

Vragen en antwoorden contactpersonenoverleg

Versie: 25 maart 2026

Nr.	Vraag	Antwoord
1	<p>Wat zijn de minimale registratie-eisen m.b.t. een persoon in het Verkennend gesprek? Moet de persoon bijvoorbeeld worden ingeschreven bij de ggz-aanbieder? Is dat anders als de RHO hoofdaannemer is?</p>	<p>In de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg staat dat de zorgaanbieder de identiteit en het BSN van een nieuwe cliënt moet vaststellen.</p> <p>Voor reguliere prestaties moeten (daarnaast) minimaal de gegevens die nodig zijn om te declareren (zie vraag 2) worden geregistreerd. Dit geldt ook als de RHO hoofdaannemer is.</p> <p>Voor prestaties ten laste van transformatiegelden moeten minimaal de met de verzekeraar contractueel afgesproken gegevens worden geregistreerd.</p>
2.	<p>Wat zijn de minimale registratie-eisen bij declaratie van een Verkennend gesprek? Welke elementen kunnen in redelijkheid aanwezig zijn?</p>	<p>In de Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145 van de NZa staat in artikel 7 lid 1 welke informatie-elementen op een factuur moeten worden vermeld. Dit zijn de elementen die zijn opgenomen in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - NR/REG-2616a in hoofdstuk 2 onder A, B, C en F, voor zover ze redelijkerwijs aanwezig kunnen zijn. In onderstaand overzicht zijn deze elementen weergegeven (met uitzondering van elementen die alleen voor de fz gelden). Met een doorhaling is aangegeven welke elementen redelijkerwijs niet aanwezig kunnen zijn. Daarin maken we onderscheid tussen de declarant 'ggz-zorgaanbieder' en declarant 'regionale huisartsenorganisatie'.</p> <p>Declarant 'ggz-zorgaanbieder' die declareert met de code OV8001 'Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek'.</p> <p>A. Gegevens zorgaanbieder a1. Naam zorgaanbieder; a2. AGB-code zorgaanbieder. B. Gegevens patiënt</p>

		<p>b1. Naam (ggz); b2. Geboortedatum (ggz); b3. BSN (ggz); b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz); b5. Startdatum zorgtraject; b6. Verzekernummer (ggz); b7. UZOVI-code (ggz en fz); b14. Verwijsdatum (ggz). C. Gegevens behandeling c1. Naam regiebehandelaar; c2. AGB-code regiebehandelaar; c3. AGB-code verwijzer; F. Gegevens prestatie f1. Prestatiecode; f2. Prestatie; f3. Uitvoeringsdatum; f4. Geplande starttijd consult (alleen in geval van werkwijze conform 3.2 lid 2); f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie); f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd; f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd; f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden); f9. Zorglabel;</p> <p>Declarant 'regionale huisartsenorganisatie' die declareert met de code 31475 'Verkennd gesprek via regionale huisartsenorganisatie en GGZ'.</p> <p>A. Gegevens zorgaanbieder a1. Naam zorgaanbieder; a2. AGB-code zorgaanbieder.</p>
--	--	---

		<p>B. Gegevens patiënt</p> <p>b1. Naam (ggz);</p> <p>b2. Geboortedatum (ggz);</p> <p>b3. BSN (ggz);</p> <p>b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz);</p> <p>b5. Startdatum zorgtraject;</p> <p>b6. Verzekernummer (ggz);</p> <p>b7. UZOVI-code (ggz en fz);</p> <p>b14. Verwijsdatum (ggz).</p> <p>C. Gegevens behandeling</p> <p>c1. Naam regiebehandelaar;</p> <p>c2. AGB-code regiebehandelaar;</p> <p>c3. AGB-code verwijzer;</p> <p>F. Gegevens prestatie</p> <p>f1. Prestatiecode;</p> <p>f2. Prestatie;</p> <p>f3. Uitvoeringsdatum;</p> <p>f4. Geplande starttijd consult (alleen ingeval van werkwijze conform 3.2 lid 2);</p> <p>f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie);</p> <p>f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;</p> <p>f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;</p> <p>f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden);</p> <p>f9. Zorglabel;</p> <p>NB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op dit moment kan alleen de huisarts iemand aanmelden voor een verkennend gesprek. Of anderen moeten kunnen verwijzen, wordt nog onderzocht. - Met 'verwijsdatum' (b14) wordt de datum van aanmelding voor het verkennend gesprek bedoeld, niet de datum van de
--	--	---

		verwijzing naar een vervolg in de ggz. AGB-code verwijzer (c3) is de AGB van de aanvrager (huisarts).
3.	Op welke manier kan de huisarts bij de aanvraag van het Verkennend gesprek aangegeven meteen akkoord te geven voor een eventueel vervolg in de ggz (en de daarvoor benodigde verwijzing afgeven)?	<p>Het resultaat van het verkennend gesprek is een advies aan de huisarts. Die moet vervolgens een weloverwogen beslissing nemen om wel of niet te verwijzen. Dat is niet anders dan bij verwijzing naar de ggz zónder verkennend gesprek.</p> <p>De huisarts kan ervoor kiezen de verwijs-beslissing al te nemen voordat de uitkomst van het verkennend gesprek bekend is. De huisarts weegt dan vooraf of hij behandeling in de ggz als reële en passende optie beschouwt. In dat geval 'zet hij een vinkje' (als het verwijssysteem dat ondersteunt) of stuurt hij de verwijsbrief alvast mee bij de aanvraag van het verkennend gesprek. Regionaal kan een andere oplossing worden afgesproken. Een expliciete beslissing van de huisarts is altijd vereist.</p> <p>Er is nog een overleg gaande over hoe dit technisch kan worden geregeld. Aandachtspunt is daarbij is dat een verwijzing informatie kan bevatten dan niet bedoeld is voor alle deelnemers aan het Verkennend gesprek.</p>
4.	Hoe kan verslaglegging van het Verkennend gesprek plaatsvinden: wie bewaart wat en wie heeft toegang tot het verslag?	<p>De organisatie van de ggz-professional die het Verkennend gesprek heeft gevoerd heeft volgens de wet een bewaar- en dossierplicht.</p> <p>In principe hebben alleen de opstellers van het verslag van het Verkennend gesprek en de huisarts die het verslag ontvangt toegang. De huisarts zal de uitkomst van het Verkennend bewaren in het HIS (Huisartseninformatiesysteem).</p> <p>Als de burger na het verkennend gesprek naar de ggz wordt verwezen, ligt het voor de hand dat de ggz-aanbieder het verslag ook ontvangt. Zo hoeft dezelfde informatie niet meerdere keren te worden verstrekt.</p>

