

AH 2662
2022Z07319

Antwoord van minister Helder (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 9 mei 2022)

Vraag 1.

Hoe beoordeelt u het bericht 'Het water staat nu echt aan de lippen bij de ggz' van 8 april jongstleden? 1)

Antwoord vraag 1.

Zoals aangegeven in mijn brief van 9 mei jl. is het aan zorgverzekeraars om – uit oogpunt van hun zorgplicht – in de contracten zodanige financiële afspraken te maken met de ggz dat de continuïteit van zorg geborgd kan worden, wat overigens niet hetzelfde is als de continuïteit van elke individuele zorgaanbieder. Als een ggz-aanbieder in financieel zwaar weer verkeert, is de jaarlijkse contractering het eerst aangewezen instrument om afspraken te maken over wat er moet gebeuren. Partijen hebben daarnaast altijd de mogelijkheid om (indien nodig) aanvullende financiële afspraken te maken, ook als contracten al gesloten zijn. Daarbij is het van belang dat er ten behoeve van de contractering een goede informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Vraag 2.

Hoeveel instellingen en hoeveel afdelingen binnen de ggz-sector hebben in het jaar 2022 reeds moeten sluiten? Hoe verhouden deze cijfers zich in vergelijking met voorgaande jaren?

Antwoord op vraag 2.

Zoals aangegeven in de beantwoording van de vragen over de (voorgenomen) sluitingen van GGZ-instellingen en centra van het lid Westerveld (2022Z05070 ingezonden 17 maart 2022) heb ik hiervan geen totaaloverzicht. Een voornemen tot sluiting wordt alleen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gemeld als deze er mogelijk toe leidt dat de continuïteit van zorg in het geding komt. De NZa informeert mij dan hierover, conform de vroegsignaleringsafspraken.¹ Ik heb de NZa gevraagd om de recente sluitingen te analyseren en mij te informeren over eventuele gemeenschappelijke achterliggende oorzaken.

¹ Kamerstuk 32 620, nr. 235

Vraag 3.

Maak u zich zorgen over de continuïteit van de specialistische ggz in sommige regio's? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 3.

Zoals aangegeven in mijn brief van 9 mei jl. begrijp en betreur ik de onrust die is ontstaan naar aanleiding van een aantal (voornemens tot) sluiting(en) van en aanpassingen in behandelaanbod in een relatief korte tijd.

Wanneer de continuïteit van zorg in het geding is geldt het continuïteitsbeleid (dat ook aan de Tweede Kamer is gemeld)², waarbij in de eerste plaats de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om de problemen die mogelijk leiden tot discontinuïteit van zorg op te lossen. De zorgverzekeraar heeft hierbij een zorgplicht in de richting van de verzekerden om te zorgen voor goede en passende zorg. De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houden daarbij toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg. Het is daarbij van belang dat in geval van een sluiting van een vestiging dit gecontroleerd verloopt zodat onrust onder patiënten zoveel mogelijk voorkomen wordt.

Omdat de afgelopen tijd aanpassingen van behandelaanbod in korte tijd plaatsvinden heb ik de NZa gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. Ik wil namelijk scherp in beeld hebben of dit incidenten zijn, of dat hier sprake is van een breder onderliggend probleem dat vraagt om een aanpassing van beleid. De NZa zal mij hierover voor de zomer informeren.

Vraag 4.

Is bekend bij hoeveel afdelingen of instellingen sluiting dreigt door tegenvallende financiële resultaten? Hoe verklaart u dat de marges zo klein zijn dat sluiting dreigt?

Antwoord vraag 4.

Nee dat is mij niet bekend. Dit wordt ook niet genoemd in de berichtgeving. Het gesprek over financiële resultaten en marges is ook primair een gesprek dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars behoren te voeren in het licht van de contractering.

² Kamerstuk 32 620, nr. 235

Vraag 5.

Klopt het bericht dat miljoenen verliezen zich aftekenen in de ggz voor talloze instellingen?

