Vragen en antwoorden contactpersonenoverleg
Versie: 20 november 2026 (Antwoorden met status 'concept' zijn nog niet vastgesteld door het landelijke programma MGN)

Nr.	Vraag	Antwoord	Status
1	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?	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. 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. Voor prestaties ten laste van transformatiegelden moeten minimaal de met de verzekeraar contractueel afgesproken gegevens worden geregistreerd.	Definitief
2.	Wat zijn de minimale registratie-eisen bij declaratie van een Verkennend gesprek? Welke elementen kunnen in redelijkheid aanwezig zijn?	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 weergeven (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'. Declarant 'ggz-zorgaanbieder' die declareert met de code OV8001 'Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek'. A. Gegevens zorgaanbieder a1. Naam zorgaanbieder; a2. AGB-code zorgaanbieder.	Definitief

		B. Gegevens patiënt b1. Naam (ggz); b2. Geboortedatum (ggz); b3. BSN (ggz); b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz); b5. Startdatum zorgtraject; b6. Verzekerdennummer (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 ingeval 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;~~ Declarant 'regionale huisartsenorganisatie' die declareert met de code 31475 'Verkennend gesprek via regionale huisartsenorganisatie en GGZ'. A. Gegevens zorgaanbieder a1. Naam zorgaanbieder; a2. AGB-code zorgaanbieder. B. Gegevens patiënt b1. Naam (ggz); b2. Geboortedatum (ggz);	

		b3. BSN (ggz); ~~b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz);~~ ~~b5. Startdatum zorgtraject;~~ b6. Verzekerdennummer (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 ingeval 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;~~ NB: - 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	Het resultaat van het verkennend gesprek is een advies aan de huisarts. Die moet vervolgens een weloverwogen beslissing	Definitief

	een eventueel vervolg in de ggz (en de daarvoor benodigde verwijzing afgeven)?	nemen om wel of niet te verwijzen. Dat is niet anders dan bij verwijzing naar de ggz zónder verkennend gesprek. 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. 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.	
4.	Hoe kan verslaglegging van het Verkennend gesprek plaatsvinden: wie bewaart wat en wie heeft toegang tot het verslag?	De organisatie van de ggz-professional die het Verkennend gesprek heeft gevoerd heeft volgens de wet een bewaar- en dossierplicht. 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). 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. Zie ook de notitie Verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek en de bijlage daarbij.	Definitief
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.	Definitief

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.	Definitief
7.	Wanneer zet je transformatiegelden in en wanneer structurele middelen MGN. Is het nodig beide routes (transformatieplannen en contractering) te bewandelen?	De transformatiegelden zijn voor het veranderproces. Prestaties die tijdens het opstarten van de uitvoering worden geleverd, kunnen met transformatiegelden worden gefinancierd. 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. Er mag geen sprake zijn van dubbele financiering. Zie ook de beleidsregels van de NZa: • Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152 • Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145 En: • Praatplaten bekostiging Mentale gezondheidsnetwerken	Definitief
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 het leggen van persoonlijk contact en het delen van concrete voorbeelden van wat het netwerk kan betekenen in de praktijk. RHO's kunnen ook een rol vervullen in het vergroten van de bekendheid, bijvoorbeeld via hun nieuwsbrieven of	Definitief

		bijeenkomsten, en door verbinding met huisartsen in de regio te faciliteren. De LHV werkt aan een communicatiecampagne om de MGN's meer onder de aandacht te brengen bij huisartsen. 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.	
9.	Kunnen Zvw-transformatiemiddelen aan partijen in het sociaal domein worden uitbetaald?	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. De SPUK-transformatiemiddelen kent VWS toe aan de mandaatgemeente, die ze o.b.v. goedgekeurde KPI's uitkeert aan deelnemers in het sociaal domein.	Definitief
10.	Is er een overlap tussen het Verkennend gesprek en het sociaal verwijzen (beschreven in het AZWA)?	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. Deze twee functies worden los van elkaar genoemd en bekostigd omdat het twee verschillende activiteiten zijn. 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	Definitief

		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.	Definitief
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.	Definitief
14.	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. 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. Zou jij ons kunnen adviseren over de klachtenprocedure bij een Verkennend Gesprek? Hoe zou deze volgens de landelijke kaders moeten lopen?	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.	Definitief
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 zowel het Verkennend gesprek als de andere drie functies en de coördinatie. De Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken beschrijft de kaders en randvoorwaarden voor deze contractering, o.a.:	Definitief

		• 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 hoofdaannemers, 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 hoofdaannemer van een functie of van meerdere functies. Welke partij voor welke functie hoofdaannemer is, wordt in overleg vastgesteld door het netwerk en de financiers in de regio. Hieruit volgt dat de functies ook los kunnen worden gecontracteerd bij een hoofdaannemer. Er zijn MGN's die al een contract hebben voor het Verkennend gesprek, maar nog niet voor de andere functies. 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. Conclusie: een transformatieplan is niet verplicht, maar er moeten wel een plan en begroting zijn om één of meerdere MGN-functies te contracteren. 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. Contracteren voor 2025 is nog mogelijk tot en met 31 december 2025. Bij wijze van uitzondering kan het contract dus terugwerkende kracht hebben.	

