

Vergaderjaar 2022–2023

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 639

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 22 november 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 november 2022 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 22 juni 2022 inzake monitor contractering ggz en handhavingmogelijkheden NZa (Kamerstuk 25 424, nr. 617);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juni 2022 inzake aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» (Kamerstuk 32 793, nr. 613);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juli 2022 inzake advies van de Gezondheidsraad: Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen (Kamerstuk 31 839, nr. 857);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2022 inzake reactie op verzoek commissie over reactie op twee artikelen en een verzoek om een overzicht van wachtlijsten in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 624);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2022 inzake eindrapport van ZonMw over evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) (Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 622);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over de verzamelbrief ggz en de rode-dradenanalyse en verkenning van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod (Kamerstuk 25 424, nr. 623);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake verzamelbrief ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 619);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 15 augustus 2022 inzake rode-dradenanalyse en verkenning van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake (voorgenomen)**

sluitingen en veranderingen in behandel aanbod (Kamerstuk 25 424, nr. 621);

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake voortgang van de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie en financiering van 113 Zelfmoordpreventie (Kamerstuk 32 793, nr. 629);**
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 oktober 2022 inzake suïcidepreventie – najaar 2022 (Kamerstuk 32 793, nr. 643).**

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Peters
Griffier: Heller

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Hijink, Van den Hil, Mohandis, Peters, Raemakers en Westerveld, en mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Aanvang 13.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag, allemaal. Welkom bij de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We hebben een commissiedebat Ggz / Suicidepreventie. Van de zijde van de Kamer zijn aanwezig: mevrouw Van den Hil van de VVD, de heer Mohandis van de Partij van de Arbeid, de heer Raemakers van D66, mevrouw Van den Berg van het CDA, meneer Hijink van de SP en mevrouw Bikker van de ChristenUnie. Van de zijde van het kabinet is excellentie mevrouw Helder aanwezig, de Minister voor Langdurige Zorg.

De agenda is duidelijk. Wij hebben tot 17.00 uur. Wij hebben vier minuten spreektijd per persoon. Ik stel voor te beginnen met vier vragen, maar als er meer vragen zijn en we er de tijd voor hebben, krijgt u daar alle ruimte voor. Als richtlijn houd ik echter vier vragen aan. Als het uit de klauwen loopt, grijp ik ook in.

Mevrouw Van den Hil, mag ik u als eerste het woord geven voor uw eerste termijn?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. «Er moeten mensen zijn, die op hun stoelen gaan staan, om sterren op te hangen in de mist. Die lente maken van gevallen bladeren, en gevallen schaduw, licht.» Dat was een citaat van Toon Hermans. Waarom begin ik daarmee? Omdat dat aangeeft dat er een stigma zit op het praten over mentale gezondheid. We hebben allerlei voorzieningen, zoals inloopvoorzieningen en Repair Cafés, maar mensen weten soms niet waar ze terecht moeten. Ik heb nog een heel mooi voorbeeld uit Friesland. Ik ben meestal meer van de Zeeuwse voorbeelden, maar dit keer eer ik mijn Friese collega's. Dat heet eigenlijk «lekker ite mei». Ik heb erop geoefend, dus ik hoop dat ik het goed gezegd heb. Ik vraag de Minister: maak mensen bewust van laagdrempelige inloopvoorzieningen, in de wijk of dichtbij, waar zij naartoe kunnen. Hoe gaat de Minister dit vormgeven? Hoe gaat zij dat allemaal bundelen? Voorzitter. Als je dan toch bij de huisarts terecht komt, bijvoorbeeld ik, als Kamerlid, dan hoop ik dat er in mijn startgesprek aandacht is voor allerlei domeinen, zoals mijn werkgever. Het kan ook zijn dat ik schulden heb of dat er iets met mijn familie is. Ik hoop dat er dan in meerdere domeinen gekeken wordt hoe ik nou verder kan gaan met mijn leven, zonder gelijk te medicaliseren. In het IZA is afgesproken dat er meer tijd komt voor het goede gesprek. Hoe wordt dit in de praktijk vormgegeven? Wordt er in de opleiding van de huisartsen ook besproken dat ze vooral hier aandacht aan geven?

Voorzitter. Aansluitend hierop moeten we meer gaan zien dat andere domeinen betrokken zijn. Hoe gaat de Minister ontschotting tegen? Hoe kunnen we die domeinen beter betrekken bij de aanpak en het voorkomen van mentale problemen? Zou dat ook de wachtlijsten tegen kunnen gaan? Ooit is de DSM opgezet voor wetenschappelijk onderzoek. Nu wordt die helaas vaak gebruikt als vinkje, als stempel om een diagnose te stellen. Volgens mij kan dat ook wel anders. Is de Minister bereid om daarnaar te gaan kijken?

We moeten geschikt opleiden. We moeten zorgen voor goede professionals en we moeten die effectief inzetten. We moeten bijvoorbeeld

gebruikmaken van de POH-ggz, van de toegepast psychologen. Hoe gaat de Minister hierop sturen? De regiebehandelaar hoeft niet altijd de hoogstopgeleide te zijn. De inzet van ervaringsdeskundigen is in de ggz ook heel waardevol. Ik heb vorige week nog met een groep ervaringsdeskundigen in opleiding gesproken. Er mist een diploma. Er missen richtlijnen voor de opleiding. Is de Minister bereid om ook hiernaar te kijken?

Digitale mogelijkheden kunnen wat mij betreft ook beter benut worden. Dat zou zeker handig zijn als ik hier zit en in Goes een gesprek wil met mijn psycholoog. Kan dat dan ook digitaal? Worden goede voorbeelden gedeeld? Wordt dan ook de rol van de zorgverzekeraars daar duidelijk in? Voorzitter. Passende zorg is wat de VVD betreft waardegedreven, dicht bij de patiënt, betaalbaar en gericht op gezondheid. Dit zal de toekomst moeten zijn. Is de Minister het hiermee eens? Dat is ook de conclusie die in het IZA getrokken wordt. Dat moet verder uitgewerkt worden, verder dan nu, in het juiste domein. Iedereen is het erover eens: het moet anders in de ggz. Het momentum is er. Naar mijn idee zal dit moeten met alle partijen samen: financiers, professionals en beleidsmakers. Is de Minister bereid om een groep op te richten met alle partijen om dit vorm te geven, onder leiding van een deskundige, met daarbij een bijpassend tijdpad? Hierop krijg ik graag een toezegging van de Minister.

Voorzitter, ik ben bijna klaar. Ik rond af met het volgende. «Bij dat soort mensen wil ik horen, die op het tuinfeest in de regen blijven dansen, ook als de muzikanten al naar huis zijn gegaan. De muziek gaat door. De muziek gaat door en door.»

Als allerlaatste wil ik nog even aandacht vragen voor suïcidepreventie. Het is vandaag Allerzielen. Ik heb daarom twee kaarsjes meegenomen, omdat de suïcidepreventie in sommige gevallen niet helpt. Daarom zijn sommige mensen ons helaas ontvallen. Ik wil de Minister en de Staatssecretaris, die er niet is, een kaarsje van de Tweede Kamer aanbieden, zodat deze mensen altijd in onze gedachten blijven en zodat ook in onze gedachten blijft dat we die organisatie moeten blijven financieren.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel voor uw mooie bijdrage. Meneer Hijink heeft een interruptie, dan mevrouw Westerveld.

De heer Hijink (SP):

Ik heb een vraag over het eerste deel van het betoog van mevrouw Van den Hil. Dat gaat over de manier waarop wij de ggz op dit moment organiseren. Zij zegt eigenlijk: het moet meer gaan over het goede gesprek, met meer betrokkenheid van andere professionals, zoals zorgverleners, professionals van gemeentes en de schuldhulpverlening, et cetera. De vraag is dan: moet er dan ook niet wat veranderen aan de manier waarop het stelsel in elkaar zit? Nu krijgen zorgaanbieders in de ggz vaak vergoedingen voor het draaien van productie, waarbij marketing en het aantrekken van nieuwe patiënten heel erg belangrijk zijn. Mensen met een lichte zorgvraag worden de instelling ingetrokken omdat dat nou eenmaal geld oplevert. Als je het goede gesprek zo belangrijk vindt, moet je dan ook niet het stelsel ter discussie stellen en dát gesprek willen voeren?

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Dank je wel voor deze vraag. Dat geeft mij wat extra spreektijd. Ik denk dat het allebei mogelijk is. Ik denk dat we door ontschotting, door te kijken naar de periode die eraan voorafgaat, al een hoop kunnen voorkomen in het bestaande stelsel. We medicaliseren nu een hoop. Dus ik probeer dat aan de voorkant weg te halen. Maar ik geloof ook dat, als ik eventueel een psycholoog nodig heb en die zelf wil betalen, dat mogelijk

moet zijn. Dan moeten er ook mogelijkheden zijn om daar terecht te kunnen. Ik denk ook – dat gaf ik al aan – dat het kan helpen om meer gebruik te maken van digitale zorg, wat we in de coronatijd ook deden, en dan bedoel ik niet alleen de intake. Vaak wordt digitale zorg als iets negatiefs gezien, maar ik denk dat alles bij elkaar ervoor zorgt dat we verder kunnen komen.

De heer **Hijink** (SP):

Dit is geen antwoord op de vraag die ik stelde. De vraag was: moet je ook niet de discussie voeren over hoe het kan dat er in de ggz nog zo veel vergoedingen zijn per verrichting, handeling en behandeling? Moet je de ggz bijvoorbeeld niet op buurtniveau gaan financieren, op basis van populatiebesteding? Dan kun je veel meer kijken naar de mentale gezondheid van zo veel mogelijk mensen in die buurt, in plaats van dat je op het individuele niveau zo veel mogelijk patiënten probeert binnen te halen. Dat zien we zeker bij de grote instellingen. Zij richten zich op zo veel mogelijk patiënten met een lichte zorgbehoefte, omdat dat het meest rendoert. Maar de mensen die de meest intensieve en complexe zorg nodig hebben, ook in de ggz, staan het langst op de wachtlijst en worden op dit moment niet geholpen. Daar moet je dan toch ook wat aan doen?

De **voorzitter**:

Meneer Hijink, een interruptie mag iets korter. Zo duurt het nog wel even, als we er vier per persoon hebben. Mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik heb zelf in mijn bijdrage aangegeven: kijk ook eens naar de DSM. We moeten ook kijken hoe we het anders kunnen labelen en bestempelen. Ik geloof dat we met elkaar toch naar die voorkant kunnen kijken. Naar aanleiding van het IZA voor passende zorg roep ik de Minister op om met de zorgprofessionals zelf te kijken of we het op een andere manier kunnen organiseren. Dus ik zeg niet gelijk dat ik het er helemaal mee eens ben, maar ik ben het wel met meneer Hijink eens dat we moeten gaan kijken hoe we het anders in kunnen richten. We moeten het in het totaalplaatje zien. Er kan op een gegeven moment een stukje regiofinanciering bijkomen, maar dat hoeft niet overal de oplossing te zijn.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Het gaat er uiteindelijk niet alleen om of we ernaar willen kijken, maar ook of we erin durven in te grijpen. Dat geldt niet alleen voor de Minister, maar misschien ook wel voor partijen in de Kamer. Ik hoorde mevrouw Van den Hil zeggen: de tijd is nu. Toen riep ze de Minister op om met een aantal partijen om tafel te gaan zitten; daar wil ze een toezegging op. Maar ik zou haar het volgende willen vragen. De Minister is uiteindelijk toch degene die verantwoordelijk is? Hoe ziet zij dat?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

De Minister is zeker verantwoordelijk. Dat is ook zo. Ik zoek alleen naar een vervolg en een beetje urgentie om nu het momentum vast te pakken en door te pakken. In de laatste jaren werd het vaak vooruitgeschoven. Daarom eindigde ik met: door, door en door. We hebben het IZA, passende zorg, zinnige zorg en noem het allemaal maar op, maar zet de financiers, de beleidsmakers en de zorgprofessionals nu eens bij elkaar. In goed Nederlands noemen ze het een boundary obstacle. Het probleem is helder bij iedereen. Het zal anders moeten. Hoe gaan we dat met elkaar doen? En ja, de Minister is eindverantwoordelijk, maar die zal ook een passend advies moeten hebben en daar wat van moeten vinden. Daar ben ik het helemaal mee eens.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik denk dat heel veel partijen hier zullen zeggen dat het anders moet en dat er dingen beter kunnen. We hebben gekeken naar wat er in de wet staat over de zorgplicht. Ik weet dat dat een term is die waarschijnlijk vaak gaat terugkomen vandaag. Ik vind het heel vrijblijvend. Ik wil mevrouw Van den Hil vragen – ik stel die vraag straks ook aan de Minister – of we de zorgverzekeraars er niet op moeten wijzen dat er gewoon een sanctie komt te staan op het niet voldoen aan de zorgplicht.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Hil en dan de heer Mohandis.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, u houdt van korte antwoorden. Het antwoord is ja.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Mohandis en dan mevrouw Agema.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Met dat laatste gaan we wellicht nog ergens komen. Dat is een mooie stap. Dat zat deels ook in mijn inbreng. Dat is een goed punt van collega Westerveld.

Mijn interruptie zal gaan over de woorden «aan de voorkant», die collega Van den Hil terecht gebruikte. Laten we mentale gezondheid iets breder trekken en kijken naar al die preventietafels. Het valt mij op dat zeven bewindspersonen daar een aandeel in hebben. En dan heb ik het nog niet eens over al die gemeenten met hun preventieve programma's. Al die tafels zijn goedbedoeld, maar er gaat ook veel langs elkaar heen en het is niet altijd helder hoe we ervoor kunnen zorgen dat de middelen ook echt iets opleveren op het gebied van preventie. Het moet helder zijn waar we over twee of drie jaar staan. Zou het niet goed zijn om in dat kader veel meer te kijken naar een coördinerend bewindspersoon, die de teugels af en toe kan aantrekken als het gaat om alles wat te maken heeft met mentale gezondheid en om alle preventieve acties die daarop los worden gelaten? Ik bedoel het niet onaardig, maar het is ook voor ons heel moeilijk om het concreter vast te pakken op het moment dat bewindspersonen naar elkaar kunnen wijzen als het gaat om de vraag wie waarvoor verantwoordelijk is. Dat geldt ook voor het onderwijsdomein en heel veel andere domeinen. Het zou heel goed zijn als er één coördinerend bewindspersoon voor mentale gezondheid is. Bent u het daarmee eens?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik denk dat één iemand in deze zaal het wel helder heeft en dat is natuurlijk Minister Helder zelf. Althans, dat hoop ik. Ik snap wat meneer Mohandis bedoelt. Daar worstel ik ook mee. Maar ik denk toch dat degene bij VWS die over ggz en preventie gaat, uiteindelijk de eindrol heeft en dingen zal moeten bundelen. Daarom roep ik er ook toe op om de domeinen een beetje te ontschotten. Dat hoor ik ook graag van de Minister. Ik ben het er helemaal mee eens dat het ook over sporten en bewegen gaat, want dat helpt ook bij mentale gezondheid. We hebben ook het GALA. We kunnen hier nog een uur doorpraten over alles. Ik hoor graag van de Minister hoe die ontschotting vormgegeven kan worden en hoe we dingen kunnen bundelen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind de betrokkenheid van mevrouw Van den Hil bijzonder. Ze koos een mooie invalshoek toen het ging over die kaarsjes. Ze toont daarmee betrokkenheid. Maar ik wil even terugkomen op de praktijk van vandaag de dag, want die is minder mooi. Stel je voor dat je zelfmoordgedachten hebt, dat je niet zo veel geld hebt en dat degene die jouw persoonlijke casus het beste zou kunnen behandelen, de beste behandelaar, niet

gecontracteerd is. Op dit moment zorgt FBTO ervoor dat je niet naar die gespecialiseerde ggz-psycholoog kunt als je een kleinere portemonnee hebt dan de mensen hier aan tafel. Wat vindt de VVD van deze klassenzorg?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

De VVD vindt dat niet goed, want de VVD zegt, in mijn persoon, ook dat we heel goed moeten kijken naar het contracteren van zorgverleners. We moeten het voor zorgverzekeraars soms ook makkelijker maken om zorgverleners te contracteren. Aan de andere kant moeten werkgevers zich soms meer openstellen om mensen binnen te houden, dus ze moeten werk eenvoudiger maken en mensen beter hun eigen vak laten uitoefenen. Mevrouw Agema vindt me dus aan haar zijde als ze zegt dat we ook bij de zorgverzekeraars moeten kijken of ze wel zo veel mogelijk gaan contracteren. Op dit moment hebben we natuurlijk nog wel tekorten. Daarom heb ik samen met mevrouw Westerveld een motie ingediend om gz-psychologen op te leiden. Ik zoek dus ook mee naar het nu, maar ik wil proberen om niet te veel in het nu te blijven hangen, hoewel dat superbelangrijk is; dat onderschrijf ik helemaal, maar we moeten ook wel kijken naar de toekomst. Dus ja, ik heb het ene gedaan door te zoeken hoe we nu meer gz-psychologen, meer professionals, krijgen. En het andere is: hoe gaan we nu verder in de toekomst? Ja, dat is een spanningsveld; dat onderschrijf ik.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het aantal gz-psychologen is hier natuurlijk niet het probleem. Het probleem hier is klassenzorg. De inhoud van je portemonnee bepaalt of je wel of niet naar de voor jou meest geschikte psycholoog kunt. FBTO maakt dat per 1 januari standaard. Dus wat in het Integraal Zorgakkoord staat over de vrije artskeuze, maken ze per 1 januari al standaard. Ik wil graag van de VVD horen dat ze daar niet mee akkoord gaat. Ik wil dat straks ook van de Minister horen. Ze kunnen niet summier in een brief dingen schrijven over het Integraal Zorgakkoord of over de vrije artskeuze en dat per 1 januari laten ingaan. Dat kan niet. Ik heb niet eens een wetstraject gezien. Er is een arrest van de Hoge Raad dat aangeeft dat dit niet kan. Het is afgeschoten in de Eerste Kamer. FBTO doet het gewoon. Op het moment dat jij met zelfmoordgedachten loopt, moet je naar de specialist van jouw keuze kunnen en mogen. Ik ben er mordicus op tegen om de vrije artskeuze op de helling te zetten, maar het gebeurt gewoon. Per 1 januari aanstaande gebeurt het gewoon. Ik laat het mijn collega's zien. Het staat hier gewoon letterlijk. «Kiest u vanaf 1 januari 2023 bij ggz of wijkverpleging voor een zorgverlener zonder contract met FBTO, dan krijgt u een maximale vergoeding van 75%.» Ik wil het echt klip-en-klaar van de VVD horen. Wil zij dit niet? Graag, maar gaat mevrouw Van den Hil daar dan ook een stokje voor steken?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Mevrouw Van den Hil steekt graag stokjes voor dingen, maar in dit geval heeft men in het veld met elkaar afgesproken wat in het IZA staat. Het IZA zegt wel – daar probeer ik op te sturen – dat je zorgverzekeraars moet verplichten om meer te contracteren en dat je aan de andere kant ook moet kijken hoe gecontracteerde organisaties de geschikte mensen, dus de psychologen die mensen zouden willen, binnen kunnen houden. Dus ik zoek het meer aan de andere kant.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is in de verste verte geen antwoord op mijn vraag. Het gaat hier niet om meer personeel, op een andere manier verkrijgen van personeel of meer contracteren. Het gaat erom dat jij, als je een kleine portemonnee hebt en bij FBTO verzekerd bent en als een ggz-psychiater of -psycholoog

er om wat voor reden dan ook voor heeft gekozen om niet gecontracteerd te zijn, per 1 januari niet meer bij die psycholoog in behandeling kunt gaan, want dat kun je gewoon niet betalen. Als iemand € 300 per uur kost, je daarvan € 75 per uur moet betalen, je dat geld niet hebt, helemaal in de huidige tijd waarin mensen in pure armoede worden gestort, en je met zelfmoordgedachten loopt, dan kunnen wij hier kaarsjes branden wat we willen, maar dan gaat het gewoon hartstikke mis. Ik wil graag van de VVD horen dat ze dit niet wil. Ik wil er ook gewoon uitsluitel over of de VVD met mij vindt dat het niet per 1 januari kan ingaan, dat er een wetstraject naar ons toe moet komen, dat er een antwoord moet komen op het arrest van de Hoge Raad, dat de Minister dat hier vandaag moet zeggen, en dat ze deze onrust uit de lucht moet halen. Ik hoop dat de VVD aan mijn kant staat. Ik wil dat ook graag horen. Het is mijn derde interruptie en ik hoor het niet.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dat gaat mevrouw Agema niet horen, omdat 75% van de ongecontracteerde zorg op dit moment al vergoed wordt. Dat is dus niet nieuw per 1 januari. FBTO stuurt daar nu misschien een brief over, maar het is dus niet nieuw; het kan nu ook al. Ze hadden het nu dus ook al kunnen doen. Daarom blijf ik in de ogen van mevrouw Agema misschien wel een beetje drammen naar de andere kant, namelijk dat FBTO dan gewoon meer moet contracteren. Maar het is niet nieuw per 1 januari.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is echt feitelijk onjuist wat mevrouw Van den Hil hier zegt. «U heeft een restitutiepolis bij FBTO en dat betekent dat u zelf uw zorgverlener kiest en altijd 100% vergoed krijgt van het wettelijk marktconforme tarief. Vanaf 1 januari 2023 gelden daarop twee uitzonderingen. U leest het in deze brief. Kiest u vanaf 1 januari 2023 bij ggz of wijkverpleging voor een zorgverlener zonder contract met FBTO, dan krijgt u een maximale vergoeding van 75%.» Dit zijn de feiten en deze feiten zijn walgelijk, al helemaal in een tijd waarin mensen geen geld meer in hun zak hebben. Ze moeten vrij kunnen kiezen voor een behandelaar naar hun keuze. Als jij met zelfmoordgedachten rondloopt, moet je de behandelaar van je keuze kunnen kiezen. En als dat niet meer gaat en als er teruggekomen gaat worden op het arrest uit 2014... Want het arrest van de Hoge Raad uit 2014 gaat over het tarief en het lager stellen van het tarief. Dat gaat over klassenzorg. Dat gaat over: heb je een dikke portemonnee, dan kun je wel naar een bepaalde psychiater of psycholoog, maar heb je die dikke portemonnee niet, dan... Daar moet uitsluitel over komen en desnoods een wetstraject. Maar ik vind het erg jammer dat de VVD, gezien de drie afwijkende antwoorden, hier vandaag akkoord gaat met het zomaar beknootten van de vrije artskeuze voor mensen die het geld echt niet hebben.

De **voorzitter**:

Als u wilt, kunt u daarop reageren, mevrouw Van den Hil. Zo niet, dan is het woord aan de heer Mohandis.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik hoor geen vraag, maar ik wil zeker wel even reageren. Volgens mij is het in de huidige wet al zo geregeld. Die restitutiepolis is juist niet voor de kleine portemonnee, want volgens mij is die ook nog duurder. Maar dat is wat anders.

De **voorzitter**:

Eerst meneer Mohandis en dan de heer Hijink.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Collega Agema triggert mij toch wel om daarop door te vragen. Natuurlijk is het mogelijk dat zorgverzekeraars in hun pakket... Laat ik het anders zeggen:... dat klanten kunnen kiezen voor een niet-dekkend pakket. Laat ik het dan even omdraaien. Maar het risico waar mevrouw Agema op wijst triggert mij wel om door te vragen. Ik kan eigenlijk niet via de VVD doorvragen aan de Minister, maar ik kan wel bij de VVD doorvragen. Zetten we met de passage in het IZA niet de sluis open voor een vergaande beperking van de vrije artskeuze, zonder dat we daar een wetstraject voor hebben gehad? Dat zou ik echt heel gek vinden. Mevrouw Agema leest nu een brief voor van de FBTO, maar we krijgen straks meerdere verzekeraars die precies gaan vertellen wat ze in 2023 wel of niet gaan vergoeden en tegen hoeveel procent. Het zou natuurlijk heel gek zijn als er al een soort onderhandse deal is gemaakt met zorgverzekeraars om, gezien de budgettering die daarmee gepaard gaat, vergaande besluiten te nemen en die weg in te slaan, zonder dat de Kamer daarover heeft gesproken. Dat zou wel heel... Ja, dat zou niet de koninklijke route zijn. Dus ik ben wel benieuwd of de VVD in ieder geval bereid is de next step die is aangekondigd en waar in ieder geval ruimte voor is in het IZA, hier ordentelijk via een wetstraject te behandelen. Dat zou ik op z'n minst de koninklijke route vinden.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Mevrouw Van den Hil weet op dit moment namens de VVD net zo veel als meneer Mohandis. Wat er nu in het IZA ligt, is afgesproken. Volgens mij staat daar niet in wat er nog meer komt. En meneer Mohandis gaf het zelf ook aan: dat is een vraag voor de Minister. Maar ik vind dat wat er nu staat, er staat. En ik ben het met de heer Mohandis eens: dat is wat er nu staat en dat kan niet vooruitlopen op het vervolg. Maar dat is dan iets wat ik van de Minister wil horen.

De heer **Hijink** (SP):

Het is natuurlijk al vrij bizar dat je bij een zorgverzekeraar meer moet betalen om je vrije artskeuze te kunnen hebben, dus om een restitutiepolis te hebben. Het hele idee achter die restitutiepolis is natuurlijk: omdat je meer betaalt, krijg je altijd een volledige vergoeding voor de arts of zorgverlener waar je naartoe wil. In dit geval is dat een psycholoog of een psychiater. Dan is het toch zo dat hier echt iets nieuws aan het gebeuren is, ook binnen deze polissen. Mevrouw Agema zegt «FBTO», maar ik hoor dat andere zorgverzekeraars hetzelfde doen. Die gaan nu de vergoeding terugschroeven binnen de restitutiepolis en dan ben je toch eigenlijk met iets nieuws bezig. Dat is toch zeker iets wat we nog niet met de Minister hebben besproken en we weten dus ook nog niet of dat wel zo'n wenselijk idee is. Dat staat nog los van wat je van dat hele idiote polisaanbod vindt.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Het wordt nu een heel verzekeringstechnisch geheel. Ik kan nu alleen maar aangeven dat de wet niet is veranderd. Ik ben het dus wel met meneer Hijink eens dat we de vinger aan de pols moeten houden. Ik zit namelijk ook niet aan tafel bij wat de individuele verzekeraars nu doen. Daarom geef ik ook aan dat die wel scherp gehouden moeten worden. Daar hebben we een NZa voor en daar hebben we een Minister voor. Ik ben het dus met meneer Hijink eens dat we daar de vinger aan de pols moeten houden. En dat speel ik dan door naar de Minister, want daar kan ik zelf op dit moment geen antwoord op geven. Ik hoop dat meneer Hijink dat snapt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik snap ook dat het lastig is om antwoord te geven, hoor. Ik heb vanmorgen namelijk niet voor niets om opheldering gevraagd in de procedurevergadering. Wij waren eigenlijk een beetje zoekende en dat

geldt ook voor mijn fractie, want wat is er nou gebeurd tussen 2014 en nu? Waarom werd het toen bijvoorbeeld weggestemd? Ik heb daar dus ook nog ophelderende vragen over. Dat is dan eigenlijk ook niet waar ik mevrouw Van den Hil op aanspreek.