		Zie ook de notitie Verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek en de bijlage daarbij.
5.	Hoe weet ik welk bedrag is gereserveerd voor mijn MGN-transformatieplan binnen de 'hekjes' van het MGN-budget? En is dat bedrag leidend of kan daarvan afgeweken worden als definitieve plan op een ander bedrag uitkomt?	De leidende zorgverzekeraar communiceert met de MGN-regio het toegekende of gereserveerde bedrag. Dat bedrag is leidend, zodat het totaalbudget passend is voor een landelijke dekkende MGN-structuur.
6.	Hoe worden gecombineerde transformatieplannen beoordeeld? Wat als er alleen voor het MGN-deel van het gecombineerde plan budget is?	Nu bekend is welke bedragen beschikbaar zijn is deze vraag niet meer van toepassing.
7.	Wanneer zet je transformatiegelden in en wanneer structurele middelen MGN. Is het nodig beide routes (transformatieplannen en contractering) te bewandelen?	<p>De transformatiegelden zijn voor het veranderproces. Prestaties die tijdens het opstarten van de uitvoering worden geleverd, kunnen met transformatiegelden worden gefinancierd.</p> <p>De structurele gelden die via contractering worden afgesproken, zijn voor de uitvoering in de doelsituatie. Voor de contractering van de MGN-functies en -coördinatie moeten er een plan en een begroting zijn. Veel regio's gebruiken het transformatieplan hiervoor. Het overgangsmoment van de transformatie naar de doelsituatie verschilt per regio.</p> <p>Er mag geen sprake zijn van dubbele financiering.</p> <p>Zie ook de beleidsregels van de NZa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152 • Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145 <p>En:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praatplaten bekostiging Mentale gezondheidsnetwerken
8.	In onze regio weten huisartsen nog onvoldoende de functies van het MGN te vinden. Hoe kunnen we die betrokkenheid vergroten?	Om de betrokkenheid te vergroten, is het vooral belangrijk dat het MGN zich actief zichtbaar maakt richting huisartsen. Bijvoorbeeld door

		<p>het leggen van persoonlijk contact en het delen van concrete voorbeelden van wat het netwerk kan betekenen in de praktijk.</p> <p>RHO's kunnen ook een rol vervullen in het vergroten van de bekendheid, bijvoorbeeld via hun nieuwsbrieven of bijeenkomsten, en door verbinding met huisartsen in de regio te faciliteren.</p> <p>De LHV werkt aan een communicatiecampagne om de MGN's meer onder de aandacht te brengen bij huisartsen.</p> <p>Voorwaarde voor het vergroten van de bekendheid is natuurlijk wel dat er een goed werkend regionaal netwerk is, zodat huisartsen ook echt de meerwaarde van een MGN kunnen ervaren.</p>
9.	Kunnen Zvw-transformatiemiddelen aan partijen in het sociaal domein worden uitbetaald?	<p>Er zijn twee financieringsbronnen voor transformatieplannen: IZA middelen (voor Zvw-zorg) en SPUK-transformatiemiddelen (voor het sociaal domein). Partijen uit het sociaal domein kunnen via een goedgekeurd transformatieplan SPUK-middelen ontvangen voor transformatie. Dat kunnen middelen voor tijdelijke kosten zijn (bijvoorbeeld voor het ontwikkelen en implementeren van een transformatieplan) maar ook middelen voor structurele kosten binnen de IZA periode.</p> <p>De SPUK-transformatiemiddelen kent VWS toe aan de mandaatgemeente, die ze o.b.v. goedgekeurde KPI's uitkeert aan deelnemers in het sociaal domein.</p>
10.	Is er een overlap tussen het Verkennend gesprek en het sociaal verwijzen (beschreven in het AZWA)?	<p>Er is geen overlap tussen Verkennend Gesprek en Sociaal Verwijzen. Beide zijn in het AZWA opgenomen als "Basisfunctionaliteit". Sociaal Verwijzen (zoals Welzijn op Recept en de 'Wally') is aangemerkt als bewezen en wordt per 2027 structureel gefinancierd. Het Verkennend gesprek wordt tot 1 januari 2029 als experiment bekostigd.</p> <p>Deze twee functies worden los van elkaar genoemd en bekostigd omdat het twee verschillende activiteiten zijn.</p>

