

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 224

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 juli 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 juni 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

de ggz.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn, Sport,
Teunissen

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Klever, Kuzu, Leijten, Neppérus, Rutte, Slob, Van der Staaij,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.00 uur

De **voorzitter**: Goedemorgen. Welkom bij dit algemeen overleg over de ggz. We hebben maximaal drie uur, want daarna hebben we weer vervolgspraken. Ik heet de minister en haar ondersteunsters en ondersteuner welkom, evenals de mensen op de tribune en de mensen thuis. Elke fractie heeft vijf minuten spreektijd en mag twee onderlinge interrupties plegen in twee etappes.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Bijna de helft van de Nederlanders, namelijk 43,5%, heeft ooit te maken gehad of zal te maken krijgen met een psychische aandoening. Gelukkig is die in veel gevallen kortdurend van aard en goed te behandelen. Soms is die aandoening helaas langdurig en complex. Mensen met een dergelijke aandoening zijn kwetsbaar, daarom is tijdige herkenning en behandeling door een daarvoor gekwalificeerde professional erg belangrijk. Toegankelijkheid en kwaliteit moeten wat de Partij van de Arbeid betreft hand in hand gaan met de beheersing van de kosten in de ggz. Centraal staat voor ons de kwetsbare patiënt, die bescherming verdient en ondanks zijn of haar beperking of aandoening stimulering verdient om het beste uit zichzelf te halen. Vooruitgang mogelijk maken, ook in de ggz, dat is ons credo. De Partij van de Arbeid zal haar inbreng in dit AO concentreren op een drietal thema's, te weten het verbeteren van de samenhang in de ggz, het verbeteren van de kwaliteit en het beheersen van de kosten.

Bewust staat het verbeteren van de samenhang in de ggz op de eerste plaats, omdat het centraal stellen van de patiënt alleen kan als de structuur adequaat is ingericht. Daarvoor zijn in het Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013–2014 door de betrokken veldpartijen afspraken gemaakt. Deze afspraken worden onderschreven door de Partij van de Arbeid en zijn deels uitgewerkt in de brief van 17 mei. In die brief wordt voornamelijk ingegaan op de rol van de POH-ggz en de generalistische basis-ggz. Het is essentieel dat de huisarts patiënten met psychische problematiek herkent en hen zo veel mogelijk zelf behandelt en minder snel doorverwijst naar de duurdere tweede lijn. Daarvoor is het wel nodig dat er binnen de huisartsenpraktijk goede inhoudelijke ondersteuning is. Vanaf 2008 is daarvoor geëxperimenteerd met de zogenaamde POH-ggz, een professional met een ggz-achtergrond die de poortwachtersfunctie van de huisarts versterkt. Omdat de resultaten positief zijn, is het voornemen om de rol van de POH-ggz te versterken. In de praktijk zien wij echter dat dit handel is geworden. Sommige POH's-ggz zijn in dienst van de huisartsenpraktijk, maar nog meer worden er gedetacheerd door bemiddelaars en zelfs ggz-instellingen. Dat laatste vinden wij een kwalijke ontwikkeling, omdat ggz-instellingen er baat bij hebben dat zo veel mogelijk patiënten worden doorverwezen naar de eigen instelling. Dat legt de prikkel bij de huisarts en de ggz-instelling om een afspraak te maken die het centraal stellen van het belang van de patiënt en de zorg die hij nodig heeft, naar de achtergrond doet verdwijnen. De huisartsenpraktijk is wat ons betreft geen vindplaats voor de ggz-instelling, maar een onafhankelijke poortwachter. Ziet de minister, evenals de NZa, dit risico in? Gaat zij hiertegen maatregelen nemen door bijvoorbeeld detacheringsconstructies te verbieden en de bestaande regeling dusdanig te versterken

dat alleen de huisarts baat heeft bij het in dienst nemen van een POH-ggz? Gaat zij de instellingen die op dit moment werken met dergelijke constructies de gelegenheid bieden om deze vorm van dienstverlening, die belangenverstrengeling in de hand werkt, af te bouwen?

Het tweede thema dat voor de Partij van de Arbeid van belang is, is dat de explosieve groei van de kosten in de ggz een halt moet worden toegevoerd. Dat moet wat ons betreft gebeuren door het tegengaan van zinloos medisch handelen, het tegengaan van verspilling en het verminderen van de praktijkvariatie. Alleen zo kunnen we ervoor zorgen dat we uiteindelijk op de beoogde 2,5% volumegroei komen in plaats van de bijna 8% van de afgelopen jaren. De regio waarin een patiënt woonachtig is of de specialisatie van een behandelaar mag niet doorslaggevend zijn voor de diagnose die een patiënt krijgt. In combinatie met de het diagnose-instrument DSM zorgt dit er namelijk voor dat een patiënt wordt overgelaten aan mogelijk willekeur. Er zijn behandelaars die dusdanig zijn gespecialiseerd in een bepaalde aandoening dat ze bijvoorbeeld bij elke cliënt een angststoornis zien. Is de minister bereid om een onderzoek in te stellen naar de praktijkvariatie in de ggz? Hierover is, anders dan over de medisch-specialistische zorg, weinig bekend.

Een van de afspraken uit het bestuurlijk akkoord is dat de definitie van «hoofdbehandelaar» verder moet worden aangescherpt, om ervoor te zorgen dat een patiënt door de juiste behandelaar wordt behandeld. De minister heeft de partijen van het bestuurlijk overleg gevraagd om voor 31 mei met een veldnorm hoofdbehandelaarschap te komen.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik ga snel afronden, voorzitter.

Het is de partijen niet gelukt voor 31 mei, en het is nu uitgesteld. Hoe denkt de minister daarover?

Helaas loopt de ggz ver achter in het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Een van de acties die het veld zelf heeft ondernomen, is het invoeren van de ROM-methode (Routine Outcome Measurement). Die methode spitst zich toe op de effectiviteit van de uitkomst van een behandeling. Is de minister bereid om een tijdsplan op te stellen voor de manier waarop de Kamer geïnformeerd blijft over de uitkomsten van deze meting? Die kan namelijk van cruciaal belang zijn bij verdere discussies over de manier waarop zorgverzekeraars ggz-zorg gaan inkopen.

Ik ben aan het einde van mijn tijd, terwijl ik nog één thema wilde benoemen, namelijk zorg en dwang. Ik hoop dat iemand mij daarover een vraag stelt!

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Kuzu ging eventjes heel snel langs het feit dat er geen veldnorm is afgesproken over het hoofdbehandelaarschap. Dat is nogal eufemistisch, want er is dikke ruzie in het veld over het hoofdbehandelaarschap. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft gezegd dat psychotherapeuten geen hoofdbehandelaar meer kunnen zijn en de zorgverzekeraars volgen dat. De minister heeft in antwoord op Kamervragen van zowel de PvdA als de SP aangegeven dat zij na 31 mei een standpunt zou innemen. Dat ga ik zo meteen aan haar vragen, maar ik ben benieuwd naar het standpunt van de PvdA. Vindt de PvdA dat psychotherapeuten uitgesloten moeten worden van het hoofdbehandelaarschap of is zij nog lang niet zo ver?

De heer **Kuzu** (PvdA): Het is natuurlijk ideaal als het veld zelf met een norm komt. Daarvoor heeft de minister het veld tot 31 mei de ruimte geboden, en het veld heeft om uitstel gevraagd. Wij wachten dus eerst de reactie van het veld af voordat we er een definitief standpunt over innemen. Dat lijkt me ook de logische volgorde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is toch knap ingewikkeld. De zorgverzekeraars gaan nu namelijk bepalen op welke voorwaarden ze gaan inkopen, omdat ze dat per 1 januari moeten gaan doen. Wij willen allemaal dat ze zo vroeg mogelijk duidelijk maken met wie er contracten zijn afgesloten. De zorgverzekeraars zeggen gewoon: nee, wij volgen de inspectie; psychotherapeuten zijn geen hoofdbehandelaar meer; zij moeten maar via een verlengdearmconstructie hun werk zien te krijgen. Mijn vraag was gewoon wat de stelling van de Partij van de Arbeid is. Vindt zij het terecht dat psychotherapeuten na jarenlang behandelen nu uitgesloten worden van het hoofdbehandelaarschap? Of vindt zij dat een stap te ver?

De heer **Kuzu** (PvdA): De minister, die uitstekend de regie voert over dit onderwerp, heeft aangegeven dat het veld voor 31 mei met een stelling moet komen. Dat is niet gebeurd en het veld heeft een maand uitstel gekregen. Voordat wij daar een definitief standpunt over innemen, lijkt het ons wijs om het veld daarover een uitspraak te laten doen.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Het viel me op dat de heer Kuzu helemaal niet heeft gesproken over zorg en dwang. Heeft de Partij van de Arbeid daar geen opvattingen over?

De heer **Kuzu** (PvdA): Dank u wel, mijnheer Rouvoet!

De **voorzitter**: Het is de heer Slob!

De heer **Kuzu** (PvdA): Dat was uw voorganger! Het spijt me verschrikkelijk!

De heer **Slob** (ChristenUnie): Voorzitter, ik trek mijn vraag weer in!

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik heb de laatste tijd te veel gelezen over de heer Rouvoet; dat zal het zijn. Zorg en dwang is voor de Partij van de Arbeid een belangrijk onderwerp. Binnenkort gaan we daarover in de Kamer met elkaar spreken. Ik vraag de minister wat de stand van zaken is en op welke termijn we dit onderwerp kunnen behandelen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Kuzu plaatste een aantal rake opmerkingen over de praktijkondersteuner huisartsen geestelijke gezondheidszorg. Het CDA is er voorstander van dat deze praktijkondersteuner zo breed mogelijk in het veld aan het werk gaat. De heer Kuzu maakte een opmerking over het gevaar dat instellingen nu afspraken maken met ondersteuners om zelf werk te krijgen. Is de heer Kuzu er voorstander van dat elke huisarts in Nederland een praktijkondersteuner krijgt? Op welke manier gaat hij daarvoor zorgen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Wij moedigen de POH-ggz van harte aan. Wij willen dat elke huisartsenpraktijk vanaf 2014 een POH-ggz in dienst heeft, dus niet via detachingsconstructies of via ggz-instellingen maar in dienst van de huisarts zelf. We experimenteren al vanaf 2008 en volgens de brief is er extra financiële ruimte gemaakt om dat te doen. Een van de redenen waarom dit in het verleden onvoldoende gebeurde, is namelijk dat de financiering onzeker was. Die onzekerheid over de financiering wordt volgens mij weggenomen en dat geeft de huisartsenpraktijk ruimte om een POH-ggz in dienst te laten nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat betekent dus dat er een POH-ggz bij elke huisarts is. Er is inderdaad geld beschikbaar. Dat is goed, maar is het beschikbare geld ook voldoende? We hebben heel veel huisartsen en het bedrag dat nu beschikbaar is, is waarschijnlijk niet voldoende. Het gaat op

dit moment om een op de drie huisartsen. Is de heer Kuzu bereid om te bekijken of we geld tevoorschijn kunnen halen om ervoor te zorgen dat elke huisarts dit voor elkaar krijgt? Als de heer Kuzu die uitspraak doet, is het mooi om ook boter bij de vis te doen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Het antwoord op de vraag of er voldoende financiering is om bij elke huisartsenpraktijk een POH-ggz in dienst te krijgen, moet ik mevrouw Bruins Slot schuldig blijven. Dat weet ik op dit moment niet. Ik zou die vraag graag willen neerleggen bij de minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De geestelijke gezondheidszorg is een van de dragende muren van de gezondheidszorg. Mensen in de ggz leveren ook een belangrijke bijdrage aan het welzijn en de gezondheid van cliënten. Het is een heel goede ontwikkeling dat in de ggz steeds meer wordt gekeken naar gezondheid en gedrag in plaats van naar ziekte en zorg. Kijken naar wat mensen wél kunnen in plaats van naar wat ze niet meer kunnen, zodat mensen kunnen blijven meedoen in de samenleving. Dat kan gaan om werk, om een opleiding of om vrijwilligerswerk. Het veld en de minister zijn in het afgelopen jaar heel hard bezig geweest om het huis van de geestelijke gezondheidszorg een nieuwe inrichting te geven met drie verdiepingen: de huisarts, met een sterke positionering van de POH-ggz, daarboven de generalistische ggz en daarboven, op de zolder, de specialistische ggz. Het CDA beziet deze ontwikkeling met een positieve blik. De ontwikkeling roept echter wel een aantal vragen op, die ik nu zal stellen.

Mijn eerste punt betreft de DSM. We hebben in mei de komst van de DSM-5 meegemaakt. In de nieuwe generalistische basis-ggz, zo staat ook in de stukken van de minister, is alleen sprake van een behandeling als er sprake is van een benoemde DSM-stoornis. Critici zeggen over de DSM-5 dat inmiddels bijna iedereen een psychiatrische aandoening heeft op basis van deze DSM, en dat het gevaar van overbehandeling en overdiagnose op de loer ligt. Hoe gaat de minister de DSM-5 dus uitwerken in relatie tot de verzekerde zorg, de nieuwe positionering van de basis-ggz en de opbouw van het huis?

Het tweede punt is de consultatieve functie van de huisarts. Opvallend is dat een huisarts of POH-ggz de verpleegkundig specialist niet betaald mag consulteren. Dat vindt het CDA heel jammer, omdat we in de afgelopen jaren juist hard bezig zijn geweest om de verpleegkundig specialist sterker te positioneren binnen het ggz-veld. Misschien heb ik het verkeerd gelezen in het document, maar het zou mooi zijn als de consultatieve functie ook voor de verpleegkundig specialist zou gelden.

Ik ga verder met mijn derde punt. Mijn oud-collega Sabine Uitslag heeft in juni 2012 een motie ingediend om de verpleegkundig specialist ook hoofdbehandelaar te laten zijn. Die motie is aangenomen. Ik lees echter nergens in de stukken terug dat de verpleegkundig specialist hoofdbehandelaar gaat worden, terwijl er wel een afspraak met de Tweede Kamer ligt dat dit zou gebeuren. De verpleegkundig specialisten kunnen een prachtige rol spelen binnen de geestelijke gezondheidszorg in het bevorderen van taakherschikking en substitutie. Ik krijg graag een reactie hierop van de minister.

Mijn vierde punt sluit aan bij het punt dat de heer Kuzu en mevrouw Leijten maakten. Er is enorme ruzie ontstaan over de invulling van de veldnorm en het hoofdbehandelaarschap wat betreft de positionering van de psychotherapeut in de specialistische ggz. Het valt mij op dat iemand op basis van de huidige documenten alleen nog multidisciplinair behandeld kan worden als dit in een instelling gebeurt. Dat lijkt mij een onwenselijke ontwikkeling als we echt willen zorgen voor goede zorg met zo weinig mogelijk capaciteit. Hoe ziet de minister dus de ontwikkeling van de veldnorm? Wil zij vasthouden aan de afspraak die ook staat in het bestuurlijk akkoord over de psychotherapeut?

Het vijfde punt is de inrichting van het huis en de manier waarop de verschillende verdiepingen met elkaar verbonden zijn. Wie is eigenlijk regisseur over de positie van de cliënt? Cliënten zijn soms heel kwetsbaar binnen de ggz. Wie zorgt ervoor dat de cliënt niet gaat dwalen in dat huis als hij niet direct bij de goede hulpverlener terecht komt? Kan de minister daarop nog terugkomen? Ook krijgen we nogal wat opmerkingen vanuit het veld waaruit blijkt dat men zich zorgen maakt over de uitwerking van het stelsel. Is de minister van plan om dat na een jaar of anderhalf jaar te evalueren? Twee weken terug hebben we een uitgebreid debat met de minister gevoerd over zorgfraude. Het is belangrijk om bij het bouwen van nieuwe systemen ook te bekijken hoe gevoelig het systeem is voor zorgfraude. In de generalistische ggz zal gewerkt worden met vier zorgzwaarten: licht, middel, zwaar en chronisch. Wie gaat controleren welke cliënt in welke categorie valt? Wie gaat voorkomen dat er upcoding plaatsvindt?

Wat betreft de positionering van de POH-ggz vanuit de instellingen sluit ik me kortheidshalve aan bij mijn collega van de PvdA.

We hebben al uitgebreid gesproken over de nepinstelling die de Volkskrant had opgericht, GGZ Bontiusplaats. Hoe gaat het agentschap CIBG de toelatingseisen voor nieuwe toetreders handhaven?