Ik spreek mevrouw Van den Hil aan op wat er gebeurt op 1 januari aanstaande als jouw aanbieder van ggz of wijkverpleging niet door FBTO is gecontracteerd. Dat gaat dus om je ggz-psycholoog en -psychiater, maar het gaat ook om een aanbieder van wijkverpleegkundige zorg in een klein dorpje, die niet boven de omzet van een ton uit komt. Als daar ineens, en wel al op 1 januari, een eigen bijdrage van 25% voor gaat gelden, is dat dan acceptabel voor de VVD? Als dat de concrete uitwerking is van de situatie die is ontstaan en waar ik ook wetstechnisch niet goed de vinger achter kan krijgen, is dat dan acceptabel voor de VVD? Is het dus acceptabel voor de VVD dat je geen wijkverpleging kunt kopen in je kleine dorpje bij je kleine aanbieder als jij een kleinere beurs hebt? Is het acceptabel voor de VVD dat je de specialist die gespecialiseerd is in waar jij mee rondloopt, niet meer kunt bereiken als je zelfmoordgedachten hebt? Is het acceptabel voor mevrouw Van den Hil dat er per 1 januari klassenzorg ontstaat?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Nee. Misschien is dat het antwoord dat u wil horen. Maar daar zit natuurlijk altijd nog wel een stuk achter. We hebben natuurlijk een heel systeem. Zo moet de NZa toezicht houden op de zorgverzekeraars. Maar als het dus echt buiten de wet valt, is dat ook voor de VVD nooit acceptabel. Maar ik gaf al aan dat de wet volgens mij helemaal niet is veranderd. En dan zal de toezichthouder wel toezicht moeten houden op die zorgverzekeraars. Pas als dat niet gebeurt, zijn wij weer aan zet.

De **voorzitter**:

Akkoord. Meneer Mohandis voor zijn eerste termijn.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik had het al eerder over de mentale gezondheid. De aanpak van mentale gezondheid is maar liefst door zeven bewindspersonen ondertekend. De geconsulteerde landelijke partijen zijn het er verder over eens dat er op het thema mentale gezondheid een verschuiving van zorg naar preventie nodig is. Preventie van mentale problemen is onderdeel van het Integraal Zorgakkoord. Er zijn allerlei akkoorden afgesloten op het gebied van preventie. Ik ga die niet allemaal noemen, maar het zijn er nogal wat. Dus aan ambitie en plannen geen gebrek.

Het gevaar dreigt dat het woord «mentale gezondheid» iets is van ons allemaal, maar daardoor dus ook van niemand, en dat eigenaarschap dus ontbreekt. Kan aangegeven worden door de bewindspersonen hoe al deze aanpakken een beetje samenhangen en hoe de Minister hier de regie in pakt? Wie houdt de vinger aan de pols? Wie kijkt of het ingezette beleid voldoende effectief is? Wie legt verantwoording af over de voortgang van deze plannen en of deze middelen daadwerkelijk iets opleveren? Moet er geen coördinerende bewindspersoon mentale gezondheid zijn? Ik heb daar al eerder aan gerefereerd in een interruptie met de VVD. Ik ben heel benieuwd hoe we al die goede bedoelingen daadwerkelijk op zo'n manier bij elkaar gaan brengen dat het door ons ook controleerbaar is. Maar ook dit speelt breder, zie het hele speelveld van alle partijen die bezig zijn met suïcidepreventie. Ook graag een reactie van het kabinet op dit punt.

Het voorliggende wetsvoorstel van Bikkers c.s. biedt ook kansen om dit beter te regelen in de wet. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de wettelijke verankering van 113.

Voorzitter. De toegang tot verzekerde zorg en de zorgplicht. Om maar een voorbeeld te noemen: wij zijn er ook op gewezen dat behandelaren zich zorgen maken over patiënten met een therapieresistente depressie. Esketamine, een soort neusspray, is een goed middel dat hier op zijn plaats is. Zorgverzekeraars hebben deze zorg te beperkt gecontracteerd om aan de zorgvraag te kunnen voldoen en werpen bovendien een drempel op, doordat een zorgaanbieder eerst een machtiging moet aanvragen. Het is zelfs zo dat door dit beleid van de zorgverzekeraars bij patiënten geen neusspray kon worden geprobeerd en dat overgegaan moest worden tot een euthanasietraject. In België en Duitsland is dit geneesmiddel inmiddels breed beschikbaar. Dit middel zit gewoon in het basispakket en dient dus te worden vergoed. Kan de Minister vandaag toezeggen dat zij met ZN regelt dat dit middel per direct beschikbaar is voor zorgaanbieders die het willen voorschrijven en wil zij zo nodig de Nederlandse Zorgautoriteit laten ingrijpen als zorgverzekeraars hun zorgplicht kennelijk niet nakomen? Wat doet het kabinet überhaupt richting de zorgverzekeraars om hen hun zorgplicht te laten nakomen? Ik vond de interruptie van collega Westerveld interessant wat betreft de mogelijkheid tot sanctioneren of iets in die richting. Maar ik ben heel benieuwd wat er nu al gebeurt.

Ik kom op de positie van zorgverzekeraars in den brede. De NZa heeft aanbevelingen gedaan aan zorgverzekeraars om tijdige en passende zorg beter te garanderen door een betere invulling van tijdig bijcontracteren en door best practices beter te delen. Hoe gaan zorgverzekeraars dat doen? En hoe strak gaat de NZa toezicht houden op de uitvoering van al deze aanbevelingen? Is de Minister het met mij eens dat cliëntenraden tijdig erbij moeten worden betrokken, ook bij voorgenomen sluiting of bij – zo moet ik het zeggen – de transitie naar mentalegezondheidscentra? Graag gewoon een iets breder antwoord op die hele ontwikkeling die we daar zien. In dat verband ook de vraag hoe precies ervoor gezorgd gaat worden dat er een landelijk netwerk van herstel- en regiecentra is, hoe de bestaande expertise daarin wordt meegenomen en hoe de financiering van deze regiecentra en de regionale mentalegezondheidscentra er precies uit gaat zien. En wat is de rol van praktijkondersteunende huisartszorg hierbij?

Voorzitter, ik weet niet of ik ...

De voorzitter:

U heeft min 5 seconden, maar maakt u uw zin af.

De heer Mohandis (PvdA):

Tot slot. In de schriftelijke inbreng zijn er best wel wat partijen die vragen hebben gesteld over wachtlijsten in de ggz. Er zijn in het IZA goede voornemens met financiële impulsen. En toch is het, als ik alles zo lees, ongemakkelijk als het gaat om de streeftermijn van het kabinet om weer op een normaal niveau te komen, om de treeknorm te halen. We lezen dat er een ambitie is om die wachtlijsten naar beneden te brengen. Toch mis ik echt de garantie dat de middelen die beschikbaar zijn gesteld, daadwerkelijk gaan zorgen voor kortere wachtlijsten. Ik wil daar toch een wat fundamentele antwoord op dan die hele brei aan antwoorden. Ook de NZa heeft er uitgebreid op geantwoord. Toch blijft het steken dat het niet helder is wanneer er een einde aan en wat grip op deze wachtlijst komt. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Dank voor het ter sprake brengen van esketamine. Daar had ik geen tijd meer voor. Ik heb een vraag aan meneer Mohandis over die wachtlijsten.

Daar worstel ik net zo goed als alle anderen mee. Het gaat dan om het woordje «nu». Is meneer Mohandis het met me eens dat we soms ook in de tussentijd dat iemand op de wachtlijst staat, meer moeten doen om ervoor te zorgen dat iemand van de ene wachtlijst naar een andere gaat? Dat is ook het stukje waarvan ik zei: moet alles wel in de ggz, of kan het ook elders? Ik merk weleens de urgentie van «iemand staat op een wachtlijst en dan doen we niks meer». Ik vraag me af hoe meneer Mohandis daarin zit.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Ik probeer oprecht de vraag te snappen. Wat is precies de vraag? Of alternatieven dan ook wenselijk zijn? Ik zoek even naar ...

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Sorry voor de onduidelijkheid. Ja, dat is eigenlijk mijn vraag. Mensen staan op de wachtlijst. Is meneer Mohandis het met mij eens dat in de tussentijd wel meer kan gebeuren dan er nu gebeurt? Dat is het in het kort.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Zeker. Als dat kan, wel. Maar dat kan niet het gewenste antwoord op de wachtlijsten zijn. Uiteindelijk hebben mensen professionele hulp nodig. Dus als we op een slimmere of betere manier andere zorg laagdrempelig kunnen maken: ja. Maar goed, dan zou dat al gebeurd moeten zijn en dan hadden we die discussie niet. Dan had de NZa ook niet heel veel pagina's nodig om uit te leggen hoe die wachtlijsten werken en hoe die ook weer onder controle kunnen komen. Dat is mijn zorg. Die zorg heb ik geuit. Natuurlijk staan wij open voor alternatieven, maar dan moeten die er wel zijn.

De **voorzitter**:

Akkoord. Dan is het woord aan de heer Raemakers namens D66 voor zijn eerste termijn.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. De toegang tot de ggz staat onder druk. In 2021 moesten bijna 28.000 patiënten langer dan de treeknorm wachten op ggz-zorg. Op werkbezoek ontmoette ik iemand die zelfs langer dan een jaar op hulp had gewacht. Langer dan een jaar! Dat doet wat met je. Er moet dringend wat verbeteren in de ggz. Daarom heb ik vier voorstellen. Ten eerste. Stimuleer meerjarencontracten. Ten tweede. Voorkom bijcontractering door voldoende in te kopen. Ten derde. Verzekeraars weten lang niet altijd dat aanbieders een patiëntenstop invoeren vanwege het bereiken van het omzetplafond, dus de informatievoorziening en zorgbemiddeling die daarbij horen moeten echt beter. En ten vierde. De definitie van «zorgplicht» is nu nog te vrij geformuleerd om op te sturen. D66 begrijpt dat er in 2023 een handreiking komt voor cruciale zorg in de ggz, maar dat klinkt niet erg concreet. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat er binnen afzienbare tijd daadwerkelijk verbetering te zien is op deze vier punten?

Voorzitter. Het verbaast me trouwens dat het perspectief van patiënten, en zelfs het perspectief van behandelaars, niet meegenomen lijkt te worden in de rode-dradenanalyse van de NZa over de gesloten instellingen en afdelingen in ggz-land. Herkent de Minister dat beeld? Is zij bereid de rode-dradenanalyse alsnog door patiënten en behandelaars te laten beoordelen en hun standaard een plek te geven bij de evaluatie?

Voorzitter. Ruim vier op de tien mensen hebben in hun leven een of meerdere psychische aandoeningen gehad. Nog steeds vinden veel mensen het moeilijk om hierover te praten, terwijl juist het gesprek met de omgeving er misschien wel toe kan leiden dat iemand minder of niet

gebruikmaakt van ggz. Maar ook het beter toerusten van hulpverleners, dus de politie of ambulancepersoneel, bij het helpen van mensen met verward gedrag voorkomt zorg op de verkeerde plek. In het coalitieakkoord is daarom afgesproken dat de politie en de ggz beter gaan samenwerken. Maar gebeurt dat ook al, vraagt D66. Hoe spant de Minister zich daarvoor in? Wordt er bijvoorbeeld bij meldkamers nu al standaard gewerkt met een ggz-triagist?

Voorzitter. Passende zorg is ook van belang in de ggz. Dit zorgt ervoor dat mensen sneller goed behandeld worden. Dat vraagt om zorg die aansluit bij wat een patiënt nodig heeft. Afgelopen zomer verscheen er een artikel op NU.nl dat aangaf dat de ondersteuning van lhbt+-personen in de ggz nog niet altijd goed gaat. Mensen die worstelen met hun geaardheid, worstelen ook vaak met een psychisch probleem, maar die combinatie van klachten wordt door hulpverleners niet altijd goed begrepen. Dan helpen bepaalde sturende vragen van hulpverleners niet. D66 vraagt de Minister hoe zij de lhbt+-awareness in de ggz kan verhogen en er bijvoorbeeld voor kan zorgen dat er meer aandacht voor komt in de opleidingen.

Voorzitter. Dan suïcidepreventie. Er komt 2 miljoen euro extra beschikbaar voor suïcidepreventie via het Onderzoeksprogramma ggz, maar 60% van de mensen die overlijden door suïcide was niet in beeld bij de ggz. Wil de regering daarom in overleg treden met vertegenwoordigers van nabestaanden alvorens deze maatregel via het Onderzoeksprogramma ggz te implementeren? Zorgprofessionals kampen ook vaak met handelingsverlegenheid als zij te maken krijgen met mensen met suïcidaal gedrag. Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat het omgaan met suïcidaliteit beter wordt meegenomen in de zorgopleidingen?

Voorzitter. Dan tot slot de esketamineneusspray voor mensen met zware depressies; de PvdA sprak er ook al over. 2.000 patiënten zouden hiervoor in aanmerking komen, terwijl er maar plek zou zijn voor 250 mensen. Vanwaar dat verschil? Hoe kan dat worden verklaard? Hoe kan de Minister daar wat aan doen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Raemakers. U heeft twee interrupties. Eentje van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ik heb de heer Raemakers niet gehoord over een punt waarover hij zich volgens mij wel heeft uitgesproken, namelijk het verzamelen van bakken met patiëntendata door de NZa. Wij maken ons er veel zorgen over dat 800.000 tot 1 miljoen mensen straks met hun mentale profiel in de database van de NZa terechtkomen. Ik wil graag weten of D66 ook vindt dat we dit moeten tegenhouden, dat we het niet moeten laten gebeuren dat er straks bij de NZa een computer staat waar de medische gegevens van 800.000 ggz-patiënten in zitten.

De heer Raemakers (D66):

Dank voor de vraag. Dit is voor D66 echt een dilemma. We hebben hier ook Kamervragen over gesteld; net als de SP-fractie, had ik gezien. Het dilemma is dat we aan de ene kant wel iets willen doen aan kwaliteitsverbetering van de behandelingen, maar we het aan de andere kant ook belangrijk vinden dat mensen vooraf toestemming kunnen geven. Wij hebben gevraagd: waarom is er niet vooraf om toestemming gevraagd? De Minister heeft geantwoord dat volgens de systematiek van de wet het vooraf toestemming vragen niet nodig is, maar dat je, als je niet wilt dat jouw gegevens gebruikt worden, wel kunt vragen om uitgezonderd te worden. Ik hoop dat ik het zo allemaal goed zeg, anders corrigeert de Minister mij vast in haar beantwoording. Maar daar zit voor ons wel een

dilemma in. Wij hadden liever gezien dat je hier vooraf toestemming voor zou moeten verlenen. Maar wij zien ook de systematiek van de wet. Wij zien ook het belang ervan. Dit is ook voor ons als privacypartij een dilemma.

De voorzitter:

Wat voor partij zijn jullie, meneer Hijink? Aan u het woord.

De heer Hijink (SP):

Ten principale is natuurlijk de vraag: is het wenselijk dat op één centrale plaats ... We hebben het hele debat gehad over de Wegiz, ICT en de kwetsbaarheid van grote databases met gevoelige informatie. Is het nou wenselijk dat er bij de Zorgautoriteit, die feitelijk helemaal niks te maken heeft met de inhoud van medische dossiers, data bewaard wordt van zo ontzettend veel mensen? Als bijvoorbeeld een kwaadwillend iemand daar toegang toe krijgt, kan die vervolgens gaan klooiën met de medische gegevens van 800.000 mensen in de ggz, met problemen rondom seksualiteit, zelfverminking en suïcidale gedachten. Dat wordt allemaal aangevinkt in die profielen die worden aangemaakt bij de NZa. Je moet toch niet hebben dat dat allemaal, van zo veel mensen, op één centrale plaats verzameld wordt?

De voorzitter:

Afsluitend, en dan mevrouw Westerveld.

De heer Raemakers (D66):

Wij delen zeker die zorg. Als je grote hoeveelheden informatie ergens plaatst, moet je altijd uitkijken en moet je dat zorgvuldig doen. Dus ik zou de vraag eigenlijk willen doorspelen naar de Minister: gebeurt dat hier zorgvuldig? Ik heb wel begrepen dat deze gegevens allemaal gepseudonimiseerd worden, dus dat je niet meer kunt herleiden over wie het gaat, en dat allerlei persoonlijke gevoelige informatie er ook uit gehaald is. Ik hoop dan maar dat dat in voldoende mate gebeurt. Maar goed, dat kunnen we niet zomaar geloven, dus ik ben het wel met de heer Hijink eens dat we hier kritisch op moeten zijn.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over de zorgplicht. Ik hoorde de heer Raemakers in zijn bijdrage aangeven dat hij eigenlijk vindt dat die zorgplicht te vrijblijvend is. Nou is dat natuurlijk een wettelijke bepaling. Ik vind ook dat wij, als iets in de wet staat, hier aan zet zijn om ervoor te zorgen dat men zich aan die wet houdt. Ik vraag me af waar de heer Raemakers aan denkt. Hoe kunnen we zorgen dat die zorgplicht echt beter wordt ingevuld?

De heer Raemakers (D66):

Wat ik bijvoorbeeld las in de stukken is dat de NZa de mogelijkheid heeft om een last onder dwangsom op te leggen, maar daar in de praktijk eigenlijk bijna nooit gebruik van maakt, omdat ze een escalatieladder gebruikt. Als ik dat soort woorden lees, denk ik wel: hoe effectief zijn we dan? Moeten we er niet iets strikter op sturen en zeggen: als het niet goed is, is het niet goed? Zo'n escalatieladder is leuk, maar dan grijpen we ook direct in. Want dan spreek je over een zorgplicht die je ook direct kunt waarmaken. Als patiënt heb je er natuurlijk niks aan dat men eerst op de escalatieladder gaat klimmen om te kijken hoe erg het probleem is. Je wilt dat het probleem wordt opgelost. Dus volgens mij zijn we het daar wel over eens.

De voorzitter:

Afsluitend op uw punt, en dan de eerste termijn van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Fijn om te horen. Als patiënt schiet je er natuurlijk helemaal niets mee op, maar het is ook een grondrecht dat hier maatregelen worden genomen om de gezondheid van mensen te borgen. De zorgplicht staat in de wet. Dus ik zou de heer Raemakers willen vragen of we uiteindelijk niet toe moeten naar sanctioneren. Er zijn al jarenlang afspraken over bijvoorbeeld de wachtlijsten en de treeknormen, waarin in principe een maximum staat. Die normen worden al jarenlang massaal overschreden. Zouden we dan niet moeten zeggen «zorgverzekeraars, u bent hier eindverantwoordelijk voor» en zouden we dan niet een sanctie moeten opleggen? Dit is niet iets wat eventjes gebeurt, dit gebeurt al jaren.

De voorzitter:

Afsluitend, en dan mevrouw Van den Berg.

De heer **Raemakers** (D66):

Het is heel verleidelijk om direct «ja» te zeggen, omdat ik ook weet, voel en op werkbezoeken gezien heb hoeveel patiënten hier echt last van hebben, omdat ze veel te lang moeten wachten. Maar ik wil er ook een beetje voor uitkijken dat we als politiek op de stoel van de handhaver zelf gaan zitten. Maar misschien is het een goed idee om hier in de Kamer een keer een rondetafel of een gesprek te houden met de NZa. Ik weet niet of dat al ooit gebeurd is. Dan kan zij ons toelichten waarom er zo weinig wordt gehandhaafd. Misschien is dat een suggestie en kunnen we dat samen oppakken.

De voorzitter:

Dat komt dan terug in de volgende procedurevergadering. Nu mevrouw Van den Berg, namens het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Een mens komt pas tot zijn recht in relatie tot een ander mens. Corona heeft ons nog eens hard op de feiten gedrukt. Er is eenzaamheid bij veel ouderen. Vanmorgen was daar nog een artikel over in de PZC. Een op de vijf ouderen van 75 is zelfs depressief. Er zijn veel depressies onder jongeren. Het is dus heel goed dat er meer aandacht is voor de mentale gezondheid, maar desondanks zijn er veel zelfmoorden. Ik wil even wat cijfers delen van 113 Zelfmoordpreventie. Er zijn vijf zelfdodingen per dag. Het is de doodsoorzaak nummer één bij jongeren, het meest onder mannen. Ik verwijs ook naar een onderzoek van het Trimbos-instituut waaruit blijkt dat mensen met een laag opleidingsniveau, een lagere sociaaleconomische status en werkloosheid gewoon een hoog risico hebben om te overlijden aan suïcide.

Voorzitter. We hebben op 17 oktober een brief van de Staatssecretaris gekregen over de derde landelijke agenda, met een brede aanpak. Dan verwijst hij naar een interdepartementale stuurgroep van 4 oktober. Er wordt nu aansluiting gezocht met de eigen sectoren en er is sprake van een start van themasessies. Dit is allemaal prima, maar hierin klinkt niet echt veel urgentie. Daarom mijn volgende vraag, die de heer Mohandis volgens mij ook al stelde. Is de Staatssecretaris bereid – maar in mijn geval is de vraag gericht aan de Minister – om de Wet publieke gezondheid aan te passen zodat zelfmoordpreventie een wettelijke overheidstaak gemaakt wordt, op dezelfde wijze als waarop we dat hebben gedaan met prenataal huisbezoek? Het aanbod is er, maar de afname is vrijwillig. Mijn collega Anne Kuik heeft daar met andere partijen al vaker voor gepleit. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Een collega, de heer Raemakers, zei net al dat er handelingsverlegenheid is bij zorgprofessionals om zaken bespreekbaar te maken. Dat krijgen wij door. Aandacht in de opleiding hiervoor is nodig. Is de Minister bereid om met het veld in gesprek te gaan? Wat vindt de Minister van het

organiseren van een structurele voorziening voor de opvang van nabestaanden na een suïcide? Naar schatting voelen ongeveer 135 mensen de impact van één zelfmoord. Veel veldpartijen zijn bereid daaraan mee te werken. Daar krijg ik graag een reactie op.

Voorzitter. Dank aan de Minister voor de reactie op het artikel in Zorgvisie, «Het medische model is te dominant in de ggz». Dat is de brief van 21 oktober. Wat mij betreft bevestigt de Minister ook hierin weer de vrijblijvendheid. Ik citeer: «(...) kiezen binnen het huidige stelsel veel zorgverleners al voor een andere aanpak, waarin het bredere gesprek met de patiënt plaatsvindt, en het in context plaatsen van problemen al mogelijk is». Dit sluit aan bij mijn beeld dat de huidige bekostigingswijze al mogelijkheden biedt.

Voorzitter. Het CDA is echt klaar met die vrijblijvendheid. Overal blijkt dat veel ggz-problematiek voortkomt uit problemen in het sociale domein. Waarom is er dan geen lerende cultuur, of zoals de Engelsen zeggen: steal with pride? Kopieer gewoon met trots wat een ander al heeft uitgevonden. Graag een reactie. Ik krijg ook graag een reactie van de Minister op de vraag wat de langetermijnvisie is van de Minister op de ggz. Dat komt wat ons betreft niet echt in het Integraal Zorgakkoord naar voren.

Voorzitter. Vlak voor dit debat sprak ik nog een paar mensen van Red de GGZ! We hebben de vorige keer uitgebreid gesproken over de hoogcomplexe ggz-zorg. De Minister is dat nu ook strak aan het monitoren, omdat we zien dat er een capaciteitsprobleem is en dat ziekenhuizen zelfstandig besluiten om dicht te gaan of minder bedden te hebben. In de Randstad is blijkbaar geen enkele klinische psychotherapie meer aanwezig. Mensen krijgen ook te horen: die zorg hebben we niet, want die is er niet in de regio. Nu hebben we net met elkaar afgesproken dat we hoogcomplexe zorg moeten concentreren en maar op een paar plekken kunnen aanbieden. Dus die opmerking dat het er niet is, omdat het niet in je regio zit, kan wat ons betreft niet. Graag een reactie.

Voorzitter. Ik kijk even naar de klok. Ik heb nog twee korte opmerkingen. Ik heb een paar maanden geleden een motie ingediend over ervaringsdeskundigen. Wat is de stand van zaken? Ik begrijp namelijk dat met name zorgverzekeraars niet naar de bekostiging willen kijken. Wil de Minister met hen in gesprek gaan?

Van de V&VN kregen wij door dat de opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, dus een verpleegkundige gespecialiseerd in de ggz, in tegenstelling tot andere zorgopleidingen niet duurzaam gesubsidieerd is. Wil de Minister daarnaar kijken? Is ze ook bereid om het Capaciteitsorgaan voortaan de raming te laten doen?

Dank u wel, voorzitter. De rest bewaar ik voor de tweede termijn.

De voorzitter:

Dat komt goed uit. Er is een interruptie van mevrouw Bikker en daarna van mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik zeg toch even sorry tegen meneer Hijink, want hij zat al met heilig vuur in de startblokken.

De voorzitter:

O, sorry. Dames gaan voor.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Sorry, meneer Hijink.

Ik heb een vraag aan de CDA-fractie. Ik ben heel blij om de inzet te horen op het gebied van suïcidepreventie. Wij trekken ook samen op in het initiatiefwetsvoorstel dat wij voorstellen. Wij willen het suïcidepreventiebeleid verankeren in de Wpg. Dat initiatiefwetsvoorstel zijn we aan het aanpassen. Dat ligt bijna panklaar om het hier verder te behandelen, dus

dat is mooi nieuws. Maar in plaats van het aan de Minister te vragen, wil ik van de CDA-fractie de uitspraak horen dat het preventiebeleid niet moet afhangen van de politieke wind die er waait en van de economische omstandigheden. We moeten juist stevig doorgaan om voor alle leeftijden suicidepreventiebeleid te voeren, waarin men altijd bereikbaar is, ook telefonisch. Dat is de gezamenlijke inzet die we hadden. Ik twijfel even aan wat de CDA-fractie nou precies bedoelt met haar vraag aan de Minister.

