

00 000 Dossiertitel
INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 maart 2018 inzake het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 25 424, nr. 390).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	9

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over de bekostiging van acute psychiatrische zorg. Om kwetsbare mensen op het juiste moment psychische zorg te kunnen verlenen is het belangrijk dat hierover goede afspraken worden gemaakt. Betrokkene(n), familie, buurt en samenleving moeten erop kunnen vertrouwen dat adequate zorg op dit soort momenten wordt gegeven. Deze leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

De nieuwe bekostiging zal met ingang van 1 januari 2019 moeten ingaan. De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris of het klopt dat op dat moment ook de generieke module zal worden ingeschreven in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Welke stappen worden op dit moment door de ketenpartners genomen om een soepele implementatie van de generieke module te kunnen realiseren?

De NZa adviseert voor de functies triage, beoordeling en beschikbaarheid ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur de inkoop te laten plaatsvinden via representatie en daarmee af te zien van concurrentie ten aanzien van de inkoop door verzekeraars. Voor de overige delen van zorg blijft de individuele inkoop bestaan op basis van patiëntgebonden prestaties. Deelt de Staatssecretaris het standpunt dat individuele inkoop onvoldoende bijdraagt aan een snelle en soepele implementatie van de generieke module? Zo ja, kan de Staatssecretaris dit verder toelichten? Welke mogelijkheden ziet de Staatssecretaris om na implementatie van de generieke module weer terug te gaan naar individuele inkoop, hetgeen het uitgangspunt is van de Zorgverzekeringswet? Wat zijn hiervan de voor- en nadelen? Kan de Staatssecretaris voorts een toelichting geven op hoe de voor- en nacalculatie bij representatie plaatsvindt door de NZa? De NZa stelt in het advies dat inkoop op basis van representatie niet hoeft te leiden tot een mededingingsrisico. De leden van de VVD-fractie vragen of de Autoriteit Consument en Markt (ACM) om advies is gevraagd in dit kader. Zo ja, wat was het advies van de ACM? Zo nee, is de Staatssecretaris alsnog bereid advies te vragen aan de ACM?

De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris waaruit de patiëntgebonden prestaties bestaan. Met betrekking tot de evaluatie die over drie jaar zal plaatsvinden vragen deze leden de Staatssecretaris of vanaf de invoering van de generieke module en bijbehorende bekostiging kan worden meegenomen welk effect dit heeft gehad op het aantal crisisplekken en de regionale spreiding daarvan.

De Staatssecretaris geeft in de brief ook aan dat de NZa bij het opstellen van het advies heeft samengewerkt met de in hun ogen meest betrokken partijen, zoals GGZ Nederland en MIND. Echter, er ontbreken ook partijen die wel betrokken zijn bij de opvang van «mensen met verward gedrag». In hoeverre is bij het opstellen van dit advies het Schakelteam meegenomen? Is het Schakelteam het eens met de conclusies en aanbevelingen die in het rapport van de NZa te vinden zijn? Zo niet, had het Schakelteam eigenlijk niet moeten worden betrokken?

Op 27 februari jl. heeft de NZa de «Monitor Acute psychiatrische zorg» gepresenteerd. Daarin staat dat in 2016 44% van de patiënten door de huisarts naar de acute psychiatrie is doorverwezen. Hoe kijken de huisartsen aan tegen hun rol en de doorverwijzing naar de acute ggz? In dezelfde monitor wordt vermeld dat ongeveer 84% van alle locaties aangeeft knelpunten te ervaren. De leden van de VVD-fractie maken zich zorgen om dit signaal. Herkent de Staatssecretaris dit signaal? Deze leden vinden het belangrijk dat er voldoende crisisbedden beschikbaar zijn in de regio. Op welke wijze wordt over grenzen van regio's gekeken naar oplossingen om acute tekorten binnen de crisisopvang op te lossen? Wat betekent dit voor de voorgestelde positie van de preferente zorgverzekeraar bij de inkoop binnen het representatiemodel? Ook wordt in de monitor aangegeven dat 12% van de locaties knelpunten in het vervoer van cliënten ervaart. In het bijzonder wordt aangegeven dat regiogrenzen hier belemmerend werken. Herkent de Staatssecretaris dit beeld? Wat voor concrete maatregelen worden er genomen om dit soort belemmeringen op te heffen? Kan inkoop door één zorgverzekeraar per regio, zoals nu wordt voorgesteld, dit knelpunt oplossen, ook in het geval dat in aangrenzende regio's andere zorgverzekeraars de zorg inkopen?

