

Vergaderjaar 2023–2024

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 707

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 9 juli 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 april 2024 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 23 mei 2023 inzake bestuurlijke afspraken langdurige ggz in de Wlz en Wmo (Kamerstuk 25 424, nr. 664);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 23 juni 2023 inzake vervolg overgangsrecht ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis (Kamerstuk 25 424, nr. 668);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over therapeutische toepassing van psychedelica (Kamerstuk 29477–840) (Kamerstuk 29 477, nr. 860);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 mei 2018 inzake status vergoeding geneesmiddelen eculizumab, ribociclib en atezolizumab (Kamerstuk 29 477, nr. 480);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 14 december 2023 inzake stand van zaken palliatieve zorg en geestelijke verzorging (Kamerstuk 29 509, nr. 76);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 13 december 2023 inzake voortgang uitvoering bestuurlijke afspraken langdurige ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 676);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 december 2023 inzake eerste voortgangsrapportage aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» (Kamerstuk 25 424, nr. 677);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 21 december 2023 inzake reactie op rapport MIND-onderzoek naar wachttijden ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 678);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 21 december 2023 inzake stand van zaken cruciale ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 679);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 januari 2024 inzake reactie op verzoek commissie over**

de brief van de Nederlandse ggz ten behoeve van feitelijke vragen Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024 (Kamerstuk 25 424, nr. 680);

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 februari 2024 inzake reactie op de motie van de leden Eerdmans en Agema over het zo snel mogelijk onderbrengen van psychiatrische patiënten zonder strafblad in een instelling die bij hun complexe problematiek past in plaats van in een tbs-kliniek (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 92) (Kamerstuk 25 424, nr. 681);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 februari 2024 inzake rapportage inzake inventarisatie van laagdrempelige zorg, hulp, begeleiding en ondersteuning voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens (Kamerstuk 32 647, nr. 104);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2024 inzake reactie op de petitie Niemand mag onnodig psychisch lijden (Kamerstuk 25 424, nr. 685);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2024 inzake voortgang aanpak cruciale ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 684);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2024 inzake reactie op verzoek commissie over een stand-van-zakenbrief over de uitvoering van de motie-Den Haan (Kamerstuk 25 424, nr. 663) over het gratis maken van nummer 113 (Kamerstuk 25 424, nr. 687).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Eerdmans

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Tielen
Griffier: Wiendels

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bikker, Claassen, Dobbe, Van Eijk, Joseph, Tielen en Westerveld,

en mevrouw Helder, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 15.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal, welkom in de zaal. Welkom aan de mensen die meekijken. Welkom aan de Minister van VWS, Minister Helder. Welkom aan de Kamerleden: mevrouw Westerveld namens GroenLinks-PvdA en – dat gaat ze zo zeggen – vandaag ook namens D66, mevrouw Joseph namens Nieuw Sociaal Contract, meneer Claassen namens de PVV, mevrouw Dobbe namens de SP en mevrouw Van Eijk namens de VVD. En wie weet, misschien melden zich nog een of twee sprekers; dat zien we vanzelf. We gaan met elkaar een commissiedebat voeren, of beter gezegd dat gaat u doen onder mijn bezielende leiding, over het onderwerp geestelijke gezondheidszorg en suïcidepreventie. Daarvoor hebben we in de agenda tot 19.00 uur gepland staan. Iedere deelnemer aan dit debat heeft ongeveer vier minuten de tijd voor zijn inbreng. Ik zou willen voorstellen om tijdens de eerste termijn van de zijde van de Kamer vijf interrupties toe te staan, zodat we een goed debat met elkaar kunnen voeren. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Westerveld namens GroenLinks-PvdA.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Ja, en vandaag doe ik mijn inbreng ook namens de fractie van D66.

Voorzitter. Wat ging er door de Minister heen, toen ze de nieuwste cijfers van de wachtlijsten in de ggz zag? 97.450 wachtplekken, een jaar eerder waren dat er nog 87.000. Meer dan de helft van deze mensen wacht al langer dan de afgesproken tijd; dat heet de «treeknorm». Ik wil wel zeggen wat er door mij heen ging. Ik zal altijd strijdbaar blijven en hoop ook altijd dat we lichtpuntjes kunnen zien, maar soms weet ik het ook niet meer. Toen ik deze cijfers zag, was ik echt even uit het veld geslagen, omdat ik ook de verhalen van de mensen achter deze wachtplekken ken. Je ziet gewoon de wanhoop en het verdriet van de mensen en ook van hun naasten.

Voorzitter. Ik was ook uit het veld geslagen omdat we dit keer op keer aankarten en er niets lijkt te gebeuren, terwijl er voortdurend wel beloftes worden gedaan, bijvoorbeeld in het Integraal Zorgakkoord, het IZA. Ik doe een greep hieruit. In het IZA staat dat in 2026 de gemiddelde wachttijd voor elk type ggz vijf weken zal zijn. In een debat hierover zei ik eerder: «Minister, dit gaat u niet halen. Dit is te ambitieus. Doe nou geen valse belofte.» Maar de Minister zei dat het wel kon en gaf ook aan dat ze met de vuist op tafel zou gaan slaan om dit doel te behalen. Ik wil de Minister vragen waaruit die vuist dan concreet bestaat, want intussen groeit de wachtlijst verder.

De motie van collega Mohandis voor een landelijk dekkend netwerk voor laagdrempelige steunpunten, zoals zelfregie- en herstelorganisaties, is Kamerbreed aangenomen. Iedereen wil dit. Het moet per 2025 geregeld zijn. Dat is dus volgend jaar. Maar er bestaat nog veel onduidelijkheid bij de gemeenten over hoe dit dan precies gefinancierd moet worden. Die specifieke uitkering, de SPUK, zou er in februari van het afgelopen jaar zijn, maar die is er nog niet. Waarom niet?

Het verkennende gesprek staat in het IZA en iedereen wil dit. De Minister noemt zelf steeds GGz Breburg als goede voorloper. GGz Breburg laat echter weten dat ze deze succesvolle werkwijze misschien moeten

terugdraaien, omdat – en nu komt het – er geen betaaltitel zou zijn. Dit kan toch niet? Wanneer wordt dit geregeld?

Dan kom ik bij mijn vierde punt: de cruciale ggz. Ook daar halen de eerdere beloftes het niet. In januari vroeg ik aan de Minister of het definitietraject rondom de cruciale ggz op tijd af zijn zou voor de inkoop van 2025. Ook toen zei de Minister dat dit zou gaan lukken. Nu lees ik dat dit pas gaat lukken voor 2026. De Minister schrijft echter wel dat er in de tussentijd geen aanbod mag verdwijnen. Toen brak mijn klomp. Al sinds 2022, toen een aantal gespecialiseerde instellingen of afdelingen zouden omvallen, zeiden wij dat die niet mogen verdwijnen. De wachtlijsten groeien inmiddels weer verder. Ik wil de Minister vragen of zij het met mij eens is dat kostbare tijd is verspild. Hoe gaat zij garanderen dat deze bestuurlijke afspraken wel iets gaan opleveren?

Ik kom bij nummer vijf: het coördineren van de wachtlijsten door middel van een centraal aanmeldpunt per regio. Dit gebeurt ook onvoldoende. Ook hierop hoor ik graag een reactie.

Dan kom ik bij de zorgplicht. Ik vroeg de Minister als stelselverantwoordelijke om de NZa aan te sporen om te handhaven op de wettelijke zorgplicht. Hieraan wordt al jaren niet voldaan. Deze motie werd ontraden en werd niet door de Kamer aangenomen. Inmiddels heeft de Consumentenbond hetzelfde verzoek gedaan, zo lasen we. Hoelang kan het negeren van de zorgplicht nog doorgaan? Intussen groeien de wachtlijsten weer. Kan de Minister uitleggen wat er sinds haar aantreden concreet is gedaan om de wachtlijsten te verkorten? Er is immers veel te veel gepraat en er is veel te weinig echte actie. Die vuist missen wij.

Voorzitter. Ten slotte wil ik aandacht vragen voor het langdurig separeren in de ggz. In Trouw lasen we het verhaal van een jonge vrouw die meer dan zevenenhalve maand aaneengesloten in een isoleercel heeft doorgebracht. Hoe verhoudt dit zich tot de Wet verplichte ggz?

Voorzitter. Eigenlijk wilde ik het nog hebben over de personeelstekorten, de enorme werkdruk bij de medewerkers, de privacy van ggz-cliënten, verwarde personen en steun voor het onlineplatform zoals cliëntenorganisaties vragen. Ik weet dat een aantal collega's die vragen ook gaan stellen. Vanwege de tijd sluit ik me dus bij hen aan. Voorzitter, ik rond af. 97.450 mensen lijkt een getal, maar achter dit getal gaan zo veel verhalen schuil. Achter dit getal zit een wereld van verdriet en uitzichtloosheid, van mensen die verwachten dat de Minister echt met haar vuist op tafel gaat slaan. Ik verwacht dat ook.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Dan geef ik het woord aan mevrouw Joseph namens Nieuw Sociaal Contract.

Mevrouw Joseph (NSC):

Dank, voorzitter. Ook vanuit NSC zijn wij geschrokken, maar niet helemaal verbaasd, dat de wachtlijsten in de ggz weer zo hoog blijken te zijn en ondanks alle goede voornemens, vele akkoorden en overlegtafels zelfs zijn toegenomen. Wij vinden het belangrijk dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, die veel impact hebben op deze mensen zelf maar ook op hun naasten en op de samenleving, met voorrang behandeld worden. Daarvoor is voldoende capaciteit binnen de cruciale ggz natuurlijk van groot belang, maar de cruciale ggz staat nu al een hele tijd onder hoge druk. Kan de Minister een heldere probleemanalyse geven? Hoe is het zover gekomen? Welke prikkels in het systeem hebben ertoe geleid dat er nu te weinig aanbod is? Wat is de rol van de zorgverzekeraars hierin geweest en wat is de rol van het risicovereveningsmodel? Wat is de rol geweest van de zorgaanbieders, de NZa en de Minister zelf, waardoor het aantal mensen op de wachtlijst toch steeds weer verder toeneemt?

Mijn voorzichtige conclusie is dat in ieder geval de financiële prikkels in het systeem verkeerd zijn ingericht. Zolang dit zo blijft, gaan meer overlegtafels niet helpen. Mijn vraag aan de Minister is hoe zij deze verkeerde financiële prikkels structureel uit het systeem gaat halen. Is een vorm van gelijkgericht contracteren door zorgverzekeraars volgens de Minister een mogelijke oplossingsrichting?

Verder hoor ik keer op keer dat het aanbieden van lichtere ggz-zorg loont. Dit gaat echter ten koste van de zwaardere of complexere ggz, waardoor juist de mensen die de zorg het hardst nodig hebben, in de knoop komen. En dan heb ik het niet alleen over de cruciale ggz. Er is ook nog een soort middengroep tussen de lichte en de cruciale ggz; noem het de complexere of de zwaardere ggz, bijvoorbeeld voor persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrumstoornissen en eetstoornissen. Hiervoor zijn enorme wachtlijsten.

Binnen de groep van complexere ggz zitten ook veel mensen die gedurende hun hele leven af en toe meer of minder hulp nodig hebben. Om te voorkomen dat zij binnen ons huidige systeem van crisis naar crisis en van wachtlijst naar wachtlijst gaan, is het belangrijk om een soort levensloopbegeleiding mogelijk te maken. Bij mensen met autisme zijn hiermee al goede ervaringen opgedaan. Zij kregen een levensloopbegeleider die langdurig en levensbreed beschikbaar is, waardoor je op elk moment zonder indicaties kunt op- of afschalen in de zorg. Kan de Minister levensloopbegeleiding voor mensen met autisme breder beschikbaar maken? Ziet de Minister mogelijkheden om deze levensloopbegeleiding, of noem het «waakvlamzorg», breder toe te passen binnen de ggz?

Een complexere ggz-vraag raakt niet alleen het individu met de hulpvraag, maar een heel systeem, bijvoorbeeld de ouders, de partner en de kinderen. Het is dus ontzettend belangrijk dat er veel breder gekeken wordt en dat bijvoorbeeld ook systeemtherapie wordt vergoed. Zo voorkom je dat de omgeving overbelast raakt. Zo kun je mogelijk problemen voorkomen of eerder verhelpen dan als je alleen maar naar één individu kijkt. Deelt de Minister de mening dat systeemtherapie een grote toegevoegde waarde heeft? Kan de Minister het beroep van systeemtherapeut op de beroepenlijst van het zorgprestatie-model laten zetten, zodat gezins- en relatietherapie weer beter toegankelijk worden? Bewezen effectieve oplossingen uit de praktijk, en niet de overlegtafels, kunnen volgens Nieuw Sociaal Contract op korte termijn al een groot verschil maken, ook al lossen ze misschien niet in één keer alle problemen op.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Inmiddels heeft mevrouw Bikker namens de ChristenUnie zich bij ons aangesloten. Ik zie dat mevrouw Dobbe nog een vraag heeft voor mevrouw Joseph.

Mevrouw Dobbe (SP):

Dank u wel, mevrouw Joseph, voor de goede inbreng. Ik had nog wel een vraag. U begon in uw inbreng over de manier van financieren van de ggz. Ik vraag me af hoe NSC kijkt naar de markt in de ggz, dus de marktwerking die daarin is ingevoerd, met concurrentie tussen de zorgaanbieders et cetera. Is dat ook volgens NSC iets waarvan we af moeten omdat dit geen markt is, zoals zo veel dingen geen markt zijn?

Mevrouw Joseph (NSC):

Een beetje in aansluiting op wat mevrouw Dobbe zegt, heb ik inderdaad zorgen over de financiële prikkels die nu in het systeem zitten. Ik heb het gevoel dat iedereen elkaar een beetje in de klem houdt. Dat de zorgverzekeraars misschien niet de goede prijs bieden vanwege het risicovereven-

ningsmodel. Dat de zorgaanbieders niet genoeg inkopen vanwege omzetplafonds of budgetplafonds; ik weet niet welke namen er allemaal voor zijn. En dat daardoor het systeem op meerdere schakels gewoon vastloopt. Daar moeten we echt naar kijken. Anders kunnen we blijven overleggen, maar daarmee lossen de wachtlijsten niet op.

De voorzitter:

Dan geef ik het woord aan meneer Claassen namens de PVV.

De heer Claassen (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik zou graag de huidige hemeltergende situatie waarin de sector zich bevindt, willen schetsen. Daar hebben de sprekers voor mij het over gehad en met grote waarschijnlijkheid zullen de sprekers na mij het daar ook over hebben. De mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking staat al langere tijd onder druk. De kranten staan vol met berichten over de politie die de handen vol heeft aan verwarde personen. Krantenkoppen vertellen over psychiatrische patiënten die in zeer beveiligde tbs-cellen verblijven omdat er geen passende plek voor deze mensen is. Dit gaat om zeker 110 mensen.

Vandaag spraken de partijen ook plenair over de problematiek binnen de detentie. Het bizarre is dat we een aantal weken later in dezelfde krant lezen dat er geen plek is voor tbs'ers. Tbs'ers die te lang op een plek moeten wachten, worden hiervoor financieel gecompenseerd. De laatste jaren is hieraan al ruim € 200.000 uitgekeerd en de aantallen blijven alleen maar oplopen. Wat de PVV-fractie betreft gaat dit alle logica voorbij. Wat vindt de Minister zelf van deze bizarre situatie, waarbij degene die zorg nodig heeft wordt opgesloten zonder zorg en degene die wacht op een gesloten plek financieel wordt gecompenseerd met belastinggeld, terwijl er bezuinigd is op de geestelijke gezondheidszorg? Daarover debatteren we vandaag dan ook.

Hoe heeft deze situatie nu kunnen ontstaan, vraag ik de Minister. Wat ons betreft is dat door het volgende. In 2013–2014 is er enorm bezuinigd op de intramurale plekken en dit heeft tot capaciteitsproblemen geleid. Dat heeft enorme problemen veroorzaakt bij de zware gevallen binnen de psychiatrie. De PVV-fractie heeft zich hiertegen al jaren uitgesproken en is altijd tegen deze bezuinigingen geweest.

Tijdens het vorige commissiedebat Ggz/suïcidepreventie is een motie van mijn collega Agema aangenomen, welke de regering verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit te laten onderzoeken of een beschikbaarheidsbijdrage een duurzame oplossing biedt voor de aanhoudende, onvoldoende beschikbaarheid van de cruciale ggz voor de zwaarste patiënten. Uit dit onderzoek blijkt nu dat de NZa geen advies kán geven. Als struikelblok geven ze op dat een heldere definitie van «cruciale zorg» ontbreekt. Hierdoor kunnen de zorgverzekeraars niet tot passende financiering komen. Wij vragen ons af wat hier dan nu aan de hand is. Het ontbreken van een heldere definitie kan toch niet leiden tot een afwachtende houding in het uitvoeren van de aangenomen motie? We vragen daarom ook een actievere rol van de Minister.

In het rapport Samen onze ambitie op cruciale ggz realiseren wordt een werkdefinitie van cruciale ggz genoemd, alsmede een beschrijvende benadering door Bureau HHM tot zes categorieën. De vraag is of deze definitie inmiddels al wel is geformuleerd om te kunnen gebruiken voor contracteringsafspraken. Met andere woorden: wat is nu de status van de motie-Agema op stuk nr. 652 (25 424)?

Er zijn mensen die van ons afhankelijk zijn en die echt niet meer kunnen wachten. Mensen met een psychische aandoening en een langdurige intensieve zorgvraag kunnen sinds 2021 rechtstreeks toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg, mits zij voldoen aan de geldende toegangscriteria. Sindsdien is er sprake van een aanhoudende, hoger dan verwachte instroom van deze groep mensen in de Wlz. Ook de haalbaarheid van de

zorg in de Wlz staat hierdoor onder druk, zowel in personele zin als in financiële zin. Hoe zit het met de juridische en beleidsmatige verkenning van mogelijke wettelijke aanpassingen in de Wlz en de Wmo om de haalbaarheid te verbeteren? Dit is ons nog steeds niet duidelijk. De maatschappij verhardt en verandert. Het aantal verwarde personen neemt toe. Er is sprake van meer agressie, ook tegen zorgmedewerkers. Het aantal steek- en schietpartijen neemt toe. Mentale gezondheid heeft namelijk een enorme impact op het welbevinden van mensen en hun omgeving, het systeem. Het zorgen dat mensen mentaal gezond zijn en blijven is van groot belang en wordt zelfs geassocieerd met een langere levensverwachting van vijftien tot twintig jaar. Met andere woorden, het betreft een maatschappelijke en economische waarde, waardevol genoeg om in te zetten op het verbeteren van de mentale gezondheid. Laten we het probleem dus bij de bron aanpakken en zorgen dat de juiste behandeling bereikbaar is voor degene die deze nodig heeft. Voorzitter, tot slot. Uit het onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat eind januari 2024 duizenden psychologen en psychiaters geen contract hadden met een of meerdere zorgverzekeraars, terwijl er honderdduizenden verzekerden wachten op een ggz-behandeling. Dat kan niet waar zijn. Kan de Minister toelichten hoe dit heeft kunnen gebeuren? Is dit ook een van de oorzaken van de oplopende wachttijden in de ggz? Wat is daar ondertussen al aan gedaan, vraag ik de Minister.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Claassen. Voordat ik verderga, geef ik mevrouw Westerveld de gelegenheid voor een interruptie.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Meneer Claassen haalt terecht een aantal onderwerpen aan waarbij het stikt. Uit zijn betoog komt heel duidelijk naar voren dat er soms niet wordt ingegrepen, omdat we dan weer wachten op bijvoorbeeld de definitiediscussie of omdat de Minister en de NZa zaken van elkaar verwachten. Een van de problemen die ik zie, is dat het lijkt alsof het stelsel zo is georganiseerd dat uiteindelijk niemand meer verantwoordelijk is. Dat heb ik in de afgelopen debatten ook weleens gezegd. Ik vraag de heer Claassen van de PVV of hij het met mij eens is dat om het stelsel te verbeteren, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden veel beter belegd moeten zijn zodat er niet meer naar elkaar gewezen kan worden.

De heer Claassen (PVV):

We hebben het in dit debat over dit probleem en we hebben het binnen de acute zorg over dit probleem. Bij een heleboel gezondheidsvraagstukken komt dit onderwerp naar voren. Toen ik met deze portefeuille begon, heb ik in een bijeenkomst eens gekscherend gezegd: je hoeft maar een wet te pakken, er twee letters achter te zetten en je hebt binnen de gezondheidszorg een wet te pakken. Dat geeft aan dat het heel lastig is om de gezondheidszorg goed te organiseren voor de mensen die het nodig hebben. Dus ja, ik kan in die zin de visie die u geeft wel volgen, maar ik weet aan de andere kant ook dat als we het echt zouden willen veranderen, we naar een hele stelselwijziging toe moeten. Het is dan heel lastig aan welke knop je zou moeten draaien en wat dit dan zou betekenen voor de mensen die nu gewoon zorg nodig hebben. Het is een behoorlijke uitdaging. Wij zijn altijd bereid om het daar met elkaar over te hebben en dat kan gelukkig in deze commissie ook goed. Maar wat is dan het punt op de horizon? Niet alleen in de ggz overigens, maar ook binnen de jeugdzorg, de eerstelijnszorg en noem maar op.

