaan om een gezin met minderjarige(n) en ouder(s)/verzorger(s), maar bijvoorbeeld ook om een echtpaar of een ouder met meerderjarig kind. Gezinsgericht werken is van belang om de bredere context van problematiek te begrijpen en te bekijken wat ieders rol is bij het oplossen van de problemen.

²³⁵ Dit kan dus ook door het sociaal domein (inclusief jeugdhulpverleners) worden aangevraagd.

²³⁶ Jeugdzorg (voor kind en opvoedondersteuning ouders), bemoeizorg vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (voor volwassenen met mentale problemen die zorgmijdend zijn maar waar zijzelf of de omgeving (zoals kinderen en andere huisgenoten) wel schade van ondervinden van de mentale problematiek), volwassen ggz via Zorgverzekerings wet (Zvw) (voor individuele volwassenen die wel behandeld willen worden), Wet Langdurige Zorg (WLZ) (langdurige ondersteuning/zorg) en forensische ggz (voor volwassenen die in het kader van het strafrecht behandeld worden).

integrale gezinsgerichte aanpak komen (andere financiering, verwijzroutes, kwaliteitskaders, sturing, wachtlijsten etc.). Voor gezinnen die een integrale behandeling nodig hebben wordt de zorg daarom in één stelsel ondergebracht.

- Hiervoor zullen de Zvw, Jeugdwet, WMO en mogelijk ook de WLZ en Wfz gewijzigd moeten worden inclusief achterliggende financierings- en toezichtssystematiek.
- Het ligt gezien de samenhang met andere inzet voor gezinnen met multiproblematiek vanuit het sociaal domein (wmo, jeugdhulp, schuldhulpverlening, participatiewet, sociale basis, onderwijsachterstandenbeleid/ handhaving leerplicht) voor de hand om bij het onderbrengen in één stelsel te kiezen voor een publieke variant (lokaal dan wel regionaal). Dat geeft het publieke lokale/regionale (en curatieve) domein ook een prikkel om direct aan de voorkant gezinsbreed te kijken en effectieve hulp in te zetten aansluitend bij de oorzaken, en te voorkomen dat langdurig hulp wordt ingezet die het werkelijke probleem niet oplost (zoals jeugdhulp inzetten terwijl de situatie thuis door problemen van ouders de ontwikkeling van een kind blijft storen).
- Hierbij wordt wel aangenomen dat lokale/regionale organisaties in staat zijn om dit goed uit te voeren conform de beleidstheorie veronderstelt. Waar het om gemeenten gaat zijn zij op dit moment nog druk met de transformatie die bij de jeugdzorg beoogd wordt om de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het stelsel te borgen. De praktijk laat zien dat dit nog niet zo makkelijk is.
- Daarbij betreft dit een forse stelselwijziging waarbij het reëel is rekening te houden met een invoeringstermijn van minimaal 5 tot 10 jaar voordat substantiële effecten bereikt worden.
- Zie voor de uitwerking fundamentele hervormingen C '*Hele mentale gezondheidsketen in regie van GGD+*' en E '*Regionale Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) als coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg*'.
- Daarbij zal een flankerend implementatieprogramma specifiek voor gezinsgericht werken nodig zijn en gericht toezicht, zoals beschreven onder variant a.

Rationale

- Gezinsgericht werken sluit aan bij de kernoorzaak dat er vaak geen passende hulp en integrale hulp wordt geboden terwijl dat voor psychische problemen wel nodig is.
- Terwijl mentale problemen vaak een wisselwerking hebben met de omgeving waarin mensen leven, waaronder het gezin of huishouden, is het door de stelselmatige complexiteit nauwelijks mogelijk integraal gezinsgericht te werken en problemen in gezinnen bij de oorzaak aan te pakken op basis van een integrale analyse.
- Door ruimte en aandacht voor gezinsgericht werken te faciliteren (variant a en b) of alles voor gezinsgericht werken in één stelsel onder te brengen stimuleren we dat problemen bij de kern en duurzaam worden aangepakt, wat uiteindelijk ook op maatschappelijk niveau het meest efficiënt is.

Effecten

Beoogd effect alle varianten:

- Korte termijn:
 - Door gezinsgericht te werken en zorg af te stemmen effectievere en efficiëntere inzet van hulp en zorg uit zowel v-ggz als sociaal domein;
 - Scherper beeld aan de voorkant wat er speelt in een gezin (brede verklarende analyse) kan ook leiden tot snellere en effectievere inzet op aspecten bestaanszekerheid (woonproblemen, schulden) waar deze gezinnen vaak mee kampen. Daardoor kan onnodige inzet van (ggz) zorgverlening worden voorkomen.

- Middellange termijn: minder jeugdzorg omdat problemen ouders beter gezien en aangepakt worden;
- Lange termijn: mogelijk minder v-ggz (en andere hulp- en bijstand) door veiliger en gezonder opgroeien nieuwe generatie volwassenen.

Overige effecten alle varianten:

- Korte/ middellange termijn: mogelijk meer vraag om expertise v-ggz voor gezinsgerichte probleemanalyse aan de voorkant, middellange- en lange termijn juist minder doordat problemen meer bij de oorzaak aangepakt worden en minder escaleren (beweging naar de voorkant).

Overige effecten specifiek voor variant B (gezinsgericht werken in mentale gezondheidsnetwerken):

- Omdat vooralsnog niet alle ggz instellingen betrokken zijn bij mentale gezondheidsnetwerken, kan het nodig zijn deze variant te combineren met variant a om te komen tot een gezinsgerichte blik en samenwerking in de gehele v-ggz (met het sociaal domein).
- Daarnaast is goede coördinatie nodig met de ontwikkeling naar stevige lokale teams zodat lokale teams en mentale gezondheidsnetwerken elkaar aanvullen en niet overlappen.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Door hulp en zorg meer in samenhang te bieden wordt de beschikbare capaciteit gericht op wegnemen van de oorzaken van problemen. Daardoor krijgen mensen meer kwaliteit van zorg en wordt capaciteit bespaard die niet hoeft te worden ingezet op een jarenlange symptoombestrijding (zoals jarenlange jeugdhulp inzetten zonder in gesprek te gaan met ouders) en uiteindelijk zwaardere zorg bij escalerende problemen. Het effect op houdbaarheid is in grote mate afhankelijk van het voorkomen van uithuisplaatsingen in de jeugdzorg en is op voorhand niet te voorspellen.

Financiële effecten voor de begroting

De financiële effecten van de maatregel om gezinsgericht werken te bevorderen zijn zonder nader onderzoek niet exact vooraf te voorspellen. Daarbij vindt mogelijk overlap plaats met de Hervormingsagenda Jeugd. Hieronder is desondanks een indicatieve reeks opgenomen van de uitvoeringskosten.

Kosten

Om definitieve uitspraken te kunnen doen over kosten, is eerst onderzoek nodig. Daarnaast heeft de keuze en uitwerking van een variant grote invloed op de uiteindelijke kosten. Specifieke uitvoeringskostenposten implementatie²³⁷:

- Uitwerken (on)mogelijkheden in huidige aanspraken en evt. uitvoering en monitoring experiment i.o.m. ZiNL en Nza. €ca. 1 miljoen verspreid over 2 jaar
- N.a.v. experiment bezien wat dit betekent voor aanspraak, betaaltitel, risico-verevening (structureel meer kosten Zvw, is opgenomen in de reeks 'kosten')
- Bestuurlijke afspraken en implementatieprogramma ggz breed ca. €8 miljoen gedurende 5 jaar
- Verstevenigen toezicht IGJ €500.000 gedurende 4 jaar

Baten

Maatregelen om gezinsgericht werken te verbeteren kunnen leiden tot snellere en effectievere inzet doordat de zorg voor verschillende gezinsleden minder langs elkaar heen gaat. Ook worden problemen bij de oorzaak aangepakt, bijvoorbeeld ook op het vlak van bestaanszekerheid. Door een gezinsgerichte aanpak aan de start van een traject escaleren problemen mogelijk minder en is uiteindelijk minder ggz zorg, minder jeugdzorg en minder inzet van veiligheidspartners nodig.²³⁸ Ook kan mogelijk toekomstige inzet van ggz worden voorkomen doordat bij een nieuwe generatie onnodige uithuisplaatsingen met de bijkomstige mentale gevolgen worden voorkomen. Het is echter niet mogelijk vast te stellen of en hoeveel kostenbesparing dit oplevert. Dit komt mede doordat de baten overlappen met de besparingen die al in de Hervormingsagenda Jeugd zijn ingeboekt.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	2031	STRUC.	STRUC. IN
Kosten	0	36	50	56	51	51	51	2030
Uitvoeringskosten	0	0,5	0,5	8	8,5	8,5	0	2034
Totaal ruimte gezinsgericht werken	0	36,5	50,5	64	59,5	59,5	39 ²³⁹	2034

De financiële reeks kent een hoge mate van onzekerheid. De opgenomen kosten dienen door middel van nader onderzoek te worden gevalideerd.

Onderbouwing van de financiële reeks

Het onderzoek *Kwantificeren maatregelen Jeugd*, bijlage B19 (Inzet en verwijzen volwassenen-ggz), rekent met een totaal van 42.500 jeugdigen.²⁴⁰ Daarbij wordt uitgegaan van gemiddeld twee kinderen per gezin. Voor de Q is daarom gerekend met 21.250 gezinnen die in aanmerking zouden komen voor gezinsgericht werken.²⁴¹

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de kosten en de Q in het startjaar en in de opvolgjaren. Het startjaar is het eerste jaar waarin gezinnen ondersteuning ontvangen via gezinsgericht werken. De opvolgjaren zijn de jaren daarna, waarin deze ondersteuning wordt voortgezet.

Startjaar

Kosten

Gezinsbrede analyse	€ 2.000
Casusoverleg	€ 2.000
Behandeling gezin	€ 1.700
Totale kosten gemiddeld per gezin startjaar	€ 5.700

²³⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, 19 november). *Vijfde voortgangsrapportage Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming*. Rapport | Voor Jeugd & Gezin. <https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/toekomstscenario-kind-en-gezinsbescherming/documenten/rapporten/2024/11/06/vijfde-voortgangsrapportage-toekomstscenario-kind-en-gezinsbescherming>

²³⁹ Het mogelijke mitigerende effect op toekomstige ggz (zvw) zorg treed pas op in jaar t+15

²⁴⁰ KPMG. (2022). *Kwantificeren maatregelen Jeugd*. In <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1fa0cae454c58cf073093e31508f5b5215cc5227/pdf>

²⁴¹ De totale groep jeugdigen die jeugdzorg/jeugdbescherming krijgt en bij wie één of meer ouders een mentale kwetsbaarheid of verslaving heeft is aanzienlijk groter (naar schatting circa. 235.000 jeugdigen, CBS 2024). Zoals vermeld is echter vanwege de aard van de problematiek moeilijk voorspelbaar wat er precies per gezin nodig is voor een gezinsgerichte aanpak. Vaak zal één afstemmingsgesprek aan voorkant voldoende zijn, soms is een intensievere aanpak nodig, in het uiterste geval zelfs dagelijks overleg tussen ggz, sociaal domein en veiligheidspartners. Voor de financiële uitwerking van dit fiche gaan we daarom uit van een door KPMG onderbouwd aantal gezinnen waarin deze samenwerking sowieso toegevoegde waarde zal hebben (bovenop bestaande beleidsinzet) (q) en een indicatieve inschatting van de gemiddelde kosten bij deze gezinnen (p). Dit is slechts een eerste indicatie; meer onderzoek is nodig voor een adequate inschatting van kosten (en baten).