		In de werkwijze MGN staat: "Welzijn op recept is ondersteuning uit het sociaal domein voor mensen die (gezondheids)klachten ervaren door sociaal-maatschappelijke problemen. De ondersteuning is, anders dan het verkennend gesprek, monodisciplinair. Zogenoemde 'multiproblematiek' is een contra-indicatie voor Welzijn op recept, maar juist een indicatie voor het verkennend gesprek."
11.	Is de aangekondigde vrijstelling van het eigen risico voor het Verkennend gesprek daadwerkelijk geregeld?	Ja, dit is geregeld. In 2025 betaalden de zorgverzekeraars deze vrijstelling. Voor 2026 en verder is het geregeld in het Besluit zorgverzekering .
12.	Waar kan ik de voorbeeld samenwerkingsovereenkomst vinden? En is er al een toe- en uittredingsformulier?	De voorbeeld samenwerkingsovereenkomst en het toe- en uittredingsformulier staan op de website van het programma .
14.	<p>In de folder staat dat klachten van patiënten over de Verkennende Gesprekken met de huisarts besproken kunnen worden. Destijds is hiervoor gekozen gezien de positie van het Verkennende Gesprek (voor verwijzing) en leek het de meest pragmatische oplossing om snel te kunnen starten.</p> <p>Nu we echter gaan opschalen, er meer huisartsenpraktijken en er (naar verwachting) ook meer Verkennende Gesprekken gevoerd zullen gaan worden, lijkt deze klachtenprocedure niet wenselijk.</p> <p>Zou jij ons kunnen adviseren over de klachtenprocedure bij een Verkennend Gesprek? Hoe zou deze volgens de landelijke kaders moeten lopen?</p>	<p>Deelname aan een Verkennend gesprek moet voor de burger zo laagdrempelig mogelijk zijn. Als deelname onverhoopt tot een klacht leidt, moet het indienen ook laagdrempelig zijn. Laagdrempelig betekent dat de burger niet zelf hoeft uit te zoeken waar de persoon over wie hij wil klagen werkt, of zich tot meerdere organisaties hoeft te wenden. De landelijke partijen vinden daarom dat de verantwoordelijkheid voor het in ontvangst nemen van de klacht bij het netwerk zou moeten liggen. Het netwerk wijst één adres of 'loket' aan waar de burger terecht kan en leidt klachten naar de juiste organisatie(s) of persoon (personen). De precieze interne werkwijze, verantwoordelijkheidsverdeling en afhandelingstermijnen wordt overeenkomen volgens de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst. De afspraken zorgen ervoor dat de partijen in het netwerk aan hun wettelijke verplichtingen rond klachtafhandeling kunnen voldoen. Rechtstreeks klagen bij een door een wet aangewezen instantie blijft natuurlijk altijd een optie voor de burger.</p>
15.	Moet er een transformatieplan zijn om MGN-functies te kunnen contracteren? En kunnen de functies ook los worden gecontracteerd?	In de regelgeving staat dat er voor het in rekening brengen van MGN-prestaties een contract nodig is met de zorgverzekeraar. Dit geldt voor

		<p>zowel het Verkennend gesprek als de andere drie functies en de coördinatie.</p> <p>De Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken beschrijft de kaders en randvoorwaarden voor deze contractering, o.a.:</p> <ul style="list-style-type: none">• De twee preferente zorgverzekeraars nemen het voortouw voor het contracteren van het mentale gezondheidsnetwerk. Er wordt maar één Mentale gezondheidsnetwerk per regio gecontracteerd.• Het Mentale gezondheidsnetwerk (de vier functies) wordt gecontracteerd bij één of meer hoofdaanemers, die hiervoor optreedt of die gezamenlijk optreden namens het hele samenwerkingsverband. Functies worden als geheel ingekocht. Een functie kan niet worden opgeknipt.• De RHO of de ggz-kerninstelling zijn de hoofdaanemer van een functie of van meerdere functies. Welke partij voor welke functie hoofdaanemer is, wordt in overleg vastgesteld door het netwerk en de financiers in de regio. <p>Hieruit volgt dat de functies ook los kunnen worden gecontracteerd bij een hoofdaanemer. Er zijn MGN's die al een contract hebben voor het Verkennend gesprek, maar nog niet voor de andere functies.</p> <p>Zorgverzekeraars Nederland heeft uitgewerkt hoe het proces van contracteren van de MGN-functies in zijn werk gaat. Daarin staat beschreven dat er een plan moet zijn en een begroting. Er is niet gedefinieerd welk plan dat is.</p> <p>Conclusie: een transformatieplan is niet verplicht, maar er moeten wel een plan en begroting zijn om één of meerdere MGN-functies te contracteren.</p>
--	--	---

		<p>Voor het Verkennend gesprek moeten er ook afspraken zijn over de deelname van de sociaal domein professional. In de praktijk wordt vaak het transformatieplan gebruikt als basis.</p> <p>Contracteren voor 2025 is nog mogelijk tot en met 31 december 2025. Bij wijze van uitzondering kan het contract dus terugwerkende kracht hebben.</p>
16.	Is het tarief voor deelname van de ggz-professional inclusief reistijd?	<p>Reistijd van de ggz professional kan niet apart in rekening worden gebracht.</p> <p>Volgens de beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - BR/REG-25107a kan reistijd alleen bij een consultprestatie in rekening worden gebracht. De prestatie 'deelname ggz aan verkennend gesprek' is geen consultprestatie maar een experimentprestatie.</p>
17.	De twee coördinerende zorgverzekeraars nemen het voortouw voor het contracteren van het mentale gezondheidsnetwerk. Voor het Verkennend gesprek spreken zij een tarief af en de andere zorgverzekeraars nemen dat tarief over. Waarom hanteren alle zorgverzekeraars niet gewoon één landelijk tarief?	<p>Vaak zijn er al afspraken gemaakt over de tarifiering in de transformatieplannen. Verder is de context van invloed op het tarief. Wat is de duur van het gesprek? Welke professionals zet je in? Wat is de verhouding directe en indirecte tijd? Etc. Hierin kunnen duidelijke verschillen zijn tussen de regio's.</p> <p>Zorgverzekeraars mogen onderling geen tarieven met elkaar afstemmen. Daarom gebeurt dat ook niet voor het Verkennend gesprek.</p> <p>Deelname van de ggz-professional aan het Verkennend gesprek is onderdeel van de Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145. Dit experiment wordt uiterlijk 1 januari 2029 geëvalueerd. Mogelijk volgt daaruit dat er wel een landelijke prestatie met één tarief volgt.</p>
19.	Wij hebben een gecombineerd transformatieplan waarvan het MGN-deel is goedgekeurd. Mogen we het toegekende budget inzetten voor	<p>Over dit ontwerpen zijn Q en A's opgenomen in 'Veelgestelde vragen rondom aanpassingen transformatiemiddelen' op zorgakkoorden.nl.</p>