De voorzitter:

Mevrouw Westerveld, in tweede instantie.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Ik begrijp het antwoord wel. We moeten uitkijken dat we niet een heel stelsel op de kop gaan zetten, omdat mensen daar nu niet mee geholpen zijn. Dat is ook absoluut niet wat ik zou willen. Wat ik al wel als vooruitgang zou zien, is dat de NZa wat steviger handhaaft, bijvoorbeeld als zorgverzekeraars onvoldoende inkopen en daardoor mensen veel te lang op de wachtlijst blijven staan. We hebben al tientallen jaren treeknormen, maar men houdt zich daar ook al tientallen jaren niet aan. Je kunt ze beter niet hebben dan zo'n afspraak maken terwijl we met elkaar weten dat het toch niet gaat lukken. Of er moet ingegrepen worden en dat zou mijn voorkeur hebben. Kan meneer Claassen van de PVV dan bijvoorbeeld het pleidooi steunen dat wij al eerder hebben gegeven en dat de Consumentenbond nu ook houdt, namelijk dat er dan maar sancties moeten volgen op het moment dat weer niet aan dit soort normen wordt voldaan?

De heer **Claassen** (PVV):

Ik beëindigde mijn inbreng met het verhaal rondom de Consumentenbond, die aangeeft dat er een groot aantal psychologen en psychiaters zijn die geen contract hebben met een of meerdere verzekeraars. We hebben ook die zorgplicht. Daarop zou de NZa moeten toezien. Misschien moeten ze dat strenger doen. Of dat dan met maatregelen of wat dan ook moet zijn, weet ik niet. We hebben recent meegemaakt dat de NZa dat heeft gedaan. Misschien zou dat hier ook passend zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe, heeft u een interruptie of wilt u aan uw bijdrage beginnen? Een interruptie nog van mevrouw Dobbe voor meneer Claassen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Op het moment dat de markt werd ingevoerd, ook in de ggz, was die discussie over stelselwijziging niet zo hevig. Het is wel apart om dat nu te bedenken. Toen kon het allemaal wel. Ik heb hier artikelen liggen vanaf 2011 toen allerlei partijen al aan de noodrem trokken en de noodklok luidden, omdat het toen al niet goed ging. We zijn dus al heel lang aan het modderen. Ik hoorde de PVV refereren aan bezuinigingen die in de ggz zijn doorgevoerd. Die waren fors en het waren er veel en de PVV is daar altijd tegen geweest. Volgens mij is dat heel goed. Is het dan nu geen tijd om te zeggen: die bezuinigingen draaien we terug?

De heer **Claassen** (PVV):

Die vraag had ik wel verwacht. Ons punt dat de ggz toegankelijk moet zijn voor iedereen die het nodig heeft, staat nog steeds overeind. We moeten gaan kijken wat daarvoor nodig is. Dat heeft met allerlei dingen te maken. Dat heeft te maken met arbeidsmarktproblematiek. Dat heeft te maken met de hele keten van de zorg die we aanbieden, van het gaan van het eigen netwerk naar de huisarts en dan de doorverwijzingen. Het is heel complex. Op de vraag hoe de zorg eruit moet gaan zien en hoe die bekostigd moet worden, wil ik toch ook in deze commissie met enige terughoudendheid reageren. Ik kan geen concrete uitspraken doen of we daarop zouden moeten bezuinigen of dat er 100 miljard meer naartoe zou moeten, bij wijze van spreken. Ik begrijp uw vraag, maar ik wil hier nu geen uitspraken doen over of we moeten bezuinigen of er veel geld in moeten gaan stoppen, als u mij dat niet kwalijk neemt.

De **voorzitter**:

Dat klonk bijna als uitlokking. Mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Nee, dat neem ik u niet kwalijk, maar ik vraag me wel af of de PVV nog steeds het standpunt heeft dat ze had op het moment dat er betoogd werd tegen de bezuinigingen op de ggz, want de PVV deed dat met een reden. Het is ook gebleken dat dit geen goed idee was. Het was heel goed dat de PVV dat toen deed. Volgens mij zijn de omstandigheden en de argumentatie in die zin niet anders. Ik herhaal toch mijn vraag, want nu wordt een antwoord gegeven van «ik wil er niet op vooruitlopen of er geïnvesteerd moet worden, of misschien wel bezuinigd». Ik mag toch hopen dat dat niet de uitkomst wordt. De argumentatie staat nog steeds en kunnen we dan op de PVV rekenen op het moment dat er geld bij moet, want het is duidelijk dat dit moet.

De heer **Claassen** (PVV):

Nou, laat ik dan volstaan met het antwoord dat er in ieder geval niet verder afbreuk aan gedaan moet worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we toegekomen aan de bijdrage van mevrouw Dobbe namens de SP.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Bijna 100.000 mensen in Nederland wachten op geestelijke gezondheidszorg. Het aantal neemt niet af, maar toe. En wat erger is: heb je een complexe zorgvraag, dan moet je nog langer op hulp wachten. Ik noem een voorbeeld van iemand die met de krant Trouw heeft gesproken: iemand met een trauma en een eetstoornis kreeg geen traumabehandeling zolang ze 45 kilogram woog. En voordat ze werd behandeld voor haar eetstoornis, kreeg ze te horen: doe iets aan je trauma. En dan blijf je ellenlang in het systeem ronddolen. Dit is heel schrijnend. Dit is een falend zorgsysteem. Vindt de Minister dit ook? Erkenning is nodig om verkeerde besluiten terug te draaien en om niet dezelfde fouten te maken om vervolgens weer goed verder te kunnen. Graag een antwoord hierop. Vindt de Minister ook dat dit zorgsysteem nu faalt?

MIND riep in een petitie terecht op om het zorgstelsel te veranderen, omdat niemand langer hoort te wachten dan is afgesproken. Heel terecht. Elementen die het huidige systeem kenmerken, zoals de hoge mate van concurrentie tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars die hun wettelijke zorgplicht onvoldoende nakomen, en een sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid van burgers, hebben de afgelopen jaren niet de gewenste oplossing gebracht. Het lijkt me duidelijk dat dit inderdaad zo was. Is dit de Minister ook duidelijk? Want deze maand lasen we in de reactie van de Minister dat een zekere mate van concurrentie helpend en zelfs nodig is. Dan vraag ik mij af waarop die uitspraak is gebaseerd. Dat kunnen toch niet de resultaten zijn die we nu al jaren zien, want die zijn dramatisch. Is de Minister bereid om serieus te kijken naar het stoppen van de marktwerking en de concurrentie, te beginnen in de cruciale ggz? We hebben onlangs vragen aan de Minister gesteld over het recordaantal mensen met verward gedrag. Ik heb hierover politieagenten gesproken. Als je hen vraagt of er een toename is geweest van mensen met verward gedrag waarmee zij te maken krijgen, zeggen ze allemaal zonder enige twijfel ja. Die zien ze. Zij krijgen er tijdens hun werk mee te maken op straat en in de buurten. Mensen komen in de cel terwijl ze zorg nodig hebben. Dat zeggen de politieagenten ook. Op de vraag of de Minister een relatie ziet tussen de toename van mensen met verward gedrag en de bezuinigingen op de ggz, zegt ze twee dagen geleden nog dat ze die niet ziet. Graag een reflectie van de Minister op dit verschil tussen de papieren werkelijkheid en wat er in de echte wereld gebeurt.

Dan de budgetplafonds. MIND zei hierover vorig jaar dat er ggz-aanbieders zijn die al in april of mei nee moeten zeggen tegen nieuwe patiënten, want ze krijgen dan al geen geld meer van de zorgverzekeraar.

Dat kan toch niet? Budgetplafonds met bijna 100.000 mensen op een wachtlijst! Graag een reflectie van de Minister op wat ze hierin anders gaat doen dan ze deed. Hoe kunnen we van die budgetplafonds af komen zodat we die wachtlijsten in ieder geval niet nog langer maken dan nodig is?

Dan wil ik nog de HoNOS+-vragenlijst bespreken. Hierin worden persoonlijke gegevens en informatie van heel veel mensen verzameld. Daarmee is door de NZa een database aangelegd met gegevens van ongeveer 800.000 mensen. Hieraan zitten grote risico's en bezwaren vast. Actiegroep Vertrouwen in de GGZ vindt dit bijvoorbeeld een onacceptabele schending van het medische beroepsgeheim en de privacy, stelt dat het drempelverhogend werkt om professionele hulp te vragen, en zegt dat wetenschappelijke onderbouwing van het nut ervan mist. Is de Minister bereid hiermee nu te stoppen en samen met patiënten en zorgverleners hierover om tafel te gaan zitten?

Dan echt tot slot, de aandacht voor onze zorgverleners. De werkdruk is gigantisch, de administratie is gigantisch, het werkplezier neemt af en de beloning is karig als je het vergelijkt met andere publieke sectoren. Welke aandacht heeft de Minister hiervoor? We hebben hier vaak zorgdebatten en ik kaart het elke keer aan, maar er komt maar geen oplossing. Ik vraag me af welke aandacht er is voor de medewerkers die werken in de ggz.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dobbe. Dan gaan we door naar mevrouw Van Eijk, die spreekt namens de fractie van de VVD.

Mevrouw Van Eijk (VVD):

Als je mentaal in de knoop zit, wil je dat er snel goede en passende zorg beschikbaar is. Soms ben je met een onlineconsult goed geholpen en kun je met een aantal handvatten zelf met je mentale gezondheid aan de slag. Soms is intensieve en langdurige zorg nodig. Ik ben nog geen twee weken woordvoerder op dit dossier. Ik heb het idee dat resultaten die belangrijke verbetertrajecten moeten opleveren maar mondjesmaat tot stand komen. Kortom, er moet nog veel gebeuren.

In dit debat wil ik namens de VVD een drietal onderwerpen naar voren brengen. Evenals mijn voorgangers vraag ik aandacht voor de wachtlijsten en de wachttijden. Het IZA heeft ambitieuze doelen gesteld om deze problematiek echt aan te pakken. De wachttijden in de ggz lopen echter al geruime tijd op. Een goed inzicht en overzicht van lengte en samenstelling van wachtlijsten is er nauwelijks. Verzekeraars, zo lijkt het, beschikken over onvoldoende wachtlijstinformatie om wachtlijstbemiddeling goed toe te passen. Overigens krijgen we hier heel verschillende signalen over. Zorgaanbieders moeten wachttijdgegevens direct versturen naar de NZa via het Zorgbeeldportaal. Er zijn fluctuaties in het aanleveren van wachttijdgegevens en die zorgen voor een niet-representatief beeld en onbetrouwbare uitspraken over wachtlijsten. De NZa heeft hier een verbeteraanpak op gezet. Kan de Minister inzicht geven in de resultaten hiervan? Is zij hierover tevreden? Wat moet er volgens de Minister nog gebeuren om ervoor te zorgen dat de gegevens over wachtlijsten volledig en juist zijn en blijven? En is de recent gepubliceerde informatiekaart wachttijden volledig en actueel? Hierop aanvullend vraag ik de Minister of zij onderzoek wil doen naar de groei van doorverwijzingen naar de gespecialiseerde ggz en de oorzaken die hieraan ten grondslag liggen. Ten tweede. Zichtbare impact van de brede aanpak van het onderwerp «mentale gezondheid». Deze aanpak wordt gemist en het bereik lijkt vooralsnog beperkt. Ik heb begrepen dat acht organisaties de krachten bundelen in de realisatie van een centraal digitaal platform voor jongeren en jongvolwassenen met lichte mentale klachten. De VVD juicht dit soort ontwikkelingen toe. Wordt dit digitale platform door het ministerie ondersteund? Het programma voor de mentaal gezonde onlineomgeving

bevindt zich in de opstartfase. Wie staan er aan de lat om dit programma vorm te geven? Hoe komen we van denken en informatie verzamelen naar uitvoering, actie en doen?

Tot slot. Mevrouw Westerveld noemde ook al de laagdrempelige inloopvoorzieningen en steunpunten. Kamerbreed is er grote steun voor deze voorzieningen. De VVD is blij dat de Minister voor 2025 de bekostiging voor de verkennende gesprekken wil regelen. Deze zijn van grote waarde om ervoor te zorgen dat een persoon op de juiste plek met de juiste hulp en ondersteuning geholpen is. Dit jaar kunnen zorgaanbieders voor de bekostiging gebruikmaken van de bestaande facultatieve prestatie in het zorgprestatiemodel. Hoe gaat dat tot nu toe? En wat is de stand van zaken met betrekking tot het landelijk dekkend netwerk van steunpunten?

De voorzitter:

Dank u wel. Als u de microfoon uitzet, geef ik de gelegenheid voor een paar interrupties. Allereerst aan mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat door verschillende deelnemers aan dit debat de vinger op de zere plek wordt gelegd. Al kan ik me wel voorstellen dat we nog wat verschillend over oplossingen denken. Ik heb een specifieke vraag aan mevrouw Van Eijk over het onderzoek dat ze noemde naar de doorverwijzingen naar de specialistische ggz. In de afgelopen jaren weten we dat het knelt. We weten dat het aantal bedden is afgebouwd. Over of dat wel of geen goed idee is, kan een discussie worden gevoerd. Ik denk zelf dat het is doorgeslagen. Voor sommige mensen hebben we echt specialistische plekken nodig. Wat zou mevrouw Van Eijk precies uit zo'n onderzoek willen halen? Betreft dat niet de professie van hulpverleners zelf? Moeten zij niet gewoon kunnen doorverwijzen als ze denken dat iemand specialistische ggz nodig heeft in plaats van dat wij weer om een onderzoek vragen? Ik ben weleens bang dat onderzoeken soms kunnen afleiden van het aanpakken van daadwerkelijk grote knelpunten.

Mevrouw **Van Eijk** (VVD):

Ik denk dat mevrouw Westerveld terecht zegt dat je de professionaliteit van de zorgverlener niet ter discussie moet stellen. We moeten daarop kunnen vertrouwen en bouwen. Op het moment dat je in de cijfers bepaalde ontwikkelingen ziet die echt afwijkend zijn en niet aansluiten op hetgeen je zou verwachten, kan het volgens mij geen kwaad er nog een keer goed naar te kijken zonder alles overhoop te gooien. Ik probeer me niet te verschuilen achter nog een onderzoek, want ik weet dat we vooral in actie en beweging moeten komen, maar op het moment dat er opvallende zaken in zitten, moet je daar wel goed naar kijken. Dat is wat ik de Minister vraag.

De voorzitter:

Mevrouw Dobbe heeft ook een interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat het op dit moment verre van goed gaat met zo veel mensen op de wachtlijst. Om vooruit te kunnen, moeten we ook kijken naar welke analyse er is van het ontstaan van deze wachtlijsten en van waarom het nu niet goed in de ggz gaat. Dit heb ik vanmiddag van de VVD nog niet gehoord. Wat is de analyse van de VVD? Waarom staan er nu zo veel mensen bij de ggz op de wachtlijst?

Mevrouw **Van Eijk** (VVD):

Als het antwoord daarop makkelijk was, hadden we daar met z'n allen over kunnen beschikken. Ik heb het antwoord niet. Ik zie wel dat inzicht en overzicht er aan de ene kant lijken te zijn en aan de andere kant worden

bestreden. Ik krijg er op dit moment ook niet de vinger op of de overzichten inderdaad compleet, volledig en actueel zijn. En of er wel of niet dubbeltellingen in zitten. Of dat iedereen de juiste zorg kan krijgen op de juiste plek en door de juiste aanbieder op het moment dat die zorg nodig is. In de afgelopen jaren is er wel wat aan de hand geweest. Het beroep op de zorg is enorm toegenomen. Volgens mij moet je het vanuit twee kanten bekijken. Enerzijds moet je het aanpakken, maar je kan niet blijven wegstaren van de onderliggende oorzaken en de vraag of inderdaad, wat ik net al zei, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste aanbieder altijd geboden kan worden. Ik vind het een hele grote vraag en ik heb er geen rechttoe, rechtaan antwoord op.

De voorzitter:

Mevrouw Dobbe, uw laatste interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Het is inderdaad een brede vraag. Ik zal de vraag preciseren. Zou het kunnen dat de wachtlijsten niet een natuurverschijnsel zijn, omdat mensen nu ineens heel veel meer zorg nodig hebben, maar ook te maken hebben met jarenlang bezuinigingsbeleid en het introduceren van de markt in de ggz? Is het dan niet goed om te reflecteren op welk effect dat heeft gehad, zodat we ook verder kunnen en het in de toekomst beter kunnen doen? Graag een reflectie van de VVD op het eigen beleid.

Mevrouw **Van Eijk** (VVD):

Ik val in herhaling. Volgens mij willen we allemaal hetzelfde, namelijk dat mensen die zorg nodig hebben op een goede manier worden geholpen. Dat begint bij het duidelijk krijgen van de zorgvraag en dat je niet te zware zorg moet leveren, maar ook niet te lichte zorg moet leveren. We zijn met z'n allen daarnaar aan het zoeken. In het IZA en andere akkoorden zijn goede afspraken gemaakt over hoe we daarin een stap vooruit kunnen zetten. Ik zou niet willen terugkijken. Het is ook niet nuttig om al die analyses opnieuw te doen, want die zijn al heel vaak gedaan. Het gaat mij erom dat we ervoor zorgen dat we eindelijk de afspraken die zijn gemaakt en de ambities die zijn uitgesproken, voor elkaar gaan krijgen.

De voorzitter:

Mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Daar heb ik dan nog wel een vraag over. Ik begrijp de beantwoording en natuurlijk moeten ambities en zaken die zijn afgesproken, onder meer in het IZA, worden nagekomen. Als we dan zien – ik noemde in mijn bijdrage een vijftal punten – dat een aantal zaken wel zijn beloofd, omdat we dat met elkaar willen, maar toch niet worden nagekomen of dat een belofte wordt gedaan en er wel iets wordt geleverd, maar dat we dan nu in een brief lezen dat het toch weer vertraging oploopt, zou ik aan mevrouw Van Eijk willen vragen wat ze daarvan vindt. Vindt ze dat we als Kamer misschien een wat stevigere rol moeten pakken om het kabinet te houden aan afspraken die samen met het zorgveld zijn gemaakt? Ziet ze daar ook een rol in voor ons gezamenlijk als woordvoerders?

Mevrouw **Van Eijk** (VVD):

Daar vindt u mij in. Daar begon ik mijn inbreng volgens mij mee. Er zijn allerlei ambities. Er zijn allerlei afspraken gemaakt en we moeten er met elkaar voor zorgen dat die ook worden nagekomen en waargemaakt, onder andere door elkaar daarop aan te spreken. In de brieven zie ik nu vooral vertraging terug. Ik zie wel degelijk dat eraan wordt gewerkt en dat er bewegingen zijn, maar we zijn er nog lang niet. Dan is de vraag of de afspraken die we op voorhand met elkaar hebben gemaakt misschien te

ambitieuus en niet realistisch zijn geweest. Maar dan moeten we ook naar onszelf kijken. Ik ben het eens met mevrouw Westerveld dat we elkaar daarop moeten blijven bevragen en zeker ook het kabinet daarop moeten bevragen.

De voorzitter:

Dan zijn we toe aan de inbreng van mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Na een mooi debat over suïcidepreventie afgelopen dinsdag met al deze woordvoerders in verschillende rollen, is het goed dat we het vandaag over de ggz hebben. Zonder goede geestelijke gezondheidszorg zijn we ook op dat terrein nergens. Goede geestelijke gezondheidszorg is dus essentieel. Voor ik het vergeet: deze inbreng doe ik mede namens de collega's van de SGP.

We willen allemaal een samenleving waarin mensen naar elkaar omzien en er voor iedereen plek is, juist ook voor mensen die een psychische variatie hebben, voor mensen voor wie het soms even tegenzit. En geldt dat soms niet voor ons allemaal? Wat zou het goed zijn als we een samenleving kunnen zijn waarin we geduld hebben op het moment dat het even wat minder goed met je gaat, waarin we doorhebben dat het moordende tempo van deze maatschappij en ook wat er op de socials passeert effect hebben, en waarin we interesse blijven houden in de mensen om ons heen, juist ook op die momenten dat het even tegenzit. Dat iedereen met het eigen talent tot bloei kan komen en dat we elkaar daarin versterken, is voor mij iets waarvoor ik elke dag op wil staan. Laat zorgzaamheid een van de waarden zijn waar Nederland groot in is. Dan is er nog wel wat werk aan de winkel. Zeker als we dit debat met elkaar voeren, voelen we dat denk ik allemaal. Wat mij betreft komt zo'n samenleving dichterbij op plekken als de zelfregiecentra. Dat zijn prachtige plekken waar ervaringsdeskundigen anderen kunnen helpen, laagdrempelig, steunend. Toch komen ze onvoldoende van de grond. Wil de Minister de regie pakken om dit samen met gemeenten te regelen en de middelen te zoeken die daarvoor nodig zijn? Kan zij ons daarover informeren?

Het digitale platform dat in ontwikkeling is – mijn collega hier naast mij had het er al over – biedt een laagdrempelige plek voor jongeren om aan te kloppen. Ook Koningin Máxima steunt dit. Dan zou je zeggen dat dit allemaal in één keer goed gaat komen. Maar ik vraag de Minister om ook haar een duwtje te geven, inclusief de structurele middelen die nodig zijn. Voor de vragen over het verkennende gesprek sluit ik me aan bij collega Westerveld.

