

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport betreffende de stand van zaken over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)<sup>1</sup>.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Heller

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 602.

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie</b>	<b>2</b>
<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie</b>	<b>3</b>
<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie</b>	<b>6</b>
<b>Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie</b>	<b>6</b>
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>8</b>

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit de cijfers blijkt dat de aanmeldwachtlijden (licht) afnemen terwijl de behandelwachtlijden toenemen. Zij vinden het positief dat mensen hierdoor minder lang op een intake hoeven te wachten, maar betreuren het dat mensen wel langer moeten wachten op de start van hun behandeling.

De leden van de VVD-fractie vinden het verder positief te lezen dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) oordeelt dat ggz-aanbieders over het algemeen in staat blijken de extra uitdagingen die de pandemie met zich meebrengt (zoals een fluctuerende zorgvraag en hoger verzuim) op te vangen. Genoemde leden vinden dit een groot compliment waard richting de ggz-aanbieders die zich met hart en ziel inzetten om de zorg te blijven bieden aan mensen die dit nodig hebben.

De NZa geeft aan dat bijna 85.000 mensen in Nederland wachten op basis en specialistische ggz en dat binnen deze groep geldt dat voor bijna 9.000 mensen de wachttijd voor behandeling langer is dan de norm die het veld hiervoor heeft bepaald (de Treeknorm van tien weken). Welk deel van deze groep mensen wacht op basis ggz en welk deel op specialistische ggz? Wat is de gemiddelde wachttijd per groep? Wordt er een inzet gepleegd om deze mensen tijdens de wachttijd te ondersteunen? In hoeverre speelt de Praktijkondersteuner Huisarts (POH) hierbij een rol? De leden van de VVD-fractie lezen dat voor ongeveer 31.000 mensen de wachttijd voor een intake langer is dan de Treeknorm (van vier weken). Zij zijn geschrokken van deze cijfers en vernemen graag van de Minister hoe deze cijfers teruggebracht kunnen worden naar de norm, temeer gezien het feit dat ten opzichte van de situatie in mei 2021 het totale aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht licht is toegenomen: van ruim 37.000 mensen toen naar een krappe 40.000 nu. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het zorgelijk is dat veel mensen wachten op een intake en op een behandeling, en dat dit de uiteindelijke zorgvraag en duur van de behandeling niet ten goede komt. Dit zal vervolgens volgens genoemde leden juist zorgen voor nog langere wachttijden. Zij ontvangen in dit kader graag een reactie van de Minister.

Het is bekend dat er soms zwaardere complexe zorg ontstaat uit eerdere hulpvragen wanneer er in een eerder stadium geen passende hulp is geboden. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of er inzicht is of de groep mensen die wachten op het starten van hun behandeling wegens het verslechteren van hun situatie terecht komen bij de acute ggz. Zo ja, om hoeveel mensen gaat het? Wat wordt er gedaan om mensen in psychische nood tijdens hun wachttijd te ondersteunen om dit te voorkomen? En zijn er ook mensen die in de wachtperiode uit beeld verdwijnen? Zo ja, om hoeveel mensen gaat het?

De leden van de VVD-fractie onderschrijven met de Minister het belang van beleid dat inzet op gezondheid en mentale weerbaarheid, het voorkomen van onnodige instroom in de ggz en het slim organiseren van de ggz-zorg. Zij ontvangen graag een gedetailleerdere reactie waarin de Minister beschrijft hoe zij voornemens is de ggz-zorg slim te organiseren om zo de doorstroom te bevorderen en ook de wachttijden terug te dringen. Is de Minister voornemens om de toekomstagenda ggz te koppelen aan concrete doelen met betrekking tot de wachttijstenproblematiek? Kan de Minister hier een toelichting op geven?

In figuur 1 en 2 van het NZa-rapport zien de leden van de VVD-fractie dat met name mensen met bepaalde diagnoses en uit bepaalde regio's, langer dan de Treeknorm wachten op een intakegesprek. Vindt er op basis van deze data extra gerichte inzet en/of samenwerking plaats tussen regio's om de wachttijstenproblematiek te verminderen? Zo ja, welke? In hoeverre speelt het Ondersteuningsteam Zorg en Jeugd (OZJ) hierin een rol?