	het totale gecombineerde plan? Wat gebeurt er met de KPI's die zijn gebaseerd op uitvoering van het totale plan?	
20.	Mag alleen de hoofdaannemer het Verkennend gesprek declareren of mogen alle uitvoerders van het Verkennend gesprek zelf declareren?	<p>Dat hangt af van de contractafspraken met de twee coördinerende zorgverzekeraars.</p> <p>De Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken beschrijft de kaders en randvoorwaarden voor de contractering en zegt hier het volgende over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coördinatiekosten en de kosten van patiëntoverstijgende functies worden bij de hoofdaannemer van die functie gecontracteerd. Alleen de hoofdaannemer kan deze declareren. • De patiëntgebonden kosten (verkennende gesprekken) worden bij de hoofdaannemer van die functie gecontracteerd. Over het declareren bij de zorgverzekeraar zijn twee soorten afspraken mogelijk: <ul style="list-style-type: none"> -> zowel de hoofdaannemer als de andere ggz-uitvoerders zijn zelf declarant. Elke andere uitvoerder krijgt een contract met de zorgverzekeraar, als de afspraken met de hoofdaannemer rond zijn. -> alleen de hoofdaannemer is declarant bij de zorgverzekeraar. Elke andere uitvoerder maakt afspraken met de hoofdaannemer (onderlinge dienstverlening).
21.	Nu zorgverzekeraars als collectief ruimte hebben gemaakt voor de MGN-transformatieplannen, kan de consultatiefase bij overige zorgverzekeraars (3 t/m 10) dan niet worden overgeslagen? Wij hebben namelijk een goedgekeurd transformatieplan nodig om SPUK-middelen te kunnen aanvragen.	Nee dat is niet mogelijk. Voor de deadline van 1 januari 2026 maakt dat ook niet uit. Want die deadline geldt alleen voor het formele akkoord van de twee coördinerende zorgverzekeraars.
22.	Hoe krijg ik toegang tot het identificatieportaal, waarin ik een contract kan aanvragen voor het MGN?	De coördinerende zorgverzekeraar moet de zorgaanbieder aanmelden bij het 'Identificatieportaal MGN' van VECOZO. Als de gegevens door de zorgverzekeraar volledig zijn ingevuld, geeft VECOZO de zorgaanbieder binnen 5 werkdagen toegang tot het portaal.
23.	Wie is verantwoordelijk als een regio het niet redt om vóór 1 december het definitieve plan in te dienen?	Dat is een eigen verantwoordelijkheid van de regio. Belangrijkste is om tijdig contact op te nemen met de zorgverzekeraar en elkaar niet te verrassen.

25.	Hoe moet een verkennend gesprek worden bekostigd voor onverzekerde burgers?	Zorgdeclaraties voor GGZ-zorg aan onverzekerde burgers worden vergoed via speciale subsidieregelingen, zoals de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden en de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, afhankelijk van de verblijfsstatus van de patiënt. Zorgaanbieders kunnen de kosten via een aanvraag bij het CAK declareren. De vergoeding geldt voor medisch noodzakelijke zorg, wat overeenkomt met zorg uit het basispakket.
26.	Moeten MGN-contracten via het college van B&W worden goedgekeurd, of volstaat ambtelijke instemming?	Dit afhankelijk van interne en regionale mandatering. Doorgaans is wel een bestuurlijk akkoord nodig van de gemeente, dus van B&W.
27.	Is er al een passende betaaltitel voor deelname van het sociaal domein aan het Domeinoverstijgende Casusoverleg?	Voorlopig moet deelname uit SPUK-middelen worden gefinancierd.
28.	Heeft het AZWA gevolgen voor de financiering van MGN's?	Nee, op dit moment niet. Mogelijk worden de MGN's in de toekomst een basisfunctionaliteit.
30.	Wanneer is een transformatieplan 'klaar' richting 1 januari?	Het akkoord van de twee coördinerende zorgverzekeraars is doorslaggevend. Dit akkoord moet er dus zijn voor 1 januari.
31.	Hoe hard is de deadline van 1 januari voor goedkeuring van het transformatieplan als de zorgverzekeraars nog niet hebben besloten?	Er is geen vangnet meer na 1 januari. Als zorgverzekeraars voor die tijd niet hebben besloten, vervalt de aanspraak op de gereserveerde middelen. Het is belangrijk om goed in contact met elkaar te blijven als regio en zorgverzekeraars.
32.	Hoe voorkom je dubbele bekostiging bij inzet van PGAZ-prestaties?	PGAZ is bedoeld voor domeinoverstijgende samenwerking die niet al in bestaande prestaties zit. Activiteiten die impliciet onderdeel zijn van reguliere huisarts-, POH-GGZ- of GGZ-tarieven mogen niet nogmaals worden bekostigd. Afstemming in het kader van MGN zal doorgaans nieuw zijn. De afbakening is niet altijd scherp; dit moet per regio in overleg met de verzekeraar worden uitgewerkt.
33.	Wij moeten als RHO mogelijk de activiteitencode in het Handelsregister aanpassen als we het verkennend gesprek gaan leveren. Heeft dat juridische gevolgen?	Het organiseren of faciliteren van het verkennend gesprek maakt een RHO geen GGZ-aanbieder. Wel moet contractueel goed worden vastgelegd wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft.
34.	Is expliciete toestemming nodig om informatie van verkenners terug te koppelen aan de huisarts?	Niet als vooraf bij de persoon is aangegeven dat de uitkomst van het Verkennend gesprek een advies aan de huisarts is.