Q: Onder de reeks ligt de aanname dat in de eerste drie jaar 30 procent van de gezinnen die in aanmerking komen gebruik maakt van de maatregel. Vanaf het vierde jaar wordt gerekend met 20 procent van de in aanmerking komende gezinnen.

Opvolgjaren

Kosten

Casusoverleg	€ 2.000
Behandeling gezin	€ 1.500
Totale kosten gemiddeld per gezin opvolgjaren	€ 3.500

Q:

- In het jaar direct na het startjaar maakt 60 procent van de gezinnen nog gebruik van gezinsgericht werken.
- Vanaf het derde jaar maakt gemiddeld 30 procent van de gezinnen gebruik van gezinsgericht werken.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering:

- Er is draagvlak voor gezinsgericht werken vanuit de Nederlandse GGZ en de VNG.
- Gezinsgericht werken sluit sterk aan bij lopende transformatieprogramma's AZWA, Hervormingsagenda Jeugd en Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming.
- Voldoende capaciteit in fte met ggz expertise. Voor variant B kan worden afgewogen of MGN's de voorkeur hebben als verbindingsplaats (sociaal domein beweegt dan wat meer naar de huisarts en ggz toe), of dat de verbinding met de volwassen-ggz direct in of bij lokale teams moet komen (dan beweegt ggz meer naar sociaal domein toe en wordt overleg georganiseerd met ongeveer dezelfde partijen, dit naast de overleggen die plaatsvinden in het MGN). Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt in de ggz heeft het voordelen om aan te sluiten bij de beweging/verbinding waar de ggz al mee bezig is (MGN) en daar niet nog iets naast te gaan organiseren rond een lokaal team (waarmee personeel uit de ggz zou worden getrokken).
- Mentale gezondheidsnetwerken bevinden zich nog veelal in een opstartfase. Het kan zeker enige jaren duren voor een gezinsgericht casusoverleg daar ingeregeld kan worden.
- Voor variant b zie ook denkrichtingen hervormingen C en E.

Juridische toets

- Variant A behoeft wijziging Zvw bekostigingsregels, aanspraak ZiNL Zvw, risicoverevening en toezichtskaders.
- Variant B behoeft aanpassen/aanvullen IZA afspraken en mogelijk wijziging bekostigingsregels, en aanpassing leidraden voor werkwijzen en contractering MGN. Voor structurele samenwerking, domeinoverstijgende financiering en gezins- en systeemgericht werken in MGN zijn mogelijk aanpassingen nodig in regelgeving rond gegevensdeling en financiering.

Planning

Variant A:

- T+1: experiment NZA bekostigingsregels , evaluatie
- T+3-4 : wijziging wet- en regelgeving, bestuurlijke afspraken en opzetten implementatieprogramma
- T+ 9: einde implementatieprogramma

Voor variant B zie denkrichting hervormingen C en E.

30. Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico

Omschrijving van de beleidsoptie

Het is nodig om zorginstellingen (forensisch en regulier) beter toe te rusten op het werken met cliënten met verward gedrag en een hoog veiligheidsrisico. Bijvoorbeeld door over en weer kennis uit te wisselen over de ontwikkeling van meer forensische scherpste, zodat cliënten bij doorplaatsing vanuit de forensisch naar de reguliere zorg en vice versa beter te behandelen zijn en er daarmee ook meer handelingsperspectief aan zorgprofessionals wordt gegeven. Bij sommige cliënten met risicovol gedrag is namelijk (vervolg)zorg nodig wanneer de strafrechtelijke titel is afgelopen en de behandeling moet worden voortgezet. Veelal zal dit plaatsvinden in forensische ggz-instellingen maar dit is niet altijd noodzakelijk. Ook reguliere ggz instellingen kunnen het aanbod in principe leveren. Voor sommige cliënten is het echter moeilijk om passende zorgtrajecten op te zetten vanwege complexe multiproblematiek, hun (risicovolle) gedrag en het ontbreken van regulier zorgaanbod dat toegerust is op deze groep cliënten. Reguliere zorginstellingen zijn daarom terughoudend in het overnemen van de behandeling, waar dat wel noodzakelijk is wanneer de strafrechtelijke titel afloopt.

De kennisuitwisseling tussen medewerkers van de reguliere ggz en de forensische zorg zal plaatsvinden door bijvoorbeeld het opzetten van leertrajecten, het organiseren van inspiratiesessies of het aanbieden van opleidingen 'Risicogestuurd werken'. Deze trajecten worden uitgewerkt in het kader van maatregel 2 (samenhangende zorg) van de 'Werkagenda aansluiting reguliere zorg en forensische zorg'. De kennisuitwisseling met behulp van de leertrajecten zal naar verwachting bijdragen aan zowel een veilige werkomgeving voor het zorgpersoneel als aan de veiligheid van de samenleving.

De rol van de overheid is om randvoorwaarden te faciliteren om het mogelijk te maken dat instellingen toegerust zijn op het werken met cliënten met een hoog veiligheidsrisico. Dit kan de overheid niet opleggen, maar wel aanmoedigen door te investeren in kennis over het werken met risicovolle cliënten.

Rationale

Deze beleidsoptie grijpt ten eerste in de kernoorzaak dat zorg en ondersteuning voor psychische problematiek versnipperd is. Verder grijpt de beleidsoptie in op het knelpunt dat het benodigde aanbod onvoldoende tot stand voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek, vanwege prikkels in het huidige beleid. Dat geldt ook voor mensen met een complexe problematiek en een hoog veiligheidsrisico. Met deze beleidsoptie wordt toegewerkt naar het toerusten van zorgpersoneel en personeel in strafrechtelijke setting om met een complexe, risicovolle doelgroep om te gaan zodat zij meer handelingsperspectief krijgen. Hiermee moet worden voorkomen dat personen uit deze groep cliënten afgewezen worden voor behandeling door, omdat zij mogelijk een risico vormen voor medepatiënten en personeel.

Het over en weer verbeteren kennis over reguliere zorg bij de forensische zorginstellingen en over forensische zorg bij reguliere zorginstellingen kan helpen om beter toegerust te zijn op de omgang met deze complexe doelgroep en zorgt ook voor meer kennis en zelfvertrouwen bij het personeel. Dit helpt uiteindelijk om ggz-cliënten met risicovolgedrag geplaatst te krijgen op een bed dat bedoeld is voor cliënten met een civiele zorgtitel i.p.v. een strafrechtelijke titel.

Effecten

Beoogd effect

- Het beoogde effect van deze beleidsoptie is dat er minder mensen met zowel een zorg- als beveiligingsbehoefte tussen wal en schip vallen omdat zij makkelijker plaatsbaar zijn. Dit draagt bij aan de veiligheid van deze personen en van de maatschappij als geheel.
- Een effect dat wordt beoogd met deze beleidsoptie is dat forensisch en zorgpersoneel meer wordt toegerust om met een bepaalde groep patiënten om te gaan waardoor het voor personeel en patiënten veiliger wordt in de reguliere ggz instellingen. Naar verwachting zullen de reguliere ggz instellingen deze groep cliënten met risicovol gedrag niet afwijzen, omdat zij met het risicovolle gedrag om kunnen gaan.

Overige effecten

- Een overig verwacht effect is dat personen zonder strafrechtelijke titel, maar met risicovol gedrag, niet onnodig bedden bezet houden die nodig zijn voor personen met een strafrechtelijke titel.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De beleidsoptie heeft effect op de toegankelijkheid van zorg voor cliënten met verward gedrag en een veiligheidsrisico.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Toerusting zorginstellingen cliënten hoog veiligheidsrisico	2	0	0	0	0	0	2027

Het betreft een eenmalige investering/impuls om het kennisplatform te ontwikkelen.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

Bereidwilligheid van zorginstellingen en hun personeel om opleidingen te volgen, bereidwilligheid van zorginstellingen om patiënten met een (hoog) veiligheidsrisico aan te nemen.

Juridische toets

Mogelijk binnen huidige juridische kaders.

Planning

Het kennisplatform kan eind 2025, begin 2026 worden ontwikkeld. In 2026 worden in nader te bepalen regio's inspiratiesessies georganiseerd waarin partijen elkaar leren kennen en kennis wordt uitgewisseld. Op basis van deze regionale proeftuinen wordt de opleiding doorontwikkeld en landelijk uitgerold.

31. Personen met levenslooppaakpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz

Omschrijving van de beleidsoptie

- De inschatting van levensloopcoördinatoren is dat een groot deel van de personen die geïnccludeerd zijn voor de levenslooppaakpak (nu ca. 600 cliënten) zich zorginhoudelijk kwalificeren voor de Wlz. Momenteel lukt het echter niet altijd om de Wlz indicatie aan te vragen, gezien de karakteristieken van de doelgroep. Zo is de doelgroep vaak zorgmijddend en/of dakloos. Hierdoor werken cliënten niet altijd mee aan het invullen van een aanvraag, komen zij een afspraak met een beoordelaar niet na of is een huisbezoek niet mogelijk omdat cliënt geen vaste verblijfsplaats heeft.
- Daar waar iemand zich zorginhoudelijk kwalificeert voor de toegangscriteria van de Wlz, is het belangrijk om te zorgen dat de aanmelding ook lukt. En dat, daar waar nodig, maatwerk toegepast wordt bij het CIZ om dit voor elkaar te krijgen. Bijvoorbeeld door een aanvraag van een dakloze persoon niet af te wijzen omdat er geen huisbezoek mogelijk is. Of door een aanvraagprocedure niet af te sluiten op het moment dat een cliënt tijdelijk geen zorg wil.
- Dit betreft een verbetering van een bestaand instrument, namelijk de indicatiestelling. De huidige Wlz-toegangscriteria blijven van toepassing.
- Er blijft naar verwachting ook een groep levensloopcliënten die ofwel geen Wlz-indicatie wil ofwel niet aan de Wlz-toegangscriteria voldoet. Deze groep wordt, volgens de huidige praktijk, geholpen vanuit Wmo en/of Zvw.

Rationale

Deze beleidsoptie grijpt ten eerste in op het knelpunt dat het benodigde aanbod onvoldoende tot stand voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek, vanwege prikkels in het huidige beleid. Met het CIZ wordt momenteel in een pilotregio onderzocht wat er in het beoordelingsproces kan worden aangepast voor deze doelgroep. Daarnaast grijpt de maatregel in op het realiseren van een integrale aanpak. Cliënten in de levenslooppaakpak die in aanmerking komen voor Wlz zorg hebben behoefte aan een stabiele setting waarin aandacht is voor zorg, wonen en veiligheid. Toegang tot de Wlz kan hier aan bijdragen.

Effecten

Beoogd effect

- Wanneer meer maatwerk wordt toegepast bij het indicatieproces kunnen meer mensen die geïnccludeerd zijn in de levenslooppaakpak en die zich zorginhoudelijk kwalificeren voor de Wlz, aanspraak maken op zorg uit de Wlz. Het stelsel voor deze doelgroep is erg versnipperd. Cliënten met een Wlz-indicatie hebben hun leven lang een indicatie voor zorg, hiermee kan een meer stabiele situatie worden gecreëerd voor de cliënt. Tegelijkertijd betekent toegang tot de Wlz niet direct dat er een passende (woon)zorgplek voor deze cliënt beschikbaar is. Het Wlz aanbod zal hier ook op aangepast moeten worden, maar in de praktijk is het creëren van passende complexe zorg een uitdaging.