16.	Is het tarief voor deelname van de ggz-professional inclusief reistijd?	Reistijd van de ggz professional kan niet apart in rekening worden gebracht. 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.	Definitief
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?	Vaak zijn er al afspraken gemaakt over de tarifering 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. Zorgverzekeraars mogen onderling geen tarieven met elkaar afstemmen. Daarom gebeurt dat ook niet voor het Verkennend gesprek. 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.	Definitief
18.	Zijn er voorbeelden van: - goed werkende constructies voor het declaratieverkeer? - communicatie tussen de verschillende informatiesystemen (HIS, EPD, RHO) - goed werkende constructies voor het verwijsproces	Wij doen een schriftelijke uitvraag bij alle MGN-regio's in de eerste week van december 2025.	Concept
19.	Wij hebben een gecombineerd transformatieplan waarvan het MGN-deel is goedgekeurd. Mogen we het toegekende budget inzetten voor het totale gecombineerde plan? Wat gebeurt er met de KPI's die zijn gebaseerd op uitvoering van het totale plan?	Over dit ontwerpen zijn Q en A's opgenomen in 'Veelgestelde vragen rondom aanpassingen transformatiemiddelen' op zorgakkoorden.nl.	Definitief
20.	Mag alleen de hoofdaannemer het Verkennend gesprek declareren of mogen alle uitvoerders van het Verkennend gesprek zelf declareren?	Dat hangt af van de contractafspraken met de twee coördinerende zorgverzekeraars.	Definitief

		De Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken beschrijft de kaders en randvoorwaarden voor de contractering en zegt hier het volgende over: • 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: -> 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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
24.	Mag de bewaartermijn van dossiers worden verkort (bijv. tot 1–2 jaar) omdat het gaat om kortdurende interventies?	Check bij advocaat.	Concept
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	Definitief

		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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
29.	Hoe werkt de inkoop van 'Patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg' (PGAZ)?	Begin 2026 zal hier vanuit een toelichting op worden gegeven.	Concept
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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief

		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.	Definitief
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.	Definitief
38.	Wij vinden het niet proportioneel dat tijdens een verkennend gesprek (VG) volledige behandelverantwoordelijkheid geldt, gezien het consultatieve karakter en de beperkte informatie. 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. 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.	De behandelverantwoordelijkheid is beperkt in duur en omvang. 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. De omvang wordt beperkt door het doel van het verkennende gesprek: gezamenlijk inzicht krijgen in de hulp/zorgvraag en het bedenken van passende oplossingen. 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 de huisarts iemand in crisis niet zal aanmelden voor een verkennend gesprek.	Definitief

39.	Het meesturen van een ‘gesloten envelop’ met een GGZ-verwijzing bij een toeleiding naar een Verkennend Gesprek blijkt via ZorgDomein niet mogelijk. Dit komt door beperkingen rond AVG/privacy, de regierol van de huisarts binnen het MGN en de praktische onuitvoerbaarheid. Als gevolg hiervan moeten huisartsen na het Verkennend Gesprek alsnog een aparte GGZ-verwijzing aanmaken, wat leidt tot dubbel werk. Welke alternatieven zien jullie om dit praktisch op te lossen en de administratieve last voor huisartsen te beperken?	In een webinar in februari willen wij een aantal praktijkvoorbeelden presenteren voor dit verwijsproces.	Concept
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?	Goede praktijkvoorbeelden laten zien dat dit vraagt om heldere afspraken aan de voorkant: - 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. Achteraf verdelen of schatten van uren blijkt lastig te verantwoorden. Transparante urenregistratie en duidelijke afspraken voorkomen discussies over (dubbele) bekostiging.	Definitief
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'.	Regio’s kiezen verschillende vormen, maar succesvolle aanpakken hebben een aantal gemeenschappelijke elementen: - 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. Kortom: inwonersparticipatie vraagt structurele aandacht en duidelijke verantwoordelijkheden binnen het netwerk.	Definitief

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?	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.	Concept
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.	Op grond van de BTW-regelgeving is inderdaad een beperkte vrijstelling van de btw-plicht voor de gezondheidszorg van toepassing, maar niet voor álle medische handelingen en ook niet voor niet-medische handelingen door zorgprofessionals. 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: 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. 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).	Definitief
44.	Hoe nemen vrijgevestigde psychologen deel aan het MGN en hoe zit het met samenwerkingsovereenkomsten?	In verschillende regio's zijn vrijgevestigde psychologen betrokken bij het MGN. Dit kan op twee manieren: A. georganiseerd via een vereniging die de samenwerkingsovereenkomst tekent.	Definitief

		B. individueel betrokken vrijgevestigden die geen onderdeel zijn van de samenwerking worden ingehuurd. 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. Deelname aan het netwerk kan vrijgevestigden helpen bij het voldoen aan contracteringsvoorwaarden van zorgverzekeraars. In dat geval moeten de vrijgevestigden zich dus wel verenigen.	
45.	Klopt het dat de implementatieperiode van transformatieplannen is verlengd tot 2028 zonder extra budget? Zie de bekendmaking hierover in de staatcourant: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2025-43965.pdf	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.	Definitief
46.	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? 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); 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?	De meeste informatie-elementen die vereist zijn voor declaratie van het verkennend gesprek zijn ook in de huisartsenstandaard beschikbaar. 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. 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. 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'.	Definitief