Verder zijn genoemde leden benieuwd hoe de aanpak van wachttijstenproblematiek zich verhoudt tot de regionale doorzettingsmacht die de Minister vanaf 1 mei 2022 zal krijgen voor het plaatsen van ggz-patiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen. Deze leden vinden het goed dat de Minister deze formele bevoegdheid krijgt, maar willen onderstrepen dat dit alleen als uiterste redmiddel kan worden ingezet. Op welke gaat dit Minister dit borgen? Wat is de inzet en verwachting van de Minister op dit punt?

Ook willen de leden van de VVD-fractie aandacht vragen voor taakher-schikking in de ggz en de manier waarop dit kan bijdragen aan het terugdringen van de wachttijsten. Een hbo-geschoolde toegepaste psycholoog zou bepaalde taken van een GZ-psycholoog kunnen overnemen om de werkdruk beter te verdelen. In de praktijk gebeurt dit echter niet vanwege formele knelpunten (zo heeft een toegepaste psycholoog geen bekostigingscode en mag hij of zij niet tijdschrijven). Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit soort regels niet in de weg mogen staan van het verlenen van pragmatische, efficiënte en kwalitatief goede zorg? Ziet de Minister mogelijkheden om deze knelpunten op te lossen? En is de Minister voornemens om taakher-schikking op te nemen in de toekomstagenda ggz? Deze leden ontvangen op dit punt graag een reactie van de Minister. Ook ontvangen zij graag een reactie van de Minister op praktische initiatieven vanuit het veld, zoals Wachtverzachter ([www.wachtverzachter.nu](http://www.wachtverzachter.nu)), om de wachttijden in de ggz draaglijker te maken. Tot slot ontvangen genoemde leden graag een reactie van de Minister op het initiatief Hoofdzaken van MIND, ZonMw, de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en de Hersenstichting, waarbij door nauwere samenwerking tussen specialisten ook wordt beoogd patiënten sneller en effectiever te helpen. Is de Minister in gesprek met de organisaties achter Hoofdzaken om na te gaan hoe hun aanpak zou kunnen leiden tot kortere wachttijden in de ggz?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de laatste stand van zakenbrief, alsmede van eerdere brieven aangaande de wachttijden in de ggz. Zij constateren dat er binnen de ggz een grote uitdaging ligt om ervoor te zorgen dat juist de wachttijden in de specialistische ggz tot een uiterst minimum worden beperkt. Zij benadrukken dat, naast preventie en vroegsignalering, het belangrijk is dat juist deze groep patiënten de prioriteit krijgen binnen de ggz. Het betreft immers mensen die het meest kwetsbaar zijn. Zij kijken daarom uit naar de inzet van de Minister met

betrekking tot de toekomstagenda ggz. Deze leden vragen aan de Minister hoe zij haar rol ziet binnen de ggz-sector om ervoor te zorgen dat ook hier passende zorg wordt geleverd. Geldt passende zorg wat de Minister betreft ook voor de ggz?

De leden van de D66-fractie zijn goed gestemd dat de Minister tijdens het Hoofdlijnendebat VWS van 8 maart jl. aangaf dat de situatie in de ggz urgent is en dat in de samenwerking binnen de stuurgroep wachttijden ggz al enkele concrete acties zijn gerealiseerd, zoals de acht tafels hoogcomplexen ggz die zijn opgezet, de regionale doorzettingsmacht per 1 mei 2022, het aangekondigde onderzoek naar de dubbelwachtenden door de NZa en de regionale transfermechanismen die zijn opgezet met bijbehorende versnellers voor de regio's waar de wachttijden het langst zijn. Wanneer verwacht de Minister de eerste merkbare resultaten van al deze initiatieven? Hoe worden deze resultaten gemonitord en wat zijn de consequenties als doelstellingen niet worden gehaald? Deze leden vragen de Minister daarbij ook naar sanctionering richting zorgverzekeraars die binnen het stelsel een zorgplicht hebben (volgens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet) en hoe de NZa hier nu al op toeziet.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa heeft bewerkstelligd dat zorgaanbieders gemakkelijker hun wachttijdinformatie kunnen doorgeven. Zij vragen de Minister de NZa te vragen hoeveel procent van de aanbieders dit ook doet en of het percentage ingevulde wachttijdinformatie op [kiezenindeggz.nl](http://kiezenindeggz.nl) is toegenomen ten opzichte van een jaar geleden.