Overige effecten

- De levenslooppaakpak heeft een brede scope en draagt bij aan passende zorg en ondersteuning voor deze doelgroep. Dit betekent o.a. een vermindering van verward gedrag en van het recidiverisico, mede door een cliënt in vroeg stadium hulp te kunnen bieden en breed naar zaken als wonen, schulden en zorg te kijken. Voor het bieden van passende zorg en ondersteuning is een passende indicatie nodig. Dit kan ook in een ander zorgdomein worden georganiseerd, maar

de verwachting is dat een belangrijk deel van de levensloopcliënten zich zorginhoudelijk kwalificeren voor de Wlz.

- Een passende indicatie voor zorg kan ook voorkomen dat men tussen wal en schip valt bij beëindiging van een strafrechtelijke titel. Het kwantificeren van de specifieke gevolgen voor bijv. het justitiële stelsel is niet mogelijk.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Momenteel heeft ca. 40% van de geïncludeerde levensloopcliënten een Wlz-indicatie. De verwachting van levensloopcoördinatoren is dat een veel groter deel (van de ca. 600 cliënten) aan de Wlz-criteria voldoet. De inschatting is dat met deze maatregel de toegang tot levenslange zorg en de kwaliteit van zorg verbetert.

Financiële effecten voor de begroting

Kosten die deze cliënten nu mogelijk in de Wmo of Zvw maken komen ten laste van de Wlz. Momenteel heeft ongeveer 40% van de levensloopcliënten een Wlz-indicatie. De verwachting is dat dit kan stijgen naar ca. 70%.²⁴² Dat betekent dat ca. 180 (30% van 600) extra cliënten toegang krijgen tot de Wlz. Uitgaande van een Wlz profiel ggz Wonen 5²⁴³ a gemiddeld € 65.879 per jaar kan dit jaarlijks een stijging van € 11,9 miljoen aan Wlz uitgaven betekenen. Het is niet bekend hoeveel kosten deze cliënten momenteel maken in de Wmo en Zvw. Verwacht wordt dat de kosten in de Wlz ca. 25% procent hoger liggen dan in de Wmo en Zvw²⁴⁴. Dit komt neer op structurele kosten van (afgerond) 3 miljoen per jaar²⁴⁵ waarbij een inlooptijd van 3 jaar wordt gehanteerd. Voor een nader onderbouwde berekening van een kasschuif van Wmo/Zvw naar Wlz voor het uitvoeren van deze maatregel is nader onderzoek nodig.

Voor de implementatie- en uitvoeringskosten voor het CiZ wordt uitgegaan van 4 jaar, waar de 1^e twee jaar €0,2 mln. ingeschat, en het 3^e en 4^e jaar €0,1 mln.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven ²⁴⁶	1	2	3	3	3	3	2030
Implementatie- en uitvoeringskosten	0,2	0,2	0,1	0,1	0	0	2030

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

Er is een uitvoeringstoets nodig van het CIZ. Momenteel voert het CIZ een pilot uit met aanvraagprocedures van enkele levensloopcliënten. Op basis daarvan kan worden uitgewerkt hoe aanpassingen in het beoordelingsproces voor deze groep er precies uit kunnen zien.

²⁴² Een deel van de levensloopcliënten zal ook na uitvoeren van deze maatregel geen toegang krijgen tot de Wlz. Ofwel omdat niet aan de toegangscriteria voldaan wordt ofwel omdat iemand geen toestemming geeft voor een Wlz-aanvraag (en ook geen wettelijk vertegenwoordiger die een aanvraag kan doen).

²⁴³ Veel levensloopcliënten in de Wlz hebben een ggz Wonen 5 profiel, daarom gebruiken we dit profiel als basis. Dit kan echter ook een ggz Wonen 3, VG 6 of VG 7 profiel zijn wat het gemiddeld tarief iets verandert.

²⁴⁴ Uit onderzoek van Significant bleek dat het gemiddelde tarief voor Wmo beschermd wonen 17% lager ligt dan het gemiddelde tarief voor ggz-wonen in de Wlz. Gezien de groep levensloopcliënten naar verwachting intensievere zorg nodig heeft dan het gemiddelde tarief voor ggz-wonen in de Wlz, rekenen we hier met een percentage van 25% meerkosten in de Wlz dan in de Wmo/Zvw. Significant Public (2022), Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep. In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/17/verdiepend-onderzoek-ggz-doelgroep>.

²⁴⁵ Uitgaande van 25% van de jaarlijkse kosten a € 65.879 voor 180 levensloopcliënten. Inlooptijd van de indicatiestelling voor deze groep wordt over 3 jaar verdeeld (2026 t/m 2028).

Juridische toets

De verwachting is dat de aanpassingen in het beoordelingsproces binnen huidige wet- en regelgeving mogelijk zijn. Nader overleg met CIZ na afronding van de pilot is nodig. Het is niet de bedoeling voor deze groep aanpassingen in de wet te maken over de toegangscriteria tot de Wlz.

Planning

Nader te bepalen, afhankelijk van verloop van de pilot en uitvoering bij het CIZ.

32. Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico

Omschrijving van de beleidsoptie

Landelijke uitbreiding van het experiment 'regionale afspraken' dat in het najaar 2025 van start gaat in drie proefregio's en loopt tot en met 2027 (veiligheidsregio's). Als blijkt dat dit in de praktijk werkt dan wordt dit in Q4 2027 landelijke uitgebreid.

Op initiatief van de Ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is in 2024 de Werkagenda 'Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg' tot stand gekomen. Het doel van de Werkagenda is het verbeteren van zorg aan personen met een complexe hulpvraag die risicovol gedrag vertonen en zorg en ondersteuning nodig hebben vanuit diverse domeinen. De Ministeries, de NLggz, DJI, VGN, Valente, VNG en ZN en ketenpartners werken aan 11 maatregelen die de aansluiting tussen reguliere en forensische zorg verbeteren.

Vanuit partijen aangesloten bij de werkagenda (de NLggz, Valente en de VGN) is aangegeven dat er behoefte is aan, overkoepelend op de maatregelen in de werkagenda, regionale experimenteerruimte in afspraken tussen aanbieders en financiers om te kunnen doen wat nodig is om mensen passende zorg en ondersteuning te bieden. Met aanbieders en financiers wordt dan regionaal gekeken welke financiering en regelgeving nodig is om een integrale en regionale aanpak te kunnen realiseren voor de groep mensen met complexe zorgvragen en een hoog veiligheidsrisico. Hiermee kunnen trajecten worden gerealiseerd, draagvlak gecreëerd binnen een regio en duidelijke afspraken worden gemaakt tussen ketenpartners hoe deze experimenteerruimte, te midden van bestaande regelgeving en financieringschotten, geboden kan worden. Op deze manier wordt er door alle partijen die betrokken zijn bij deze doelgroep samen commitment genomen en ervoor gezorgd dat dat niemand meer naar elkaar kan verwijzen, waardoor deze mensen minder snel tussen wal en schip raken en op straat komen te staan. Het regionaal plan met de proefregio's is door de ministeries van VWS en JenV overgenomen en wordt in 2025 uitgezet via het actieprogramma Grip op Onbegrip (AGO) van ZonMw.

In het regionaal plan wordt ook uitgewerkt hoe de proefregio's en landelijke werkgroepen uit de werkagenda de opgedane ervaringen en knelpunten uitwisselen, zodat duidelijk wordt of de maatregelen in de praktijk tot verbetering leiden en welke randvoorwaarden landelijk moeten worden uitgewerkt om regio's te helpen het juiste te doen voor deze doelgroep. Alle ervaringen en output worden gebundeld en beschikbaar gesteld aan de overige regio's, zodat het regionaal plan na 2027 landelijk kan worden uitgebreid.

De Zorg- en Veiligheidshuizen (hierna: ZVH) zijn verantwoordelijk voor het bij elkaar brengen van de aanbieders en financiers in de regio. Op landelijk niveau zal er een begeleidingscommissie worden ingesteld en in de stuurgroep van de werkagenda (waarin VNG, ZN en DJI o.a. zitting hebben) zal mogelijke nadere besluitvorming over het uitwerken van randvoorwaarden plaatsvinden (indien dit uit de proefregio's wordt ingebracht).

Het gaat hier om een bestaand instrument dat, indien succesvol, landelijk wordt uitgebreid. Uitrollen betekent dat aan de overige ZVH ook de mogelijkheid wordt geboden om een projectleider in te huren om met aanbieders en financiers afspraken te maken voor deze doelgroep

in de regio. Via bestuurlijke afspraken kan dan ook worden afgesproken dat de reeds opgezette samenwerking tussen aanbieders en financiers door partijen zelf structureel wordt geborgd. De extra impuls betreft dan uitsluitend het opzetten van een overlegstructuur en het in gang zetten van een duurzaam samenwerkingsverband met aanbieders en financiers.

Rationale

Dit grijpt in op de kernoorzaken dat het benodigde aanbod onvoldoende tot stand komt, zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek en dat de ondersteuning en zorg voor psychische problematiek sterk versnipperd is.

Op dit moment zijn er regionaal wel casuïstiek overleggen bij de ZVH en andere samenwerkingsverbanden, maar nergens worden door aanbieders en financiers in de regio voor deze specifieke groep domeinoverstijgende afspraken gemaakt zodat er kan worden gedaan wat nodig is voor de patiënt zonder last van bestaande (administratieve) kokers. Mensen met complexe hulpvragen worden nu wel geholpen, maar is het niet mogelijk om langer durende trajectafspraken te maken en bij elk 'loket' moet afzonderlijk op basis van een indicatie financiering worden geregeld.

De doelgroep heeft bij uitstek ondersteuning en zorg nodig vanuit verschillende domeinen. Dat is vaak een puzzel om maatwerk te leveren, vooral ook omdat het aanbod in de ondersteuning en zorg zo versnipperd is.

De werkagenda Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg bevat een nadere analyse.²⁴⁷

Effecten

Het beoogde effect is een verbetering in de aansluiting tussen de forensische en reguliere (ondersteuning en) zorg waar nu patiënten nog te vaak heen en weer pendelen, op straat terecht komen en niet de juiste ondersteuning en zorg ontvangen. Een betere aansluiting moet zorgen voor continuïteit in de behandeling van deze doelgroep, met als doel meer stabiliteit en een betere kwaliteit van leven. Daarnaast moet het zorgen voor het afnemen van overlast en criminaliteit en daarmee een vermindering van onnodige werkdruk voor organisaties als crisisdiensten, politie en gemeenten etc. Zie ook de resultaten op de website over de levensloopaanpak.²⁴⁸ In deze businesscase heeft men de maatschappelijke kosten en baten van diverse cliënten op een rij gezet. Te zien is dat de kosten voor de baten uitlopen (zorgkosten zijn in het begin hoger, maar kosten gemeenten en politie nemen af).

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Trajectafspraken voor deze doelgroep zorgen ervoor dat makkelijker op- en afgeschaald kan en kan worden gedaan wat nodig is. Hierdoor zullen patiënten minder snel op straat belanden of een risico vormen voor zichzelf en de maatschappelijke veiligheid. De kwaliteit van leven van deze mensen gaat erop vooruit. De business case van de levensloopaanpak laat zien dat de kosten voor de baten uitlopen en in het begin de zorgkosten zelfs iets stegen. Daartegenover stond wel dat de kosten voor politie en gemeenten afnamen maar vooral ook kwaliteit van leven verbeterde vanwege het bieden van langer durende trajecten voor deze doelgroep.