47.	Zijn er landelijke templates, communicatiemiddelen of huisstijlrichtlijnen beschikbaar voor MGN-regio's? Zo ja, hoe kunnen regio's hiervan gebruikmaken?	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.	Definitief
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?	De manier waarop regio's omgaan met acceptatievoorwaarden verschilt. 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. Het landelijke programma onderzoekt of voorbeelden van acceptatievoorwaarden gedeeld kunnen worden ter inspiratie.	Definitief
49.	Moet het Verkennend gesprek en de daaropvolgende behandeling bij dezelfde aanbieder onder twee verschillende zorgtrajectnummers worden gedeclareerd?	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.	Definitief
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?	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. Daarnaast zijn er ook specifieke trainingen genoemd door regio's: - Gebruik van de Netwerkintake-methodiek, inclusief e-	Definitief

		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 (aanmelding/dossier) via de hoofdaannemer lopen terwijl de financiële verrekening via een andere partij (bijv. RHO) verloopt? Welke constructies werken in de praktijk goed?	In de praktijk bestaan verschillende constructies. - De regionale huisartsenorganisatie (RHO) is gecontracteerd als hoofdaannemer. GGZ-partijen voeren het verkennend gesprek uit als onderaannemer. - 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). Verwijzing en declaratie lopen via een gezamenlijk ICT-systeem of via de eigen systemen. Informatie-uitwisseling zal centraal staan tijdens één van de themadagen.	Definitief
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.	Definitief
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.	Definitief
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 zijn er 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	Definitief

		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? Moet er dan al een (vermoedelijke) DSM-classificatie en een keuze voor basis- of specialistische GGZ worden opgenomen?	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 gesprek te gebruiken als onderbouwing bij een verwijzing van de huisarts naar de ggz. Het verwijsproces zal centraal staan tijdens één van de themadagen.	Definitief
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	Definitief
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 Zorgprestatiemodel, maar dat zegt niks over de inhoud van de zorg.	Definitief
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.	Definitief
59.	Welke prestatiecode moet worden gebruikt voor het Verkennend gesprek? Er bestaat onduidelijkheid over het gebruik van OV8001 en 31475.	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 zorgprestatiemodel. 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	Definitief

		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. 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.	
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?	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. In de praktijk wordt de uitvoering in de aanloopfase soms (deels) nog gefinancierd vanuit transformatiegelden, waarna een overgang naar structurele contractering plaatsvindt.	Definitief
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?	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).	Definitief
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).	De prestatie voor 'Verkennend gesprek' valt onder de beleidsregel Experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek. In de Zorgprestatiemodeltabellen 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.	Definitief

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?	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	Definitief
64.	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. 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. Hoewel de gedachte hierachter niet per se onlogisch is vragen wij ons twee dingen af; * 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?	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.	Definitief
65.	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.	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.	Definitief

	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. 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.	Definitief
67.	Welke regio's hebben een e-learning over het verkennend gesprek ontwikkeld die kan worden gedeeld?	Er zijn in verschillende regio's trainingen ontwikkeld voor het Verkennend gesprek. Wij hebben vanuit één regio gehoord over een e-learning. Die kan worden opgevraagd. Contact zijn te verkrijgen via programma@mentalegezondheidsnetwerken.nl.	Definitief
68.	Mag de huisstijl van landelijk MGN gebruikt worden voor de eigen communicatie van het MGN?	Ja, dat mag. Er gelden wel drie voorwaarden. • De regio houdt zich aan het document 'Landelijke werkwijze' • Uitingen wekken niet de indruk dat het om een landelijk vastgesteld document gaat • Er ontstaat geen verwarring met landelijke uitingen. De stijlwijzer (kleuren, iconen, etc.) wordt op de website gepubliceerd. Op verzoek kan het programma een regionaal logo in de landelijke stijl aanmaken. Mail daarvoor de naam van het netwerk aan programma@mentalegezondheidsnetwerken.nl.	Definitief
69.	Wat is de stand van zaken van het Mentaal Schakelpunt? Kunnen jullie meer vertellen over de ontwikkeling ervan? Het tijdspad? En wat dit vraagt van de verschillende regio's op dit moment/ter voorbereiding?	Het onderwerp zal worden behandeld op een van de themadagen die voor dit jaar gepland zijn en/of in het contactpersonenoverleg van 18 juni.	Concept
70.	Welk niveau heeft de ervaringsdeskundige aan tafel tijdens het Verkennend Gesprek?	Er zijn geen landelijke regels voor het niveau van ervaringsdeskundigen die deelnemen aan het VG. Wordt de ervaringsdeskundige ingezet als GGZ-professional, dan gelden wel de eisen uit de Veldnorm Beroepen in de GGZ en FZ (zoals het daarin opgenomen opleidingsniveau).	Concept