Voorzitter. We hebben sterke sociale verbanden nodig die lokaal het vangnet zijn voor mensen bij wie het leven niet meezit. Het versterken van de sociale basis is een van de speerpunten van het GALA. Hoe haakt de Minister hierop aan vanuit haar verantwoordelijkheid voor de ggz? En hoe voert zij met gemeenten het gesprek over de verbinding tussen ggz en sociaal domein? Hoe loopt de voortgang van de doelen uit het IZA op dit vlak? En voor de luisteraars thuis: sorry voor alle vakjargon. Ik geef daar graag uitleg over op een van de socials, maar anders red ik het niet. We hebben de afgelopen weken meerdere keren berichten gezien over euthanasie in de psychiatrie en de vraag daarnaar. Ik vraag de Minister hoe zij het met haar rol om goede ggz-zorg te bieden, rijmt als een collega – de Minister voor Medische Zorg – uitspreekt dat psychiaters minder terughoudend zouden moeten zijn op dit thema om euthanasie bij hun patiënten te verlenen. Eerlijk gezegd heb ik daar wat twijfels bij en dan formuleer ik het in alle rust. Ik maak me zorgen over de normaliserende werking van zoveel aandacht in de media, terwijl het een heel ingewikkeld onderwerp is. We moeten het leed erkennen, ook van de

mensen die langdurig wachten en zich in een uitzichtloze situatie voelen en daarin zoekend zijn. Ik verzet me wel tegen een veranderend sentiment over dit onderwerp. Erkent de Minister dat een psychiatrisch patiënt een veel complexer ziektebeeld en een veel onzekerder toekomstperspectief en kans op herstel heeft dan iemand met een ziekte als kanker, waar een heel ander traject aan verbonden is? En past dan geen terughoudendheid in uitspraken hierover vanuit de politiek?

Over de wachtlijsten is al veel gevraagd. Gezien de tijd sla ik mijn vragen daarover over, omdat mijn collega's daarover vragen hebben gesteld. Ik sluit me in het bijzonder aan bij de vraag over de NZa. Als ik bladzijde 3 van haar laatste brief lees, vraag ik wat de Minister nodig heeft om telkens weer de NZa aan te sporen in de eigen verantwoordelijkheid.

Als laatste kom ik op het zorgprestatie-model. Dat zou een verbetering moeten zijn, maar zorgt ten minste nog voor veel gedoe. Elke handeling moet geregistreerd worden en voor coördinerende activiteiten of overleg is geen tijd. Ziet de Minister dat dit beter moet en hoe gaat ze daaraan werken?

Collega Joseph heeft het al gehad over relatie- en gezinstherapie en systeemtherapie. Bij haar vragen daarover sluit ik me aan. Dat is het voor- of nadeel als je als laatste bent.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bikker. Dat betekent dat we aan het einde zijn gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De Minister heeft vast wat tijd nodig om haar eerste termijn voor te bereiden. Een halfuurtje? Ik schors dit commissiedebat en zie u om 16.10 uur in deze zaal weer terug.

De vergadering wordt van 15.40 uur tot 16.11 uur geschorst.

De voorzitter:

Welkom terug allemaal. In het commissiedebat met de titel Geestelijke gezondheidszorg en suïcidepreventie zijn we toegekomen aan de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Dat betekent dat ik de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zo het woord ga geven. Ik sta de Kamer wederom maximaal vijf interrupties toe.

Minister Helder, het woord is aan u.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal eerst even zeggen hoe ik het ga doen. Dan zal ik een korte inleiding houden. Vervolgens heb ik de vragen ingedeeld in de blokjes wachttijden, de cruciale ggz in het kader van het IZA, overige vragen over het IZA, het sociale domein en de huisartsen. Dan heb ik vragen over het stelsel en de omzetplafonds, dan vragen over zorg en veiligheid, en dan heb ik ook nog een blokje overig.

De voorzitter:

Ik heb meegeschreven, dus het komt allemaal goed.

Minister Helder:

Het komt goed.

De voorzitter:

Dat waren het stelsel en de omzetplafonds.

Minister Helder:

Het voelt een beetje aan als nationaal dictee.

De voorzitter:

Daarmee raakt u bij mij een gevoelige snaar. Gaat u verder.

Minister Helder:

Dan serieus, want voordat ik begin met de beantwoording en we de diepte ingaan, wil ik eerst dit gezegd hebben tegen de mensen om wie het gaat. Ik zie jullie en ik hoor jullie verhaal. Dat is het verhaal achter de wachtlijst. Ik hoor dat soms via werkbezoeken en heel vaak via brieven of via de zorgverleners, ouders, broers, zussen, ervaringsdeskundigen en vooral ook patiënten en cliënten die ik spreek. En soms ook, best vaak, uit mijn eigen omgeving. Zoals het verhaal van een student met een angststoornis die vertelt niet meer uit bed te kunnen komen. Of de jonge moeder die maar niet uit de somberheid kan ontsnappen. Of degene met een eetstoornis die inmiddels eindelijk kan toegeven dat ze zorg nodig heeft, maar die veertien maanden op een intake moet wachten. Of de ouders van een kind met depressieve gevoelens dat zich uitlaat over zelfdoding, aan automutilatie doet en op een opname wacht die maar niet komt. Ik ken ze persoonlijk. Ik ken ze in mijn eigen omgeving. En dat motiveert mij enorm, iedere dag weer, om mijn tanden te zetten in toch ook een ogenschijnlijk onmogelijke taak van het naar beneden brengen van de wachtlijsten in de ggz.

Ik zie dat we echt met een hele forse uitdaging te maken hebben, want de mentale fitheid van volwassenen en jongeren staat op dit moment enorm onder druk. Het aantal volwassen mensen met enige psychische stoornis steeg in ruim tien jaar tijd naar ruim 26%. 26% van de volwassenen heeft enige psychische stoornis. In 2019 was dat nog 17%. Het aantal verwijzingen van de huisarts naar de ggz is in diezelfde tijd met 50% toegenomen. Er zijn vorig jaar 550.000 mensen ingestroomd in de ggz, waar jaarlijks nu zo'n 1,4 miljoen patiënten worden behandeld. Veel van deze mensen moeten te lang wachten op zorg. De NZa laat in de laatste informatiekaart zien dat er ruim 97.000 wachtplekken zijn – dat gaat om intake en behandeling – in de ggz, waar mensen staan die behoefte hebben aan zorg. Daarvan wacht bijna 57% te lang op zorg, te lang op basis van de afgesproken treeknormen. We weten op de achtergrond dat het personeelsgebrek eerder groter dan kleiner zal worden. Er zijn nu al 7.000 onvervulde vacatures in de ggz. Dat maakt het tot een enorme opgave. De vraag die zich opdringt, is hoe we dat gaan aanpakken. Dat is precies wat we in het IZA met de partijen hebben afgesproken. We moeten het heel anders organiseren. En we moeten een heleboel afspraken met elkaar maken. Die hebben we ook gemaakt. Ik zal zo stilstaan bij waar we op schema zitten met de afspraken, uiteraard in reactie op de vragen van u allemaal, maar met name in reactie op vragen van de ChristenUnie.

Voorzitter. Op basis van de zorgen die ik zie, zie ik ook wat we op dit moment wel doen. We zijn er niet in geslaagd om een trendbreuk in de cijfers te laten zien. Dit kan wat mij betreft niet snel genoeg. We zien dat het eerder de andere kant op gaat. We hebben ondertussen wel hele belangrijke stappen gezet. In de regioplannen van bijna alle regio's staat de mentale gezondheid op nummer één of in ieder geval hoog op de agenda. Dat is aan de ene kant zorgelijk omdat het een grote zorgvraag betreft, maar aan de andere kant is het goed omdat het ook regionaal leidt tot afspraken. We hebben heel veel afspraken gemaakt over hoe we meer grip krijgen op onder andere de cruciale ggz. Mevrouw Westerveld stelde de treffende vraag wat er door de Minister heen ging toen ze de nieuwe cijfers over de wachttijden zag. Ik denk dat we elkaar de hand kunnen geven, omdat ook ik de wachttijden natuurlijk liever naar beneden zie gaan. Ik zie ze nu echter omhooggaan. Daar zijn wel redenen voor. Ik vind het echt ontzettend vervelend, want achter iedere wachtende gaan een persoon en een verhaal schuil. Het is de ambitie om binnen de treeknorm te komen, maar dat vraagt echt veel gelet op de stijgende zorgvraag en de personele krapte. Dat vergt een lange adem. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat de implementatie van de IZA-maatregelen gestaag vordert. Ik zie daar ook nadrukkelijk op toe. Ik spreek de ondertekenende

partijen binnen het IZA aan op hun rol en hun verantwoordelijkheid. Dat gebeurt ook onderling. We zijn een van de partijen, maar er liggen een gedeelde verantwoordelijkheid en ambitie waarop we elkaar aanspreken en blijven aanspreken. Dat is echt een vooruitgang door de afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Ik noem als voorbeeld de bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren voor de huisarts. Het is de afspraak om deze per 2025 te regelen. Eerder was hiervoor 2024 afgesproken, maar op verzoek van de veldpartijen is het met een jaar opgeschoven. Het gaat nu echt gebeuren. We werken aan de implementatie en de bekostigingshandreiking die dat mogelijk maken. Daarmee lopen we voor 2025 op schema. De afspraken over de regionale wachtlijsten hebben geen concreet tijdspad. Ik kan u melden dat we goede stappen zetten. Zo hebben we bijvoorbeeld met zorgverzekeraars en aanbieders eind 2023 afgesproken dat het regionaal inzicht in de wachttijden vormgegeven zal worden. Dat doen we met behulp van declaratiedata waarmee we terugkijken, maar ook met intakeslots waarmee we vooruitkijken. Begin 2026 moeten de beide aspecten, dus zowel het achteruitkijken met behulp van declaratiedata als het vooruitkijken met behulp van intakeslots, bij elkaar komen in een dashboard en daarmee voor alle regio's beschikbaar zijn. Uit de regioplannen blijkt dat het regiobeeld dat is opgemaakt en ook de planvorming daarna de mentale gezondheid en de ggz regionaal hoog op de agenda hebben staan.

De vraag van mevrouw Westerveld zag ook op de vraag hoe de wachtlijsten beter gecoördineerd kunnen worden, bijvoorbeeld met een centraal punt per regio. Ik zei net dat het gewenste eindproduct per 2026 een dashboard of een website is. Dat dashboard moet toegankelijk zijn voor patiënten, huisartsen, aanbieders en zorgverzekeraars om zo de coördinatie toegankelijk te hebben. Dat is naar de toekomst toe. Het regionaal inzicht dat we nu al hebben, leidt al regionaal tot overleg om te bemiddelen als het gaat om de wachtlijsten.

Er waren een aantal vragen over omzetplafonds. Ik kom daar straks nog op terug. Het is misschien een goed moment om dat hieraan te verbinden. Op het moment dat er regionaal wel een vraag is, maar er blijkt een aanbieder tegen het omzetplafond aan te lopen, dan is de afspraak met de zorgverzekeraars dat zij actief kijken of dat zorgaanbod bij een andere zorgaanbieder ingekocht kan worden. Als dat niet zo is, dienen de zorgverzekeraars actief met alle partijen aan de slag te gaan om te kijken hoe het dan wel kan. Is het bijvoorbeeld iets wat we landelijk moeten onderbrengen? Wat moet er dan voor gebeuren? We hebben ook afgesproken dat we, zeker als het om cruciale ggz gaat, dat aanbod ondertussen niet willen verliezen voordat we verder zijn met de cruciale ggz. Daar zal ik straks nog wat meer over vertellen. Bij het coördineren van de wachtlijsten verwachten we van de aanbieders dat ze echt aanleveren. Dat moeten ze nu doen. We krijgen, ook regionaal, steeds meer zicht op de vraag die er is. We krijgen ook meer zicht op de dubbelingen. We verwachten dat er toch nog zo'n 20% aan dubbelingen in de wachtlijsten zit. Ook wordt er al, met het hele transfermechanisme dat daarvoor is opgesteld, regionaal bemiddeld en actief gekeken naar het aanbod dat er regionaal is.

De voorzitter:

Ik zie dat meneer Claassen een interruptie heeft.

De heer Claassen (PVV):

Hoe weten wij honderd procent zeker dat een zorgverlener of een instelling een bepaalde capaciteit heeft om te kunnen draaien ten opzichte van de daadwerkelijke wachtlijst die er is? Hoe kunnen we dat honderd procent zeker weten? Ik kan me namelijk voorstellen dat je niet helemaal honderd procent wil vertellen dat je misschien nog drie plekken hebt, omdat je anders met personele problemen zit. Het gaat om de verhouding

tussen wat een organisatie echt als capaciteit heeft en wat de daadwerkelijke cijfers voor de wachtlijsten zijn.

Minister Helder:

Dat is echt een hele goede vraag van de heer Claassen. Dat is natuurlijk precies waar het over gaat. Als het gaat om het aanbod dat zorgaanbieders hebben staan, is inderdaad personele problematiek soms dwingend. We kunnen ook geen ijzer met handen breken. Het kan zijn dat er daardoor minder aanbod is. Op het moment dat dat zo is, moeten ze in die regio eerlijk zijn en de capaciteit aanleveren die ze wel hebben. Ik zie de heer Claassen lachen, maar dat is aan tafel echt iets waarop we een stap naar voren hebben genomen. Dat geldt natuurlijk niet voor alle aanbieders. Er zullen best wel verschillen tussen zitten. We hebben echter met elkaar aan tafel in het IZA gezegd dat we niet de luxe hebben om er op die manier mee om te gaan. We verwachten dus echt transparantie van de zorgaanbieder; wat kun je wel en wat kun je niet. Tegelijkertijd verwachten we natuurlijk van de zorgverzekeraars dat ze het aanbod daar inkopen waar het gerealiseerd kan worden en dat het doelmatig is. De betaalbaarheid van de zorg is van mij uit ook een opdracht aan de zorgverzekeraar. Vooral als daar een omzetplafond knellend is, moeten we actief kijken of we toch bij die aanbieder kunnen inkopen of bij een andere. U heeft helemaal gelijk, zeg ik tegen de heer Claassen, via u, voorzitter, dat die transparantie daarover aan de kant van de zorgaanbieders natuurlijk belangrijk is. Anders blijven we met elkaar op een capaciteit zitten die er misschien wel is, maar die niet aan de wachtenden ten goede komt. Dat zou ik heel slecht vinden.

De voorzitter:

Meneer Claassen, in tweede instantie.

De heer Claassen (PVV):

Ja, dat is goed om te horen. Dat is de intentie. Het is ook prima dat je uitgaat van het vertrouwen in elkaar en de afspraken. Misschien gaat dat niet altijd goed. Daar moet dan scherp naar gekeken worden. De vraag die ik heb, is of in dat capaciteitsvraagstuk dan ook rekening gehouden wordt met zorgzwaarte. We zien in de praktijk dat een bepaalde organisatie misschien kiest voor een laagcomplexe patiëntengroep. Dan heb je namelijk een hogere turn-over en wellicht ook meer inkomsten. Daar staan organisaties tegenover die dan opgescheept worden – ik druk het misschien wat negatief uit – met een bepaald deel waarbij een veel grotere zorgzwaarte is en die dan ook minder bekostigd zijn. Volgens mij is dat het lastige in het hele financieringsvraagstuk van de ggz. Ik heb hierbij nog een vraag. Wordt in dat capaciteitsvraagstuk rekening gehouden met spreiding en het delen van lasten in relatie tot de soort zorg die een organisatie zou moeten leveren? Is dat zorg waar de organisatie voor bedoeld is?

Minister Helder:

Het zijn veel vragen ineen die ook over de andere blokjes gaan, maar dat maakt niet uit. Ik denk dat het voor de mensen thuis ook heel logisch om te proberen ze hier te beantwoorden. Als we dieper het stelsel ingaan, wil ik het straks even aan de hand van het stelsel doen. U heeft gelijk, zeg ik via de voorzitter. We hebben gezien dat er juist in de mindercomplexe zorg meer aanbod is en dat er in de hoogcomplexe zorg minder aanbod is. Dat is precies ook de reden dat twee jaar geleden het zorgprestatie-model is ingevoerd. Dat moet ervoor zorgen dat de weging en de financiële prikkel de goede kant opgaan. Het tweede dat we zien, is dat in de laagcomplexe zorg bijvoorbeeld veel zzp'ers, zelfstandigen zonder personeel, en solisten werkzaam zijn. Ik wil daarom ook liever organisaties en solisten via de contractrelatie binden. Het derde dat we zien, is dat de

vraag regionaal meer in de hoogcomplexe zorg ligt. Het is dus echt regionaal de opdracht om te zorgen dat het aanbod de vraag volgt. Die opdracht hebben ze zichzelf ook in het regioplan gegeven. Ik denk dat dat nu regionaal echt goed op tafel ligt. We kijken dus regionaal wat er verder moet gebeuren om te zorgen dat juist bij die hoogcomplexe zorg het aanbod past bij de vraag in plaats van dat we meer aanbod dan vraag hebben staan bij de laagcomplexe zorg. Die verhoudingen waren scheefgegroeid. Het is de bedoeling dat het zorgprestatie-model de prikkel de goede kant op geeft.

De voorzitter:

Gaat u verder. Nee, toch niet. Mevrouw Dobbe heeft een interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, als dit het blokje omzetbudgetplafonds is.

Minister Helder:

Nee. Ik was bij de wachtlijsten. Ik kom zo nog op de omzetplafonds terug. Dat heb je als het het «Integraal Zorgakkoord» heet. Dan is alles met alles verbonden.

Mevrouw Westerveld had de vraag of ik kan uitleggen wat er sinds mijn aantreden is gebeurd om de wachtlijsten te verkleinen. Ik heb net aangegeven hierover veel afspraken in het kader van het IZA gemaakt te hebben. We zien nog geen daling in de cijfers, maar eerder een stijging. Dat betekent niet dat er geen vorderingen gemaakt zijn. Overigens geldt dat er nog een oorzaak van de stijgende cijfers wordt gezien; dat wordt ook gestaafd. Behalve de stijging van de zorgvraag worden er namelijk ook meer wachtplekken opgegeven. Er zijn dus meer organisaties die meedoen. Het is een goed teken dat ze allemaal meedoen aan de wachtlijstregistratie. Natuurlijk speelt hier en daar de beperking vanwege de personele problemen. De meerdere verwijzingen zijn echter het belangrijkste. De zorgvraag is dus echt gestegen.

Wat heb ik gedaan? De afspraken in het IZA lopen en vorderen gestaag. Voor het verkennend gesprek hebben we toegewerkt naar een landelijke werkwijze. Die hebben we vastgesteld. Per 2025 wordt die ook landelijk geïmplementeerd. Gelijktijdig wordt ook de structurele bekostiging beschikbaar. Dat gaat dus lukken. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over de tijdelijke bekostiging vooruitlopend op 2024. Dat gaat via de facultatieve begrotingsprestatie. De regio's die dat kunnen en willen, kunnen daarmee aan de slag. Dat gebeurt ook. Dat is zich aan het opbouwen. Per 2025 is het landelijk geïmplementeerd en structureel. Voor de cruciale zorg is een plan van aanpak opgesteld om die op de lange termijn te borgen. Conform de IZA-afspraken worden voor 2025 de uitkomsten daarvan al meegenomen in de inkoop. Ook de afspraken over de laagdrempelige steunpunten zijn in uitvoering. Het procesplan om te komen tot een landelijk dekkend netwerk is ook vastgesteld. Ik kom daar straks nog op terug bij de gemeenten. De regio's kunnen daarmee aan de slag om de voorzieningen vorm te geven. Vanuit VWS worden zij daarin extra ondersteund via een apart programma om in 2025 te komen tot een landelijk dekkend netwerk. Met de zorgverzekeraars en de aanbieders is eind vorig jaar afgesproken dat het regionaal inzicht in de wachttijden met die declaratiedata en die intakeslots wordt vormgegeven. Ik zei dat net al. Voor alle regio's moet het begin 2026 ook in een dashboard zichtbaar zijn. Er zijn inmiddels regioplannen gekomen. Daardoor hebben we meer inzicht. Uit de regioplannen blijkt dat het ook regionaal hoog op de agenda staat. Ik kan dus niet zeggen dat er niets gebeurd is. Met de afspraken die we hebben gemaakt in het IZA vorderen we wel gestaag.

De voorzitter:

Voor u verdergaat, is er eerst een interruptie van mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Mijn vraag was best concreet. Ik wilde weten wat er gedaan is. Het antwoord van de Minister is dan dat er afspraken gemaakt zijn, dat het hoog op de agenda staat en dat er een plan van aanpak is. Ook verwijst zij naar het IZA. Ik ken natuurlijk de afspraken uit het IZA. Sterker nog, mijn bijdrage ging voor een heel groot deel over de vraag waarom de afspraken uit het IZA niet worden nagekomen. Dan draaien we weer in hetzelfde cirkeltje rond. Ik wil weten wat er nou concreet is gedaan. Ik hoef niet te weten welke afspraken er zijn gemaakt, want die ken ik. Ik weet dat die afspraken heel vaak niet worden nagekomen. De Minister heeft misschien een positieve bril op, maar ik zie heel veel afspraken die niet worden nagekomen. Daar verwijs ik dan ook naar.