35.	Zijn regels over aanpassen of verschuiven van deadlines van KPI's landelijk vastgesteld, of mogen verzekeraars daar zelf invulling aan geven?	KPI's zijn onderdeel van het goedgekeurde plan en zijn daarmee onderwerp van afspraken met verzekeraars. Aanpassing kan alleen in overleg met de betrokken verzekeraars. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat aan de voorwaarden van NZa-beschikking moet worden voldaan. Er is geen landelijke route om KPI's aan te passen.
36.	Welke vervolgstappen zijn nodig als het transformatieplan is goedgekeurd?	Het is aan te bevelen zo snel mogelijk reguliere contractafspraken te maken met zorgverzekeraars voor de functies die worden aangeboden door het Mentale gezondheidsnetwerk. Voor de contractering van 'Patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg' (PGAZ) moet er een samenwerkingsovereenkomst tussen de partijen in het Mentale gezondheidsnetwerk zijn. Een voorbeeld samenwerkingsovereenkomst staat op de website van het programma .
37.	Worden er landelijke richtlijnen ontwikkeld voor verantwoording en controle van lumpsum-prestaties zoals de PGAZ?	Op dit moment zijn daar geen plannen voor. De contractafspraken over de inzet van deze prestaties zijn hoofdzakelijk bepalend voor de verantwoording en controle. Als er meer duidelijkheid is over de eisen die de NZa stelt aan zorgverzekeraars ten aanzien van de verantwoording van deze prestaties, zouden er mogelijk alsnog landelijke richtlijnen kunnen komen.
38.	<p>Wij vinden het niet proportioneel dat tijdens een verkennend gesprek (VG) volledige behandelverantwoordelijkheid geldt, gezien het consultatieve karakter en de beperkte informatie.</p> <p>Wat gebeurt er als tijdens het VG blijkt dat snelle GGZ-inzet of opname nodig is, terwijl dit niet direct geleverd kan worden? Dit kan de GGZ-professional in een spagaat brengen en mogelijk klachtenrisico opleveren.</p> <p>Welke oplossingen zien jullie om dit dilemma te ondervangen en professionals hierin te beschermen, bijvoorbeeld via regionale bestuurlijke afspraken? Wij willen daarnaast werken met duidelijke triage bij huisartsen om dit zoveel mogelijk te voorkomen.</p>	<p>De behandelverantwoordelijkheid is beperkt in duur en omvang.</p> <p>De periode start als de persoon in gesprek treedt en stopt als de ggz-professional de in het Verkennend gesprek afgesproken acties in gang heeft gezet.</p> <p>De omvang wordt beperkt door het doel van het verkennende gesprek: gezamenlijk inzicht krijgen in de hulp/zorgvraag en het bedenken van passende oplossingen.</p> <p>Het is aan te bevelen om in het Mentale gezondheidsnetwerk afspraken te maken over wat te doen als er direct ggz-zorg nodig is, zoals crisiszorg. Dit zal naar verwachting een uitzondering zijn, omdat</p>

		de huisarts iemand in crisis niet zal aanmelden voor een verkennend gesprek.
40.	Ik ben benieuwd hoe andere regio's omgaan met dubbele bekostiging, hoe hebben zij dat ingeregeld (bijvoorbeeld voor collega's die al in dienst zijn, en ook voor het programma werkzaamheden doen). Hoe geef je dat praktisch vorm?	<p>Goede praktijkvoorbeelden laten zien dat dit vraagt om heldere afspraken aan de voorkant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leg per persoon duidelijk vast hoeveel uren worden vrijgemaakt voor uitvoering van het transformatieplan; - registreer deze uren apart en per onderdeel van het plan; - zorg dat extra inzet (bijv. vrijgespeelde formatie of extra ingehuurde capaciteit) duidelijk wordt aangetoond. <p>Achteraf verdelen of schatten van uren blijkt lastig te verantwoorden. Transparante urenregistratie en duidelijke afspraken voorkomen discussies over (dubbele) bekostiging.</p>
41.	Hoe betrekken andere regio's de inwoners/patiënten in het programma/uitvoer van het plan, dus hoe is de vertegenwoordiging geregeld? Ik ben op zoek naar praktische en mooie manieren, zodat inwoners/patiënten ook echt een rol hebben, ipv voor 'de Bühne'.	<p>Regio's kiezen verschillende vormen, maar succesvolle aanpakken hebben een aantal gemeenschappelijke elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reserveer expliciet budget en capaciteit voor inwonersparticipatie; - wijs een coördinator inwonersparticipatie aan (intern of extern); - werk samen met bestaande structuren zoals participatiehubs, cliëntenraden, ervaringsdeskundigen en belangenorganisaties; - investeer actief in werving en begeleiding: betrokkenheid ontstaat niet vanzelf. <p>Kortom: inwonersparticipatie vraagt structurele aandacht en duidelijke verantwoordelijkheden binnen het netwerk.</p>
42.	Ik kan me voorstellen dat veel IT-vraagstukken voor organisaties generiek opgelost kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan een digitale zelfhulp. Om te voorkomen dat iedere organisatie iets anders maakt, bouwt, aanschaft kan je hier beter samen in optrekken. Het lijkt mij sowieso goed om een overzicht te genereren over mogelijke scenario's voor VG, consultatie, Wachttijden, DOCO, etc. Het is toch veel slimmer en kosten-efficiënter om generieke modules te bouwen. Kan er een overzicht van mogelijke oplossingen komen?	<p>Er is brede behoefte aan meer inzicht en uitwisseling tussen regio's. Het landelijke programma wil vooral inspirerende praktijkvoorbeelden delen en geen voorkeur uitspreken voor specifieke leveranciers. Regio's die al analyses of oplossingen hebben uitgewerkt, worden opgeroepen deze te delen, zodat kennis niet opnieuw hoeft te worden ontwikkeld. Het programma verkent hoe deze voorbeelden gebundeld en gedeeld kunnen worden.</p>

43.	Ik krijg geluiden dat de Belastingdienst de stelling inneemt dat de uren van zorgprofessionals die deelnemen aan verkennende gesprekken, de transfertafel en de DOCO's BTW-plichtig zijn. Beweerd wordt dat dit geen zorgverlening betreft, maar een vorm van consultatie.	<p>Op grond van de BTW-regelgeving is inderdaad een beperkte vrijstelling van de btw-plicht voor de gezondheidszorg van toepassing, maar niet voor alle medische handelingen en ook niet voor niet-medische handelingen door zorgprofessionals.</p> <p>De rode draad is grofweg dat de medische handelingen onderdeel moeten zijn van een individuele therapeutische behandeling van een patiënt/cliënt om van die vrijstelling gebruik te mogen maken. Zie de algemene info van de Belastingdienst over dit onderwerp:</p> <p>Bij een VG is er sprake van een tijdelijke behandelovereenkomst, dus in dat geval zal er een individuele therapeutische relatie zijn. Zie ook het beleidsdocument. Als het VG als een (tijdelijke) individuele behandelovereenkomst geldt, dan is het standpunt dat er een btw-heffingsplicht is, dus minstens discutabel.</p> <p>Als de belastingdienst dat standpunt op papier heeft gezet kan voor de bezwaarroute worden gekozen. Indien niet, dan kan de casus worden voorgelegd aan de Belastingdienst voor een uitspraak (over de fiscale beoordeling). Dat kan de eigen inspectie van de betreffende zorgverlener zijn (bij een zorgverlener met horizontaal toezicht kan dat vrij snel).</p>
44.	Hoe nemen vrijgevestigde psychologen deel aan het MGN en hoe zit het met samenwerkingsovereenkomsten?	<p>In verschillende regio's zijn vrijgevestigde psychologen betrokken bij het MGN. Dit kan op twee manieren:</p> <p>A. georganiseerd via een vereniging die de samenwerkingsovereenkomst tekent.</p> <p>B. individueel betrokken vrijgevestigden die geen onderdeel zijn van de samenwerking worden ingehuurd.</p> <p>In situatie A kan, afhankelijk van de contractafspraken, de declaratie via de hoofdaannemer verlopen of rechtstreeks worden ingediend. In situatie B zal de declaratie altijd via de hoofdaannemer verlopen.</p> <p>Deelname aan het netwerk kan vrijgevestigden helpen bij het voldoen aan contracteringsvoorwaarden van zorgverzekeraars. In dat geval moeten de vrijgevestigden zich dus wel verenigen.</p>