De leden van de D66-fractie maken zich al lange tijd zorgen om de wachttijden en betreuren dat de NZa weinig grote ontwikkelingen ziet, temeer omdat juist de behandelwachttijd toeneemt maar de aanmeldwachttijd wel bij meerdere diagnosegroepen daalt. Hoe kijkt de Minister tegen dit verschil aan? Welke financiële prikkels kunnen eraan ten grondslag liggen dat de aanmeldwachttijd daalt maar de behandelwachttijd stijgt? Kan het zijn dat het voor aanbieders loont om wel een aanmelding te doen maar geen behandeling? Deze leden vragen de Minister daarbij wat zij vindt van de situatie dat ggz-patiënten na aanmelding bij een zorgaanbieder wordt verteld dat zij niet in aanmerking komen voor een behandeling omdat zij «te complex» zijn en dat aanbieders kunnen weigeren om patiënten te behandelen. Zij merken ook dat patiënten dan ook niet worden gewezen op alternatieven of worden doorverwezen of opnieuw op een wachtlijst moeten. Zij vragen de Minister dit omdat een specialist in het ziekenhuis zelden tot nooit een patiënt vertelt dat hij of zij «te complex» is voor zorg, met uitzondering van zeer zeldzame aandoeningen die tertiaire zorg in een Universitair Medisch Centrum (UMC) behoeven. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of er ook bij zorgaanbieders een acceptatieplicht geldt en of de Minister bereid is te onderzoeken hoe vaak het voorkomt binnen de ggz dat patiënten te horen krijgen dat zorg vanwege een specifieke diagnose niet mogelijk is.

De leden van de D66-fractie vinden het fijn dat de wachttijd bij de basis ggz afneemt. Zij vrezen echter dat er een onevenredige verschuiving plaatsvindt van personeel en middelen van de specialistische ggz naar de basis ggz, waardoor de wachtlijsten in de laatste groep weliswaar afnemen maar de wachttijden voor specialistische zorg toenemen. Herkent de Minister dit? Hoe kijkt zij naar de berichtgeving, zoals bij de situatie rondom PsyQ in Amsterdam, dat psychiaters en psychologen in toenemende mate de voorkeur geven aan het verlenen van zorg in de basis ggz, omdat werkomstandigheden prettiger zijn (zoals de ervaren vrijheid en administratieve druk)? Klopt dit en is dit te kwantificeren via

bijvoorbeeld de beroepsverenigingen? Hoeveel psychiaters zijn momenteel actief als zelfstandige in vergelijking met tien à vijftien jaar geleden? Wat gaat de Minister zelf of richting zorgverzekeraars ondernemen om het werken bij grotere (specialistische) ggz-aanbieders aantrekkelijker te maken? Is de Minister bereid dit vraagstuk, arbeidsmarktbeleid in de ggz, mee te nemen in de toekomstagenda ggz die zij opstelt?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister wat de stand van zaken is betreffende de handreiking wachttijdbegeleiding voor mensen die psychische hulp nodig hebben binnen de ggz. Zij constateren dat wachttijdbegeleiding, zoals e-health, psycho-educatie, informatie voor naasten of zelfzorginterventies, kunnen helpen gedurende de periode van wachten. Zij benadrukken dat dit geen alternatief is voor effectieve behandeling, maar zijn van mening dat het wel kan bijdragen dat klachten gedurende het wachten niet erger worden. Deze handreiking werd reeds genoemd in het Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019<sup>2</sup>. Wat is het effect van deze handreiking wachttijdbegeleiding? Indien deze nog steeds niet aanwezig is, waarom is dat het geval en wanneer is deze er wel? En is de Minister van mening dat dit alsnog van toegevoegde waarde kan zijn? Zo nee, waarom niet?