71.	Om zware administratieve taken te voorkomen wordt er gesproken over het ontwikkelen van een accountantskader t.b.v. de accountantscontrole van de SPUK-middelen. Is er al zicht op een accountantskader voor de SPUK-middelen?	VWS en VNG zijn nog in gesprek over de SPUK voor basisfunctionaliteiten. Er is nog geen duidelijkheid over een accountantskader.	Concept
72.	Er zijn budgetten opgenomen voor de extra caseload die via het CG naar het SD komt. Deze kosten zijn als een lumpsum per inwoner opgenomen. Kunnen de opgenomen budgetten zoals in de businesscase per inwoner opgevoerd worden op basis van deze lumpsum, en dus niet op basis van werkelijke kosten per inwoner? En: is dit op basis van - Aantal adviezen aan huisarts met voorgesteld vervolg in SD? Of - Aantal gerealiseerde trajecten in SD? Als dit op basis van werkelijke kosten moet, is dit nóg een extra administratieve last voor gemeenten.	Voor contractering van het sociaal domein wordt meestal een lumpsum afgesproken. Hoe de verantwoording precies werkt (per inwoner, per advies met uitkomst sociaal domein, of per gerealiseerd traject) is nog onduidelijk. Wij onderzoeken dit nog.	Open
73.	Iedereen is bezig met het organiseren van een transfermechanisme en domein overstijgend casusoverleg. Is dat de 1e trede van de doorzettingsmacht volgens de handreiking doorzettingsmacht? Ik merk dat trede 2 onder druk komt te staan omdat de subsidie daarvoor wordt afgebouwd. Terwijl trede 2 nu juist belangrijker wordt.? Kan trede 2 opgenomen worden onder de PGAZ in een MGN en hoe ziet dan de landelijke verdeling er dan uit?	Binnenkort komt er een communicatie van de landelijke stuurgroep aan regiocoördinatoren, waarin deze vragen worden meegenomen. Of trede 2 kan worden bekostigd vanuit PGAZ-middelen is nog in onderzoek; VWS, ZN en Nederlands GGZ zijn hierbij betrokken. Antwoord volgt.	Definitief
74.	Hoe verhoudt het VG zich tot het Wmo-proces, wettelijk gezien? Wat betekent het voor melding, onderzoek, plan, aanvraag, en de wettelijke termijnen. Komt het VG er bovenop en geldt het als consultatie en advies (bijvoorbeeld voor het bepalen van de kansrijkheid in het voorliggend veld en Wmo-maatwerk)? Of kan het deels ter vervanging zijn van Melding, onderzoek, plan, Wmo-aanvraag?	Dit zijn verschillende processen, met verschillende doelstellingen. Een verkennend gesprek leidt tot een advies aan de huisarts. Dat advies kan zijn dat een patiënt gebaat is bij ondersteuning vanuit het sociaal domein. Als dat zo is, dan kan daarna het proces richting sociaal domein starten (dat kan dan heel breed zijn, in de vorm van ondersteuning vanuit welzijnswerk of geïndiceerde ondersteuning etc). Degene die vanuit het sociaal domein bij het Verkennend gesprek zit kan wel een toelichting geven op de ondersteuningsmogelijkheden in het sociaal domein. Het ligt	Definitief

		eraan wie namens het sociaal domein bij het VG zit, maar diegene zal hoogstwaarschijnlijk vaak geen mandaat hebben om al tijdens het VG zelf toezeggingen te doen (zeker niet als het om geïndiceerde voorzieningen gaat).	
75.	Wat is de verbinding tussen de lopende landelijke wachttijdtrajecten (waaronder de overstap naar een nieuwe meetmethode voor GGZ-wachttijden) en de opdracht die regio's in het MGN hebben rondom wachttijden? Kan dit worden toegelicht zodat regio's geen parallel werk doen dat al landelijk wordt opgepakt?	De versnellersaanpak is afgerond. Het Trimbos-instituut is bijna klaar met de evaluatie van de aanpak: https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/start-evaluatie-regionale-aanpak-van-het-terugdringen-van-wachttijden-de-ggz Doel van de evaluatie is bij te dragen aan een goed werkende wachttijdenaanpak. Begin juni wordt het eindrapport naar verwachting openbaar. Bevindingen zijn relevant voor de inrichting en uitrol van mentale gezondheidsnetwerken.	Definitief
76.	Meerdere regio's ervaren dat gemeenten en/of individuele huisartsen terughoudend zijn bij het tekenen van de samenwerkingsovereenkomst. Welke aanpakken werken?	Organiseer deelname van huisartsen zoveel mogelijk via koepels in plaats van individueel. Leg de bedoeling van de overeenkomst steeds goed uit. Bespreek de overeenkomst vooraf met gemeente-juristen.	Definitief
77.	Is er een document beschikbaar om huisartsen duidelijk te maken wat het Verkennend Gesprek toevoegt naast andere opties (POH, welzijn op recept)?	Een flyer met informatie over verkennend gespreken overige functies, gericht op huisartsen, staat in de Kennisbank.	Definitief
78.	Regio's maken allemaal zelfstandig communicatiemiddelen (voor inwoners, huisartsen, etc.). Kan er een omgeving komen waar regio's eigen materiaal onderling kunnen delen ter inspiratie?	Dit moet nog besproken worden door de landelijke partijen. Dit kan via een aparte sectie van de website of via een (nog in te richten) teamsomgeving.	Concept
79.	Hoe kunnen regio's de ombuigingen naar het Verkennend Gesprek en de overlegtafel goed volgen zonder dat dit een onevenredige administratieve last oplevert?	Het lerend netwerk bij AKWA onderzoekt dit. Daarnaast kan afstemming op de landelijke productiemonitor helpen.	Concept
80.	Wat is de stand van zaken rondom de landelijke opdracht om inzage te geven in wachttijden? Wat wordt op welk moment landelijk opgeleverd en kan in regio's al dan niet worden gebruikt?	Dat is ons niet bekend. Wij zullen via de branche-organisaties navraag doen.	Concept