Voorzitter, ik kom tot een afronding, want ik zie u naar mij gebaren. Het CDA maakt zich nog wel grote zorgen over het voornemen van dit kabinet om de verblijfszorg in de geestelijke gezondheidszorg over te dragen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Jarenlang heeft iedereen aangegeven dat de langdurige zorg voor ggz-patiënten onverzekerbare zorg is, maar het gaat hierbij om cliënten die zeer langdurig of levenslang zijn aangewezen op verblijf in een zorginstelling. Ik onderstreep eigenlijk ook de hartenkreet van het Landelijk Platform GGz om nog eens heel, heel goed te bekijken of dit wel de juiste effecten zal hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars hebben een bom gelegd onder het bestuurlijk akkoord. Psychotherapeuten zullen geen hoofdbehandelaar meer zijn; dat is hun stelling. Al wekenlang zit het overleg met het veld muurvast. Zowel de Partij van de Arbeid als de SP heeft de minister gevraagd naar haar standpunt hierover, omdat een gedeelte van de ondertekenaars al eerder dreigde het akkoord op te zeggen. De minister zei: ik neem voor 31 mei geen stelling. Het is nu 5 juni, dus ik wil graag weten wat de minister vindt. Vindt zij dat ongeveer 7.000 psychotherapeuten jarenlang onkundig waren om mensen te behandelen, waardoor zij nu geen hoofdbehandelaar meer kunnen zijn? Wil zij werkelijk de verlengde armconstructie terug hebben zoals we hebben gezien bij EuroPsyche, waarbij een hoofdbehandelaar de behandeling uitbesteedt aan een onderbehandelaar en er geen zicht meer is op wat er daadwerkelijk gebeurt? Vindt de minister het werkelijk een geëigende discussie of iemand mono- of multidisciplinair is opgeleid? Iedereen die werkt in de geestelijke gezondheidszorg kijkt toch naar de patiënt? Op het moment dat het nodig is om kennis in te winnen die je zelf niet in huis hebt, overleg je toch met anderen? Is iedere opleiding voor de geestelijke gezondheidszorg niet multidisciplinair? Ik wil hierop graag antwoord van de minister, want met het nietszeggende antwoord van de Partij van de Arbeid dat er nog een maandje extra is, loopt alles in het honderd. De NZa kan geen advies geven voor de inkoop, de zorgverzekeraars zijn niet op tijd klaar en voordat we het weten, vist de Kamer achter het net en is straks de psychotherapeut geen hoofdbehandelaar meer. Het lijkt me dus goed als we vandaag hom of kuit geven.

Wij kunnen ons zeker vinden in het nieuwe stelsel voor de geestelijke gezondheidszorg, met een praktijkondersteuner die kijkt naar de geestelijke gezondheidszorg, een basis-ggz en een gespecialiseerde ggz. In hoofdlijnen lijkt ons dat een goede richting om in te werken. Ik maak me

echter zorgen over het feit dat het nog steeds een verrichtingenstelsel blijft. Men blijft betaald worden per behandeling.

En hoe voorkomen we nu toch weer die upcoding? We gaan kort, middellang, intensief of chronisch behandelen in de basis-ggz, maar wie bepaalt dat? Er wordt gezegd dat er een verwijzingsmodel komt voor de huisartsen dat ervoor zal zorgen dat zij geen verdere gesprekken voeren in hun praktijk, maar doorverwijzen naar de basis-ggz. De uniformering moet echter nog even worden geregeld door de zorgverzekeraars. De huisartsen laten ons weten dat zij zich zorgen maken of hun autonomie nog wel overeind blijft. Ik vraag de minister of het niet beter zou zijn om de uniformering van het verwijzingsmodel een richtlijn te laten zijn die huisartsen zelf opstellen en die de zorgverzekeraars gewoon volgen. Wat vindt de minister ervan om te kijken naar een soort abonnementensysteem in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij dus niet het belang speelt van upcoding?

Het rapport Geneeskundige GGZ, deel 2, het advies van het College voor zorgverzekeringen, heeft begin dit jaar een hoop losgemaakt. Ik heb nog nooit zo'n eensgezind veld gezien als bij het verwerpen van de aannames uit dat rapport. Het leek wel alsof het College voor zorgverzekeringen geen idee had van wat er eigenlijk in de geestelijke gezondheidszorg speelt, welke behandeling daar plaatsvindt en hoe belangrijk die zorg is voor de samenleving. Nu ligt er een tweede conceptadvies, dat pas is afgegeven. Wat gaat de minister doen? Gaat zij dit volgen of laat zij dit even liggen tot de discussie is uitgekristalliseerd en neemt zij niet voor 1 januari een besluit tot aanpassing van het pakket voor geneeskundige ggz in het basispakket? Wij hebben vele brieven gekregen van organisaties, maar mij viel op dat er dit keer een brief van KWF Kankerbestrijding tussen zat, dat zich ernstige zorgen maakt over de toegang van kankerpatiënten tot psychische zorg. Juist die wordt namelijk door het CVZ ter discussie gesteld.

Er staat vandaag veel op de agenda en dan moet je kiezen. Een van de dingen waar ik graag de aandacht op vestig, is de Trimbos Trendrapportage. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen Denemarken, Nederland en Engeland in de manier waarop wordt omgegaan met mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en in de manier waarop mensen die herstellend zijn, terugkomen in de maatschappij. Is er ruimte voor mensen die in de maatschappij terugkeren na ernstige psychische problemen? Eigenlijk vraagt het Trimbos-instituut om een beleidsvisie op sociale inclusie. Is de minister bereid om die te maken? Zou ze daarin dan willen opnemen hoe ervaringsdeskundigheid op professionele basis een volwaardige positie zou kunnen krijgen? Het gaat om mensen die helpen in de buurten. Er zijn mooie buurtteams opgericht, waarin ervaringsdeskundigen een mooie toevoeging zijn omdat zij datgene wél inbrengen wat de dokter niet weet. Zij hebben nu geen positie. Hoe gaat de minister deze herstelbeweging een positieve draai geven?

Ik wil de minister graag nog één ding meegeven.

De **voorzitter**: Kort.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister heeft in antwoord op Kamervragen van mij gezegd dat zij het geen probleem vindt dat er organisaties zijn die reclame maken om mensen binnen te krijgen voor een ggz-behandeling. Tegelijkertijd zien we dat er een gebudgetteerd budget is voor de geestelijke gezondheidszorg. Ziet de minister samen met mij het probleem dat er minder geld overblijft voor de chronische ggz-patiënt die de zorg juist nodig heeft, als organisaties aan cherrypicking kunnen doen en zij dus alleen de makkelijke patiënten binnenhalen, aan wie zij verdienen? Die chronische patiënt mag toch niet de dupe worden van de

concurrentiedwang van heel veel organisaties en te maken krijgen met schrale zorg?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Psychische stoornissen komen momenteel in Nederland even veel voor als tien jaar geleden. In het afgelopen decennium zijn desondanks de kosten van de geestelijke gezondheidszorg van alle zorgsoorten het meest toegenomen. De gerealiseerde uitgaven zijn in de periode 2002–2010 zelfs meer dan verdubbeld. De VVD heeft in de afgelopen jaren keer op keer aandacht gevraagd voor deze kostenexplosie in de ggz. Zij is daarom blij dat het erop lijkt dat de kostenstijging in de ggz in 2012 min of meer tot stilstand is gebracht, voor het eerst in een decennium. Het is nu zaak om deze kentering te bestendigen. De VVD vindt dat de minister hierin zeer goede stappen zet. Zij heeft een bestuurlijk akkoord gesloten dat leidt tot een substitutie van de tweede naar de eerste lijn, dat zorgt voor een brede, laagdrempelige en kwalitatief goede geestelijke gezondheidszorg dicht bij de huisarts, dat zorgt voor de afbouw van het aantal bedden en dat de kostenontwikkeling aan banden legt door afspraken over maximumgroei. Ook heeft de minister prestatiebekostiging ingevoerd. Dit zijn stuk voor stuk zeer goede stappen, waarvoor de minister complimenten verdient. Bij dezen.

In de loop van dit jaar komt de nieuwe DSM, de bijbel van de psychiatrie, op de markt. Volgens vele deskundigen kan deze DSM ertoe leiden dat veel normaal gedrag en normaal geestelijk lijden tot stoornis wordt verheven. Ook veel deskundigen uit het ggz-veld zelf spreken deze vrees uit. De forse productiegroei in de ggz werd in het verleden voor een groot deel toegeschreven aan het invullen van de zogeheten latente vraag in de ggz. Veel mensen van wie we niet wisten dat ze aan dingen leden, kregen toegang tot de ggz. De invoering van DSM-5 zou ertoe kunnen leiden dat er een nieuwe latente vraag wordt ingevuld. Dat lijkt de VVD een volstrekt onwenselijke en zeer gevaarlijke ontwikkeling. Op welke manier denkt de minister te kunnen voorkomen dat deze vrees waarheid wordt en de kosten van de ggz door de invoering van de DSM-5 een nieuwe versneling gaan doormaken?

De minister zet, tot tevredenheid van de VVD, stevig in op de herinrichting van het ggz-veld. Mijn voorgangers hebben daarvoor zojuist ook hun tevredenheid uitgesproken. De praktijkondersteuner ggz krijgt meer armslag en kan, indien nodig, een psychiater consulteren om tot een snelle diagnose te komen. Dat vindt de VVD een goede zaak, omdat een snelle en adequate diagnose van groot belang is om direct met de juiste behandeling op de juiste plaats te kunnen beginnen. Zo wordt voorkomen dat mensen te lang blijven rondlopen met niet goed onderkende psychische problemen, die daardoor sterk zouden kunnen verergeren. Hoe voorkomen we echter dat er door een consultatie door een arts uit de tweede lijn te veel en te vaak direct wordt doorverwezen naar die tweede lijn voor de behandeling, en de brede basis-ggz waar wij zo gelukkig mee zijn, wordt overgeslagen?

In 2012 werden we opgeschrikt door de de Europsyche-affaire. Dankzij de zogeheten verlengdearmconstructie die door deze stichting werd gebruikt, was het mogelijk om onder de noemer van een tweedelijns-ggz-behandeling behandelingen te declareren die geen verzekerde zorg zijn in het kader van de basisverzekering. De minister heeft activiteiten in gang gezet om dit in de toekomst te voorkomen. Onder andere is van belang dat er duidelijkheid komt over de vraag wie de hoofdbehandelaar is in de tweedelijns-ggz-behandeling. Daarom speelt op dit moment de discussie over de veldnorm. Ik sluit me dus aan bij de vraag hoe het nu staat met die veldnorm. Het is namelijk wel van belang dat die norm er komt en dat we er zicht op krijgen wanneer die er is. Wat gaat de minister doen als de veldpartijen het niet eens kunnen worden? Hebben we, samen met de overige maatregelen die zijn genomen om een nieuwe Europsyche-affaire

te voorkomen, het lek dan ook echt boven? Is daarmee een vergelijkbare affaire in de toekomst onmogelijk geworden?

Zoals gezegd is de VVD zeer tevreden met de stappen die worden gezet in de ggz. Het ggz-veld is volop in beweging, en wat de VVD betreft gaat die beweging in de goede richting. Het is nu zaak dat het landschap van de ggz daadwerkelijk duurzaam verandert. Alleen dan zal geestelijke gezondheidszorg beschikbaar en betaalbaar zijn voor de mensen die deze zorg echt nodig hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er wordt flink wat veranderd in de ggz. Mevrouw Bruins Slot sprak over het huis van de ggz. Een van de dingen waarover de SP zich zorgen maakt, is dat er nog wel een verrichtingenstelsel blijft bestaan. Hoe staat de VVD ertegenover om nu eens serieus te kijken naar de mogelijkheid van een abonnementensysteem, waardoor we niet weer komen in de discussie van «behandelen is cashen en zo hoog mogelijk scoren is zo goed mogelijk cashen»?

De heer **Rutte** (VVD): Voor de VVD is een verrichtingenstelsel altijd een tussenstap naar uitkomstfinanciering. De ggz is juist een veld waarin men erg bezig is om de uitkomst veel scherper te krijgen. Uiteindelijk moeten we daarnaartoe. Welk resultaat wordt met een behandeling bereikt? Op basis van het resultaat moet de financiering gaan lopen. In de tussentijd is er een milde vorm van budgettering om een rem te zetten op zaken. Ik denk dat dit de enige weg is die we kunnen gaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): We zien dat nieuwe toetreders op de ggz-markt actief reclame maken. Ze bieden mensen een gratis eerste consult aan voor hun psychologische behandeling: voelt u zich een beetje somber, kom dan bij ons! Mijn zorg is dat dit zal leiden tot minder budget voor patiënten die het echt nodig hebben, namelijk de mensen die al veel eerder doodgaan en altijd laag aan de grond zitten. Ik vraag me af of de VVD zich met het vasthouden aan het verrichtingenstelsel wel opstelt aan de kant van de chronische patiënt die het zo nodig heeft en van de mensen die een explosie aan kosten willen voorkomen. Hoe gaat de VVD upcoding in het nieuwe systeem tegen?

De heer **Rutte** (VVD): Het ggz-veld wordt stevig heringericht. Er wordt een beweging in gang gezet om de behandeling zo veel mogelijk terug te duwen richting de huisarts. Waar dat niet kan, gaat men naar de basis-ggz en alleen als het niet anders kan naar de tweedelijns-ggz. De zorgverzekeraar heeft in dat stelsel de belangrijke taak om die partijen te contracteren die goede en adequate zorg leveren, en vooral geen contract te sluiten met die partijen die slechts aan cherrypicking doen en geen kwaliteit bieden. Daarmee is wat mij betreft de cirkel rond.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De geestelijke gezondheidszorg in Nederland kan een stuk beter en een stuk goedkoper. Er moet per direct een einde komen aan het vergoeden van meditatietrainingen, Inca-inwijdingen, reïncarnatietherapie, zielsresonantie en meer van dit soort kwakzalverijbehandelingen. Op de minister rust de verantwoordelijkheid dat er uitsluitend goede en betrouwbare zorg in het basispakket zit, en daar schort het helaas aan.

De heer **Rutte** (VVD): Waarop baseert mevrouw Klever de uitspraak dat al deze vormen van kwakzalverij gedekt zijn in het kader van de basisverzekering?

Mevrouw **Klever** (PVV): Het klopt dat ze niet allemaal in de basisverzekering zitten, maar er komen nog heel veel vormen voor van upcoding en

sjoemelen met declaraties, waardoor deze zaken gedekt worden vanuit de basisverzekering.

Wat te denken van een kliniek die haar cliënten voorhoudt dat kanker psychosomatisch gerelateerd kan zijn en dat emotionele blokkades de voorbode van kanker zijn? Ja, dan wil je je natuurlijk wel laten behandelen. Want wie wil er nu niet werken aan zijn emotionele blokkades om zo kanker te voorkomen? Mijn eerste vraag aan de minister is dan ook hoe zij gaat voorkomen dat allerlei onzinnige therapieën nog steeds vanuit het basispakket worden vergoed, al dan niet via het sjoemelen met declaraties. Dat gaat namelijk ten koste van de noodzakelijke zorg aan psychiatrische patiënten. De focus moet liggen op effectief bewezen behandelingen, op het navolgen van de richtlijnen en op het stoppen met medicalisering.

De heer **Rutte** (VVD): Ik had zonet geen vervolgvraag, maar mevrouw Klever gaat gewoon door met haar bewering over behandelaars die mensen aanpraten dat zij een sociale barrière hebben waardoor ze kanker zouden kunnen krijgen. Waarop baseert zij haar uitspraak dat dit soort behandelingen in het kader van de basisverzekering in ons land vergoed worden?

Mevrouw **Klever** (PVV): Nogmaals, ik heb hier een aantal artikelen waaruit duidelijk naar voren komt dat allerlei van dat soort therapieën vergoed worden. En over psychosomatische klachten die kanker zouden kunnen veroorzaken, hebben wij een melding gekregen op ons fraude-loket die ik ook aan de minister heb overhandigd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De PVV heeft een lange traditie van het in twijfel trekken van het nut van de geestelijke gezondheidszorg. Het CDA deelt dit totaal niet. Uit de woorden van mevrouw Klever maak ik op dat zij vindt dat het College voor zorgverzekeringen zijn werk heel slecht doet. Is dit nu een oproep van mevrouw Klever om de adviezen van het CVZ over het basispakket nader te gaan onderzoeken?