De leden van de D66-fractie benadrukken het belang van goede diagnostiek aan het begin van een behandeltraject. Zo wordt voorkomen dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd of onnodig wachten bij een aanbieder die eigenlijk niet de juiste zorg kan bieden. Hoe kijkt de Minister aan tegen het belang van psychodiagnostiek en dan met name het uitvoeren van een volledig psychologisch onderzoek? Klopt het dat er momenteel nog geen richtlijn of kwaliteitsstandaard is voor psychodiagnostiek en geen kwaliteitsregister is voor psychodiagnostici, terwijl deze wel kunnen bijdragen aan juiste diagnoses bij patiënten? Is de Minister bereid dit vanuit haar rol aan te jagen, zodat diagnoses eerder en juist worden gesteld? Zo nee, waarom niet? Wat kan de Minister anders doen om het traject van diagnosticeren te verbeteren?

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd naar de uitwerking van de passage in het coalitieakkoord om de POH in de ggz een grotere rol te geven. Komt de Minister hierop terug in de toekomstagenda ggz die zij voor het volgende debat over de ggz naar de Kamer stuurt? Zo ja, komt zij dan met plannen om het potentieel van de POH maximaal te benutten? Hoe kijkt de Minister aan tegen de conclusie in de rapportage Panel Psychisch Gezien dat de groep panelleden die de afgelopen twaalf maanden contact heeft gehad met de POH-ggz groter is geworden (dertien procent in 2015 en negentien procent in 2021). Is dit een positieve of minder positieve ontwikkeling, gegeven de huidige stand van de wachtlijsten in de ggz?

De leden van de D66-fractie vragen tot slot in welke mate de succesvolle pilot van Arkin, in samenwerking met Zilveren Kruis, de NZa en het Ministerie van VWS, om administratiedruk binnen de ggz terug te dringen, navolging heeft gekregen.<sup>3</sup> Zij willen graag benadrukken dat alle onnodige tijd aan administratie ten koste gaat van behandel tijd en daarmee de wachttijden. Indien dit nog niet landelijk is uitgerold, waarom is dat dan het geval en wat vindt de Minister daarvan?

<sup>2</sup> ZN, MIND, GGZ NL, MEER GGZ, LVVP, NVvP, V&VN, NIP, P3NL, 11 juli 2018, «Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019».

<sup>3</sup> Arkin, 4 december 2018, «Experiment Arkin en Zilveren Kruis: minder administratieve lasten voor behandelaars» (<https://arkin.nl/experiment-arkin-en-zilveren-kruis-minder-administratieve-lasten-voor-behandelaars/>).

## **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken en hebben daarbij nog een aantal vragen.

Allereerst verbazen de leden van de SP-fractie zich over de minimale urgentie die uit de brief van de Minister lijkt te spreken. 85.000 mensen wachten op dit moment op ondersteuning of hulp bij problemen, waardoor zij in hun dagelijks leven (ernstig) belemmerd worden. Omdat aan de buitenkant niet altijd te zien is dat iemand een probleem heeft, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, wil niet zeggen dat de urgentie om geholpen te worden niet net zo groot kan zijn. Genoemde leden zien in de formuleringen voor de «toekomstagenda ggz» vooral een verdeling van de schaarste, in plaats van dat de schaarste wordt aangepakt. Kan de Minister daarop ingaan? Denkt zij dat met het herverdelen van de schaarste de wachtlijsten opgelost gaan worden? Of gaat zij nog meer maatregelen nemen zodat de wachtlijsten weggewerkt zijn, of dat tenminste nergens de Treeknormen overschreden worden?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister toe te lichten wat de effecten van de wachtlijsten in de ggz zijn voor de POH. Is daar nu sprake van een wachtlijst? Kan de POH-ggz de vraag nog aan?

De leden van de SP-fractie lezen dat de NZa geen uitspraken kan doen over dubbel- en voorkeurswachtenden. Met name de term voorkeurswachtenden is in de ogen van deze leden een term die in het leven is geroepen om de hoeveelheid personen op de wachtlijst te bagatelliseren. Want waarom zou iemand een plek moeten accepteren waarvan die persoon niet het gevoel heeft daar geholpen te worden op een manier die werkt of past? Genoemde leden horen graag van de Minister of zij gaat stoppen met deze bagatelliserende termen, of in ieder geval met de term voorkeurswachtenden. Het is immers niet meetbaar.

De leden van de SP-fractie constateren dat recent meerdere grote ggz-aanbieders in de problemen zijn gekomen of hun zorg flink afbouwen. Denk daarbij aan het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona, of het nieuws dat PsyQ mogelijk al haar locaties moet sluiten. Ziet de Minister dergelijke sluitingen als een risico voor de ggz en de wachttijden? Zo ja, wat gaat zij hier aan doen. Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie zien de trend dat grote zorgaanbieders met onrealistische, of ten minste zeer lage tarieven, verhoudingsgewijs eenvoudige trajecten naar zich toe trekken, waardoor instellingen met meer specialistische zorg met minimale marges de intensieve trajecten moeten doen. Herkent de Minister dit beeld en kan zij haar antwoord toelichten? Is zij het met de leden van de SP-fractie eens dat dit een gevolg is van de marktwerking in de ggz-zorg en dat hier iets aan gedaan moet worden?

## **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie**

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn teleurgesteld dat er weinig verandering of verbetering is in de wachttijdproblematiek binnen de ggz. Ondanks de inzet van allerlei plannen van aanpak is het niet gelukt om de wachttijden te verkorten. De behandelwachttijden nemen zelfs toe. Genoemde leden zijn allereerst benieuwd of de nieuwe Minister het aanpakken van de wachttijden in de ggz als een prioriteit ziet. Hoe gaat zij ervoor zorgen dat er wel vooruitgang komt op dit dossier? De ambtsvoorganger van de Minister was zeer begaan met het onderwerp, maar moest

bij zijn afscheid toch concluderen dat het niet gelukt is om iets aan de wachtlijsten te doen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat haar ambtstermijn niet met dezelfde conclusie wordt afgesloten? Hoe prioriteert de Minister de ggz binnen alle taken van haar portefeuille?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de regering vooral wil inzetten op preventie en mentale weerbaarheid van mensen in de samenleving. Dit moet zorgen voor minder verwijzingen naar de ggz. Daarnaast wil de regering de schaarse zorgcapaciteit slimmer organiseren. Genoemde leden vinden preventie en mentale weerbaarheid ook belangrijk, maar vragen de Minister of dit het enige antwoord is op de problematiek in de ggz. Er zullen immers altijd mensen zijn die ggz nodig hebben. Bepaalde neurologische en psychiatrische aandoeningen zijn niet op te lossen met preventie. Hoe kijkt de Minister hier naar? Is de Minister het met deze leden eens dat het beleid tweeledig moet zijn: inzetten op mentale weerbaarheid om zo tot minder verwijzingen te komen, maar ook zorgen voor voldoende zorgcapaciteit voor de mensen die ggz zorg nodig hebben? Zo ja, wat gaat de Minister doen om ook voor dat laatste te zorgen? Ook met het oog op het grote personeelstekort in de sector, waarvan nog wordt verwacht dat dit oploopt de komende jaren. Hoe gaat de Minister alle voorgenomen plannen uitvoeren zonder genoeg beschikbaar personeel? Hoe staat het met het aantal opleidingsplekken voor GZ-psychologen? Zijn er genoeg plekken? Hoeveel zijn er en hoeveel is er nog nodig? Genoemde leden lezen dat er bij het versterken van de organiseerbaarheid in de ggz gedacht wordt aan het bevorderen van avond-, nacht-, en weekenddiensten. Op welke manier zal dit de organiseerbaarheid versterken? In hoeverre is dit plan uitvoerbaar met het huidige tekort aan personeel? Worden dit soort plannen uitgewerkt met inspraak en meedenken van ggz-personeel? Is voldoende in beeld hoe groot het tekort aan capaciteit is per aandoening? Is de Minister voornemens om zich bij de planvorming te baseren op actuele cijfers over de capaciteitstekorten per aandoening, maar ook naar de aard en achterliggende oorzaken van dit probleem? En is de Minister voornemens daarbij ook inzicht te geven in de structurele tekorten in de complexe zorg?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de Minister voor de zomer met een toekomstagenda ggz komt. Gaat de Minister hierin vooral voortbouwen op de ingezette aanpak wachttijden, waar de transfermechanismen, het plan hoog complexe ggz en de regionale doorzettingsmacht onderdeel van zijn? Of zal de Minister met nieuwe plannen komen? Per 1 mei 2022 wordt de «Handreiking Regionale Doorzettingsmacht» van kracht. Is de Minister het met genoemde leden eens dat goede onafhankelijke cliëntenondersteuning bij complexe ggz-casusïstiek, evenals de goede vindbaarheid van deze ondersteuning, voor burgers van belang is hierbij? Wordt dit meegenomen in de toekomstagenda ggz, inclusief borging bij gemeenten hiervan?