81.	In de modelovereenkomst staat dat er een kortdurende behandelrelatie tussen GGZ en inwoner tot stand komt voor het uitvoeren van verkennend gesprek. Deze wordt na afronden VG weer verbroken. Hoe zit dit voor het sociaal domein?	Daar is geen sprake van een behandelovereenkomst. Die volgt namelijk uit de WGBO en die is alleen van toepassing op zorgprofessionals in de ggz.	Definitief
82.	Heeft het later dan gepland behalen van een KPI gevolgen voor de uitkering van transformatiemiddelen?	Op Zorgakkoorden.nl staan vragen en antwoorden over de inzet van transformatiemiddelen voor mentale gezondheidsnetwerken.	Definitief
83.	Moet er een DPIA worden uitgevoerd voor de processen rondom het Verkennend Gesprek?	Of een DPIA verplicht is, is niet landelijk vast te stellen; de Autoriteit Persoonsgegevens geeft aan wanneer dat zo is. Onze inschatting is dat het Verkennend gesprek zelf daar niet zonder meer onder valt, maar het ondersteunende (ICT-)systeem kan wel aanleiding geven voor een DPIA. Partijen in de regio wegen dit af op advies van hun functionaris gegevensbescherming (FG) of privacy officer. Ervaringen uit regio's: - Meerdere regio's hebben een DPIA uitgevoerd vanwege de schaal van de uitrol. Inzet van AI (bijvoorbeeld voor verslaglegging) maakt de DPIA aanzienlijk zwaarder. - Regio's die een nieuw systeem kiezen, maken de DPIA vaak onderdeel van de leverancierskeuze. - Eén regio laat een werkgroep van FG's en privacy officers, samen met de leverancier, beoordelen of een DPIA nodig is. Een andere regio legt in verwerkersovereenkomsten en een bijlage bij de samenwerkingsovereenkomst vast welke gegevens met welk doel worden verwerkt en wie waarvoor verantwoordelijk is.	Definitief
84.	Ggz aanbieders 'screenen' verwijzingen vroegtijdig om te checken of verwijzingen passend lijken. We zien in onze regio een voorzichtige trend dat screening strenger wordt ingezet, omdat ggz aanbieders bij een niet passend intake zelf moeten doorverwijzen en overbruggingszorg moeten leveren. Gevolg is dat er daardoor meer inwoners snel terug bij de huisarts terecht	Dit wordt in meerdere regio's herkend en is ook landelijk onderwerp van gesprek. Wanneer een behandelrelatie ontstaat en wie dan moet doorverwijzen, is landelijk lastig eenduidig vast te stellen: sommige partijen gaan uit van de intake, andere van overeenstemming over het behandelplan,	Definitief

	komen die vervolgens ook niet goed weet waar dan wel heen. Dat geeft schuring in de relatie tussen huisartsenzorg en ggz. Herkennen andere regio's dit en hoe wordt hiermee omgegaan?	en vanuit de WGBO kan een behandelovereenkomst al eerder ontstaan. De landelijke partijen willen toe naar meer gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de inwoner, zonder individuele professionals of organisaties juridisch in de problemen te brengen. Tot die tijd is het advies hierover regionaal afspraken te maken. Zo heeft één regio verwijsafspraken opgesteld op basis van de NHG-standaarden en een coalitie van ggz-aanbieders gevormd. Verwijzingen worden niet teruggestuurd naar de huisarts; ggz-aanbieders stemmen onderling af waar iemand het beste terechtkan. De RHO heeft de afspraken toegelicht aan de huisartsen. Regio's met voorbeelden van regionale verwijsafspraken worden gevraagd die te delen via programma@mentalegezondheidsnetwerken.nl.	
85.	Zijn er MGN-regio's die al een PGAZ-toetsing hebben doorlopen (functioneel/bekostiging/governance) waarvan de uitkomsten of werkwijze gedeeld kunnen worden, zodat we niet opnieuw het wiel gaan uitvinden? De vraag geldt voor zowel verplichte functies als niet-verplichte functies (waar we er in onze regio meerdere van hebben)	Een aantal regio's heeft de PGAZ-toetsing doorlopen of zit daar middenin. Hun ervaringen: - De zorgverzekeraars werken met een vast format (offerte) en evaluatiecriteria, onder meer over het aantal domeinoverstijgende casusoverleggen, het aantal deelnemers en de werking van het lumpsumbedrag. - Een kleine werkgroep met de kassier, de inkopers namens de coördinerende zorgverzekeraars en de ggz helpt. Afspraken die al in het transformatieplan zijn gemaakt, versnellen het proces. - Wees transparant over tarieven en aantallen en voorkom dat het gesprek verschuift naar traditionele zorginkoop. - Na het akkoord volgt nog een addendum op het contract; ook dat kost tijd. Eén regio heeft akkoord van beide coördinerende zorgverzekeraars en een overzicht van de te doorlopen stappen.	Definitief