Mevrouw **Klever** (PVV): Als mevrouw Bruins Slot heel even geduld heeft, kom ik later in mijn termijn op onze oplossing hiervoor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan concludeer ik maar dat mevrouw Klever aan het schieten is zonder iets te raken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is snel geconcludeerd, nog voordat ik gezegd heb wat we eraan gaan doen, maar goed. ADHD is een perfect voorbeeld van een fictieve ziekte, bekende Leon Eisenberg, de bedenker van de ADHD-diagnose, op zijn sterfbed. Het ADHD-medicijn ritalin is een van de grootste kaskrakers van de farmaceutische industrie. Door dergelijke medicalisering worden het kind essentiële leermomenten ontnomen en zal het er nooit in slagen om zijn gedrag zelfstandig aan te passen. Het is een groot schandaal. Kan de minister bevestigen dat het gebruik van ADHD-medicijnen nog steeds een stijgende lijn laat zien? Zo ja, hoe wenselijk is dat? Moeten we niet overwegen om dit gewoon te verbieden? Hetzelfde geldt voor de stijging van het gebruik van antidepressiva onder jongeren. Dat is een kwalijke zaak, niet alleen vanwege de medicalisering maar ook gezien de mogelijke relatie tussen psychiatrische medicijnen aan de ene kant en agressie en zinloos geweld aan de andere kant. De minister wil de huisarts als poortwachter ook een belangrijke rol laten spelen in de verwijzingen binnen de ggz, maar is de huisarts daartoe wel uitgerust? Als de huisarts zich daarbij gaat oriënteren op het DSM-kwalificatiesysteem, verwacht ik eerder een toename dan een afname aan verwijzingen. De nieuwe versie, DSM-5, is net uit. Daarin staat dat

verzamelwoede nu ook als een stoornis moet worden gezien, evenals een vreetbui of een periode van rouw die wat langer duurt. Het zijn maar een paar voorbeelden. Vorig jaar is er een motie aangenomen van mijn collega Agema, waarin wordt gevraagd om een onderzoek naar de relatie tussen het DSM-IV-systeem en een gepast gebruik van zorg. Hoe staat het met dit onderzoek?

Een ander aandachtspunt betreft de nascholingen voor huisartsen. Onlangs stond er een nascholing voor huisartsen op het programma over «past reality integration»-therapie, gesponsord door de farmaceut MSD. Het is een volstrekt onbetrouwbare therapie. Dankzij kritiek vanuit de kwakzalversvereniging is deze nascholing geschrapt, maar hoe komt het dat zij überhaupt kon worden geagendeerd? De inspectie had haar moeten schrappen. Heeft de inspectie wel een overzicht van alle nascholingen voor huisartsen? Hoe beoordeelt zij de nascholingen? Hoe kunnen wij de huisarts als poortwachter voor de ggz versterken als hij via dit soort nascholingen zijn kennis moet verbreden? Ik krijg graag opheldering hierover van de minister. De zorgverzekeraars kunnen ook wel wat nascholing gebruiken. Wat vindt de minister ervan dat Menzis overweegt om een wonderkuur van een paardengenezer te gaan vergoeden? De ggz kan zo veel beter en daarmee ook goedkoper. Zeven op de tien psychiatrische patiënten geven aan dat ze te maken hebben gehad met onnodige behandelingen, zoals het opnieuw volgen van een therapie die eerder niet geholpen had. 50% van de ggz-patiënten is draaideurpatiënt. Het betreft daarbij herbehandeling omdat de eerste behandeling niet geholpen heeft. Wordt het geen tijd om een vorm van garantie aan een behandeling te verbinden? Niet goed, geld terug bijvoorbeeld. Dan zijn we gelijk verlost van de onzinterapieën en zijn we de helft goedkoper uit. Nu kom ik op de vraag van mevrouw Bruins Slot. Als ik kijk naar de toelating van geneesmiddelen in het pakket, met alle onderzoeken en controles die daaraan voorafgaan en die ook nog plaatsvinden na de toelating, vind ik het onbegrijpelijk dat ggz-behandelingen zonder dergelijke controles en onderzoeken kunnen instromen. Ik citeer in dit kader de Amerikaanse oud-hoogleraar en psychiater Allen Frances: nieuwe diagnoses zijn potentieel net zo gevaarlijk als nieuwe medicijnen; ze zouden op dezelfde manier met veiligheid en regulering moeten zijn omgeven als nieuwe medicijnen. Is de minister het hiermee eens? Zo ja, hoe gaat zij dit bewerkstelligen?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Er gaat in 2014 heel wat veranderen in de geestelijke gezondheidszorg. Dat kwam al naar voren in het betoog van mevrouw Bruins Slot, die sprak over het verbouwen van een huis en de nieuwe inrichting daarvan. Ik vond dat eigenlijk wel een mooi beeld om bij stil te staan in dit overleg. Als je met elkaar naar zo'n plattegrond zit te kijken, kun je zeggen dat het er allemaal heel mooi uitziet, maar is het ook van belang om goed te onderkennen waar de risico's zitten en waar je op moet letten. Ook al ziet het er op papier allemaal prachtig uit, in de praktijk kunnen dingen toch misgaan of anders gaan dan we bedoelen.

De inzet en de richting van de minister steunen wij. Het gaat erom, geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken en de kwaliteit te bevorderen maar ook de kosten beter beheersbaar te maken om te voorkomen dat relatief veel mensen in de duurdere, specialistische zorg terechtkomen. De inzet is op zelfmanagement en preventie. Voorkomen is niet alleen beter dan genezen, maar vaak ook goedkoper. Ook is er de verstevigde poortwachtersfunctie, de sleutelrol, van de huisarts. Ik heb een aantal vragen over de uitwerking daarvan. Hoe gaat het in de praktijk lopen? De minister verwacht dat er op 1 januari 2014 een landelijk dekkend aanbod van praktijkondersteuners ggz beschikbaar is. Heel veel huisartsenpraktijken hebben zo'n praktijkondersteuner op dit moment nog niet, begrijpen wij. Hoe reëel is het beeld dat het op 1 januari 2014

inderdaad op orde is? Is er genoeg deskundigheid en voldoende tijd om mensen bij of om te scholen? Het afsluiten van een contract met de zorgverzekeraar is voorwaarde voor het vergoed krijgen van de diensten van een praktijkondersteuner. In hoeverre lopen we nu het gevaar dat mensen tussen wal en schip terechtkomen als ze bij een huisarts terechtkomen die de zaken niet tijdig op orde heeft? Wat betekent dit voor de zorgvraag van die patiënten?

Voor de toegang tot de generalistische geestelijke gezondheidszorg wordt de DSM-diagnose bepalend. In hoeverre heeft dat het risico in zich van de druk om etiketten te plakken die vergoeding voor een bepaalde zorg opleveren? Voelen de huisartsen zich in die nieuwe systematiek wel voldoende geprikkeld en aangesproken om de poortwachtersrol goed te vervullen? Mevrouw Leijten en anderen vroegen daar ook aandacht voor. We horen ook kritiek dat de maximale normtijd van elf uur in de generalistische ggz voor patiënten met een zwaardere problematiek soms onvoldoende zou zijn om hen te behandelen. Dat zou blijken uit de praktijk tot nu toe. Wat gebeurt er met mensen met een zwaardere zorgvraag die na die elf behandelingen onvoldoende geholpen zijn? Waar kunnen zij terecht en hoe wordt dat vergoed? Of bestaat daarvoor geen vergoeding? In de basiszorg zien we de ontwikkeling dat er geen vergoeding meer wordt gegeven als er geen betrokkenheid is van een gz-psycholoog. We horen dat hier en daar ook terug vanuit bepaalde praktijken. Aan de ene kant snappen wij dat natuurlijk uit het oogpunt van het bevorderen van de kwaliteit. Aan de andere kant horen wij dat soms heel ervaren mensen die niet precies dat etiket van gz-psycholoog verworven hebben, buitenspel komen te staan. Kan dit in de overgangsfase naar de nieuwe systematiek en praktijk niet het nadeel opleveren dat mensen die heel ervaren zijn maar die scholing niet hebben, buiten de boot vallen en er daardoor op korte termijn niet voldoende gz-psychologen zijn?

Voor de SGP is de keuzevrijheid altijd een belangrijk punt, zo ook bij dit onderwerp. Mensen moeten de vrijheid hebben om te kiezen voor zorg die aansluit bij hun wensen, al dan niet vanuit een bepaalde identiteitsgebonden achtergrond. Hoe is die keuzevrijheid gewaarborgd? Lopen we niet het risico dat men alleen zaken wil doen met heel grote instellingen en kleine instellingen buiten beeld blijven bij de zorginkoop, terwijl die wel zorg kunnen bieden waar mensen op zitten te wachten?

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Dan ga ik mijn betoog niet afraffelen met nog een nieuw punt, maar houd ik het bij de vragen die ik nu aan de minister heb voorgelegd.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Voorzitter. Gisteren verscheen het Intermediair Imago Onderzoek. Het viel mij op dat in de categorie non-profit de ggz als populairste werkgever naar voren kwam. Dat mag wel even genoemd worden nu we zo veel praten over problemen en zorgen. Dit is iets positiefs en het zegt iets over de sector. Ik heb zelf in de afgelopen weken veel gesprekken gevoerd met mensen die in de sector werken en ik herken hier wel iets van. Het zijn mensen die proberen om hun werk te doen met veel passie, bezieling, deskundigheid en oprechte zorg voor mensen. Ik heb in die gesprekken gemerkt dat er best nog wat zorgen leven bij degenen die in de praktijk actief zijn over de plannen. Die gaan heel ver; het zijn behoorlijke wijzigingen. Dat zijn geen zorgen over het feit dat er bezuinigd wordt, want dat snapt men wel. Men snapt ook dat er een maximale groei is. Men heeft wel kritiek op het rapport dat eronder ligt en waarin wordt gesproken over «explosieve groei». Daar valt best wel iets op af te dingen, bijvoorbeeld wat betreft de vergelijkingen die zijn gemaakt en de onderbouwing. Maar goed, dat laat ik even liggen. Hoe het ook zij, men snapt wel dat er moet worden bezuinigd en dat we moeten

proberen om de kosten in de hand te houden. Aan die opgave wil men zich wel committeren. Men snapt ook dat er efficiënter moet worden gewerkt en dat we er alles aan moeten doen om dat te proberen. Ook snapt men dat men transparanter moet zijn in wat men doet, bijvoorbeeld met rekeningen en facturen. Het moet duidelijk zijn waar men mee bezig is. De zorg die ik met name aantref, gaat over het volgende. Hoewel men begrijpt wat er gebeurt en men dat in hoofdlijnen steunt, vraagt men zich af of al die miljoenen mensen die op jaarbasis gebruikmaken van de geestelijke gezondheidszorg door deze wijzigingen in de toekomst nog steeds de zorg kunnen houden die ze nodig hebben, ook wat betreft de duur ervan. Dat zijn oudere en jonge mensen met angstklachten, een veel voorkomend probleem, depressies, dwanggedrag of verslavingen. Ik sluit me in dat opzicht aan bij de vraag van mevrouw Bruins Slot. Wij moeten dit heel goed monitoren en daarvan vrij snel zaken terugzien. We kunnen het ons namelijk niet permitteren dat dit soort mensen – het is een groot deel van de Nederlandse bevolking – tussen wal en schip terechtkomt. Dat is niet alleen voor hen persoonlijk en voor hun omgeving een groot drama, maar het kan ook de samenleving veel maatschappelijke schade toebrengen. De ggz werkt namelijk aan preventie. De ggz werkt aan behandeling en genezing, maar de ggz zorgt er ook voor dat heel veel mensen nog gewoon in de samenleving hun werk kunnen blijven doen, gedeeltelijk of geheel. Als er dan zorg wegvalt, kan er schade ontstaan die wij niet willen hebben. Ik vraag de minister dus om in te gaan op deze oprechte zorg van de beroepsgroep, een beroepsgroep waarop wij trots mogen zijn.

Er is veel gesproken over het hoofdbehandelaarschap. Mijn voorganger in deze commissie, mevrouw Wiegman, heeft zich destijds in de kwestie rond Europsyche nogal laten horen en zien. Ik vraag de minister om in te gaan op het probleem dat er nu ligt, met name dat rond de psychotherapeuten. Ik ben benieuwd naar de antwoorden op de vragen die al zijn gesteld. Ik zal die niet allemaal herhalen.

Een belangrijke doelgroep binnen de ggz zijn de jongeren. Daarin moet veel energie worden gestoken. Wat jongeren soms al op heel jonge leeftijd aan problemen meedragen, is heel ernstig. Als er geen goede behandelingen zijn, moeten ze die problemen vaak hun hele leven meedragen. Er zijn grote zorgen over het persoonsgebonden budget. Ik weet dat we dit onderwerp op een ander moment verder zullen bespreken, maar wat gebeurt er met de tienuursmaatregel? Ik vraag de minister om vandaag toch in te gaan op de inventarisatie waaruit blijkt dat zo'n 92% van de jongeren daarvan de dupe zou kunnen worden. Ik vind dat een hoog percentage. Ook zou het zorgelijk zijn als de beperkte zorg die de jongeren krijgen – het gaat om een tienuursmaatregel – zou wegvallen en er geen goed alternatief voor zou komen.

De ChristenUnie heeft vaak aandacht gevraagd voor suïcidepreventie. Het is belangrijk dat die blijft bestaan en ook bij de wijzigingen in de toekomst geborgd blijft. Ik heb nog één concrete vraag over 113Online. Dat krijgt nu nog een instellingssubsidie, maar er is vaker gesproken over een structurele financiering vanuit de Zvw. Is daar nog ruimte voor? Zijn er mogelijkheden om dit op een goede manier te regelen? Dat vinden wij heel belangrijk.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. In onze samenleving neemt de druk steeds meer toe om mooier, slimmer, beter en ook sneller te zijn. Die ontwikkeling stelt hoge eisen aan de mentale weerbaarheid van mensen en vraagt om een modernisering van de geestelijke gezondheidszorg. D66 pleit al jaren voor een nieuwe basis-ggz, met zorg meer in de buurt van de patiënt, zodat we de ggz-problematiek eerder en adequater kunnen aanpakken. Ik ben dan ook heel blij dat de minister dit traject samen met het veld inzet. Dat betekent minder bedden in de instellingen, een sterkere poortwachtersrol voor de huisarts met praktijkondersteuners en meer

aandacht voor preventie en zelfmanagement. Op dit moment is preventie bij mensen met een hoog risico op een depressie, een paniekstoornis of alcoholprobleem verzekerde zorg. Ik vind het jammer dat anorexia in dit rijtje ontbreekt, omdat juist hier preventie een grote rol kan spelen. Ik zou aan de minister willen vragen of dit toegevoegd kan worden.

De basis-ggz is een nieuw concept, maar er zijn ook risico's. Upcoding en praktijkvariatie werden al genoemd. Ik ben daarom blij met de monitor om de uitwerking hiervan nauwkeurig te volgen. De minister kondigde dat aan in haar brief. De vraag is of kwaliteitscriteria ook gemonitord worden. De minister noemt het ROM-systeem wel, maar meer in een bijzin. Ik vraag me af of het wel echt de nadruk krijgt. Het is namelijk heel belangrijk. De nieuwe basis-ggz moet al over een halfjaar van start gaan. Het is goed dat de minister in dat kader een communicatietraject opzet, maar gaat dat samen met een implementatieplan en een transitiecommissie die dit proces gaat begeleiden?

Een van de conclusies van de NZa-marktscan is dat verzekeraars kwaliteitsinformatie zelden betrekken bij hun inkoop. Wat D66 betreft is dat niet acceptabel. Wil de minister de verzekeraars hierop aanspreken? Daarnaast blijft de beschikbaarheid van de kwaliteitsinformatie achter. In 2010 spraken GGZ Nederland en de zorgverzekeraars af dat in 2014 over 50% van de behandelingen kwaliteitsinformatie beschikbaar zou zijn. In 2012 stond de teller op 9%. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat hier meer vaart in komt?

Iedereen heeft het al aan de orde gesteld: het hoofdbehandelaarschap. De minister heeft het aan de veldpartijen overgelaten om met een visie daarop te komen. D66 pleit voor duidelijk afgebakende criteria. De visie zou uiterlijk 31 mei komen, maar die datum is niet gehaald. De sector heeft uitstel gekregen. Er is enorme onenigheid. Ik sluit me aan bij eerder gestelde vragen. Wat is de visie van de minister zelf? Wat doet zij om dit proces te bespoedigen? Verder sluit ik me aan bij het overige wat daarover gezegd is.

Dan kom ik op suicide. De minister stelt een nieuw streefcijfer voor om suïcidaliteit terug te dringen. Ze kiest voor een percentage van 1% van het gemiddelde. Waarom is daarvoor gekozen? Het lijkt erop alsof dat streefcijfer wat afgezwakt is. Wie is daar straks voor verantwoordelijk? Is dat de minister zelf? Of wordt dat de sector? De minister wil mensen in het onderwijs trainen om suïcidaliteit te herkennen, op tijd in kaart te brengen en te voorkomen. Zij richt zich daarbij specifiek op de rol van docenten en schuldhulpverleners. Zou je niet ook naar andere sectoren moeten kijken waarin professionals veel mensen met tegenslagen tegenkomen en hun moeten leren de signalen te herkennen? Hoeveel mensen wil de minister uiteindelijk trainen? De minister vraagt de sector een agenda op te stellen voor suïcidepreventie. Ik vroeg me af wie daarbij betrokken worden. Zijn dat behalve de instellingen ook de GGD, huisartsen, apothekers en wellicht patiëntenplatforms?

Ik begon met te zeggen dat we een samenleving hebben waardoor je onder druk komt te staan. Niet iedereen die te maken krijgt met die toegenomen sociale en maatschappelijke druk kan dat zelfstandig verwerken. Tegenslagen, gevoelens van uitbuiting en machteloosheid leiden vaker tot gebruik van antidepressiva. Daar heeft D66 grote zorgen over. Kan de minister onderzoeken of zorgverleners voldoende andere opties overwegen voordat zij medicatie voorschrijven?