Minister **Helder**:

Volgens mij worden de afspraken wel nagekomen, omdat we nu een definitie hebben. We hebben één beeld over wat het verkennend gesprek moet zijn als onderdeel van het mentale gezondheidsnetwerk. Het is de afspraak in het IZA dat we daar een definitie van zouden maken, dat we komen tot een bekostiging daarvan en dat we komen tot een verdeling van wie wat daarin gaat doen. Het gaat dan ook over hoe de ggz, de huisartsen en de gemeenten zich erop voorbereiden om het per 2025 te gaan uitvoeren in een landelijk dekkend netwerk. Volgens mij is juist het maken van afspraken de fase waar we nu in zitten. Je hebt eerst een definitie nodig om een bekostiging te kunnen vaststellen. Je hebt een vastgestelde bekostiging nodig om te kunnen inkopen. Deze gaat dus meelopen in de inkoop in 2025. We houden niets tegen. Gemeenten die het nu al willen opbouwen, houden we niet tegen. Sterker nog, we stimuleren dat heel erg. Er zijn bijvoorbeeld al 120 laagdrempelige steunpunten. U zegt, zeg ik via de voorzitter, dat afspraken maken niet een onderdeel van het werk is. Ik zeg dat die afspraken concretiseren en dat we die juist nodig hebben om te kunnen inkopen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Ik zeg niet dat afspraken maken geen onderdeel is, maar ik zou graag willen dat de afspraken ook leiden tot iets heel concreets. Dat mis ik nog. Als wij vragen wanneer het geregeld is en er komt een datum naar ons toe, dan hoor ik telkens dat het later toch weer vertraagd wordt. Laat ik dan even heel concreet ingaan op dat verkennend gesprek. Ik noemde in mijn bijdrage dat bijvoorbeeld Breburg zegt dat we het misschien moeten terugdraaien omdat er geen betaaltitel is. Ik wil niet dat ze het terugdraaien. Ik wil dat het geregeld wordt. Ik zou ook heel graag willen dat cliënten de duidelijkheid krijgen dat ze bijvoorbeeld geen eigen risico hoeven te betalen bij zo'n verkennend gesprek. Dat is wat mij betreft heel concreet. Ik zou de Minister willen vragen of ze dit kan toezeggen.

Minister **Helder**:

Dat kan ik toezeggen. De afspraken worden nu nog afgemaakt. Daarna zal ik een brief naar de Kamer sturen waarin die afspraken vervat zijn. Ik kijk even naar de ondersteuning om te zien wanneer dat precies zal zijn. Ik zie dat we dat zo nog zullen gaan behandelen. De laatste hand wordt nu gelegd aan de afspraken, inclusief de vragen over het eigen risico. Ik kan u daar zeer binnenkort over informeren.

De **voorzitter**:

U was begonnen aan een zin. Daar kunt u weer mee verdergaan.

Minister **Helder**:

Dan de vragen van mevrouw Van Eijk over de NZa en de verbeteraanpak op het inzicht in de wachttijden, en of de recent gepubliceerde informatiekaart volledig en actueel is. Op basis van de transparantieregeling voor de

ggz-aanbieders leveren de ggz-aanbieders dus nu verplicht wachtlijddata aan. Sinds 1 oktober 2022 gebeurt dat ook rechtstreeks aan de NZa. De verbeteraanpak van de NZa heeft erin geresulteerd dat het portaal waarin die cijfers worden aangeleverd, gebruiksvriendelijker is. Hierdoor is het ook gemakkelijker om cijfers aan te leveren. De wijzigingen zijn wel doorgevoerd in samenspraak met onder anderen de aanbieders. In haar informatiekaart geeft de NZa ook aan dat – ik zei het net al – in 2023 structureel meer aanbieders cijfers aanleveren dan in 2022. We krijgen dus een steeds betrouwbaarder beeld van de sector, zo geeft de NZa aan. Er is ook goed contact tussen de zorgverzekeraars en de NZa om die gegevens nog verder te verbeteren. Daarnaast hebben we inmiddels afgesproken om regionaal hetzelfde te doen met de wachtlijsten. Dat betekent dat we de beschikbare capaciteit in de regio – ik sprak er net met de heer Claassen over – ook optimaal inzichtelijk willen hebben, zodat we die optimaal kunnen inzetten en bijvoorbeeld dubbelingen op de wachtlijst kunnen voorkomen en het aanbod kunnen laten volgen bij de vraag. Mevrouw Van Eijk stelde nog een vraag over de groei van de doorverwijzingen naar een gespecialiseerde ggz en de oorzaken daarvan. Ik herken de toename van een aantal verwijzingen van de huisarts naar de ggz. Ik heb het net al gezegd. De afgelopen vijf jaar is het aantal al met 50% gestegen. Huisartsen verwijzen op basis van hun eigen huisartsenrichtlijnen. De toename van het aantal verwijzingen lijkt vooral het gevolg van de maatschappelijke ontwikkeling dat er veel meer mensen zijn met een psychische zorgvraag. Ik zie geen reden om aan te nemen dat er bijvoorbeeld iets in de richtlijn veranderd is. Ik weet dus niet of een aanvullend onderzoek iets toevoegt. Ik kan me wél voorstellen dat zorgverzekeraars, ook in het licht van de regioplannen die er nu liggen, binnen de regio's in gesprek gaan met de huisartsen en het sociaal domein om de toename van het aantal verwijzingen verder te duiden. Ik kan me best voorstellen dat er redenen zijn voor een grotere toename in een bepaalde regio, buurt of gebied ten opzichte andere regio's. Ik zie dus geen reden om een aanvullend onderzoek te doen, maar ik ga het wel inbrengen in de discussie in de regio. Dat was het voor de wachtlijden sec.

Ik heb nu een blokje over de cruciale ggz – dat heeft natuurlijk ook met wachtlijden te maken – en over de vordering in het IZA. Is dat akkoord? Ook binnen de cruciale ggz zetten we stappen. De voortgang van de cruciale ggz binnen het IZA wordt gestuurd via het landelijk overleg dat we nu hebben met onder anderen de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, de beroepsvereniging van psychiaters, de NZa en het Zorginstituut. Over de zorginkoop over 2025 hebben we met de zorgaanbieders en de verzekeraars afgesproken dat er voor de zorgvormen acute zorg, outreachende zorg, beveiligde zorg, klinische zorg en hoogspecialistische zorg geen aanbod mag verdwijnen vanwege financiële redenen. Dat hebben we heel expliciet met elkaar afgesproken. Ik heb tevens afspraken gemaakt om meer zicht en grip te krijgen op het aanbod van de cruciale ggz. Dat gaat over mensen met een hoogcomplexe zorgvraag. Ik heb u recent geïnformeerd over de ontwikkeling dat de aanpak aangepast is. Deze aanpassing is er omdat we inmiddels in de regio's meer weten. Het is ook een voortschrijdend inzicht dat het hier gaat om mensen met complexe problematiek die niet in een hokje van het aanbod te vangen zijn. Er is nu een nieuwe aanpak uitgedacht door de partijen in het veld, waarmee we dat op regionaal niveau beter kunnen duiden. De regio's gaan zelf inventariseren wat het aanbod is en wat er nog ontbreekt. Er is dus al veel meer inzicht in wat er al is, maar er wordt nog geïnventariseerd wat nog ontbreekt als we kijken naar de vraag. Als bijvoorbeeld blijkt dat de vraag of het aanbod te specialistisch is, wordt dat weer geëscaleerd naar het landelijk overleg dat er nu al is, zodat er kan worden gekeken of daar een landelijke dekking voor moet komen. Het uitgangspunt bij die andere aanpak is dus dat we regionaal bekijken of we de cruciale ggz in balans kunnen brengen qua vraag en aanbod. De

dingen die we al weten uit de eerdere exercitie rondom de cruciale ggz worden al toegepast in de zorginkoop, maar partijen zijn het erover eens dat je de zorgvraag van patiënten in een eigen sociale context en in de regio leidend moet maken en als vertrekpunt moet pakken. Het gaat dan echt om patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag die zich niet laten definiëren, patiënten die ernstig lijden en domeinoverstijgende problematiek hebben, waarbij de zorg een minder voorspelbaar beloop heeft, om een voorbeeld te geven. Voor hen is er nu de nieuwe aanpak, waarbij we het regionaal en vanuit de vraag gaan benaderen. Dat kan inmiddels, omdat we dat regionale inzicht veel beter hebben. Daarover heb ik u dus laatst per brief geïnformeerd. Dat was even ter inleiding.

Mevrouw Westerveld heeft de vraag gesteld of we nou geen kostbare tijd hebben verspild – dat is natuurlijk een logische vraag – en of het nu wél iets gaat opleveren. Ik ben het er niet mee eens dat er kostbare tijd is verspild. We hebben het afgelopen jaar namelijk echt heel veel kennis opgedaan over het aanbod en de vraag naar de cruciale ggz. Deze kennis heeft input gevormd voor de bestuurlijk en inhoudelijk gedragen aanpak van partijen om de beschikbaarheid van de cruciale ggz te borgen. Ik heb het dan over alle partijen: de Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de NFU, de NVZ, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zorgverzekeraars Nederland en MIND, de patiëntenkant. We hebben inkooppartijen en inkoopafspraken gemaakt met de partijen. De in de regio overeengekomen cruciale zorgnetwerken worden vanaf 2026 waar nodig gelijk gericht ingekocht. Voor het inkoopjaar 2025 heb ik dus afgesproken dat er voor de eerder vastgestelde cruciale zorgvormen – dat zijn dus de acute zorg, de outreachende zorg, de beveiligde zorg, klinische zorg en de hoogspecialistische ggz – voldoende zal worden ingekocht en dat er geen aanbod verdwijnt vanwege financiële redenen. In 2025 wordt er dus doorgedaan en voor 2026 wordt er nog verder gepreciseerd. De voortgang en de effecten van deze afspraken uit het IZA worden periodiek gemonitord in het bestuurlijk overleg van het IZA waar alle betrokken partijen inzitten. We zijn verder nog bezig met hoe we de afspraken die we nu gaan maken en gemaakt hebben over de cruciale ggz, ook met het bestuurlijk overleg ggz zelf binnen het IZA kunnen volgen en sturen.

De voorzitter:

Mevrouw Westerveld wil nog wat vragen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

De Minister geeft aan dat er geen cruciale ggz zou moeten verdwijnen. Ik wil vragen hoe dat dan gaat. Stel namelijk dat er weer een afdeling of instelling die dit biedt op omvallen staat, bijvoorbeeld om financiële problemen, hoe gaat er dan wél worden ingegrepen?

Minister Helder:

We hebben met alle partijen, inclusief Zorgverzekeraars Nederland, aan tafel afgesproken dat we het earlywarningsysteem dat er al is uiteraard heel goed blijven en gaan gebruiken. We zien overigens nu al dat dat beter werkt. We hebben vervolgens met elkaar afgesproken dat er geen aanbod gaat verdwijnen als het vanwege financiële redenen is. Dat betekent dat ik van Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars zelf verwacht dat zij daar actief op anticiperen, maar ik verwacht natuurlijk ook van de aanbieders dat ze actief aangeven wat er aan de hand is – dat is het earlywarningsysteem – en dat we op tijd kunnen kijken of we daar met elkaar uit komen. Dat is natuurlijk geen «blanco cheque», zoals ik het maar even noem, voor wanneer een organisatie financieel heel slecht draait waarmee we kunnen zeggen dat die dan per se overeind moet blijven, want ik denk dat we de zorgverzekeraars wel hun rol moeten laten spelen. Ik verwacht dan alleen wel van de zorgverzekeraars dat ze kijken waar we dat aanbod dan wel kunnen inkopen en dat ze zorgen voor een

soepele overgang. In eerste aanleg betekent het dat als een afdeling op omvallen staat vanwege financiële problemen, er actief een gesprek wordt gevoerd – dat verwacht ik echt – tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om te kijken hoe het overeind gehouden kan worden. Zo hebben we de afdeling nog als zich in 2026 mogelijk koerswijzigingen voordoen omdat we beter inzicht hebben waarmee we zeggen dat we het anders zouden moeten organiseren. Die afspraak is echt heel duidelijk gemaakt. Nu kunnen organisaties natuurlijk ook geen ijzer met handen breken. Op het moment dat een hele afdeling leegloopt en er bijvoorbeeld geen personeel is, kunnen er andere redenen zijn waarom het zorgaanbod in de knel komt. Maar we moeten een aantal dingen doen – dat doe ik natuurlijk ook in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn – om te voorkomen dat dat gaat gebeuren. We hebben met elkaar ook afgesproken dat er actief wordt gekeken hoe dat aanbod op een andere manier, en vooral op tijd, te realiseren is.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Helder:

Dan de financiële prikkels. Mevrouw Joseph vroeg of de financiële prikkels een rol spelen bij de voldoende capaciteit van de cruciale ggz. Het volgende zeg ik in navolging van wat ik net zei: het is niet alleen een kwestie van ruim inkopen, geld en financiële prikkels, omdat er complexere dilemma's spelen, zoals natuurlijk de inzet van personeel. Het begint ermee dat er regionaal een goed beeld is van wat er nodig is om de ggz en de cruciale ggz goed en toegankelijk te houden. Daarnaast zijn er de afspraken dat er goed wordt samengewerkt om dat zorgaanbod op grond van de regionale wachtlijsten en de verwachte zorgvraag te organiseren. Mocht dat aanbod in de regio ontbreken, kan er dus worden gekeken of het anders georganiseerd kan worden, of kan er eventueel een beroep worden gedaan op de landelijke tafel om te kijken naar een landelijke dekking.

Ik kom dan bij het antwoord op uw vraag. Passelijke inkoop en bekostiging zijn natuurlijk enorm van belang. Hoe zorgen we ervoor dat het aantrekkelijk is om dat aan te bieden en te leveren? Hoe zorgen we er met name voor dat er meer medewerkers in de cruciale ggz gaan werken? Dat is een van de belangrijke problemen die er liggen. Zoals gezegd in het zorgprestatie-model is het natuurlijk de bedoeling dat dat de bekostiging juist de zwaardere zorg volgt en dat dat voldoende prikkel in zich heeft om ervoor te zorgen dat dat aantrekkelijk is. Maar het is niet het enige, wil ik daarmee zeggen. We hebben namelijk gezien dat meer zorgverleners juist in de wat lichtere ggz gaan werken. Er zal meer nodig zijn, bijvoorbeeld goed werkgeverschap. Maar voor de continuïteit van de cruciale ggz en de hoogspecialistische ggz denk ik ook dat het belangrijk is dat het aantrekkelijk is om daar te gaan werken. Dat is nodig om het te kunnen organiseren.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker was eerst.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

De Minister zegt terecht dat er meer nodig zal zijn om juist die cruciale ggz, waarvan we allebei zeggen dat dat het aller-allerbelangrijkste is, heel goed op de rit te krijgen en beter te laten functioneren en om daarin medewerkers aan te trekken en te behouden. Vindt zij dat dat nu allemaal meer in het vat zit? Vindt zij dat dat eraan zit te komen? Of heeft ze daar zorgen over? Vindt ze dat daar voor het nieuwe kabinet ook wel een opdracht ligt? Hoe zou ze die dan specificeren? Ik denk namelijk dat dit dan wel een cruciaal moment is – sorry voor de woordverwarring – om daar

met elkaar de vinger bij te zetten en de vraag te stellen wat er dan nog meer nodig is van wat we nog niet klaar hebben staan.

Minister Helder:

Dat is een hele goede vraag. Ik denk dat we een aantal dingen moeten doen. We moeten – ik zei het net al – goed inzicht hebben in waar het over gaat. We hebben met elkaar aan tafel uitgebreid gekeken naar wat het nou precies is en hoe we tot een definitie en indeling kunnen komen. Aan de aanbodkant komen we er onvoldoende uit. Vandaar dat we nu juist kijken naar de vraagkant, omdat het dan over mensen gaat die – dat zei ik net ook al – ernstig lijden, met vaak domeinoverstijgende problematiek. De vraag van die persoon moet centraal staan. Daarom kijken we ook niet alleen naar de organisatie van de hoogspecialistische zorg, maar kijken we vooral in een vroeg stadium naar of het wel een zorgvraag is die bovenliggend is, of dat het veel meer een sociaaldomeinvraag is. Dat is iets waar mensen beter bij geholpen kunnen zijn. Die aanpak is dus volgens mij wel echt de goede aanpak. We moeten op die manier kijken. Zo kunnen we mensen al eerder, sneller en laagdrempeliger helpen en zorgen dat het niet erger wordt en dat ze niet op de wachtlijst hoeven van de hoogspecialistische ggz, terwijl ze misschien beter geholpen zijn met een ervaringsdeskundige en een laagdrempelig steunpunt. Die aanpak zit er dus helemaal in. Dan de aanpak als het gaat om het zicht krijgen, ook regionaal, op de verhouding tussen vraag en aanbod. Ik denk dat de afspraken die we nu daarover hebben gemaakt met zorgverzekeraars en aanbieders, die zijn die nodig zijn. We doen verder een aantal dingen om die wachtlijsten wat beter inzichtelijk te krijgen, om het gevoel te krijgen en inzichtelijk te krijgen wat nou precies de capaciteit is die daar staat. Dat zijn allemaal elementen die op de rit staan, om het zo te zeggen. Ik denk dat we echt heel hard ons best moeten doen om daar tempo te maken en elkaar vast te houden. Dat zijn eigenlijk de ingrediënten van de nieuwe ggz, waar we nu natuurlijk mee werken om te zorgen dat we doen wat we moeten doen.

Waar maak ik me ernstig zorgen over? Dat is natuurlijk de arbeidsmarkt en het personeel. Je merkt het en je hoort de verhalen. Je ziet het heel veel, bijvoorbeeld bij de psychiaters. Dat stond volgens mij vandaag in de krant. Overigens ben ik net nog op zoek gegaan naar het onderzoek op basis waarvan dit artikel is geschreven. Dat kon ik niet vinden. Het signaal dat je natuurlijk veel hoort, is dat zij beginnen als zzp'er of bij een kleine organisatie omdat het leven ook voor hen druk en zwaar is en omdat ze het veel fijner vinden om sturing op en zeggenschap over hun eigen dag te hebben. Hoe we dat keren – we zien dat natuurlijk in meerdere sectoren – en zorgen dat die psychiaters en die psychologen juist weer gaan werken in die hoogspecialistische ggz, dat is denk ik de belangrijkste uitdaging.

Wat kan een nieuw kabinet daarin doen? Ik denk vooral – het is logisch dat ik dat zeg natuurlijk – op de ingeslagen weg doorgaan, die weg van toch Floortje Scheepers en Jim van Os, van de Nieuwe ggz. Ik denk dat dat echt een goede weg is. En verder met de werkgevers kijken of zij een goede werkgever kunnen zijn. Ik denk echt dat het helpt als het aanbod van cruciale ggz – we hebben het vaak over heel kleine afdelingen, heel kleine organisaties – robuust staat. Als we daar continuïteit kunnen bieden voor de mensen die daar werken en ze bijvoorbeeld kunnen aansluiten bij het doen van onderzoek, dan denk ik echt dat je aantrekkelijker bent als sector om daar te gaan werken. Dat moeten we volgens mij doen, want ook de zorgverleners lijden letterlijk onder deze wachtlijsten. Dat voel je gewoon aan ze en dat snap ik ook heel goed.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, een vervolgvraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank voor dit uitgebreide antwoord. We weten allebei dat als cruciale ggz-plekken wegvallen, hoe groot de gevolgen daarvan zijn. Dat gebeurt soms ook door personeelstekort of financiële vraagstukken. Ik vind heel veel moois zitten in wat de Minister zegt. Ik vind het zelf ook een zoektocht, als we al veranderingen in gang hebben gezet. Het liefst zouden we het eigenlijk gisteren al opgelost hebben. Dat lukt niet en dat frustrereert gigantisch. Dat proef ik bij de hele commissie. Tegelijkertijd maak ik me, ook als ik dat onderzoek lees over juist de dertigers en de veertigers die al kennis hebben opgedaan in het vak, wel zorgen. Als zij weggelopen, gaan we het ook niet redden met die veranderingen. Ik deel de inzet van de Minister, maar ik zou haar wel willen vragen om met de werkgevers te concretiseren hoe we dit verder voor elkaar gaan krijgen. Daarbij in ieder geval vanuit de ChristenUnie de warme aanmoediging om niet eens te wachten op een volgend kabinet, maar waar het kan ook dat verder op gang te brengen zodat we dat behandelaanbod ook intern versterken en het aantrekkelijk maken om deze stap te maken.

Minister **Helder**:

Voorzitter. Sorry voor het lange antwoord, maar er zit ook wel gedrevenheid in. Dank voor deze suggestie. Ik zal dat zeker doen. Het feit alleen al dat we het nu zo positioneren, maakt volgens mij dat ook die afdelingen en organisaties weten dat we er echt voor staan om ze te behouden. Ik denk dat dat een belangrijke stap voorwaarts is. Ik zal dat zeker – ik zal daar niet mee wachten – onderdeel van de gesprekken maken, ook in het bestuurlijk overleg arbeidsmarkt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Joseph heeft ook een vraag voor u.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Dank u wel. U was bijna een halfuur verder net. Ik ben benieuwd. Ik denk zelf dat het misschien ook een soort vicieuze cirkel is. Als de financiële prikkels verkeerd staan, dan gaat er niet genoeg geld en tijd naar de cruciale ggz en dan is het ook niet aantrekkelijk voor personeel om daar te werken. Het lijkt me ook niet aantrekkelijk om op een plek te werken die elk jaar, op ieder moment gesloten kan worden en waar je je cliënten of patiënten eigenlijk niet goed de zorg kan bieden die je zou willen. Ik vroeg me zelf iets af. Ik heb het best breed gezegd. Ik denk dat iedereen in het zorgsysteem wel de beste bedoelingen heeft, maar als je de prikkels verkeerd hebt staan, als de prikkels voor de zorgverzekeraars verkeerd staan via het risicovereveningsmodel bijvoorbeeld of de prikkels voor de aanbieders, als die gewoon niet meer cliënten willen hebben omdat ze bang zijn dat ze door het budgetplafonds gaan, en als de NZa niet genoeg aanspoort en de Minister zelf alles weer bij de NZa legt, denk ik dat alles elkaar gewoon vasthoudt. Ik zou het toch wel waarderen als daar gewoon een goede reflectie op komt. Dat mag eventueel ook in de vorm van een brief.