Ten slotte willen de leden van de VVD-fractie nog graag weten in welke mate dit voorstel gaat bijdragen aan het realiseren van de toegezegde sluitende aanpak «voor mensen met verward gedrag» in de zomer van 2018. In welke mate werkt het belemmerend dat dit voorstel voor de acute ggz in de eerste 72 uur pas ingaat per 1 januari 2019? Zo ja, wat wordt er in de tussentijd gedaan om deze belemmeringen op te vangen en ongeacht de plaats overal in Nederland tijdige en passende psychische zorg te verlenen?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over het NZa-advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg». Genoemde leden zijn van mening dat hiermee goede stappen gezet worden in de aanpak van de knelpunten in de acute ggz. Deze leden hebben nog wel een paar aanvullende vragen.

De leden van de PVV-fractie staan positief tegenover het nieuwe bekostigingsmodel voor de acute ggz maar zij begrijpen niet waarom het zich beperkt tot de eerste 72 uur van de crisiszorg. Acute psychiatrische zorg kan immers tot enkele weken duren. Is deze inperking tot stand gekomen vanuit het oogpunt van de patiënt of heeft dit louter een praktische reden om opname tijdens het weekend te kunnen overbruggen, zo vragen deze leden. Is het dan niet nog praktischer om de gehele crisiszorg (met maximale duur) onder het nieuwe bekostigingsmodel te brengen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie denken dat door het hanteren van twee systemen van zorginkoop het acute zorgaanbod versnipperd. Wat als een patiënt verzekerd is bij een zorgverzekeraar die niet de hele acute ggz-keten heeft ingekocht bij de zorgaanbieder waardoor de patiënt na 72 uur overgedragen moet worden naar een andere zorgaanbieder? Dit komt de continuïteit van zorg niet goede, aldus genoemde leden. Hoe ziet de Staatssecretaris dit?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de periode van 72 uur in de praktijk wordt vastgesteld als iemand op de spoedeisende hulp (SEH) wordt binnengebracht met zowel acute somatische als psychiatrische problemen. Op welk moment begint dan de acute crisiszorg? Hoe verloopt

überhaupt de bekostiging bij zowel somatische als psychiatrische problematiek? Kunnen deze leden hierop een toelichting krijgen?

De leden van de PVV-fractie vragen tot slot op welke wijze deze nieuwe bekostiging en de kwaliteitsstandaard zullen bijdragen aan de aanpak van personen met verward gedrag. Hoe wordt voorkomen dat verwarde personen massaal het etiket crisiszorg opgeplakt krijgen en voor 72 uur opgenomen worden?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over de bekostiging van de acute psychiatrische zorg per 1 januari 2019. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik enkele verduidelijkende vragen te stellen. Deze leden delen de zienswijze dat de bekostiging van een crisisdienst door middel van diagnose behandel combinaties (DBC's) door verschillende partijen niet als passend wordt ervaren.

De Staatssecretaris stelt in de brief (voorhang) voor om deze betalingssystematiek per 1 januari 2019 in te voeren. Kan de Staatssecretaris uiteenzetten wat er nog allemaal moet gebeuren om een verantwoorde invoering per 1 januari 2019 mogelijk te maken?

Wat wordt bedoeld met de zinsnede in de voorhangbrief en het NZa-advies dat de inschrijving van de module acute psychiatrie op termijn zal plaatsvinden? Waarom is deze module nog niet ingeschreven bij het Zorginstituut?