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt van 10.52 uur tot 11.06 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Ik wil uitdrukkelijk aangeven dat de aanleiding voor wat we

doen wellicht is geweest dat er met minder geld meer moet gebeuren, maar die aanleiding heeft er wel voor gezorgd dat de partijen om de tafel zijn gaan zitten en een ambitie hebben geformuleerd die veel verder gaat dan meer doen voor minder geld. Men wil echt een kwaliteitsslag maken door mensen veel meer de zorg te geven die ze nodig hebben, dichterbij huis en meer op maat. Een gevolg van het bestuurlijk akkoord is dat er heel veel verandert in de ggz. Dat is mede een gevolg van de gezamenlijke agenda die ik de afgelopen zomer met de sector ben overeengekomen. Die gezamenlijke agenda is cruciaal en vormt ook het uitgangspunt voor de voorstellen die vandaag ter bespreking voorliggen. Ik ben heel enthousiast over deze gezamenlijke agenda en over de constructieve samenwerking die daaruit ontstaan is. Ik vind dat de sector dit constructief en actief oppakt. Daar maak ik mijn complimenten voor. De eerste veranderingen zijn namelijk al ingezet. Afgelopen januari is de tweedelijns-ggz overgestapt op prestatiebekostiging. In 2013 is er nog wel sprake van een licht transitie-model, maar in 2014 is die overgang voltooid. De sector zet daar echt de schouders onder. De taakverdeling tussen aanbieders en verzekeraars moet goed gaan werken. Daarom investeren zowel aanbieders als verzekeraars in transparantie en vergelijkbaarheid. Het Routine Outcome Measurement-systeem – we hebben nooit Nederlandse termen; we hebben ook nurse practitioners – wordt ingevoerd en de zorgzwaarte wordt inzichtelijk gemaakt. Het inzichtelijk maken van de zorgzwaarte is echt een belangrijke stap. Dat was namelijk niet inzichtelijk en dat wordt het wel. De onderhandelingen over de contracten voor 2013 zijn scherp gevoerd. Dat weten we allemaal, want we hebben elkaar daar al eerder over gesproken en het heeft de nodige aandacht in de media gekregen. Intussen hebben vrijwel alle voormalig gebudgetteerde instellingen productieafspraken bij de NZa aangeleverd, en dat is een mooi resultaat.

We staan aan de vooravond van nog grotere veranderingen. In het bestuurlijk akkoord zijn ambitieuze afspraken gemaakt over ambulantisering. In 2020 moet de bedden capaciteit met 30% zijn afgebouwd ten opzichte van de capaciteit in 2008. Mensen worden dan zo veel mogelijk ambulant behandeld, zodat ze kunnen blijven deelnemen aan de maatschappij. De grootste stap die we zetten, is de fundamentele verandering in de keten van de geestelijke gezondheidszorg. Over die verandering heb ik onlangs een voorhangbrief gestuurd die wij vandaag ook bespreken. Het hoofddoel van deze verandering is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het is ontzettend belangrijk dat de psychische zorg op de juiste plek in de keten wordt gegeven: dichtbij, zo veel mogelijk in de eigen omgeving, niet zwaarder dan noodzakelijk en als maatwerk. De verandering bevat een aantal hoofdcomponenten. Essentieel zijn meer zelfmanagement en preventie. Ook het vroegtijdig herkennen van problemen is heel belangrijk om verergering te voorkomen. Ik vind het belangrijk dat de huisarts zijn rol oppakt in de ggz. Hij moet patiënten met psychische problemen beter gaan herkennen, meer zelf gaan behandelen en gericht gaan verwijzen. Om deze rol van de huisarts mogelijk te maken, wordt de functie van de POH-ggz verder opgebouwd. Door het organiseren van een adequate POH-ggz bij de huisarts wordt de huisarts de mogelijkheid geboden om ook e-healthbehandelingen aan te bieden, de screeningsfunctie te verbeteren of de psychiater te consulteren. Tot slot wordt er een robuuste basis-ggz opgebouwd. In die basis-ggz kan straks ook zwaardere problematiek behandeld worden dan op dit moment in de eerstelijns psychologische zorg gebeurt. Ook stabiele chronische problematiek kan in de basis-ggz behandeld worden. Om dit te kunnen bekostigen, zijn met experts uit het veld zorgzwaarteproducten ontwikkeld op basis van objectieve criteria, ook voor zwaardere zorgvragen. Deze fundamentele verandering moet beheerst en zorgvuldig plaatsvinden. Ik wil zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook bij deze overgang faciliteren.

Ondanks de goede ontwikkelingen die in de ggz zijn ingezet, is er nog veel werk aan de winkel.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Kuzu wil interrumpen. Ik stel voor dat de leden twee interrupties mogen plegen.

De heer **Kuzu** (PvdA): De minister zei dat de zorgzwaarte op dit moment niet inzichtelijk is en dat we dat door Routine Outcome Measurement wel voor elkaar gaan krijgen. Daar heb ik ook een aantal vragen over gesteld. We zien dat in de generalistische basis-ggz de zorgzwaartes al bekend zijn. Die hebben experts aan de hand van objectieve criteria vastgesteld, volgens de minister. Hoe is dat tot stand gekomen? Hoe verhouden die twee uitspraken zich tot elkaar?

Minister **Schippers**: Experts uit het veld hebben die met elkaar gemaakt. Er zijn dus objectieve criteria op basis waarvan je in de ene of de andere categorie valt.

De heer **Kuzu** (PvdA): Is het mogelijk om meer informatie over die objectieve criteria te krijgen? Het is niet mijn bedoeling om daar zelf een oordeel over te vellen, maar het is wel handig in de discussie.

Minister **Schippers**: Die zijn opgesteld door een groep experts. Ik heb het rapport waar dat in staat naar de Kamer gestuurd. Er is nog veel werk aan de winkel. Uit de Europsyche-casus blijkt dat de ggz die we in het pakket vergoeden niet altijd goed op orde is. Ik wil niet het risico lopen op nieuwe Europsyche-achtige situaties. Ik vind het dan ook van groot belang dat het issue van het hoofdbehandelaarschap goed wordt opgepakt. In mijn optiek is hierbij de kwaliteit van zorg leidend. Er moet daarom duidelijkheid komen over de vragen wie hoofdbehandelaar mag zijn, wat de taken zijn en wat de verantwoordelijkheden van die hoofdbehandelaar zijn. Maar ook de controleerbaarheid van declaraties moet beter worden. Onlangs heeft de inspectie een conceptadvies uitgebracht over het hoofdbehandelaarschap. Mede naar aanleiding daarvan proberen partijen gezamenlijk tot een norm te komen voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis-ggz en in de gespecialiseerde ggz. Mij is vorige week gebleken dat er brede consensus is over wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de hoofdbehandelaar. Er is echter nog geen overeenstemming over de vraag welke beroepsgroepen hoofdbehandelaar mogen zijn. Ik heb afgesproken dat partijen gezamenlijk nog deze maand komen met goede voorstellen voor de verbetering van de controleerbaarheid van het zorgproces. Zij moeten aangeven wie de hoofdbehandelaar is, wat de hoofdbehandelaar doet en hoe dat zichtbaar en controleerbaar wordt, ook voor de inspectie en de NZa. Op 1 juli 2013 moet er duidelijkheid zijn voor de declaratiebepalingen. Voor overeenstemming over de vraag wie hoofdbehandelaar mag zijn, is er dus tot uiterlijk 1 juli de tijd als de declaratiebepalingen gereed moeten zijn. Als partijen dus niet deze maand met een goed voorstel komen voor de controleerbaarheid van het zorgproces, dan zal ik mijn verantwoordelijkheid moeten nemen en zal ik bepalen wie hoofdbehandelaar mag zijn. We moeten goed kijken naar de materiële effecten van de gelijktijdige invoering van de basis-ggz. Ik zal de Kamer zo spoedig mogelijk na 1 juli over de uitkomsten van dat proces informeren.

De **voorzitter**: Ik zie dat er interrupties zijn. Dat was te verwachten.

Minister **Schippers**: Ik kom er zo ook nog op terug in de antwoorden op de verschillende vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als het veld er dus niet uitkomt, dan beslist de minister in juli. Kunnen wij met de minister afspreken dat we dat dan ook per ommegaande krijgen zodat wij in de laatste week voor het reces daar nog over kunnen beslissen? Feitelijk is het namelijk een pakketadvies en wij gaan over de pakketadviezen.

Minister **Schippers**: Dat vind ik een heel redelijke vraag. Als ik een besluit neem, zal ik dat per ommegaande ook aan de Kamer sturen. De Kamer is dan gelukkig ook nog in bedrijf.

Ik ga verder met mijn termijn. Hoe voorkom je dat de aanbieder van de POH-ggz gaat verwijzen naar zichzelf? Ga ik constructies verbieden zodat instellingen dit niet aan kunnen bieden? Waarom heb ik überhaupt ruimte gegeven voor deze constructie en waarom houd ik het niet bij de huisarts? In de praktijk zie je dat er huisartsen zijn die gewoon weinig interesse hebben in de geestelijke gezondheidszorg en die weinig interesse hebben in het in dienst nemen van een POH-ggz. Gelukkig geldt dat niet voor allemaal, maar we zien toch dat het redelijk moeizaam van de grond komt. Dan is het wel van belang dat die voorziening geleverd kan worden en dat we het toch van de grond krijgen. Ik denk namelijk dat een POH-ggz ongelooflijk belangrijk is in de poortwachtersrol van de huisarts. Als een huisarts er misschien niet zo in geïnteresseerd is, maar er wel de noodzaak van inziet, dan kan hij het ook weg organiseren. Maar uiteindelijk is de huisarts altijd degene onder wiens verantwoordelijkheid de POH-ggz valt, waar die ook zit. Uiteindelijk is de huisarts altijd degene die doorverwijst. Daarmee voorkomen we dus dat we als het ware een loket creëren dat naar zichzelf doorverwijst, want dat moeten we natuurlijk niet hebben. Het blijft dus gewoon onder regie, verantwoordelijkheid en doorverwijzing van de huisarts. Als je een huisarts treft die hier niet in wil investeren en die zijn aandacht elders legt, dan vind ik wel dat we de mogelijkheid moeten creëren die functie elders tot stand te brengen. Dit is dus ingegeven doordat we vinden dan dit van de grond moet komen. Er wordt onderzoek gedaan naar praktijkvariatie in de ggz. In 2012 is er door Zorgverzekeraars Nederland een onderzoek binnen de ggz uitgevoerd waarbij gekeken is naar kwaliteit, gepast gebruik, praktijk en regiovariatie. Dit onderzoek is uitgevoerd voor de hoofddiagnosegroepen alcoholverslaving, angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen. In het kader van het bestuurlijk akkoord, het hoofdlijnenakkoord, hebben wij afgesproken dat voor de contractgesprekken van later dit jaar dit onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd, maar dan ook voor de hoofddiagnose schizofrenie met aanvullende informatie over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten, waarbij bekeken wordt of die toevoeging leidt tot een zinvolle bijdrage. Een begeleidingscommissie levert een advies over de zinvolheid en toepasbaarheid van de benchmarks van het zorginkoop- en zorgverkoopproces en formuleert handvatten voor de toepassing in de praktijk. Het accent ligt ook hier weer op het creëren van een lerende omgeving waarbij partijen ook ervaring kunnen opdoen met het gebruik van zorgzwaarte-informatie. Dit betreft dus ook de ggz. Mijn streven is dat de NZa dit onderzoek voor het einde van het jaar oplevert. Als ik het opgeleverd krijg, zal ik het ook naar de Kamer toesturen. Daarmee heb ik het over de veldnorm gehad.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil nog een bepaald aspect naar voren brengen. Inzake de berichten die wij over de veldnorm ontvangen, vind ik het opvallend dat het veld en de zorgverzekeraars tegenover elkaar staan. Bij het hoofdbehandelaarschap moet het gaan om de inhoud van de functie of over het feit dat je je werk op de beste manier doet, niet over de vraag of je al dan niet 1.000 mensen meer moet contracteren.

Minister **Schippers**: Ik weet niet wat de informatiebron van mevrouw Bruins Slot is, maar ik heb totaal andere informatie gekregen. Binnen het

veld is discussie. Ik heb me ook door veldpartijen zelf laten informeren over het verloop van die discussie. Ik heb begrepen dat er inmiddels een redelijk constructief gesprek op gang is gekomen. Dat geeft mij het vertrouwen dat het veld er zelf uitkomt. Als ik dat vertrouwen niet had, zou ik stoppen. Als het zo eenvoudig was dat de zorgverzekeraars tegenover het veld stonden, dan waren we al wel een stapje verder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het zou inderdaad een stuitende gang van zaken zijn als zulke platte argumenten de doorslag geven voor het hoofdbehandelaarschap. Ik heb verschillende signalen gekregen, waarschijnlijk van dezelfde bronnen als de minister. Het is echt zaak dat dit heel zorgvuldig wordt behandeld. De Kamer heeft er zo hard voor gepleit om mensen lager in de lijn, dus niet alleen psychiaters, hoofdbehandelaar te kunnen laten zijn. Daar hebben we uitgebreide debatten over gevoerd. We hopen dat terug te zien. Ik erken dat de minister zich echt wil inzetten om te voorkomen dat in het hoofdbehandelaarschap substitutie gaat voorkomen naar de verpleegkundig specialist en naar de psychotherapeut, maar ik begin me nu toch echt zorgen te maken. Deelt de minister die zorgen?

Minister **Schippers**: Het is niet één hoop. De basis-ggz is veel breder en veel uitgebreider dan de huidige eerstelijns-ggz. Er gaat 30% van de gespecialiseerde ggz terug naar de basis-ggz. Een heleboel mensen die nu hoofdbehandelaar zijn in de tweede lijn kunnen dat voortzetten omdat zij feitelijk met hun patiënten meegaan naar de basis-ggz. Uit het inspectieadvies blijkt ook een duidelijk verschil tussen het hoofdbehandelaarschap in de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Ik weet dat daar verschillend over wordt gedacht. Ik heb me daarover laten informeren. Ik hoop dat men hier op inhoudelijke gronden uit gaat komen. Daar hecht ik zeer aan en daarom geef ik ook uitstel. Ik vind dat we tot nu toe eendrachtig zijn opgetrokken met het veld. Het zou mij echt een lief ding waard zijn als het veld hier op een goede manier uitkomt en er zelf goede noties over op papier kan krijgen. Dat heb ik veel liever dan dat ik zeg hoe het uiteindelijk moet gaan gebeuren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik probeerde tijdens de inleiding van de minister al aan te haken op haar opmerking dat ze zelf met maatregelen komt als het niet uit de sector komt. Ik vraag me af of zij ons kan zeggen hoe zij daar tegenover staat. Er werd zojuist iets gewisseld over de conflicten en de onenigheid. De minister zegt dat zij signalen heeft dat het goed komt, maar vanmorgen kregen we een mailtje waarin staat dat de NVVP de noodklok luidt omdat de psychotherapeuten in de toekomstige ggz geen gespecialiseerde ggz meer kunnen bieden. Dat zou te maken hebben met het feit dat de psychotherapeuten in de basis-ggz terechtkomen. Dat roept toch veel zorgen op en minder optimisme dan ik in de woorden van de minister hoor.

Minister **Schippers**: Overigens zal ook de gespecialiseerde ggz voor een deel overgaan naar de basis-ggz, maar dat terzijde. Ik geef in dit debat zelf geen inhoudelijke lijn over dit onderwerp. Het is evident dat ik dat niet doe, want daar zou ik het proces niet mee helpen. Ik vind dat men zelf met eigen argumenten bij mij met een ongedeelde advies moet komen. Ik vind dat ik dat ook aan de sector kan vragen. Ik heb daar ook uitstel voor gegeven. Uiteindelijk moeten we natuurlijk door en het is ook hard nodig dat we deze verandering naar meer zorg in de buurt en dicht bij huis doormaken. Ik kan dus ook niet eindeloos wachten. Uiteindelijk zal ik dus besluiten moeten nemen, maar daar ga ik nu natuurlijk niets over vertellen, want daarmee haal ik iedere motivatie weg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Als het zo moeilijk ligt tussen de veldpartijen en er blijkbaar ook bij de zorgverzekeraars zo veel onduidelijkheid is, dan kan ik me voorstellen dat de minister een beetje helderheid geeft over de richting waar we uiteindelijk naartoe gaan, bijvoorbeeld vanwege de grote zorgen onder de vrijgevestigde psychotherapeuten. Uitstel is goed, maar tegelijkertijd moet er druk zijn. Maar goed, ik begrijp dat ik daar op dit moment weinig van kan verwachten.