45.	<p>Klopt het dat de implementatieperiode van transformatieplannen is verlengd tot 2028 zonder extra budget? Zie de bekendmaking hierover in de staatscourant: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2025-43965.pdf</p>	<p>In de Staatscourant is inderdaad aangegeven dat de implementatieperiode van de transformatieplannen is verlengd. Dit hangt samen met de looptijd van de landelijke afspraken: de oorspronkelijke IZA-periode liep tot en met 2026, terwijl het AZWA langer doorloopt namelijk tot en met 2028. Om die reden is ook de implementatieperiode van de transformatieplannen verlengd.</p>
46.	<p>Hoe moeten de onderstaande informatie-elementen uit de NZa-regelgeving technisch worden aangeleverd bij declaratie via de huisartsenstandaard (HA304), aangezien deze velden niet expliciet terugkomen in de HA-berichtstructuur?</p> <p>f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd; f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd; f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden);</p> <p>En met welke zorgverzekeraars moeten afspraken worden gemaakt over deze aanvullende informatie-elementen bij declaratie van het Verkennend gesprek? Moeten regio's hierover afspraken maken met alle zorgverzekeraars of alleen met de coördinerende zorgverzekeraar waarmee het MGN-plan is afgesproken?</p>	<p>De meeste informatie-elementen die vereist zijn voor declaratie van het verkennend gesprek zijn ook in de huisartsenstandaard beschikbaar.</p> <p>F7 kan in de standaard declaratie via de regionale huisartsenorganisatie worden opgenomen in het veld '0413 ZORGVERLENERSCODE BEHANDELAAR/UITVOERDER'. Daarvoor moet de AGB-code van de uitvoerder natuurlijk wel bekend zijn in het systeem van de RHO.</p> <p>F6 en f8 zijn niet als veld beschikbaar in de declaratiestandaard HA304. Mocht een uitvoerende zorgverlener geen AGB-code hebben, dan is het aan te bevelen een pragmatische werkwijze af te spreken met de eerste zorgverzekeraar.</p> <p>F6, f7 en f8 worden normaal gebruikt om te controleren of de uitvoerder van het verkennend gesprek een erkende ggz-professional is volgens de 'veldnorm beroepen in de ggz en fz'.</p>
47.	<p>Zijn er landelijke templates, communicatiemiddelen of huisstijlrichtlijnen beschikbaar voor MGN-regio's? Zo ja, hoe kunnen regio's hiervan gebruikmaken?</p>	<p>Er zijn geen landelijke verplicht voorgeschreven huisstijlrichtlijnen voor MGN-regio's. Wel zijn er via het landelijke programma verschillende communicatiemiddelen beschikbaar in de kennisbank, zoals een flyer over het verkennend gesprek. Regio's mogen deze materialen gebruiken en aanpassen (bijvoorbeeld met eigen logo's). Daarnaast wil het landelijke programma stimuleren dat regio's onderling communicatiemiddelen en voorbeelden delen.</p>

48.	Zijn er regio's die hun acceptatievoorwaarden voor deelname aan het MGN willen delen ter inspiratie? En kan het landelijke programma deze voorbeelden centraal beschikbaar stellen?	<p>De manier waarop regio's omgaan met acceptatievoorwaarden verschilt.</p> <p>Sommige regio's formuleren expliciete criteria voor deelname aan het netwerk. Andere regio's hanteren een open benadering waarbij iedere organisatie kan deelnemen, zolang zij zich committeert aan de afspraken van het netwerk. In enkele regio's is een vereniging of formele samenwerkingsstructuur opgericht; deelname aan deze organisatie betekent automatisch dat aan bepaalde criteria wordt voldaan.</p> <p>Het landelijke programma onderzoekt of voorbeelden van acceptatievoorwaarden gedeeld kunnen worden ter inspiratie.</p>
49.	Moet het Verkennend gesprek en de daaropvolgende behandeling bij dezelfde aanbieder onder twee verschillende zorgtrajectnummers worden gedeclareerd?	<p>Ja. Indien het VG technisch niet zonder zorgtrajectnummer kan worden ingericht (zoals bij GGZ-aanbieders het geval is), moet voor het VG een ander zorgtrajectnummer worden gebruikt, dan voor de eventuele vervolgbehandeling. Bij het Verkennend gesprek is namelijk nog geen sprake van een GGZ-zorgvraag en de uitkomst is een advies aan de huisarts. Als er sprake is van vervolgzorg bij diezelfde GGZ-aanbieder is dat een nieuwe zorgvraag en open je een nieuw zorgtrajectnummer.</p>
50.	Zijn er in andere regio's scholingsplannen ontwikkeld voor het Verkennend gesprek? Is er al een e-learning of scholingsmodule beschikbaar die regio's kunnen gebruiken of overnemen?	<p>Er zijn verschillende regionale initiatieven voor scholing rond het verkennend gesprek. Deze initiatieven richten zich bijvoorbeeld op de gespreksvaardigheden van de uitvoerders of op motiverende gespreksvoering.</p> <p>Daarnaast zijn er ook specifieke trainingen genoemd door regio's:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik van de Netwerkintake-methodiek, inclusief e-learning en trainingsdagen voor professionals: https://netwerkintake.nl - Trainingen waarin het concept positieve gezondheid en het voeren van netwerkgerichte gesprekken centraal staan. - Eigen trainingen van de verschillende regio's. Regio's die scholingsmateriaal hebben ontwikkeld worden gevraagd dit te delen, zodat andere regio's hiervan gebruik kunnen maken.
51.	Hoe gaan andere regio's om met hoofd- en onderaannemerschap bij het Verkennend gesprek? Kan de informatiestroom	<p>In de praktijk bestaan verschillende constructies.</p>