De **voorzitter**:

Dus wat is uw vraag nu precies? Een reflectie op het totale systeem?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ja, ik kom uit de financiële sector. Ik bekijk het een beetje economisch. Er kunnen prikkels in zitten waardoor iedereen elkaar vasthoudt, zeg maar.

De **voorzitter**:

Dat is duidelijk, maar de vraag is of u nu in dit debat aan de Minister vraagt om het hele stelsel te evalueren. Wat is uw vraag?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Nee, niet in dit debat. Daarom zei ik: misschien kan het wel in een brief.

De **voorzitter**:

De Minister weet er wel raad mee, hoor ik.

Minister **Helder**:

Ik ga zo bij het stelsel nog specifiek in op het zorgprestatie­model, maar ik herken het punt van de vicieuze cirkel en prikkels die verkeerd staan. Ik probeer al die schakels de andere kant op te draaien. Het zorgprestatie­model zou dat moeten doen voor die financiële prikkels. Maar ik kom daar zo nog op terug, als u het goedvindt. Als dat dan niet voldoende is, dan hoor ik dat wel. Misschien volgt er dan een brief.

Dan de vraag van mevrouw Dobbe of ik serieus bereid ben om te kijken naar het stoppen met de marktwerking, te beginnen bij de cruciale ggz. Wat mij betreft moeten inkoop, contractering, bekostiging en het stelsel niet een doel op zich zijn maar ten dienste staan van de benodigde transformatie. De NZa, zo heb ik u vorig jaar december in een brief laten weten, heeft in haar verkenning over de bekostiging en de zorginkoop van cruciale ggz gezegd dat er op dit moment binnen de bekostiging en zorginkoop afdoende mogelijkheden zouden moeten zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om goede afspraken te maken. Ik heb net al iets gezegd over het gelijkgericht inkopen. Dat gaan we doen, zo hebben we recent met elkaar afgesproken voor de contractering 2026. Voor de acute ggz hebben we in feite al een budgetsysteem op basis van beschikbaarheid. De komende tijd zullen we aan de slag gaan met de uitwerking van de cruciale ggz. Ik denk dat we eerst moeten kijken hoe we daar varen: in principe het liefste binnen het stelsel zoals we het nu hebben voor de cruciale ggz, tenzij. Maar dat gelijkgericht inkopen voor 2026 hebben we inmiddels al afgesproken.

De **voorzitter**:

Ik zag aan de non-verbale communicatie dat mevrouw Dobbe een vraag heeft.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, in verwarring achtergelaten. Bedankt voor het antwoord, maar soms snap ik de zorgwoorden die worden gebruikt niet. Misschien kan de Minister verduidelijken wat «gelijkgericht inkopen» precies betekent. Ik hoop dat dit betekent dat de Minister het met mij eens is dat in de cruciale ggz geen financiële prikkels, geen concurrentie en geen markt thuishoren. Er zijn op dit moment immers wachtlijsten en het is geen markt. Er is een enorm tekort aan plaatsen en het is heel complex. Als het dat betekent, dan ben ik heel blij met het antwoord van de Minister. Als het dat niet betekent, dan zou ik willen vragen of de Minister wel erkent dat de cruciale ggz niet gebaat is bij dat soort prikkels.

Minister **Helder**:

Ik voel een lang antwoord aankomen, zeg ik maar tegen de voorzitter. Het afgelopen jaar hebben we geleerd dat het in de cruciale ggz kan gaan om letterlijk honderden vormen van aanbod, diagnosecombinaties en dergelijke. Je kunt dus niet zeggen: dé cruciale ggz. Er zit bijvoorbeeld acute ggz in, beveiligde ggz, maar ook de hoogspecialistische laagvolume-ggz. Volgens mij heeft mevrouw Dobbe die in gedachten als het gaat om de ggz. Wat betreft de marktwerking en de concurrentie onderling, waar mevrouw Dobbe naar vroeg in de eerste termijn, merk ik op dat concurrentie niet altijd slecht is. Immers, als er twee aanbieders zijn met hetzelfde aanbod en de ene aanbieder het veel beter en ook veel consistenter kan aanbieden omdat ze het gewoon goed hebben georganiseerd dan de andere, die het niet goed doet en ook niet heel doelmatig,

dan wil ik heel graag dat de zorgverzekeraar, in het belang van de betaalbaarheid, maar ook de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, kiest voor de aanbieder die het goed organiseert.

Een vorm van concurrentie helpt daar absoluut bij. Soms mag het daar niet in vallen omdat het heel specifiek is. Dan gaat het bijvoorbeeld om een landelijk aanbod waarvan je zegt: dat moeten we er echt uithalen. Dat zijn we nu aan het onderzoeken: zijn er diagnosegroepen, is er binnen de cruciale ggz aanbod dat daarvoor in aanmerking komt? De NZa heeft gezegd daar nu geen reden voor te zien, omdat alles binnen de afspraken met de zorgverzekeraars kan vallen. Dan kunnen we, en daarover gaat die term «gelijkgericht inkopen», geen onderscheid maken in de zin van: de patiënt die bij de ene verzekeraar verzekerd is krijgt het wel en de patiënt die bij de andere verzekeraar verzekerd is krijgt het niet. Dat heet «gelijkgericht inkopen». Dan zijn we het met elkaar eens over wat er ingekocht moet worden en doen alle zorgverzekeraars dat ook op dezelfde manier. Dan heb je daarin eigenlijk geen concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Dat is ook een vorm van uit de markt halen, in de termen van mevrouw Dobbe. Dat lijkt op dit moment echt voldoende te zijn om dat aanbod goed te kunnen inkopen zonder dat we de prikkels van doelmatigheid, betaalbaarheid en goede organisatie kwijt zijn. Dat is, denk ik, wel belangrijk.

De voorzitter:

Dat was inderdaad een lang antwoord, maar ik begrijp het ook. Dat is ook fijn.

Mevrouw Dobbe (SP):

Dank aan de Minister voor de verduidelijking. Dat is inderdaad iets anders dan wat ik bedoelde met «concurrentie» en «markt». Ik snap natuurlijk dat je als zorgverzekeraar geen onderneming wilt contracteren als de kwaliteit niet op orde is, als de zorg niet goed is. Dat is duidelijk en logisch, maar dat zijn niet de prikkels die zijn ingebouwd in dit systeem. Dit gaat ook over doelmatigheid, zoals ik de Minister ook hoorde zeggen, maar er wordt ook geconcurrereerd op tarieven et cetera. Ik vind het heel gek dat er in een situatie waarin er een tekort is aan plekken, toch een soort mechanisme is om te concurreren op tarieven. Ik snap niet wat dat toevoegt in de cruciale ggz. Bij al die vormen die de Minister noemde, snap ik niet wat het dan zou toevoegen. Dat is wat ik bedoelde. Daar zou ik graag een reflectie op willen.

Minister Helder:

Ik snap dat wél, maar ik vermoed dat ik net iets anders in het leven sta dan mevrouw Dobbe als het gaat over marktwerking en concurrentie. Concurrentie en marktwerking kunnen wel degelijk bijdragen aan het kwalitatief goed en doelmatig organiseren van zorg. Ik heb in eerdere debatten al gezegd dat dit mijn derde stelsel is. In antwoord op de vraag of ik bereid ben om het stelsel te wijzigen ten behoeve van onder andere de inkoop in de cruciale ggz zou ik willen zeggen: ik zou daar heel voorzichtig en terughoudend in zijn. Ik denk echt dat de patiënten, cliënten, die nu op de wachtlijst staan, niet gebaat zijn bij een grote stelselwijziging. Ik denk dat ze wel gebaat zijn bij het op de juiste manier gebruiken van het huidige stelsel. Bij competitie en concurrentie, voor zover het concurrentie is in de zorg, om goede zorg te leveren, die doelmatig en goed georganiseerd is, met een bepaalde continuïteit die de aanbieder biedt, is niet alleen de patiënt, maar ook de verzekerde gebaat. Dat is de rol die de zorgverzekeraar in ons stelsel heeft. Ik denk dat we vooral moeten zorgen dat ze die rol goed en proactief spelen. Op het moment dat heel gespecialiseerde zorg met een laag volume in het geding is – dat is een onderdeel van die cruciale zorg – moeten we daar met elkaar heel voorzichtig mee omgaan. Dat heb ik net geprobeerd uit te

leggen. Het aankomende jaar moeten we dan ook geen aanbod laten verdwijnen vanwege financiële redenen, bijvoorbeeld als alle aanbieders zeggen dat ze er niet mee uit kunnen komen en dat we iets niet moeten doen. Dat hebben we ook afgesproken; daar zijn ook afspraken over. Maar we moeten natuurlijk wel naar 2026 kijken: wat valt er dan precies onder, hoe hebben we dat georganiseerd en wat is precies de zorgvraag? Dat moeten we scherper krijgen. Zo zou ik eigenlijk ook de stelsel­discussie willen aanvliegen. Dat is precies de route die we nu lopen. We hebben die gelijkgerichte inkoop afgesproken. We zullen zien wat we verder nog met elkaar gaan afspreken op het pad waarop we nu lopen.

De voorzitter:

Mevrouw Dobbe, in derde instantie?

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Mijn vraag was ook waarop de Minister de uitspraak baseert dat een zekere mate van concurrentie hierin helpend is. Dat voorbeeld heb ik gewoon nog niet gehoord. Ik snap dat de Minister ervan overtuigd is dat het helpt voor goede zorg, maar ik heb er gewoon nog geen voorbeeld van gehoord. Als we nu kijken hoe het gaat, zien we dat er honderd­duizend mensen op de wachtlijst voor geestelijke gezondheidszorg staan, dat personeel gillend de zorg uit rent, dat er zorginstellingen omvallen, dat we een systeem hebben dat niemand meer snapt. Dan ben ik echt benieuwd naar waar de Minister het op baseert dat de markt en een zekere mate van concurrentie hierin wenselijk zijn en de zorg beter maken.

Minister Helder:

Een van de voorbeelden waar ik erg van gecharmeerd ben en die ik laatst gezien heb – dat is geen overtuiging; ik heb gewoon gezien dat het werkt – is een nieuwe vorm die Thubble heet, in het oosten van het land. Daar waren grote wachtlijsten. Daarbij is gekeken: kunnen we aan mensen op de wachtlijst aanbieden om de zorg volledig digitaal en direct te ontvangen? Ik heb gezien hoe ze dat organiseren. Ze hebben een hele innovatieve vorm van zorg verlenen, waarbij ze onder andere gebruik­maken van psychologen die in het buitenland verblijven en Nederlandse psychologen die bijvoorbeeld op wereldreis zijn of gedeeltelijk in het buitenland wonen. Ze hebben hun hele ICT-systeem zo ingericht dat ze de zorg volledig digitaal kunnen regelen.

Ik heb gesproken met cliënten die die zorg ontvangen hebben. Zij zijn daar buitengewoon enthousiast over. Het is een nieuwe manier van werken. Er is ook een digitaal dagboek, waarin de psycholoog van tevoren al kan kijken. Dat zijn ze samen overeengekomen. Er was één cliënt die heel duidelijk zei, terwijl ook zijn vrouw erbij was: «Ik ben enorm geholpen, want ik had die zorg nodig op het moment dat ik aan het verhuizen was. Door het feit dat het digitaal was, kon ik heel gemakkelijk die zorg met dezelfde zorgverlener voortzetten. We hadden het net over het systeem, maar omdat het ook letterlijk in mijn huiskamer binnenkwam, was mijn vrouw ook op de hoogte van mijn huiskamer opdrachten. Ze hielp mij ook om daaraan te voldoen.» Dat waren hele open gesprekken. Dat is dus een nieuwe vorm. Die is ontstaan omdat zij geprikkeld zijn om te kijken: hoe kunnen we dit zorgaanbod op een betere manier neerzetten, tegen een redelijk tarief, goed georganiseerd en op een manier waarop we zorgver­leners kunnen vinden om dat te doen? Ik zou u echt aanraden om daar te gaan kijken, want dat is absoluut een voorbeeld van een innovatie die je met elkaar zou moeten willen.

De heer Claassen (PVV):

Volgens mij zit het anders, maar corrigeer me als ik het mis heb, mevrouw Dobbe. We hebben nog steeds mensen die zorg nodig hebben en we hebben mensen die zorg zouden kunnen bieden, maar die niet kunnen

bieden omdat iemand anders het efficiënter doet. Maar diegene die dat dan niet efficiënt genoeg zou doen, levert in principe geen kwalitatief slechte zorg, want dan zou de IGJ ingrijpen. We hebben dus mensen die voldoen aan de norm. We hebben de kwaliteitswetten. We hebben toezicht van IGJ. Er lopen mensen rond die hun diploma of getuigschrift hebben, dus zij kunnen die zorg leveren. Maar ze mogen dat niet gaan leveren, omdat het niet gecontracteerd wordt. Dat is wat u zegt. Volgens mij is dat gewoon marktwerking.

Minister Helder:

Volgens mij gaan we nu twee dingen door elkaar halen. Het liefst heb ik dat zorgaanbieders via een contractrelatie werken. Waarom? Omdat je dan afspraken met elkaar kan maken over welke zorg er geleverd wordt. We weten met elkaar ook – dat is ook de basis van het Integraal Zorgakkoord – dat we moeten gaan werken met passende zorg, omdat de zorg in de knel zit en we de zorg uit de knel willen halen. Dat wil zeggen dat het bewezen effectieve zorg moet zijn, maar we willen de zorg ook toegankelijk en betaalbaar houden, en uiteraard van goed kwalitatief niveau. Dat is één.

Twee. Dat wil niet zeggen dat als je geen contract hebt met een zorgverzekeraar, je geen zorg zou mogen leveren. Dat is niet waar, want dat wordt gewoon betaald. Daar hebben we ook een regeling voor in Nederland. Ik zou wel het liefst willen dat al die losse zorgaanbieders via een contractrelatie gaan werken en ook regionaal gaan meedoen in dat gesprek over het aanbod dat we nu hebben staan in de regio. Het is namelijk belangrijk om met elkaar aan tafel te zitten. We weten namelijk dat we schaarse capaciteit hebben. Die moeten we dus zo effectief en zo goed mogelijk gebruiken voor de mensen die dat nodig hebben. Dat zijn met name ook de mensen met deze hoogspecialistische vraag. Daarnaast wil ik ook dat zij samen dat gesprek als aanbieders hebben. Dat kunnen ze in samenwerking doen. Ik wil ook echt meer samenwerking, maar ik vind het niet erg als er ook een stuk competitie is om met de beste aanpak te komen als het gaat om het op een andere manier adresseren van die zorgvraag. Daarmee creëren we ook meer aanbod. Daarmee zorgen we ook dat we het geld dat we hebben en de mensen die we ter beschikking hebben op een goede manier gebruiken. Want wat ik graag wil en u ook, volgens mij, zeg ik tegen de commissie – iedereen wil dat – is natuurlijk dat die wachtlijsten naar beneden gaan en in balans zijn. Absoluut.

De heer Claassen (PVV):

Maar we hebben die luxe nu helemaal niet. Aan de ene kant begrijp ik dat die innovaties interessant zijn, maar we hebben nu ook de luxe niet om op die manier naar oplossingsrichtingen te kijken. Volgens mij is dit een oplossing als we het allemaal goed met elkaar geregeld hebben en de wachtlijsten minimaal zijn. Dan kun je stappen gaan maken om het te verbeteren. Dan komt toch bij mij boven ... Ik moest wennen aan het woord «passende zorg». Dan werd er gezegd: daar bedoelen ze eigenlijk een verkapte bezuiniging mee. Ik dacht bij passende zorg: kijkend naar mijn zorgverleningsachtergrond, is passende zorg prachtig. Maar toch valt ook hier dat woord: passende zorg. Het geeft mij een wat wrange nasmaak dat dat toch een manier is om te zorgen dat de zorg zo goedkoop mogelijk moet worden aangeboden. Dat steekt mij.

Minister Helder:

Nou, daar ben ik het echt absoluut niet mee eens. Dat had de heer Claassen ook wel verwacht natuurlijk. Passende zorg is ... Ik ben het helemaal met de heer Claassen eens dat het knelt en dat we binnen de knellende mogelijkheden van nu ruimte moeten maken met elkaar. Precies daarom is het begrip «passende zorg» ook geïntroduceerd. Je zou ook kunnen zeggen: de juiste zorg op de juiste plaats.

Het gaat erom dat we met elkaar de zorg leveren die de vraag beantwoordt, die effectief is en waarvan we weten dat die effectief is, juist omdat de middelen schaars zijn. Dat betreft met name de mensen, eerder nog dan het geld. Kijk naar de ggz. Daar is geen sprake van bezuinigingen als je kijkt naar de ontwikkeling van het budget. We geven nu twee keer zoveel uit als een aantal jaren geleden. Het is dus eerder een enorme toename, net als in de geneeskundige ggz.

Ik vind het jammer om te horen dat we eerst alles op orde zouden moeten brengen en dan pas moeten gaan innoveren. We hebben namelijk juist tegen elkaar gezegd dat we gebruik gaan maken van een andere manier van kijken naar mensen met een zorgvraag. Dat is geen wild geloof. Dat is op basis van alle ervaringen uit het veld die we ook inbrengen in het IZA, en de partijen zelf zeggen het ook. We kijken dus naar laagdrempelige steun en dergelijke. We kijken of het meer een zorgvraag is of meer een vraag in het sociaal domein. We kijken nu dus ook naar oplossingen terwijl die mensen op de wachtlijst staan. Het voorbeeld dat ik net gaf van Thubbe is maar één voorbeeld, maar ik zie er meer. Die mensen blijven anders op de wachtlijst staan. Maar nu hebben ze gebruik kunnen maken van dat vernieuwde aanbod en hebben ze binnen een aantal weken progressie kunnen maken. En anders hadden ze nog op die wachtlijst gestaan.

Ik ben daar dus heel blij mee, omdat ik juist echt zie dat die innovaties ons gaan helpen en gaan zorgen dat we die balans kunnen herstellen. Dat is het niet alleen, want we zullen en-en moeten doen. We zullen ook goed moeten zorgen voor de cruciale ggz die er is. Nou, daar heb ik net een aantal dingen over gezegd. Maar we moeten ook echt innoveren.

De voorzitter:

Gaat u verder. We zijn nog bij blokje twee van de zes blokjes.

Minister Helder:

Dan ga ik even een paar dingen overslaan waarvan ik denk dat ik die al beantwoord heb, maar anders hoor ik straks of dat terecht is. Volgens mij heb ik over de cruciale ggz in ieder geval de vragen beantwoord die er waren.

De voorzitter:

De heer Claassen heeft nog een vergeten vraag.

De heer Claassen (PVV):

Misschien komt het in een ander blokje, maar ik had in relatie met de cruciale zorg nog specifiek gevraagd naar de uitvoering van de motie van collega Agema. Die hoort toch wel in dit blokje, denk ik.

Minister Helder:

Excuses. De heer Claassen heeft gelijk. Dat was de vraag of het ontbreken van een heldere definitie kan leiden tot het niet invullen van de motie. Ik heb net aangegeven dat de partijen over de werkdefinitie zeggen dat ze voor de inkoop nu goed uit de voeten kunnen met wat ze hebben voor 2025. Er is juist een andere aanpak gekozen, om die definitie nog verder te verfijnen. Ze hebben het zelf uitgebreid beschreven en ik heb het ook in mijn brief uitgebreid uit de doeken gedaan, maar ze moeten eigenlijk van de aanbodaanpak naar de vraagaanpak. Dat heeft te maken met de karaktereigenschappen van cruciale zorg. Dat zijn dus patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag die zich niet laten definiëren. Dat is het lastige. Dat zijn mensen die ernstig lijden, met domeinoverstijgende problematiek, met zorg die een minder voorspelbaar beloop heeft. Dat maakt het dus meteen ook ingewikkeld. Daarom is er een switch gemaakt om te kijken of we dat landelijk zouden kunnen indelen. Voor een deel is dat dus gebeurd, bijvoorbeeld voor de acute zorg en de beveiligde zorg en

dergelijke, maar voor een deel nog niet. Het wordt dan vanuit de regio's bekeken en vanuit de wachtlijsten die er zijn: wat is nou precies de wachtlijst in deze regio, wat is het aanbod voor deze wachtlijst uit de regio, en waar kunnen we het in deze regio niet oplossen en moeten we het landelijk doen? Dat is de aanpak en die vertrekt vanuit het punt dat zorg aan patiënten binnen hun eigen sociale context in de regio leidend is. Dat is het vertrekpunt dat zij daarin hebben aangegeven. De inhoudelijke partijen zijn dat dus met elkaar overeengekomen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Helder:

Dan ben ik bij een aantal vragen over het Integraal Zorgakkoord zelf en een aantal vragen over de uitvoering daarvan, dus de SPUK en dergelijke. Misschien zit er wat dubbeling in. Dan kunnen we wat sneller voort. Twee jaar geleden constateerde ik dat er een stevige uitdaging ligt. Ik heb toen aangegeven hoe ik wilde inzetten op meer zicht en grip op het aanbod van de ggz. Daarvanuit hebben we de afspraken binnen het IZA gemaakt. Behalve wat ik net gezegd heb, hebben we ook meer geld beschikbaar gemaakt voor de ggz, want het kader voor de ggz in het Integraal Zorgakkoord is structureel opgehoogd met 180 miljoen en incidenteel met 160 miljoen voor de wachtlijstaanpak. Het kader voor de curatieve ggz, zonder jeugd, Wlz en maatschappelijke ondersteuning beschermd wonen, is daarmee 5,2 miljard. Daarnaast zijn er transformatiemiddelen beschikbaar gesteld: 1,4 miljard voor alle partijen en 160 miljoen geoormerkt voor de ggz. Die middelen kunnen onder andere worden ingezet voor die impactvolle veranderingen, zoals het opzetten van de mentale gezondheidscentra.