²⁴⁷ Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2024, 26 november). *Werkagenda Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg. Rapport* | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/11/25/tk-bijlage-werkagenda-fz-reguliere-zorg-tk-editie>

²⁴⁸ Documenten met achtergronden - Levensloopaanpak. (z.d.). Levensloopaanpak. <https://levensloopaanpak.nl/documenten/>

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers	0	3,5	14	14	7	0	2031

Er zijn 31 zorg- en veiligheidshuizen in NL. Als in alle ZVH's dezelfde afspraken zouden worden gemaakt via de procesregisseur van de Zorg- en veiligheidshuizen dan zou dit gemiddeld €500.000 per ZVH per jaar kosten om dit op te zetten. Dit is 28 (want er worden al drie regio's betrokken) x €500.000 = 14 mln. In 2029 kan het verder worden geborgd in de reguliere organisatie en het bedrag worden afgebouwd.

In 2027 start bij gebleken succes de landelijke uitbreiding in het najaar. Op jaarbasis zijn de geschatte kosten 14 mln. In Q4 starten betekent dan 3,5 mln.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

Er moet commitment zijn bij de financiers om hieraan mee te werken. Dit zijn de gemeenten, de zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI.

Kan dit binnen huidige wet- en regelgeving?

Ja. Het gaat om een tijdelijke impuls voor het zorgen voor commitment en opzetten van een regulier overleg tussen aanbieders en financiers voor deze doelgroep zodat domeinoverstijgende trajectafspraken kunnen worden gemaakt. Na de impuls moet dit door de regio zelf worden voortgezet.

Planning

Het experiment start via ZonMw in 2026 (tot en met 2027). In najaar 2027 zou je landelijk kunnen gaan uitbreiden.

33. Meer passende woonplekken

Omschrijving van de beleidsoptie

Het Rijk verplicht gemeenten om 1.000 extra passende woonplekken te realiseren voor mensen met ernstige psychische problematiek (Skaeve Huse). Dit zijn zelfstandige woningen aan de rand van een stad met begeleiding op afstand. Om deze woonplekken te realiseren, wordt een wetsvoorstel opgesteld waarin alle gemeenten verplicht worden om een bepaald aantal passende woonplekken, zoals de 1000 extra passende woonplekken voor Skaeve Huse, te realiseren voor mensen met psychische problematiek (spreidingswet). Spreiding kan bijvoorbeeld op basis van inwoneraantal, waarbij gemeenten onderling afspraken kunnen maken over waar de woningen worden gerealiseerd.

Dit is een eerste globale verkenning naar een maatregel voor meer passende woningen voor mensen met ernstige psychische problematiek. De effecten, doeltreffendheid en doelmatigheid zijn sterk afhankelijk van de grondigere uitwerking van de maatregel.

Rationale

Ondersteuning en zorg sluiten op dit moment onvoldoende aan op de behoeften van mensen met ernstige psychische problematiek. Er zijn te weinig passende woon(zorg)plekken voor deze mensen beschikbaar. Voor beschermd wonen was in 2019 de gemiddelde wachttijd 35 weken.²⁴⁹ Ook is er een tekort aan woonruimtes voor mensen met ernstige problematiek waarbij wonen midden in een woonwijk niet passend is. Hierdoor escaleren situaties onnodig en ontstaan soms schrijnende situaties.

Versnippering in het stelsel vergroot deze problematiek: Vanwege de vaak fluctuerende zorgbehoefte bij psychische problematiek, komt het voor dat mensen die tijdelijk acuut moeten worden opgenomen hun beschermd wonen plek kwijtraken aan iemand op de wachtlijst, daarna zelf opnieuw op de (lange) wachtlijst moeten en tussentijds dus dakloos zijn. En dat terwijl de psychische kwetsbaarheid groot is. Ook zijn de maatschappelijke kosten hoog als mensen met ernstige psychische problematiek geen passende plek om te wonen hebben. Denk aan hogere (acute) zorgkosten, politie-inzet, inzet van bemoeizorg en fysieke en psychische (be)dreiging of overlast voor andere cliënten, professionals en buurtbewoners.²⁵⁰ In een MKBA van Cebeon (2022) wordt gecijferd dat elke 1 euro investering in alternatieve woonplekken 1,5 tot 2 euro aan (im)materiele baten zou kunnen opleveren.²⁵¹

Onvoldoende nieuwe passende woonplekken

Onderliggend knelpunt is ten eerste dat plannen voor nieuwe passende woonvormen vaak spaak lopen door o.a. gebrek aan draagvlak voor deze woonvormen in gemeenten. Het woonconcept Skaeve Huse is voor een deel van de mensen met ernstige psychische problematiek een oplossing.²⁵² In de praktijk komt dit type woningen beperkt van de grond, er zijn naar schatting slechts zo'n 100 Skaeve Huse door gemeenten opgeleverd.²⁵³ Het is een gemeentelijke taak om regie op huisvesting te voeren, maar het lukt gemeenten onvoldoende om deze woningen te

²⁴⁹ KPMG, (2020), *Wachtlijsten beschermd wonen: Onderzoek naar inzicht in en oplossingsrichtingen voor de wachttijden en wachtlijsten beschermd wonen*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-937709.pdf>

²⁵⁰ *Werkagenda "Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening" (2025)*. In <https://open.overheid.nl/documenten/705a012f-fa10-401e-88c5-b151340c8f11/file>.

²⁵¹ Cebeon (2022). *MKBA Brede aanpak dakloosheid - alternatief wonen*. In <https://www.cebeon.nl/wp-content/uploads/2022/04/20810-8.-Alternatief-wonen.pdf>.

²⁵² SEV (2010), *Skaeve Huse*. In https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/2025/04/18chskaeve_1_SEV_evaluatierapport-Skaeve_Huse.pdf

²⁵³ *De Nederlandse GGZ | Geef kwetsbare mensen die nergens terecht kunnen. ... (z.d.). De Nederlandse GGZ*. <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2025/geef-kwetsbare-mensen-een-thuis>

realiseren. Reden hiervoor zijn een verscheidenheid aan knelpunten o.a. gebrek aan draagvlak bij lokale politiek en inwoners, bezwaarprocedures van omwonenden, moeilijkheden bij het vinden van een geschikte locatie en in sommige gevallen aansluiting van nuts-voorzieningen.²⁵⁴ Diverse gemeenten hebben laten zien dat het mogelijk is om Skaeve Huse te realiseren, maar in de praktijk blijkt ook dat er geregeld plannen van gemeenten toch niet gerealiseerd worden. Een verplichting voor gemeenten om op basis van een verdeelmodel een bepaald aantal Skaeve Huse in de gemeenten te moeten realiseren, geeft duidelijkheid en prioriteit aan de opgave waar gemeenten voor staan. Het helpt gemeentes mogelijk ook bij het creëren van draagvlak en doorzettingsmacht als zij een wettelijke verplichting hebben om deze woningen te realiseren. Een kanttekening daarbij is dat knelpunten bij de realisatie van dit type woningen vaak buiten de directe invloedssfeer van de gemeenten vallen. Derhalve leidt een verplicht niet zondermeer ook tot resultaat. Illustratief hierbij is dat de afgelopen jaren uit meerdere categorieën woningen afgesproken aantallen ook niet worden behaald, ondanks de sterke wens en verscheidend stimulerend beleid. Dit geldt zowel voor de reguliere woningen als voor woningen met meer knelpunten zoals ouderenwoningen en huisvesting voor statushouders.

Effecten

Beoogd effect

Het beoogd effect van de maatregel om gemeenten een verplichting op te leggen, is dat er meer passende woonplekken beschikbaar zijn voor mensen met ernstige psychische problematiek.

- Dit heeft een positief effect op de (maatschappelijke) kosten die nu worden gemaakt voor mensen met ernstige psychische problematiek zonder passende woonruimte, bijvoorbeeld op zorgkosten (ggz, huisartsen, ziekenhuizen, straatartsen, etc), politie en justitie, etc.²⁵⁵
- Daarnaast heeft het bieden van een passende woonvorm voor mensen met ernstige psychische problematiek, gecombineerd met de juiste zorg en ondersteuning, een positief effect op het hersteltraject. Dit heeft positieve effecten op zowel mensen met psychische problematiek zelf, als op de omgeving. Een stabiele thuisbasis is namelijk randvoorwaardelijk voor mentale stabiliteit.²⁵⁶

Overige effecten:

- Een wettelijke resultaatverplichting tot realisatie van een bepaald type woning is een zwaarwegende maatregel en grijpt zeer sterk in op de beleidsvrijheid van gemeenten. Het is een ingrijpend instrument voor de relatief beperkte omvang van de groep mensen. Dit kan worden gerechtvaardigd omdat er niet voldoende woonplekken worden gerealiseerd, maar dit vergt een nadere proportionaliteitstoets. Hierbij weegt ook mee dat maakbaarheid van Skaeve huse onzeker en mogelijk beperkt is. Het is onduidelijk in welke mate de gemeenten directe invloed heeft op de realisatie van de woningen en zelf de knelpunten op kan lossen. Hierdoor is de verplichting ook mogelijk slechts beperkt doeltreffend.
- Daarnaast is een dergelijke verplichting niet in lijn bestuurlijke verhoudingen in het woningbouw domein waarbij wordt gewerkt met Woondeals. Tevens is het tegenstrijdig met de voorgenomen inrichting van de generieke financiering voor gemeenten van de woningbouw.

²⁵⁴ Onlangs werd in Nijmegen nog een plan voor het ontwikkelen van Skaeve Huse gestopt. Gemeente Nijmegen stopt met plannen voor Skaeve Huse aan de Stationsstraat. (2025, 3 april). Brug Nijmegen. <https://www.brugnijmegen.nl/nieuws/algemeen/197700/gemeente-nijmegen-stopt-met-plannen-voor-skaeve-huse-aan-de-s>

²⁵⁵ Cebeon. (2021). Moeilijk plaatsbaren Utrecht. <https://www.valente.nl/wp-content/uploads/2021/08/Cebeon-rapport-MKBA-moeilijk-plaatsbaren-Utrecht.pdf>

²⁵⁶ Cebeon. (2022). MKBA Brede aanpak dakloosheid. <https://www.cebeon.nl/wp-content/uploads/2022/04/20810-8.-Alternatief-wonen.pdf>

- Door het voorrang verlenen aan woningen voor mensen met psychische problematiek, zullen er minder woningen beschikbaar zijn voor andere kwetsbare aandachtsgroepen (verdringingseffect). Dit is te verantwoorden vanwege het leed van mensen met ernstige psychische problematiek en de hoge maatschappelijke kosten.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De kwaliteit van de ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problematiek verbetert als zij een passende woonplek hebben. Als mensen intramuraal behandeling in de ggz hebben doorlopen en daarna geen huis hebben of niet de juiste ondersteuning krijgen, neemt de kans op terugval toe.²⁵⁷ Aanneمة is deze maatregel ook een positief effect heeft op de betaalbaarheid. De verwachting is dat meer Skaeve Huse voor mensen met ernstige psychische problematiek, resulteren in beter herstel, waardoor zowel minder kosten voor zorg- en ondersteuning worden gemaakt, als dat er minder kosten zijn van bijvoorbeeld inzet van politie bij overlast²⁵⁸.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Meer passende woonplekken	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM

Aangenomen kan worden dat voor het realiseren van Skaeve Huse gemeenten naar verwachting relatief hoge kosten zullen moeten maken, onder andere voor de locatie (bijv. grondaanschaf, bouwrijp maken), het realiseren van de woning en het doorlopen van het proces. Sociale woningbouw voor aandachtsgroepen kennen over het algemeen een grote onrendabele businesscase.²⁵⁹ Daarnaast zijn mogelijk een aantal (veiligheids)maatregelen nodig voor draagvlak onder inwoners. Deze maatregel zal daarom kosten met zich meebrengen.