	(aanmelding/dossier) via de hoofdaannemer lopen terwijl de financiële verrekening via een andere partij (bijv. RHO) verloopt? Welke constructies werken in de praktijk goed?	<p>- De regionale huisartsenorganisatie (RHO) is gecontracteerd als hoofdaannemer. GGZ-partijen voeren het verkennend gesprek uit als onderaannemer.</p> <p>- De GGZ-kerninstelling is gecontracteerd als hoofdaannemer. Uitvoering wordt deels uitbesteed aan andere GGZ-partijen (als onderaannemer). De RHO kan in deze constructie de organisatie en planning verzorgen (eveneens als onderaannemer).</p> <p>Verwijzing en declaratie lopen via een gezamenlijk ICT-systeem of via de eigen systemen. Informatie-uitwisseling zal centraal staan tijdens één van de themadagen.</p>
52.	Zijn er voorbeelden beschikbaar van de concrete inrichting van MGN-functies (zoals Verkennend gesprek, DOCO en consultatiefunctie) die regio's ter inspiratie kunnen gebruiken?	In de webinars van het landelijk programma worden verschillende voorbeelden besproken. En ook op websites van andere MGN's zijn goede voorbeelden van inrichting te vinden. Volg ook andere MGN-regio's via LinkedIn; hier worden steeds vaker concrete voorbeelden gedeeld.
53.	Wat is de juridische status en verantwoordelijkheid van een regionale verwijsorganisatie (centraal toeleidingspunt) binnen het MGN? Moet deze entiteit een zelfstandige rechtsvorm hebben en hoe worden verantwoordelijkheden rond triage en verwijzing juridisch geborgd?	Er zijn regio's mét en zonder centraal toeleidingspunt; inrichting is contextafhankelijk. Regio's die overwegen om een centraal toeleidingspunt in te richten, kunnen het beste contact opnemen met een regio die dit al zo heeft ingericht.
54.	Zijn er regio's die werken met een 'gesloten envelop'-constructie voor verwijzingen bij het Verkennend gesprek? Hoe is dit juridisch en organisatorisch geborgd?	In de praktijk blijkt de 'gesloten envelop'-constructie technisch lastig uitvoerbaar. Veel regio's kiezen daarom voor een werkwijze waarbij eerst het verkennend gesprek plaatsvindt en pas daarna een eventuele verwijzing wordt opgesteld. Maar er zijn ook regio's die wel zo werken. Hoe deze werkwijze is geborgd hangt samen met de regionale context. In ieder geval moet tevoren duidelijk zijn wie de ontvanger is van die gesloten envelop. En er moeten voldoende garanties zijn dat de envelop niet door onbevoegden kan worden geopend. Het verwijsproces zal centraal staan tijdens één van de themadagen.
55.	Moet bij een aanmelding voor een Verkennend gesprek, waarbij de huisarts vooraf akkoord geeft voor eventuele doorverwijzing naar de GGZ, al een volledige geldige GGZ-verwijzing worden meegestuurd?	Elke verwijzing naar de GGZ moet voldoen aan de richtlijn ' informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ '. Dat geldt dus ook voor een 'conditionele' verwijzing. Diverse regio's kiezen er daarom voor om niet vooraf akkoord te geven, maar de uitkomst van het Verkennend

	Moet er dan al een (vermoedelijke) DSM-classificatie en een keuze voor basis- of specialistische GGZ worden opgenomen?	gesprek te gebruiken als onderbouwing bij een verwijzing van de huisarts naar de ggz. Het verwijzproces zal centraal staan tijdens één van de themadagen.
56.	Komt er een landelijk overzicht van beschikbare tools voor het Verkennend gesprek? Kan er (eventueel tijdelijk) een tussenstand beschikbaar worden gesteld voor regio's die snel willen starten?	In de implementatiemonitor MGN die eind maart wordt uitgezet onder alle 45 MGN's vragen wij uit welke tools worden gebruikt. De uitkomsten van de monitor worden gedeeld met regio's, zodat inzicht ontstaat in gebruikte tools en werkwijzen
57.	Moet het Verkennend gesprek via het ZPM worden geregistreerd als tweedelijns GGZ-zorg? En hoe verhoudt zich dit tot het consultatieve karakter van het Verkennend gesprek?	Volgens het Zorginstituut valt de inzet van de GGZ-professional in het Verkennend gesprek onder de geneeskundige ggz. Die zorg wordt afgerekend met het Zorgprestatie model, maar dat zegt niks over de inhoud van de zorg.
58.	Is voor het Verkennend gesprek een formele GGZ-verwijzing vereist wanneer registratie en declaratie via het ZPM plaatsvinden?	Ja, een huisarts moet het verkennend gesprek aanvragen. Volgens het Zorginstituut is de aanvraag gelijk te stellen met een verwijzing. We gebruiken dat woord echter niet, om niet de indruk te wekken dat per definitie vervolgzorg zal volgen. Als vervolgzorg aan de orde is, spreken we wel van een verwijzing.
59.	Welke prestatiecode moet worden gebruikt voor het Verkennend gesprek? Er bestaat onduidelijkheid over het gebruik van OV8001 en 31475.	<p>Wanneer de declarant een ggz-zorgaanbieder is, declareert deze met de code OV8001 'Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek'. Deze code is onderdeel van het zorgprestatie model.</p> <p>Wanneer een ggz-zorgaanbieder actief is in meerdere MGN-regio's wordt voor de tweede en eventuele volgende regio een facultatieve prestatie gebruikt. De NZa heeft per 1 april een geactualiseerde beschikking gepubliceerd waarin alle regio's zijn opgenomen met een eigen facultatieve prestatie. Deze codes kunnen gebruik worden voor aanbieders die in meerdere regio's actief zijn. Zie de codes OV9048 t/m OV9098 in de beschikking TB/REG-26631-03.</p> <p>Wanneer de declarant een regionale huisartsenorganisatie is, declareert deze met de code 31475 'Verkennend gesprek via regionale huisartsenorganisatie en GGZ'. Deze code is onderdeel van de huisartsentabellen.</p>