Minister **Schippers**: Ik heb advies gevraagd aan de inspectie. Dat is niet de minste instantie. De inspectie heeft mij een advies gegeven. Dat advies is ook onderwerp van gesprek bij de veldpartijen. Ik kan me voorstellen dat je op verschillende manieren naar materie kunt kijken. Ik verklaar dus niets heilig. Als ik echter zeg welk besluit ik ga nemen, dan heb ik het feitelijk al genomen. Dat ga ik dus niet doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is niet voor niets dat we hier aandacht voor vragen. Psychotherapeuten kunnen al jarenlang hoofdbehandelaar zijn. Dat zij voor een groot deel naar de basis-ggz gaan, hoeft geen argument te zijn om ze dat te ontnemen. We weten dat de inspectie in een eerder conceptadvies niet zo'n strikte scheiding legt en dat nu na allerlei veldadviezen wel doet. Ik ben erg benieuwd of het in het overleg tussen de veldpartijen zou helpen als de zorgverzekeraars een stapje achteruit doen. Zou de minister het een goed idee vinden als de psychotherapeuten, psychologen en de psychiaters er met elkaar uit zouden moeten komen en dat de minister aan de hand daarvan het advies volgt? Ik ben bezorgd dat Zorgverzekeraars Nederland zegt dat psychotherapeuten geen goede opleiding hebben gehad. Daarmee sturen ze de discussie wel een bepaalde kant op, waarmee ze wellicht een besluit van het veld frustreren.

Minister **Schippers**: Naar mijn informatie stellen ze zich niet zo op, maar de veldpartijen zijn zelf ook mans genoeg om eendrachtig met een advies te komen. Dat kunnen ze ook zonder zorgverzekeraars doen. Ze kunnen mij van alles adviseren. Ik vind het van belang dat het veld hier uitkomt en mij een unaniem advies geeft op basis van inhoudelijke gronden. Dat de zorgverzekeraars daar uiteindelijk een oordeel over geven, vind ik ook logisch. Wij hebben kort geleden een debat gevoerd over fraude en controleerbaarheid van declaraties. Hoe zorgen we ervoor dat zorgverzekeraars niet blind betalen, maar weten waarvoor ze betalen en of dat terecht is? Tja, dan is zo'n oordeel niet irrelevant, lijkt mij. Als partijen dat onderling anders zien dan de zorgverzekeraars, kunnen ze me dat melden. Alle variaties zijn mogelijk. Maar ik zou heel graag een unaniem advies willen hebben en ik zou ook heel graag een advies willen hebben waaruit transparantie spreekt: wat gebeurt er, waar betaal je eigenlijk voor en hoe kunnen we dat controleren? Dat zou voor mij heel belangrijk zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb juist aan de minister gevraagd of zij niet ziet dat je door een verschuiving van het hoofdbehandelaarschap een vernieuwde verlengdearmconstructie krijgt, zoals we die bij Europsyche zagen en die we allemaal niet willen. Ik maak me zorgen over het feit dat zorgverzekeraars aan tafel hun machtspositie kunnen gebruiken door te zeggen niet in te kopen bij psychotherapeuten. Ik zou het ook goed vinden als ze met één advies komen, maar we zien dat het al anderhalve maand bonje is. Wat doet de minister als de zorgverzekeraars niet akkoord zijn terwijl de behandelaars wel akkoord zijn? Welke kant kiest zij dan?

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten doet alsof het de zorgverzekeraars tegen het veld is. Nou, de mensen die ik uit het veld heb gesproken, hebben daar behoorlijk verschillende gedachten over. Ik weet wel dat het aantrekkelijk is om de zorgverzekeraars de rol van frusterende partner toe

te bedelen en te doen alsof het veld het eens is, maar de praktijk is helaas anders. Als alle veldpartijen op één lijn zitten, moeten ze me dat vooral laten weten. De gesprekken die ik heb gehad, wijzen daar niet op, maar ik sta er volledig voor open. Uiteindelijk hoop ik ook dat we een unaniem advies krijgen.

Ik zou de vragen die over het hoofdbehandelaarschap gesteld zijn hiermee beantwoord willen hebben.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Bruins Slot het hoofd schudt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is natuurlijk een verschil. We hebben het nu over de multidisciplinaire zorg gehad. Ik heb ook een vraag gesteld over het hoofdbehandelaarschap voor de verpleegkundig specialist.

Minister **Schippers**: Het antwoord op die vraag heb ik hier. De vraag of de verpleegkundig specialist hoofdbehandelaar mag zijn is onderdeel van de discussie over het hoofdbehandelaarschap. Mevrouw Bruins Slot vroeg of de verpleegkundig specialist de consultfunctie krijgt. Zowel bij de huisarts als in de basis-ggz wordt het gewoon mogelijk om de verpleegkundig specialist te consulteren. Binnen de tarieven kunnen met de verzekeraar afspraken worden gemaakt over de financiering van deze consulten. Dit kan dus zowel binnen de POH-ggz als binnen de nieuwe zorgzwaartetarieven. Mevrouw Bruins Slot vroeg ook wie de regisseur is in de nieuwe keten-ggz. De huisarts is en blijft de poortwachter voor de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. De POH-ggz werkt als ondersteuner in de huisartsenzorg, maar de huisarts blijft inhoudelijk eindverantwoordelijk en bepaalt of en, zo ja, naar wie de patiënt wordt verwezen. Hiervoor is een verwijzingsmodel ontwikkeld om de huisarts te faciliteren. Ook is bepaald dat de zorgverzekeraar in de polis vastlegt wie mag verwijzen bij wet. Er is geregeld dat de huisarts dit sowieso mag. Daarnaast vindt er terugkoppeling plaats vanuit de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz over de patiënt.

Wat is de stand van zaken van de Wet zorg en dwang? Die ligt bij de Tweede Kamer voor parlementaire behandeling. De Wet verplichte ggz ligt bij de Raad van State.

De heer **Kuzu** (PvdA): Volgens mij ligt de Wet zorg en dwang nog bij de Raad van State.

Minister **Schippers**: Er komt nog een brief over de samenhang tussen de beide wetten. De ene wet ligt bij de Kamer en van de Wet verplichte ggz weet ik zeker dat die bij de Raad van State ligt.

De **voorzitter**: Er komt dus nog een brief naar de Kamer over de samenhang.

Minister **Schippers**: Er is gevraagd of ik bereid ben een tijdpad op te stellen voor de ROM. In het bestuurlijk akkoord zijn hierover afspraken gemaakt. Alle aanbieders gaan meedoen. Op dit moment wordt gewerkt aan aansluiting van die generalistische basis-ggz op de ROM. Ik verwacht dat voor 2014 hierin belangrijke stappen zijn gezet.

Is er voldoende geld voor de POH-ggz? Ja, er is 38 miljoen beschikbaar sinds 2008. Daar zijn in verschillende jaren verschillende gelden bij gekomen. In 2013 kwam er 7 miljoen bij en in 2014 komt er nog eens 25 miljoen bij. Wij verwachten dat dat genoeg is, maar we merken het vanzelf als het op is. Dan komt er wat bij. Dit is een functie die wij gewoon zo veel mogelijk willen.

Hoe ga ik DSM-5 uitwerken? Die is inmiddels gepubliceerd. De ontwikkeling en totstandkoming van DSM-5 is een wetenschappelijke exercitie van de beroepsgroepen. Ik laat dat ook graag bij de professionals. Zij

maken hun eigen wetenschappelijke ontwikkeling door. Ik heb daar inhoudelijk als minister geen mening over. Wat wel mijn verantwoordelijkheid is en waar ik wel over ga, is het volgende. Zolang er geen richtlijnen voor het gebruik van DSM-5 zijn opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut zal de aanspraak op ggz-zorg in Nederland sowieso op DSM-IV gebaseerd blijven. Er zal altijd een CVZ-toets zijn voor pakketvergoeding. Je kunt dus wel bepaalde dingen willen in de sector – dat staat iedereen vrij en iedereen mag er zelf voor betalen – maar als het in het pakket komt, gaat daar altijd een beslissing aan vooraf. Zeker bij DSM-5 zal ik daar goed op toezien.

Hoe voorkom je upcoding van zorgzwaartetarieven? Dat is een belangrijke vraag. Ieder systeem heeft fraudemogelijkheden. Wij moeten dat echter zo veel mogelijk beperken. Juist door de introductie van dit nieuwe systeem willen we meer transparantie creëren dan we in het huidige systeem hebben. In het huidige systeem van eerstelijnspsychologen hebben verzekeraars alleen informatie over het aantal zittingen, maar over de zorgzwaarte van de patiënt is geen informatie. In het nieuwe systeem zullen verzekeraars meer informatie beschikbaar krijgen. Door de ontwikkeling van de objectieve criteria krijgen de verzekeraars ook meer informatie over de zorgzwaarte van de patiënt. Zorgverzekeraars kunnen dus beter vergelijken tussen de verschillende zorgaanbieders waardoor er meer inzicht ontstaat in de verschillen en het gesprek daarover kan worden aangegaan. Bovendien verwacht ik dat verzekeraars van tevoren met aanbieders afspraken maken over de productmix die zij inkopen. Dan kunnen ze achteraf zien of die inkoop goed is gebleken of dat er is afgeweken. Daarover kun je met elkaar in gesprek gaan. Er loopt een onderzoek naar praktijkvariatie in de ggz. Ook dat kunnen we erbij betrekken. Dit heeft terecht de aandacht van de woordvoerders, maar het heeft ook onze aandacht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat de minister benadrukt dat het ook haar aandacht heeft, maar ik ga toch iets lelijks zeggen. Zorgverzekeraars hebben er baat bij ook patiënten te hebben met een grotere zorgzwaarte omdat zij in de risicoverevening meer geld krijgen voor patiënten met een hogere zorgzwaarte. Dat is een cyclisch systeem. Het is de vraag of de minister ook dat aspect van upcoding betreft bij het voeren van het beleid en het uitwerken van deze aspecten.

Minister **Schippers**: Sowieso doe ik dat laatste. Als ik in september met een aanpak voor fraude kom, zal ook de ggz daarin gewoon meelopen. We kijken alle sectoren na op zwakke plekken, ook de ggz; dat is evident. Maar in dit systeem is het zeer de vraag of de cyclus loopt zoals mevrouw Bruins Slot schetst. De verzekeraar is namelijk ook meer geld kwijt vanwege een hogere rekening. We willen niet dat de zwaarste patiënten zorg niet krijgen die zij wel nodig hebben. Daarom heb je in die verevening criteria nodig. Het moet wel met elkaar in balans zijn natuurlijk. Er zitten echter ook hogere kosten aan vast; het is geen verdienmodel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een goede uitleg van de minister, want het zou heel gevaarlijk zijn als er een verband zou zijn tussen een grotere zorgzwaarte van cliënten en patiënten en een hogere risicoverevening voor de zorgverzekeraars. Als het gaat om kwetsbaarheden in het systeem moeten we er aandacht voor hebben dat hier geen automatisatie in komt te zitten.

Minister **Schippers**: Ik ben het met iedereen eens dat we bij ieder nieuw systeem scherp moeten zijn op eventuele risico's. Wij hebben het zelf ook op die manier bekeken. We hebben dat dus goed doordacht en we monitoren het ook. We bekijken goed wat er in dit systeem gebeurt. Is het

op papier goed of is het ook in de praktijk een systeem dat doet wat wij hopen dat het gaat doen? De heer Van der Staaij vroeg hiernaar. Zijn de producten die zijn geformuleerd passend? Ook de betrokken partijen erkennen dat dit een lerend systeem is. Er wordt dus ook een monitor opgezet en die wordt gezamenlijk opgepakt. Ik ben bereid om drie maanden na de implementatie een tussenrapportage op te stellen en naar de Kamer te sturen. Die zegt uiteraard slechts iets beperkts. Die gaat namelijk alleen over de eerste drie maanden, maar zo houden we wel de vinger aan de pols.

Mevrouw Leijten vroeg naar de uniformering van de screeningtools. Het is belangrijk dat dit eenduidig is. Partijen hebben aangegeven dit samen te willen oppakken. Als het uiteindelijk niet gebeurt hebben we het Kwaliteitsinstituut dat dit kan uniformeren. Aangezien de partijen hebben aangegeven dit op te willen pakken, heb ik daar vertrouwen in. Het is dus eerst aan hen. Mocht het niet lukken, dan hebben we met het Kwaliteitsinstituut – mocht dat door de Eerste Kamer komen – een stok achter de deur om het op te pakken.

Wil ik niet liever een abonnementssysteem in de basis-ggz? Het mooie aan het nieuwe systeem dat wij voorstellen, is dat je veel meer transparantie krijgt. Je kunt veel beter zien wat de zorgzwaartes zijn in de basis-ggz en wat daar gebeurt. De ROM is een heel belangrijk systeem dat ontzettend veel informatie kan opleveren, terwijl een abonnementssysteem helemaal niet transparant is. Ik vind dat dus een voordeel van het systeem dat we invoeren.

Dan kom ik op de trendrapportage van het Trimbos-instituut. Er is gevraagd of ik een visie wil ontwikkelen op sociale inclusie. Dit onderwerp hebben we ook in het hoofdlijnenakkoord besproken. Het gaat om het weghalen van het stigma. Daar zijn afspraken over gemaakt en ook de patiëntenvereniging is daarmee aan de slag gegaan. Daar is ook geld voor vrijgemaakt, ook voor een campagne. Door mevrouw Leijten is eigenlijk om een veel bredere visie gevraagd. Ik denk dat dit overigens op meerdere beleidsterreinen speelt. Als je zo'n visie zou willen ontwikkelen, zou ik het armzalig vinden om het smal op te zetten. Dan zou je dus eigenlijk een veel bredere analyse moeten doen. Vindt mevrouw Leijten het goed als ik daar eens over nadenk en daarop terugkom? Dan kan zij altijd reageren of zij het met mij eens is of niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zou het wel prettig vinden om dat te horen voor een eventueel VAO. Het Trimbos-instituut beschrijft heel uitgebreid wat een beleidsvisie op sociale inclusie eigenlijk behelst. Dat gaat over voorkomen, herstel na ziekte, acceptatie, dagbesteding et cetera. Eigenlijk is het Trimbos-instituut daar heel duidelijk over. Het heeft namelijk de verschillen in kaart gebracht tussen Denemarken, Engeland en Nederland. Het concludeert dat wij wel van goede wil zijn, maar dat het niet duidelijk is waar we naartoe gaan. Ik vraag dus aan de minister of zij dit voor een eventueel VAO wil laten weten, want dat zou een motie kunnen schelen. Ik denk dat het echt van groot belang is om een beleidsvisie op sociale inclusie te hebben.

Minister **Schippers**: Ik zal het overwegen. Wij doen momenteel heel veel op het gebied van de ggz. Iedereen die deskundig is in de ggz is heel druk bezig. We moeten namelijk een enorme omslag maken. In het hoofdlijnenakkoord zitten ook afspraken over belangrijke onderdelen hiervan. Ik wil even bekijken of dit er nog bij kan. Kan dat nu? Is het handig om het nu te doen? Hoe breed zou het moeten zijn? Ik zal de Kamer over mijn oordeel hierover berichten en dan kan zij zelf haar mening daarover vormen.

De **voorzitter**: Wanneer kunnen we dat ongeveer verwachten?

Minister **Schippers**: Eind volgende week kan ik beoordelen of we dit gaan doen of niet.

Er is gevraagd of het CIBG de toelatingseisen gaat handhaven. Ik heb op 16 april toegelicht dat ik voornemens ben om de toelating tot de zorgmarkt op een aangescherpte wijze vorm wil geven. De WTZi is niets anders dan een procedurele wet. Die gaat niet over inhoudelijke kwaliteitsoordelen. Ik heb de Kamer toegezegd hierop in de door mij aangekondigde brief over goed bestuur terug te komen. Ik heb de Kamer gevraagd of ik dat in of na het zomerreces mag toesturen. Als iets er niet is, is het er niet. Ik word zo vaak onverhoeds naar de Kamer geroepen dat mijn gesprekken met name op dit terrein heel vaak uitgesteld zijn. Die debatten gaan uiteraard altijd over heel belangrijke dingen, maar daardoor komen andere dingen weleens in de knel.

Dan kom ik op cherrypicking en chronische patiënten. Eigenlijk heeft dat alles te maken met de vraag of de risicoverevening goed in elkaar zit, maar ook met de zorgzwaarte die we gaan invoeren. Daarmee belonen we de intensiviteit die gepaard gaat met bepaalde patiënten. Aan de zwaarste groep psychiatrische patiënten wordt expliciet en uitgebreid aandacht besteed in de inkoopgids van de zorgverzekeraars. Ook in de overleggen over het bestuurlijk akkoord blijkt dat Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars zeer betrokken zijn bij deze groep en daar ook speciale aandacht aan besteden.