Omdat dit gaat om een eerste globale uitwerking van de maatregel is er nog geen inschatting te geven van de hoogte van de kosten. Deze kosten zijn namelijk sterk afhankelijk van de precieze vormgeving. Volgens de Financiële Verhoudingswet moeten de kosten voor de uitvoering van een nieuwe wettelijke taken in principe worden gedragen door het Rijk.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor uitvoering

Voor het realiseren van extra Skaeve Huse hebben gemeenten te maken met o.a. beroep en bezwaar van omwonenden. Gemeenten mogen de woningen echter al wel realiseren gedurende de procedure. Een wettelijke verplichting kan gemeenten helpen steviger te staan in deze procedures.

Juridische toets

Het verplichten van gemeenten om een bepaald aantal passende woonvoorzieningen te realiseren, grijpt in op de beleidsvrijheid van gemeenten. Hiervoor is aanpassing nodig huidige wet- en regelgeving. Mogelijk kan voor het uitwerken van deze regelgeving gebruik worden gemaakt van de "Wet gemeentelijke taak mogelijk maken asielopvangvoorzieningen" (in de volksmond de Spreidingswet).

²⁵⁷ Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2022, 12 december). Voor gemeenten: Gids bij uitstroom uit beschermd wonen. Publicatie | Home | Volkshuisvesting Nederland. <https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2022/10/10/gids-bij-uitstroom-uit-beschermd-wonen>

²⁵⁸ Cebeon. (2022). MKBA Brede aanpak dakloosheid. <https://www.cebeon.nl/wp-content/uploads/2022/04/20810-8.-Alternatief-wonen.pdf>

²⁵⁹ Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. (2025, 7 juli). Thuisgeven. IBO huursector. Rapport | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/07/thuisgeven-ibo-huursector-eindrapport>

Planning

Voor een wetgevingstraject is 2 à 3 jaar nodig en gemeenten hebben ook tijd nodig om zich voor te bereiden op een dergelijke verplichting.

34. Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebekostiging

Omschrijving van de beleidsoptie

Voor het duurzaam verbeteren van de toegankelijkheid van zorg en de mentale gezondheid voor inwoners van Nederland, is domeinoverstijgend samenwerken in de regio van groot belang. Elkaar vinden en vertrouwen is daarvoor de belangrijkste randvoorwaarde. Maar de verschillende financieringsstromen maken het leven ook ingewikkeld. Deze beleidsoptie richt zich op experimenteren met populatiebekostiging in een regio waar de samenwerking al goed loopt. Dus niet van bovenaf opgelegd, maar als er in de regio behoefte aan is. Deze experimenten helpen om toekomstige wetswijzigingen ten behoeve van het duurzaam domeinoverstijgend samenwerken en het centraal stellen van de ondersteunings- en/of zorgvraag van inwoners bij de bekostiging en samenwerking goed in te steken.

In het experiment worden zoveel mogelijk geldstromen voor in ieder geval zorg, welzijn en preventie in één pot aan de regio beschikbaar gesteld met één beheerder om afspraken mee te maken. Daarbij denken we aan geld vanuit de Zvw, Jeugdwet, Wmo, Wlz en Wpg. Dat helpt om in onderling overleg het geld te besteden aan die doelen die optimaal bijdragen aan mentale gezondheid van de regio.

Rationale

Deze beleidsoptie sluit aan op de kernoorzaak dat de ondersteuning en zorg voor psychische problematiek sterk versnipperd is, in combinatie met de kernoorzaak dat een gerichte en structurele aanpak voor mentale gezondheid ontbreekt.

We willen toe naar een samenleving waarin niet de diagnose, maar de hulpvraag centraal staat. Een samenleving die inzet op het duurzaam verbeteren van mentale gezondheid: flexibel, over de schotten van domeinen heen en met zoveel mogelijk regie bij inwoners zelf.

Vernieuwende en goedwillende partijen lukt het niet altijd om samen te werken, omdat de zakelijke kant in de weg zit. Vanuit verschillende wetten zijn gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren op een verschillende manier verantwoordelijk voor de mensen in hun regio waarbij een verschillende manier is ontstaan om met geld te sturen en te verantwoorden. Deze beleidsoptie wil onderzoeken in hoeverre het helpt om al deze verantwoordelijkheden te beleggen bij één aanspreekpunt voor alle zorgaanbieders en sociale partijen in de regio, die vanuit één visie op één manier afspraken kan maken.

Deze beleidsoptie sluit aan een kernaanbeveling, pagina 63 van het advies *Met de stroom mee* van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:

*Stel een wettelijk vastgelegde gedeelde zorgplicht in voor gemeenten en zorgverzekeraars. De inkoop wordt daarbij op regionaal niveau afgestemd, waarbij gemeentes en zorgverzekeraars zelf tot een passende regionale samenwerkingsstructuur komen.*²⁶⁰

²⁶⁰ *Met de stroom mee* | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2023, 20 juni). Raad Voor Volksgezondheid en Samenleving. <https://www.raadvv.nl/documenten/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

Effecten

Het beoogd effect van dit experiment is om te leren in hoeverre het samenvoegen van alle financieringsstromen helpt om een naadloze samenwerking van regionale (ggz-)partijen (ondersteunings- en zorgaanbod) om mentale gezondheid te bevorderen: de regio zelf is aan zet om te bepalen welk deel van de middelen naar preventie gaat en welk deel naar zorg, begeleiding en ondersteuning, dat wordt niet langer bepaald door de bestaande verhoudingen/domeinen en bijbehorende regels. Om dat mogelijk te maken is het nodig dat een regio met één regisseur afspraken maakt over laagdrempelige hulp aan hulpzoekenden die nu op een wachtlijst staan, hulp zoals groepen of digitaal aanbod. Dit aanbod kan dan aansluiten op specialistische individuele behandeling of opname waar dat nodig is, waarbij een ggz-instelling patiënten met vertrouwen kan laten uitstromen naar hun eigen sociale context met passende ondersteuning (denk aan initiatieven zoals *GEM*²⁶¹ of *leefstijltrainingen Integrale psychiatrie*²⁶²). Andersom kan een wijkteam laagdrempelig de expertise inroepen van gespecialiseerde professionals om iemand in zijn eigen omgeving te helpen, met als terugvaloptie dat iemand zonder wachtlijst in zorg kan komen als dat nodig is. Met populatiebepoorting wordt per regio/gemeente een bedrag bepaald dat ingezet kan worden om de mentale gezondheid van inwoners te versterken. De zorgplicht van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren wordt in dit licht gedefinieerd, waardoor de gelijkgerichtheid van deze partijen wordt versterkt. Hier hoort natuurlijk ook bij dat de regio/gemeente uitkomstindicatoren vaststelt om te monitoren of interventies ook leiden tot het gewenste effect.

Dit experiment is daarnaast bedoeld om populatiebepoorting verder uit te werken en te leren van de effecten van populatiebepoorting. Het kan zijn dat er prikkels voor doelmatigheid vanuit het huidige systeem verloren gaan. Bovendien moeten de verantwoordelijkheden worden herverdeeld. Kan één partij alle verantwoordelijkheden op zich nemen, met beschikking over een groot budget? Welke partij zou dat het beste kunnen doen en kan een regio dat zelf inrichten? In het experiment moeten vragen over vormgeving en effect worden beantwoord. Wat werkt? Wat voor onvoorziene dingen komen we tegen? Welke lessen leren we om mee te nemen naar eventuele opschaling?

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Uitgangspunt van het experiment is een gelijkblijvend budget, met als doel dat regionale vrijheid helpt om de toegankelijkheid te verbeteren en een meer integraal aanbod te bieden dat aansluit op de hulpvraag van inwoners, zonder in te leveren op betaalbaarheid.

Financiële effecten voor de begroting

Deze beleidsoptie is er niet op gericht om meer of minder geld uit te geven. Daardoor voorzien we geen effect voor de begroting. Het gaat om de vraag wie bestaand geld waaraan mag uitgeven. Omdat deze beleidsoptie zich richt op experimenteren in een regio waar de samenwerking al goed loopt, verwachten we geen extra kosten voor het opstarten hiervan.

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebepoorting	0	0	0	0	0	0	2026

Uitvoerbaarheid

²⁶¹ De Nieuwe GGZ | [denieuweggz.nl](https://www.denieuweggz.nl/nl). (z.d.). <https://www.denieuweggz.nl/nl>

²⁶² Leefstijltrainingen - Lentis. (2023, 6 februari). Lentis. <https://www.lentis.nl/zelfhulp/lentis-leefstijl/leefstijltrainingen/>

VWS, VNG, Zorginstituut en NZa onderzoeken hoe en op welke termijn een dergelijk experiment mogelijk is, bijvoorbeeld met gebruik van de *Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten*.²⁶³ Daarbij zoeken partijen niet naar tijdelijke nieuwe geldstromen, maar naar een nieuwe manier om bestaande structurele geldstromen te bundelen om integraal in een regio te gebruiken.

Dit is een regionaal experiment waar partijen vrijwillig aan kunnen deelnemen. Landelijke opschaling zal een wetswijziging en mogelijk een fundamentele heroverweging van de rol van verschillende financiers in de ggz.

²⁶³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025, 18 maart). *Innovatie*. Nederlandse Zorgautoriteit. <https://www.nza.nl/onderwerpen/innovatie>

35. Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg

Omschrijving van de beleidsoptie

De arbozorg en curatieve zorg (ggz) werken momenteel gescheiden van elkaar. Psychische klachten waar werk een belangrijke oorzaak van is worden hierdoor soms later gesignaleerd in de ggz. Ook wordt werk vaak niet meegenomen als behandeldoel in de ggz. Op het werk is er een grotere kans op verzuim en lagere arbeidsproductiviteit door psychische klachten. Verbetering van de samenwerking kan op het terrein van werk en de ggz baten opleveren. In deze beleidsoptie brengt het Rijk partijen samen en ondersteunt deze met financiering (consultatiefunctie) om te komen tot een plan voor verbinding en samenwerking tussen arbozorg en ggz bij psychische klachten die van invloed zijn op of (mede) veroorzaakt zijn door werk.²⁶⁴

Om de samenwerking tot stand te brengen, zet het Rijk de volgende stappen:

- Het Rijk verkent met koepels en organisaties in het (arbo)zorgdomein waar additionele inzet en interventies nodig zijn.
- Het Rijk schrijft een onderzoek uit voor de ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgericht zorgmodel voor de ggz, inclusief een implementatieplan.
- Het Rijk borgt adequate financiering voor deze onderzoeksfase. Er wordt gedacht aan €0,5 miljoen voor een tweejarig traject waarin het arbeidsgericht zorgmodel en een implementatieplan totstandkomen
- Na een positieve uitkomst van het implementatieplan, waaruit moet blijken dat werk als behandeldoel kan worden gezien, kan gezocht worden naar een passende oplossing voor de bekostiging.

Hieronder worden de mogelijke inhoud en werking van het zorgmodel omschreven:

- Het model omschrijft welke integrale zorg voor welke ziektebeelden nodig is, wie welke bijdrage aan de zorg tijdens een behandeltraject levert en de multidisciplinaire samenwerking.
- Werkbehoud en -hervatting wordt daarbij onderdeel van het behandelplan.
- Voor het tot stand brengen van de samenwerking wordt gewerkt met een verbinder, bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist, wat kosten en (arbeids)inzet beperkt.
- De voortgang wordt digitaal gecoördineerd zodat betrokkenen op de hoogte blijven.²⁶⁵
- Voor lichte klachten kan men terecht bij de arbodienst (evt. in consultatie met ggz). Bij matige klachten vindt zorg plaats via consultatie/modulair samenwerken tussen een onafhankelijke arbodeskundige zoals een bedrijfsarts of een bedrijfspsycholoog en ggz-behandelaar. Bij ernstige klachten werken arbozorg en ggz als één behandelteam samen, met een formele rol voor de klinisch arbeidsgeneeskundige en/of psychiater.
- In overleg met de sector kan vroegsignalering op verschillende wijzen worden ingevuld.
- Op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en met toestemming van de patiënt hebben de (arbo)zorgprofessionals die rechtstreeks betrokken zijn bij de hulpverlening, toegang tot de informatie uit het dossier.

Rationale

De beleidsoptie sluit aan op de kernoorzaak dat een gerichte en structurele aanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt en dat de ondersteuning en zorg sterk versnipperd is.

²⁶⁴ Op het terrein van oncologie heeft de overheid een soortgelijke samenwerking in gang gezet, met betrokkenheid van de NZa en het ZiN. Dit traject biedt nuttige lessen en aanknopingspunten. Zie: NVKA e.a. (2024). *Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek*. [https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-\(nov24-def\).pdf](https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-(nov24-def).pdf).

²⁶⁵ Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande infrastructuur (zoals Zorgdomein of regionale systemen).

- In de arbozorg heeft zich een zorgcircuit ontwikkeld van private aanbieders en kleinschalige initiatieven, zonder verbinding met de curatieve zorg. Het ontbreekt aan continuïteit, kennisdeling en gepaste inzet van specialistische expertise. Werkenden krijgen soms laat of geen kwalitatief goede behandeling waardoor de problematiek verergert, men moeilijk of niet weer (terug) aan het werk komt en een onnodig lange/zwaardere ggz-behandeling nodig heeft.
- In de ggz wordt werk niet als behandeldoel meegenomen. Terwijl uit studies volgt dat passend werk het herstel van psychische klachten vordert. Werk brengt structuur, zingeving en vergroot het gevoel van eigenwaarde.²⁶⁶ Als mensen tijdens hun behandeling maatschappelijk actief blijven, zoals door (deeltijd)werk, bevordert dit doorgaans hun herstel ('werk als medicijn').²⁶⁷ Bovendien kan de duur van de medische behandeling worden ingekort, waardoor er minder medische kosten zijn. Ook de verzuimduur wordt beperkt, wat resulteert in minder verzuimkosten voor de werkgever.

Uit het Ahti-onderzoek²⁶⁸ blijkt dat de ggz-prevalentie stijgt in aanloop naar ZW/WIA, piekt in de ZW en daalt bij de herintreding naar werk. In andere woorden, het gebruik van psychologische hulp loopt terwijl iemand nog werkt al flink op, en is het hoogst als iemand net uitgevallen is op werk. Terwijl werk juist een herstel bevorderende factor is, doordat het structuur en sociale binding biedt.

De voorgestelde domeinoverstijgende aanpak beoogt (verergering van) problematiek relatief snel te voorkomen en terug te dringen. Door arbozorg en ggz beter te verbinden, kan passende inzet eerder en efficiënter plaatsvinden. Ook gaat dit onnodige medicalisering tegen. Zeker in het eerste halfjaar voorkomt dat langdurige en ernstige problematiek en uitval. Uit een SiRM-verkenning²⁶⁹ blijkt dat de baten van een multidisciplinaire behandeling (arbo en curatief) van mentale problemen snel opwegen tegen de kosten: dit is, in de beknopte onderzochte variant, al het geval als 1 op de 10 patiënten één dag eerder aan het werk gaat dan bij een standaardbehandeling.

Effecten

Bij realisatie van de beleids optie doen zich naar verwachting de volgende gunstige effecten voor²⁷⁰:

- Een afname van het beroep op (langdurige) ggz, waardoor onnodige zorgconsumptie en kosten worden voorkomen. Door betrokkenheid of tijdige consultatie vanuit de ggz van de bedrijfsarts kunnen werkenden sneller aan het werk, waardoor er ook sprake is van demedicaliseren en een verdere reductie van zorgkosten. Vanuit de ggz-praktijk wordt aangegeven dat naar verwachting bij 15-25% van de mensen die nu via parallelle of onsamenvhangende trajecten wordt behandeld, door een geïntegreerde aanpak 2 tot 4 weken sneller functioneel herstellen.
- Minder verlies van (schaarse) arbeidscapaciteit. Op basis van praktijkervaringen is de verwachting dat door vroege interventie 10-20% van langdurige uitval (≥ drie maanden) voorkomen kan worden als de arbocuratieve zorg tijdig wordt ingezet.

²⁶⁶ Van Oosten, A. J., Van Mens, K., Blonk, R. W. B., Burdorf, A., & Tiemens, B. (2023). The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05418-z>. Zie ook beleids opties 36 en 37 over IPS.

²⁶⁷ In het Signalement Passende zorg voor mensen met kanker signaleert het ZiN dat "rekening houden met werk (hervatting) tijdens en na behandeling langdurige uitval kan voorkomen en bijdraagt aan een snelle integratie". *Signalement Passende zorg voor mensen met kanker: netwerk- en expertzorg* | Zorginstituut Nederland. (2022, 26 september). Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2022/09/26/signalement-passende-zorg-kanker-netwerk--en-expertzorg>

²⁶⁸ Dit rapport is gepubliceerd als bijlage bij dit IBO.

²⁶⁹ SiRM. (2024). Kosten en baten arbocuratieve zorg. <https://open.overheid.nl/documenten/016dd2bb-d8b0-4faa-a5a0-30c70af0d1b3/file>

²⁷⁰ Zie onder meer SiRM. (2024). Kosten en baten arbocuratieve zorg. <https://open.overheid.nl/documenten/016dd2bb-d8b0-4faa-a5a0-30c70af0d1b3/file> en NVKA e.a. (2024). Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek. [https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-\(nov24-def\).pdf](https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-(nov24-def).pdf).

- Bijkomend effect is dat voorkomen wordt dat collega's die (langdurig) invallen zelf door verhoogde werkdruk uitvallen en een beroep doen op de ggz/curatieve zorg.
- Kwaliteitsverbetering van de zorg door kennisdeling en uitkomstgerichte samenwerking tussen domeinen wat zorgt voor een efficiëntere inzet van specialistische expertise.
- Uit onderzoek volgt dat een betere ervaren kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en maatschappelijke impact werktevredenheid van zorgprofessionals vergroot.²⁷¹
- Terugdringen van het aantal mensen dat door psychische klachten niet kan werken en langdurige zorg en sociale voorzieningen (zoals WIA) behoeft.
- Minder druk op verzekeringsartsen van het UWV, aangezien deze het oordeel van de specialisten die onderdeel zijn van de multidisciplinaire samenwerking, kunnen overnemen.
- Lagere verzuim-, vervangings- en wervingskosten voor werkgevers. Als werkgerichte zorg systematisch wordt toegepast is er meer kans op duurzaam herstel. Op basis van praktijkervaring is de inschatting dat dit potentieel bij 10-20% van de werkenden leidt tot snellere of duurzamere werkhervatting.²⁷²

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Deze beleidsoptie beoogt een knelpunt weg te halen in het huidige stelsel, waarmee de zorg efficiënter wordt georganiseerd en als geheel beter functioneert. Daarmee zou de maatregel positief bijdragen aan alle drie de doelen van dit IBO:

- De kwaliteit van zorg neemt toe doordat werkenden met mentale klachten zorg ontvangen waarin rekening wordt gehouden met hun (werk)omstandigheden.
- Deze beter passende behandeling zorgt voor meer rendement en is in principe kostenefficiënt, zodat naar verwachting op termijn (na een transitie- of implementatiefase) meer mensen geholpen worden met hetzelfde budget én de verzuimduur afneemt.
- Voor zover hiermee capaciteit wordt vrijgespeeld, kan ook de toegankelijkheid toenemen.

Het potentieel van deze beleidsoptie reikt verder dan de zorg. Er zijn meervoudige maatschappelijke opbrengsten mee te realiseren op andere belangrijke domeinen, waaronder terugdringen van arbeidsongeschiktheid (UWV; WIA).

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	0,25	0,25	0	0	0	0	2028

- De kosten voor het uitwerken van het implementatieplan worden geraamd op €0,5 mln, op basis van het vergelijkbare onderzoek dat is uitgevoerd voor het model bij oncologie.
- Invoering van de uiteindelijke maatregel leidt mogelijk tot grote besparingen; in de ggz (minder inzet medisch specialisten), in het sociaal domein (minder instroom WIA) en voor werkgevers (minder ziekteverzuim). Hiertegenover staan de extra kosten in de ggz (extra inzet van hulpverleners die de aansluiting op de arbozorg faciliteren). De baten vallen dus mogelijk niet in hetzelfde terrein als de kosten.
- De kosten moeten nader worden gespecificeerd bij uitwerking van het implementatieplan. Daarmee ontstaat ook zicht op de verhouding tussen de kosten en baten. Volgens eerder

²⁷¹ NVKA e.a. (2024). Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) Rapport Fase 1: Verkenning en

Onderzoek. [https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-\(nov24-def\).pdf](https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-(nov24-def).pdf).

²⁷² Dit geldt met name voor mensen met terugkerende of werkgerelateerde klachten.

onderzoek kunnen de besparingen opwegen tegen de kosten: dit is, in een beknopte onderzochte variant van arbocuratieve zorg, al het geval als 1 op de 10 patiënten één dag eerder aan het werk gaat.²⁷³ Vroege interventies dragen namelijk bij aan eerder herstel.

Uitvoerbaarheid

- Mogelijk knelpunt: De capaciteit bij de ggz-instellingen is een belangrijk knelpunt, met name tijdens de implementatiefase. Door het betrekken van andere medische disciplines vanuit de klinische arbeidsgeneeskunde en bedrijfsgezondheidszorg, kan de capaciteit bij de ggz gelenigd worden.
- Juridische toets: De inschatting is dat de voorstellen zullen passen binnen de huidige juridische kaders.
- Planning: Het onderzoek inclusief implementatieplan kan in 2 jaar worden uitgevoerd.