Antwoord vraag 5.

Zoals hierboven aangegeven is dit een gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij is het belangrijk dat er een goede informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Naar aanleiding van de berichtgeving van de Nederlandse ggz (dNggz) is het dus van belang dat zorgaanbieders en verzekeraars data in beeld brengen en zich daar een gedeeld beeld van vormen, onder meer naar aanleiding van de gesignaleerde problemen als gevolg van ziekteverzuim en "no shows".

Vraag 6.

Bent u het eens met de stelling dat vooral de meest kwetsbare patiënten, de patiënten in de specialistische ggz die de meeste zorg behoeven, de dupe zijn van de financiële situatie van instellingen?

Antwoord vraag 6.

Een sluiting van een locatie en/of een gehele zorginstelling is ingrijpend voor patiënten. Zoals ik in mijn brief van 9 mei aangeef is er onrust ontstaan over een aantal (voornemens tot) sluiting(en) van en aanpassingen in behandelaanbod in een relatief korte tijd. Ik begrijp deze onrust en ik betreur deze. Ik vind het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in nauw contact staan met elkaar als behandelaanbod wijzigt en ik vind het met name van belang dat een patiënt tijdig geïnformeerd wordt over wijzigingen en waar nodig elders terecht kan voor zijn of haar behandeling. Wijzigingen in behandelaanbod vragen om zorgvuldige communicatie richting patiënten, medewerkers en andere betrokkenen.

Daarnaast merk ik graag op dat de bekostiging van de ggz sinds 1 januari 2022 is overgegaan naar het zorgprestatiemodel die betere handvatten geeft om in de contractering een passende vergoeding voor de geleverde zorg af te spreken dan de bekostiging tot en met 2021. Zowel voor zware als lichtere zorg. De nieuwe bekostiging is gebaseerd op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarbij zijn ook aparte tarieven voor outreachende ggz en hoogspecialistische ggz geïntroduceerd. De oude bekostiging ging uit van gemiddelde behandeltrajecten en werkte onderfinanciering van zwaardere zorg en overfinanciering van lichtere zorg in de hand.

Vraag 7.

Heeft het sluiten van ggz-afdelingen een direct verband met de invoering van het zorgprestatie-model? Waarom wel of waarom niet?

Antwoord vraag 7.

Dat is niet waarschijnlijk, aangezien het zorgprestatie-model pas per 1 januari van dit jaar in werking is getreden. Het beeld zoals ik dat nu heb, is dat bij de (voorgenomen) sluitingen verschillende overwegingen spelen. Het gaat om financiële en bedrijfsmatige overwegingen, behandelinhoudelijke overwegingen, en een gebrek aan personeel waardoor de veiligheid en kwaliteit van de behandeling onvoldoende geborgd kan worden. Het beeld is tevens dat er vaak een samenspel van factoren is dat tot een (voornemen van) sluiting leidt.

Vorig jaar hebben partijen bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macro-neutrale overgang naar het zorgprestatie-model. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en dNggz spreken elkaar daar maandelijks over in een bestuurlijk overleg met de NZa als toehoorder. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van financiële transitie-afspraken, heeft de NZa voor de jaren 2022 en 2023 een transitieprestatie met een vrij tarief geïntroduceerd.

Vraag 8.

Bent u het ermee eens dat het zorgprestatie-model deels als doel heeft om het behandelen van complexere patiënten lonender te maken? Zo ja, hoe kijkt u aan tegen de stelling dat het zorgprestatie-model op dit moment zelfs averechts werkt?

Antwoord vraag 8.

Een van de doelen van de invoering van het zorgprestatie-model is inderdaad om onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz tegen te gaan. Zoals ook toegelicht in mijn antwoord op vraag 6, bevat de nieuwe ggz-bekostiging volop handvatten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om goede afspraken te maken over de vergoeding van complexe ggz. De oude bekostiging werkte overfinanciering van lichte ggz en onderfinanciering van zware ggz in de hand. Het is nu aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de handvatten die met het zorgprestatie-model worden aangereikt te benutten om tot goede afspraken te komen.