86.	Wat moet er 'staan' na de transformatieperiode? Hoe wordt dit landelijk ondersteund? We bouwen in onze regio aan 4 netwerken, maar wat we straks moeten ´borgen´ en hoe we dat organisatorisch moeten regelen blijft een vraagteken. Zijn er al regio´s die wellicht al een aantal stappen verder zijn?	Deze vraag leeft in veel regio's en heeft de aandacht van de landelijke partijen. Een sluitend antwoord is er nog niet. De stand van zaken: - De mentale gezondheidsnetwerken staan op de doorontwikkelagenda voor basisfunctionaliteiten uit het AZWA. De handreiking hiervoor beschrijft hoe het MGN zich verhoudt tot andere functies en biedt aanknopingspunten voor structurele borging, met ruimte voor regionale invulling. De definitieve versie wordt eind november verwacht. - De transformatiemiddelen kunnen worden ingezet tot en met 31 december 2028 (zie vraag 45). De bekostigingsexperimenten worden uiterlijk 1 januari 2029 geëvalueerd (zie vraag 17). - De landelijke werkgroep MGN werkt de processtappen richting borging eind november uit in een jaarplan. Ter voorbereiding sluiten de landelijke partijen aan bij een overleg van een groep regio's over dit onderwerp (zie vraag 103).	Definitief
87.	We krijgen wekelijks nieuwe aanmeldingen van partijen die zich willen aansluiten bij ons netwerk, vaak omdat dit een eis is vanuit de zorgverzekeraar. Wij hebben nu een lijst met tientallen partijen en weten niet goed wat daarmee te doen. Het is bijvoorbeeld niet werkbaar om met 60 partijen een transfertafel te doen. Vraag aan ZN: wat verwachten verzekeraars van al die partijen die zich nu aanmelden? En wat verwachten ze van het netwerk hierin?	Dit wordt in meerdere regio's herkend. Zorgverzekeraars stellen deelname aan een MGN steeds vaker als contracteringsvoorwaarde, vooral voor vrijgevestigden. Het is niet werkbaar en ook niet de bedoeling dat al deze partijen afzonderlijk aan elke overlegtafel deelnemen. Regio's werken met de volgende oplossingen: - Partijen organiseren zich per groep, bijvoorbeeld in een coalitie of vereniging van eerstelijnspsychologen, kleine ggz-aanbieders en vrijgevestigden, met één vertegenwoordiger aan de overlegtafel en in het bestuurlijk overleg (zie ook vraag 44). - Het netwerk stelt toetsings- en acceptatievoorwaarden op en voert het gesprek over wat deelname vraagt (zie ook vraag 48).	Definitief

		- Nieuwe partijen worden eerst betrokken via regionale netwerkbijeenkomsten. Een zorgverzekeraar heeft aangegeven dat vertegenwoordiging via een vereniging of coalitie is toegestaan, maar dat aanbieders wel zelf actief moeten bijdragen aan de uitvoering (bijvoorbeeld met groepsaanbod).	
88.	In onze regio hoor ik veel feedback van gespreksvoerders over de duur van een verkennend gesprek. Dat staat bij ons op 1 uur. Hebben jullie zicht op de omvang van het aantal uren dat andere regio's beschikbaar stellen voor een verkennend gesprek?	In de meeste regio's wordt voor het Verkennend gesprek zelf één uur gepland; soms is een tweede gesprek nodig. De totale tijdsinvestering is groter: daar komen voorbereiding, verslaglegging, het in gang zetten van vervolgacties en soms reistijd bij. Reistijd kan niet apart in rekening worden gebracht (zie vraag 16).	Definitief
89.	Wij zijn benieuwd hoe andere regio's omgaan met inwoners waarmee de afspraak is gemaakt dat zij zelf acties oppakken? Worden deze inwoners na het verkennend gesprek nog in beeld gehouden? En zo ja, hoe gaat dat?	Deze vraag staat nog open en komt terug in een volgend overleg.	Open
90.	In de rapportage van de implementatiemonitor zagen we informatie over de opvolging na een VG. Wij monitoren dit in onze regio niet. Hoe hebben andere regio's deze opvolging georganiseerd?	Deze vraag staat nog open en komt terug in een volgend overleg.	Open
91.	Van een huisartsenorganisatie in onze regio hoor ik dat het inmiddels wel mogelijk is om als huisarts op voorhand al een verwijzing mee te geven voor de GGZ aan de inwoner. Ik was in de veronderstelling dat, als uit het verkennend gesprek inderdaad blijkt dat een verwijzing passend is, de inwoner eerst weer terug naar de huisarts moet om formeel verwezen te worden. Klopt het dat dat nu niet meer het geval is?	Een vooraf afgegeven verwijzing is mogelijk, maar niet verplicht. De huisarts kan de verwijsbeslissing al nemen bij de aanvraag van het Verkennend gesprek (zie vraag 3). Ook zo'n 'conditionele' verwijzing moet voldoen aan de eisen voor een verwijzing naar de ggz (zie vraag 55), en de huisarts blijft verantwoordelijk voor de verwijzing. Regio's maken hierin verschillende keuzes; voorbeelden staan bij de themadag van 28 mei in de kennisbank. Zie ook vraag 100.	Definitief
92.	Op dit moment is er bekostiging voor (enkel) het voeren van het VG. In de praktijk zien we dat met name de opvolging van het VG - de persoon naar de juiste plek leiden - veel tijd kan kosten	Deze vraag staat nog open en komt terug in een volgend overleg.	Open