Hoe staat het met de uitvoering van de motie-Mohandis over de laagdrempelige steunpunten, vroeg mevrouw Westerveld. Zij vroeg ook waarom de SPUK er nog niet is. Er zijn al een aantal laagdrempelige steunpunten en de gemeentes kunnen die al financieren uit de middelen die zij via het Gemeentefonds hebben ontvangen. Daarbovenop hebben we structureel 150 miljoen extra beschikbaar gesteld aan gemeentes voor de uitvoering van het IZA. Daarnaast wordt er gewerkt aan de SPUK-transformatiemiddelen IZA 2023–2027, zodat gemeentes aanspraak op dat geld kunnen maken. We gaan die naar verwachting begin mei publiceren. Dan heeft een terugwerkende kracht tot 1 februari 2023. De betaaltitel voor het verkennend gesprek heb ik net genoemd, inclusief het eigen risico.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Westerveld waarom de laagdrempelige steunpunten niet van de grond komen. Naast dat wat ik net over de financiering heb gezegd, is er een brede werkgroep onder regie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, die de implementatie ter hand heeft genomen. Er is daarbij ook ondersteuning georganiseerd. Het procesplan, met daarin de beschrijving van dat ondersteunende programma in de regio, zal na behandeling van het Bestuurlijk Overleg IZA van aanstaande juni met de Kamer gedeeld worden. Het implementatieplan is er dus, maar dat wordt in juni, na het Bestuurlijk Overleg IZA, met de Kamer gedeeld.

Excus aan mevrouw Bikker overigens, want ik zie dat zij dezelfde vraag had gesteld, maar zij krijgt dus hetzelfde antwoord.

Dan ben ik bij de vraag hoe ik kijk naar mijn eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het versterken van de sociale basis. De Staatssecretaris en ik hebben u vorig jaar juli al geïnformeerd over de aanpak daarvan. Uit de lokale plannen van aanpak blijkt dat de sociale basis nu een integraal onderdeel is van de gemeentelijke uitvoeringspraktijk. Dat heeft natuurlijk als doel om die laagdrempelige steunpunten hulp te bieden.

Misschien is het goed om nog even te melden hoe hard ik erin zit en hoeveel regie ik heb. Dat is natuurlijk de vraag van de commissieleden; ik voel 'm aankomen. De Staatssecretaris en ik hebben vorige week met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de commissie die daarover gaat een uitgebreide werkbijeenkomst gehad. Dat was de tweede keer. Die is ook al een keer ambtelijk geweest, maar nu was het dus ook met de bewindspersonen. Die bijeenkomst ging juist hierover: waar zitten de knelpunten en hoe kunnen gemeentes elkaar nog meer helpen om kennis van elkaar op te doen? Ik wil maar aangeven dat de Staatssecretaris en ik daar actief in zitten. Hoe kunnen zorgaanbieders gebruikmaken van de bekostiging voor de facultatieve prestatie in 2024? Dat was de vraag van mevrouw Van Eijk. Zij kunnen gezamenlijk een aanvraag doen bij de NZa om dat verder te vergemakkelijken. Zij hebben dat ook gedaan, zie ik hier in mijn antwoord staan. We zien ook dat zorgaanbieders het verkennend gesprek vormgeven. Mevrouw Westerveld gaf net aan dat Breburg heeft aangegeven: als die betaaltitel niet komt, dan stop ik. Er is geen reden voor Breburg om te stoppen. Wij gaan dit regelen.

Dan kom ik bij een flink aantal vragen over de omzetplafonds en het stelsel. Ik zal niet gaan herhalen wat ik daar net allemaal al over heb gedeeld, maar ik ga gelijk naar de vragen. Mevrouw Westerveld vroeg mij de NZa aan te sporen om te handhaven op de zorgplicht. Ik heb de motie ontraden. Die is niet aangenomen, maar inmiddels heeft de Consumentenbond hetzelfde verzoek gedaan. De NZa doet al langer onderzoek naar de rol van de zorgverzekeraars rondom de wachttijdenproblematiek. Dat hebben ze ook in 2018, 2019 en 2020 gedaan. Naar aanleiding daarvan is er met vier zorgverzekeraars een intensiever toezichtstraject ingegaan. In 2020 is het document «De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars» gepubliceerd. Daarin staat ook uitgebreid beschreven wat zorgverzekeraars proactief moeten doen. U heeft er ook kennis van kunnen nemen dat de NZa onlangs een formele maatregel heeft opgelegd aan twee verzekeraars die zich in het kader van de wachttijden niet in voldoende mate proactief hebben ingezet. Ik heb van de NZa vernomen dat zij het handhavingsverzoek van de Consumentenbond inmiddels in behandeling heeft genomen.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker heeft een vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik wil toch nog even iets zeggen over de NZa. Natuurlijk is het goed dat de NZa de zorgverzekeraars op hun zorgplicht wijst, maar ik vond het toch wel zorgelijk dat de belangrijkste conclusie is dat geen van de vier onderzochte zorgverzekeraars volledig voldoet aan de proactiviteitsnormen van de zorgplicht, zoals de Minister zelf ook schrijft. Het baart me wel zorgen. Deze vier zijn nu onderzocht. Het lijkt me dat er dan bij de Minister als stelselverantwoordelijke ook wel een extra alarmklokje afgaat. Gezien de manier waarop we het stelsel georganiseerd hebben, vind ik het logisch dat de Minister op een aantal punten zegt dat het echt de verantwoordelijkheid van de NZa is en dat zij op die punten niet kan ingrijpen. Maar als bij alle vier de onderzochte zorgverzekeraars het belletje gaat luiden dat het niet helemaal in orde is, dan kijk ik natuurlijk wel naar de stelselverantwoordelijke. Wat gaat dit dan verder betekenen?

Minister Helder:

U kunt ervan op aan dat dat belletje bij mij natuurlijk ook ging rinkelen. Daar zijn dus gesprekken over. Zonder dat ik in de verantwoordelijkheid van de NZa treed, want dat moeten zij echt doen, hebben we daar natuurlijk gesprekken over met de zorgverzekeraars. Afgelopen maandag was er ook een uitgebreid gesprek met Zorgverzekeraars Nederland. We hebben ook continu gesprekken met de bestuurlijke partijen in het IZA om

te kijken wat er fout gaat, waarom het niet snel genoeg gaat en waarom het niet gaat zoals we willen. Iedereen is ervan doordrongen dat we dit beter moeten doen. Dus ja, het belletje gaat ook bij mij en daar hebben we gesprekken over. Ik spoor de NZa op dat punt zeker doorlopend aan.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dat is goed te horen. Waar ik zelf ook gewoon nog op puzzel – ik leg hem dus open neer – is de vraag of we dan voldoende handvatten hebben om de zorgverzekeraars ook echt achter de broek te zitten om dit te veranderen. Of blijven we vanwege de gespreide verantwoordelijkheden zoals we die in het stelsel belegd hebben in een cirkeltje rondraaien in gesprekken? Hoe richt de Minister in dat zij ook op dat punt af en toe wel een pittige conclusie kan trekken over de vraag of het goed genoeg gaat? Ik formuleer mijn vraag nog wat zoekend, omdat ik niet meteen allerlei stelselveranderingen wil. Dat heb ik niet als oogmerk, in tegenstelling tot sommige collega's, met wie ik daar een goed debat over kan voeren. Als Kamerlid krijg je hierover natuurlijk vrij geabstraheerde informatie, waardoor het heel lastig is om grip op de situatie te krijgen wanneer het systeem niet goed functioneert en een deel van de verantwoordelijkheid daarvoor bij de NZa ligt en de Minister weer in gesprek gaat. Voor je het weet zit je de hele tijd hier in een debat in dat cirkeltje achter iets geabstraheerds aan, terwijl je eigenlijk zoekend bent: doen we genoeg? Doen we alles wat we kunnen doen om dit te verbeteren? Ik denk dat dat de vraag is die eronder zit. Ik weet niet of ik hem nu goed genoeg heb geformuleerd. Ik zal er voor een volgend debat over nadenken of ik dat beter kan formuleren, maar hier zit wel mijn zoektocht. Doen we het zo goed genoeg, ook in de verantwoording hier?

Minister **Helder**:

Ik durf best naar mevrouw Bikker uit te spreken dat dat natuurlijk ook mijn zoektocht is. Wat is de actieve rol en de regie als stelselverantwoordelijke? Wat ik daar nu in doe, samen met de collega's overigens, en uiteraard ook met de ambtelijke ondersteuning en al die veldpartijen, is kijken: wat is ieders rol in het systeem en pak je ook je rol? Doe je het voldoende goed? Het feit dat de NZa nu is gaan handhaven, vind ik echt een voorbeeld dat ze hun rol pakken, zonder even inhoudelijk in te gaan op welke zorgverzekeraar het precies is. Maar ze pakken hun rol als het gaat om die handhaving. Dát is wat we moeten doen. We hebben hier vaker met elkaar gesproken over het earlywarningsysteem. Ja, als je een earlywarning-systeem laat gebruiken, dan werkt het niet. Ik heb dus tegen de zorgverzekeraars, aan ZN, gezegd: ik wil dat jullie samen met de zorgaanbieders echt proactief kijken, zodat we als er tekenen zijn dat aanbod mogelijk gaat vervallen, op tijd dingen doen om dat tegen te gaan door anders in te kopen of andere bewegingen te maken, om te zorgen dat we dat oplossen. Ze moeten dus niet wachten: ik heb mijn dingetje gedaan; nu is de volgende. Want dat is het gevoel dat mevrouw Bikker misschien een beetje krijgt, van «mijn collega komt zo», zoals ik altijd maar zeg. Dat wil ik dus absoluut niet, maar we moeten vooral zorgen dat iedereen de verantwoordelijkheid draagt die hij moet dragen en dus ook handelt. Dat is wat ik nu aan het doen ben. Als ik zeg dat ik ze aanspreek, kunt u ervan opaan dat als het niet dagelijks is, het zeker wekelijks is. We jagen binnen het Integraal Zorgakkoord op hoog tempo met elkaar achter al deze afspraken aan. Zo durf ik het wel te zeggen. Dus dat is echt zeer actief.

De **voorzitter**:

Mevrouw Joseph heeft ook een vraag.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ik zit ook steeds te puzzelen, maar dan meer op de financiële kant, omdat ik er gewoon niet uit kom. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar. Als

hun prijzen te hoog worden, vallen ze uit de markt, bij wijze van spreken. Als die ggz daar ergens dwarszit, omdat bijvoorbeeld het risicovereveningssysteem niet goed is, dan kan de NZa die zorgverzekeraars aansporen, maar dan zullen ze echt het minimale doen, want anders prijzen ze zichzelf weer uit de markt. Voor dat soort mechanismes ben ik gewoon bang. Daarom ben ik ook zo op zoek: hoe zitten die prikkels en gaat het allemaal goed? Maar dat is meer een aanvulling. Daar zit dus mijn zorg en daarom ben ik daar een paar keer op teruggekomen. Dat is meer een verduidelijking.

Minister Helder:

Wat ik kan toezeggen ... Misschien helpt dat, want ik begrijp de vraag van mevrouw Joseph heel goed. Dat is in feite ook de vraag van mevrouw Bikker. Hoe zit het aan de ene kant met de financiële prikkels en hoe zit het aan de andere kant met die verantwoordelijkheden? Draait de cirkel de goede kant op? Ik denk dat dat een hele terechte vraag is. De Algemene Rekenkamer kijkt op dit moment in het rapport over het jaarverslag van het Ministerie van VWS nadrukkelijk naar de ggz en de aanpak van de wachttijden, dus de inhoudelijke reactie op de bevindingen van de Algemene Rekenkamer ga ik daarna natuurlijk geven. Dan gaat het over ook de zorgplafonds, de omzetplafonds en onder andere de risicoverevening. Ik heb net al gezegd dat het zorgprestatie model natuurlijk ook geëvalueerd wordt. De bedoeling is dat dat juist de goede kant op werkt. Ik zal even nagaan of dat er voldoende in zit, want er zijn een aantal financiële instrumenten die we hebben in het zorgstelsel. Ik ben het mevrouw Joseph eens dat we echt goed moeten analyseren of dat doet wat het moet doen. Het rapport en de reactie daarop van de Algemene Rekenkamer worden op 15 mei openbaar. Dat is namelijk Verantwoordingsdag, waarop alle rapporten openbaar worden. Dat wordt daar nadrukkelijk in meegenomen, dus dat zou ik als toezegging willen doen, zodat we hier niet steeds in herhaling vallen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Helder:

Volgens mij hebben we al heel veel dingen over het stelsel, de omzetplafonds en dergelijke, besproken. Ik zou willen gaan naar zorg en veiligheid en personen met verward of onbegrepen gedrag. Even ter inleiding: de doelgroep van mensen met verward of onbegrepen gedrag is zeer divers. Het kan gaan om mensen met psychische problemen, verslaving of verstandelijke beperking, maar ook om mensen die vanwege sociale of financiële problemen of door een ingrijpende gebeurtenis de grip op hun leven kwijt raken. Het feit dat deze mensen onbegrepen gedrag vertonen, is moeilijk voor deze mensen en hun naasten, maar kan ook zorgen voor overlast en gevoelens van onveiligheid in de samenleving. Tragische incidenten waarbij het echt misgaat, herinneren ons eraan dat we in de richting van deze mensen, hun naasten en anderen een grote verantwoordelijkheid hebben. Het is altijd wel belangrijk om ons te realiseren dat het merendeel van de mensen met verward of onbegrepen gedrag, of hoe we het ook noemen, geen gevaar vormen. Het gaat soms om mensen die behoefte hebben aan een dak boven hun hoofd, bestaanszekerheid of die de verbinding met anderen zijn kwijtgeraakt. We zijn er samen voor verantwoordelijk om aan deze basale levensbehoeften tegemoet te komen en ervoor te zorgen dat die mensen weer grip op hun leven krijgen. Vaak is ook ondersteuning vanuit het sociaal domein of behandeling in de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk.

Wanneer er sprake is van een stapeling van problemen, kan het vinden van passende ondersteuning best uitdagend zijn. Ik zie daarin wel veel goede initiatieven, bijvoorbeeld de inzet van de wijk-GGD'er, het inrichten

van de persoonsgerichte aanpak op lokaal niveau en het landelijk meldnummer zorgwekkend gedrag. Het is belangrijk om samen te werken met partijen in het veiligheidsdomein, zoals de politie. De Minister van JenV en ik hebben daarom de afgelopen jaren ook fors geïnvesteerd in het verbeteren van die samenwerking tussen het sociaal domein, politie en de ggz. We hebben ook financieel geïnvesteerd, met middelen uit het coalitieakkoord maar ook van VWS.

Wat goed gaat, is bijvoorbeeld de ondersteuning van de gemeenten bij het vormgeven van de samenwerking vanuit het actieprogramma Grip op Onbegrip. We hebben bijvoorbeeld het vervoer van mensen met verward gedrag verbeterd en de levensloopvolgende zorg ingericht voor mensen van wie we weten dat het risico aanwezig is dat ze gevaarlijk gedrag gaan vertonen.

Desondanks ziet zowel de Minister van JenV als ik de urgentie om ook de komende tijd een extra stap te zetten. Om die reden werk ik specifiek voor de groep mensen die gevaarlijk gedrag kunnen vertonen aan een werkagenda, die ik met mijn collega van JenV en partijen uit het veld opstel. In die werkagenda wil ik inzetten op meer passend zorgaanbod voor mensen die langdurig beveiligde zorg nodig hebben. Daarover heb ik u op 28 maart ook een brief gestuurd. Ook wil ik een betere aansluiting tussen de wettelijke stelsels van zorg en veiligheid, introductie van een wettelijke titel in het strafrecht, en een verbinding tussen de reguliere en forensische zorg, mede door kennisdeling over risicotaxatie, en betere begeleiding bij de overgang van het veiligheids- naar zorgdomein en andersom.

Afsluitend wil ik nogmaals benadrukken dat we er ons bij het nemen van maatregelen gericht op personen met onbegrepen gedrag rekenschap van moeten geven dat het grootste deel van deze mensen mogelijk wel overlast veroorzaakt, maar niet gevaarlijk is. Het is ook echt een maatschappelijke vraag. Het is ook goed om ons te realiseren dat we desondanks mogelijk niet alle incidenten kunnen voorkomen, nu en in de toekomst. Maar we proberen er natuurlijk wel aan te werken om dat te kunnen doen.

Dan de specifieke vragen. Mevrouw Westerveld vroeg hoe de langdurige separatie in de langdurige ggz zich verhoudt tot de Wvggz. Gedwongen zorg is natuurlijk altijd een uiterst redmiddel. De Wvggz stelt daar hoge eisen aan. De wet stelt een norm, maar je wilt eigenlijk verandering van gedrag. Dat moet in de ggz gebeuren. Men zet zich daarvoor in, ook voor het terugdringen van separatie. Binnen de coalitie Voorkomen verplichte zorg werken Akwa GGZ, oftewel het kwaliteitsinstituut binnen de ggz, de zorgaanbieders, de beroepsgroepen en patiëntenorganisatie MIND hard aan het terugdringen van dwang. Ik werk vervolgens aan de uitvoerbaarheid van de Wvggz, zodat dit ook in de praktijk goed loopt. Verder hebben we in de Wvggz inmiddels geregeld dat iemand recht heeft op een advocaat tijdens de zitting, net als bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon en toegang tot een onafhankelijke klachtencommissie. Het besluit om daadwerkelijk verplichte zorg te verlenen wordt door een psychiater genomen. De inspectie houdt daarop toezicht via haar toetsingskader. De bedoeling is echt dat separatie, als daar als sprake van is, snel kan worden afgebouwd. Ook kan het Centrum voor Consultatie en Expertise, het CCE, daarbij ondersteunen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks-PvdA):

Ik weet wat er in de wet staat. Maar of we het nou hebben over mensen met onbegrepen gedrag of mensen die, zoals deze jonge vrouw, gesepareerd worden: dingen kunnen wettelijk nog zo goed worden opgeschreven, maar als er te weinig plekken zijn of te weinig personeel is, gebeurt dit. Ik wil het even heel concreet hebben over mensen met onbegrepen gedrag. De Minister noemt een aantal zaken die ze wil veranderen. Ik vraag me dan af wat zij gaat doen om hulpverleners in de

brede zin van het woord te helpen, zodat er meer plekken zijn. Ik had recentelijk een gesprek met een wijkagent in Nijmegen die hiertegenaan loopt. Hij is niet de enige; dit staat symbool voor wat er in het hele land gebeurt. Als een persoon met onbegrepen gedrag niet kan worden opgevangen in een instelling die daar gespecialiseerd in is, omdat er simpelweg geen plekken zijn, dan blijft dit probleem er. Dan blijft het ook het probleem van hulpverleners, terwijl ik vind dat wij er met elkaar voor verantwoordelijk zijn dat bijvoorbeeld mensen die op straat leven en daardoor onbegrepen gedrag vertonen, worden geholpen. Ik vraag de Minister wat ze daarmee doet, zodat dit niet het probleem van hulpverleners is, maar er een verandering gaat plaatsvinden in het hele systeem.

Minister Helder:

Een aantal dingen zijn natuurlijk al gedaan, maar daar is mevrouw Westerveld niet naar op zoek. We hebben al meer inzicht in de beveiligde capaciteit, bijvoorbeeld met het dashboard. Dit is precies onderdeel van het werkplan dat we nu met JenV aan het maken zijn. Het gaat hier om mensen met ernstig verward of onbegrepen gedrag van wie je zegt: daar zou een plek voor moeten zijn. We moeten kijken hoe we dat moeten adresseren. Ik kan niet vooruitlopen op hoe we dat precies gaan oplossen, maar dit is exact het onderwerp van het werkplan dat we met JenV aan het doen zijn. Voor een deel zal dat het delen van kennis zijn, ook in de praktijk van de langdurige zorg. Ik kan me een situatie voorstellen waarin iemand te onhanteerbaar is en er door personeelsgebrek voor separatie wordt gekozen als oplossing. We moeten er natuurlijk voor zorgen dat dat niet de oplossing is die per se wordt gekozen. We moeten kijken hoe we daar de kennis en expertise kunnen krijgen. Hoe kunnen we zorgen voor voldoende medewerkers in die sectoren, om dat zo kort mogelijk en zo min mogelijk te doen? Een van de voorbeelden in de langdurige gehandicaptenzorg is dat crisisteams daarin outreachend zijn en ook in de locatie kijken wat je verder nog kunt doen om dat terug te dringen, zodat de zorgverleners er niet alleen in staan.