Waar er signalen zijn dat dat nog niet gebeurt of nog niet lukt is dat geen signaal van een averechts effect van het zorgprestatie-model, maar een signaal dat de

mogelijkheden van het model nog niet volledig worden benut. Het zorgprestatie­model is pas net ingevoerd, en partijen zullen eraan moeten wennen, ook in de contractering. De NZa monitort de effecten en de werking van het zorgprestatie­model. In de monitor contractering ggz die in juni verschijnt zal de NZa op hoofdlijnen ingaan op de inhoud en het proces van de contractering 2022.

Het voorgaande laat overigens onverlet dat zorgverzekeraars zodanige afspraken zullen moeten maken met zorgaanbieders, dat zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen, ook voor verzekerden met een complexe zorgvraag.

Vraag 9.

Wat is de actuele staat van het personeelstekort in de ggz? Zijn hier concrete cijfers van? Is vast te stellen wat het effect van de coronapandemie hierop is geweest?

Antwoord vraag 9.

Het is niet mogelijk om aan te geven hoe groot het tekort aan medewerkers in de ggz op een gegeven moment is. Het huidige arbeidsaanbod, maar ook de zorgvraag en bijbehorende arbeidsvraag zijn immers continu in beweging. Wel zijn er op basis van gegevens over 2020 prognosecijfers over 2022 beschikbaar, waarmee we een schatting kunnen maken van het tekort in 2022. Op basis van gegevens over 2020 laat het prognosemodel zien dat het geraamde tekort voor de ggz in 2022 op 4.200 personen ligt. Het gaat hierbij om alle beroepen in de ggz: zorgberoepen, welzijnsberoepen en overige beroepen, inclusief ggz-specifieke beroepen die door het Capaciteitsorgaan worden geraamd (bijvoorbeeld GZ-psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten ggz).

Vraag 10.

Hoe hoog is het ziekteverzuim in de ggz? Hoeveel is dit gestegen door corona? Is dit meer of minder dan bij andere sectoren?

Antwoord vraag 10.

Uit de meest recente cijfers van het CBS in het kader van het AZW onderzoeksprogramma blijkt dat het ziekteverzuim in de ggz in het vierde kwartaal van 2021 op 7,1% lag. Ten opzichte van het pré-coronajaar 2019 is een stijging van 1 procentpunt te zien, in het vierde kwartaal van 2019 bedroeg het verzuim in de ggz 6,1%. Deze stijging is kleiner dan gemiddeld in de sector zorg en welzijn, waar het ziekteverzuim in dezelfde periode met 1,6 procentpunt is toegenomen (5,9% in Q4 2019 versus 7,5% in Q4 2021). De grootste stijging in deze periode is te zien in de

VVT en huisartsenzorg (beiden 2 procentpunt). Een vergelijking met andere branches in zorg en welzijn is in onderstaande tabel opgenomen.

Ziekteverzuim %	Q4 2019	Q4 2021*	Vershil in procentpunt tussen Q4 2019 (pré-corona) en Q4 2021
Alle economische activiteiten	4,5	5,4	0,9
Zorg en welzijn (breed)	5,9	7,5	1,6
Zorg en welzijn (smal)	5,9	7,5	1,6
Huisartsen en gezondheidscentra	4,3	6,3	2,0
Verpleging, verzorging en thuiszorg	7,0	9,0	2,0
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	5,6	7,5	1,9
Gehandicaptenzorg	6,6	8,4	1,8
Overige zorg en welzijn	3,9	5,5	1,6
Ziekenhuizen en overige med. spec. Zorg	5,2	6,7	1,5
Geestelijke gezondheidszorg	6,1	7,1	1,0
Universitair medische centra	5,0	5,9	0,9
Sociaal werk	6,3	7,2	0,9
Jeugdzorg	6,7	7,4	0,7
Bron: CBS, AZW Statline			
*voorlopige cijfers			

Vraag 11.