²⁷³ SiRM. (2024). *Kosten en baten arbocuratieve zorg*. <https://open.overheid.nl/documenten/016dd2bb-d8b0-4faa-a5a0-30c70af0d1b3/file>

36. Onderzoek effectiviteit en inzet Individuele Plaatsing en Steun bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen

Omschrijving van de beleidsoptie

- *Individuele Plaatsing en Steun* (IPS) heeft zich bewezen als succesvolle methode om mensen met psychische aandoeningen die ggz-hulp ontvangen aan betaald werk te helpen.
- Voor de groep met *ernstige* psychische aandoeningen is die effectiviteit overal ter wereld wetenschappelijk vastgesteld.
- Deze beleidsoptie stelt voor onderzoek te doen naar de effectiviteit van het verbreden van de toepassing van IPS naar mensen met 'common mental disorders'²⁷⁴ (CMD - enkelvoudige psychische aandoeningen die veel voorkomen in de bevolking, zoals depressie en angststoornissen) en de voorwaarden voor inzet van IPS bij de CMD-groep te optimaliseren.
- Daartoe wordt specifiek voor de CMD-groep in 2027 door SZW een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de werking van de huidige IPS-regeling, met als hoofdvragen: a. Wat zijn bij de CMD-groep de effecten van IPS in termen van werk; b. Hoe kunnen we de (wettelijke) voorwaarden voor de inzet van IPS bij de CMD-groep verbeteren.
- De in het kader van het uitvoeringsproject Hoofdzaak Werk door kennisinstituut Phrenos verzamelde gegevens kunnen daarbij gebruikt worden.
- Dit evaluatieonderzoek in 2027 is mede bedoeld ter voorbereiding van een verzoek van het Rijk (VWS) aan ZonMW om de inzet van IPS-CMD mee te nemen in de Pakketagenda Passende Zorg. Dit programma ontwikkelt kennis die bijdraagt aan het pakketbeheer, ofwel aan beslissingen welke zorg wel (of juist niet meer) vergoed wordt vanuit de zorgverzekering. De eerstvolgende mogelijkheid om in de Pakketagenda te worden opgenomen is het jaar 2029.
- Om in het kader van de Pakketagenda Passende Zorg voldoende massa te creëren (een van de voorwaarden voor representativiteit steekproef CMD) en om, in dat verband, onderzoek te doen worden voor de CMD-groep vanaf 2029 drie jaar lang 500 extra IPS-trajecten gestart en bekostigd.
- Uitgangspunt is dat voor de CMD-groep de resultaten op het gebied van participatie en aanwezigheid van psychische klachten via het Kaderprogramma meerjarig in beeld worden gebracht.
- Bij een positieve uitkomst, ligt het voor de hand dat IPS voor CMD structureel wordt opgenomen in het basispakket voor de Zvw. Zorgverzekeraars zijn dan verplicht om ook bij de CMD-groep de eerste, motiverende/begeleidende fase van IPS te bekostigen.
- Te overwegen valt om een dergelijke verplichting voor zorgverzekeraars, bij positief resultaat, al na uitvoering van de deelevaluatie in 2027 in te voeren.
- Als aan het eind van jaar 2031 de resultaten goed zijn, wordt de inzet van 1.000 extra trajecten voor de CMD-groep structureel gefinancierd. Voorwaarde daarvoor is een advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut kan met de positieve uitkomst een advies geven aan VWS. In dit advies wordt er bepaald of de interventie aan alle pakketcriteria voldoet ((kosten)effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid). Het advies helpt hierbij. Naar aanleiding van het advies neemt de minister VWS een besluit over de opname in het basispakket.
- In deze optie wordt alleen een onderzoek naar de effecten van de vergrote inzet van IPS bij mensen met CMD uitgewerkt. Uitbreiding naar andere groepen is mogelijk, zoals mensen die gebruik maken van dagbesteding (Wmo), mensen met een verstandelijke handicap of mensen die in de forensische zorg zitten.

²⁷⁴ CMD is een ingeburgerd begrip bij IPS en bij de ggz. Het wordt ook gebruikt in eerdere IPS-regelingen. Het is in die regelingen in nauwe afstemming met de ggz gedefinieerd.

Rationale

- De maatregel draagt bij aan het ontwikkelen van een gerichte overheidsaanpak voor het verbeteren van mentale gezondheid en preventie van psychische klachten (kernoorzaak 1) en aan het ontwikkelen van een brede aanpak van de zorg en ondersteuning voor psychische problematiek (kernoorzaak 4).
- Veel mensen staan om psychische redenen aan de kant. Bij inkomen uit een financiële steunvoorziening is het gebruik van ggz tot wel 4 keer hoger dan bij inkomen uit werk-gerelateerde bronnen.²⁷⁵ Bijna 60% van de totale ggz-kosten komt voor rekening van mensen met een uitkering (arbeidsongeschikt + bijstand).²⁷⁶ Omgekeerd is productiviteitsverlies (m.n. niet werken) de maatschappelijk gezien grootste kostenpost van mentale gezondheidsproblematiek.²⁷⁷ Dit knelt des te meer nu het personeelstekort in Nederland groot is.
- IPS is bewezen effectief om mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) aan betaald werk te helpen (zie o.a. Trimbos, RIVM). Zorgverzekeraars zijn bij EPA verplicht de eerste fase van IPS te bekostigen (motivering van de client). Bij de groep met CMD bestaat die verplichting voor zorgverzekeraars niet.
- Er is evidentie dat IPS ook voor de CMD-groep werkt, maar die is nog dun (kleine steekproef).²⁷⁸ Vanwege de potentiële grote baten (zie onder 'effecten'), is onderzoek naar de effectiviteit van IPS bij CMD wenselijk.
- Inzet vanuit het Rijk is nodig. Zorgverzekeraars stimuleren de inzet van IPS nu onvoldoende, en bij de grote CMD-groep niet of nauwelijks.²⁷⁹ De Zorgverzekeringswet, met de focus op eenjarige contracten gericht op ggz-sec en zonder ruimte voor bekostiging van de domeinoverstijgende samenwerking die aan duurzaam psychisch herstel bijdraagt, zet zorgverzekeraars hiertoe niet aan.

Effecten

Beoogd en verwacht effect

- (Duurzaam) betaald werk voor mensen met psychische aandoeningen die ggz-hulp ontvangen.
- Uit onderzoek (AHTI, 2025) blijkt:
 - Teruggang naar werk na arbeidsuitval leidt tot afname van ggz-gebruik
 - Werken heeft een verlagend effect op ggz-gebruik
- Preventie EPA/vermindering psychische klachten door toeleiding naar werk CMD-groep.

Overige effecten

- Verkleinen tekorten op de arbeidsmarkt.
- De kosten bedragen ongeveer 8.300 EUR per IPS-CMD-traject. Bij de CMD-groep dragen zorgverzekeraars (de Zvw) hier niets aan bij. Bij de CMD-groep komen de kosten momenteel geheel voor rekening van door SZW verstrekte re-integratiegelden.

²⁷⁵ Amsterdam health and technology institute (2025). Kwantitatieve nulmeting ggz eindrapportage. Bijlage bij IBO mentale gezondheid en ggz.

²⁷⁶ Ravesteijn, M. E. B. (2022, 9 december). Psychische klachten en de arbeidsmarkt. ESB. <https://esb.nu/psychische-klachten-en-de-arbeidsmarkt/>; CBS, Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsmarktpositie, 2016; Ahti (2025), IBO Mentale Gezondheid en GGZ: Het kwantitatief in kaart brengen van de GGZ in Nederland.

²⁷⁷ Wijnen, B. F. M., Ten Have, M., de Graaf, R., van der Hoek, H. J., Lokkerbol, J., & Smit, F. (2024). The economic burden of mental disorders: results from the Netherlands mental health survey and incidence study

²⁷⁸ Kenniscentrum Phrenos. (2022, juli). Eerder aan het Werk: Onderzoek naar de toepasbaarheid en uitkomsten van Individuele Plaatsing en Steun (IPS) voor mensen met Common Mental Disorders - Kenniscentrum Phrenos. <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/eerder-aan-het-werk-onderzoek-naar-de-toepasbaarheid-en-uitkomsten-van-individuele-plaatsing-en-steun-ips-voor-mensen-met-common-mental-disorders/>

²⁷⁹ Deze signalen worden door de ministeries van SZW en VWS ontvangen vanuit het project Hoofdzak Werk, een door VWS en SZW gezamenlijk gesubsidieerd project waarin ggz-instellingen, gemeenten en UWV operationeel op regionaal niveau samenwerken.

- Hier staan baten tegenover, zowel individueel, maatschappelijk als financieel. De volgende baten worden verwacht als mensen met afstand tot de arbeidsmarkt en mentale problemen aan het werk worden geholpen.²⁸⁰
 - Besparingen op ggz- en Wmo-gebruik – geschat op respectievelijk 500 en 1.400 euro per jaar.
 - Minder maatschappelijke schade door criminaliteit – geschat op 3.000 euro per jaar. Per arbeidstoeleiding is dat dus in totaal 5.000 euro per persoon per jaar.
 - Lagere uitgaven aan de bijstand – ongeveer 14.000 euro per jaar per bijstandsgerechtigde – of een andere uitkeringsregeling, zoals de Wajong.
 - Er zijn daarnaast veel overige baten die lastig kwantificeerbaar zijn. Denk daarbij aan het ervaren niveau van ‘gelukkig zijn’ wat stijgt onder IPS-gebruikers, de toegevoegde waarde aan bedrijven en de economie, extra belastinginkomsten etc.
- Meer dan de helft van de baten slaan neer bij het Rijk, de rest van de baten slaan verspreid neer, bij het individu, de maatschappij, gemeenten en zorgverzekeraars.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Deze maatregel draagt bij aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg omdat het psychische klachten vermindert door mensen aan betaald werk te helpen. Werk brengt inkomen, vergroot het gevoel van eigenwaarde, levert sociale contacten en geeft het leven structuur. Daarmee worden ggz-kosten gereduceerd en/of wachtlijsten bekort.

Financiële effecten voor de begroting

De kosten per IPS-traject bedragen ongeveer 8.300 EUR. In de onderzoeksfase (2029-20231) worden jaarlijks 500 trajecten bekostigd om voldoende zicht op de effectiviteit te kunnen krijgen. Bij een succesvolle uitkomst wordt daarna structureel opgeschaald naar 1.000 trajecten per jaar.

UITGAVEN IN € MLN	2026	2027	2028	2029	2030	2031	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven	0	0	0	4,15	4,15	4,15	8,3 ²⁸¹	2032
Uitvoeringskosten	0	0	0	0,2	0,2	0,2	0,2	2032
Totaal				4,35	4,35	4,35	8,5	2032

De budgettaire reeks is incl. voorbereidings-, communicatiekosten en overige kosten. Uitvoeringskosten van gemeenten/UWV bedragen vermoedelijk jaarlijks enkele tonnen. Hiervoor kan een Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO) uitgevoerd worden.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

De ggz moet zich prepareren op extra opleiding/inzet IPS-trajectbegeleiders.

Juridische toets

Deze optie kan binnen de huidige wet- en regelgeving. Een beroep zal worden gedaan op de zogenoemde Pakketagenda Passende zorg. Onder voorwaarden kan de financiering dan vanaf 2029 plaatsvinden.

Planning

De maatregel kan per 2029 in werking treden.

²⁸⁰ Sociaal en Cultureel Planbureau. (2020, maart). De brede baten van werk. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/03/20/de-brede-waarde-van-werk>

²⁸¹ Bij positieve bevindingen. Dit is mede afhankelijk van de effecten.

37. Doeluitbreiding van IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject

Omschrijving van de beleidsoptie

- *Individuele Plaatsing en Steun* (IPS) heeft zich bewezen als succesvolle methode om mensen met psychische aandoeningen die ggz-hulp ontvangen aan betaald werk te helpen.
- In deze beleidsoptie wordt IPS ook structureel ingezet om jongeren tot 27 jaar terug te leiden naar het initieel onderwijs. Of als dat geen optie is en de jongere nog geen startkwalificatie heeft, om te voorzien in bijscholing tijdens een leerwerktraject. Dit wordt IPS-O (=Onderwijs) genoemd.
- IPS-O kan jongeren die in de Participatiewet zitten, geen scholing volgen en die ggz-hulp ontvangen alsnog aan (bij) scholing helpen en zo uiteindelijk hun kans op werk vergroten.
- Het rijk brengt de mogelijkheden van IPS-O onder de aandacht, en stelt extra financiering beschikbaar om de inzet van IPS-O uit te breiden.
- Gemeenten zijn de ontvangers van de extra financiering van IPS-O. 'Vindplaatsen' van de jongeren om wie het gaat, zijn: het onderwijs (op het moment dat jongeren dreigen uit te vallen), de ggz, Doorstroompunten en de gemeenten. Gemeentelijke Doorstroompunten hebben al de wettelijke taak om alle jongeren zonder startkwalificatie in beeld te hebben en te begeleiden terug naar onderwijs of werk.
- Gestart zou kunnen worden met de inzet/bekostiging van 1000 IPS-O-trajecten per jaar. Gemiddeld kost een traject 10.000 euro. Benodigde extra financiering is dus jaarlijks 10 mln. De inzet van IPS-O wordt, zoals altijd bij IPS het geval is, gekoppeld aan onderzoek naar de resultaten.
- Wanneer na onderzoek blijkt dat IPS-O-trajecten voldoende succesvol zijn, zal deze maatregel structureel ingevoerd en bekostigd worden

Rationale

- De maatregel draagt bij aan de kernoorzaak dat een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt en de kernoorzaak dat ondersteuning en zorg voor psychische problematiek sterk versnipperd zijn. De doelen van zowel onderwijs, geestelijke gezondheidszorg als re-integratie worden hier in één integrale aanpak gediend.
- Psychische aandoeningen (bijvoorbeeld psychoses) beginnen bij het merendeel van degenen die erdoor worden getroffen al voordat zij 25 jaar zijn.²⁸²
- Veel jongeren maken hun opleiding om psychische redenen niet af.
 - Psychosociale problemen komen bij voortijdig schoolverlaters bijna drie keer zo vaak voor als bij andere jongeren (CBS, 2021).
 - Jongeren met psychische problemen vallen twee keer zo vaak uit als andere jongeren (CBS, 2021).
- Het is moeilijk voor hen om naar het onderwijs terug te keren. Zonder startkwalificatie of afgeronde vervolgopleiding hebben deze jongeren verminderde kansen op de arbeidsmarkt. Werkeloosheid gaat ook gepaard met een hogere kans op psychische klachten.²⁸³
- Als zij ggz-hulp ontvangen, zouden zij door de ggz met IPS-O alsnog naar het initieel onderwijs kunnen worden teruggeleid en daar waar nodig begeleid kunnen worden bij de voltooiing ervan. Of, als dat geen optie is voor een jongere en de jongere nog geen startkwalificatie heeft, zou de ggz ook kunnen toe begeleiden naar bijscholing tijdens een leerwerktraject.

²⁸² Trimbos-instituut (mei 2025). *Mentale gezondheid van de jeugd. Expertisecentrum Mentale Gezondheid.*

<https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/mentale-gezondheid-jeugd/>

²⁸³ Ahti (2025), IBO Mentale Gezondheid en GGZ: Het kwantitatief in kaart brengen van de GGZ in Nederland.

- Dit is in lijn met de nieuwe wet- en regelgeving van school naar duurzaam werk, die naar verwachting 1 januari 2026 in werking treedt. Hiermee krijgen scholen, doorstroompunten en gemeenten meer mogelijkheden om jongeren passende ondersteuning te bieden gericht op duurzame arbeidsinschakeling: terug naar het initieel onderwijs, naar een leerwerktraject of, als voorgaande niet mogelijk is, naar werk. IPS-O is nieuw en wordt nog maar op heel kleine schaal in Nederland ingezet. Wanneer na onderzoek blijkt dat IPS-O trajecten voldoende succesvol zijn, kan IPS-O structureel mogelijk worden gemaakt voor jongeren die ggz-hulp ontvangen en bieden we hen dezelfde mogelijkheden.
- Over de effectiviteit van inzet IPS-O is nu nog geen goed beeld te geven. Volgens kennisinstituut Phrenos zijn er eerste indicaties dat IPS-O goed kan helpen bij het vinden van een passende opleiding, in het bijzonder bij jongvolwassenen.

Effecten

- Een goede positie op de arbeidsmarkt, en concreter, het hebben van werk heeft over het algemeen een positieve invloed op de psychische gezondheid.
 - Uit onderzoek (AHTI, 2025) blijkt over de relatie tussen werk en ggz-gebruik:
 - Teruggang naar werk na arbeidsuitval leidt tot afname van ggz-gebruik
 - Werken heeft een verlagend effect op ggz-gebruik
- Duurzame arbeidsinschakeling: Het voltooien van het initieel onderwijs biedt de beste kansen op werk. Hoe hoger het onderwijsniveau, hoe beter de positie op de arbeidsmarkt en hoe minder vaak iemand geen werk heeft en een uitkering krijgt.²⁸⁴
 - Verlaat een jongere (voortijdig) het onderwijs en heeft die geen startkwalificatie, dan is praktijkgerichte scholing tijdens een leerwerktraject een van de meest effectieve re-integratie-instrumenten.²⁸⁵ Het heeft een positief effect op zelfvertrouwen en motivatie, resulteert in beter ontwikkelde (basis-/werknemers-/vak) vaardigheden en kennis, een hogere productiviteit, een hoger inkomen, een positievere houding tegenover scholing in de toekomst en het sneller vinden van werk bij baanverlies. Doordat er geen sprake is van een 'lock-in' effect (niet of minder beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt door het volgen van scholing) wordt tevens bespaard op uitkeringslasten. In den brede is sprake van maatschappelijke baten (betere gezondheid, minder criminaliteit, verkleining van het risico op armoede, meer vertrouwen in de overheid).
 - Zeker als jongeren nog geen startkwalificatie hebben, versterkt initieel onderwijs of bijscholing hun latere arbeidsmarktpositie zeer. Jongeren zonder startkwalificatie hebben minder vaak een baan en vaker een uitkering. Het CBS constateert in 2021 dat van de 280.000 jongeren zonder startkwalificatie die geen onderwijs volgen, ruim 100.000 geen werk hebben. 60% van de jongeren zonder startkwalificatie en zonder werk heeft een jaar na het verlaten van het onderwijs nog geen baan. Ook verdienen 50.000 van deze jongeren die wel aan het werk niet voldoende om economisch zelfstandig te zijn. Zij werken ook vaker in een flexibel dienstverband, waardoor zij minder baanzekerheid hebben. Tevens doen deze jongeren een groter beroep op sociale voorzieningen en de zorg en hebben zij een grotere kans om in criminaliteit te vervallen.
 - IPS voor begeleiding naar werk is bewezen effectief. Deze methode maakte ook deel uit van de meta-analyse naar maatschappelijke kosten-baten analyses 'investeren in kwetsbare jongeren'²⁸⁶, waaruit blijkt dat je jongeren met meervoudige problematiek beter

²⁸⁴ SEO (2022), *Monitor 3 aanpak Jeugdwerkloosheid*. <https://www.seo.nl/wp-content/uploads/2022/10/230327-Samenvatting-Monitor-3-Aanpak-jeugdwerkloosheid.pdf> en CPB (2018), *Waarde van een startkwalificatie op de arbeidsmarkt*. <https://www.cpb.nl/publicatie/waarde-van-een-startkwalificatie-op-de-arbeidsmarkt>

²⁸⁵ De beleidsonderzoekers. (2024). *Meerwaarde scholing werkzoekenden*. <https://beleidsonderzoekers.nl/wp-content/uploads/2024/03/Eindnotitie-literatuuronderzoek-scholing-werkzoekenden.pdf>

²⁸⁶ LPBL. (2023). *Meta-analyse investeren in kwetsbare jongeren - Inzicht en lessen uit analyse van tien succesvolle aanpakken*. <https://www.lpbl.nl/wp-content/uploads/2023/02/LPBL-Meta-analyse-Investeren-in-kwetsbare-jongeren-januari-2023.pdf>

gelijktijdig/integraal kunt behandelen tijdens werk of onderwijs, dan dat je het volgorde-lijk doet. IPS voor begeleiding naar onderwijs is gebaseerd op dezelfde principes. Kenniscentrum Phrenos heeft in een door ZonMW gefinancierd project IPS-O verder ontwikkeld tot volwaardige methodiek. Daarnaast is er ook enig positief wetenschappelijk onderzoek naar de uitbreiding van IPS naar het onderwijs.

- IPS-O kan bijdragen aan de preventie van definitieve uitval en verergering van de (psychische) problemen, wegens de hierboven genoemde verbeterde economische kansen. Daarmee heeft het ook een reductie van uitkeringslasten en ggz-kosten tot gevolg, wegens de positieve relatie tussen het hebben van werk en lagere ggz-kosten.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Alleen voor maatregelen die relatie houden met het stelsel van zorg en ondersteuning:

- Deze maatregel draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg door jongeren naar het onderwijs terug te geleiden of naar een leerwerktraject.
- De verbetering van hun toekomstperspectief die dan optreedt, verkleint de kans op psychische problemen in de toekomst.
- Langs deze weg kunnen ggz-kosten worden gereduceerd, wachtlijsten bekort en uitkeringslasten bespaard.

Financiële effecten voor de begroting

UITGAVEN IN € MLN.	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
Uitgaven	0	10	10	10	10	10 ²⁸⁷	2027
Uitvoeringskosten	0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	2027
Totaal	0	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	2027

- De budgettaire reeks is incl. voorbereidings-, communicatiekosten en overige kosten.
- Een regulier IPS-traject kost gemiddeld ongeveer 10.000 euro. Phrenos schat in dat de kosten van een IPS-O-traject vergelijkbaar zijn.
- Bij de baten kan er gedacht worden aan minder ggz-, Wmo- en zorgkosten, en minder kosten die resulteren uit criminaliteit. Op de korte en lange termijn zijn er minder kosten aan bijstandsuitkeringen en zijn er baten resulterende uit verhoogd arbeidsvermogen.

Uitvoerbaarheid

Randvoorwaarden voor de uitvoering

De ggz moet voorbereiden op extra opleiding/inzet IPS-O-trajectbegeleiders. Samenwerking met het initieel onderwijs en samenwerking met de (centrum)gemeenten is nodig daar waar het gaat om de inzet van leerwerktrajecten voor jongeren zonder startkwalificatie.

Juridische toets

De Participatiewet biedt de juridische grondslag voor deze maatregel. Via een AmvB kunnen extra middelen voor inzet IPS-O worden ingezet. De relatie zal worden gelegd met de wet- en regelgeving *Van school naar duurzaam werk* en daarmee de samenwerking met het initieel onderwijs, Doorstroompunten en (centrum)gemeenten.

Planning

²⁸⁷ Wanneer na onderzoek blijkt dat IPS-O-trajecten voldoende succesvol zijn, zal deze maatregel structureel ingevoerd en bekostigd worden.

Extra inzet op IPS-O zou in 2027 mogelijk zijn. Daar zijn dan extra middelen voor nodig.