Hier gaat het specifiek om de groep die verward gedrag en onbegrepen gedrag vertoont, waarbij we er niet uitkomen zoals we dat nu doen, namelijk met de wijk-ggz en het overleg met het sociaal domein. Soms is het een vraag die in het sociaal domein moet worden beantwoord, maar hier gaat het echt om ernstige problematiek. We zien ook veel mensen die naar Nederland komen, geen baan meer hebben en dan op deze manier op straat belanden. We moeten kijken wat we met die ernstige problematiek doen en hoe we dat gaan oplossen. Dat is echt onderdeel van het werkplan met JenV. Daar heb ik nog geen kant-en-klaar plan voor, maar we zijn er wel met spoed mee aan het werk.

De voorzitter:

De laatste interruptie van mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks-PvdA):

Ik bedoel juist dat die ernstige problematiek vaak niet van de ene op de andere dag ontstaat. Die komt ergens vandaan. Als iemand onbegrepen gedrag vertoont in zo'n ernstige mate dat er misschien wel opsluiting dreigt, dan komt dat ergens vandaan. Vaak is dat omdat in het voorstadium op de een of andere manier onvoldoende hulp kan worden geboden. Vaak is dat omdat iemand zich zo niet gehoord voelt dat het gedrag escaleert en erger wordt. Daar zou wat aan gedaan moeten worden. Datzelfde geldt natuurlijk voor mensen die zo niet geholpen worden dat personeel uiteindelijk geen andere oplossing ziet dan iemand in een isoleercel neerzetten. Dat komt ook ergens vandaan. Dat is ook vaak omdat er onvoldoende personeel op de groep is of er onvoldoende gekwalificeerd personeel is om specifiek met die persoon met dat gedrag om te gaan. Daarom druk ik de Minister op het hart om niet alleen te

zoeken naar wat te doen op het moment dat er zo ernstig onbegrepen gedrag is dat we niet anders meer kunnen, maar om ook al in dat voortraject te gaan zitten.

Minister Helder:

Dat sluit natuurlijk aan bij mijn voorgaande antwoorden over de hele aanpak. Ook mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn soms al gebaat bij een laagdrempelig steunpunt. Je probeert daar van tevoren wat aan te doen. De specifieke problematiek die mevrouw Westerveld aangeeft, gaat natuurlijk ook over de intramurale setting, waar dit soort dingen voorkomen. Het andere betreft personen die met verward gedrag op straat zijn, voor de tiende keer in beeld komen en geen plek hebben waar ze naartoe kunnen. Aan dat laatste werken we vooral samen met JenV. Ik ga daar binnenkort, in ieder geval voor de zomer, een voortgangsbrief over sturen. Het andere betreft de aanpak binnen de intramurale instellingen om te zorgen dat je op tijd kunt ingrijpen. Dat heeft ook absoluut te maken met voldoende inzet van personeel. De arbeidsmarkt is heel krap. We proberen daar zo veel mogelijk aan te doen in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg.

Voorzitter. Gezien de tijd kijk ik even welke vragen nog resteren. Allereerst de vraag van de heer Claassen. Hij zegt: tbs'ers worden financieel gecompenseerd als ze lang moeten wachten; ik zie de logica niet omdat andere mensen op die plekken zitten. Ik heb naar aanleiding van de eerdere berichtgeving aangegeven dat die beveiligde setting in sommige gevallen echt nodig is. Professionals besluiten dan om die mensen in die beveiligde setting zorg te bieden. Dat is nodig voor hun eigen veiligheid en voor de veiligheid van de omgeving en het personeel. Het gaat om een aantal mensen op niveau vier. Dat is het beveiligingsniveau van de tbs. Dat is zeer beperkt. Het zijn er zeven in Nederland, hebben we geïnventariseerd.

Daarnaast is er een forse capaciteitsdruk op de tbs; dat klopt. Volgens mij is het plenaire debat daarover nu aan de gang met de Minister voor Rechtsbescherming. De vraag over financiële compensatie zal eerlijk gezegd eerder met de Minister voor Rechtsbescherming gecommuniceerd moeten worden, maar ik ben het met u eens over het volgende. We streven naar evenwicht in het systeem. Bij die mensen geldt een forse capaciteitsdruk, maar we willen niet dat we die bedden moeten gebruiken voor tbs, waar ook een forse capaciteitsdruk is, vandaar ook mijn werkplan samen met JenV om te bekijken of we dat op een andere manier kunnen oplossen.

Dan over die hele specifieke groep van zeven. Er zullen wellicht altijd mensen zijn die dat hele strenge beveiligingsniveau nodig hebben. Dat kan ik niet uitsluiten. Dat wordt soms ook in gecombineerde klinieken aangeboden. Ik span me er dus voor in om dat zorgaanbod te realiseren. Ik heb u op 27 maart in de brief daarover ook geantwoord.

De voorzitter:

De laatste interruptie van meneer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Hèhè, dan hebben we die gehad. Ik kan me voorstellen dat bepaald gedrag zo ernstig is dat dat ook heel gevaarlijk is. Dat vraagt bepaalde vaardigheden. Het lastige is alleen dat die mensen wel recht hebben op zorg. De vraag is of zij in zo'n instelling, op zo'n tbs-plek, de zorg krijgen die zij nodig hebben. Op juridische basis horen ze daar namelijk niet te zitten, want ze hebben geen tbs. Krijgen ze dan wel de zorg die zij nodig hebben? Want die zorg hadden ze wel gekregen als ze op de juiste plek hadden gezeten.

Minister Helder:

Dat is zeker de bedoeling, met de beperkingen die de locatie met zich meebrengt. Daarom heb je ook beveiligingsniveau vier. Het is, nogmaals, niet aan mij of de Minister voor Rechtsbescherming om over te gaan tot plaatsing in niveau vier. Dat is een besluit van het behandelteam. Dat zijn dus hele uitzonderlijke gevallen. Soms zijn de tbs-capaciteit en de andere beveiligingsniveaus daarbij ook samen in een instelling ondergebracht. Dat is niet altijd gescheiden. Er zijn bijvoorbeeld ook combinatie-instellingen. Natuurlijk is het belangrijk dat ze de zorg krijgen, maar het moet ook altijd een afweging zijn. Als mensen dusdanig ernstig en ontwrichtend gedrag vertonen dat het een gevaar is voor henzelf, voor het behandelende team en voor de omgeving, dan kan het volgens de professionele mening van de behandelaren nodig zijn om daartoe over te gaan. Maar liever niet natuurlijk.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Dobbe over de toename van het aantal mensen met verward gedrag en de bezuiniging in de ggz. Ik kan die link niet leggen. Ik zie wel de spanning die zij weergeeft en de signalen uit de praktijk dat de problemen van mensen steeds complexer lijken te worden. Zorgprofessionals en politie worden daar in toenemende mate mee geconfronteerd. Dat is ook precies waarom ik met de Minister, in dit geval de Minister van JenV, inzet op die gezamenlijke aanpak, zoals ik dat net heb aangegeven.

De voorzitter:

Mevrouw Dobbe heeft daar een vraag over.

Mevrouw Dobbe (SP):

Ik vind dit wel problematisch. Kijk, ik ben in dit debat al een paar keer op zoek geweest naar erkenning of herkenning bij de Minister dat het beleid dat is gevoerd, heeft geleid tot de huidige situatie. Want als we dat niet doen, kan er niet geleerd worden en kunnen we het niet beter doen. Dat gaat over de markt, maar dat gaat dus ook over de bezuinigingen. Wij spreken met politieagenten, maar ook met allerlei instanties. Ik heb hier allemaal artikelen liggen die wel die link leggen. Die zeggen: sinds er is bezuinigd op de ggz, zien wij meer problematiek, meer verwarde personen op straat voor wie de zorg niet beschikbaar is en voor wie soms alleen nog maar een politiecel rest; die komen op die manier in de problemen. Ik vind het problematisch dat iedereen dat ziet behalve de Minister. Ik wil de Minister dus vragen om daarop te reflecteren, want die bezuinigingen hebben hun effect gehad. Als de Minister dat niet kan zien, hebben wij hier volgens mij een probleem.

Minister Helder:

Als ik kijk naar de ontwikkeling van het budget van de ggz, zie ik alleen maar een toename. De bezuiniging waar u het over heeft, zie ik dus niet. Ik zie inderdaad wel een aanpassing in het aantal klinische bedden. Dat is zeker gebeurd. Maar ik zie vooral ook een enorme toename van de zorgvraag. Ik heb in de inleiding geprobeerd u dat duidelijk te maken. Ik zie een toename van mensen met een vorm van een psychische stoornis. Een kwart van de volwassenen in Nederland geeft aan daarmee te maken te hebben. Dat is een enorme toename ten opzichte van de jaren daarvoor.

Ik zie heel veel schrijnende sociale omstandigheden. Dat hoor ik ook op werkbezoeken over specifiek deze groep verwarde personen. Ik noemde net de groep arbeidsmigranten uit Oost-Europa die, op het moment dat ze hun baan verliezen, ook geen huisvesting meer hebben in Nederland. Dat is echt een groeiende groep mensen die dakloos zijn. Mensen die daarmee omgaan, geven dat ook aan. Dan hebben we het echt over mensen met multi-pele problematiek. Daarom is het volgende zo belangrijk. Samen met de Minister van JenV heb ik een rondgang langs de gemeentes gemaakt. Politieagenten, de ggz-mensen en ook de mensen

van de GGD met wie ik binnen de gemeentes spreek, zeggen dat het heel goed werkt als we het juist bij de basis aanpakken. Een voorbeeld was een man die geen huis kon huren. Hij had daar best het geld voor, maar hij kon geen bankrekening krijgen omdat hij zich niet kon identificeren. Dat hij een identificatiemogelijkheid kreeg en dat dat voor hem betaald werd, dat hij zijn rijbewijs, waar hij recht op had, kon aanvragen, maakte dat hij een bankrekening kon openen en dat hij een huis kon gaan huren. Soms zitten mensen dus vast in sociale omstandigheden. Daarvan hebben we ook met elkaar gezegd dat als mensen verward gedrag gaan vertonen, we heel snel in de gaten willen hebben waar de oorzaak zit. Dan proberen we laagdrempelig te kijken of we de zorg en het sociaal domein goed bij elkaar kunnen brengen, zodat de politie niet nodig is. Dat zie ik zeker. Ik zie die spanning absoluut toenemen. Ik hoor ook van die teams op de werkvloer terug dat ze juist op de werkvloer weer ruimte krijgen om samen te werken. We hebben ook vanuit het coalitieakkoord geld gegeven, 59 miljoen, om te zorgen dat die teams de ruimte krijgen om samen te werken en een beetje onorthodoxe oplossingen te kiezen. Dat is vooral heel cruciaal en belangrijk om het tegemoet te kunnen treden. Ik vind het veel zinvoller om me te richten op de dingen die werken dan om te blijven hangen in «er is ooit bezuinigd en dat heeft het allemaal veroorzaakt». We zien echt een enorme toename van problematiek en daar hebben we mee te dealen.

De voorzitter:

De laatste interruptie van mevrouw Dobbe.

Mevrouw Dobbe (SP):

Ik vind dit toch wel schokkend, als ik heel eerlijk mag zijn. De Minister doet net alsof het een natuurverschijnsel is waardoor het nu helemaal in de soep loopt met de zorg, waardoor er nu ontzettend veel mensen niet de zorg krijgen die ze wel zouden moeten krijgen. Dat is geen natuurverschijnsel, maar dat is natuurlijk het gevolg van beleid. Erkenning daarvan is ontzettend nodig als we verder willen. We moeten weten dat de Minister bereid is om lessen te leren. Ik hoor de Minister zeggen dat er van bezuiniging geen sprake is. Ik heb hier artikelen liggen. 2017: verdubbeling gedwongen opnames psychiatrische patiënten door bezuinigingen. 2023: psychiatrie worstelt met bezuinigingen. 2014: aantal crisisopnames ggz stijgt flink door bezuinigingen. 2015: ggz-bezuinigingen leiden tot meer verwarde personen op straat. Zo kan ik nog heel lang doorgaan. Iedereen ziet het, maar deze Minister niet. Het gaat niet alleen om geld. Het gaat ook om het stelsel, om het systeem; daar hebben we het hier ook over gehad. Maar als de erkenning er niet eens is dat er ook falend beleid is geweest dat heeft geleid tot de verschrikkelijke situatie waar we nu in zitten, dan hebben we hier volgens mij met z'n allen wel een probleem.

Minister Helder:

Ik laat me niet de woorden in de mond leggen dat er nooit beleid is geweest dat gefaald heeft of iets veroorzaakt heeft. Natuurlijk heeft beleid altijd gevolgen; dat geldt voor ieder beleid. Maar als ik naar de cijfers kijk en mevrouw Dobbe hoor zeggen dat er bezuinigd is, wil ik echt nog een keer met klem zeggen dat het macrokader van de geneeskundige ggz tussen 2019 en 2023 is gestegen van 3,9 miljard naar 4,9 miljard. De uitgaven zijn nog eens harder gestegen. De uitgaven van de totale ggz zijn inmiddels naar 9,6 miljard gestegen. Er is dus geen sprake van een bezuiniging, maar er is wel sprake van problemen; dat ben ik met mevrouw Dobbe eens. Dat zijn onder andere problemen op de arbeidsmarkt. Mevrouw Westerveld gaf het voorbeeld dat we mensen soms moeten isoleren omdat er onvoldoende personeel is. Dat zie ik absoluut, natuurlijk, en daar moeten we ook alles aan doen. Tegelijkertijd is de

arbeidsmarkt krap omdat we in een vergrijzende samenleving wonen. Dat is geen natuurverschijnsel, maar dat is wel een gegeven waar we mee te dealen hebben. Ik ben echt een realist. Ik ga uit van hoe de feiten liggen. Er is in financieel opzicht niet bezuinigd. Klemt het aan alle kanten? Ja, het klemt aan alle kanten. Dat is precies waarom we er zo hard aan werken om te kijken of we de ggz uit de knel kunnen halen.

De voorzitter:

Ik denk dat u nog een paar onbeantwoorde vragen hebt liggen.

Minister Helder:

Ik heb er nog een paar onder het blokje overig. Mevrouw Joseph heeft gevraagd of ik levensloopbegeleiding standaard beschikbaar kan maken voor mensen met autisme en of dat ook kan gelden voor andere soorten complexe ggz. Het gaat hier over een subsidie voor de stichting Vanuit autisme bekeken, waarmee zij in de periode 2024–2026 een ondersteuningsprogramma voor de implementatie van de levensloopbegeleiding kan aanbieden aan gemeenten. Daar zijn we dus nog niet mee klaar. Tijdens dat ondersteuningsprogramma zullen we kennis opdoen over die methode van levensloopbegeleiding en de manier waarop we die moeten inrichten binnen de kaders van de Wmo. Die kennis gaan we delen. Vandaaruit zullen we kijken of er behoefte aan deze methode is. Het is aan gemeenten om te besluiten of ze die inkopen, eventueel ook voor andere soorten complexe ggz, waarbij ze kunnen kiezen voor tijdelijke of structurele ondersteuning. Dat is het zogenaamde waakvlaminkopen: gaat het om iemand die het af en toe kan gebruiken of om iemand die het doorlopend gebruikt? Maar we zijn nu vooral bezig om de levensloopbegeleiding met elkaar uit te werken, zodat we die daarna mogelijk structureel kunnen maken, ook voor andere aandoeningen. De tweede vraag van mevrouw Joseph ging over de systeemtherapie, dus het hele systeem. Binnen het zorgprestatie-model hebben we een limitatieve lijst met beroepen die de consulten mogen declareren. Die lijst wordt door de veldpartijen zelf samengesteld en vastgesteld. Daar heb ik geen rol in. De systeemtherapeut valt niet onder het beroep systeemtherapeut en kan dat dus niet declareren, maar bijna alle systeemtherapeuten hebben een basisberoep, zoals psychiater of gz-psycholoog, dat wel op die lijst staat. Vanuit dat basisberoep kunnen ze de zorg wel declareren. Ik hoop dat dat het antwoord is waar u naar zocht.

De voorzitter:

Dat weet ik ook niet, maar mevrouw Joseph heeft er wel een vraag over.

Mevrouw Joseph (NSC):

We hebben een brief ontvangen van de systeemtherapeuten, waarin ze schrijven dat heel veel systeemtherapeuten vroeger inderdaad een opleiding hebben gedaan en misschien een BIG-registratie hadden, maar dat ze die inmiddels niet meer hebben. Met de dbc konden ze hun werk nog wel declareren, maar met het zorgprestatie-model niet meer. Ik denk eigenlijk dat we iedereen die in de zorg kan werken, nodig hebben, zeker ook systeemtherapeuten. Ik zou dus aan de Minister willen vragen of ze erop kan aandringen dat dat beroep toch op die lijst komt, zodat dat nog steeds aangeboden kan worden.

De voorzitter:

Kunt u de microfoon aanzetten, Minister?

Minister Helder:

Volgens mijn informatie hebben alle systeemtherapeuten op dit moment in ieder geval een basisberoep. Dat basisberoep maakt dat ze een declaratie kunnen indienen. Maar als mevrouw Joseph die brief met mij

wil delen, kan ik haar toezeggen om nog even te kijken of er dingen zijn die nog niet gebeuren. Nogmaals, ik ga daar zelf niet over – ze stellen dat zelf samen – maar ik kan het natuurlijk wel aan de partijen doorgeven met een vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik heb een kleine vraag daarbij, want ik had dezelfde vraag. Ik heb hier de brief voor de Minister, dus daar kan zij meteen op ingaan. Zou ze ook kort willen ingaan op de verschillende knelpunten die genoemd worden? Ik denk namelijk eigenlijk dat dat dingen zijn die ook weer op andere plekken, bij andere vormen van therapie terugkeren. Dat past volgens mij dus prima bij die toezegging.

Minister **Helder**:

Dat lijkt me prima.

De heer Claassen heeft nog een vraag gesteld over de ggz-Wlz. Dat is een terechte vraag, omdat de haalbaarheid daar echt onder druk staat. Hoe analyseren we dat nu? Zoals ik samen met de Staatssecretaris in een brief aan u heb bericht, hebben veel meer mensen dan vooraf verwacht vanwege een psychische aandoening toegang gekregen tot de Wlz. We hebben medio vorig jaar bestuurlijke afspraken gemaakt met de koepels. Daar waren de cliëntvertegenwoordigers, aanbieders, zorgkantoren en de gemeenten bij. De vraag was waarom dit zo is en wat de passende zorg is voor deze groep.

We zien sinds het najaar van vorig jaar dat er echt een daling is ingezet van de instroom van de ggz naar de Wlz. Ik moet zeggen: van beschermd wonen naar de Wlz. Tegelijkertijd blijven we alert op ontwikkelingen en werken we met een aanpak voor de langere termijn met diezelfde partijen. Die aanpak is erop gericht om nog beter in beeld te brengen wat we verstaan onder passende zorg en ondersteuning voor deze groep, in hoeverre dat voldoende herstelgericht is en welke mogelijkheden we ook binnen de Wmo voor deze groep hebben, waardoor de Wlz misschien juist niet de geëigende plek is. Van daaruit gaan we dan kijken op welke manier wet- en regelgeving dat kan ondersteunen. Medio mei zijn we van plan u een brief te sturen waarin we de voortgang van die afspraken verder toelichten.

Dan de vraag van mevrouw Joseph en mevrouw Dobbe over de NZa en het verzamelen van informatie. Allereerst heb ik begrip voor het feit dat patiënten maar ook behandelaars zich altijd zorgen maken over het delen van gevoelige persoonsinformatie. Ik hecht sterk aan zorgvuldige omgang daarmee. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft geoordeeld dat de wijze waarop de NZa de dataverzameling in de ggz op dit moment organiseert, voldoet aan de wettelijke vereisten. Op 1 november 2023 heeft de rechtbank Midden-Nederland een uitspraak gedaan in het kort geding omtrent de gegevensverzameling. De rechtbank heeft de incidentele vordering afgewezen. Dat betekent dat de NZa voorlopig kan doorgaan met het opvragen en verwerken van de gegevens voor de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering. De NZa heeft een informatiefolder ontwikkeld om cliënten en patiënten te informeren. De NZa heeft bij mij aangegeven dat die patiëntenfolder actief gedeeld wordt met zorgaanbieders, zodat ze cliënten en patiënten op hun beurt goed informeren. Natuurlijk bestaat de mogelijkheid van de opt-out als de cliënt geen toestemming wil geven voor het delen van gegevens met de NZa. Dat is de stand van zaken op dit moment.

Dan de vraag van mevrouw Dobbe, die ze, denk ik, stelt naar aanleiding van het rapport van vandaag: wat ga ik doen om te voorkomen dat psychiaters emotioneel uitgeput raken? We hebben er al een paar keer in het debat over gesproken. We zetten met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn in op de wijze waarop het werk verricht wordt, dus met innovatieve werkvormen. We zetten heel erg in op

regionaal werkgeverschap en op minder inzet van zelfstandigen, maar bij de ggz, en ook bij de andere sectoren, hoort daar zeker ook het gesprek bij over hoe we die zorg nou gaan organiseren en wie nou welke verantwoordelijkheid heeft. Ik vind daar voor de werkgevers in de ggz absoluut een verantwoordelijkheid liggen om toch met name met psychiaters te zorgen voor bijvoorbeeld voldoende zeggenschap en voldoende mogelijkheden voor psychiaters om mee te praten over de wijze waarop het zorgaanbod wordt vormgegeven.