	en die tijd kunnen we nu niet declareren. Hoe wordt hier landelijk naar gekeken? Zeker als we gaan opschalen wordt dit een issue.		
93.	Op dit moment mogen alleen partijen participeren in het VG als zij een contract hebben met alle verzekeraars. Met name voor kleine aanbieders in de regio is dit een drempel om te gaan participeren. Is het de bedoeling dat het VG voorbehouden blijft voor partijen die breed gecontracteerd zijn of komt er ook ruimte voor kleinere aanbieders met minder contracten om te participeren.	Deze vraag staat nog open en komt terug in een volgend overleg.	Open
94.	Zijn er al regio´s die een dashboard (o.i.d.) hebben gemaakt om de ontwikkeling van MGN´s te monitoren? Wij willen daarmee aan de slag. Het dashboard moet enerzijds toezien op de realisatie van b.v. de VG´s en laagdrempelige steunpunten, maar moet anderzijds ook iets zeggen over de fase waarin het netwerk zit en welke doorontwikkelpunten er zijn (de meer zachte kant).	Deze vraag staat nog open en komt terug in een volgend overleg.	Open
95.	In onze regio zien we bijvoorbeeld bij ASS- en eetstoornissenzorg dat een groot deel van de verwijzingen bij één gespecialiseerde derdelijnsaanbieder terechtkomt, waardoor daar lange wachttijden ontstaan. Tegelijkertijd zijn er andere organisaties die een deel van deze zorg zouden kunnen bieden, maar dit beperkt doen. Zij zijn terughoudend om hun aanbod uit te breiden uit vrees voor een te grote instroom of omdat de benodigde expertise en capaciteit onvoldoende beschikbaar zijn. Idealiter maak je regionaal en gelijktijdig afspraken over het openstellen van aanbod, met heldere afspraken over doelgroep, verdeling van instroom, expertise, capaciteit en eventuele consultatie of achterwacht. We zijn benieuwd hoe andere regio's dit organiseren en welke aanpakken hierin goed werken.	Dit wordt herkend, onder meer bij zorg voor ASS en eetstoornissen. Het transfermechanisme is een logische plek om hierover regionale afspraken te maken. Voorbeelden: - In één regio hebben ggz-aanbieders zich via de overlegtafel gemeld om een deel van deze doelgroep op te pakken, na aanvullende scholing door de gespecialiseerde aanbieder en met achtervang vanuit de derde lijn. - In een andere regio neemt een aantal kleinere ggz-aanbieders maandelijks een klein aantal cliënten over van de wachtlijst van de kerninstelling. Vooraf is afgesproken om welke cliënten het gaat; de screener van de kerninstelling beoordeelt de instroom. De ervaring is dat het helpt om klein en gezamenlijk te starten, met heldere afspraken over doelgroep, instroom en achtervang.	Definitief
96.	Zijn er regio's die belangstelling hebben om gezamenlijk communicatieproducten te ontwikkelen (denk aan uitlegvideo's, modelbrieven, werving)? Als communicatie-adviseur denk ik dat het efficiënt is om de krachten te bundelen en te sparren met andere communicatieadviseurs.	Ja. De landelijke partijen vinden dit een goed initiatief. Er wordt een werkgroep van communicatieadviseurs uit de regio's gevormd; meerdere regio's hebben zich al gemeld. Het programma roept de groep de eerste keer bijeen.	Definitief

		Vertegenwoordigers van de landelijke partijen sluiten dan aan om te bekijken of ook landelijke standaard-communicatiemiddelen mogelijk zijn. Materialen worden gedeeld via de Teams-omgeving die wordt ingericht. Communicatieadviseurs die willen aansluiten, kunnen zich melden via programma@mentalegezondheidsnetwerken.nl.	
97.	Met een aantal regio's verkennen we samen de vraag hoe digitalisering het netwerkproces kan ondersteunen. De aanleiding was praktisch: iedereen lijkt tegen vergelijkbare ICT-vraagstukken aan te lopen, terwijl oplossingen, leverancierskeuzes en ontwikkeltrajecten grotendeels regionaal plaatsvinden. We hebben een 'praatdocument' opgesteld. Onze conclusie is dat regio's behoefte hebben aan een landelijke leer- en ontwikkelgemeenschap rondom digitalisering van MGN's. Er gebeurt veel, er wordt veel ontwikkeld, maar kennis, eisen, ervaringen en ontwikkelvragen worden nog beperkt gedeeld. Hierdoor bestaat het risico dat regio's parallel hetzelfde werk blijven doen terwijl veel vraagstukken in essentie identiek zijn.	Het landelijk programma vindt dit een goed initiatief: kennisdeling voorkomt dat regio's parallel hetzelfde werk doen. Het praatdocument wordt gedeeld met het programma. Samenwerking kan verder via de Teams-omgeving voor contactpersonen. Een kanttekening: digitalisering houdt niet op bij de grenzen van het MGN. Het is verstandig aan te sluiten bij bredere regionale initiatieven rond digitalisering en geen losse MGN-oplossing te ontwikkelen.	Definitief
98.	Binnen het Verkennend Gesprek lopen we ertegenaan dat het voor een goede samenwerking wenselijk is om korte lijnen te houden met de verwijzer. Daarbij ontstaat regelmatig de vraag welke informatie gedeeld mag worden met de verwijzer, bijvoorbeeld over een no-show. Vanuit de ggz-partijen wordt aangegeven dat dergelijke informatie alleen gedeeld kan worden met expliciete toestemming van de inwoner. Volgens hen geldt dit zowel voor inhoudelijke informatie als voor procesinformatie, zoals het niet verschijnen op een afspraak. Een vooraf gegeven algemene schriftelijke toestemming zou hiervoor niet voldoende zijn; toestemming zou per situatie expliciet met de inwoner besproken moeten worden. In het kader van bijv. no-show kan dit niet. En als een Verkennend Gesprek wel plaatsvindt, wordt dus toch opnieuw om toestemming gevraagd. Zie de bijlage voor een verdere toelichting op het standpunt vanuit de ggz-partijen. Wij ontvangen graag een juridische duiding op dit vraagstuk. Geldt deze interpretatie van wet- en regelgeving ook voor het	De juridische afdeling van de Nederlandse GGZ zoekt dit uit; het antwoord wordt in deze vragenlijst opgenomen. Juristen in één regio kwamen eerder tot dezelfde conclusie als de ggz-partijen in de vraag: tijdens het gesprek moet expliciet toestemming worden gevraagd. Hun analyse wordt in het juridische antwoord betrokken. Op basis van dit antwoord moet mogelijk ook het antwoord op vraag 34 worden aangepast.	Open