De voorzitter:

Dat kan nu helder worden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Hopelijk kan ik dat verhelderen, want ik wilde juist aansluiting zoeken bij het wetsvoorstel waar mevrouw Bikker het over heeft. Het heeft al lang niet meer op tafel gelegen hier. Ik wil in ieder geval mijn collega Anne Kuik en de andere collega's, want volgens mij doen de PvdA en de SGP ook mee...

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan moeten we de hele aftiteling wel compleet maken, mevrouw Van den Berg. Dan ga ik ook de SP, de Partij voor de Dieren en GroenLinks noemen. Het was een brede coalitie. Er zijn ook nog partijen die erover twijfelen om zich aan te sluiten, dus het wordt een steeds mooier feest.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat is heel goed om te horen. Het gaat mij echt om dit wetsvoorstel. Ik maakte net al een opmerking over prenataal huisbezoek. Met een kleine aanpassing in de wet is het toch mogelijk voor gemeentes om hierop te kunnen acteren, want zij hebben een goede kijk op de bevolkingsopbouw en de problematiek.

De voorzitter:

Mooi. Meneer Hijink, uw heilig vuur brandde inmiddels al vijf keer. Hij is al op, hoor ik. Mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik zorg dat meneer Hijink zich weer heel even op kan laden, want dat heb je soms nodig.

Ik heb nog een vraag aan mevrouw Van den Berg. Zij zei: het IZA is er en nu? Ik zoek eigenlijk een beetje steun in onze samenwerking. Is mevrouw Van den Berg het met mij eens dat er nu momentum is om met financiers, professionals en beleidsmakers door te pakken? Dat moet wel binnen een beperkt tijdpad, want zo veel tijd hebben we niet. We moeten een volgende stap zetten, niet naar een heel nieuw systeem, maar wel naar een samenwerkingsverband waarin we de richtlijnen herijken.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik kan niet goed inschatten wat mevrouw Van den Hil precies bedoelt met «richtlijnen herijken». Maar misschien bedoelt ze dat we naar de financiering moeten kijken. Ik ben benieuwd hoe dit verder uitwerkt in de praktijk met het zorgprestatie-model, maar we zien nu dat het lonender is om lichte zorg aan te bieden dan hoogcomplexere zorg. Dat soort perverse prikkels moeten eruit. Mevrouw Van den Hil benoemde zelf ook dat we breed moeten kijken naar de problematiek. Als er een probleem is in het sociaal domein, dan moet het daar opgelost worden en dan moeten we niet medicaliseren. We moeten er ook voor zorgen dat er geen perverse prikkels zitten in de financiering, want dat is een van de problemen in de ggz.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Hijink voor zijn eerste termijn.

De heer **Hijink** (SP):
Zeker weten?

De **voorzitter**:
Zeker weten. Succes!

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik had het net met de heer Raemakers over de NZa en over het verzamelen van enorme bakken met patiëntendata door de NZa. Mijn fractie heeft daar enorm grote problemen mee. Het is niet voor het eerst dat dit gebeurt. Al eerder is er op privaat initiatief een enorme bak aangelegd. Die is uiteindelijk vernietigd, ook op aandringen van de Autoriteit Persoonsgegevens. Die zei ook: het is volstrekt onacceptabel dat we op landelijke schaal en op een centrale plaats data gaan verzamelen van ggz-patiënten. Wat vindt de Minister er eigenlijk van dat dit gebeurt? Vindt zij dit acceptabel? Er wordt helemaal geen toestemming gevraagd aan patiënten. Je moet zelf aangeven: ik wil helemaal niet dat mijn data in de bak van de NZa terechtkomen. Als je dat niet doet, dan worden die data zonder toestemming doorgegeven. Ik wil graag van de Minister weten: waarom wil een overheid van 800.000 tot 1 miljoen mensen hun mentale profiel hebben? Ik vind het eigenlijk best wel griezelig dat een overheid dat soort data aan het verzamelen gaat. Dat behoort een overheid helemaal niet te doen. Want waar horen die gegevens thuis? Het zijn patiëntengegevens, en die zijn eigendom van de zorgverlener en de patiënt samen. Dat gaat over het medisch beroepsgeheim. Dat gaat over de vertrouwelijkheid van de spreekkamer, waarin alles gezegd moet kunnen worden, in de wetenschap dat jouw mentale probleem, of dat nu iets met seksualiteit is, of dat nu op het terrein van suïcidale gedachten is, of dat nu relatieproblemen zijn ... Het gaat niemand wat aan, zeker niet een overheid. Dus ik wil eigenlijk van de Minister horen dat zij hiermee gaat stoppen. Verzin maar wat anders, zou ik zeggen, als je als NZa zijnde zicht, grip wilt houden op wat er precies gebeurt bij ggz-aanbieders. Het kan niet dat je daarvoor patiëntendata gaat gebruiken.

Ik wil ook van de Minister weten wat de risico's zijn. Wat als deze informatie wel in verkeerde handen komt? Wat als er bij de NZa iemand kwaadwillend is? We hebben dat bij de GGD gezien, waar data gewoon gestolen zijn. We hebben gezien hoe met datalekken enorme dingen mis zijn gegaan. We hebben gezien wat er kan gebeuren als je chantabel wordt op het moment dat iemand over jouw medische dossier kan beschikken. Ik vind dat je als overheid niet het risico moet lopen dat iemand toegang krijgt tot zo'n – nou ja, het klinkt heel fout – goudmijn aan heel privacygevoelige informatie. Reken er maar op dat er kwaadwillenden zullen zijn die heel graag over die data willen beschikken. Klopt het ook, wil ik van de Minister weten, dat er al een onderzoek van de Autoriteit Persoonsgegevens loopt naar deze verzameling van data? Ik hoor graag hoe het met dat onderzoek staat, hoewel ik eigenlijk vind dat de Minister zelf het initiatief zou moeten nemen en tegen de NZa zou moeten zeggen: dit gaan we op deze manier niet doen.

Voorzitter. Waarom hebben wij nou dit soort rare ingrepen in onze ggz? Ik denk dat het allemaal te maken heeft met de manier waarop het op dit moment gefinancierd wordt. Er is een enorme focus op de controle op de individuele behandeling. De individuele behandeling moet getoetst kunnen worden, op financiën, op kwaliteit en op controleerbaarheid. Ook dit levert dus weer een enorme bak bureaucratie op voor al die zorgverleners die ggz-zorg aan het verlenen zijn. Ze moeten bij iedere patiënt in het eerste gesprek eerst die hele checklist weer af, omdat de NZa zo nodig een volledig profiel wil hebben. Allemaal onnodige bureaucratie, die het vertrouwen schaadt, niet alleen in de patiënt maar ook in de zorgverlener.

Ik zou willen vragen om nou eens te stoppen met het kapotcontroleren van onze zorgverleners. Zorg nou dat het vertrouwen terugkomt daar waar het thuishoort, bij de zorgverleners zelf. En ga ook kijken hoe we de ggz zo kunnen inrichten dat we van minder controle naar meer vertrouwen gaan. En meer ook, zoals we net in het onderlinge debatje zeiden: ga kijken hoe je de ggz meer op buurtniveau kunt gaan organiseren. Ik ben het erg eens met wat de Minister zegt, namelijk dat je moet kijken hoe je met andere sectoren kunt samenwerken, bijvoorbeeld met schuldhulpverlening, met huisartsen, met noem het allemaal maar op. Voorkom dat mensen de ggz worden ingetrokken. Maar dat betekent ook dat je iets moet willen doen aan het stelsel zelf. Mevrouw Van den Berg zei het net, terecht, ook: er is een prikkel om mensen met een lichte zorgbehoefte te behandelen, terwijl de mensen die de meest complexe zorg nodig hebben, die niet krijgen en het langste op de wachtlijst staan. En waarom? Omdat dat de minst rendabele zorg is in het marktstelsel dat door de VVD al jaren wordt toegejuicht. Dus als we willen dat het beter wordt, moeten we ook die discussie durven voeren: hoe gaan we de marktwerking eruit halen, hoe gaan we de verkeerde prikkels uit het systeem halen en hoe gaan we de zorg meer in de buurt brengen en meer naar het vertrouwen dat we moeten hebben tussen zorgverleners en patiënten in de spreekkamer?
Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, niet alleen namens de ChristenUnie, maar deze keer ook namens de SGP.

De **voorzitter**:

Sorry. Maar bij dezen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dat geeft niet, maar nu heb ik het in ieder geval in het begin gezegd en zijn we ons allemaal bewust van die verbondenheid vandaag.

Voorzitter. Afgelopen maandag was ik op een prachtige middelbare school in Veenendaal: het Ichthus College. Wat was het indrukwekkend om daar te spreken met docenten en met zorgmedewerkers, die dag in, dag uit paraat staan juist voor de sociaal-emotionele problemen, maar soms ook voor de mentale problemen die leerlingen ervaren. Het drukte me ook met de neus op de feiten. Sinds de coronatijd – maar eigenlijk was het een uiting van wat daarvoor ook al gebeurde – zijn steeds meer jongeren mentaal onder druk komen te staan. En we zien de gevolgen daarvan ook op school. Het aantal meldingen, ook van bezorgde vrienden en vriendinnen, over gedachten aan suïcide neemt toe. Dat is de harde, rauwe werkelijkheid waarvoor we staan na de coronatijd. Het vraagt van ons allen veel inspanning om juist op dat punt ervoor te zorgen dat we een mentaal gezonde jonge generatie krijgen.

Voorzitter. Dat is dus ook een spiegel voor de samenleving en voor onszelf. Wat leggen we anderen op? Welke plaatjes laten we zien op de socials? Is het nog normaal om te laten zien dat het leven even niet lukt? Ik denk dat wij hier allemaal daarin soms ook voorbeelden zijn als Kamerleden. We kunnen een voorbeeld zijn in het laten zien wat er soms even niet lukt, dat niet alles in je leven goed gaat, dat je stress hebt, dat het soms tegenzit. Daar zou ik ons allen toe willen oproepen. Ik heb toch ook de zorg dat we te veel een prestatiesamenleving hebben toegelaten. Want het gaat er niet om wat je doet. Het gaat er niet om wat je hebt. Het

gaat erom wie je bent. Ik zou tegen alle jongeren willen zeggen: je mag er zijn, je bent kostbaar, echt waar. Ook al zit het tegen, je bent geliefd. Goed, voorzitter. Dat was mijn inleiding. Dat sluit meteen aan op het eerste punt dat ik zou willen maken. Dat ziet op suïcidepreventie. Ik noemde het al richting mevrouw Van den Berg van het CDA. Ik heb alle partijen, behalve eentje, de SGP, genoemd in het goede initiatiefwetsvoorstel dat we aan het maken zijn om wettelijk te borgen dat suïcidepreventie een plek heeft, zodat het niet afhangt van de politieke wind die er waait, maar iedere gemeente daar werk van maakt. Want wat is het belangrijk dat we goed zorgen voor jongeren, voor ouderen, voor iedereen. Daarover heb ik nog één vraag. Welke rol ziet de Minister voor de scholen, juist ook in het bevorderen van de mentale gezondheid onder jongeren? Heeft ze daarvoor nog extra plannen samen met de Staatssecretaris en wordt er door scholen voldoende gebruik gemaakt van het aanbod dat er al is?

Ik ben blij met de aanpak van de mentale weerbaarheid door de Staatssecretaris, maar ik heb daar een paar korte vragen over. Hoeveel middelen in het GALA, het Gezond en Actief Leven Akkoord – dat ook gedeeltelijk onder deze Minister valt, dus daarom durf ik de vraag nu ook wel te stellen – zijn bestemd voor mentale preventie en welke uitwerking daarvan ziet de Minister voor zich? Preventie komt wel enigszins aan bod in het IZA, maar dan vooral in het kader van leefstijl en somatische ziekten, en minder in het kader van de mentale gezondheid. Hoe ziet de Minister dat voor zich? Want juist die mentale gezondheid hoort er toch het allermeeest bij? Is de inzet op het mentale preventieakkoord daarin onverminderd?

Voorzitter. De collega's hebben al veel goede vragen gesteld, waarbij ik me aansluit. Ik noem bijvoorbeeld de vraag over de deskundigen, de ervaringsdeskundigen, van mevrouw Van den Berg, en die over esketamine van de heer Mohandis.

Ik heb nog een paar korte vragen. Ik zou aan de Minister willen vragen hoe zij omgaat met de noodkreet van verschillende zorginstellingen die zich hebben aangesloten bij de noodkreet voor een beter werkend zorgprestatie-model. Welke stappen ziet ze de komende tijd voor zich en wat is de rol daarin van de Minister, maar ook van anderen in het veld?

Voorzitter. Er ligt een eindrapport van de evaluatie Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang. Het liegt er niet om wat er in die evaluatie staat. Het kabinet zal snel met een reactie komen en voorstellen doen voor aanpassingen, maar ik zou de Minister wel willen vragen om een doorkijkje te geven: welke knelpunten zijn nu al te problematisch en kunnen niet wachten op een wetswijziging, en wat gaat ze daarmee doen?

De voorzitter:

Dank u wel. U lokt wel drie interrupties uit. Eerst meneer Mohandis.

De heer Mohandis (PvdA):

Ik dank collega Bikker voor haar inbreng. Het triggerde mij in positieve zin dat u vroeg: wanneer gaat de Minister in gesprek met bijvoorbeeld de collega's van Onderwijs over hun rol en hun taak? Dat is ook precies waar ik mijn inbreng mee begon. Er zijn nog best wel wat bewindspersonen die iets te doen hebben op het gebied van mentale weerbaarheid en preventie in den brede. Natuurlijk kan de Minister zeggen «ik heb een coördinerende rol», maar waar blijkt dat dan uit? Stel dat je elke keer in gesprek moet met een bewindspersoon die bijvoorbeeld verantwoordelijk is voor het mbo. Daar liggen in preventieve zin best nog kansen als het gaat om hulp op school, hulp op locatie. Maar goed, het is niet gelijk iets waar een Minister regelmatig mee bezig is. Hoe voorkomen we nou dat we denken dat daar goede dingen gebeuren, zonder dat we werkelijk weten of al die andere beleidsterreinen op een goede manier zijn aangehaakt? Deelt u

met mij dat een coördinerende rol van één bewindspersoon daarin zou helpen?

De voorzitter:

Punt. Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Hier gaat wel een oude wijsheid op, namelijk: alleen ga je sneller, maar samen kom je verder. Ik vind het belangrijk dat het hele kabinet op alle terreinen – want het kan soms ook gaan om werkgevers, om sociale partners, dus het Ministerie van Sociale Zaken en inderdaad OCW – bekijkt: wat is er nou nodig om mentaal gezond te zijn? Mijn voorganger Carla Dik-Faber heeft juist ook daarom met verschillende collega's hier al destijds de oproep gedaan, volgens mij ook met iemand uit de fractie van de heer Mohandis, om te komen tot een mentaal preventieakkoord, waarin dus die breedte gepakt wordt. Het kabinet heeft gezegd: daar gaan wij invulling aan geven. Ik vind het mooi hoe de Minister en de Staatssecretaris dat oppakken, maar dat zal breder moeten zijn dan alleen het departement, want mentale gezondheid is niet iets van de gezondheidssector; dat is iets van de samenleving. In die zin vind ik het dus niet erg dat er niet één coördinerend Minister is. Ik vind het wél belangrijk dat dat mentale gezondheidspreventieakkoord stevig wordt uitgevoerd.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Mohandis, een korte toevoeging.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Dat begrijp ik. Alleen, hoe gaat mevrouw Bikker er dan zelf zicht op houden of alle acties in het onderwijs ertoe gaan leiden dat we voorkomen dat jongeren via huisartsenroutes moeten gaan? En ik kan heel veel voorbeelden noemen in het onderwijs. Dat is een soort effect dat we niet zouden moeten willen, omdat ik ook kan concluderen dat dan ons preventiebeleid in het onderwijs gewoon gefaald heeft omdat het niet werkt. Dus ik begrijp uw antwoord wel, maar het rijmt niet met ervoor zorgen dat er dan ook goede dingen gebeuren in het onderwijs en op al die andere plekken. Het risico van meer eigenaren is dat niemand zich echt eigenaar voelt van een gezamenlijke opgave. Dus ik begrijp uw antwoord, maar het rijmt niet met wat ik zie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik zei eerst natuurlijk: alleen ga je sneller, samen kom je verder. Nu zegt de heer Mohandis: ja, maar als je iedereen wil omarmen, omarm je uiteindelijk niemand, dus mevrouw Bikker, hou een beetje de focus erop. Dat snap ik. Want inderdaad, het is belangrijk en daarom pleit ik ook voor dat mentale preventieakkoord, want dat geeft richting. Daar committeren verschillende partijen zich aan. En ja, dan is het belangrijk dat het onderwijsveld ook weet welke rol het kan spelen. Maar ik was op die school in Veenendaal. Daar vertelden ze ook hoe ouders geregeld met de handen in het haar zitten. Want de eerste neiging is bijvoorbeeld om niet naar buiten toe open te zijn over wat er speelt in je gezin, omdat je liever zegt «het gaat goed!» Ik denk dat we dat allemaal weleens herkennen: we zeggen het liefst «het gaat erg goed met de kinderen». Je gaat niet als eerste zeggen «nou, Pietje is een beetje somber». Dat deel je niet snel, ook omdat je weet dat dat voor je kind weer ingewikkeld is. Hoe ga je daar dan wel mee om als ouders? Dus het is ook een vraagstuk dat breder speelt dan alleen bij het onderwijs. Het is voor mij echt een vraagstuk van de samenleving. Als we nu weten dat meer jongeren, meer kinderen met mentale somberheid kampen en met ingewikkeldheden daaromtrent, dan staan we samen aan de lat. En dan zijn het deze bewindspersonen, de Minister en de Staatssecretaris, die staan voor dat preventieakkoord

mentale gezondheid. Wat mij betreft zit daar een dikke samenlevingsvisie in, en niet alleen vanuit het medische aspect.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Raemakers en dan mevrouw Van den Berg.

De heer Raemakers (D66):

Mevrouw Bikker heeft indrukwekkende woorden gesproken over mentale gezondheid bij jongeren en over de prestatiedruk. Zij zei zelf ook: wat kunnen wij daar zelf aan doen als voorbeelden? Ze vroeg ook echt aan de regering: wat kan de regering doen? Maar ik vroeg me af: wat heeft de fractie van de ChristenUnie misschien zelf aan ideeën? Dat hoeft niet per se nu, want we hebben natuurlijk ook nog een WGO Jeugd op 21 november, wanneer de Staatssecretaris van jeugdzaken er ook weer bij is. Ik vroeg me af: heeft u misschien zelf ook al ideeën over wat we eraan kunnen doen?

De voorzitter:

Neemt u dat niet op als een extra vijf minuten spreektijd, mevrouw Bikker, maar aan u het woord.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank dat u mij toedicht dat ik hier wel even over kan spreken, want dat klopt. Allereerst noem ik natuurlijk de initiatiefwet waar we mee bezig zijn en waar ik ook graag met de heer Raemakers even over doorpraat. Ik begreep namelijk dat u op werkbezoek was bij 113. Tenminste, ik zag daar beelden van. Dus ik denk dat wij dezelfde missie wel delen. Daar spreek ik graag over door. Eerder – ik geloof dat het in maart was, maar mevrouw Westerveld gaat mij vast corrigeren als dat niet zo is – heb ik samen met GroenLinks ook een heel aantal actiepunten gepresenteerd om die mentale weerbaarheid van jongeren te bevorderen. Dat begon al met luisteren: luister naar jongeren, op alle plekken. Het tweede is: zorg dat hulp makkelijk en toegankelijk bereikbaar is. Want wat is het fijn als je op een vroeg moment je verhaal kwijt kan en dat ook normaal is, in plaats van dat je het opkropt en we eigenlijk pas veel te laat ontdekken dat de schone schijn is opgehouden en daarachter een verdrietig kind of een mens zat, voor wie hulp nodig was geweest. Dat zijn zomaar twee voorbeelden. We hebben een negenpuntenplan. Punt tien was: vul zelf alsjeblieft aan. Ik denk dat we die openheid moeten blijven houden. Dus ik maak daar ook graag verder werk van. Dat kan ook nog bij het debat over leefstijlpreventie, zou ik willen aanvullen, voordat we alles in het WGO Jeugd stoppen. Ik denk ook dat we breder moeten kijken, bijvoorbeeld als het gaat om suïcidepreventie. We zien ook dat mannen heel vaak niet of onvoldoende bereikt worden. Dus er is veel werk aan de winkel.

De heer Raemakers (D66):

Dank u wel. Ik ga het lezen.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, en dan mevrouw Van den Hil.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik zei net zelf dat ik de rest maar moest bewaren tot de tweede termijn, maar in die zin was ik blij dat mevrouw Bikker begon over de evaluatie van de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz. Mevrouw Bikker zei al terecht dat de evaluatie niet mals is. We gaan nog een beleidsreactie daarop krijgen van de Minister, maar toen ik dit zo las, vroeg ik me af wat mevrouw Bikker daarvan vindt. De Minister geeft aan dat ze voor mijn gevoel met de halve wereld in gesprek gaat over wat nu te doen. Ik heb bij

een ander debat weleens gezegd: soms is het beter om te stoppen met huilen en opnieuw te beginnen. Bij huizenbouw zeggen we dan dat we het hele huis strippen en het opnieuw doen. Ik vroeg me dus af of mevrouw Bikker het niet beter vindt om in plaats van dat we aan alle kanten gaan proberen om kleine wijzigingen aan te brengen, de wet te strippen en die opnieuw op te bouwen. Anders zijn we zo weer vijf jaar verder.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dat is een goede vraag, en tegelijkertijd is het antwoord ingewikkeld. Ik herinner me de behandeling van die wetten namelijk nog heel goed. Toen was ik senator, dus dat was aan de andere kant van het Binnenhof; dat zeiden we destijds nog. Maar dat was een jarenlang traject, wat ook debet is geweest aan de onmogelijke manier waarop de verschillende wetten in elkaar zijn gaan zitten. Toen dachten we op uitvoeringsniveau al: help; kunnen we dit überhaupt wel overzien? Ik weet nog dat er destijds niet eens een fatsoenlijke memorie van toelichting meer lag bij de Wet zorg en dwang. Als ik allereerst even reflecteer op de wetgevende kant en de controlerende kant, dan hebben het met elkaar ook wel laten gebeuren dat het zo ingewikkeld in elkaar is gaan steken. Eerlijk gezegd zou ik eerst die reflectie willen geven, voordat we nu om ons heen gaan wijzen naar wat er bij anderen allemaal niet deugt. Dat is één.

Dan twee. «Strippen» klinkt wel een beetje spannend. Ook als we dit wetsvoorstel heel snel terug zouden brengen tot iets heel basaal – laat ik het zo zeggen, mevrouw Van den Berg; dat is mijn eigen taalkleed dan – dan denk ik eerlijk gezegd nog dat je in eenzelfde jarenlang traject terecht komt als je niet uitkijkt. Volgens mij is het dus van belang dat de Minister goed gaat verwoorden welke knelpunten ze nu al te problematisch vindt, en dat ze die vervolgens heel snel aanpakt. Op wetssystematisch niveau had ik destijds al mijn twijfels, die helaas gegrond blijken te zijn. Ze moet op dat niveau kijken wat er dan verder nodig is om meer organisch, zou ik bijna zeggen, met het veld tot verbeteringen te komen en daarin ook heel lerend te zijn, in plaats van vasthoudend aan een compromis dat we met elkaar in het verleden hebben bereikt. Dat vraagt ook van het veld dat het hier vasthoudend bij betrokken is, bij ingewikkelde materie. Daar zullen we elkaar dus ook toe in staat moeten stellen. Dat is meteen een vraag die ik dan aan de Minister heb. Dit is namelijk zo ingewikkeld geworden. Hoe kunnen mensen hier nog goed over adviseren? Ik zou daarin ook versterking willen in de informatie- en kennispositie.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik zat toen nog niet in deze Kamer, maar mevrouw Bikker zegt terecht dat het ook komt doordat het bijna tien jaar heeft geduurd totdat de wet uiteindelijk tot stand is gekomen. We hebben intussen al twee evaluaties gehad. Dat vond ik al verbijsterend als je tien jaar met een wet bezig bent. Maar mevrouw Bikker zegt terecht dat wij het daarbij als Kamer zelf ook moeilijker hebben gemaakt. Nu vond ik het zo mooi dat de Minister in haar brief van 21 oktober zegt: «Ik vind het belangrijk om weer terug te keren naar de kern van de wetten, namelijk rechtsbescherming tegen de inperking van grondrechten, en naar de geest van de wetten.» Dan denk ik ook even aan de woorden die de heer Hijink net sprak over vertrouwen in de professional. Ik ben een groot voorstander van een lerende cultuur, dus ik geef graag vertrouwen, maar ik vind het wel belangrijk dat er wordt geleerd. Ik zou dan toch met die elementen werken. Dit gaat namelijk jaren kosten en een nieuwe wet gaat ook jaren kosten. Maar ik heb dan liever een goede nieuwe wet dan dat we iedere keer weer kleine aanpassingen hebben aan een huidige wet en een beetje door blijven modderen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Soms klinkt een simpele oplossing zwaar aantrekkelijk. Dat geldt hier natuurlijk ook. Maar ik weet niet of de oplossing vervolgens zo simpel blijkt. Daar zit even mijn zorg. Dus, mevrouw Van den Berg, ik zou graag ja zeggen met het idee dat we dan een oplossing hebben, maar ik vraag me af of we dan ook echt een oplossing hebben. Ik herinner me van de behandeling van de wet destijds – dat is volgens mij niet veranderd – dat het voor de professional, de mbo 4-geschoolde zorgmedewerker, een machtig ingewikkelde wet is geworden, terwijl deze wet deze mensen moet steunen en hen moet helpen om goede zorg te geven. De patiënt moet ook weten: ik ben hier goed geholpen en mijn vrijheden zijn optimaal geborgd, maar altijd in het kader van goede zorg. Met die bril op hebben we de wet gelezen. We hebben destijds aan de voorgangers van deze Minister, Minister De Jonge en Staatssecretaris Blokhuis, gevraagd: ga alsjeblieft aan de slag om te zorgen dat de mensen die met hun handen aan het bed staan, hiermee kunnen werken. Dat is wat mij betreft echt iets waar vurig tempo mee moet worden gemaakt om deze wet veel beter werkend te krijgen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik wil het ook hebben over de evaluatie door ZonMw. Ik had daar zelf geen tijd meer voor. Ik ken de wet van de andere kant. Ik was werkzaam in de ouderenzorg. Ik heb de BOPZ nog meegemaakt; zo oud ben ik al. Later werd dat de Wvvgz en de Wzd, de Wet zorg en dwang. Is mevrouw Bikker het met mij eens dat het door al die partijen juist ingewikkeld is gemaakt? We amenderen wat af in de Tweede Kamer, want we denken het allemaal beter te weten. Is mevrouw Bikker het met mij eens dat we dit goed moeten evalueren, dat we moeten kijken naar de bescherming, de uitvoerbaarheid en misschien ook een beetje naar onze eigen rol?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik heb al een eerste reflectie gegeven op onze eigen rol. We zullen recht moeten doen aan de evaluatie. Dat is ook een opdracht aan ons als commissie. Na de reactie van het kabinet moeten we niet alleen ons hobbykind eruit halen en zeggen: dit hebben wij altijd al gezegd! Alhoewel ik dat net misschien ook een beetje deed. We moeten echt naar de breedte kijken, want daar is iedereen goed mee geholpen. Dat vraagt zorgvuldigheid en dat vraagt dat je met heel veel mensen in het veld spreekt, ook al kan dat soms eindeloos duren. Maar ik hecht er wel aan dat de Minister dat doet. Tegelijkertijd moet dat de vaart er niet uithalen, want we moeten wel de knelpunten aanpakken die nu zo obvious zijn, in goed Nederlands. De Minister moet daar gewoon snel mee aan de bak. Dat is mijn oproep aan de Minister: het is heel goed dat u in gesprek gaat, maar zet alstublieft de meest dringende knelpunten op een rijtje en ga daarmee aan de slag, want dat is dringend nodig.