Hoeveel procent van het personeelsbestand is binnen de grotere instellingen in de ggz zzp'er? Hoe is dit in vergelijking met andere sectoren in de zorg, zoals ziekenhuizen?

Antwoord vraag 11.

Er zijn op landelijk niveau geen actuele cijfers beschikbaar over het aandeel zzp'ers binnen grotere ggz instellingen. De meest recente cijfers van het CBS betreffen het jaar 2020 en geven aan hoeveel personen er in dat jaar in totaal werkzaam waren binnen de gehele ggz branche met een uitsplitsing naar positie in de werkring (werknemer of zelfstandige). Uit de onderstaande tabel blijkt dat binnen de ggz in 2020 14% van de werkenden in de ggz werkzaam was als zzp'er. Dit is hoger dan gemiddeld in zorg en welzijn, waar dit percentage op 9% ligt.

	Totaal werkenden in 2020 (x 1.000)	Zelfstandigen zonder personeel (zzp) in 2020 (x 1.000)	aandeel zzp op totaal aantal werkenden in 2020
A-U Alle economische activiteiten	8951	1148	12,8%
Zorg en welzijn (breed)	1437	129	9,0%
Zorg en welzijn (smal)	1332	115	8,6%
Overige zorg en welzijn	194	48	24,7%
Huisartsen en gezondheidscentra	49	9	18,4%
Geestelijke gezondheidszorg	106	15	14,2%
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	105	14	13,3%
Sociaal werk	67	7	10,4%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	414	22	5,3%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	225	9	4,0%
Jeugdzorg	36	1	2,8%
Gehandicaptenzorg	166	3	1,8%
Universitair medische centra	75	1	1,3%
Bron: CBS, AZW Statline (laatste kolom, bewerking VWS)			

Vraag 12.

Bent u het ermee eens dat een 'veel personeel niet in loondienst' (PNIL) binnen een instelling kan bijdragen aan extra kosten, minder continuïteit van personeel en extra werkdruk bij personeel dat wel in loondienst is? Zo nee, kunt u dat uitleggen? Zo ja, welke stappen gaat u ondernemen om dit binnen de ggz op te lossen?

Antwoord vraag 12.

Ja, daar ben ik het mee eens. Het kabinet wil voorkomen dat de toenemende krapte op de arbeidsmarkt tot de verkeerde flexibilisering leidt, met onhoudbare situaties binnen zorgorganisaties en hogere kosten. Zoals toegelicht in de Kamerbrief van 16 december³ is het ministerie van VWS daarom in januari van dit jaar in samenwerking met de Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een traject gestart, gericht op het maken van gezamenlijke werkafspraken over de organisatie van zorg voor alle werkenden in de ggz. Dat gebeurt door medewerkers in loondienst en zelfstandigen met elkaar in gesprek te

³ Kamerstukken 25 424, nr. 597

laten gaan over knelpunten zoals de (ervaren) ongelijkheid in verdiensten, verantwoordelijkheden en gevoelde vrijheden tussen medewerkers in loondienst en zelfstandigen. Het streven is om vóór het zomerreces van 2022 gedragen oplossingsrichtingen en afspraken uitgewerkt te hebben.

Ook is het van belang om breder in te zetten op het aantrekkelijker maken van het werken in loondienst binnen de zorg en specifiek binnen de ggz. Dit betekent dat er binnen ggz instellingen meer aandacht moet komen voor goed werkgeverschap, onder andere door het vergroten van zeggenschap van medewerkers, aandacht voor de werk-privé balans en een gezonde en veilige werkomgeving. Het is aan primair aan werkgevers om hiermee aan de slag te gaan en ik ben voornemens om dit te stimuleren vanuit de sectorbrede arbeidsmarktaanpak. De hoofdlijnen van deze aanpak ontvangt uw Kamer op korte termijn.

Vraag 13.

Wordt er bij ggz-instellingen, net als ziekenhuizen, een financiële stresstest uitgevoerd om zo te beoordelen in welke mate sluiting dreigt?