	Verkennend Gesprek? En als dat het geval is, welke mogelijkheden zien jullie om verwijzers en professionals die betrokken zijn bij het Verkennend Gesprek toch goed met elkaar te laten samenwerken en informatie uit te wisselen binnen de geldende kaders?		
99.	Kan ik ergens een overzicht vinden van de landelijke bijeenkomsten die nog gepland staan? ik zie ze op de site wel staan als er eentje aankomt, maar niet een planning van het jaar oid.	Er is geen apart jaaroverzicht. De themadag van 12 november staat vast; de data van de themadagen in januari, maart en mei 2027 worden apart gecommuniceerd. Contactpersonen ontvangen voor nieuwe contactpersonenoverleggen een uitnodiging in Outlook. Andere landelijke bijeenkomsten zijn nu niet gepland.	Definitief
100.	Er zijn diverse keren eerder vragen gesteld (3, 39, 54, 55) over de mogelijkheid van een 'vinkje' bij verwijzing naar VG door huisarts om, als het advies van de verkenners een GGZ-behandeling is, daarna dit meteen als doorverwijzing naar de ggz op te kunnen pakken. Een regio is benieuwd naar ervaringen elders in het land om dit technisch te regelen, specifiek met Zorgdomein.	Hierover is gesproken tijdens de themadag van 28 mei; in de kennisbank staan presentaties van regio's die dit hebben ingericht. Sommige regio's houden bewust een aparte verwijsstap na het Verkennend gesprek aan, andere hebben een vorm van 'automatische doorverwijzing' ingericht. Ook dan blijft de huisarts verantwoordelijk voor de verwijzing. Zie ook vraag 3, 55 en 91. Specifieke ervaringen met de inrichting in ZorgDomein zijn ons nog niet bekend.	Definitief
101.	Welke regio heeft ervaring met (het opzetten van) een 'centraal toeleidingspunt', voor álle verwijzingen naar (mogelijk) de ggz door de huisarts, ook aanmeldingen die geen VG nodig hebben, waarbij er ook inzicht is in wachttijden bij dat punt.	Enkele regio's hebben ervaring met een centraal toeleidingspunt (zie ook vraag 53). In één regio functioneert een centraal toeleidingspunt; zo'n centraal punt houdt zich in principe ook bezig met de wachttijden. In twee andere regio's is dit eerder gestopt omdat financiering ontbrak; beide bouwen het nu opnieuw op. Structurele financiering is dus een voorwaarde voor continuïteit.	Definitief
102.	Wordt geëvalueerd hoe de ervaringen zijn met ofwel de RHO ofwel de ggz als hoofdcontractant voor het MGN? In den lande zie je nu verschillende varianten en ik ben benieuwd of één van de twee varianten duidelijk beter bevalt.	Daar is nog geen goed beeld van. Uit de eerste implementatiemonitor bleek dat beide varianten voorkomen: bij het Verkennend gesprek was de RHO vaker hoofdaannemer, bij domeinoverstijgende functies zoals het	Definitief

		transfermechanisme vaker de kerninstelling. In de volgende implementatiemonitor vragen wij hier specifiek naar. Ervaringen die regio's tot nu toe delen: - Met een RHO als hoofdaannemer is de inrichting centraler. In één regio declareert de RHO en verdeelt een administratiebureau de vergoeding over de ggz-aanbieders; de RHO beheert zo geen ggz-dossiers. - Bij de ggz-route krijgen kleinere ggz-aanbieders niet altijd automatisch een addendum van de overige zorgverzekeraars. - Als iedere aanbieder een eigen contract heeft, is de administratieve last groot. Het advies is dan om met een kassier te werken. - Ook het ondersteunende systeem speelt mee: sommige systemen ondersteunen alleen declaratie via de RHO.	
103.	In de afgelopen weken heb ik met verschillende collega MGN´s gesproken over de borging (ook financieel) van de MGN´s na transformatie. We constateren dat dit borgingsvraagstuk onderdeel is van de brede vraag hoe regio´s hun regionale governance gaan inrichten na de transformatieperiode. Dat reikt verder dan alleen de borging van het MGN. In het verleden was er een landelijke werkgroep regionale samenwerking. Zo´n werkgroep lijkt me voor dit vraagstuk de juiste plek. Het perspectief van de MGN´s kan daar worden ingebracht en worden besproken met b.v. de perspectieven uit de RESV´s/hechte wijkverbanden. Bestaat de werkgroep nog?	Het vraagstuk van regionale samenwerking en governance wordt op dit moment opgepakt aan de AZWA-thematafels. Ook de landelijke partijen rond het MGN hebben aandacht voor de borging na de transformatieperiode (zie ook vraag 86). Een groep van ongeveer zes regio's spreekt hier al over; de landelijke partijen sluiten aan bij hun overleg van 13 november. De uitkomsten worden meegenomen in de werksessie van de landelijke werkgroep MGN eind november.	Definitief