De NZa adviseert voor de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur de inkoop te laten plaatsvinden via representatie. De leden van de CDA-fractie kunnen begrip opbrengen om inkoop via representatie te organiseren, maar zij willen graag weten waarom er gekozen is om de grens bij 72 uur te leggen. De NZa stelt immers in het advies dat een crisissituatie enkele uren maar ook enkele weken kan duren. Wat betekent het voor de patiënt als de 72 uur zijn verstreken? Kan het ertoe leiden dat patiënten moeten verhuizen naar een instelling waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten?

Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten in hoeverre bij dit advies de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) betrokken is geweest? Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten hoe het wetsvoorstel Wvggz heeft doorgewerkt in dit advies? En als het wetsvoorstel Wvggz niet is meegenomen in dit advies, kan de Staatssecretaris dan toelichten waarom dit niet is meegenomen?

De NZa stelt in haar advies dat het beschikbaar houden van lege crisisbedden noodzakelijk is. Dat kunnen deze leden zich voorstellen omdat het soms nu zoeken is naar een leeg crisisbed. Kan de Staatssecretaris toelichten hoe er bij de zorginkoop precies rekening mee wordt gehouden? En hoe er rekening wordt gehouden met ambulante crisisbehandeling, waar moet dit precies aan voldoen? Wanneer wordt het veilig geacht ambulante crisiszorg te leveren?

De leden van de CDA-fractie vragen hoever het staat met de regionale ketenplannen acute psychiatrische zorg. Zijn deze plannen al in regio's aanwezig, opgestart of moeten die nog ontwikkeld worden? Kan de Staatssecretaris een duidelijk overzicht geven?

Hoe verhouden deze ketenplannen zich tot de startdatum van de bekostiging acute psychiatrie per 1 januari 2019 en de sluitende regionale aanpak verwarde personen die voor 1 oktober 2018 gereed moet zijn? Spreekt men hier dan van dezelfde regio's zodat men echt over een regionaal sluitende aanpak kan spreken? In de voorhangbrief staat immers «er is een door zorgaanbieders en zorgverzekeraars erkende regio-indeling».

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie of de Staatssecretaris kan toelichten waarom er gekozen is om na drie jaar te evalueren.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Inleiding

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze leden zijn van mening dat iedereen in Nederland die zich mogelijk in een acute psychiatrische crisis bevindt, 24 uur per dag en zeven dagen in de week, moet kunnen uitgaan van de juiste zorg, ongeacht waar deze persoon woont. De leden van de D66-fractie zijn van mening dat inkoop in representatie de goede keuze is, wanneer het acute psychiatrische zorg betreft. Wel hebben deze leden nog enkele vragen over het advies.

Functies acute psychiatrische hulpverlening

De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat veldpartijen gezamenlijk tot een generieke module acute psychiatrie zijn gekomen om vast te stellen wat de verschillende functies zijn van de acute ggz. Deze leden vernemen graag wanneer de verwachting is dat deze module ingeschreven wordt in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Er wordt binnen de module een onderscheid gemaakt tussen een drietal functies in de hulpverlening. Voor de ggz-triage is er door partijen een triagewijzer opgesteld die op basis van een aantal kenmerken de situatie van de patiënt en de urgentie van de hulpvraag vaststelt. Hierbij worden onder andere kenmerken van verwardheid meegenomen waarbij bijvoorbeeld een onderscheid wordt gemaakt tussen acuut verward en toenemend verward. Graag vernemen de leden van de D66-fractie hoe deze gradaties van verwardheid vastgesteld worden.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat in acute psychiatrische crises beoordeling tijdig geboden dient te worden. Wanneer de urgentiegraad op zijn hoogst is, moet binnen één uur na de triage de beoordeling plaatsvinden. Dit is een versnelling ten opzichte van de huidige norm van 80% binnen twee uur. De huidige norm ligt weer hoger dan het gemiddelde dat volgens de NZa in het eerste kwartaal van 2017 gehaald wordt, namelijk 74% binnen twee uur. Graag vernemen de leden van de D66-fractie hoe de Staatssecretaris, samen met de partijen, gaat werken aan het verhogen van de responstijd van de beoordeling in acute psychiatrische situaties. Welke middelen zou de Staatssecretaris kunnen inzetten om ervoor te zorgen dat deze toegankelijkheidsnormen gehaald worden?