Hoe voorkomen we dat een consultatie door een arts uit de tweede lijn te vaak leidt tot een behandeling in de tweede lijn en dat daardoor de brede basis-ggz wordt overgeslagen? In het verwijzingsmodel waarover ik al enkele keren heb gesproken, wordt voorzien in een objectievere manier van verwijzen waardoor helderder wordt wanneer iemand naar de tweede of de eerste lijn moet. Daarnaast is nog steeds de huisarts degene die verwijst en kan consulteren. Dat kan hij nu niet, maar straks wel. Daarmee voorkom je dat mensen eerst een hele weg door de sector moeten afleggen voordat ze op de juiste plek komen. De POH-ggz wordt juist ingezet om die poortwachtersfunctie te versterken, ook met inhoudelijke kennis, zodat die verwijzing beter gaat en meer naar de juiste plek gaat.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb een verduidelijkende vraag. Begrijp ik de minister goed? Zegt zij dat de POH-ggz net als de huisarts een psychiater kan consulteren? Daardoor zijn ze beter geïnformeerd. De uiteindelijke verwijzing vindt echter altijd plaats door de huisarts. De angst dat die standaard zal doorverwijzen naar de tweede lijn is dus wellicht niet zo gegrond?

Minister **Schippers**: Ik verwacht van dit systeem dat er maatwerk kan worden geleverd. Een aantal huisartsen heeft allang een POH-ggz. Het consulteren van een specialist of iemand anders die zou kunnen helpen, is nu niet mogelijk en straks wel. Dat is denk ik heel belangrijk. Uiteindelijk kun je in het nieuwe model ook veel beter de praktijkvariatie met elkaar vergelijken. Daardoor krijg je veel meer inzicht in wat er in de praktijken gebeurt en kun je daarover het gesprek aangaan met elkaar. Hebben we nu genoeg maatregelen genomen om een nieuwe Euro-psyche-affaire te voorkomen? Ik denk dat er lessen zijn getrokken uit Europsyche, niet alleen door ons, maar door iedereen, over de manier waarop we zoiets in de toekomst kunnen voorkomen. We hebben ook een aantal stappen in gedachten. We willen veel meer maatwerk en we willen voorkomen dat er dingen gebeuren die we niet willen. De trajecten die we inzetten zijn daarop geïnspireerd, maar uiteindelijk zullen we heel goed met elkaar moeten bekijken wat dat oplevert. Ook moeten we bekijken of er nog iets moet veranderen in het pakket. Dat kan ik helaas niet allemaal tegelijk doen. Cruciaal is dat er duidelijkheid is over wat wel en niet mag in de geestelijke gezondheidszorg. In de sector zitten echt niet alleen maar mensen die de grens opzoeken van wat mag. Het moet voor iedereen heel

duidelijk zijn wat wel en niet mag. Dan is er al een hele wereld gewonnen. Daar zet dit traject op in.

De heer **Rutte** (VVD): Daar kan ik de minister heel goed in volgen. Het lijkt me ook heel goed dat duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is. Als het transparant en inzichtelijk is, wordt het veel minder makkelijk om die zaken die we niet gedeclareerd willen hebben onder de basisverzekering, toch te declareren als ggz-zorg. Volgens mij is het echter nog steeds mogelijk dat iemand als hoofdbehandelaar, als hoofdaannemer, fungeert in een traject waarin hij als aannemer ook anderen dingen laat doen. Soms is dat goed, maar we willen het wichelroedelopen deze keer toch maar niet onder de ggz brengen. Hebben we dat traject nu gesloten? Is er ook sprake van fraude als iemand dat dan toch zou doen?

Minister **Schippers**: Dit traject is niet alleen ingezet om te komen tot een kwaliteitsverbetering, maar het is ook ingezet om helderheid en duidelijkheid te verkrijgen. Daar zullen ook de stappen van de komende weken op gericht zijn. Het gaat daarbij niet alleen om het hoofdbehandelaarschap, maar ook om transparantie en eenduidigheid met betrekking tot het declareren. Dat is ongelooflijk belangrijk. En dan is er nog het pakket van het CVZ. Het CVZ brengt adviezen altijd in twee delen uit. Er is eerst een conceptadvies en vervolgens een uiteindelijk advies. Ik heb het veld gevraagd om een mening daarover. Wij hebben daarvoor een traject met elkaar afgesproken. Verschillende koepels komen inmiddels al met suggesties, maar ik zal in september alles bij elkaar harken. Ik heb besloten om niet op elk voorstel apart te reageren, maar gewoon in september een groslijst te maken met de suggesties die ik heb ontvangen. Aan de hand daarvan zal ik voorstellen doen om bepaalde zaken uit het pakket te halen of bepaalde maatregelen te nemen. Daar moet vervolgens inhoudelijk naar gekeken worden en dat moet allemaal doorgerekend worden door het CVZ. We kunnen daar dan begin volgend jaar met elkaar over praten. Dat is dus wel een tweede stap die er ook bij hoort. Mevrouw Klever heeft gevraagd hoe kan worden voorkomen dat onzinbehandelingen worden vergoed. Een heleboel dingen zijn erop gericht om ervoor te zorgen dat het goed gaat, maar het pakket hoort daar wel bij. Daar moeten we dus toch ook nog een slag maken. Er is gevraagd of nieuwe therapieën net zo gereguleerd moeten worden als nieuwe medicijnen. Via het ROM-systeem, dat de uitkomsten laat zien en dat eigenlijk een stap verder gaat dan de somatische zorg, wordt duidelijk welke therapieën wel en welke niet werken. Zorgverzekeraars kunnen hier bij hun inkoop rekening mee houden. Niet-werkende therapieën moeten we ook vooral niet meer doen. De richtlijnen van de sector spelen hierbij een belangrijke rol. De sector zelf zet hier ook heel hard op in. Wij moeten de rol van de sector niet marginaliseren. Men is hier ontzettend hard mee bezig. Uiteindelijk kan de verzekeraar met zijn materiële controle altijd nog kijken of de geleverde zorg nog wel onder het pakket valt.

Moeten we niet een «niet goed, geld terug»-garantie instellen? Ik heb zojuist aangegeven dat er een onderzoek loopt naar praktijkvariatie. Zodra dat afgerond is, zal ik het naar de Kamer sturen. Uiteindelijk moeten richtlijnen van het veld aangeven wat wanneer noodzakelijk is en bij welke patiënt welke therapie zou moeten worden toegepast. De afbakening van het pakket moet bij die geregistreerde richtlijnen aansluiten. Uiteindelijk beslissen we ook zelf of iets voor eigen risico of rekening kan komen. Dat doen we bij het hele pakket.

Een volgend punt is de ADHD-medicatie. Wij hebben zelf ook opgemerkt dat daarbij sprake is van een stijgende lijn. In navolging van de vorige staatssecretaris besteedt ook de huidige staatssecretaris veel aandacht aan demedicalisering. Er zijn rondetafelgesprekken georganiseerd en er wordt een actieplan opgesteld om onnodige medicatie bij jongeren te

voorkomen. Dat geldt dan niet alleen voor medicijnen tegen ADHD maar bijvoorbeeld ook voor antidepressiva.

Voorts is gevraagd of de uitrusting van de huisarts voldoende is, zeker als DSM-5 er komt. Ik heb zojuist al aangegeven hoe ik tegen DSM-5 aankijk en hoe ik de verantwoordelijkheden daarin zie. Door het nieuwe systeem, waarin nog meer wordt ingezet op een praktijkondersteuner op de ggz bij de huisarts en er een consultmogelijkheid wordt ingebouwd, wordt de rol van poortwachter juist veel meer versterkt en kan de huisarts zijn rol beter waarmaken.

Mevrouw Klever heeft voorts gevraagd of ik ervoor kan zorgen dat verkeerde nascholing bij huisartsen geschrapt wordt. Huisartsen kunnen zelf bepalen welke nascholing ze ontvangen. Wat de accreditatie betreft, is er de afgelopen jaren op toegezien dat die niet van toepassing is op therapieën die niet onder het basispakket vallen.

Hoe reëel is het beeld dat er een landelijke dekking is per 2014? Ik heb in ieder geval de financiële middelen fors verruimd. Dat kan dus geen drempel zijn. Er is een structurele financiering beschikbaar en we hebben natuurlijk ook een hoofdlijnenakkoord met de huisartsen gesloten waarin de POH-ggz een heel duidelijke plaats heeft. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging ziet dus het belang van die praktijkondersteuning. Ik heb er vertrouwen in dat dit gaat lukken, maar als we op een gegeven moment met elkaar constateren dat het toch niet is uitgekapt zoals wij hoopten, namelijk dat een huisartsenpraktijk standaard een praktijkondersteuner heeft ofwel in de eigen praktijk of wel elders georganiseerd, dan zullen we nadere gesprekken moeten voeren. Vooralsnog heb ik echter geen aanleiding om te denken dat de huisartsenvereniging hier niet volop op inzet.

Waar gaan de mensen heen met een zwaardere problematiek die verder gaat dan de elf zittingen in de basis-ggz? De producten die gemaakt zijn, zijn tot stand gekomen met experts uit het veld. Alle partijen hebben hun eigen experts kunnen inbrengen bij het vormgeven van dit model. De input is dus ook op basis van hun expertise gegeven. Dat heeft geleid tot het rapport van het Bureau HHM, dat is geaccordeerd in een bestuurlijk overleg met veldpartijen. Ik heb de Kamer dat rapport ook toegestuurd. Afgesproken is dat we gaan monitoren of de praktijk en het papier goed bij elkaar aansluiten. We gaan kijken of alles wat bedacht is en op papier staat, in de praktijk ook goed werkt. Afhankelijk van die monitor moeten we kijken of we dan aanpassingen moeten doen. We houden de vinger dus heel nauw aan de pols.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Hier zit natuurlijk wel de zorg, met name bij de mensen in de praktijk die uiteraard kennisnemen van de afspraken die door beroepsgroepen worden gemaakt. Ik ben blij met de toezegging van de minister om dit heel nauwgezet te volgen. Het is goed dat we binnen drie maanden al een eerste voortgangsrapportage krijgen, zodat we met elkaar in de gaten kunnen houden dat er geen mensen in de knel komen en we eventueel corrigerend kunnen optreden.

Minister **Schippers**: De bedoeling is juist om patiënten beter te helpen. Dat is de inzet van deze plannen. Er zijn experts uit de hele keten bij betrokken. Het veld zou er niet beter bij betrokken kunnen worden. Ik ben het met de heer Slob eens dat we de vinger nauw aan de pols moeten houden, maar we hebben na drie maanden natuurlijk nog maar heel beperkt zicht op een en ander. Iedereen moet immers wennen aan de nieuwe situatie. Men moet zich ook inwerken. Het geeft ons echter wel het gevoel dat we het met elkaar enigszins goed kunnen volgen. Ik denk ook dat patiënten minder tussen wal en schip zullen vallen. We moeten immers niet doen alsof patiënten nu niet tussen wal en schip vallen. Ik vind juist dat het huidige systeem op verschillende punten tekortschiet. Anders zou er ook geen aanleiding zijn voor zo'n drastische aanpassing of

hervorming in de geestelijke gezondheidszorg. Ik vind het belangrijk dat wij dat met elkaar doen via het hoofdlijnenakkoord, dat echt uitgangspunt is voor al deze wijzigingen.

Er is een vraag gesteld over het waarborgen van de keuzevrijheid. Wordt er door verzekeraars niet onvoldoende zaken gedaan met kleine instellingen? Door de invoering van deze bekostiging, die veel fijnmaziger is dan de oorspronkelijke bekostiging, krijg je veel meer een gelijk speelveld. We zullen gewoon moeten kijken hoe het uitwerkt, maar ik denk dat het op basis van deze voorstellen niet slechter zal uitpakken. Ik denk niet dat deze plannen daar aanleiding toe geven.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Of het nu ligt aan exact deze plannen of aan de manier waarop er invulling aan wordt gegeven, ik hoor in ieder geval van verschillende juist wat kleinere instellingen de vraag of er niet een tendens zal ontstaan dat de zorgverzekeraar vooral zorg zal inkopen bij grote instellingen die zowel de basiszorg als de specialistische zorg bieden. In hoeverre worden contracten gesloten? Blijven de kleinere instellingen ook in beeld?

Minister **Schippers**: Ik begrijp dat er altijd zorgen zijn als je dingen verandert, zeker als die veranderingen behoorlijk ingrijpend zijn. Ik deel die zorgen echter niet als het gaat om de manier waarop er invulling aan wordt gegeven. Je krijgt juist veel meer een gelijk speelveld dan momenteel het geval is. Wij zullen monitoren hoe dat in de praktijk vorm krijgt, zodat we met elkaar ook kunnen kijken hoe het uitpakt en of we eventueel moeten bijsturen. Het lijkt mij voor een verzekeraar van belang dat hij inkoopt bij de instelling waar de zorg het beste is en tegen de scherpste prijs wordt geleverd, zodat de eigen verzekerden daar ook het meest tevreden over zijn.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Wil de minister bij de toegezegde monitor dit punt van de keuzevrijheid en de kleinere instellingen uitdrukkelijk meenemen?

Minister **Schippers**: Dat zal ik doen. Ik weet niet in hoeverre we daar na drie maanden al zicht op hebben. Ik neem aan dat de contractering eerder plaatsheeft. Er ligt in de Kamer een wetsvoorstel dat de contractering nog veel sneller afdwingt. Maar goed, ik zal het in ieder geval meenemen en kijken wanneer we daar echt reële informatie over kunnen verzamelen. De heer Slob heeft gevraagd naar de tienuursmaatregel in het pgb. Dat is echt het terrein van de staatssecretaris. Ik heb begrepen dat hier binnenkort overleg over wordt gevoerd. Ik verzoek de heer Slob om zijn vraag tijdens dat overleg te stellen.

Er is voorts een vraag gesteld over de structurele financiering van 113Online uit de Zorgverzekeringswet. Er is nu al sprake van structurele financiering, maar dan uit de begroting. Wij hebben hierover in het kader van de Zorgverzekeringswet verschillende malen overleg gevoerd. Dat zou immers de ideale vorm zijn. Maar omdat het anoniem is, is dat gewoon niet mogelijk. We hebben deze vorm van financiering gekozen, omdat we het belang ervan wel duidelijk inzien.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Even voor mijn duidelijkheid: we gaan aan het eind van dit jaar dus niet de situatie krijgen dat we voor volgend jaar weer opnieuw moeten gaan vechten voor deze subsidie. Het is wel gegarandeerd. Het was natuurlijk wel een wens om het te verankeren in de Zorgverzekeringswet. Die weet echter geen raad met anonieme hulpverlening. Dat is gewoon het probleem; er moet een titel voor gevonden worden. Ik heb altijd begrepen dat het ook het doel van de minister was om de wet zo te wijzigen dat dit er gewoon een plekje in zou

kunnen krijgen. Heeft de minister dat nu losgelaten of is dat nog steeds een nadrukkelijke optie?

Minister **Schippers**: Ik heb voor een praktische oplossing gekozen. De Zorgverzekeringswet was heel complex. Het is me gewoon niet gelukt om het daaronder te schuiven. Het kan wel. Alles kan, als je de wet wijzigt. Wij hebben het nu echter gewoon via de begroting gedaan. Het is wel structureel. Het is dus niet iets wat jaarlijks moet worden geregeld. Er is gekozen voor een structurele financiering.

Mevrouw Dijkstra heeft een aantal vragen gesteld over de brief over de vermindering van suïcidaliteit die ik naar de Kamer heb gestuurd. Zij vraagt hoe wij zijn gekomen aan het streefcijfer van 5%. Laten wij onze ambitie nu varen? We moeten heel eerlijk zijn: dat streefcijfer van 5% was een slag in de lucht. Dat is ook gebleken. Dan kun je wel een streefcijfer hebben, maar dat is dus totaal niet reëel. Zou dat cijfer dan niet moeten worden aangepast? We hebben gezien dat er in de afgelopen vijf jaar sprake is geweest van een stijging van het aantal suïcidegevallen. Die stijging ligt tussen de 3% en 5%. Ook elders in Europa is de laatste jaren sprake van een stijging. Dan is een reductie van 5% dus echt een slag in de lucht. Dat is helaas ook gebleken. Ik heb in de Kamer toegezegd om opnieuw te gaan kijken en contact op te nemen met de VU, die daarover een advies heeft gegeven. Het percentage dat we nu hebben afgesproken in de methodiek is in overleg met de VU vastgesteld. Dat heeft ook de instemming van veldpartijen. Dat percentage is dus ook beter geworteld en reëler. Het wordt nog moeilijk genoeg. Je gaat toch met elkaar proberen om de stijging om te buigen naar een daling. Iedereen kan ook via de suïdecijfers van het CBS controleren of de streefcijfers worden gehaald. De uitvoering is een verantwoordelijkheid van alle partijen. Zij moeten gezamenlijk werken aan het naar beneden brengen van het aantal gevallen. Daar heeft iedereen zo zijn eigen mogelijkheden toe.

Wie worden er betrokken bij een suïcideagenda? De huidige beleidsagenda is helemaal uitgevoerd. Er moet dus een nieuwe agenda worden opgesteld. Daarbij zullen alle veldorganisaties worden betrokken, zodat we met elkaar de handen ineen kunnen slaan om ook daadwerkelijk dat streefcijfer waar te maken.