De **voorzitter**:

Het woord is aan mevrouw Westerveld van GroenLinks voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Voorzitter. Het is bijna drie jaar geleden dat Charlotte Bouwman, haar hulphond Bobbie en een aantal andere jonge mensen actievoerden op het Ministerie van VWS omdat er veel te lange wachtlijsten waren in de ggz. Hun idee was: als we dan toch moeten wachten, dan doen we dat wel hier. Die actie leverde ongelofelijk veel herkenning op. Binnen een mum van tijd hadden ze tienduizenden handtekeningen onder het manifest Lijm de Zorg. Bijna alle politieke partijen in de Kamer steunden dat manifest. Ik heb dat er nog even bij gepakt. Punt 1 uit het manifest is: «Neem de regie om de acute crisis in de jeugdzorg en de ggz aan te pakken.» Twee andere punten zijn «regel voor de mensen met de meest complexe problemen

passende zorg» en «stel een maximale wachttijd vast en handhaaf deze». Dat waren drie punten. Er staan nog zeven andere goede punten in, maar ik noem deze even. Alle partijen in de Kamer vonden dat toen een heel belangrijk punt.

Nu we dit debat hier weer voeren, krijg ik soms de indruk dat we van alles opnieuw aan het doen zijn. Want wat is er nou eigenlijk gedaan in de afgelopen drie jaar? We zijn dit jaar onrustig begonnen met een nieuwe bewindspersoon op ggz. De ene na de andere specialistische instelling sloot. Het ging om plekken waar de meest kwetsbare mensen terecht konden. Dat gaat dus lijnrecht in tegen het manifest. En dit terwijl de wachtlijsten nog steeds enorm lang zijn. In het vorige debat riep ik de Minister op om te checken of er nog wel voldoende klinische ggz-zorg overblijft in Nederland. Vervolgens werd er een onderzoek gedaan. Daaruit kwam het ontluisterende antwoord: we weten het niet. Nergens wordt bijgehouden hoeveel zorgaanbod er minimaal nodig is voor de verschillende typen zorg, maar ondertussen sluiten er wel instellingen en afdelingen. Dit raakt de kern van het probleem. We zijn voortdurend aan het praten over problemen, maar we hebben hier niet eens in kaart hoe groot het probleem daadwerkelijk is. Datzelfde geldt voor de wachtlijsten in de jeugdzorg. Daarvoor geldt precies hetzelfde: we weten niet hoe lang die zijn. Als je niet weet hoe groot een probleem is, dan weet je natuurlijk ook niet welke oplossing er nodig is.

Voorzitter. Ik vind het daarom fijn dat een van de doelen van het Integraal Zorgakkoord is om in beeld te brengen wat cruciale ggz-zorg is. Maar ik wil de Minister wel vragen of ze daarvoor een duidelijk tijdpad kan maken. Hoe wordt hier toezicht op gehouden? Kan het zo ver gaan dat als een cruciale instelling in de toekomst moet sluiten, er gewoon wordt gezegd: «Dat gaat niet door, want we hebben deze instelling keihard nodig.»?

Voorzitter. Dat brengt mij ook bij de zorgplicht. Zorgverzekeraars hebben namelijk de wettelijke zorgplicht om premiebetalers tijdige en passende zorg te bieden. Toch worden de normen die zijn afgesproken, de zogeheten treeknormen, al jarenlang overschreden. De NZa moet daar toezicht op houden. Vervolgens lezen wij dat de NZa de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren nog nooit een aanwijzing heeft opgelegd om tijdig zorg bij te contracteren. Ik vraag de Minister: hoe gaat dat samen met de lange wachtlijsten? Hoe gaat dat samen met de zorgplicht, die we wettelijk hebben vastgelegd?

Voorzitter. Ik concludeer daar eigenlijk uit dat de zorgplicht een dode letter is. Ik vind dat de vrijblijvendheid ervanaf moet, zeker zolang de wachtlijsten nog zo lang zijn en de normen massaal worden overschreden. We kunnen ook niet wachten tot de ambities uit het Integraal Zorgakkoord zijn gehaald. Daarin wordt namelijk gesteld dat we de wachtlijsten per 2025 weg willen hebben, maar er zijn nu natuurlijk al mensen die hulp nodig hebben. Er moet wat ons betreft dus ook veel concreter worden afgebakend wat de zorgplicht inhoudt. De NZa moet veel sneller monitoren en ingrijpen. Als er niet aan de zorgplicht wordt voldaan, moeten er maar boetes komen. Ik hoor daar graag een reactie op van de Minister.

Voorzitter. Ik heb nog één specifiek punt. De Minister heeft namelijk al eerder gezegd dat ze de kosten van de instroom in de Wet langdurige zorg wil indammen. Ze denkt aan het invoeren van de tariefmaatregel, maar hoe gaat ze dit specifiek regelen? Hoe garandeert ze dat ze geen nieuwe problemen creëert?

Voorzitter. Ik sluit graag af met de eerste zin van het manifest van Lijm de Zorg. Zij stellen in de allereerste zin: «In een beschaafd en welvarend land moeten we goede zorg kunnen organiseren voor de meest kwetsbare mensen.» Laten we ons niet alleen in woorden scharen achter die eerste zin, maar vooral ook zorgen voor daden.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. U heeft geen interrupties. Dan is het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het gaat nu al vele jaren niet goed met de ggz-sector. We hebben het dan met name over ontoegankelijke zorg. We hebben het over wachtlijsten en de situatie waarin mensen een hele poos helemaal geen zorg krijgen. Het zal je kind, partner of iemand van wie je houdt maar zijn die gestopt is met eten, in de polsen snijdt, paniekaanvallen heeft of aan zelfmoord denkt en dat je er iedere keer weer achteraan moet om dat te verijdelen. En vervolgens gebeurt er maar niets. De wachtlijst wordt niet korter. Het is zo pijnlijk dat je hier iedere keer een debat aan het voeren bent met z'n allen en de situatie er gewoon weer niet beter op is geworden.

Dat brengt mij op het punt dat de heer Hijink ook noemde. We hebben nog steeds de perverse prikkel in ons systeem dat een lichter geval eerder aan de beurt is dan een zwaarder geval. Er komt maar geen oplossing voor. Ik zou graag aan de Minister willen vragen wat nou het allergrootste probleem is. Zijn dat niet de zware gevallen waarvoor er niemand is, waardoor ze maar blijven wachten op de wachtlijst en hun ouders of partners vervolgens hun baan moeten opgeven? Wanneer je een suïcidale partner hebt, of een kind dat in de polsen snijdt, ga je niet meer naar je werk toe. Dat doe je gewoon niet, want je bent bang om je partner, of je kind, te verliezen. Wat gaat ze doen aan die perverse prikkel in het systeem? Ik vind dat er na zo veel jaren gewoon een oplossing voor moet komen. Hoe gaan de zwaarste gevallen het eerste geholpen worden? In het vorige commissiedebat zei ik ook dat het tijd wordt dat de Minister het een en ander gaat regelen. Om te beginnen kan ze er bijvoorbeeld voor zorgen dat zorgverzekeraars geen geld meer achterhouden. Dat heb ik de vorige keer gevraagd. Maar wat las ik afgelopen week in de media? Medicijnen tegen zware depressie worden te weinig ingekocht. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft dat als resultaat dat patiënten suïcidaal worden. Laat dat even op je inwerken. Dit is dus een heel concreet voorbeeld dat zorgverzekeraars door hun hand op de knip te houden mensen de vernieling in helpen en veel leed berokkenen. Ik wil hier graag een reactie op van de Minister. Hoe gaat zij bewerkstelligen dat zij aan de kant van de patiënt gaat staan die zijn medicijnen nodig heeft, en optreedt tegen het monsterlijke beleid van verzekeraars die dat verhinderen?

Voorzitter. We hebben de vorige keer vragen gesteld over de intake. Hoe staat het nu met de contractering? Daar heb ik het zojuist al over gehad. Ik zou graag een reactie willen van de Minister op hoe het precies wettelijk zit. Zorgverzekeraars gaan 75% van ongecontracteerde zorg vergoeden. Bij het arrest van de Hoge Raad is het hinderpaalcriterium onderdeel geworden van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. In 2014 is het inperken van de vrije artskeuze in de Eerste Kamer gestrand. Een generieke korting mag ook helemaal niet. Hoe kan dat? Ze weten dat het niet mag, maar vervolgens doen ze het gewoon.

Het opwerpen van een hinderpaal zorgt voor klassenzorg. Het zorgt ervoor dat mensen met geld nog wel een keuze kunnen maken voor een bepaalde behandelaar. De mensen die op dit moment al zwoegen om de eindjes aan elkaar te knopen en misschien € 50 per week hebben om boodschappen te kopen, kunnen echter geen betere behandelaar, psychiater of psycholoog betalen. Dan krijg je klassenzorg. Dat vind ik afgrijselijk. Ik vind niet dat wij dat wel moeten kunnen bekostigen en iemand anders niet. Dat is echt de bijl aan het zorgstelsel. Dat is de bijl aan de solidariteit die we hebben afgesproken in het zorgstelsel. Ik wil daar graag een reactie op van de Minister.

Ik vind ook dat ze er een stokje voor moet steken dat FBTO – andere verzekeraars zullen natuurlijk volgen – per 1 januari 2023 een vergoeding

van 75% voor ongecontracteerde zorgverleners gaat hanteren. Ik vind echt dat dat van tafel moet. Ik vind het verschrikkelijk dat dat de uitwerking is van een ondoordacht zorgakkoord dat met het veld is afgesproken, maar dat hier weinig democratische legitimering kent. Ik hoop dat de Minister begrijpt dat dit verstrekkende gevolgen heeft voor gewone mensen. Daar had ze het tijdens de begrotingsbehandeling nog over. Zij zegt die mensen te kennen. Ik hoop dat ze begrijpt welke gevolgen dat heeft voor hen. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan zijn we aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors de vergadering tot 14.55 uur, zodat de Minister heel goede antwoorden kan geven. Tot zo meteen.

De vergadering wordt van 14.25 uur tot 14.57 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik heropen de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor het commissiedebat over ggz en suïcidepreventie. Voor de eerste termijn van de zijde van het kabinet geef ik het woord aan de excellentie, mevrouw Helder.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan de leden voor alle vragen. Welkom aan de mensen thuis die meekijken met dit debat.

Het zou voor mij heel logisch zijn om te beginnen bij suïcidepreventie, want ik zie hier ook de twee kaarsjes die ik kreeg van mevrouw Van den Hil. Zeker als het gaat om jonge mensen ligt mij dat zeer na aan het hart. Ik heb daar helaas ook mee te maken gehad in mijn persoonlijke omgeving. Maar omdat dit een onderwerp van de Staatssecretaris is, pak ik dat een beetje aan het einde en begin ik met de vragen over het Integraal Zorgakkoord.

Daarbij heb ik de volgende blokjes: even iets van een inleiding en dan de aanpak rond het Integraal Zorgakkoord. Daar neem ik een aantal onderwerpen in mee: onder andere de mentale gezondheidscentra, de huisartsenzorg en de samenwerking met sociaal domein. Dan heb ik de wachttijden en de cruciale zorg. Dan heb ik een hele lijst verzamelonderwerpen, waaronder de opleidingen. Dan nog een blokje zorgprestatie-model, en daar neem ik ook de vragen over de NZa en de AVG in mee. En ten slotte heb ik nog de onderwerpen van de Staatssecretaris over de suïcidepreventie, eetstoornissen en mentale gezondheid. Helemaal aan het einde heb ik nog twee losse vragen over de Wvggz en over de ggz in de Wlz. Dat bij elkaar maakt een hele stapel.

De voorzitter:

Dan doen we het zo. Om te zorgen dat het een beetje ordentelijk verloopt stel ik voor dat we aan het eind van ieder blokje, zoals over de aanpak van het IZA, met de interrupties komen.

Mevrouw Agema (PVV):

Daarmee stelt u voor om de interrupties zo'n beetje aan het einde van het debat te doen.

De voorzitter:

Ik heb zeven blokjes geteld, als het goed is. We doen het aan het einde van het blokje. Denkt u dat het makkelijker is om het tussendoor te doen?

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vond dit niet zo'n heldere uiteenzetting van de blokjes, eerlijk gezegd. Ik begrijp dat het meeste onder het IZA wordt geparkeerd. Dan zijn we aan

het einde van het blokje IZA dus aan het einde van het debat. Daarna is er nog een klein beetje van de Staatssecretaris.

De voorzitter:

Ik heb het anders begrepen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het normaal gesproken een goede aanpak om het aan het eind van het blokje te doen, maar deze blokjes zijn volgens mij een grote berg. U zegt: aan het einde van het blokje IZA. Dan heb je eerst de inleiding, de aanpak IZA en dan de huisartsen en de samenwerking, de wachttijden, varia, opleidingen en pas daarna gaan wij een keertje een vraag stellen.

De voorzitter:

Meneer Mohandis, nog even een procesvoorstel?

Minister **Helder:**

Zal ik nog een poging doen?

De heer **Mohandis** (PvdA):

Wellicht komt er een voorstel dat ik ook wilde doen.

Minister **Helder:**

Er zijn best veel verschillende vragen gesteld en het kon ook over veel dingen gaan, gezien de convocatie. Blokje 1 is de aanpak van het IZA, waarin ik meeneem de vragen over het sociaal domein, de samenwerking met de huisartsen en de mentale gezondheidscentra en het verkennend gesprek. Dat is eigenlijk het ggz-deel in het IZA, om zo te zeggen. Dan een blokje over de wachttijden en de cruciale zorg en daarbij zal ook de zorgplicht aan de orde komen. Dan de vragen over het zorgprestatie-model en daar neem ik ook in mee de vragen over de NZa en de Autoriteit Persoonsgegevens. Dan heb ik inderdaad een heel blokje dat gaat over onder andere het DSM, over de digitale mogelijkheden, de rode-dradenanalyse, de esketamine, de restitutieplicht zorgplicht en over de opleiding en het diploma van de ervaringsdeskundige POH-ggz.

De voorzitter:

De varia.

Minister **Helder:**

Ik dacht: ik zeg het nog maar even. Dat zijn dus de varia. En dan komen er een paar onderwerpen die eigenlijk meer bij de Staatssecretaris liggen, maar waar ik wel antwoord op wil geven: de suïcidepreventie, de eetstoornissen en de mentale gezondheid. En dan nog de vragen over de evaluatie Wvggz en over de Wlz-ggz. Is het zo helderder?

De heer **Mohandis** (PvdA):

Het is zeker helderder. Dan blijft de vraag hoe wij interrumpen. Ik zou het heel fijn vinden om te kunnen interrumpen bij het onderwerp dat is ingebracht. Als we wachten tot het einde van het blokje, kan dat weer verwarring met zich meebrengen of het al geweest is of nog komt. Dat zou ik willen voorstellen.

De voorzitter:

Meneer Mohandis, als u het graag zo heeft, dan gaan we het zo proberen. Laten we proberen om het kort en bondig te doen, want we hebben een enorme bult vragen en tot 17.00 uur de tijd. Daarom dacht ik het iets gestructureerder te doen, maar als u het zo beter vindt, dan gaan we het zo doen. Dan mag u gewoon interrumpen als het nodig is, en als het te veel wordt, houdt het op. Mevrouw Helder, aan u het woord.

Minister Helder:

Voorzitter. Ik zal niet nog meer verwarring introduceren, want ik zag net nog een blokje «diversen» langskomen, maar dat gaan we oplossen. De zorg staat in den brede voor een forse uitdaging. Daar hebben we de afgelopen weken en maanden meermaals met elkaar over gesproken, ook in deze commissie. Dat was onder andere bij het debat over het Integraal Zorgakkoord en ook nog in voorgaande weken bij de begrotingsbehandeling. Maar vandaag staat de ggz centraal. De ggz staat in het bijzonder voor een enorme uitdaging, omdat de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg al veel langer onder druk staat en deze te maken heeft met veel te lange wachttijden.

Ik zie dat de sector enorm zijn best doet en dat er jaarlijks ook meer dan een miljoen mensen in de ggz worden behandeld. Toch wachten er gewoon simpelweg te veel mensen te lang. Ik heb al eerder gezegd over iedere wachtende die te lang moet wachten, dat ik dat niet goed vind en graag zou willen veranderen. Alle mensen die op een wachtlijst staan, verdienen het om tijdig de hulp te krijgen die ze nodig hebben. Maar het is wel een forse uitdaging.

Tegelijkertijd ben ik wel trots op wat we in het IZA met elkaar hebben kunnen afspreken, ook breed in het veld. Dat is niet zomaar een set aan afspraken. De ggz-partijen die aan tafel zitten, hebben zelf een stap naar voren gezet om te komen tot een ambitieus, integraal pakket met doelen en maatregelen om de zorg beter en toegankelijker te maken. Daar ben ik echt oprecht blij mee.

De vraag die in de vragen van de leden besloten zat, kan ik me heel goed voorstellen. Ik denk dat de mensen thuis ook denken: als je dat allemaal hoort over alle akkoorden die er liggen, klinkt dat als een heel technisch verhaal waarbij je met de hele wereld over van alles aan het praten bent. Gaat dit nu echt helpen om de ggz beter te maken? Maakt het een verschil? Ik heb daar vertrouwen in op dit moment, omdat de doelen geformuleerd zijn door de sector zelf, door de betrokken partijen. Zij hebben stuk voor stuk zelf delen van de oplossingen aangedragen. Daarbij wordt wel degelijk onderkend dat het antwoord niet alleen uit de ggz kan komen, omdat er vaak een brede problematiek speelt op andere levensgebieden en zorg niet altijd het antwoord is op de hulpvraag. We sluiten aan bij veranderingen die het veld zelf heeft ingezet, die al werken, die positieve energie geven en ook echt helpen. Maar daarbij kunnen we niet om de noodzaak tot verandering heen. Dat is echt een hele taai oplossing.

Dit pakket aan IZA-afspraken gaat de ggz helpen. Er zijn ook de nodige transformatiemiddelen beschikbaar om dat te realiseren. Maar er is nog wel heel veel werk nodig om dat verder uit te kristalliseren en goed uit te zetten in de tijd. We hebben daarvoor een programmatische aanpak. Er waren ook een aantal vragen over coördinatie; daar kom ik straks nog op terug. Het is echt een hele programmatische aanpak geworden, waarbij we dit najaar, in het eerste brede kwartaaloverleg van het IZA kijken naar de uitwerking van de eerste doelen die we hebben gesteld. Mijn rol bestaat eruit dat ik er actief op toezie dat partijen die afspraken in het vastgelegde tempo realiseren en ook hun verantwoordelijkheid nemen en blijven nemen.

Het is een akkoord van partijen die voor de gezamenlijke opdracht staan om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Ik wil nog even benadrukken dat het geen juridisch contract is maar echt een akkoord. Het is een levend akkoord dat wordt onderhouden door de kwartaaloverleggen van die bestuursafel. Omdat het zo'n brede club is van partijen die allemaal hebben gezegd dat zij bereid zijn de schouders eronder te zetten, heb ik er ook vertrouwen in dat we de doelen gaan halen.

Voorzitter. Dan een aantal vragen. Mevrouw Van den Hil zei dat mensen vaak niet weten waar ze terecht kunnen bij inloopvoorzieningen en zij gaf daarbij een Fries voorbeeld. Ik vind het ook belangrijk om mensen bewust

te maken van laagdrempelige voorzieningen, zodat ze ergens terecht kunnen met hun problemen. Daarom heb ik afspraken gemaakt om de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz te verbeteren. Zo komt er in 2025 een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, zoals herstel- en zelfregiecentra en digitale lotgenotengroepen. Bij de uitvoering van die afspraken zal er ook aandacht zijn voor de bekendheid van deze voorzieningen.

We hebben tevens in de plannen opgenomen dat er in 2025 mentale gezondheidscentra zijn; een landelijk dekkend systeem. Daar kunnen mensen terecht die psychische klachten hebben of problemen op andere levensdomeinen. Via verkennende gesprekken kunnen zij eerder passende zorg en ondersteuning krijgen.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook hoe huisartsen de startgesprekken in de praktijk vorm gaan geven. Het is goed om te beseffen dat zeker niet alleen de huisartsen vorm zullen geven aan de mentale gezondheidscentra, maar dat het gaat om een samenwerking van de ggz, het sociaal domein en VWS. In 2023 en 2024 werken we toe naar die landelijke dekking van de mentale gezondheidscentra. Die worden ingericht op een manier die past bij de regio. De regievoerder voor het opzetten van de mentale gezondheidscentra is de regionale ggz-kerninstelling. Dat opzetten wordt gedaan met ondersteuning van een landelijk leernetwerk, in samenwerking met partijen. Dat wordt ondersteund door Akwa GGZ. Het veld zelf beschrijft met behulp van dit leernetwerk en samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de VNG de inhoudelijke uniforme werkwijze voor mentale gezondheidscentra en voor de verkennende gesprekken. Het tempo is dus dat we dit in 2023 en 2024 uitwerken, dan al dat landelijk netwerk opbouwen en dat we per 2025 in alle regio's met deze werkwijze kunnen werken.

Voor de bekostiging van het verkennend gesprek kan aanspraak worden gemaakt op de tijdelijke algemene transitie-middelen uit het IZA. Voor de structurele bekostiging wordt aangesloten op het IZA-brede traject voor bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking. Dat moet vervolgens nog worden uitgewerkt, maar het kan al van start gaan. De uitwerking om tot structurele financiering te komen zit dus besloten in de IZA-aanpak.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank aan de Minister voor deze heldere uiteenzetting. Mijn vraag is erop gericht hoe mensen weten waar zij terecht kunnen. Hoe weet ik waar «lekker ite mei» of het Repair Café is? Hoe ga je alles bundelen en bekendmaken?

Minister **Helder**:

Dat is een goede vraag. Het is echt de bedoeling dat we de bekendheid daarvan mee op laten lopen. Ik zal er in het project speciaal aandacht voor vragen om die communicatiestrategie daarop aan te passen. Daar heeft u helemaal gelijk in. Dat is toezegging één.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook hoe ik andere domeinen beter ga betrekken bij de startgesprekken. Nogmaals, ik heb in het IZA afspraken gemaakt tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz. Daarnaast zetten we er met de kabinetsbrede aanpak mentale gezondheid op in dat de verschillende partijen zich aansluiten bij de beweging voor mentale gezondheid; daar kom ik straks nog op terug.

U vroeg mij of ik het eens ben met de definitie van passende zorg; dat dat de toekomst zou moeten zijn. Ja, daar ben ik het mee eens, uiteraard. We hebben het ook zo opgeschreven en centraal gezet in het IZA. De ggz heeft de afgelopen jaren een grote stap gezet richting passende zorg, door de ontwikkeling van zorgstandaarden voor de ggz als norm voor goede zorg. Ik ben het er van harte mee eens om dat ook voor de ggz toe te passen.

Mevrouw Van den Hil zei dat het echt anders moet in de ggz. Zij vroeg of ik bereid ben om een groep op te richten met alle partijen – financiers, professionals, beleidsmakers – om de afspraken in het IZA verder uit te werken, onder leiding van een onafhankelijke deskundige procesbegeleider, met daarbij een passend tijdpad. Ik proefde ook bij de heer Mohandis de vraag over de uitwerking, het concretiseren en een passend tijdpad. As we speak zijn wij bezig om de uitvoering met partijen vorm te geven. Dat wordt echt een hele programmatische aanpak, waarbij de kwartaaloverleggen van de bestuursstafel van het IZA de plek zijn waar dingen terugkomen als het niet opschiet, of als de uitwerking niet opschiet.

Eerst worden die afspraken verder uitgewerkt en dan gaan we kijken wat er eventueel nodig is aan procesbegeleiding. We hebben niet van tevoren aparte procesbegeleiding. Misschien is nog niet breed bekend dat we ook binnen VWS een hele programmabegeleiding hebben opgezet, omdat we in het IZA heel veel afspraken hebben gemaakt die allemaal geconcretiseerd moeten worden en die allemaal in een goed tempo afgewerkt moeten worden. Voor een aantal punten is er al een concreet tijdpad en voor andere wordt dat nu geformuleerd. Daar gaan we ook nog over communiceren in de brief over het Integraal Zorgakkoord, dit najaar.

De voorzitter:

U heeft nog een tweede interruptie van mevrouw Van den Hil.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Voorzitter, ik ben blij dat u het telt en bijhoudt. Ik dank de Minister voor deze verheldering, maar voor mij is dat nog niet voldoende. Er is een heel programma en begeleiding, maar ik zoek toch echt naar de toezegging dat we het anders gaan doen met elkaar. Kan er anders een brief komen over hoe dat nu ingericht is? De Minister zegt zelf al dat niet helemaal bekend is wat ze aan het doen zijn, maar dan ontvang ik graag een brief over hoe ze het nu doen en wat eventueel mogelijke uitwerkingen hiervan zijn. Ik merk dat daar heel veel behoefte aan is in het veld.