Het onderzoek waar het artikel naar verwijst vanuit de primaire verantwoordelijkheid van werkgevers, zal ik in ieder geval onder de aandacht brengen bij de werkgeversorganisaties. Maar zoals gezegd, had ik het onderzoek vandaag zelf nog niet gevonden, dacht ik. Toch? Daar waren we nog naar op zoek. Want dat wil je natuurlijk altijd meteen lezen. We nemen daar namelijk allemaal kennis van, natuurlijk. Ik heb in mijn brief van 4 april ook benoemd dat ik het volgende aan de partijen heb aangegeven wat betreft de aanpak van de cruciale ggz. Hier hebben we ook een paar keer over gesproken. Juist ook die aanpak moet ervoor zorgen dat het aantrekkelijk is om in de cruciale ggz te gaan werken. Dat zit 'm in meer dan alleen zeggenschap. Zoals ik net zei, zit dat 'm ook in continuïteit, zekerheid van het aanbod. Het zit 'm ook echt in de combinatie met bijvoorbeeld het kunnen doen van onderzoek, denk ik. Dat kan ook aantrekkelijk zijn aan somatische zorg.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van Eijk over de mentale gezondheid. Ik zie haar niet, maar geef toch even het antwoord. Mentaal gezond online vormt een van de vijf actielijnen binnen de kabinetsbrede aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal». Naast het ontwikkelen van de kennis op het gebied van digitalisering en welzijn, worden er ook concrete acties vormgegeven voor opvoeders en jongeren. De Staatssecretaris van BZK is hier ook bij betrokken. Die is bezig met een publiekscampagne – volgens mij heeft ze die al opgestart – om opvoeders concrete handvatten te bieden om kinderen goed om te laten gaan met digitale middelen. OCW is hier ook bij betrokken. Die hebben het Netwerk Mediawijsheid. Dat netwerk zorgt ervoor dat de jongeren zelf geholpen worden om vaardigheden te ontwikkelen waarmee ze een digitale balans kunnen houden en lichamenlijk en mentaal gezond kunnen blijven.

Dan hadden een aantal leden nog vragen over het digitale platform MIND Us. We hebben de afgelopen periode een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden van online platforms voor mentale gezondheid. Ik moet eigenlijk zeggen: één online platform voor mentale gezondheid. Uit die verkenning blijkt dat het voorstel waar we het over hebben, goed aansluit op de behoeften van jongeren en past in de beweging naar voren, zoals we dat noemen. Maar we zijn bezig om het voorstel te wegen binnen het bredere landschap van preventie en mentale gezondheid. Dat is op dit moment namelijk heel erg versnipperd. Zo hebben we bijvoorbeeld meerdere luisterlijnen. Maar het voorstel is wel een goede aanvulling op het palet. Ik ben samen met de Staatssecretaris dus in gesprek met de acht partijen die dit doen. Ik kan u aanzeggen dat ik echt van plan ben om dat financieel te steunen, maar ik moet even kijken hoe precies. Op korte termijn, half april, nemen we daarover een besluit. Dat is letterlijk op elk moment: we nemen dat besluit deze week of volgende week.

Dan was er nog een vraag over euthanasie bij psychiatrische patiënten. Ik vind het lastig om de uitlating van mijn collega voor Medische Zorg te becommentariëren. We willen – zij volgens mij ook – voor mensen met ernstige problematiek wel tijdige, goede en passende ggz. Een onderdeel daarvan is natuurlijk altijd hoe we omgaan met doodswensen en euthanasieverzoeken. De Minister heeft duidelijk aangegeven dat ze het belangrijk vindt dat daar verandering in komt. Ik laat het aan haar om dat met het veld te bespreken.

Dan ben ik in sneltreinvaart door de antwoorden heen.

De voorzitter:

Nou, dat is goed. Als u dan de microfoon uitzet, gaan wij door met de tweede termijn. Ik merk daarbij nog even op dat mevrouw Van Eijk en mevrouw Bikker het commissiedebat helaas hebben verlaten in verband met andere verplichtingen voor de Tweede Kamer. Daar zou je allerlei interpretaties aan kunnen geven, maar dat komt gewoon omdat je niet op twee plekken tegelijkertijd kunt zijn. Maar hun medewerkers luisteren mee.

Wij gaan de tweede termijn dus doen met de vier resterende Kamerleden, te beginnen met mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Luisterend naar dit debat, waarvan ik zelf natuurlijk onderdeel ben, krijg ik vaak de indruk dat we in twee werelden zitten. De ene wereld is de wereld van de patiënten en cliënten, die soms al heel lang op wachtlijsten staan en soms alle hoop verliezen. Dat is ook de wereld van de hulpverleners, die mensen heel graag willen helpen maar dit niet kunnen, omdat zij een tekort aan collega's hebben. Er is ook de wereld waarin we het hebben over systemen en definities en waarin er werkagenda's, plannen en allerlei zaken moeten komen die op de lange termijn wellicht leiden tot wat verandering, maar waar patiënten nu helemaal niets aan hebben. Dat maakt dat de moed bij mij weleens in de schoenen zakt. Ik krijg namelijk dagelijks de mails van mensen die nu zo hard hulp nodig hebben en dan weer horen dat ze nog een paar maanden moeten wachten. Die mensen hebben dan weer een intakegesprek waarin ze horen: wij kunnen toch *nét* niet de juiste hulp aan u bieden; u moet een loket verderop zijn, waar u weer op een nieuwe wachtlijst komt. Dat doet me toch wel pijn en verdriet. Dan heb ik het over mezelf. Maar het doet natuurlijk toch vooral de mensen die daarin zitten, en hun naasten, pijn en verdriet. Ik zou ook aan de Minister willen vragen hoe zij, in de tijd die dit kabinet nog heeft, kan proberen om die twee werelden dichter bij elkaar te brengen, zodat de oplossingen die geschetst worden daadwerkelijk hoop en verandering bieden voor deze mensen. Dat geldt natuurlijk ook voor de hulpverleners, die ook die machteloosheid voelen omdat ze zo graag hun werk willen doen en er zo graag willen zijn voor die cliënten en patiënten. Voorzitter. Ik heb nog één punt over mensen met verward of onbegrepen gedrag. Ik zou de Minister erop willen wijzen dat ook daar de oplossing echt zit in ervoor zorgen dat er hulp komt. Het is geen oplossing om, als het al is geëscaleerd, aan de achterkant te kijken wat er gedaan kan worden. De oplossing zou ook helemaal niet moeten zitten in ervoor zorgen dat er meer mensen worden opgesloten. We moeten echt aan de voorkant gaan zitten en voorkomen dat mensen uiteindelijk zo in paniek raken dat ze dingen gaan doen die we met elkaar niet willen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Joseph.

Mevrouw Joseph (NSC):

Dank, voorzitter, en dank voor dit debat tot nog toe. Vanuit Nieuw Sociaal Contract heb ik nog steeds zorgen over de prikkels binnen het systeem waardoor het gewoon niet lukt om vraag en aanbod in de ggz bij elkaar te brengen. Ik wil de Minister bedanken voor de toezegging om op 15 mei te komen met een rapport van de Algemene Rekenkamer en een inhoudelijke reactie op de financiële prikkels in de ggz. Daar ben ik erg benieuwd naar.

Het is ook fijn dat de levensloopbegeleiding nog doorloopt en dat er na de pilot verdere lessen worden getrokken. Dat vind ik waardevol.

Ik ben ook blij met de toezegging om een brief te sturen over de zorgen over vergoedingen voor systeemtherapeuten.

Ten slotte wil ik nog een opmerking maken over het delen van data met de NZa. De Minister zei dat het juridisch is toegestaan, maar het is de vraag of het ook wenselijk en menselijk is. Daarbij denk ik zelf dat de verwachtingen van de NZa over wat ze uit die data kan halen en wat ze met data-analyse allemaal voor elkaar kan krijgen te groot zijn.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Ik heb nog één verhelderende vraag. Ik ga geen conclusies verbinden aan dit debat of oordelen uitspreken. Ik denk dat we misschien nog iets kunnen doen naar aanleiding van de uitvoering van de motie-Agema. Ik heb tot nu toe nog niemand een tweeminutendebat horen aanvragen, dus dan doe ik dat maar alvast. Ik kan me namelijk niet voorstellen dat GroenLinks-PvdA geen moties gaat indienen.

De vraag die ik nog had, is misschien ook fijn voor de kijkers thuis. U gaf aan dat het handhavingsverzoek van de Consumentenbond in behandeling is genomen. Misschien is het goed voor de kijkers thuis, maar ook voor mij, om even uit te leggen wat dat precies is.

De voorzitter:

Mevrouw Dobbe.

Mevrouw Dobbe (SP):

Dank u wel, voorzitter. Dank u wel voor de beantwoording. Helaas herken ik wel wat mevrouw Westerveld zegt over die twee werelden. Het systeem is vooral heel ingewikkeld gemaakt. We hebben allerlei zorgeconomen nodig om dat allemaal te begrijpen. Het is omslachtig en duur, maar leidt in de praktijk niet tot betere zorg. Ik denk dat de erkenning dat dit zorgsysteem op bepaalde punten faalt, heel belangrijk is. Die heb ik hier vandaag niet gehoord. Dat vind ik jammer, zeker als het bijvoorbeeld gaat om de bezuinigingen. Daar hebben wij voldoende over gewisseld. Ik vind het zeker teleurstellend dat niet wordt erkend, maar zelfs ontkend dat dat problematisch is geweest.

Ik heb nog een aantal verhelderende vragen, ook over de budgetplafonds, want daar hebben we het ook over gehad. Ik hoor de Minister zeggen dat ze, als een budgetplafond is bereikt bij een aanbieder, de zorgverzekeraars aanspoort om bijvoorbeeld ook te kijken naar andere aanbieders die wel zouden kunnen leveren, maar dat gaat voorbij aan het feit dat er bijna overal wachtlijsten zijn. Dat lijkt me in de praktijk dus niet haalbaar. Dat gaat spaak lopen. Ik vraag me af of de Minister dat ook ziet, en of zij ziet dat het hele idee van die budgetplafonds nu überhaupt niks toevoegt maar het oplossen van die wachtlijsten juist heel erg in de weg zit.

Dan heb ik nog een vraag over HoNOS+ en het delen van data. NSC had het daar ook al over. We kregen daar een heel juridisch antwoord over: het mag, dus we doen het. Ik vroeg me nog iets af naast de wenselijkheid. Er zitten ook risico's aan. Er zijn twijfels over de wetenschappelijke onderbouwing en het nut ervan: waarom doen we het eigenlijk? Ik vroeg me af of de Minister daar nog op kan reflecteren.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dobbe. Dan zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk even naar de Minister. Zullen we even een paar minuten schorsen? Ja? Oké. Dan schorsen we vijf à zeven minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

We vangen aan met de grande finale van dit commissiedebat: de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef de Minister van VWS, Minister Helder, het woord.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. In zijn algemeenheid: dank voor alle vragen. Mevrouw Westerveld zei dat het lijkt alsof er twee werelden zijn. Ik wil toch nog een keertje benadrukken dat dat zeker niet zo is. Ik wilde in mijn inleiding overbrengen dat ik juist vanuit mijn eigen ervaring weet welke gezichten, zowel bij patiënten als bij zorgverleners, achter deze cijfers schuilgaan. Ik heb ook gezegd – dat heb ik twee jaar geleden al gezegd – dat dit echt een proces van de lange adem is. Dit is een heel taai probleem. We doen dat tegen de achtergrond van een zeer snel stijgende zorgvraag en een dalend arbeidsaanbod. Dat maakt het niet minder complex. Heel specifiek ...

De voorzitter:

Voor u verdergaat, heeft mevrouw Westerveld daar een interruptie over.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks-PvdA):

Ik wilde niet zeggen dat de Minister niet zou weten wat er speelt bij mensen. Zij noemde namelijk ook een aantal verhalen. Ik vind het heel goed dat ze die verhalen ook leest en hoort. Maar ik bedoel te vragen of we hier wel bezig zijn met de goede dingen. Er zijn namelijk allerlei discussies over het stelsel enzovoort. Het gaat uiteindelijk natuurlijk wel over de essentie, namelijk: wat merken de cliënten, de patiënten en de hulpverleners hier nou van? Dat probeerde ik over te brengen.

Minister Helder:

Via u, voorzitter, bedank ik mevrouw Westerveld voor deze toelichting. Voorzitter. Volgens mij waren er nog een paar vragen. Mevrouw Westerveld vroeg om een toezegging naar een verkennend gesprek. Ik wil dit nog even preciseren. U krijgt dus op korte termijn een brief over de voortgang. Ik doe dat direct in het kader van de voorhangprocedure, die moet worden doorlopen. Ik zal daarbij enerzijds stilstaan bij de bekostiging en anderzijds bij de uitzondering van het verplicht eigen risico voor het gesprek. Maar ik wil de commissie wel vragen om deze brief ook snel in behandeling te nemen, want des te eerder kunnen we beginnen. Dan de discussie over de dataverzameling door de NZa en HoNOS+. Mijn voorstel zou zijn om dit niet nu even in de tweede termijn te doen. Mijn voorstel is om u een brief te doen toekomen waarin ik dat nog een keer uitgebreid uitleg. Ik denk dat dat een betere start van het gesprek is. Die brief zeg ik dus toe.

Mevrouw Dobbe had nog een vraag over de omzetplafonds. Misschien toch een hele korte toelichting, als u mij dat toestaat, voorzitter. Omzetplafonds zijn een instrument in het hele proces. Zorgverzekeraars kijken van tevoren, voor het jaar, hoeveel budget er te besteden is, wie dat kan leveren en hoe dat verdeeld kan worden. Op het moment dat het omzetplafond knelt en de zorgaanbieder die zorg kan leveren – die vraag is er ook, want we hebben wachtlijsten – is het natuurlijk de bedoeling dat de zorgverzekeraar die ook inkoopt. Daar zou het dus niet moeten knellen, tenzij het in het hele budget knelt. Maar, nogmaals, we hebben de afgelopen jaren gezien dat het budget best behoorlijk meegroeit. Dat hebben we bijvoorbeeld bij de langdurige ggz gezien. Daar is het budget meegegroeid met de enorme instroom. Dat hebben we gewoon geaccommodeerd. Ik verwacht dat de Algemene Rekenkamer hier specifiek naar gaat kijken, met de geluiden die ik hoor bij het jaarverslag van VWS. Ik wil eigenlijk voorstellen dat we dat en mijn beleidsreactie daarop afwachten,

omdat ik daar dan specifiek op zal reflecteren. Volgens de informatie die wij nu hebben, gaan zij daar ook specifiek naar kijken. Ze gaan kijken naar een aantal dingen op het gebied van de bekostiging van de ggz. Dat zou mijn voorstel zijn.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Dobbe.

Mevrouw Dobbe (SP):

Dank voor het antwoord. Als dat zo is, dan heb ik daar nog twee vragen over. Op het moment dat het budgetplafond is bereikt, kan de zorgverzekeraar verder inkopen bij die zorgaanbieder. Maar als dat zo is, waarom zijn die budgetplafonds er dan nog? Wat is daar dan het nut van? Ziet Minister ook het risico dat het misgaat als we die wel hebben? Want we horen ook genoeg verhalen waarbij dit niet door de zorgverzekeraar wordt opgelost.

Minister Helder:

Nee, zeker. Ik zeg ook niet dat het altijd goed gaat. Dat ligt ook aan de kwaliteit van het gesprek tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het ligt echt aan beide partijen. Ik heb daarmee zelf ook veel ervaring in de praktijk. Het is belangrijk dat je met elkaar toch die omzetplafonds vaststelt. Dat is in feite de afspraak over het aanbod dat een zorgaanbieder gaat realiseren. Het is belangrijk dat een zorgaanbieder, op het moment dat hij dat aanbod niet kan realiseren en een stukje overhoudt in financieel opzicht, bijvoorbeeld omdat er onvoldoende personeel is, dat op tijd aangeeft bij de zorgverzekeraar, zodat die de zorg kan inkopen bij anderen. Dat is dus de kwaliteit van het gesprek dat in de regio moet gaan plaatsvinden. Op het moment dat de vraag er is en de zorgaanbieder die ook kan realiseren, is het inderdaad de bedoeling dat de zorgverzekeraar die ook extra inkoopt, tenzij we natuurlijk macro tegen de randen van het plafond van het kader aanlopen. Maar ik heb eerder de indruk dat we nu te weinig leveren dan te veel. Het zit 'm niet op die financiële kaders – die knellen niet – maar wel in die individuele afspraken. Dat erken ik, want ik hoor ook uit de praktijk dat dingen waarvan je denkt dat er ruimte voor is, dat ze toch zouden moeten kunnen, in de praktijk niet gebeuren. Daarom hebben we ook de afspraken binnen het IZA en de gesprekken over een betere contractrelatie en betere afspraken. Specifiek voor de cruciale ggz heb ik daar met Zorgverzekeraars Nederland en de aanbieders duidelijke afspraken over gemaakt.

De voorzitter:

Was dat uw tweede termijn, Minister?

Minister Helder:

Ja, dat was mijn tweede termijn.

De voorzitter:

Dat wilde ik even checken, voordat ik ga afronden en concludeer met een aantal toezeggingen.

Er is een tweeminutendebat aangevraagd, met als eerste spreker het lid Claassen. Die verwees al naar mevrouw Westerveld voor een motie, maar misschien ...

De heer Claassen (PVV):

Zij mag eerste spreker zijn, hoor.

De voorzitter:

Ja? Nou, dan zetten we als eerste spreker het lid Westerveld. Misschien kan ik ook nog even vragen wat mevrouw Westerveld voor de rest van plan is te gaan doen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Ik kan me voorstellen dat er sowieso nog een motie komt over de HoNOS-lijst. Ik kijk ook naar mevrouw Dobbe. En ik kan me voorstellen dat wij nog met een motie komen om meer een aansporing te hebben over bijvoorbeeld de cruciale ggz.

De **voorzitter**:

Helder. O nee, anders denkt de Minister dat ze mag gaan praten. Dat is nu niet meer het geval.

Minister **Helder**:

Ik begrijp de opdracht meteen, mevrouw de voorzitter.

De **voorzitter**:

Er is een aantal toezeggingen gedaan. Ik lees ze even voor, zodat we zeker weten dat we allemaal dezelfde verwachtingen hebben.

- Als eerste zegt de Minister toe op korte termijn een brief naar de Kamer te sturen met een verdere uitwerking van de afspraken die in het IZA gemaakt zijn over het verkennend gesprek. Hierbij is aandacht voor de vrijstelling van het eigen risico voor dat gesprek. Dat is een toezegging aan het lid Westerveld. «Op korte termijn» is dan ergens voor het meireces, vermoed ik. Ja. O, half mei, dus dat is kort na het meireces. Sorry.
- De Minister zegt toe om in de inhoudelijke beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer over de begroting van VWS, waarin expliciet aandacht is voor de ggz, ook aandacht te besteden aan de financiële prikkels, zoals omzetplafonds en het zorgprestatie model, en de relatie die deze prikkels hebben met het nakomen van de zorgplicht. Dat is een toezegging aan het lid Joseph en ook aan het lid Dobbe, denk ik, als ik goed heb geluisterd naar het debat.
- De Minister zegt toe met een reactie te komen op de brief van een systeemtherapeute waarin verschillende knelpunten met vergoedingen worden aangestipt met betrekking tot het zorgprestatie model. Dat is een toezegging aan de leden Joseph en Bikker. De vraag is dan even op welke termijn dat ongeveer mogelijk zou zijn. Voor de zomer? Voor de zomer. Even voor de kijkers: «voor de zomer» betekent hier in de Kamer altijd «voor het zomerreces», want de meteorologische zomer begint op 1 juni en de astronomische zomer op 21 juni, maar hier begint hij als het zomerreces begint.
- De vierde toezegging is dat de Minister op korte termijn een brief naar de Kamer zal sturen over de vragen die gesteld zijn over de database- en patiëntgegevensdatadeling met de NZa. Jullie hadden daar ook een term voor. Hoe heten die? Dat zijn de HoNOS-lijsten. Op welke termijn? Kan de Minister daar nog wat over zeggen? Ook voor de zomer. Maar goed, er komt waarschijnlijk ook een motie over, hoorde ik net.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks-PvdA):

Mevrouw Van Eijk zit hier nu niet meer, maar die stelde nog een paar vragen over het digitale platform. Volgens mij is daar toch ook ... Is dat geen toezegging geworden?

Minister **Helder**:

Ik kom daar heel snel op terug. Volgens mij wordt het besluit zo'n beetje as we speak genomen, dus ik kom daarop terug.

De **voorzitter**:

Het is in ieder geval onderdeel van de Handelingen, dus als mevrouw Van Eijk daar nog iets specifiekers op zou willen, dan horen we dat nog wel. Dank aan de Minister en aan de ondersteuning. Dank aan de leden voor het goede inhoudelijke debat. Dank aan de geëngageerde publieksdeelnemers en de mensen die op afstand meekijken. Ik wens u een plezierige voortzetting van deze dag. Tot ziens.

Sluiting 18.23 uur.