Antwoord vraag 13.

De bedrijfsvoering van een zorgaanbieder is een verantwoordelijkheid van zorgaanbieder zelf. Zorgverzekeraars monitoren de financiële gezondheid uiteraard wel. Vaak zijn hierover ook afspraken opgenomen in de contracten met een zorgaanbieder. Bijvoorbeeld wanneer een zorgaanbieder zich bij bepaalde financiële drempelwaarden en indicatoren moet melden bij de zorgverzekeraar(s). De NZa heeft in samenwerking met zorgverzekeraars de invulling van de zorgplicht van zorgverzekeraars scherper omschreven. In oktober 2020 is 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars' door de NZa gepubliceerd.⁴ Dit document is een hulpmiddel waarmee de NZa duidelijk maakt wat zij ten minste van zorgverzekeraars verwacht als de toegankelijkheid en continuïteit van zorg onder druk staan. Wanneer een dergelijke situatie zich voordoet, moeten zorgverzekeraars zich maximaal inspannen om te zorgen dat hun verzekerden kunnen blijven rekenen op tijdige toegang tot zorg.

Vraag 14.

Hoe ziet u de (juridische) rol van zorgverzekeraars die volgens de wet een zorgplicht hebben en derhalve verantwoordelijk zijn dat voldoende zorg beschikbaar is? Wat is hun rol in het geval er sprake is van financiële onzekerheid door externe factoren zoals ziekteverzuim (1), bij financieel wanbeleid door bestuurders (2) en personeelstekorten bij instellingen (3)?

⁴ Kamerstuk 29689, nr. 1088

Antwoord vraag 14.

De zorgplicht houdt in dat verzekeraars in geval van een naturopolis verplicht zijn om te zorgen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. In ieder geval moeten zorgverzekeraars daarom voldoende zorg inkopen. Daar horen passende financiële contractafspraken met zorgaanbieders bij, met dien verstande dat een verzekeraar de vrijheid heeft om zelf te bepalen met wie en tegen welke voorwaarden hij een contract wil afsluiten.

Wat er verder en/of specifiek nodig is om de wettelijke zorgplicht correct na te leven, hangt vaak af van de omstandigheden. De zorgplicht is grotendeels een open norm. Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid om hier – binnen de kaders van de wet- en regelgeving – invulling aan te geven. Het resultaat telt uiteindelijk. Er is sprake van een resultaatverplichting.

Om richting te geven heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de toezichthouder, in haar publicatie 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars' uit 2020 voor een aantal belangrijke thema's een duiding gegeven van wat zij verwacht van zorgverzekeraars. Een van die thema's is (dis)continuïteit van zorg. In dat kader beschrijft de NZa onder meer dat zij verwacht dat een verzekeraar de (financiële) positie van zorgaanbieders monitort, mogelijke risico's in kaart brengt en de opgedane inzichten betreft bij de zorginkoop. Ook wordt van de zorgverzekeraar verwacht dat zij er, bij een zorgaanbieder waar een sluiting dreigt die problemen zou opleveren met oog op de zorgplicht, op aanstuurt dat die op tijd de maatregelen neemt (waar nodig kan dit gefaciliteerd worden door contractuele afspraken te maken of aan te passen). De in de vraagstelling benoemde aspecten – ziekteverzuim, financieel wanbeleid en personeelsgebrek – kunnen hier allen een rol spelen.

Een ander thema uit het handvattendocument van de NZa is, bijvoorbeeld, toekomstbestendig zorglandschap. Daaronder valt onder meer dat de NZa van verzekeraars verwacht dat zij in hun kernregio's knelpunten in de ontwikkeling van zorgvraag en -aanbod – bijvoorbeeld door personeelskrapte – in kaart brengen, en dat zij daarop acteren met regioplannen en zorginkoopbeleid dat bij die plannen past.

Vraag 15.