De leden van de GroenLinks- en de PvdA-fractie zijn ook benieuwd wie er meedenken en betrokken worden bij de toekomstagenda ggz. Gaat de Minister actief gebruik maken van ervaringsdeskundigen van de wachtlijstproblematiek en hun naasten?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de aanmeldwachttijden (licht) afnemen en de behandelwachttijden toenemen. Deze ontwikkeling begon in het eerste half jaar van 2021 en wordt nu nog steeds gezien. Heeft de Minister een idee waar deze ontwikkeling vandaan komt? Genoemde leden lezen in het rapport over de wachttijden van de NZa dat de totale instroom in de ggz groter is dan de instroom die de informatiekaart weergeeft. Dit omdat de instroom bij ggz-aanbieders met

tien of minder zorgverleners en de instroom uit crisisdiensten niet meetellen. Is er enig zicht op hoeveel mensen daar nog wachten? En is er zicht op hoe lang de wachttijden zijn?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn ook benieuwd of er redenen zijn dat de wachttijden bij bepaalde diagnosegroepen langer zijn dan anderen. Ligt dat aan een tekort aan behandelaars bij deze diagnoses? Of zijn er te weinig plekken voor behandeling? Is het mogelijk om hier specifiek extra uitgebreid op in te gaan bij de vijf diagnosegroepen met de langste wachttijden? Zijn er langere wachttijden bij «zwaardere» zorg dan bij «lichtere» zorg? Hoe kijkt de Minister naar de prikkels in het systeem, waarbij het nu meer loont om «lichtere» patiënten te behandelen dan meer complexe en zware problematiek? Ziet de Minister deze prikkels ook en hoe is de Minister van plan om dit negatieve effect van marktwerking uit de ggz te halen? Is de Minister het met deze leden eens dat ook zwaardere, specialistische zorg beschikbaar moet blijven? Hoe gaat de Minister hiervoor zorgen, ook met het oog op een aantal instellingen voor complexe zorg die voornemens zijn hun deuren te sluiten? Hoe staat het met het voornemen van de ambtsvoorganger van de Minister om een «sluitingsprotocol» op te stellen? Wat zal dit sluitingsprotocol inhouden? Moet dit er ook voor zorgen dat aanbieders niet zomaar instellingen of afdelingen kunnen sluiten, omdat dit hen financieel gezien beter uitkomt? En hoe wordt daarin rekening gehouden met cliënten en werknemers?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat het totaal aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht is toegenomen, van ruim 37.000 mensen naar een kleine 40.000 mensen nu. Is deze toename te verklaren? Wat vindt de Minister ervan dat er ongeveer 40.000 mensen langer wachten dan de normen die het veld hiervoor heeft bepaald? Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit getal zo snel mogelijk naar beneden moet? Welke plannen heeft de Minister hiervoor? In hoeverre kunnen bijvoorbeeld toegepaste psychologen ingezet worden om de wachtlijstproblematiek terug te dringen, zo vragen deze leden? Bijvoorbeeld voor het leveren van overbruggingszorg en begeleiding, zodat regie-behandelaren zich kunnen richten op behandeling? Hoe staat de Minister hier tegenover? Is het juist dat inzet van de toegepaste psycholoog wordt belemmerd doordat instellingen deze inzet alleen via de opslag bekostigd kunnen krijgen, wat minder oplevert dan inzet van een wetenschappelijk geschoolde psycholoog? Hoe kijkt de Minister naar deze bekostigingssystematiek? Is er al eens onderzocht of een eigen bekostigingscode toekennen aan hbo-psychologen dit zou oplossen?

## **II. Reactie van de Minister**