Moet je niet kijken naar training in meerdere sectoren? Er wordt ook gekeken naar training in andere sectoren. In die sectoren worden ook mensen opgeleid ten behoeve van een suïcidepreventie en een betere herkenning door gatekeepers. Volgens mij heb ik in de brief de financiële sector als voorbeeld genoemd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): In de brief wordt de schuldhulpverlening genoemd. Ik vraag me af of je het niet nog wat breder zou moeten bekijken, maar misschien is het wel heel moeilijk om dat te categoriseren. Ik vind het wel belangrijk om zicht te krijgen op de wijze waarop het opgezet wordt. Hoe breed wordt het opgezet en om hoeveel mensen gaat het dan? Hoeveel mensen worden daarvoor getraind? Is daar enig zicht op?

Minister **Schippers**: Mevrouw Dijkstra zal dat kunnen terugvinden in de nieuwe agenda. Wij zullen het ook meenemen. Ik heb expliciet aangegeven dat in de financiële sector gatekeepers worden opgeleid. Die gatekeepers hebben een signalerende rol. Waarom zijn de financiële sector en de schuldhulpverlening sectoren waarin dit aan de orde is? Omdat we zien dat het suïcidepercentage in die sectoren hoger is. Je begint daar waar je denkt dat je het meest kunt betekenen.

Mevrouw Dijkstra heeft opgemerkt dat uit de marktscan blijkt dat verzekeraars geen gebruikmaken van kwaliteitsinformatie. Wij hebben in het kader van het overleg over het bestuurlijk akkoord juist heel veel overleg over de beschikbaarheid en het gebruik van kwaliteitsinformatie.

Wij hebben op het gebied van kwaliteitsinformatie inderdaad in de hele gezondheidszorg een enorme inhaalslag te maken. Dat geldt voor alle sectoren. Veel partijen zijn zich ervan bewust dat ze er transparant over moeten zijn. We willen met elkaar die slag maken, door het Kwaliteitsinstituut, door er afspraken over te maken, er akkoorden over te sluiten en er onderzoek naar te doen. Ik denk dat dit een van de belangrijkste aandachtspunten is die we met elkaar hebben vastgesteld. Daar zullen we ook daadwerkelijk invulling aan geven.

Hoe krijgen we meer vaart in de uitwisseling van kwaliteitsinformatie? We hebben daarover afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. De akkoorden hadden bij de medisch specialisten nog een heel financieel karakter, er kwam al meer inhoud aan bod bij de ziekenhuizen, maar er is bij de ggz sprake van nog veel meer inhoud op het gebied van kwaliteit en wat er daadwerkelijk gebeurt in de sector. Ik vind dat het hoofdlijnenakkoord van de ggz laat zien dat wij veel breder met elkaar bezig willen zijn dan alleen op de vraag hoe we met elkaar afrekenen. In dat akkoord zijn heel veel dingen opgenomen ten aanzien van kwaliteit en transparantie. Het is wel de bedoeling dat we ook enige vaart zetten achter datgene wat we in het akkoord hebben opgenomen. Die opvatting deel ik volledig met mevrouw Dijkstra. Het is ook van groot belang dat wij de aansluiting van alle partijen daarbij behouden. Het ligt vooralsnog stil bij de vrijevestigde aanbieders. Dat betreurt ik heel erg. Het is van groot belang dat we dat proces ook weer loskrijgen. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen en het Nederlands Instituut van Psychologen zijn wel actief bezig met de aansluiting. Zij worden daarbij ondersteund door Capgemini. Het streven is erop gericht dat alle aanbieders in de generalistische basis-ggz per 1 januari 2014 gaan aanleveren. Het gaat echter niet altijd via gebaande paden.

Hoe voorkomen we dat professionals naar medicatie grijpen als er ook andere opties zijn en hoe zorgen wij ervoor dat zij die ook in overweging nemen? Het wordt misschien saai, maar in het hoofdlijnenakkoord hebben we op een heel ambitieus kwaliteitsprogramma ingezet. Dat betekent dat er gewerkt wordt aan de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. De voorbereidingen om tot een landelijke organisatie te komen, zijn inmiddels afgerond. De doel en de werkwijze zijn bepaald. Een dezer dagen gaat de organisatie daadwerkelijk van start. Er is dus enerzijds sprake van volop beweging, maar anderzijds stopt het proces helaas af en toe ergens. We moeten ervoor zorgen om dat zo snel mogelijk weer aan de gang te krijgen.

Komen er kwaliteitscriteria in de basis-ggz? Dat is in het hoofdlijnenakkoord wel afgesproken. Daar wordt dus momenteel aan gewerkt.

Er is voorts nog een vraag gesteld over een implementatieplan en een transitiecommissie. Er komt een stuurgroep die de implementatie en transitie zal begeleiden. Daarnaast zal de NZa de regie hebben over de ontwikkeling van de bekostiging.

Mevrouw Dijkstra heeft verder gevraagd of anorexia kan worden toegevoegd aan preventie. Het CVZ heeft alleen alcohol en depressie als geïndiceerde preventie aangemerkt. Ik zal nagaan waarom anorexia daar geen onderdeel van uitmaakt. Dat zal ik de Kamer schriftelijk laten weten.

De **voorzitter**: We gaan door met de tweede termijn. Eenieder heeft twee minuten spreektijd en één interruptie.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. «Meer doen met minder geld» en «de kwaliteit omhoog dicht bij huis», die termen spreken de Partij van de Arbeid enorm aan. Ik bedank de minister voor de beantwoording van de vragen. Ik ben blij met het onderzoek dat de NZa gaat doen. De Kamer zal daar aan het eind van het jaar inzicht in krijgen.

Ik kom nog even terug op het punt van de POH-ggz. Ik begrijp de argumentatie van de minister dat huisartsen de regie hebben en uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de doorverwijzing en dat zij de mogelijkheid wil creëren om het van de grond te laten komen. Wij zien de POH-ggz ook als een belangrijk instrument, vooral in de nieuwe structuur – «het nieuwe huis» – is die praktijkondersteuner inderdaad erg belangrijk. De minister heeft ook aangegeven dat er voldoende financiering zal komen. De onzekerheid over de financiering in de toekomst van die POH-ggz was een van de redenen waarom de POH-ggz niet van de grond kwam. Nu die onzekerheid is weggenomen en er middelen beschikbaar zijn, zou je toch kunnen veronderstellen dat het nu wel van de grond zou moeten komen. De argumenten die de minister geeft en de argumenten die wij in eerste termijn hebben ingebracht, geven aanleiding tot een dilemma waarover ik me zal beraden. Ook in de brief van de NZa wordt immers gesproken over de risico's. Een bijkomend risico is dat door de volumeprikkel die voortkomt uit de trajectbekostiging, de netwerkfunctie onder druk komt te staan en dat het systeem nog steeds kan leiden tot doorverwijsgedrag naar een relatief duurdere ggz-instelling. Dat moeten we kosten wat het kost voorkomen. Ik beraad me daar dus nog op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor haar heldere beantwoording. Het is een megaverbouwing. Het betekent ook veel voor de mensen in het veld die daar de komende periode mee aan de slag moeten gaan. En het betekent zeker ook veel voor de cliënten zelf. Het is goed dat de minister ruimte vraagt voor de discussie in het veld over het hoofdbehandelaarschap, maar ik wil nog wel benadrukken dat het CDA een bijzondere waarde hecht aan de psychotherapeut en de verpleegkundig specialist. Wij zijn blij met de toezegging van de minister over de consultatiefunctie van de verpleegkundig specialist. Ik heb tot slot nog twee vragen. Het CDA vindt de rol van de familie in de geestelijke gezondheidszorg ook heel belangrijk, omdat juist vaak de familie bij zwaardere stoornissen op afstand is komen te staan. We zien dan jaren van frustratie terugkomen. De minister schrijft in haar brief dat zij in het kader van zelfmanagement preventie, familieleden en een netwerk heel erg belangrijk vindt. Dat vind ik ook. Denk maar aan de initiatieven rondom KOP. Mijn vraag is eigenlijk: wat gaat de minister in samenwerking met het veld doen om aan deze woorden ook invulling te geven?

Mijn laatste vraag gaat over afname van de toepassing van dwang en drang. Ook Zorgverzekeraars Nederland schrijft dat hier verschillende geluiden over klinken. Sommige instellingen werken nog in het verleden. Er is een interessante eindrapportage van het Landelijk informatiepunt dwang- en drangtoepassingen in de ggz. Daarin staat de volgende aanbeveling: bij de overgang van de Wet Bopz naar de Wet verplichte ggz moet er één landelijk informatiepunt komen dat alle registraties van de Wet verplichte ggz en Argus verzamelt en beheert en er rapportages over maakt. Zal de minister deze aanbeveling uitvoeren?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De minister geeft aan dat zij over een week kan reageren op mijn verzoek om een beleidsvisie te maken op sociale inclusie. Dat is natuurlijk prima, maar ik stel wel vast dat deze trendrapportage uit 2011 was en dat de minister die op 7 mei 2012 zonder inhoudelijke reactie naar de Kamer heeft gestuurd. Wat ons betreft, moet het er komen. Het gaat daarbij ook om de vraag, welke positie de ervaringsdeskundige in professionele beroepen krijgt. Ik heb daar in eerste termijn al vragen over gesteld. Zij vormen een heel belangrijke toevoeging aan de al bestaande buurtteams, omdat ze niet alleen kennis hebben van heel veel behandelingen maar ook weten wat de positie van de patiënt is ten opzichte van de samenleving. De ervaringsdeskundige

weet wat iemand nodig heeft voor herstel. Het is nog niet geregeld, maar het lijkt me goed dat dit een onderdeel ervan wordt.

De minister is in het geheel niet ingegaan op mijn vraag over de wijze waarop wij verdergaan met het conceptrapport Geneeskundige GGZ, deel 2. Wij hebben van het CVZ te horen gekregen dat er in de zomer van 2013 een definitief advies komt. Kan ik hieruit opmaken dat er per 1 januari 2014 dus geen wijzigingen zullen plaatsvinden? Of worden wij op een gegeven ogenblik toch geconfronteerd met gigantische wijzigingen en krijgen we dan juist nog meer brieven van bijvoorbeeld KWF Kankerbestrijding over patiënten die geen behandeling meer krijgen ter bestrijding van een ernstige ziekte?

Ik ben erg verbaasd over de gang van zaken rond het hoofdbehandelaarschap. We hebben een bestuurlijk akkoord waarin eigenlijk gewoon staat dat iedereen die ondertekenaar van het bestuurlijk akkoord is, een hoofdbehandelaarschap kan hebben. Daar wordt nu doorheen gefietst. De minister moet toch gewoon erkennen dat als daarvan wordt afgeweken, er dan ook wordt afgeweken van het bestuurlijk akkoord. De minister zegt dat zij graag iedereen aan boord wil houden en dat zij aansluiting en vaart wil houden. In het bestuurlijk akkoord zitten allerlei mooie voornemens. Maar op het moment dat een beroepsgroep daarvan uitgesloten wordt, is dat toch intrinsiek gewoon een bom onder dat bestuurlijk akkoord? Ik zou graag zien dat de minister iets meer regie op zich neemt.

Ik heb nog gesproken over de uniformering van de verwijzmodellen. Ik begrijp dat de minister vindt dat de beroepsgroep daar zelf uit moet komen. Mocht dat niet lukken, dan is het Kwaliteitsinstituut er nog. Dan heb ik haar brief verkeerd gelezen. Ik had namelijk begrepen dat de zorgverzekeraars daar sturing aan geven. Daar maken de huisartsen zich namelijk wel zorgen over. Ik hoor graag dat de minister erkent dat de onafhankelijke positie van de huisarts noodzakelijk en voorwaardelijk is voor dit proces en dat daarin geen sturing door zorgverzekeraars kan plaatsvinden.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik wil de minister bedanken voor haar heldere antwoorden op de vragen van de VVD. Ik wil voorts namens de VVD grote steun uitspreken voor de hele beweging die zij inzet. Dat is een beweging in de richting van geestelijke gezondheidszorg dichterbij de patiënt, dichterbij de huisarts, met behoud van en veel meer inzicht in de kwaliteit. Daarbij wordt duidelijker wie wat doet en is er uiteindelijk sprake van meer beheersing van de kosten. Ik ben heel blij met de woorden van de minister over DSM-5, maar waakzaamheid is wel geboden. Het kan en mag niet zo zijn dat we in dit land normaal gedrag gaan behandelen en medicaliseren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik bedank de minister voor de beantwoording van de vragen. Ik heb geen verdere vragen meer.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik bedank de minister ook voor de beantwoording van de vragen. De minister heeft gezegd dat de jeugd-ggz bij de staatssecretaris hoort. Dat klopt uiteraard. Ik vraag vandaag echter nadrukkelijk toch aandacht voor het in verbinding houden van de jeugd-ggz en de ggz voor volwassenen. Er zijn op jaarbasis zo'n 250.000 jongeren die met de jeugd-ggz te maken krijgen. Als daar dingen niet goed gaan – en die tienuursmaatregel zien wij echt als een probleem – dat zijn dat straks de mensen die in de ggz voor volwassenen met grote problemen komen. Dat moeten we voorkomen. Wij moeten die verbinding goed houden. Dat is ook belangrijk omdat we soms te maken hebben met zorggezinnen, waarbij ggz voor volwassenen en jeugd-ggz door elkaar heen lopen of naast elkaar functioneren. Daarbij is ook de rol van de huisarts cruciaal. We weten echter uit onderzoeken dat op lokaal niveau de verbinding tussen het jeugddomein en de huisarts nog niet overal zo

sterk ontwikkeld is. Ik wil echter dat dit gelijk oploopt met de door de minister voorgenomen behoorlijk grote ingrepen in de ggz voor volwassenen, zodat we dat niet te veel opknippen. Het gaat dus niet alleen om een onderscheid tussen de portefeuille van de minister en die van de staatssecretaris. Het zijn gewoon twee terreinen die echt bij elkaar horen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik bedank de minister voor haar beantwoording. De hervorming van de ggz zoals die nu voorligt, heeft de steun van D66. Het is heel goed dat het op deze manier wordt aangepakt. Een van de doelen is meer transparantie in die zorg. Het is goed om te weten dat de nadruk vooral op kwaliteit ligt. Ik heb in de brief gelezen dat in de monitor aandacht zal worden besteed aan zes verschillende onderdelen. Ik vraag nadrukkelijk of kwaliteit daar ook onderdeel van uitmaakt. Ik bedank de minister overigens voor haar toezegging om de Kamer een tussenrapportage te sturen. De minister verwijst steeds naar het hoofdlijnenakkoord. Ik begrijp dat. Het is ook te vroeg om daar nu al conclusies uit te kunnen trekken. Wat ons betreft, zal het punt van de kwaliteit daarbij heel belangrijk zijn. De minister heeft gezegd dat er een nieuwe agenda op het gebied van suïcidepreventie aankomt. Wanneer kunnen we die ongeveer verwachten?

De **voorzitter**: De minister zal meteen antwoorden. Eenieder mag één interruptie plegen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zal eerst nogmaals ingaan op de POH-ggz. Er zijn verschillende redenen waarom een huisarts ervoor kan kiezen om het niet te doen. Een van die aspecten is het werkgeverschap. Ik vind de POH-ggz zo belangrijk dat we daarvoor escapes moeten hebben, zodat die ook voor de patiënten die bij zo'n huisarts zitten wordt ingevoerd. Wij hebben geen principiële keuze gemaakt, maar er is puur uit praktische overwegingen voor gekozen. Dat kun je ook zien. Het is echt een praktische insteek geweest, en geen principiële. Het was een praktische insteek om de poortwachtersfunctie om de patiënt op de juiste plaats te krijgen, zo breed en zo zwaar mogelijk vorm te geven. Dat is het argument geweest voor onze inzet.

De heer **Kuzu** (PvdA): Wij hebben in de afgelopen weken enorme discussies gehad over allerlei misstanden in de zorg. De NZa wijst erop dat uit gesprekken met het veld naar voren komt dat het risico bestaat dat op een nare manier doorverwezen wordt naar ggz-instellingen. Als daarover signalen komen, zal de NZa daar onderzoek naar doen. Ik vind dat we de structuur niet zo moeten inrichten dat we dat soort praktijken mogelijk maken. Kan de minister hierop reageren?

Minister **Schippers**: Om dat te voorkomen, heeft de POH-ggz geen verwijsfunctie. De huisarts houdt de regie. De huisarts is degene van wie de financiering komt. Zo'n praktijkondersteuner is niet in dienst van de instelling. Hij is dus ook niet afhankelijk van de instelling. Hij is in dienst en afhankelijk van de huisarts. De huisarts doet de doorverwijzing. Dat zijn waarborgen om dat juist te voorkomen. Volgens mij is het gevaar dat het niet goed gaat, dat het niet gaat zoals wij graag willen, groter als we zeggen dat die taak altijd bij de huisarts zou moeten liggen. Maar goed, dat kan een verschil van inschatting zijn.