Minister Helder:

Dat kan ik me goed voorstellen. Ik deel ook het ongeduld van mevrouw Van den Hil; misschien helpt het ook om dat een keer zo te zeggen. Nee, serieus, we hebben hele mooie, ambitieuze doelstellingen, maar uiteindelijk draait het om de resultaten. Om die resultaten te behalen moeten we ook al die doelstellingen uitwerken en in een goed tempo afwerken. Er komt dus een eerste voortgangsbrief over het Integraal Zorgakkoord en de aanpak. Daarin zullen we meenemen hoe dat er precies uitziet. Dat is inderdaad toezegging twee.

De heer Mohandis vroeg of cliëntenraden tijdig kunnen worden betrokken bij de transitie naar mentale gezondheidscentra. Eens. Het is heel erg belangrijk dat niet alleen cliënten maar zeker ook medewerkers betrokken worden bij de uitwerking. Ik vind het vanzelfsprekend dat we dat gaan doen. Dat doen we onder andere door de betrokkenheid van MIND. Zij hebben een rol in de begeleiding van het proces om te komen tot mentale gezondheidscentra. Hoewel zij niet mee hebben getekend, gaan zij dat toch doen. Een lastige vraag daarbij is over welke cliëntenraad we het precies hebben, want het zijn vaak cliëntenraden van instellingen. Maar dat we cliënten en patiënten hierin meenemen en een rol geven, is wat mij betreft vanzelfsprekend.

De heer Mohandis (PvdA):

Een mooi uitgangspunt. Dat deel ik ook. Maar dan moet het ook gebeuren. Dat is mijn punt. Als je dat deelt, want u zegt dat het vanzelfsprekend is, dan ga ik ervan uit dat het ook plaatsvindt. Dat is wel belangrijk, want anders gaan we het er weer over hebben dat het niet plaatsvindt.

Minister Helder:

Daar mag u me ook aan houden. De wijze waarop we dat doen, is via de rol van MIND in deze fase. Samen met de cliëntenraden van de organisaties en instellingen en andere partijen, hebben zij de rol van trekker, om te zorgen dat zij hun cliëntenraden hier goed in meenemen. Dat lijkt me vanzelfsprekend, maar u mag mij daar zeker aan houden als we dat niet goed hebben uitgewerkt.

De heer Mohandis vroeg ook hoe er gezorgd wordt voor dat landelijke netwerk van herstel- en regiecentra, hoe de bestaande expertise daarin wordt meegenomen en hoe de financiering van de regionale mentale gezondheidscentra eruit komt te zien. Ik heb net al gezegd hoe wij in «23, «24 en «25 toewerken naar dat landelijk dekkende netwerk. Zoals wij het nu hebben afgesproken, is de regionale ggz-kerninstelling de regievoerder die zorgt voor hoe dat wordt ondersteund. Uiteraard zullen wij de bestaande expertise en ervaringen met goede voorbeelden in het land meenemen; dat zal ik nog even nader uitleggen. De ondersteuning van de kennisrol ligt mede bij Akwa maar ook bij het Huisartsen Genootschap en de VNG, om te kijken of dat een goede, uniforme werkwijze gaat worden.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nu hoor ik de Minister zeggen: we nemen de goede voorbeelden mee. Dan kom ik even terug op mijn vraag over vrijblijvendheid. Dan is het weer zo van: die delen we met elkaar en dan kan iedereen zelf beslissen of ze die goede voorbeelden wel of niet willen overnemen. Zoals ik al zei: het CDA is daar wel klaar mee. Ik zou graag een reactie van de Minister willen horen, zo van: u hebt nog een jaar voor de vrijblijvendheid, maar daarna is het echt over en uit.

Minister Helder:

Ik kan mevrouw Van den Berg geruststellen dat wat mij betreft de vrijblijvendheid nu al over en uit is, want de problemen zijn dermate groot dat we het echt anders moeten doen. U vroeg mij ook naar de langetermijnvisie die in feite aan het begin van de uitwerking van het Integraal Zorgakkoord zit. Waarom ben ik blij dat het in het Integraal Zorgakkoord zit? Omdat we het als ggz niet alleen kunnen doen. Net als bij een waterbed heeft het ook te maken met andere domeinen en met name ook met het sociale domein. We moeten toegroeien naar een stelsel in evenwicht, met een goede uitkomst van zorg; dat is wat we moeten. Daar hebben we echt haast mee, dus wat mij betreft is de vrijblijvendheid nu al voorbij. We hebben met elkaar afspraken gemaakt en dat heeft de sector zelf ook gedaan, onder andere dus over verkennende gesprekken en mentale gezondheidscentra. Dat zijn methodieken die werken. Dat betekent dat we afgesproken hebben dat we die dus gaan toepassen. Daar is de vrijblijvendheid eigenlijk al voorbij. Natuurlijk ga ik erop toezien dat we dat dan ook in een gestaag tempo gaan doen en dat we er ook gaan komen, maar als u mij nu vraagt wat er dan 1 juli of 1 augustus of 1 september volgend jaar staat: dat zijn we nu als we speak aan het uitwerken om dat nog verder te concretiseren.

De voorzitter:

Afsluitend op dit punt, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan ben ik heel benieuwd wanneer we dan van de Minister een schriftelijke terugkoppeling krijgen over de voortgang van het afschaffen van de vrijblijvendheid.

Minister Helder:

Dat is ook wel weer een hele algemene vraag. Wat ik u kan toezeggen, is dat we in de eerste voortgangsrapportage van het Integraal Zorgakkoord

ook de voortgang zullen laten zien voor de ggz. Ik geef maar vast even een winstwaarschuwing. Daar kan natuurlijk echt nog wel een doelstelling in zitten waarvan we zeggen «er komt een processtuk; die zijn we aan het uitwerken», omdat het best wel veel omvattend en soms ook wel heel fundamenteel is wat we aan het doen zijn. Ik ga ervan uit dat ik hiermee – ik kijk mevrouw Van den Berg even aan – ook de vraag over de toekomstvisie heb beantwoord.

Dan heb ik nog de vraag van mevrouw Bikker.

De voorzitter:

Misschien is het metaal.

Minister Helder:

Dit levert bij mij wel een hele vreemde associatie op.

De voorzitter:

Nee, er is een hele irritante piep te horen. Die komt ergens vandaan, dus ik dacht: misschien is het het metaal vlak bij uw microfoon. Gaat u verder.

Minister Helder:

Goed. De vraag van mevrouw Bikker was: «De preventie van somatische aandoeningen en leefstijl zit in het Integraal Zorgakkoord. De preventie van mentale problemen komt minder aan bod in het Integraal Zorgakkoord. Het is belangrijk. Hoe ziet u dat voor zich?» Ik kan u zeggen, mevrouw Bikker, dat het onderdeel preventie in het Integraal Zorgakkoord zich ook richt op mensen met een psychische kwetsbaarheid. De ggz-sector is wat mij betreft ook een belangrijke partij in de uitvoering van die afspraken. De partijen die het IZA ondertekend hebben, hebben ook aangegeven dat ze er zich gezamenlijk verantwoordelijk voor voelen om mensen met gezondheidsklachten, psychisch en sociaal maar ook uiteraard de somatische aandoeningen en ziekten, te helpen op een zo gezond mogelijke wijze te leven. Dus daar is het in meegenomen, maar het staat er – dat wil ik hierbij best toegeven – wellicht te weinig expliciet in. Ik zal daar in de uitwerking van de voortgang aandacht voor hebben.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik ben erg blij om dit te horen. Ik zou het eigenlijk ook wel als een toezegging willen noteren, want dan houden we «m ook als Kamer scherp en daar hoeft ik ook niet – stel dat er iemand een tweeminutendebat aanvraagt; dat weet ik allemaal niet – een motie daarover in te dienen, want dan is gewoon afgesproken dat de Minister dit bij de uitwerking beter gaat oppakken.

Minister Helder:

Ja, dat is zo.

Ik heb uit dit blokje nog een paar nagekomen antwoorden, voorzitter. De vraag van mevrouw Van den Berg was: «Veel ggz-problematiek komt voort uit het sociaal domein en sociale problematiek. Kopieer alsjeblieft wat een ander al heeft uitgevonden.» Ik heb net ook al gezegd en benadrukt dat dat zo is, natuurlijk. We kunnen mensen met ggz-problematiek vaak beter, efficiënter en goedkoper helpen binnen het sociaal domein. Dat is eigenlijk ook de kern van de verkennende gesprekken van de mentale gezondheidscentra. Ik vind het belangrijk dat de gemeenten, natuurlijk binnen de kaders van de gemeentelijke beleidsvrijheid, kunnen leren van elkaar en gebruik kunnen maken van de interventies die al succesvol zijn gebleken. We hebben daar ook binnen het IZA over gesproken. We hebben met de VNG afgesproken dat zij ook kijken hoe zij dat als gemeentes onderling gaan organiseren. Dat is dus een van de onderwerpen die nog verder ter tafel komen binnen het IZA.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg nog een reactie op het Zorgvisieartikel «Het medische model is te dominant in de ggz». Ik bevestig wat ik heb gezegd over vrijblijvendheid en ik ga ervan uit dat ik deze vraag over vrijblijvendheid al heb afgedaan.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Agema over hoe het staat met de intakegesprekken en de intakeplicht voor instellingen. Er bestaat alleen een zorgplicht voor zorgverzekeraars. Mocht iemand niet op de juiste wachtlijst staan, dan moet iemand via zorgbemiddeling op de juiste wachtlijst komen. Ik herken dit probleem uiteraard. Daar hebben we afgelopen maanden veel over gesproken. Ik heb al eerder gezegd dat het ontzettend naar is dat mensen van de ene wachtlijst op de andere komen, en vaak ook onderaan die wachtlijst. Juist ook de techniek van het verkennende gesprek en de techniek van de mentalegezondheidscentra zouden dit probleem echt moeten verbeteren, omdat je daar in feite aanvullend op de verwijzing van de huisarts met elkaar in de volle breedte van het sociaal domein en met ervaringsdeskundigen kijkt wat nou precies de hulpvraag is, zodat mensen gelijk naar de juiste behandelsetting kunnen gaan. Mevrouw Agema zei net ook – daarin heeft ze natuurlijk helemaal gelijk – dat we nu al te maken hebben met een aantal mensen die al heel lang wachten. Het tweede spoor in het IZA is om te kijken wat we voor die mensen kunnen doen. Daar kom ik zo bij de wachtlijsten en de wachttijden nog op terug. Dit was mijn eerste blokje. Mag ik doorgaan?

De voorzitter:

U mag doorgaan, want we hebben de procedure aangepast op verzoek van meneer Mohandis, dus gaat uw gang.

Minister Helder:

Dan even kort iets over cruciale zorg en wachttijden, en dan kom ik bij het beantwoorden van de vragen. Wat betreft het aanbod van cruciale zorg heb ik met de sector afgesproken dat zij zowel op regionaal als op landelijk niveau voldoende psychische zorg moeten kunnen inkopen die valt onder cruciale zorg. Die moet natuurlijk ook passend worden bekostigd. Voor de korte termijn betekent dit dat de ggz-sector met mij heeft afgesproken dat zij nog dit jaar met een handreiking komen die duidelijk maakt wat we verstaan onder cruciale zorg en welk aanbod daarvoor nodig is op regionaal en op landelijk niveau. Ook is afgesproken om vanaf 2023 de cruciale zorgfunctie, als die definitie bekend is, nog verder in kaart te brengen zowel op regionaal als op landelijk niveau aan de hand van de regiobeelden. Dat sluit aan op het advies in de rode-dradenanalyse van de NZa dat ik eerder ontvangen heb en waarover ik u geïnformeerd heb.

Ten aanzien van de wachttijden in z'n algemeenheid is het denk ik goed om nog een keer op een rijtje te zetten welke zaken we gaan realiseren om te zorgen dat we mensen tijdig zorg kunnen geven. Ik noem nogmaals de verkennende gesprekken in de mentalegezondheidscentra, op regioniveau een actueel overzicht van wachtenden en wachttijden, het gebruik van de regionale transfertafels, de regionale steunpunten waar we het net al over hebben gehad, de digitale lotgenotengroepen, en ook nog het verhogen van het maximumaantal inzetbare uren voor de praktijkondersteuners ggz met vier uur per week vanaf 2024, waarbij er voor 2023 al mogelijkheden zijn voor uitbreiding. Ten slotte noem ik nog het uitbreiden van de digitale mogelijkheden en de hybride zorg en het beter benutten daarvan, omdat we die nodig hebben om ook een deel van de behandelcapaciteit vrij te spelen, die we kunnen gebruiken ten behoeve van de wachttijdreductie. Verder noem ik nog de wachttijdenaanpak die voortbouwt op de initiatieven die er al in verschillende regio's zijn en waarbij de bestaande wachttijdenaanpak regionaal onverkort wordt doorgezet. Dat in z'n algemeenheid. Daar heeft mevrouw Van den Berg ...

De **voorzitter**:

Daar heeft ze een vraag over en die gaat ze ook nu stellen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De Minister heeft het over regionaal overzicht houden, maar ik had in mijn inbreng even gerefereerd aan die hoogcomplex psychische zorg, zoals de psychosomatische klinieken. Daar hebben we er maar een paar van in het land. Het is mij onduidelijk hoe we nu dan overzicht houden of we daar voldoende plaatsen voor hebben en wat daarvoor de wachttijden zijn, want die zijn, als je al aan bod komt, vaak nog minimaal een jaar.

Minister **Helder**:

Mevrouw Van den Berg vroeg ook heel direct naar de Randstad. Er zou in de Randstad geen psychosociale hulpverlening te krijgen zijn. Ik ben het met haar eens dat dit niet zou mogen. Die moet in iedere regio beschikbaar zijn. Dat zou namelijk inhouden dat zorgverzekeraars onvoldoende hebben ingekocht in die regio. Maar het betekent wel dat we het dus ook in kaart moeten brengen per regio en ook landelijk. We moeten daarvoor natuurlijk ook de definitie van de cruciale zorg hebben. We hebben overigens nu al afgesproken dat als er een dreigende sluiting van een instelling is, daar heel actief op wordt gereageerd. De NZa heeft daar een actieve rol in en zij zullen ook de verzekeraars eraan houden om aan de zorgplicht te voldoen en daarop in te spelen. Als er hele specifieke signalen zijn, zoals u net meldde over de Randstad – die komen ons niet bekend voor – dan zou ik het heel fijn vinden als die ook naar mij worden doorgeleid als dat kan.

De **voorzitter**:

Nou komt er een toezegging van mevrouw Van den Berg, en dan mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank daarvoor in ieder geval, maar het ging met name over klinische psychotherapie.

Minister **Helder**:

Die hoort daartoe. De cruciale zorg bestaat natuurlijk uit cruciaal regionaal en landelijk. Daar zit ook uniek zorgaanbod in en daar zit natuurlijk ook zowel klinisch als ambulante in en alle ontwikkelingen die daarbij horen. Maar ik heb het veld nodig. Het veld zelf moet daar natuurlijk een definiëring van geven voordat we kunnen zeggen of dat dan voldoende is en of we ook voldoende dekking hebben. We hebben afgesproken dat we voor het einde van het jaar met een set criteria komen, zodat we daarmee aan de slag kunnen gaan en kunnen zorgen dat het inzicht ontstaat waarvan ik ook vind dat we dat moeten hebben.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik vind dit een wat lastig gesprek. Ik zal even heel kort vertellen waarom, heel kort. Begin dit jaar hadden wij in deze Kamer een debat over het sluiten van een aantal specialistische instellingen. Toen hebben we gezegd: sluit die nou niet voordat de zorg voor deze mensen geregeld is, maar neem nou ook geen onomkeerbare stappen, want we weten dat hierdoor meer mensen op een wachtlijst komen. Vervolgens is er een onderzoek gedaan door de NZa waaruit blijkt dat we eigenlijk helemaal geen beeld hebben. En nu zijn die instellingen gesloten en komt er als het goed is volgend jaar een beeld van wat nou precies die specialistische zorg is, en worden er vervolgens stappen gezet om wachtlijsten tegen te gaan. Maar dan kan de Minister hier toch ook wel ... Dan is mijn vraag aan de Minister of ze het met me eens is dat er dan het afgelopen jaar geen goed aan is gedaan dat we hier met elkaar, ook de Kamer, akkoord zijn

gegaan met het sluiten van deze instellingen. Dan hadden we dat moeten stoppen.

Minister Helder:

Ik heb eerder natuurlijk ook gecommuniceerd over het rode-dradenonderzoek dat de NZa gedaan heeft, waar geen rode draad uitkwam waar het ging om de oorzaken van die sluiting. Ik ben zelf ook bij een aantal van deze instellingen op bezoek gegaan. We hebben geconstateerd dat we onvoldoende overzicht hebben en we vinden dat er voldoende regionaal en landelijk aanbod moet zijn van deze zorg. Dat heb ik ook neergelegd als doelstelling. Maar als we deze cruciale zorg nog onvoldoende gedefinieerd hebben en nog niet hebben gezegd wat er dan toe behoort – dat moet het veld echt zelf doen en ook samen met de zorgverzekeraars – dan is het natuurlijk heel lastig om te zeggen: dit wel en dat niet. Ik weet dat er heel veel meningen over rondgaan. Ik heb zelf ook met cliënten gesproken en ik weet dat het voor hen ook echt heel indrukwekkend en ook zwaar was, en ook voor de personeelsleden, om deze sluitingen mee te maken. Maar ik heb onvoldoende in handen om dat nu te keren, anders dan wat ik gedaan heb, namelijk de NZa en de zorgverzekeraars en de aanbieders erop aanspreken om er heel alert op te zijn dat als er nu sluitingen zouden dreigen, we met elkaar kijken: wat kan wel? Dat ging over die sluitingen toen, maar dat geldt ook voor de toekomst. Ik hecht er echt aan dat we – daar hebben we ook uitgebreid over gesproken binnen het Integraal Zorgakkoord – met elkaar een goede definitie van die cruciale zorg maken, zodat we ook naar de toekomst toe een duurzaam model kunnen neerzetten dat we goed gefinancierd hebben, maar dat ook uitvoerbaar is. Dat heb ik nu niet in handen.

De voorzitter:

Op dit punt nog, mevrouw Westerveld?

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ja, voorzitter, want het blijft natuurlijk gek dat we specialistische plekken sluiten terwijl er tegelijkertijd enorme wachtlijsten zijn. Maar goed, ik zal niet verder terugkijken naar het verleden. Ik wil wel aan de Minister vragen hoe zij er nu voor gaat zorgen dat er inderdaad ook voldoende sturingsinformatie bij de Kamer is, want het is wel een heel groot probleem dat we al jarenlang niet weten hoe groot die problemen nou zijn. We hadden het net even over de wachtlijsten, maar het gaat bijvoorbeeld ook om een definitie van specialistische zorg. We weten niet precies wat het aanbod is. Hoe zorgen we er nou voor dat we straks als Kamer, en natuurlijk ook als ministerie, echt voldoende informatie hebben om te weten wat het probleem is en dus ook veel gericht te kunnen sturen op die oplossingen?

Minister Helder:

Dat ben ik met mevrouw Westerveld eens. Dat is niet alleen het overzicht dat ik zelf wil hebben, maar het is ook wat de sector en de zorgverzekeraars nodig hebben. Maar ook de Kamer heeft dat overzicht nodig om te kunnen beoordelen of wij die doelstellingen halen. Daar ben ik het dus volledig mee eens. Misschien is het goed om even uit te zoomen naar het grotere plaatje. De inhoudelijke discussie binnen het Integraal Zorgakkoord en binnen de ggz gaat over wat we nu kunnen doen. Er is net al aan de orde gekomen dat veel capaciteit wordt gebruikt voor de wat lichtere zorg, terwijl die eigenlijk voor de zwaardere zorg nodig is. Staan mensen überhaupt op de goede wachtlijst? Is het wel een ggz-zorgvraag of zijn ze veel eerder en beter geholpen – ik bedoel dan ook letterlijk eerder in de tijd – met een oplossing in het sociale domein? Dat nemen we dus allemaal mee in die oplossingen, dus niet alleen dat overzicht maar ook

hoe we ervoor kunnen zorgen dat we dat aanbod daadwerkelijk kunnen neerzetten met elkaar.

Op dit moment is er gelukkig ook al wel een aantal oplossingen met betrekking tot de mensen op de wachtlijst, zoals de wachtlijstverzachter. Die kent u allemaal even goed als ik. Hierin spelen de praktijkondersteuner en de huisarts ook zeker een goede rol in. Maar we willen het echt anders. We willen het meer in evenwicht brengen en beter maken. We hebben echt nog een weg te gaan, voordat we daar zijn. Maar we hebben daar nu wel – dat vind ik in ieder geval – goede ambities in geformuleerd, met name door het veld zelf. Nu moeten we zorgen dat we die ambities gaan uitvoeren.

Voorzitter. De vraag van de heer Mohandis ging over de streeftermijn voor het halen van de treeknorm en over de concreetheid. Ik vertaal de vraag even zo: hoe gaan we straks nou concreet om met die treeknorm in vergelijking met de ambities van vijf weken voor toegang en vijf weken voor behandeling? Dat blijft er een beetje op steken dat niet helder genoeg is wanneer er grip op komt. Ik heb net al gezegd hoe we dat proces hebben ingericht. Maar omdat we het echt anders moeten gaan organiseren, is dat een heel programma geworden. Ik hoop dat dat voldoende is in de beantwoording daarvan. We blijven natuurlijk wel onverkort sturen op het halen van de treeknormen zoals die nu zijn, onderwijl toewerkend naar die ambitie van twee keer vijf weken. Hoe we dat doen en wat dat betekent voor de huidige wachtlijsten, daar kom ik in de voortgangsbrief op terug.

De heer **Mohandis** (PvdA):

U heeft het over dé voortgangsbrief. Is dat de brief die we later dit jaar krijgen of is dat een nieuwe brief? Help me even.

Minister **Helder**:

U zag dat ik even ambtelijk overleg had om te voorkomen dat ik hier een toezegging doe waar het pand bij ons heel erg gestrest over raakt. De brief komt dan begin volgend jaar, maar die gaat over het bestuurlijk overleg met betrekking tot het Integraal Zorgakkoord dat we nog in het najaar hebben. De uitwerking vindt op dit moment plaats, maar we willen de uitkomst eigenlijk met alle andere antwoorden rondom het Integraal Zorgakkoord opnemen in een compacte voortgangsbrief. En die komt dan begin volgend jaar.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Dank voor de beantwoording. Dan is in ieder geval helder wat we kunnen verwachten. Maar dan stel ik in het verlengde van wat collega Westerveld net zei nog een vraag. Wij willen grip op de ambitie en of we die gaan halen. Wij willen als Kamer ook kunnen zeggen: er is zo veel geld gestopt in het verminderen van wachtlijsten, maar we zien geen vooruitgang. Het zou onbevredigend zijn als de brief straks leidt tot dezelfde discussie als we nu hebben.

Minister **Helder**:

Dat ben ik helemaal met de heer Mohandis eens. Dat is ook mijn ongemak erbij. Wij moeten ons realiseren dat die wachtlijsten niet zomaar gaan dalen. Wij doen nu een heleboel ingrepen die nog iets moeten gaan opbrengen. Ik zal in tweede termijn even terugkomen op wanneer ik u precies zal informeren over die aanpak, dus over het effect op de wachtlijsten en de treeknormen. Ik zou dat ook begin volgend jaar kunnen doen in de voortgangsbrief over het Integraal Zorgakkoord. Want ik begrijp uw ongemak, uw ongeduld en uw behoefte aan grip. Maar uw ongeduld en ongemak zijn hetzelfde als die van mij. Ik wil ook graag grip hebben en ik wil ook niet hetzelfde debat voeren, waarbij ik weer procesantwoorden moet geven. Ik heb er dus even tijd voor nodig.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Met die aanvulling hoop ik oprecht dat we bij een volgende brief geen procesdiscussies krijgen maar kunnen zeggen: fijn dat er iets ligt waarop we in ieder geval kunnen sturen. Dus ik ben benieuwd. Ik laat me verrassen in de tweede termijn.

Minister **Helder**:

Mevrouw Van den Berg had nog een vraag gesteld over ervaringsdeskundigen. Zij kunnen tijdens de wachttijd veel betekenen, zo zei zij. Ook vroeg ze wat de stand van zaken is met betrekking tot hun inzet en of ik daarover met verzekeraars in gesprek wil gaan. Ik ben het eens met mevrouw Van den Berg dat ervaringsdeskundigen een belangrijke bijdrage leveren. Ik ondersteun deze inzet op verschillende manieren. In het zorgprestatie-model is het voor ervaringsdeskundigen nu al mogelijk om een declarabel consult te registreren. Door de Vereniging van Ervaringsdeskundigen is een kwaliteitsstatuut opgesteld en zijn een beroepsregister en opleidingskaders ontwikkeld om verder te professionaliseren. Daarbij hebben we in het IZA met de sector afspraken gemaakt over de inzet van ervaringsdeskundigen in de herstel- en regiecentra en, zoals we zonet zeiden, bij het verkennend gesprek in de mentale gezondheidscentra. Er is ook afgesproken dat voor ervaringsdeskundigen niveau 3 en 4 gekeken wordt wat de mogelijkheden zijn in de beroepentabel of contractering om hen breder in te zetten. Dat draagt allemaal bij aan de verdere professionalisering.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Is dit al alles over ervaringsdeskundigen of komt mijn vraag over diploma's nog?

Minister **Helder**:

Volgens mij kom ik straks nog terug op de diploma's en de opleidingen. Dat zit nog in dat mapje met heel veel onderwerpen. Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Westerveld over de zorgplicht. Dat blijft een terugkerend punt. Moet de zorgplicht niet strakker en concreter? Kan de NZa niet sneller ingrijpen, ook vooruitlopend op de afspraken in het Integraal Zorgakkoord? De zorgplicht is natuurlijk in eerste instantie een verplichting van de zorgverzekeraar tegenover de individuele verzekerde. De verzekeraars zijn vanuit de zorgplicht verplicht om inkoopafspraken te maken en te sturen op resultaten, zorgbemiddeling uit te voeren en dergelijke. Binnen het IZA heeft iedere partij op basis van de bestaande wet- en regelgeving een eigen rol en verantwoordelijkheid. Die blijft binnen de context van het IZA natuurlijk onverminderd van kracht. Maar specifiek voor het IZA geldt dat ik hun vraag om actief mee te kijken naar de ontwikkeling van de regiobeelden en naar de regionale wachtlijsten, en om in het kader van de cruciale zorg daarin een actieve rol in te nemen. Dat sluit ook aan op de brief die de NZa gestuurd heeft naar de zorgverzekeraars wat betreft de handhaving van de zorgplicht, waarbij zij komend jaar alle zorgverzekeraars hierop actief zal bevragen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Bevragen, het erover hebben, dat klinkt allemaal goed. Maar ik heb daar toch wel wat problemen mee. Om te beginnen: de wachtlijsten in de ggz zijn niet nieuw. Daarom is in 2005 ook bedacht om met elkaar die treeknormen af te spreken. Dat is eigenlijk een vrij duidelijke afspraak. Vervolgens merk je gewoon dat men zich daaraan al vanaf 2005 niet houdt. We weten ook dat van juist de mensen die hele specialistische zorg nodig hebben naar ik meen 37% boven de treeknorm zit. Dan hebben we het echt over de mensen die de meest specialistische zorg nodig hebben. Dan denk ik: als we al in 2005 – dat is al bijna twintig jaar geleden – met elkaar afspraken hebben gemaakt en als we al twintig jaar constateren dat

er gewoon veel te weinig wordt gedaan, is op een gegeven moment de tijd van praten en aanspreken wel voorbij. Daar zit ik naar te zoeken. Wat kunnen we dan doen? Zouden we dan niet moeten zeggen dat er op een gegeven moment gewoon sancties komen als je je niet aan die harde, wettelijke zorgplicht houdt?