Als er tijdens de beoordeling vastgesteld wordt dat er sprake is van acute psychiatrische problematiek dan vindt er crisisbehandeling plaats. In tabel 6 van de Monitor Acute psychiatrische zorg is een lichte stijging te zien in het aandeel ambulante behandeling thuis van 2015 op 2016. De leden van de D66-fractie vernemen graag of deze stijging zich in 2017 doorzet. En hoe ontwikkelt het percentage opnames zich? De NZa wijst in

haar advies op de noodzaak van het beschikbaar houden van crisisbedden voor een eventuele acute opname. Bij de knelpunten in de organisatie van de acute psychiatrie in de Monitor Acute psychiatrische zorg wordt er echter op gewezen dat juist de hoeveelheid crisisbedden als knelpunt wordt ervaren. Hoeveel crisisbedden zijn er op dit moment in Nederland en hoe is het gesteld met de bezettingsgraad van deze bedden? De leden van de D66-fractie constateren dat het beoordelingsteam volgens de module acute psychiatrie bestaat uit een hbo-opgeleide verpleegkundige met specialisatie (acute) ggz, een basisarts en een psychiater als achterwacht. Deze leden vragen hoe deze samenstelling zich verhoudt tot de huidige beschikbaarheid en bereikbaarheid van deze sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er), basisarts en psychiater?

De inkoop van acute zorg

Het regioplan vormt een belangrijke schakel in de aanpak volgens de module «acute psychiatrie». In de Monitor Acute psychiatrische zorg wordt een regio-indeling met 29 regio's gepresenteerd terwijl in het advies ook gewezen wordt op de wenselijkheid om de regio-indeling te laten aansluiten op de ROAZ-structuur (ROAZ= Regionaal Overleg Acute Zorg). De leden van de D66-fractie zijn van mening dat de acute psychiatrische zorg en de aanpak van verwarde personen in samenhang bekeken dienen te worden. Deze leden vragen voorts hoe de regio-indeling van de acute psychiatrie en de daarmee samenhangende regioplannen zich verhouden tot de 23 regio's die zijn vastgesteld in het Schakelprogramma «Niemand tussen wal en schip» van het Schakelteam Personen met Verward Gedrag? En hoe verhoudt deze regio-indeling zich tot de 25 veiligheidsregio's? Deelt de Staatssecretaris de mening dat deze verschillende indelingen en daarmee samenhangende ketens kunnen leiden tot verwarring en onduidelijkheid? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat een hypothetisch verward persoon met acute psychiatrische problematiek niet door conflicterende regio-indelingen in de knel komt?

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa stelt dat de vervolgbehandeling, die vastgesteld wordt door het beoordelingsteam, niet per definitie bij datzelfde team of eenzelfde behandelaar plaats hoeft te vinden. Genoemde leden vernemen graag of juist continuïteit voor mensen met acute psychiatrie niet wenselijk is. Deze leden erkennen dat er ergens een grens getrokken wordt met betrekking tot het einde van de crisisbehandeling en eventuele crisisopname en het begin van de vervolgbehandeling. Toch vernemen zij graag een uitgebreidere argumentatie voor de 72 uur, te meer omdat zowel de zorgverzekeraars (ZN) als zorgaanbieders (GGZ Nederland) aangeven langer nodig te hebben voor bijvoorbeeld de-escalatie en diagnostisering. Hoe kijkt de Staatssecretaris aan tegen het door GGZ Nederland aangedragen punt dat een periode van twee weken nodig is om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijden? De leden van de D66-fractie zijn van mening dat een wachttijd voor een (reguliere) vervolgbehandelingstraject na een mogelijk 72 uur durende crisissituatie onacceptabel is.

Hoe bekostigen we acute psychiatrische zorg

De leden van de D66-fractie lezen in het NZa-advies over het bekostigingsmodel dat zorgverzekeraars nog steeds een centrale rol hebben in het bewaken en sturen op efficiëntie bij de aanbieder. Deze leden vragen of de Staatssecretaris deze stelling kan onderbouwen. Ook vragen genoemde leden hoe de individueel declarabele prestaties worden vastgesteld indien er wel triage heeft plaatsgevonden maar er na beoordeling toch wordt afgezien van een crisisopname. Worden deze kosten ook verrekend of vereffend in de voor- en nacalculatie?