Bent u bereid om gezamenlijk met de sector en andere betrokkenen, zoals zorgverzekeraars, over de financiële situatie van ggz-instellingen in gesprek te gaan?

Antwoord vraag 15.

Hier is primair het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de financiële situatie van de instellingen van belang. Zoals ik in mijn brief inzake berichten over (voorgenomen) sluitingen en financiële positie van ggz-aanbieders d.d. 9 mei jl. aangeef, is dit ook van belang omdat het ziekteverzuim in de zorg nog altijd hoog is. De NZa signaleert in haar "Monitor toegankelijkheid van zorg" van 31 maart en 28 april jl. onder andere dat de uitval van personeel in de eerste maanden van 2022 hoger is dan in de jaren daarvoor. Het beeld van de NZa sluit daarmee aan op de signalen van dNggz over het ziekteverzuim. dNggz geeft aan dat er hierdoor – en doordat over de eerste maanden van 2022 ook sprake zou zijn van een ongebruikelijk hoge no show van patiënten – minder zorg gedeclareerd kan worden. Het is nog onzeker hoe het ziekteverzuim en de door dNggz genoemde no show van patiënten zich in de rest van het jaar ontwikkelen. Het is belangrijk dat zorgaanbieders de zorgverzekeraars hierover van goede informatie voorzien en dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars waar nodig in overleg treden met elkaar. Hierover heb ik zelf ook met dNggz en ZN gesproken en afgesproken dat de partijen hiermee aan de slag gaan.

Vraag 16.

Bent u bereid de afspraken over de ggz, die nu in verschillende akkoorden en programma's staan, meer te gaan bundelen om te voorkomen dat er teveel losse onderdelen lopen? Hoe ziet u de positie van de ggz in het aangekondigde overstijgende zorgakkoord?

Antwoord vraag 16.

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) zal zich focussen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een gericht akkoord met focus is nodig om de transitie naar passende zorg versneld in gang te zetten. In het akkoord is wel expliciet aandacht voor de 'grensvlakken' zoals preventie in de Zvw en afspraken met het sociaal domein, voor zover die direct samenhangt met de Zvw-zorg. Doel is om zoveel mogelijk als Zvw-sector samen voortgang op deze thema's te realiseren. Daarom spreken we in het IZA af hoe sectoren elkaar helpen en wat men van elkaar verwacht. Naast deze thema's is er ook ruimte voor sectorspecifieke afspraken zonder raakvlak met andere sectoren. Dit geldt ook voor de ggz.

Het IZA is daarmee complementair aan andere afspraken die van belang zijn voor de gezondheid van iedereen in Nederland. Zo wordt gewerkt aan een Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) programma, is een Preventie-aanpak in de maak, worden afspraken over de arbeidsmarkt in de zorg voorbereid en is eerder al een Klimaatakkoord gesloten. En natuurlijk hangen alle vraagstukken

nauw met elkaar samen. Zo beïnvloeden milieu en klimaat (duurzaamheid in het algemeen) de zorg en kan de zorg op haar beurt bijdragen aan het duurzaamheidsvraagstuk. De woonsituatie van ouderen en kwetsbaren heeft effect op de (curatieve) zorg en het voorkomen van zorg kan iedereen helpen, ook ouderen, langer zelfstandig van een goede kwaliteit van leven te genieten. De samenhang van al deze vraagstukken zou er in de ideale wereld voor pleiten om tot een allesomvattend akkoord te komen. Aangezien dit gegeven de breedte van de uitdagingen en benodigde partijen te complex wordt, is het belangrijk om af te bakenen. Daarom beperkt het IZA zich zoals hierboven gezegd tot de 'Zvw'-zorg.

Vraag 17.

Kunt u deze vragen ieder afzonderlijk beantwoorden?

Antwoord vraag 17.

Ja.

1) Trouw, 8 april 2022, 'Het water staat nu echt aan de lippen bij de ggz' (<https://www.trouw.nl/binnenland/het-water-staat-nu-echt-aan-de-lippen-bij-de-ggz~bd1d885c/>)