60.	Hoe worden de functies DOCO en transfermechanismen structureel gefinancierd als er geen (voldoende) transformatiegelden of PGAZ-middelen beschikbaar zijn? Moeten regio's deze functies financieren binnen bestaande omzetplafonds?	<p>PGAZ-middelen komen ten laste van de reguliere macrokaders. Dit is ook terug te vinden in de praatplaten over de bekostiging van MGN. Over het 'hoe' zijn geen landelijke afspraken. Dit moet met de eigen zorgverzekeraar worden besproken.</p> <p>In de praktijk wordt de uitvoering in de aanloopfase soms (deels) nog gefinancierd vanuit transformatiegelden, waarna een overgang naar structurele contractering plaatsvindt.</p>
61.	Wat gebeurt er als er geen overeenstemming wordt bereikt over structurele financiering van MGN-functies? Kunnen regio's dan uit het transformatieplan stappen en wat zijn daarvan de (landelijke) consequenties?	<p>Hier kunnen we vanuit de landelijke werkgroep geen antwoord op geven. Dat hangt af van de inhoud van het transformatieplan en afspraken tussen de betrokken partijen (inclusief de wederzijdse verwachtingen).</p>
62.	Er zijn signalen dat niet alle regio's zijn opgenomen in de NZa-beschikking voor facultatieve prestaties bij het Verkennend gesprek (TB/REG-26631-02).	<p>De prestatie voor 'Verkennd gesprek' valt onder de beleidsregel Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek. In de Zorgprestatie modeltabellen is dit opgenomen onder de code OV8001 'Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek'. Voor GGZ-aanbieders die in meerdere MGN-regio's actief zijn, is het mogelijk om een MGN-specifieke declaratiecode te hanteren. Daarmee is het technisch mogelijk om in verschillende regio's verschillende tarieven af te spreken. Per 1 april heeft de NZa de beschikking uitgebreid, zodat er voor elke MGN-regie een 'regionale' declaratiecode beschikbaar is. Deze codes zijn terug te vinden in de Prestatiebeschrijving beschikking Facultatieve prestaties geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg TB/REG-26631-03.</p>
63.	Hoe gaan regio's om met no show bij een verkennend gesprek? Krijgen ggz professionals alsnog betaald of komt dit voor rekening van hun organisatie?	<p>Dit werkt hetzelfde als bij andere prestaties. Als je als zorgverlener of netwerk in je voorwaarden hebt staan dat je bij een no show een bedrag in rekening brengt, dan kan dat. Maar dat valt dan buiten de hele bekostigingssystematiek. De opbrengst zou kunnen worden ingezet om de uren van de professional (deels) te vergoeden. Naast de technische mogelijkheid speelt ook een ethische afweging een rol, aangezien het verkennend gesprek bewust laagdrempelig en zonder eigen risico is ingericht</p>

64.	<p>Gesignaleerd is dat zorginkopers van verzekeraars in gesprek met de ggz-organisaties in de regio suggereren dat een deel van de budgetten vanuit de reguliere contractering overgeheveld moeten worden naar het MGN - gezien de beoogde resultaten en de ingezette beweging van zorg naar welzijn.</p> <p>Vooruitlopend op de resultaten van het MGN wordt dus al gekeken naar een andere verdeling van middelen met alle risico's van dien op een geslaagde transformatie op kortere termijn.</p> <p>Hoewel de gedachte hierachter niet per se onlogisch is vragen wij ons twee dingen af;</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wat zou een logische timing zijn om de waarde van het VG en DOCO te verdisconteren met de reguliere GGZ (zvw) Inkoop? * Als er dan verdisconteerd gaat worden, met welke verdeelsleutel of iets dergelijks zou je tot deze verdeling moeten komen? 	<p>Er zijn geen landelijke afspraken over het moment of de wijze waarop eventuele substitutie van middelen plaatsvindt. Dit is een lokale aangelegenheid en is afhankelijk van regionale afspraken en resultaten en de (verwachte) effecten.</p>
65.	<p>Momenteel zijn we de richtlijn voor het Verkennend Gesprek aan het (her)beoordelen. Onze regionale werkgroep heeft daarbij de vraag of het Verkennend Gesprek kan worden gezien als 'consultatie' of als 'verwijzing'. Deze vraag komt uiteraard voort uit het thema 'behandelverantwoordelijkheid'. Op basis van bijgaand document begrijp ik dat de behandelverantwoordelijkheid alleen gedurende het Verkennend Gesprek 'even' bij de professionals van het Verkennend Gesprek ligt: maar daarvoor en erna bij de huisarts. Na intake bij de ggz wordt de behandelverantwoordelijkheid pas overgedragen.</p> <p>Je zou dus kunnen concluderen dat het VG dichter bij consultatie ligt dan verwijzing. De behandelverantwoordelijkheid ligt alleen gedurende het verkennend gesprek bij de professionals die deelnemen aan het VG. Daarbuiten ligt de behandelverantwoordelijkheid nog bij de huisarts.</p>	<p>Het verkennend gesprek lijkt inhoudelijk meer op consultatie dan op verwijzing, aangezien er nog geen sprake is van een vastgestelde zorgvraag en het doel is om samen tot een passend advies te komen. Belangrijk om daarbij op te merken: de afspraak is dat de benodigde vervolgacties direct na verkennend gesprek in gang worden gezet en niet gewacht wordt op een reactie van de huisarts. We werken ook steeds meer toe naar een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning aan de doelgroep van het verkennend gesprek.</p>

	Ik hoor graag of dit kloppend is, en of ik dit kan teruggeven aan de werkgroep aankomende maandag.	
66.	Kunnen ook andere zorgaanbieders, buiten de huisarts, een verkennend gesprek aanvragen?	Op dit moment kan alleen de huisarts iemand aanmelden voor een verkennend gesprek. Of andere hulpverleners in de toekomst ook moeten kunnen aanmelden wordt nog onderzocht.

**De vragen zijn beantwoord door de landelijke IZA/AZWA-werkgroep Mentale Gezondheidsnetwerken.
Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.**