Randvoorwaarden

De leden van de D66-fractie constateren dat het advies van de NZa en het door haar geadviseerde bekostigingsmodel positief scoort op een groot deel van de in de adviesaanvraag meegegeven randvoorwaarden. Zoals de NZa aangeeft zal dit advies waarschijnlijk helaas leiden tot een toename van de administratieve lasten, bijvoorbeeld wanneer het gaat om aanbieders die (crisis)bedden beschikbaar houden terwijl deze niet in representatie ingekocht worden. Hiervoor dienen voorstellen nader uitgewerkt te worden. Naast deze mogelijke toename in administratieve lasten zien de leden van de D66-fractie ook een potentiële stijging van deze lasten als gevolg van het maximum van 72 uur ten aanzien van triage, beoordeling en crisisbehandeling. Graag vernemen deze leden hoe de Staatssecretaris in deze beide gevallen ervoor waakt dat deze administratieve lasten niet hinderlijk toenemen en de patiënt daarvan de dupe is.

Stappen voor invoering bekostigingsmodel per 2019

De leden van de D66-fractie constateren dat voor de regio-indeling gewacht wordt op de uitkomsten van de analyses uitgevoerd door het RIVM. Wanneer worden deze verwacht? Genoemde leden vernemen graag of, indien deze indeling nog niet gereed is, het wel mogelijk wordt om per 1 januari 2019 het bekostigingsmodel conform het advies in te voeren. Deze leden wijzen erop dat het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden tijd kost, zeker indien het uiteenlopende partners betreft zoals bijvoorbeeld politie, ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris tot slot hoe de acute psychiatrische zorg en de bekostiging tot 1 januari 2019 gaan lopen en hoe de Staatssecretaris er tot deze tijd voor waakt dat een ieder die acute psychiatrische hulp nodig heeft die ook ontvangt.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Staatssecretaris om een aanwijzing te geven aan de NZa voor de acute geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben daarover nog enkele vragen.

Over de contractering en tariefstelling vragen de leden van de fractie van GroenLinks aan de Staatssecretaris hoe het vaste tarief wordt vastgesteld. Hoe wordt dat tarief uitgewerkt en wat is het tijdpad?

Over de voor- en nacalculatiesystematiek vragen deze leden of zorgverzekeraars in staat zullen zijn om wanneer nodig voorschotten te geven, zodat aanbieders bijvoorbeeld de triagefunctie goed kunnen inrichten voordat de nieuwe bekostigingssystematiek van kracht wordt.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat er regioplannen moeten komen waarin samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners zijn opgenomen. Wat is de stand van zaken van deze regionale plannen? Wordt er voortgebouwd op bestaande regionale samenwerkingsverbanden? Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de voortgang per regio?

Daarnaast hebben de leden van de fractie van GroenLinks vragen over de tijdgrens van 72 uur die de Staatssecretaris voorstelt, waarbij de bekostiging voor een aantal functies zoals opname tot 72 uur via inkoop in representatie wordt ingekocht.

Wat vindt de Staatssecretaris van het advies van onder andere GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland om de tijdgrens aan te passen

naar twee weken in plaats van de voorgestelde 72 uur? Waarom wordt vastgehouden aan 72 uur, terwijl ggz-professionals vanuit zorginhoudelijke gronden voorstander zijn van een ambulante crisisbehandeling voor maximaal twee weken te bekostigen? Kan de Staatssecretaris ingaan op de verschillende argumenten die GGZ Nederland en professionals aandragen voor twee weken, waaronder dat dat de periode is die nodig is voor diagnosticeren, omgevingsproblematiek te bepalen en vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd?