Minister Helder:

Twee dingen. We hebben natuurlijk een hele set van maatregelen om ruimte te maken in het systeem, zoals ik net heb uitgelegd. Aan de tafel waar we die afspraken hebben gemaakt, zat ook de zorgverzekeraar, in de vorm van ZN; ook de NZa zat aan tafel. Daar hebben we echt hele strakke afspraken met elkaar gemaakt. Dat vind ik ook het mooie van het IZA: het zijn niet alleen afspraken tussen de NZa en de Minister of tussen de NZa en de zorgverzekeraar, maar het zijn afspraken die we met elkaar hebben gemaakt. We hebben elkaar allemaal nodig.

Is de NZa bereid haar rol te nemen door het geven van een aanwijzing of zelfs het opleggen van een dwangsom? Ja, dat is zij. Dat mag blijken uit deze brief, waarin ze aankondigen dat ze dat ook zullen doen. Maar dan moet het wel uitvoerbaar zijn voor de zorgverzekeraar. Als het heel specifiek om de cruciale zorg gaat – dat heb ik net ook gezegd – ontbreekt het ons nog aan een goed overzicht. Dat kunnen we nog niet vormgeven. De NZa neemt daar nu haar rol in. Daarom hebben ze op mijn verzoek ook die rode-dradenanalyse opgesteld. Ze gaan actief met zorgverzekeraars aan de slag om te kijken of er voldoende zorg wordt ingekocht. Dat doen ze op zich dus al, maar de vrijblijvendheid ... Misschien ga ik het toch nog even aanvullen richting mevrouw Westerveld, voorzitter: de stemming aan tafel is dat we de vrijblijvendheid echt voorbij zijn met elkaar.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Wij maken heel heldere afspraken met elkaar in dit land. Die leggen we vast in wet- en regelgeving. We hebben gewoon een wet en daarin staat een zorgplicht. We hebben treeknormen, al bijna twintig jaar, over de aanvaardbare wachttijden. Het is fijn dat de Minister, aanvullend daarop, om tafel zit met het hele veld en ook nog afspraken maakt, maar het is toch te gek voor woorden dat we het hier hebben over hele heldere zaken die gewoon in wet- en regelgeving zijn vastgelegd en dat de Minister nu zegt dat de vrijblijvendheid voorbij is? Die had twintig jaar geleden al voorbij moeten zijn; anders moet je het uit de wet halen. Dus óf we hebben hier een wet en we houden ons daaraan, en als we ons daar niet aan houden, wat al heel lang gebeurt, dan moeten er maar sancties komen, óf we schrappen dat soort dingen uit de wet en zeggen met elkaar: we stoppen met de zorgplicht, want die bestaat kennelijk niet. Ik wil gewoon niet meer dat dit soort heldere zaken dode letters zijn. Daar zoek ik dus naar. Wat kunnen we nou doen als blijkt dat er al zo lang niet aan harde wet- en regelgeving wordt voldaan?

Minister Helder:

Daarvoor is mijn hele betoog over de plannen die we hebben in de ggz nu juist bedoeld. Ik ben het helemaal met u eens dat het geen enkele zin heeft om treeknormen en een zorgplicht te hebben als we geen echte invulling aan die begrippen kunnen geven. Daar ben ik het volledig mee eens. Ik zoek natuurlijk naar hoe het dan wel kan. We hebben een hele set afspraken gemaakt: we moeten ruimte maken en we moeten toe naar een andere manier van werken. Daarbinnen houd ik, ook nu al, de zorgverzekeraar via de NZa aan de zorgplicht en zie ik daarop toe. We hebben het net over de rode-dradenanalyse gehad. We willen dit jaar niet één keer, maar nóg een keer kijken of de mensen die destijds met sluitingen te maken hebben gehad, wel elders in de zorg terecht zijn gekomen. Dat overzicht heb ik u volgens mij recent doen toekomen. Zo pak ik dat wel heel serieus op.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog, alstublieft.

Minister Helder:

Het is een heel blok diversen aan het worden zo. Even kijken. Excuus, ik moet soms een beetje zoeken. Ik ga in op de vraag van de heer Raemakers over de meerjarencontracten, het voldoende inkopen en de informatievoorziening. De handreiking klinkt niet concreet genoeg, vindt hij. We hebben allerlei afspraken gemaakt, maar daarbij is het natuurlijk randvoorwaardelijk dat zorgverzekeraars in hun inkoop en contractering ook goed op de gezamenlijke ambitie sturen. Ze moeten goede afspraken maken met de zorgaanbieders over de contracten. Er zijn ook afspraken gemaakt over het vergroten van de transparantie over de kwaliteit en het verschaffen van uitkomstinformatie. Om te borgen dat contractering zo min mogelijk belastend is voor zorgaanbieders zijn er ook afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces, dat eenvoudiger, transparanter en toegankelijker moet zijn. Een belangrijke afspraak is dat we met de ACM gaan verkennen of er meer ruimte komt voor gezamenlijk onderhandelen door kleine zorgaanbieders. Beantwoordt dat uw vraag?

De voorzitter:

Dat gaan we nu horen.

De heer Raemakers (D66):

Nog niet helemaal. Stel dat aanbieders een patiëntenstop invoeren omdat het omzetplafond is bereikt. Dan moet er dus vanuit de zorgverzekeraar zorgbemiddeling gaan plaatsvinden, zodat iemand wel passende zorg krijgt. Is de Minister het met D66 eens dat dat echt nog niet altijd goed genoeg gebeurt? De vraag zou vooral zijn: wat gaat de Minister daar zelf aan doen?

Minister Helder:

Specifiek over de zorgbemiddeling hoor ik van de zorgverzekeraars dat ze niet altijd gevonden worden. We hebben dus aan de zorgverzekeraars gevraagd om dat vooral beter kenbaar te maken, ook via hun websites en dergelijke, en om dat actief onder de aandacht te brengen. We hebben met de zorgaanbieders afgesproken dat ook zij dat actief onder de aandacht van hun wachtenden brengen, bijvoorbeeld als de wachttijden te lang zijn. De zorgverzekeraar heeft daar een rol in, als het gaat om de zorgbemiddeling.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Minister Helder:

Dan kom ik bij het hele stapeltje dat we net «diversen en overig» hebben genoemd. Excuus dat het af en toe wat overlap zou kunnen hebben. Mevrouw Van den Hil had een vraag gesteld over het DSM. Zij zei: nu is het helaas een vinkje. Kan dat niet anders? Is de Minister bereid om te kijken naar het goede gesprek? Dat zijn twee vragen, over de rol van het DSM in de zorg en over het belang van het goede gesprek. Het DSM neemt inderdaad een centrale rol in binnen de ggz bij de duiding van de psychische aandoening. Binnen de oude bekostigingssystematiek van de dbc's was het DSM ook leidend, maar met de invoering van het zorgprestatie-model willen we juist loskomen van de DSM-indeling in de ggz, omdat die vaak iets zegt over de aard van de aandoening, maar niet altijd over de zwaarte ervan. Binnen het zorgprestatie-model gaan we werken met zorgvraagtypering om een beter beeld te krijgen van de ernst van de aandoening op basis van de zwaarte van de aandoening en de zwaarte van de aangeboden behandeling. Dan kunnen we een beter beeld krijgen

van de behoeften van de patiënten. Op die manier kunnen we loskomen van de DSM-classificering.

Het goede gesprek staat wat mij betreft centraal in de zorg. Dat is echt cruciaal om behandelaar en patiënt in staat te stellen om vraag en behoefte helder te krijgen en passende zorg te kunnen bieden. De afspraken in het IZA sluiten daar helemaal bij aan, zeker de mogelijkheid van het verkennend gesprek. Volgens mij heb ik in andere antwoorden de rest van de vraag al afgedaan.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Fijn dat de Minister ziet dat het DSM nu een vinkje is, maar ik ben toch nog een beetje zoekende. Het wordt een taal in de samenleving. Dat is nooit de bedoeling geweest. De menselijke psyche is ook ingewikkeld. Floortje Scheepers schreef daarover het boek: Mensen zijn ingewikkeld. Ik raad iedereen aan om dat te lezen. Ik ben dus op zoek naar een toezegging van de Minister. Kan zij toezeggen dat we overal, dus ook in het veld, het DSM een beetje gaan loslaten als het zorgprestatie-model de overhand krijgt?

Minister **Helder**:

Ik ben het helemaal met mevrouw Van den Hil eens. Het mooie van het verkennende gesprek en de mentale gezondheidscentra vind ik ook dat we de mens met de hulpvraag centraal stellen, zonder er meteen een plakkerige «ggz» op te plakken met een classificatie. Er wordt echt gekeken: wat heb jij nu, op dit moment in je leven, nodig om verder te kunnen? Dat kan ook een ggz-vraag zijn. Ik denk dat dat een belangrijke stap voorwaarts is. Dat is de menselijke maat, die we erin terug moeten brengen.

Dan had mevrouw Van den Hil mij gevraagd op welke manier ik ga sturen op het opleiden van de POH-ggz. Ik ben erg blij dat de POH-ggz – die heb ik zien komen; ik loop ook al een paar jaar mee – echt een plek heeft gevonden in de huisartsenzorg. Dat levert echt een bijdrage. Het is geen medische vervolgopleiding; het is een opleiding die vanuit OCW wordt gefinancierd. Iedereen met de juiste vooropleiding kan zich daarvoor aanmelden. U kunt ervan verzekerd zijn dat ik aandacht heb voor het voldoende en goed opleiden van de POH-ggz.

Mevrouw Van den Hil gaf ook aan een diploma te missen voor ervaringsdeskundigheid. Daarop ben ik net al ingegaan in antwoord op de vraag van mevrouw Van den Berg. Ik heb gezegd dat daar wel mogelijkheden voor zijn.

Mevrouw Van den Hil vroeg mij ook om de digitale mogelijkheden voldoende te benutten. Zij vroeg of de goede voorbeelden daarvan voldoende worden gedeeld. Het inzetten van digitale zorg kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van de wachtlijsten en het vrijspelen van behandelcapaciteit. Daarom hebben we ook afspraken gemaakt over zo veel mogelijk hybride werkvormen, waar dat passend is. We hebben ook afspraken gemaakt over hoe we de kwaliteit van de ontwikkelde digitale zorg en zorgstandaarden kunnen borgen. Daardoor ontstaat er ook een goede mogelijkheid tot inkopen van deze zorg en een cyclus van leren en verbeteren. Het uiteindelijke doel en de ambitie die geformuleerd is door de ggz zelf, is om op die manier zo'n 6% van de behandelcapaciteit vrij te spelen. We zullen niet alleen monitoren dat dat gebeurt, maar ook daar de vrijblijvendheid voorbij moeten stappen om het ook echt overal te gaan toepassen. We gaan er ook op sturen dat het niet losse pilots blijven en dat niet iedere organisatie opnieuw het wiel gaat uitvinden, maar dat we echt een goed programma hebben om die digitale zorg – ik noem het liever hybride zorg, want dat is het ook – goed in te gaan zetten.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Misschien een aanvulling. De Minister gaat in op digitale zorg om de wachtlijsten terug te dringen, maar ik kijk er ook anders naar. Ik vind het ook positief op sommige momenten; dat heb ik zelf ook ervaren. Digitale zorg is niet alleen maar hybride een gesprek voeren met iemand, maar dat kan ook zijn dat je een vragenlijst invult. Ik wil het eigenlijk een beetje wegtrekken uit het negatieve van die wachtlijsten, maar in positieve zin neerzetten om met elkaar te zeggen: ja, dat helpt ook.

Minister Helder:

Dat is een mooie toevoeging, die ik herken. Zo hebben we er ook over gesproken aan tafel. Ik deel ook het beeld dat het zeker voor bepaalde cliëntgroepen, maar ook voor mensen zelf kan helpen, om de vraag te verhelderen bijvoorbeeld. Dat moeten we ook heel positief benaderen. We moeten ook zorgen dat we dat type innovaties voldoende snel uitrollen. Dat gebeurt via het platform voor innovatie in de zorg. Dan kom ik bij de vragen van de heer Mohandis over esketamineneus-spray. Even vooraf: het is niet zomaar een neusspray, maar het is ketamine via de neus. Dat is toch wel een belangrijke opmerking, omdat het veld zelf heeft gezegd dat we die behandeling onder goede voorwaarden moeten toepassen. Vanaf 1 september is het in principe beschikbaar voor de therapieresistente patiënten met depressie, maar het is onvoldoende beschikbaar. Het is natuurlijk aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf om hierover goede contractafspraken te maken. Het machtigingsbeleid heeft ook te maken met de kwaliteitscriteria die de NVvP, de Nederlandse ggz en de Depressie Vereniging zelf ook aangeven. Het is echt een middel van last resort en ook een zwaar middel, maar het moet wel beschikbaar zijn. Het is niet aan mij om te beoordelen in hoeverre dat machtigingsbeleid zich verhoudt tot de gemaakte afspraken, maar ik kan daar wel aandacht voor vragen en dat zal ik ook doen.

De voorzitter:

Dat roept vragen op van mevrouw Agema en meneer Mohandis. Eerst mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is natuurlijk het punt waar we iedere keer weer tegen aanlopen. De Minister zegt dat het iets is tussen de verzekeraars en de aanbieders, maar dit is een heel groot probleem. Esketamine wordt voor ongeveer 250 patiënten ingekocht, terwijl er ongeveer 2.000 voor in aanmerking komen. Het is het laatste redmiddel voor deze mensen. Ik wil gewoon dat de Minister hier nu eens paal en perk aan stelt, aan verzekeraars die beknibbelen over de rug van ernstig zieke mensen. Het gaat om ernstig depressieve mensen voor wie het een laatste redmiddel is dat zij dit middel krijgen, en de verzekeraars kopen het niet in. Deze mensen kunnen in een ernstige depressie naar andere zaken grijpen, als de Minister begrijpt wat ik bedoel. Hoe gaat zij ervoor zorgen dat hier wat gebeurt en dat dit middel wel wordt ingekocht voor iedereen die hiervoor in aanmerking komt?

Minister Helder:

Laat duidelijk zijn dat ik het belangrijk vind dat het beschikbaar is, met daarbij de opmerking dat het veld zelf aangeeft de kwaliteitscriteria bij de toepassing echt goed te willen hanteren. Daarbij blijft het natuurlijk toch tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar om dat voldoende in te kopen. Zij kunnen daarvan melding maken bij de NZa en die kan vervolgens toezicht houden op de naleving van de zorgplicht. Ik zou behandelaren die zeggen dat zij het niet kunnen gebruiken omdat het niet beschikbaar is voor hen, willen vragen om op individueel niveau in contact te treden met de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, om te kijken wat een passende oplossing is, in het belang van de patiënt. Het is

een nieuw medicijn, dat niet zonder bijwerkingen is, dus het is belangrijk dat er een zorgvuldig proces is voor de introductie en de inzet. Dat is ook wat ik uit het veld hoor. Daarmee wil ik niet zeggen dat dit betekent dat het niet beschikbaar is. Ik vind ook dat het beschikbaar moet zijn, maar ik wil ook echt wel gebruikmaken van de rollen zoals die verdeeld zijn en zorgen dat die partijen juist met elkaar in contact treden, als dat onvoldoende beschikbaar is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Laat de Minister ophouden met het oplezen van van tevoren geprepareerde antwoorden en met die verwijzing dat het tussen de verzekeraars en de aanbieders is. Dat antwoord kennen wij nu wel. Het gaat dus niet goed. Verzekeraars voeren hun zorgplicht niet uit. Ze kopen dit middel in voor 250 patiënten, terwijl er zo ongeveer 2.000 patiënten voor in aanmerking komen. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie geeft aan dat deze mensen suïcidaal kunnen worden. Ik vraag de Minister om te bewerkstelligen dat verzekeraars het middel geven aan de beoogde groep van 2.000 die hiervoor in aanmerking moet kunnen komen. Ik mag toch hopen dat de Minister zich verantwoordelijk voelt voor de toegankelijkheid van zorg en dat zij bewerkstelligt dat die voor deze mensen gerealiseerd wordt? Het kan toch niet zo zijn dat de andere optie zelfmoord is, vraag ik aan de Minister.

Minister **Helder**:

Als ik naar beneden kijk, om mevrouw Agema gerust te stellen, is dat niet alleen om een antwoord op te lezen, maar ook omdat ik geconcentreerd nadenk over wat ik zeg. Dat doe ik ook heel bewust. Bij dit middel zijn we nog bezig met de introductie, maar het moet in voldoende mate beschikbaar zijn. 2.000 mensen over heel Nederland betekent dat het ook wel verdeeld is. Het is mogelijk voor behandelaren en zorginstellingen om aan te geven bij de zorgverzekeraar dat dit beschikbaar moet zijn. Dat gebeurt ook in hele specifieke gevallen.

Ik wil wel benadrukken om dit vooral heel zorgvuldig met elkaar te doen, ook vanwege de andere oproepen uit het veld, en om gebruik te maken van de mogelijkheden die er wel zijn tussen de zorgaanbieders en behandelaren die willen beschikken over dit middel, de zorgverzekeraars en vervolgens de NZa. Ik kan u toezeggen dat ik dit uiteraard ook met de NZa zal bespreken. Logisch, want het is inderdaad een heel belangrijk onderwerp. Ik heb ook de brieven gelezen en daarvan kennisgenomen. Maar we moeten ook de relatie die zij onderling hebben, de kans geven om te werken. Het is wel belangrijk dat die signalen daar worden neergelegd, dus bij de zorgverzekeraar in de regio waar de aanbieder of behandelaar tegen dit probleem aanloopt. Nogmaals, als er contact is met een medisch adviseur, omdat dit een middel van last resort is dat moet worden toegepast, staat de zorgverzekeraar ervoor open om dat verzoek te krijgen en om te kijken of er een passende oplossing kan zijn, in het belang van de patiënt.

De **voorzitter**:

Afsluitend, mevrouw Agema, en dan de heer Mohandis.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het werkt dus kennelijk niet om dat bij de verzekeraars en de aanbieders te laten. Zelfs over de rug van zwaar depressieve patiënten, waarvan de beroepsgroep ook zegt dat zij hun heil kunnen zoeken in suïcide, zitten de zorgverzekeraars te drukken op geld, om het geld eruit te peuteren. Zelfs dan zijn mensen die ernstig depressieve patiënt zijn, in ons land niet meer veilig. Waar is een Minister die staat voor de toegankelijkheid van zorg? De Minister zegt toe met de NZa te gaan praten. Ik verwacht van haar een brief, op korte termijn, want ik verwacht een oplossing. Het kan toch niet

zo zijn dat we in een land leven waar een middel is dat je uit een ernstige depressie kan halen, maar dat wij hier zinloze debatten zitten te voeren, omdat de Minister alleen maar verwijst naar de relatie tussen de zorgverzekeraar en de aanbieders? We zien toch dat het fout gaat? We zien dat de zorgverzekeraar maar voor 250 personen inkoop, terwijl er ongeveer 2.000 mensen voor dit middel in aanmerking zouden moeten komen.

Ik wil graag van de Minister de toezegging dat het gesprek dat zij zegt met de NZa te willen voeren, op korte termijn plaatsvindt en ook op welke termijn dit probleem is opgelost. Ik wil niet langer deelnemen aan debatten, of hier met z'n allen zo'n onzindebat voeren, over ernstige zaken, zoals het niet vergoeden of het niet beschikbaar hebben van bijvoorbeeld esketamine voor deze groep mensen. Dan hebben we de volgende keer weer een debat met een Minister die zegt: ja, dat is tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Daar word je echt doodziek van. Dit gaat toch over toegankelijkheid van zorg en daar gaan wij toch wel over met z'n allen, mag ik hopen?

De voorzitter:

Aan u het woord, excellentie, en dan de heer Mohandis.

Minister Helder:

Ik ga niet de voorgaande antwoorden herhalen. Ik deel gedeeltelijk het beeld van mevrouw Agema dat die toegankelijkheid hartstikke belangrijk is, zeker ook voor deze groep. Het is ook een complexe groep. Ik heb gezegd wat ik gezegd heb: dat we ook de relaties die er zijn, goed in moeten gebruiken, en dat ik behandelaren die hier tegen aanlopen, oproep om in contact te treden met de zorgverzekeraar waar het om gaat, zodat ze kunnen kijken of ze tijdig een passende oplossing kunnen vinden. Ik zal hiernaar vragen via de NZa en erop terugkomen. Ik kom daar in tweede termijn op terug.

De heer Mohandis (PvdA):

We hadden al eerder een gesprek over de zorgplicht. De Minister heeft eerder gezegd dat het gesprek over de zorgplicht wordt gevoerd. Dit voorbeeld van esketamine laat volgens mij precies zien waarom die zorgplicht niet werkt. Met veel respect voor het antwoord van de Minister, maar als dit het antwoord is, dan zijn alle discussies over de zorgplicht in de toekomst weinig waard. Dit is een heel concreet voorbeeld van verzekerde zorg die in het basispakket zit waar gewoon geen invulling aan wordt gegeven. Dan is een antwoord dat het iets tussen aanbieders en zorgverzekeraars is, niet het politieke signaal dat wij hier moeten afgeven. Ik denk echt dat we dit ook als voorbeeld moeten nemen hoe een scherper signaal kan worden afgegeven door het kabinet, door te zeggen: dit is gek, het is verzekerde zorg, het zit in het basispakket, het is niet toegankelijk, andere landen doen het wel, het helpt mensen. Waarom is het antwoord dan alleen maar dat het iets is tussen de zorgverzekeraar en ... Dan kunnen we die zorgplicht wel gewoon schrappen, zoals mevrouw Westerveld eerder suggereerde. Dit laat gewoon zien dat die zorgplicht niet werkt. Ik zou bijna zeggen: laten we dan maar een scherpe Kameruitspraak doen over dit hele specifieke voorbeeld, om te laten zien dat het ons menens is. Het is een voorbeeld dat laat zien dat de Kamer wel aan zet is als het gaat om de zorgplicht.

Wat ik ook mis in het antwoord van de Minister is dat er wel degelijk een eindverantwoordelijkheid zit bij het kabinet als het gaat om de naleving van de zorgplicht. Die naleving van de zorgplicht kan niet worden afgeschoven op anderen. Dan zouden de zorgverzekeraars en aanbieders hier ook moeten aanschuiven, want dan gaan we het wel met hen bespreken. Dat is toch niet hoe het zou moeten?

Ik hoor heel graag van de Minister of het haar menens is om dit wel te regelen, want het is een heel concreet voorbeeld, dat geregeld kan worden en kan worden afgedwongen door het kabinet, en om dit niet te laten aan anderen. De zorg is al best wel vermarkt. Dit laat precies zien waarom wij geen grip hebben en dat is niet hoe het zou moeten.

Minister Helder:

Het spijt me dat ik het niet duidelijk genoeg heb kunnen neerzetten. Aan de ene kant heeft u helemaal gelijk en ben ik het er helemaal mee eens, zoals ik al een paar keer heb gezegd. Als we het zo met elkaar afspreken dat die zorgplicht er is, dan moet dat dus gebeuren. De andere kant van dit verhaal is, en dat is wat het veld mij ook meegeeft, dat het een complex nieuw product is dat met veel waarborgen is omgeven voor wanneer en hoe het wordt toegepast. Als behandelaars in overleg met de patiënt voorstellen dat dit een goed idee zou zijn, maar er niet bij kunnen komen omdat zij het niet hebben ingekocht, bijvoorbeeld omdat het niet beschikbaar is, dan ben ik het helemaal met u eens dat dat zeker niet de bedoeling is.

U zegt dat ik het makkelijk even overlaat aan de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, maar dat zeg ik ook niet. Ook de NZa heeft er een rol in om erop toe te zien. Ik heb ook aangegeven dat ik de NZa erop zal aanspreken om erop toe te zien dat dit in voldoende mate beschikbaar is. Maar het is ook een vrij zeldzaam middel, een vrij zeldzame behandeling, dus ik vraag alle behandelaars in het veld om die signalen af te geven, op het moment dat zij hier tegen aanlopen, ook in die getraptheid; met de zorgaanbieder en de zorgaanbieder vervolgens met de NZa, om te zorgen dat het wel wordt ingekocht. Als we die signalen niet hebben, ook gewoon lokaal en regionaal, dan is het ook moeilijk voor de NZa om daarop te handhaven.

De voorzitter:

Meneer Mohandis en dan mevrouw Bikker. Ik wil u vragen om het toch kort en bondig te doen, kijkend naar de klok. We hebben in principe tot 17.00 uur en dat gaat zo niet gebeuren.

De heer Mohandis (PvdA):

Nog even over de discussie tussen mevrouw Agema en de Minister. Het gaat er niet om of wij het oneens zijn over of het een middel is dat je zorgvuldig moet toedienen. Daar gaat het allemaal niet om. Het gaat erom dat zorgverzekeraars te weinig inkopen en het daardoor niet toegankelijk is voor behandelaars. Wij zeggen dat het wel beschikbaar zou moeten zijn, omdat het verzekerde zorg is. Als we constateren dat zorgverzekeraars die zorgplicht niet nakomen, dan zou het antwoord moeten zijn: dat moeten ze wel, daar ga ik op toezien, daar ga ik de partij op aanspreken en dan wil ik dat het binnen een jaar wel geregeld is. Die houding van de Minister is waar we naar op zoek zijn, vandaar de interruptie. Nogmaals, als dit het antwoord is, zal de Kamer daar een wat scherpere uitspraak over moeten doen, schat ik in.

Minister Helder:

Als ik de heer Mohandis zo beluister, liggen we niet zo heel ver uit elkaar, want volgens mij zeg ik dat, maar in een andere volgorde. Excuus als dat niet duidelijk genoeg is. De achternaam zou moeten kloppen: dat het wel helder is, maar het is misschien wat omslachtig beantwoord. We zijn het erover eens dat het in het pakket zit. We zijn het ook eens over de grootte van 2.000. Dus is er een zorgplicht, dus moet het ingekocht worden. Tegelijkertijd is er een bepaalde complexiteit bij de introductie van dit middel. Ik zal de NZa daarover bevragen, want ik ben het met u eens dat het ook mijn rol is om daarop toe te zien. Volgens mij liggen onze standpunten niet zo heel erg ver uit elkaar.

De voorzitter:

Heel kort, afsluitend, meneer Mohandis.

De heer Mohandis (PvdA):

Dan komen we een stapje verder, als de Minister gewoon kan toezeggen dat zij richting zorgverzekeraars uitspreekt dat het gewoon beschikbaar moet zijn. Zo simpel moet het zijn. Het moet beschikbaar zijn voor die aanbieders die het wel willen gebruiken. Als zorgverzekeraars te weinig hebben ingekocht, moeten zij dat alsnog regelen. Daar gaat het om. Dan maken zij het in ieder geval beschikbaar voor de aanbieders die het wel willen hebben. Dan kan een zorgverzekeraar niet zeggen dat het allemaal ingewikkeld is, met de toediening et cetera. Daar gaat het niet om. Die aanbieders zijn de professionals en het moet beschikbaar zijn. Dat is waar we om vragen.

Minister Helder:

Ik doe nog één poging om te kijken of de heer Mohandis en ik kunnen concluderen dat we toch niet ver uit elkaar liggen. We zijn het erover eens dat het beschikbaar moet zijn. Tegelijkertijd is er de toewijzingsprocedure en dan gaat het om de zorgvuldigheid, omdat het een lastresortmiddel is. Dat is niet iets wat ik verzonnen heb, maar wat het veld zelf ook zegt over de waarborgen waarmee je dit middel wel of niet ter beschikking stelt. Dat is echt aan het veld en toch ook aan de zorgverzekeraar; om er met elkaar uit te komen hoe ze dat doen. Ik zeg heel nadrukkelijk: hoe ze dat doen. Ik ben het met u eens dat het niet wenselijk is dat dat de beschikbaarheid in de weg zou kunnen zitten, als het gaat om het uitvoeren van de zorgplicht, maar als het gaat om het kunnen garanderen van de kwaliteit van dit proces, dan voel ik wel mee met het veld dat we daar heel erg zorgvuldig mee om moeten gaan. Dat maakt dat het een beetje een lastig antwoord van mijn kant is. Ik kan toezeggen dat ik er zo maximaal mogelijk op zal toezien dat het middel zo goed mogelijk beschikbaar is, met inachtneming van de kwaliteitscriteria die het veld zelf hierover heeft opgesteld, want daar gaat het ook om.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik kreeg langzamerhand het idee dat er twee dingen door elkaar liepen. Het ene betreft die eisen over de beschikbaarheid. Dat snap ik heel goed. Je hoort de ChristenUnie niet snel pleiten voor ketamine-achtige middelen, maar dit is zeer uitzonderlijk, voor een zeer uitzonderlijke groep. Daarnaast is er de zorg die breed in de Kamer leeft, namelijk dat het inkoopproces niet op orde is, niet goed gaat, en dat het daardoor onvoldoende beschikbaar is, ook als voldaan wordt aan die zorgvuldigheidseisen. Het kan niet zo zijn dat er ergens in het jaar 2023 een tekort is vanwege dat niet of onvoldoende functionerende inkoopproces. Ik weet nu dat de Minister het gesprek daarover aangaat met de NZa en dat zij daarop terugkomt in een brief aan de Kamer; dank voor die toezegging. Ik zou haar willen vragen om er heel precies op in te gaan waar het probleem zit, hoe dat wordt getackeld en wie zij daarvoor verantwoordelijk acht, want anders blijven we dit gesprek een beetje in kringetjes voeren. Dat zou ik betreuren, want volgens mij is het doel van ons allen hetzelfde. Dan zou het wel helpen als de brief en het gesprek met de NZa een beetje snel kunnen volgen, want dat neemt hier dan ook de onrust en de behoefte aan uitspraken weg.

Minister Helder:

Ik denk dat mevrouw Bikker het fantastisch heeft samengevat. Dat is precies het dilemma dat erin zit. Ik ben het eens met uw conclusie dat het voldoende ingekocht zou moeten worden, met inachtneming van die kwaliteitscriteria. Daar zal ik inderdaad zo snel als mogelijk op terugkomen.

De voorzitter:

De Minister komt in tweede termijn terug op de voortgang en de tijden. Vervolgt u uw betoog. Ik wil de Kamer nooit opjagen wat betreft tempo of minder interrupties, en zeker niet bij zo'n belangrijk debat, maar ik vraag toch om tempo en een beetje minder interrupties.

Minister Helder:

Ik doe mijn best. De heer Raemakers vroeg of de politie en de ggz al beter samenwerken bij mensen met verward gedrag, wat ik daaraan doe en of in de meldkamers standaard wordt gewerkt met een ggz-triagist. De Minister van JenV en ik zijn inderdaad bezig met de aanpak bij personen met verward gedrag. Er zijn middelen beschikbaar gesteld om de goede voorbeelden en de samenwerkingsvormen in de regio's duurzaam te implementeren. Dat is onder andere de ggz-triagist in de meldkamer, maar ook de straattriage of het regionaal analyseren van de E33-meldingen. Het primaat bij de aanpak ligt bij de regio's. Wij stimuleren en faciliteren met het actieprogramma Grip op Onbegrip van ZonMw en via de regionale werkconferenties, zodat ze daarmee aan de slag gaan. Daarmee zeg ik niet dat in iedere meldkamer al een ggz-triagist zit, maar wel dat we daarmee bezig zijn. Voor het kerstreces hoop ik u daarover nader te kunnen informeren.

Mevrouw Van den Berg merkte op dat de opleiding tot sp'ër in tegenstelling tot andere zorgopleidingen niet duurzaam gesubsidieerd is. Zij vroeg of ik bereid ben om het Capaciteitsorgaan een raming te laten doen. Als zij doelt op duurzame subsidiëring door middel van een beschikbaarheidsbijdrage, kan ik vertellen dat het uit het Zorgverzekeringsfonds komt, waar de zorgpartijen zelf geld inleggen. Ik heb nog nooit een verzoek gekregen van het veld om daarin te participeren. Als dat wel zou komen, moet ik dat zorgvuldig wegen, maar dat verzoek is er niet.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Misschien begrijp ik het verkeerd. Ik hoor de Minister enerzijds zeggen dat het geld uit het Zorgverzekeringsfonds komt en dat zij geen verzoek daarover heeft gezien. Die reactie begrijp ik. De tweede vraag, los daarvan, is of de Minister bereid is om het Capaciteitsorgaan de raming te laten doen.

Minister Helder:

Dat moet ik nog even navragen. Ik hoop dat ik daar in tweede termijn op terug kan komen, of anders later schriftelijk. U heeft gelijk, excuus. De heer Raemakers merkte op dat bij lhbt+-personen de combinatie van geaardheid en psychische zorg vaak niet goed gaat. Hij vroeg hoe we de awareness daarvan kunnen verhogen, bijvoorbeeld ook in de opleiding. Ik kan dit heel kort afdoen. Ik vind dit een heel belangrijk onderwerp, waar ik graag aandacht aan geef, om te kijken hoe we dat in de opleidingen mee kunnen nemen. Sowieso moeten we alle vormen van diversiteit ook in de organisatie van zorg meenemen, dus dat is goed belegd. Dan de vraag van mevrouw Agema over de FBTO, over de generieke korting, hoe dit precies is geregeld en of dat niet leidt tot klassenzorg. Ik zal niet helemaal herhalen hoe het zit met het hinderpaalcriterium, want anders zegt mevrouw Agema dat ik het oplees. Ik denk dat we gelijk naar de kern moeten. Volgens mij hebben de mensen met een restitutiepolis keuzevrijheid of zij een restitutiepolis of een natura-polis aangaan. U heeft gelijk dat er voldoende keuze moet zijn, ook voor mensen met een kleine portemonnee. Mensen met een kleine portemonnee kunnen daarbij ook gebruikmaken van de zorgtoeslag en de mogelijkheden van een aanvullende verzekering. Ik ben het met u eens dat het zeker niet de bedoeling is – zeker niet van mij, maar ook niet zoals we bij elkaar zitten bij het IZA – om daarvoor nieuwe hinderpalen op te werpen. Dat is de ene kant van het verhaal.

De andere kant is dat er ook met de restitutiepolis voldoende keuzevrijheid is, omdat je dat zelf bepaalt. Als het gaat om de naturapolis moet er voldoende zijn ingekocht. Ik heb al eerder gezegd dat het mijn bedoeling is om juist meer partijen te contracteren in de ggz, ook om andere redenen. Dat zou in ieder geval tot voldoende keuzevrijheid moeten leiden.

We zien nu dit eerste voorstel van de FBTO. Ik weet nog niet hoe de andere verzekeraars hierop gaan reageren, zeg ik tegen mevrouw Agema. Mocht het zo zijn dat zij dit allemaal gaan doen ... Het is ook heel belangrijk dat mensen die een restitutiepolis aangaan, zichzelf goed informeren over wat voor type polis zij hebben. Dat zagen we ook bij de budgetpolis. Mensen moeten goed de consequenties ervan doordenken, want zij hebben daar een keuzevrijheid in. We moeten daar ook alert op zijn en dan ook het gesprek aangaan. Het is niet de bedoeling om nu een hinderpaal op te werpen, laat ik dat duidelijk aangeven.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind deze uitleg van de Minister verwarrend. De restitutiepolis heeft altijd geleid tot 100% vergoeding en ineens zegt de FBTO nu, na dat Integraal Zorgakkoord: kiest u vanaf 1 januari 2023 bij ggz of wijkverpleging voor een zorgverlener zonder contract, dan krijgt u een maximale vergoeding van 75%. Dit komt uit de lucht vallen bij de restitutiepolis voor 2023. De uitleg van de Minister is dat mensen ook kunnen kiezen voor een naturapolis, maar dat is het punt niet. Het is altijd zo geweest dat die vergoeding 100% was. Bij FBTO, en waarschijnlijk ook bij de rest, wordt die vanaf 1 januari 75%. En dan hebben we het hinderpaalcriterium in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Volgens mij maakt dat geen onderscheid tussen een restitutiepolis of een naturapolis.

Daarom heb ik vanmorgen in de procedurevergadering – en daarbij kijkt VWS volgens mij ook mee – en opnieuw in mijn inbreng gevraagd om die onduidelijkheid op te heffen. Waarom is dat voorstel in 2014 gestrand in de Eerste Kamer? Waarom is er een arrest van de Hoge Raad uit 2014? En waarom is het nu volgens de Minister mogelijk om een hinderpaal op te werpen, om dus wel dat te doen wat al die tijd onmogelijk leek? Ik zie graag opgehelderd hoe de Minister denkt dat dat kan zonder wetstraject. Ik ben daar oprecht benieuwd naar. Het is nogal wat. Dit gaat over acht weken in. Het betekent concreet dat je moet gaan bijbetalen als je een restitutiepolis hebt voor wijkverpleging of ggz bij FBTO. Ik denk dat onvoldoende doordacht is wat dit betekent voor een aanbieder van wijkverpleging in een klein dorpje die niet voorbij een contract voor een omzet van € 100.000 kan komen, en ook voor de ggz-psycholoog en de ggz-psychiater die mensen graag willen kiezen als hun behandelaar. Graag opheldering.

Minister Helder:

In ieder geval is er geen rechtstreekse relatie met het IZA, zoals mevrouw Agema zegt. Ik heb hier allerlei deelantwoorden liggen. Ik stel voor dat ik hier in tweede termijn gestructureerd op terugkom. Ik denk dat dat de discussie ten goede komt.

De voorzitter:

Dan doen we dat. Gaat u verder met uw betoog.

Minister Helder:

Dan ga ik naar het blokje zorgprestatie model.

Mevrouw Agema (PVV):

Heel even een punt van orde. Ik zie die tweede termijn nog wel sneuvelen. Kan de Minister er aan het eind van haar eerste termijn op terugkomen?

Minister Helder:

Dat zal dan moeten, als de tweede termijn sneuvelt, maar ik hoopte niet dat de tweede termijn sneuvelt. Ik moet even overleg hebben over de deelantwoorden die hier liggen. Anders is er een mogelijkheid dat ik er schriftelijk op terugkom. Dat is misschien ook een toezegging.

De voorzitter:

Laten we proberen de tweede termijn wel door te laten gaan, zo snel mogelijk. Anders is een tweede optie: aan het eind van uw blokje. In uiterste instantie hebben we een tweeminutendebat.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb het vanmorgen al aangegeven bij de procedurevergadering, die u ook voorzat, voorzitter. Dat was om 10.15 uur 's ochtends. Ik hoop wel vaker dat dingen worden geïntegreerd, want je hebt de hele dag de tijd.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u heeft uw punt heel duidelijk gemaakt in de procedurevergadering, dus we konden wel verwachten waar dit vanmiddag heen zou gaan, uiteraard. Ik snap het, maar nu is het zo. We wachten af.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, we wachten af.

Minister Helder:

We hebben veel vragen, voorzitter. Ik ga even door met de heer Hijink, die vroeg waarom de NZa informatie verzamelt. Specifiek voor de ggz werkt de NZa de komende jaren de verbetering uit van de zorgvraagtypering, in samenwerking met de branche. In dat kader vragen ze ook gegevens uit over zorgzwaarte en behandelinzet, om een beter beeld te krijgen welke zorg voor welke groep patiënten passend is. Ze doen dat op grond van hun verantwoordelijkheid als zelfstandig bestuursorgaan. Ze moeten daarbij vanzelfsprekend voldoen aan alle privacywet- en regelgeving. Eind november krijgt de NZa de uitslag van het onderzoek van de Autoriteit Persoonsgegevens, dus dat komt binnen enkele weken. Dat is een extra check, omdat ze eerder al onderzoek gedaan hebben, dat ook al openbaar-gemaakt is. De NZa zal uiteraard naar bevinden handelen als blijkt dat een en ander onvoldoende geborgd is als het gaat om de identiteit van de 800.000 patiënten waarover u het heeft. Dat kan ik daarover zeggen.

De heer Hijink (SP):

Sorry, maar dit is wel een heel summier antwoord op een hele rits vragen die ik hierover heb gesteld. Ik wil graag van de Minister weten wat er per se goed en logisch aan is dat de overheid ervoor kiest om van 800.000, en straks misschien wel van 1 miljoen mensen, op individueel niveau medische data op één centrale plek op te slaan. Dan hebben we het over risico's op het gebied van dataveiligheid en databescherming. Maar het gaat ook gewoon om de bescherming van de privacy en over het feit dat ik er zeker van moet zijn dat wat ik bij de psychiater bespreek binnenskamers blijft en er dus geen checklist vooraf wordt opgesteld die in de bakken van de NZa terechtkomt, en dat dan keer 1 miljoen mensen. Het is toch volstrekt onacceptabel dat een overheid dat doet?

Minister Helder:

Ik ben dat met de heer Hijink eens. Ik vind het ook van groot belang dat dat heel zorgvuldig gebeurt. Er is sprake van pseudonimisering. Uw vraag gaat ook over de opslag van gegevens en de vraag of die niet in die verkeerde handen kunnen vallen. Ik ga ervan uit – ik zal de NZa daar ook op bevragen – dat zij dat heel goed borgen. Maar om het zorgprestatie-model goed te kunnen vullen, hebben zij de bevoegdheid en ook de

noodzaak om die gegevens daadwerkelijk op te vragen. Ze hebben die gegevens nodig om dat goed te kunnen doen. Ze nemen daarbij uiteraard alle privacywet- en regelgeving en waarborgen in acht. Ik wil niet zeggen dat ik dat onbelangrijk vind of dat ik er zomaar overheen stap. Maar het is ook wel belangrijk dat de NZa dit inzicht voor het zorgprestatie-model kan verzorgen.

De heer **Hijink** (SP):

De NZa behoort toezicht te houden op de zorgverzekeraars en op het uitvoeren van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. De NZa is niet opgericht om op individueel niveau voor 1 miljoen mensen een medisch dossier bij te gaan houden. Ik snap gewoon helemaal niet hoe iemand bedenkt dat dit een goed idee kan zijn. De Minister zegt wel dat zij ervan uitgaat dat het op een zorgvuldige manier wordt opgeslagen en dat ze erop rekent dat ze zich aan de privacyregels houden, maar het begint bij de vraag waarom je er überhaupt aan zou beginnen. Ik snap best wel dat de NZa toezicht houdt op een sector, maar de NZa houdt toch geen toezicht op honderdduizenden individuele dossiers van mensen? Het kan toch niet zo zijn dat het in een checklist komt en via een verbinding naar een toezichthouder gaat als ik naar de psycholoog ga met relatieproblemen, met seksuele problemen of met wat dan ook? Die heeft daar toch helemaal niks mee te maken? Je houdt toch ook geen toezicht op een sector door op individueel niveau dossiers te beheren? Ik wil die vraag graag door de Minister beantwoord hebben. Ik wil dus niet horen dat het misschien allemaal wel volgens de regels gaat, maar wil een antwoord op de principiële vraag waarom een overheid hier überhaupt aan zou beginnen. We hebben hier in de Kamer immers ook al jaren discussies over de centrale opslag van patiëntgegevens en andere databestanden, en dat je zo veel data niet op één plek zou moeten concentreren, zeker niet als het gaat om zoiets gevoeligs als medische dossiers.

Minister **Helder**:

Ik ben tegelijkertijd ook een beetje in verwarring, want we hebben een dilemma, omdat er voldoende informatie nodig is om de ggz en het zorgprestatie-model goed in te richten. Daarvoor is informatie nodig. De NZa heeft ook een wettelijke taak om dat uit te voeren en de bevoegdheid om informatie over marktontwikkelingen uit te vragen. Ze nemen daarbij de wet- en regelgeving in acht en hebben nu ten tweede male aan de Autoriteit Persoonsgegevens een vraag gesteld en een onderzoek aangevraagd. Ik heb begrepen dat er eind november een uitslag van komt. Ik stel voor om daarop te wachten en het dan verder te bezien. Ze hebben al aangegeven dat ze uiteraard naar bevinden handelen als blijkt dat dit onvoldoende geborgd is. Daar zal ik ook op toezien. Dus ja, dat is toch echt waar ik sta. Ik begrijp uw zorg dat we veel gegevens opslaan, maar dat heeft allemaal te maken met de wijze waarop die worden opgeslagen en het aggregatieniveau waarop dat gebeurt. Daarom is er nou juist een vraag aan de Autoriteit Persoonsgegevens gesteld.

De **voorzitter**:

Afsluitend, meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Als je zoiets al gaat doen, gaat het om de wijze waarop. Maar het gaat ook om de vraag waarom je er überhaupt aan zou beginnen en waarom een toezichthouder die toezicht houdt op de verzekeraars en de uitvoering van de Zorgverzekeringswet tot op dit individuele detailniveau een checklist opvraagt van de psychische problemen die iemand heeft. Dan kun je zeggen dat het gepseudonimiseerd wordt, maar op het moment dat je de sleutel hebt, kan er ingebroken worden of kan er een datalek zijn; dat weten we allemaal. Het is levensgevaarlijk als in de toekomst kwaadwil-

lenden toegang krijgen tot die bak met data. Dan hebben we een probleem van hier tot Tokio. Dan krijgen kwaadwillenden toegang tot medische data over de psychische problemen van mensen. Het gaat om honderdduizenden mensen. Ik vind dat dit niet bij een toezichthouder thuis hoort. Laat die maar op een andere manier toezicht houden op ggz-instellingen.

Minister Helder:

Afsluitend dan. Het komt voort uit de taken die ze hebben als het gaat om het markttoezicht en de marktontwikkeling. Het gaat om geaggregeerde informatie met de indicatie van de zorgzwaarte. Het gaat om het inrichten van het zpm-model. Op die wijze wordt informatie opgeslagen. Nogmaals, die vraag ligt nu bij de AP voor. De NZa krijgt daar antwoord op. Dat zal ongetwijfeld gepubliceerd en met u gedeeld worden. Ik stel dus toch voor om daarop te wachten. De NZa zal zeker naar bevinden handelen en ik zal daarop toezien.

De voorzitter:

Tot zover dit punt. Gaat u verder.

Minister Helder:

Dan nog een vraag van mevrouw Bikker en mevrouw Van den Berg over de noodkreet over het zorgprestatie model en de rol van de Minister en van anderen. U heeft de brief ook gezien die de Nederlandse ggz aan mij gestuurd heeft. Ik zie daarin een stapeling van vraagstukken: de tarieven in het zorgprestatie model, de effecten van corona en de gestegen energiekosten. Ik vind het belangrijk dat we het gesprek daarover voeren op basis van de feiten. Het zorgprestatie model is per 1 januari van dit jaar ingevoerd in de ggz, met de bedoeling om betere handvatten te bieden om bij de contractering een passende vergoeding te hebben, waarbij we de onderfinanciering van zwaardere zorg kunnen tegengaan, en dus ook de overfinanciering van de lichtere zorg. Vorig jaar hebben de betrokken partijen onder leiding van de NZa afgesproken om de verantwoordelijkheid voor de zorgvuldige overgang samen te dragen. In lijn met die afspraken bevoorschotten de verzekeraars de ggz-aanbieders. Ik heb ook zelf een aantal keren met alle partijen om de tafel gezeten om deze problematiek te bespreken. Er is afgesproken om niet alleen voor het lopende jaar, maar ook voor 2023, de overgang met een transitieprestatie met een vrij tarief beschikbaar te stellen. Door middel van deze transitieprestatie kunnen eventuele negatieve effecten van de invoering worden opgevangen. Om dat goed te kunnen benutten, heeft de NZa Gupta opdracht gegeven voor een onderzoek. Daarin wordt nadrukkelijk gekeken naar alle elementen voor een goede invulling van de transitieprestatie. Dat onderzoek wordt met tempo uitgevoerd, maar uiteraard ook zorgvuldig, en zal voor het einde van het jaar gereed zijn. Dat kunnen ze gebruiken om de transitieprestatie goed mee te vullen. Ik vind het belangrijk dat er tot goede afspraken gekomen wordt en dat er ook gebruik wordt gemaakt van die mogelijkheid. Ik zit, nogmaals, zelf met de partijen aan tafel.

De voorzitter:

Eerst mevrouw Bikker en dan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Een korte vraag. Ik stelde de vraag zo indringend omdat ik die indringendheid toch wel voel. Instellingen staan namelijk financieel onder druk en we niet willen dat als gevolg van dingen die nog uitgevonden moeten worden en nog concreter moeten worden, onvoldoende aan de criteria wordt voldaan en instellingen daardoor omvallen of te veel onder water komen te staan. Daarom is mijn vraag aan de Minister: hoe ziet ze de

verdere concrete invulling voor zich die je moet volgen, ook voor wat betreft de criteria waaraan moet worden voldaan? Mijn tweede vraag is als volgt. Ik hoor dat de Minister in gesprek gaat en dat ze het oppakt. Op welke termijn kunnen wij resultaten verwachten en hoe komt ze daarop terug bij de Kamer?

Minister **Helder**:

Wat ik net zei, is dat ik zelf ook af en toe met partijen aan tafel zit. Maar sowieso wordt er tweewekelijks gesproken. Dus we zitten er echt bovenop om dit te volgen. We doen het ook met behulp van het Gupta-rapport, over het goed kunnen gebruiken van dat tarief in de tussentijdse transitie. Daarnaast loopt de discussie over de coronavergoedingen in verband met het hogere ziekteverzuim en die over het energievraagstuk. Van dat laatste heb ik in een eerder debat gezegd dat ik daar nog op terugkom, maar natuurlijk wel in overleg met de rest van het kabinet. Want we moeten daar met elkaar nog over spreken in de najaarsbesluitvorming. Maar u kunt ervan op aan dat ik erbovenop zit, omdat ik ook die problemen zie. De vraag is even – en daarvoor kijk ik even naar mijn rechterkant – wanneer ik u daarvan opnieuw op de hoogte stel. Mag ik straks even terugkomen op hoe ik dat doe?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Onder het voorbehoud van mevrouw Agema, dus eind eerste termijn of ... Nou, het hangt ervan af, voorzitter.

Minister **Helder**:

Nee, dat bedoel ik niet. Ik bedoel dat ik er zo dadelijk nog even op terugkom nadat ik een hulpvraag heb uitgezet over wanneer ik er bij u op terug kan komen, of dat via een brief is of via de najaarsbesluitvorming. Want de energie gaat eigenlijk via de najaarsbesluitvorming. Op dit punt kan ik nog specifiek terugkomen, maar ik heb even wat ambtelijke ondersteuning nodig om te bekijken wat ik daarover afspreek.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben blij dat de Minister de uitdrukking «ik zit erbovenop» gebruikt, want dit is op verzoek van de sector gedaan. Ik zeg uit m'n hoofd dat we er twee jaar geleden al een discussie over hebben gehad dat het zou komen. Ik krijg toch steeds meer het gevoel dat de oude schoenen zijn weggegooid voordat de nieuwe überhaupt gemodelleerd zijn. Dat 2023 nu ook nog een geheel «vrij jaar» is, om het zo maar te noemen, baart me wel zorgen. Dat wil ik gewoon even kwijt.

De **voorzitter**:

Helder punt. Gaat u verder, excellentie.

Minister **Helder**:

Ik neem dat punt ook mee als een helder punt.

Dan ga ik over naar het blokje dat eigenlijk bij de Staatssecretaris hoort, maar waar ik antwoorden over zal geven. De vraag van de heer Mohandis was hoe de aanpakken mentale gezondheid samenhangen en hoe de regie gepakt wordt, wie de vinger aan de pols houdt en of er misschien ook een coördinerend bewindspersoon moet zijn. Het is van belang – dat is ook meerdere keren gezegd – dat er meerdere domeinen samenwerken aan het verbeteren van de mentale gezondheid. De Staatssecretaris heeft daar in zijn aanpak van mentale gezondheid van ons allemaal ook op ingezet. Hij is degene die de uitwerking van het plan heel concreet coördineert en uitvoert. Uiteraard doet hij dat samen met de andere bewindspersonen die de aanpak hebben ondertekend. Dat waren er volgens mij zeven. Om de voortgang van de aanpak en de ontwikkeling van de mentale gezondheid te volgen, wordt een monitor ingericht. De

Staatssecretaris zal u middels de periodieke voortgangsrapportages daarover informeren. Dan gaat u natuurlijk vragen wanneer de eerste komt. Ik kijk naar rechts. Daar kom ik zo nog op terug.

Dan kom ik op de vraag van een aantal mensen, onder wie de heer Mohandis en mevrouw Van den Berg, over het volgende. Bij suïcidepreventie speelt eigenlijk hetzelfde: wie pakt de regie? Men wilde hierbij ook graag een reactie op het wetsvoorstel. Het initiatiefwetsvoorstel van mevrouw Bikker en consorten ligt voor en biedt kansen om dit te verankeren in de wet, net als de wettelijke verankering van stichting 113. U heeft het ook ter sprake gebracht, dus ik denk dat het ook even aan de initiatiefnemers is om dat wetsvoorstel verder te brengen. In de schriftelijke ronde en de behandeling die daarop volgt, zal vervolgens de Staatssecretaris de vragen gaan beantwoorden die daarbij naar voren komen. Is dat akkoord?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik hoorde spijt in de stem van de Minister dat zij dat niet mag doen; daar ben ik blij mee.

Minister **Helder**:

U hoort daarbij de steun van de Staatssecretaris en de Minister; dat mag u zeker concluderen, absoluut. Laat duidelijk zijn – ik heb het net in mijn inleiding al gezegd – dat suïcidepreventie niet alleen voor hem, maar voor ons allemaal bij VWS een enorm belangrijk onderwerp is. We voelen die druk ook echt.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Van den Berg en de heer Raemakers over hoe we suïcidaal gedrag eerder kunnen herkennen en hoe we dat in de zorgopleiding kunnen verankeren. Ook werd er gevraagd naar de opvang voor de nabestaanden van degenen die suïcide hebben gepleegd. Een van de projecten van de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie ziet op het ontwikkelen van modules en trainingsmateriaal voor zorgprofessionals.

Mijn telefoon trilt. Een andere Minister is mij aan het bellen. Excuus daarvoor.

Het is aan beroepsverenigingen en opleidingsinstituten om te bepalen wat ze precies opnemen in de opleidingseisen van het curriculum en de opleidingsprogramma's. Wij stimuleren in ieder geval dat dat gebeurt.

Dan kom ik op de structurele voorziening voor de opvang van nabestaanden van suïcide. Ik heb ook gezien dat 250.000 mensen op jaarbasis te maken hebben met deze problematiek. Dat is ongelofelijk. Wij zullen dat betrekken bij de projecten over informatieondersteuning voor nabestaanden die we gaan hebben. Dat doet de Staatssecretaris als coördinator van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Ik denk dat er enthousiasme is om dat te doen, want het is heel belangrijk om inderdaad goed voor de nabestaanden te zorgen.

De heer Raemakers had een vraag over het onderzoeksprogramma. Veel mensen die suïcide plegen, zijn eigenlijk helemaal niet bij de ggz in beeld. Ik kan u zeggen dat er 2 miljoen beschikbaar gesteld wordt voor nieuw onderzoek naar suïcidepreventie. Het is echt de bedoeling dat daarmee kennis over suïcide en suïcidepogingen wordt verworven en dat die goed wordt verspreid. Daarmee kunnen we suïcide hopelijk ook reduceren. Dat is ook in het begrotingsdebat aan de orde gekomen. Dit staat echter niet op zich. Dit onderwerp heeft veel inhoudelijke raakvlakken. Het is belangrijk om verbanden te zoeken en te leggen met onder andere het sociale domein. Ook moeten we met elkaar echt kijken naar de druk die we op jongere mensen leggen in onze prestatiegerichte samenleving. Dat vond ik een goede oproep van mevrouw Bikker, een oproep aan de hele samenleving eigenlijk. Vaak moet er gewoon aandacht zijn voor positieve dingen, positief nieuws. Als het specifiek gaat om de onderzoeksprogramma's, zal de Staatssecretaris erop toezien dat ook met andere

onderzoeksprogramma's, uiteraard ook binnen de ggz – daar kan ik zelf op toezien – verbinding wordt gelegd. Ik hoop dat dat voldoende is.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb daar wel een vraag over. Stel je nou voor dat je een nabestaande bent van iemand die wel suïcide heeft gepleegd, maar niet in de ggz zat. Zo iemand kan dit nieuws best wel met verbazing tot zich nemen, omdat die denkt: maar bij degene waarvan ik de nabestaande ben, speelde dit helemaal niet. Daarom was mijn vraag: zou de regering niet met vertegenwoordigers van nabestaanden in overleg kunnen treden en in ieder geval uitleggen hoe dit bedoeld is en wat ermee beoogd wordt? Want volgens mij is nu het geval dat dit niet begrepen wordt.

Minister **Helder**:

Ik denk dat ik dat voor de Staatssecretaris kan toezeggen. Dat lijkt me een heel goede suggestie.

In het verlengde daarvan ligt de vraag van mevrouw Bikker over de voorlichting op scholen. Wat zijn de plannen van de Staatssecretaris daarvoor? Excuus, ik lees dit echt voor, want dit zijn zijn antwoorden. In het kader van mentale gezondheid voor ons allemaal zet hij het bespreekbaar maken van dit onderwerp op scholen echt op de agenda. Het programma STORM wordt op scholen aangeboden, met als doel het voorkomen van depressies en suicides onder jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Ook krijgen scholen vanuit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie de beschikking over lessen van MIND Young Academy en het lesprogramma Lief Liever Liefst. Scholen kunnen het programma van MIND Young Academy aanvragen via de stichting MIND. Het andere programma, Lief Liever Liefst, kan worden aangevraagd via de Rijksuniversiteit Groningen. Vanuit de aanpak Mentale gezondheid van ons allemaal wordt ingezet op de intensivering van het kennis- en ondersteuningsprogramma Welbevinden op School.

De **voorzitter**:

Nog even een vraag van mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik heb er alle begrip dat de Minister dit antwoord voorleest, maar ik had ook gevraagd of er voldoende gebruik van wordt gemaakt door scholen. Het is mooi dat het aanbod er is, maar het gaat er vervolgens om of het voldoende gebruikt wordt. Ik kan me heel goed voorstellen dat de Minister daar niet nu, à la minute, op kan antwoorden, maar ik zou wel graag hebben dat daar schriftelijk op wordt teruggekomen. Het maakt voor mij namelijk uit voor het vervolg na dit debat.

Minister **Helder**:

Ik zeg graag toe dat de Staatssecretaris u daar een brief over gaat sturen. Daar zal hij schriftelijk op terugkomen.

Dan de laatste vraag van mevrouw Bikker in dit verband: de Staatssecretaris is bezig met het Gezond en Actief Leven Akkoord, maar hoeveel middelen uit dat akkoord zullen bestemd zijn voor de mentale preventie? Hij gaat u op korte termijn informeren over het GALA. We zullen u gezamenlijk, dus de Staatssecretaris en ikzelf, informeren over de uitwerking van de SPUK, de brede SPUK en de bijbehorende middelen voor de uitvoering van het GALA, ook richting de gemeentes. Ik kan u dat dus helaas nu nog niet zeggen, maar we gaan u daar binnenkort over informeren.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Een SPUK is een specifieke uitkering, zeg ik voor de luisteraars thuis.

Minister Helder:
Een specifieke uitkering, inderdaad.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):
En GALA is geen mooie jurk maar actief leven en...

Minister Helder:
Dat is het Gezond en Actief Leven Akkoord. Die had ik eruit gegooid! Maar de SPUK is inderdaad de specifieke uitkering. Misschien even als ondertiteling voor de lezers thuis: wij moeten in het kader van de uitvoering van al die preventieopdrachten die er in het GALA besloten liggen, de gemeentes ook in staat stellen om integraal en samenhangend beleid daarop te voeren. Vandaar dat we gaan kiezen voor een brede mogelijkheid van specifieke uitkeringen. Dat wordt op dit moment uitgewerkt.

Mevrouw Van den Hil (VVD):
Was u klaar met 113 van de Staatssecretaris?

Minister Helder:
Ik was klaar met 113 van de Staatssecretaris.

Mevrouw Van den Hil (VVD):
Oké, dan ben ik er nog niet klaar mee. Ik heb daar nog een vraagje over. Ik heb echt specifiek aandacht gevraagd voor blijvende aandacht voor de financiering van die stichting. Dat valt namelijk iedere keer tussen wal en schip: wel-geïndexeerd of niet-geïndexeerd. Ik wil het dus gewoon nog even horen.

Minister Helder:
Voor zover ik me kan herinneren van het begrotingsdebat heeft hij toen in de beantwoording aangegeven dat 113 structureel gefinancierd wordt. Hij is verder in overleg over wat daarbij nog additionele vragen en dergelijke kunnen zijn in de toekomst. Maar er was überhaupt al verwarring over of het meerjarig of structureel was. Het wordt dus in ieder geval structureel gefinancierd. Ik hoop dat dat voldoende is.
Dan heb ik nog twee vragen liggen. De vraag over FBTO blijft nog even liggen.
De wetsevaluatie van de Wvvgz en de Wzd. Ik ben het er helemaal mee eens. De onderzoekers komen inderdaad tot harde conclusies. Ze doen aanbevelingen aan de wetgever en aan het veld. Ik wil heel zorgvuldig met die aanbevelingen aan de slag. Dat willen de veldpartijen ook. Ik ben volgens mij van nog eerder dan mevrouw Van den Hil, want ik heb de hele aanloop naar de voorgaande wetgeving ook meegemaakt. Het zijn hele complexe wetten. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we de opvolging van de aanbevelingen uit de evaluatie echt doen met een goede stap voorwaarts. Ik hoor de vraag, onder anderen van mevrouw Bikker en in het interruptiedebat, of er geen dingen zijn die daarop vooruit kunnen lopen. Ik ga de beleidsreactie zo spoedig mogelijk in het nieuwe jaar naar u toesturen. Maar ik hang er wel aan dat we echt met elkaar proberen om een goede stap vooruit te zetten. We moeten waar we nu last van hebben, goed repareren met elkaar. We moeten die aanbevelingen echt serieus nemen.
In een interruptiedebat werd ook gevraagd of we het concreet genoeg doen voor de zorgpraktijken, om het zo maar te zeggen. Ik denk dat het belangrijk is dat we bij de opvolging van die evaluatie echt de medewerkers en de behandelaren van de werkvloer hierin meenemen, en niet alleen de koepels. Ik denk dat dat een goede les is. Ik heb mezelf nog iets voorgenomen. De doelstelling van onder andere de Wzd is immers eigenlijk ook om veel meer te komen tot vrijwillige zorg en tot veel minder

zorg onder de Wzd. We moeten de bedoeling van beide wetten ook echt goed naleven. Dan doel ik niet alleen op de waarborgen binnen de wetstoepassing maar vooral ook op de bedoeling die erachter zit om in de zorg minder dwang toe te passen.

Qua tijdspad heb ik aangegeven dat ik die beleidsreactie begin volgend jaar zal sturen. Er wordt ontzettend hard gewerkt aan het voorstel van die wetswijziging en die beleidsreactie. Daarin zal ik dan een globaal tijdspad meenemen, maar ik hang er wel aan om het goed te doen. Het is bijna de complexiteit van de complexiteitsdiscussie, dus blijer kan ik u helaas niet maken. Excuus.

Dan een laatste vraag over de...

De voorzitter:

Sorry, mevrouw Van den Berg nog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Gaat de Minister dan ook in op het concept dat ik maar «de wet strippen» noem, in plaats van dat ze gaat kijken of we er een paar belletjes af kunnen halen en er weer een ander spiegeltje aan toe kunnen voegen?

Minister Helder:

Ik ben het ermee eens dat we echt naar het fundament moeten kijken. Dat is precies waar we de tijd voor nodig hebben. Dat is echt mijn ambitie. Dan was er nog een vraag, volgens mij van mevrouw Westerveld, over de langdurige ggz, de Wlz-ggz, namelijk over de overweging om te denken aan een tariefmaatregel. Hoe ga ik er dan voor zorgen dat er geen nieuwe problemen ontstaan? We worden natuurlijk geconfronteerd met een veel hogere instroom dan ooit was bedacht. Ik onderzoek op dit moment wat er nodig is om enerzijds het budgettaire knelpunt in de Wlz dat er kan ontstaan in 2024 op te lossen. Ik wil dat zorgvuldig doen en goed afwegen. Daarnaast wil ik vooral voor de langere termijn met het veld kijken of we tot duurzame oplossingen kunnen komen, een werkagenda kunnen maken voor de langdurige ggz en kunnen komen tot passende zorg voor deze groep. We willen voorkomen dat mensen onnodig in de Wlz instromen, maar als zij echt op de Wlz aangewezen zijn, dan willen we uiteraard dat we die georganiseerd hebben en inkopen. Gelukkig zijn de gemeentes ook bij deze gesprekken aangesloten, want het vraagstuk en de oplossing moeten echt vanuit een breder perspectief worden bekeken dan alleen vanuit de ggz. Mijn streven is om de Kamer nog voor het einde van het jaar te informeren over het besluit en het vervolg.

Voorzitter. Dan ga ik de vraag over FBTO proberen af te handelen. Werpt FBTO met de verandering in de restitutiepolis geen hinderpaal op? Ik ga dit antwoord voorlezen, want ik heb het nog niet gelezen. We doen het dus gewoon live. Ik heb vernomen dat FBTO de restitutiepolis per 2023 verandert in een combinatiepolis. Dat kan omdat verzekeraars zelf bepalen welke soort polissen zij wel of niet aanbieden. Een combinatiepolis is een polis die voor veel soorten zorg gelijk is aan een restitutiepolis en voor sommige soorten zorg gelijk is aan een naturapolis, bijvoorbeeld voor de ggz-zorg. Dat betekent dat verzekerden met zo'n polis voor ggz-zorg de keuze hebben uit het door de verzekeraar gecontracteerde aanbod. De verzekeraar moet daarbij uiteraard voldoende zorg inkopen. Indien de verzekerde met die polis toch kiest voor een ongecontracteerde ggz-aanbieder, dan mag de verzekeraar de vergoeding beperken tot een deel van de kosten, maar de vergoeding moet ten minste zo hoog zijn dat er geen sprake is van een hinderpaal.

Hoewel ik het polisaanbod voor 2023 nog niet volledig ken – dat heb ik net al gezegd; we hebben alleen deze polis van FBTO gezien – omdat zij hun aanbod allemaal uiterlijk 12 november kenbaar maken, ga ik ervan uit dat er restitutiepolissen op de markt zullen zijn. Ik wil voorkomen dat de indruk ontstaat dat gecontracteerde zorg van mindere kwaliteit zou zijn

dan ongecontracteerde zorg. Het gaat om de keuzemogelijkheden. Ik heb ook al eerder gezegd dat contractering juist goed zou moeten zijn voor verzekeraars, omdat ze daarmee goede en doelmatige zorg kunnen inkopen. Dat even terzijde, maar de zorgverzekeraar heeft zowel voor verzekerden met een naturapolis als voor verzekerden met een combinatiepolis zorgplicht. Het hinderpaalcriterium geldt net zo goed voor het naturadeel als voor het restitutedeel. Daarmee wordt de toegankelijkheid van de ggz-zorg gewaarborgd. De vraag is even of ik dan antwoord heb gegeven op de vraag; volgens mij nog niet volledig.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het lijkt heel erg veel op het eerdere antwoord.

Minister **Helder**:

Excuus daarvoor. Ik moet daarover echt eventjes in overleg treden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het gaat er hier natuurlijk om dat de Minister heel gemakkelijk zegt dat hiermee aan het hinderpaalcriterium wordt voldaan. Dat is natuurlijk niet zo.

Minister **Helder**:

Nee, laat het even duidelijk zijn: ik wil me er zeker niet makkelijk van afmaken, maar, nogmaals, ik ken niet het hele beeld. Mevrouw Agema maakt een combinatie tussen aan de ene kant het Integraal Zorgakkoord, waarbij we ook over het stimuleren van gecontracteerde zorg hebben gesproken, en het hinderpaalcriterium aan de andere kant. Laat ik die verbinding in ieder geval wegnemen, want die is zeker niet de bedoeling. Ook ik zie deze polissen komen, maar ik weet nog niet wat de rest van het aanbod is. Ik stel voor dat ik, ook gezien de tijd, er schriftelijk op terugkom en daar een goede uitleg bij geef. Excuus dat dat nu even niet zo gemakkelijk ging, maar dat heeft te maken met de wisselende antwoorden die ik voor de neus krijg.

De **voorzitter**:

Als u hier schriftelijk op terugkomt, kan ik me voorstellen dat er een tweeminutendebat komt. Laat ik dan zeggen dat we het wel voor het tweeminutendebat willen weten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik neem het de Minister ook niet kwalijk, hoor. Het is voor mij ook allemaal heel erg onduidelijk, ook hoe het wettelijk allemaal in elkaar steekt. Het is nogal wat, het arrest van de Hoge Raad en het hinderpaalcriterium in artikel 13. Dat gaat natuurlijk over het verlagen van tarieven. Daarop heeft het hinderpaalcriterium natuurlijk betrekking. Als het tarief naar beneden gaat en er gaat voor een ongecontracteerde aanbieder ineens een eigen bijdrage gelden die hoger is dan die voor de wel-gecontracteerde aanbieder, dan krijg je daar een hinderpaal. Ik zeg niet dat de Minister zich er gemakkelijk vanaf maakt, maar de Minister zei heel gemakkelijk dat dat niet in strijd is met het hinderpaalcriterium. Dat is het volgens mij dus wel. Het is dus heel belangrijk dat de Minister in de brief nadrukkelijker en uitgebreider ingaat op dat punt. Voor de wijkverpleging in een heel klein dorpje met een heel klein kernetje waar één aanbieder is die niet aan die € 100.000 omzet komt om gecontracteerd te kunnen worden, is het een hinderpaal als je juist voor die wijkverpleegkundige aanbieder extra moet bijbetalen. Datzelfde geldt voor de ggz-psycholoog of -psychiater die niet gecontracteerd is: ook voor hem of haar moet je bijbetalen. Dat is de hinderpaal. Ik vraag de Minister om in de brief daar uitgebreid op in te gaan.

Minister Helder:

Toch nog één keer: de bedoeling van deze discussie binnen het Integraal Zorgakkoord is niet om anders om te gaan met het hinderpaalcriterium. Het gaat erover dat we willen stimuleren om juist meer te contracteren en dat ook gemakkelijker willen maken. Wat dat betreft loopt deze discussie daar even langs, maar ik zal er in de brief op terugkomen. Ik hoop dat dat dan voldoende uitgebreid is. In het tweeminutendebat – ik ga er al van uit dat dat wordt aangevraagd – kunnen we er dan op terugkomen.

De heer Raemakers (D66):

Nu we het einde van het debat naderen, heb ik nog één vraag openstaan, over de rode-dradenanalyse van de NZa en het feit dat de positie van patiënten en behandelaars daarin niet echt lijkt te zijn meegenomen. Die vraag is niet beantwoord.

Minister Helder:

Het is even de vraag of er nog een tweede termijn komt. Anders probeer ik het nu even af te doen, want ik heb het antwoord wel gezien. Kijk, ik heb het hier voor me liggen. Excuus, ik had «m kennelijk overgeslagen. Het korte antwoord is dat ik snap wat u probeert te zeggen, maar dat het probleem natuurlijk is dat de NZa in principe haar toezicht uitvoert langs de lijn van de zorgplicht en de verzekeraar. De NZa heeft dus ook alleen contact met de zorgverzekeraar in dat kader en niet met patiënten. Dat maakt het praktisch niet zo mogelijk om het op die manier te doen. Dat vraagt dus nog even een verdieping om te kijken wat u precies hiermee bedoelt. Ik kan me voorstellen dat het belangrijk is om het perspectief van de patiënten mee te nemen in de rode-dradenanalyse. Dat hebben we natuurlijk ook gedaan door te kijken waar cliënten terecht zijn gekomen na de sluitingen in de cruciale zorg. De NZa gaat dat nog een keer bevragen, dus die ziet daar heel actief op toe. Ze heeft ook een overzicht gegeven. Als u meer wilt dan op die manier het perspectief van de patiënt meenemen, dan ben ik een beetje zoekende naar wat dat dan is.

De heer Raemakers (D66):

Het punt is een beetje dat de conclusie van deze analyse is dat er eigenlijk geen rode draad te verkennen is, als je luistert naar de verzekeraars en de directeurs, omdat het steeds andere situaties zijn. De ene keer is het personeel het probleem en de andere keer zijn de financiën het probleem et cetera. Maar voor patiënten en behandelaars kan het zo voelen dat er wél een rode draad is. Om het dan af te doen met «er is geen rode draad»? Daar zit voor mij een beetje het probleem. Een deel van de groep die het betreft, is niet echt gehoord. Het hoeft voor mij niet per se op dezelfde manier door de NZa te gebeuren, maar het zou wel fijn zijn als de Minister kan toezeggen dat ze nog op een gestructureerde manier in gesprek gaat met patiënten en behandelaars van deze klinieken en dat ze daar een of ander onderzoek naar doet.

Minister Helder:

Het goede nieuws is dat ik dat ook heb gedaan. Ik ben naar de klinieken toegegaan en heb daar ook met cliënten en behandelaars gesproken, niet alleen met de directie. Dat waren goede, open en indringende gesprekken. Als u mij toestaat om het zo te vertalen dat ik erover nadenk hoe we dat nog beter kunnen doen in de toekomst, dan zal ik daar bij u op terugkomen.

De voorzitter:

De Minister is aan het einde van haar beantwoording gekomen. Meneer Mohandis, u had nog een interruptie.

De heer Mohandis (PvdA):

Ik wilde alleen zeggen dat ik het punt over de rol van een soort coördinerend bewindspersoon meeneem richting de tweede termijn. Want de Minister zei wel «we hebben eigenlijk wel de Staatssecretaris», maar juist als we naar al die verschillende beleidsterreinen ... Sorry?

Minister Helder:

Mag ik direct reageren? Ik zei namelijk niet dat we eigenlijk wel de Staatssecretaris hebben. De Staatssecretaris acht zich ook de coördinerende bewindspersoon als het gaat om de mentale gezondheid. Laat ik zijn rol niet kleiner maken dan die is.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Nee, oké.

Minister Helder:

Hij was niet degene die net belde, kan ik u hierbij zeggen. Dat was iemand anders, een van de ministers.

(Hilariteit)

De heer **Mohandis** (PvdA):

Hij kijkt mee. «Ik ben de coördinator.»

Minister Helder:

Hij kijkt naar heel veel brieven die ik heb toegezegd. Maar hij heeft echt de rol van coördinerend bewindspersoon, niet alleen binnen VWS, maar ook met de overige ministers. Misschien is het goed dat ik dat nog even bij hem terugleg, om te vragen of het klopt. Ik vraag hem dan misschien ook om contact met u op te nemen, om te verdiepen of het antwoord tegemoetkomt aan de verwachting die u heeft van een coördinerend bewindspersoon. Is dat akkoord?

De heer **Mohandis** (PvdA):

Dat lijkt mij akkoord. Het gaat erom dat een coördinerend bewindspersoon ook zicht heeft op bijvoorbeeld de programma's rondom mentale gezondheid en de effecten daarvan in het onderwijs en de andere beleidsterreinen. Dat is volgens mij niet hoe het nu is. Ik ben wel heel benieuwd, niet alleen maar of de bewindspersoon zichzelf acht coördinerend te zijn, maar of hij dat ook daadwerkelijk is met alles wat erbij hoort. Daarover verschillen wij vooralsnog wel van inzicht, maar ik hoor graag hoe de bewindspersoon daar zelf over denkt.

Minister Helder:

Ik ga dat aan hem vragen. Het feit alleen al dat we met zeven bewindspersonen deze brief hebben ondertekend waarin hij een coördinerende rol heeft, maakt dat hij dat ook moet gaan waarmaken. Ik zal hem deze boodschap overbrengen en vraag hem anders gewoon om even in contact te treden met u, om dat verder uit te leggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Nu we aan het einde van de eerste termijn aan de zijde van het kabinet zijn gekomen, heb ik een procedurevoorstel. Het is nu 17.00 uur. Dat is in principe de eindtijd van dit debat. Ik begrijp dat er sowieso een tweeminutendebat wordt aangevraagd door de VVD, met de VVD dus als eerste spreker. We kunnen twee dingen doen. We kunnen nog een tweede termijn doen, maar dan lopen we echt uit. We kunnen ook zeggen dat we dat niet doen. Er is hier een aantal toezeggingen gedaan, waarbij steeds opvalt dat het moment waarop er teruggereporteerd wordt aan de Kamer nog niet is vastgesteld. Mijn voorstel is dat de toezeggingen die zijn gedaan naar het ministerie worden gestuurd. Die worden eerst nog

keurig uitgetypt en op een rijtje gezet door de Griffie. De Minister kan dan morgen of overmorgen zelf daar de tijden bij zetten en naar jullie toesturen. Jullie vinden dat prima, maar de ...

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik verwacht dat dat gecombineerd is met het aantal dingetjes waar de Minister op terug zou komen in tweede termijn of eind eerste termijn.

De **voorzitter**:

Uiteraard. Het zou het beste zijn als we dat allemaal, inclusief het antwoord op de vragen van mevrouw Agema over de verzekering, in ieder geval hebben voor het tweeminutendebat. Ik kijk naar de zijde van de Kamer. Zij zijn akkoord. Ik kijk even naar de excellentie of zij ook akkoord is. Zij moet de brief tenslotte sturen.

Minister **Helder**:

Op zich ben ik daar akkoord mee. Ik kan wel aangeven dat ik u over het zorgprestatie-model ga informeren zodra beide onderzoeken die de NZa nu laat doen, zijn afgerond. Daar ben ik dus van afhankelijk. U krijgt van mij aan het begin van 2023 een brief over esketamine. Ik geef meteen maar mee dat dat niet wil zeggen dat ik tussentijds geen aandacht voor het onderwerp heb. In die brief wil ik ingaan op de lijnen die mevrouw Bikker mooi heeft samengevat. In het begin van 2023 krijgt u van mij daarover een brief.

De **voorzitter**:

Dank u wel, excellentie. Ik zou toch willen vragen of u dat nog eventjes als reactie eronder zet. Dat is gemakkelijk voor het overzicht dat we hebben. We zijn aan het einde van dit debat gekomen. Ik dank de Kamer voor de inbreng, de excellentie voor de beantwoording van de vragen en de ondersteuning voor hun werk. Ik dank ook de bezoekers op de tribune en de kijkers thuis. Ik sluit dit commissiedebat.
Dank u wel.

Sluiting 17.03 uur.