Mevrouw Bruins Slot heeft opgemerkt dat de rol van de familie ontzettend belangrijk is. Dat zijn wij met haar eens. Daarom wordt die rol ook stevig verankerd in de Wet verplichte ggz. En daarom wordt een patiëntenvertrouwenspersoon ook structureel gefinancierd.

GGZ Nederland heeft al aangeboden om één landelijk informatiepunt dwang- en drangtoepassingen op zich te nemen. Dat zal er dus komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister heeft in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg goede toezeggingen gedaan op het punt van het familiebeleid. Maar in haar laatste brief verbreedt ze het, in die zin dat er ook meer moet worden gekeken naar de rol van de familie als het gaat om preventie en zelfmanagement. De Wet verplichte ggz zit natuurlijk helemaal aan het eind van het proces, en niet aan het begin. Wat doet de minister aan het begin van het proces? Dat is primaire preventie.

Minister **Schippers**: Ik denk dat de rol van de familie in het hele proces van belang is, in het begin en aan het eind. Daarom willen we zowel in de brief als later in het sluitstuk de rol van de familie veel steviger verankeren dan tot nu toe het geval is geweest. Daarom financieren wij ook zo'n vertrouwenspersoon structureel en verankeren we de positie van de vertrouwenspersoon steviger.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik erken dat het structureel financieren van de familievertrouwenspersoon en het verankeren van de positie van de familie in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg goede stappen zijn. Maar de minister is dus niet van plan om nog verdere initiatieven met het veld te ondernemen om op andere manieren ook de rol van de familie te kunnen versterken? Is dat een juiste conclusie?

Minister **Schippers**: Dat denk ik niet. Er is sprake van een grote verschuiving waarmee je een veel grotere rol bij de huisarts als poortwachter legt. De huisarts heeft vaak een hele familie in zijn praktijk zitten. Hij kent die familie dus ook en weet veel meer van de context dan een specialist waar iemand een keer naar verwezen wordt. Ik denk juist dat door het hele proces dat wij nu in gang zetten, de rol van de familie van veel grotere betekenis wordt dan tot nu toe het geval is geweest. Die verankeren we dan nog op bepaalde punten. We zorgen ook nog eens voor een wettelijke verankering. Ik denk dus juist dat we daar heel zwaar op inzetten.

Het rapport van het Trimbos-instituut is inderdaad naar ons gestuurd. Het is niet zo dat ik daar niets mee heb gedaan. Wij hebben juist elementen daarvan in het hoofdlijnenakkoord verankerd. Wij hebben daarover in het hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt. Je kunt een rapport lezen en je kunt vervolgens verschillende dingen doen. Je kunt er een visie op geven, omdat je dat op dat moment belangrijk vindt. Maar je kunt er ook praktisch mee aan de slag gaan en proberen om daadwerkelijk stappen te zetten. Dat laatste hebben wij gedaan. Ik zal de Kamer nog laten weten wat volgens mij de toegevoegde waarde van een dergelijke visie zal zijn. We zien dat de ervaringsdeskundige een steeds grotere rol in de gezondheidszorg speelt. Zij worden ook vaak door ggz-instellingen ingezet. Dat gebeurt overigens niet alleen in de ggz. In de gehele gezondheidszorg spelen ervaringsdeskundigen, ook via patiëntenverenigingen, een belangrijke rol. Ik vind het ook goed dat zij die rol spelen. Zij kunnen van grote betekenis zijn als patiënten vragen hebben over wat hun te wachten staat. Patiëntenbewegingen spelen daar een belangrijke rol in, bijvoorbeeld via allerlei chatsessies. Mensen kunnen daar veel steun aan hebben. Dat kan ontzettend belangrijk zijn voor patiënten.

Dan het pakket. Ik heb aangegeven dat ik allerlei adviezen krijg over het pakket, zowel over de somatische zorg als over de ggz. Ik heb daar de vraag naast gelegd of het veld en mensen in het land die zich betrokken voelen, ook suggesties kunnen doen. Ik heb gezegd dat die suggesties voor 1 september binnen moeten zijn, zodat iedereen een halfjaar de tijd heeft. Het zou wel heel raar zijn als ik dan zeg: oké, ik heb die suggesties nog niet allemaal binnen, maar ik ga al wel maatregelen nemen. Dat ga ik dus niet doen. Ik zal in september alles bij elkaar vegen en een groslijst maken. Dan wordt alles berekend en beoordeeld en dan komen we in het

voorjaar met plannen. In het regeerakkoord staat ook dat er in 2015 pakketmaatregelen moeten plaatshebben. Als ik in het voorjaar met plannen richting de Kamer kom, kunnen wij daar uitgebreid over spreken en op tijd, voor de zomer van 2014, besluiten nemen. Dan moet het pakket immers bekend zijn.

Het is niet gezegd dat iedereen die het hoofdlijnenakkoord ondertekend heeft, hoofdbehandelaar wordt. In het hoofdlijnenakkoord staat dat we met een voorstel komen. Het is van groot belang dat een heleboel zorg die nu in de tweede lijn zit, straks naar de basis-ggz gaat. Het onderscheid dat nu wordt gemaakt en de knip die nu is aangebracht, moeten niet het onderscheid en de knip van straks zijn. Er zal heel veel complexe zorg naar de basis-ggz verhuizen. Er zullen dus ook heel veel behandelaars mee-verhuizen.

Er is voorts een vraag gesteld over de uniformering van de verwijzingsmodellen. Mevrouw Leijten is van mening dat Zorgverzekeraars Nederland daar geen rol in zou moeten hebben. Ik ben dat niet met haar eens. ZN heeft natuurlijk een belangrijke rol als het gaat om de vraag of dingen helder zijn, of declaraties transparant en te controleren zijn. Ik vind dat je dat niet uit elkaar zou moeten trekken.

Ik heb ten aanzien van DSM-IV aangegeven dat wij de inhoud van het pakket goed zullen bewaken.

De heer Slob heeft gesproken over de jeugd-ggz. Ik ben het helemaal met hem eens dat er geen sprake zou moeten zijn van een geforceerde knip. De staatssecretaris en ik denken bij de voorbereiding van voorstellen voor de jeugd-ggz gezamenlijk over dingen na. Er zitten ook mensen uit de curatieve zorg in het team dat dit voorbereidt. Het is van belang om die curatieve verbinding goed te houden. Ik vind het echter wel belangrijk dat we één woordvoerder hebben en dat we niet in allerlei overleggen los van elkaar daarover uitspraken doen. Dat lijkt mij minder goed. De staatssecretaris en ik voeren gesprekken over de overgang van de jeugd-ggz naar de ggz voor volwassenen. Iemand van 17 jaar valt onder een ander regime als iemand van 19 jaar die onder de Zorgverzekeringswet valt. Voorkomen moet worden dat er rare knippen in zitten. Nu heb je altijd knippen, in ieder systeem, maar ik ben het met de heer Slob eens dat er sprake moet zijn van een goede afstemming en dat het van verschillende kanten moet worden bekeken.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik snap dat de minister niet de woordvoering van de staatssecretaris overneemt. Uit de onderzoeken blijkt dat heel veel jongeren door de tienuursmaatregel getroffen worden en dat het echt onzeker is waar ze terecht zullen komen. Zij krijgen weliswaar heel beperkte ambulante zorg, maar als die wegvalt, wordt de schade bij die jongeren misschien nog veel groter. Dan zijn we straks wellicht nog veel meer geld kwijt om hen te helpen dan wanneer we dat in een heel vroeg stadium zouden doen. Ik zou die verbinding dus echt graag heel stevig willen houden, omdat we juist ook moeten proberen om de jongeren zo goed mogelijk te helpen, teneinde te voorkomen dat later in de ggz voor volwassenen de boel maar gaat uitdijen en de problemen alleen maar groter worden. Dat is ongelooflijk belangrijk. Ik heb voorts aangegeven dat de huisarts daar ook een cruciale rol in speelt en dat de rol van die huisarts versterkt moet worden als het gaat om het domein van de jeugd-ggz. Dat zullen we echter met de staatssecretaris bespreken.

Minister **Schippers**: De huisarts houdt gewoon de doorverwijzing. Ik verzoek de heer Slob om dit verder met de staatssecretaris te bespreken. Ik wijs erop dat er nog een onderscheid wordt gemaakt tussen zorg in natura en het pgb. Voor ik het weet, voer ik hier een langdurig zorg- en pgb-debat. Laten we dat vooral op één punt voeren! Er is gevraagd of de kwaliteit onderdeel van de monitor kan worden. Ik zeg dat toe. We nemen dat mee.

De suïcidepreventieagenda zal over een halfjaar verschijnen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb toch nog een vraag over het bestuurlijk akkoord en het hoofdbehandelaarschap. De minister zegt wel dat ze het aan het veld overlaat, maar is zij niet met mij van mening dat de ophef is ontstaan op het moment dat het onderscheid werd gemaakt tussen de gespecialiseerde ggz die multidisciplinair zou zijn en de basis-ggz die monodisciplinair zou zijn? Ik stel vast dat er juist ook veel zware zorg naar de basis-ggz gaat. Volgens mij is dat onderscheid dus amper te maken. Zou het dan niet de oplossing zijn om dat onderscheid gewoon los te laten? Dan kun je gewoon zeggen dat iemand die gekwalificeerd is om bepaalde zorg te verlenen, gewoon hoofdbehandelaar kan zijn. Punt!

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten vraagt eigenlijk of ik mijn oordeel wil geven over het advies van de inspectie. De inspectie is gevraagd om hiernaar te kijken vanuit haar expertise. Hoe ziet de inspectie dit voor zich? Vervolgens heeft de inspectie haar visie en mening gegeven. Die visie en mening zijn mede naar het veld gestuurd met het verzoek om ernaar te kijken en aan te geven hoe mensen in het veld dat zien. Ik wil het daar laten waar het nu ligt. Ik wil er niet voortijdig allerlei uitspraken over doen, omdat ik vind dat de druk op de sector maximaal moet zijn om met een eensluidend advies richting het ministerie te komen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De druk op de sector om een eensluidende conclusie te presenteren, kan heel hoog zijn. We weten echter dat de posities vastzitten. Als het gaat om het hoofdbehandelaarschap, bevinden de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de zorgverzekeraars zich aan de ene kant en bevindt de rest zich aan de andere kant. De minister kan dan ook juist de heikele steen eruit halen. Het onderscheid tussen monodisciplinair en multidisciplinair komt uit het conceptrapport van het CVZ dat nog helemaal geen definitief advies is. Je kunt dus ook zeggen: we parkeren dat; zowel in de basiszorg als in de gespecialiseerde ggz kan sprake zijn van een monodisciplinair of een multidisciplinair karakter. Zorg kan immers ook heel multidisciplinair zijn terwijl het heel lichte zorg betreft. Als je dat onderscheid laat varen, is volgens mij de kink uit de kabel. Zou de minister hier nu niet de verstandigste partij moeten zijn? We weten toch dat het al zes weken vastzit! Welke garantie heeft zij dat het veld er zelf uit zal komen als zij niet met dit voorstel komt?

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten heeft haar visie op het geheel gegeven. Dat is aan haar. Ik vind het wel bijzonder. Als ik besluiten neem, krijg ik vaak het verwijt van mevrouw Leijten dat ik onvoldoende naar het veld luister, dat ik als een olifant door een porseleinkast banjer en dat ik met ambtenaren een papieren werkelijkheid creëer. Ik zeg nu dat ik heel tevreden ben over de samenwerking met het veld tot nu toe en dat ik die samenwerking en de stem van het veld zo serieus wil nemen dat ik uitstel wil. Ik wil heel graag hun opinie horen. Maar dan is het weer niet goed! Ik vind dat heel verwarrend. Ik vind het van belang om het veld maximale ruimte te geven om tot een eensluidend advies te komen. En als het het veld uiteindelijk niet lukt, dan is het niet anders. Dan moeten er toch knopen doorgemaakt worden. Dan kan mevrouw Leijten kritiek hebben op de knopen die ik doorhak, want dan heb ik natuurlijk onvoldoende geluisterd naar het veld! Maar het is wel van tweeën een. Ik geef het veld nu extra ruimte, omdat ik het van groot belang vind om die inhoudelijke expertise te gebruiken. Ook al zijn er verschillende invalshoeken, men kan best tot een werkbaar compromis komen waarbij er wordt voldaan aan de criteria die wij stellen. Er moet sprake zijn van helderheid, zodat goed duidelijk is wat er gedeclareerd wordt, door wie en waarvoor, en dat soort zaken.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister kan hier boos over worden, maar het baart mij zorgen dat er al een week of zes een conflict ligt. Het zit ook al een week of zes vast. We weten eigenlijk allemaal waar het op vastzit. Dat weet de minister ook. Nu kan de minister zeggen dat zij haar conclusie uitstelt tot 1 juli, maar zij heeft nu natuurlijk zelf ook al een visie op het hoofdbehandelaarschap. Als het goed is, heeft zij die visie, want zij heeft een bestuurlijk akkoord ondertekend. Daar gingen mijn interrupties over. Ik vind het totaal onwenselijk dat we nu nog drie weken lang via allerlei kanalen worden beïnvloed. De minister zou ook gewoon kunnen zeggen: als we het verschil tussen mono- en multidisciplinair weghalen, dan zijn we eruit. Dat is althans mijn mening.

Minister **Schippers**: Het veld vraagt zelf om meer tijd. Moet ik dan zeggen: nee, dat krijgt u niet, want mevrouw Leijten heeft de oplossing? Dat vind ik geen verstandige reactie. Het veld vraagt om meer tijd. Men weet met welke deadlines we te maken hebben. Dan krijgt het veld van mij meer tijd. Alleen, als de partijen in het veld er zelf niet uitkomen, moet iemand de knoop doorhakken.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik bedank de minister, de collega's en de belangstellenden voor hun aanwezigheid.

Sluiting: 12.35 uur.

Volledige agenda

- 1. Rapport Landelijk informatiepunt dwang- en drangtoepassingen in de ggz
Kamerstuk 25 424-179 – Brief regering d.d. 26-04-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 2. Aanbieding Trendrapportage GGZ 2011 opgesteld door het Trimbos-instituut
Kamerstuk 25 424-180 – Brief regering d.d. 08-05-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 3. Bestuurlijk akkoord toekomst ggz
Kamerstuk 25 424-183 – Brief regering d.d. 18-06-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 4. Stand van zaken monitor eigen bijdrage ggz
Kamerstuk 25 424-181 – Brief regering d.d. 14-06-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 5. Aanbieding tussenrapport monitor eigen bijdrage ggz
Kamerstuk 25 424-189 – Brief regering d.d. 28-09-2012
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner*
- 6. Afschrift van de brief aan Zorgverzekeraars Nederland betreffende twee aangenomen moties m.b.t. Europsyche
Kamerstuk 29 689-411 – Brief regering d.d. 07-08-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 7. Stand van zaken brief naar aanleiding van de toezegging uit het AO dwang en drang d.d. 1 maart 2012
Kamerstuk 25 424-185 – Brief regering d.d. 12-07-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 8. Kabinetsreactie op advies Gezondheidsraad kennisinfrastructuur autismspectrumstoornissen
Kamerstuk 31 839-259 – Brief regering d.d. 03-12-2012
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.J. van Rijn*
- 9. Resultaten van de tweede meting van de studie Nemesis 2
Kamerstuk 25 424-193 – Brief regering d.d. 17-01-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 10. Antwoorden op vragen van de commissie over de technische vormgeving verrekening overgangsregeling kapitaallasten tweedelijns curatieve ggz
Kamerstuk 25 424-196 – Brief regering d.d. 12-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 11. Reactie op het DSW-rapport inzake verslavingszorg
Kamerstuk 24 077-308 – Brief regering d.d. 26-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
- 12. Stand-van-zakenbrief inzake Europsyche
Kamerstuk 29 689-428 – Brief regering d.d. 20-03-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*13. Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit 2012
Kamerstuk 22 894-313 – Brief regering d.d. 20-03-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*14. Beleidsreactie op het IGZ-rapport «Voorwaarden voor zorg aan zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen niet in alle regio's voldoende»
Kamerstuk 25 424-207 – Brief regering d.d. 02-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*15. Aanbieding van de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de notitie «Kostenontwikkeling GGZ» van het RIVM
Kamerstuk 25 424-204 – Brief regering d.d. 23-04-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*16. Uitkomst overleg met zorgaanbieders in eerste- en tweedelijns ggz over alternatieven voor de eigen bijdrage binnen het budgettaire kader ggz
Kamerstuk 25 424-205 – Brief regering d.d. 24-04-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*17. Voorhangbrief POH-ggz en Generalistische Basis GGZ
Kamerstuk 25 424-211 – Brief regering d.d. 17-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*