Tot slot hebben de leden van de fractie van GroenLinks nog vragen in relatie tot dit laatste argument voor een tijdgrens van twee weken om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd. Hoe beziet de Staatssecretaris dit argument in het licht van de NZa-rapportage die aantoont dat de wachtlijsten in de ggz niet zijn opgelost op 1 juli 2018? (zie brief Staatssecretaris van 10 april 2018)¹ Is de Staatssecretaris het met de leden van de fractie van GroenLinks eens dat alles gedaan moet worden om deze wachtlijsten terug te dringen? Moet het argument dat er mogelijk wachttijden ontstaan dan niet zwaar wegen bij het vaststellen van de tijdgrens?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Zij hebben hierover de volgende opmerkingen en vragen.

Na de keuze om een deel van de langdurige ggz over te hevelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz), achten de leden van de SP-fractie het een goede beslissing om de concurrentie uit de acute ggz te halen. Genoemde leden verwelkomen de keuze voor vergaande samenwerking in plaats van concurrentie. In de praktijk is immers gebleken dat met de huidige DBC-financiering de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute ggz niet gewaarborgd kan worden. Het is dan ook in het belang van deze groep zeer kwetsbare patiënten dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de acute ggz zo snel mogelijk op orde is.

Het voorstel om het idee van concurrentie los te laten voor de acute ggz draagt volgens de leden van de SP-fractie bij aan een oplossing voor de huidige problemen in de acute ggz. Deze leden zijn dan ook benieuwd welke conclusies de Staatssecretaris trekt uit het feit dat DBC-financiering niet geschikt is bevonden voor de acute ggz.

Voorts constateren de leden van de SP-fractie dat de praktijk heeft uitgewezen dat concurrentie in de acute ggz niet in het belang van patiënten is. Genoemde leden zien hierin bevestigd dat markwerking in de zorg onwenselijk is. Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat patiënten en zorgverleners in de gehele zorg beter af zouden zijn met samenwerking in plaats van concurrentie?

In de spoedzorg ervaart men veel problemen met het vinden van een behandelplek voor mensen met ernstige acute psychische problemen. Is de Staatssecretaris hiermee bekend? Op welke wijze draagt de wijziging in bekostiging bij aan het verhelpen van dit probleem en wat gaat de Staatssecretaris daarnaast doen om dit op te lossen?

¹ Brief van de Staatssecretaris van VWS d.d. 10 april 2018 inzake Tussenstand wachttijden in de ggz»; NZa-rapportage en Trimbos inventarisatie ambulantisering

De NZa adviseert om na 72 uur de inkoop van crisisbehandeling wel weer te laten plaatsvinden door de individuele zorgverzekeraar aan de hand van crisis DBC's en patiëntgebonden prestaties. Hoe garandeert de Staatssecretaris dat na 72 uur de individuele inkoop wel leidt tot goede beschikbaarheid van de crisisbehandeling voor de patiënt? Waar is de grens van 72 uur op gebaseerd?

De NZa verwacht niet dat inkoop in representatie strijd zal opleveren met de mededingingsregels. Zorgverzekeraars kunnen zich namelijk toch al niet goed onderscheiden in de acute psychiatrische zorg. De leden van de SP-fractie vragen welk belang hier nu eigenlijk vooropstaat. Is dat het waarborgen van de mededingingsregels of is dat het belang van de patiënt?

In zijn brief van 23 maart jl. constateert de Staatssecretaris dat er bij individuele zorginkoop door zorgverzekeraars coördinatieproblemen optreden. Deelt de Staatssecretaris de observatie van de leden van de SP-fractie dat er ook coördinatieproblemen zijn in de niet-acute specialis-tische ggz door het hanteren van budgetplafonds door de individuele zorgverzekeraars en de daaruit voortkomende patiëntenstops en wachtlijsten? Erkent de Staatssecretaris dat ook elders in de ggz de systematiek van de betaling per verrichting problemen oplevert, die een goede behandeling van de patiënt in de weg staat? Overweegt de Staatssecretaris om een grondiger aanpak te hanteren en de DBC-financiering in de gehele ggz los te laten? Voorts vragen de leden van de SP-fractie de Staatssecretaris om ook in de rest van de ggz concurrentie los te laten en meer te werken met budgetten, die via voor- en nacalculatie kunnen worden aangepast.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS