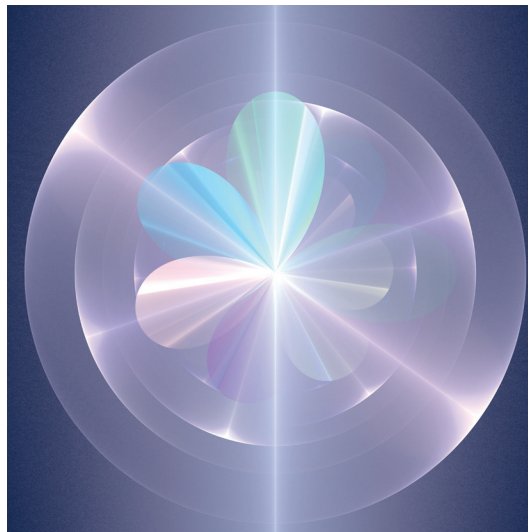


Zorgthermometer

vektis ✓



Jaargang 20, september 2015



Praktijkvariatie GGZ

Over Vektis gesproken

Vektis, hét informatiecentrum voor de zorg.

Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Wij leveren informatiediensten waardoor besluitvorming en uitvoering binnen de zorgmarkt effectief plaatsvindt.

Vektis beschikt over actuele en omvangrijke databestanden. Deze bevatten bijvoorbeeld gegevens op nationale schaal over de kosten van medicijngebruik, medische hulpmiddelen en ziekenhuiszorg. Deze informatie is niet alleen van belang voor de zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders, overheid en verzekerden. Met deze informatie stelt Vektis partijen in staat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland te verbeteren. Dat maakt Vektis tot hét informatiecentrum voor de zorg.

Daarnaast beschikken wij over verschillende producten en diensten ter ondersteuning van de elektronische uitwisseling van berichten. Hiervoor ontwikkelen en beheren wij standaarden in samenspraak met zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en softwareleveranciers. Ook ontwikkelt en beheert Vektis diverse referentiesystemen.

Meer informatie is te vinden op www.vektis.nl.

Inhoud

Over Vektis gesproken	2
Voorwoord	4
1 Méér transparantie in de GGZ	5
2 De geestelijke gezondheidszorg in kaart	8
3 Praktijkvariatie GGZ en het onderzoek Praktijkvariatie GGZ 2015	10
4 Het gebruik van praktijkvariatie	13
5 Transparantie nu en in de toekomst	15
Colofon	23

Voorwoord

Vóór u ligt de Zorgthermometer over de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). We hebben hierin recente gegevens over de GGZ-zorg gebundeld met een aantal onderzoeken die Vektis onlangs heeft opgezet en gepubliceerd in samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.

Deze onderzoeken zijn gericht op het bieden van transparantie. Op basis van heldere feiten en cijfers kunnen betrokkenen met elkaar in gesprek: over de onderzoeksresultaten en over conclusies die daaraan te verbinden zijn. Zijn er verschillen per regio in de zorg die wordt

gegeven? Hoe pakken de beleidswijzigingen uit die per 2014 zijn ingevoerd? En wat gaan we met die kennis en informatie anders doen, of juist niet?



De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. We willen opener worden in de informatie die we als beroepsgroep of zorgverzekeraar hebben. Door die informatie met elkaar te delen, kun je ontdekken wat je met elkaar kunt ondernemen om de zorg nog beter te maken.

Een heel andere manier van transparantie is om van dichtbij te laten zien hoe het is als je met GGZ-zorg in aanraking komt. Begin 2015 liet Anita Witzier zich in het kader van haar televisieprogramma (met de toepasselijk titel: 'Anita Witzier wordt opgenomen') vrijwillig opnemen in een psychiatrische kliniek. Ze had daar hele mooie, open gesprekken met patiënten en medewerkers. De meeste mensen komen zelf niet in aanraking met deze vorm van zorg in Nederland, dus voor veel kijkers was het programma een interessante manier om kennis te maken met dit soort problematiek. Heel dapper om zo open te zijn en te delen dat het niet goed met je gaat. Ook werd duidelijk dat het zeker niet altijd gaat om 'probleemgevallen' of mensen met een enorm ingewikkelde achtergrond, maar regelmatig ook om mensen wier leven ineens een onverwachte wending neemt en daardoor ontspoot. Een situatie waarin veel van ons terecht zouden kunnen komen.

Meer transparantie, meer openheid, meer delen is zeker een nobel streven, maar heeft ook een andere kant. Die gaat over het te allen tijde kunnen waarborgen van de privacy van betrokkenen. Dit is een heel gevoelig item binnen de beroepsgroep GGZ. En terecht. Bij een psycholoog onder behandeling zijn of opgenomen zijn in een kliniek: het zijn heel gevoelige zaken waarover veel mensen niet graag heel open zijn, ook niet richting de zorgverzekeraar.

Tot hoe ver die openheid kan gaan en hierin de balans vinden, zal de komende tijd ongetwijfeld onderwerp van gesprek blijven. Ook hier bij Vektis. We delen graag onze informatie met de diverse partijen, maar zullen altijd alert blijven op het waarborgen van ieders privacy. Uiteindelijk hebben zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars hetzelfde doel: zo snel mogelijk verbetering realiseren en geen of minder GGZ-zorg nodig hebben. Een mooi streven, waarbij naast transparantie ook een stevige dosis vertrouwen een belangrijke component is. Die twee zijn onlosmakelijk verbonden en kunnen niet zonder elkaar: transparant zijn bevordert het vertrouwen in elkaar, en vertrouwen in elkaar leidt ertoe dat het minder spannend wordt om open te zijn...

Veel leesplezier!

drs. M. (Marieke) Smit
 Manager Informatie en Onderzoek, Vektis

1 Méér transparantie in de GGZ

De minister van VWS heeft 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie:

“Transparantie over kwaliteit is essentieel. Het helpt de patiënt bijvoorbeeld bij de keuze in welk ziekenhuis hij behandeld wil worden, bij welke verzekeraar hij zich wil verzekeren en welke behandeling hij wil ondergaan.” (Kamerbrief minister Schippers, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 10 november 2014). Ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben baat bij transparantie, bijvoorbeeld om via inzicht in landelijke cijfers de eigen cijfers te kunnen benchmarken.

Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is er duidelijk behoefte aan meer transparantie. De GGZ is een omvangrijke sector. Meer dan 40% van de Nederlanders krijgt in zijn leven te maken met een psychische stoornis¹. Daaronder vallen bijvoorbeeld depressie, ADHD, angststoornissen, schizofrenie en dementie. De GGZ omvat verschillende soorten zorgverlening - van huisarts tot en met psychiatrische kliniek - en wordt bekostigd vanuit verschillende wettelijke kaders. De kosten in de GGZ nemen jaarlijks toe; ze bedroegen in 2013 ruim 6,6 miljard euro, waarvan ongeveer 4,3 miljard euro in de Zorgverzekeringswet en 2,3 miljard in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)². Daarnaast zijn er nog kosten die door gemeenten en justitie worden gefinancierd.

In dat complexe stelsel helpt transparantie om passende zorg te kunnen bieden aan degenen die dat nodig hebben, en om die zorg te kunnen vinden. Bij wie moet je bijvoorbeeld terecht voor de jeugd-GGZ, na de overheveling naar de gemeenten in 2015? Of welke zorgaanbieders leveren zorg voor angststoornissen in de regio? Dit soort informatie kan patiënten helpen om de juiste zorgaanbieder te vinden.

Zowel instellingen die zorg aanbieden als gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars die zorg willen inkopen, willen inzicht in de zorgvraag van patiënten en in het zorgaanbod per regio. Ook inzicht in de kwaliteit van de zorg die aanbieders leveren, is voor hen van belang. Hoe lang duurt een behandeling bijvoorbeeld? Wat is de kans dat een behandeling langdurig effect heeft? Welke zorgaanbieder biedt doelmatige zorg? Zorgaanbieders onderhandelen jaarlijks met gemeenten en zorgverzekeraars over de in- en verkoop van GGZ. Transparantie ondersteunt de gesprekspartners bij de onderhandelingen, maar is ook van belang bij de materiële controle achteraf.

Hoe kunnen we de transparantie verbeteren?

Je kunt niet zomaar patiëntendossiers overdragen aan gemeenten of verzekeraars. Binnen de GGZ wordt terecht uiterst voorzichtig omgegaan met gezondheidsgerelateerde gegevens van patiënten. Op declaratiegegevens staat dan ook weinig informatie over de problematiek van patiënten en de uitkomst van de behandeling. Het uitvragen van extra informatie bij zorgaanbieders heeft als nadeel de administratieve lasten die er mogelijk mee gemoeid zijn. Dit alles brengt mee dat er een continu spanningsveld is tussen de informatiebehoefte van verzekeraars voor zorginkoop en controles, de privacybescherming van patiënten en de administratieve lasten bij (vooral) de zorgaanbieders.

Deze Zorgthermometer neemt de transparantie in de GGZ onder de loep. Vektis, als informatiecentrum in de zorg, wil bijdragen aan het vergroten van die transparantie. Dat doen we door het beschikbaar stellen van publiek cijfermateriaal, benchmarks en specifieke informatie voor bijvoorbeeld GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.

¹ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg>

² Marktscan GGZ 2014, NZa

In deze Zorgthermometer beschrijven we aan de hand van concrete voorbeelden wat er tot nu toe al wordt gedaan voor het bieden van inzicht in de GGZ en wat er nog aan verbeteringen verwacht mag worden.

In Hoofdstuk 2 vindt u een overzicht van de GGZ. Welke zorg valt hieronder en hoeveel mensen worden er in de GGZ behandeld, tegen welke zorgkosten?

Hoofdstuk 3 bevat een impressie van het praktijkvariatie-onderzoek binnen de GGZ. Dit onderzoek is opgezet omdat landelijke totalen en gemiddelden onvoldoende houvast bieden om kwalitatief goede en doelmatige zorg per regio te kunnen inkopen, als ook om de geleverde kwaliteit van instellingen te kunnen beoordelen.

In Hoofdstuk 4 geven we aan hoe de resultaten van de praktijkvariatierapporten gebruikt kunnen worden en wordt een indicatie gegeven wat de resultaten tot nu toe hebben opgeleverd.

In Hoofdstuk 5 bespreken we toekomstige ontwikkelingen die van belang zijn voor de verdere vergroting van de transparantie in de GGZ.

2 De geestelijke gezondheidszorg in kaart

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt zorg aan mensen met psychische aandoeningen. Deze zorg is zowel gericht op preventie, behandeling en genezing als op het leren omgaan met de aandoening om zo goed mogelijk deel te nemen aan de samenleving. Uit een grootschalig populatieonderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat ongeveer 43% van alle Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar op enig moment in het leven te maken krijgt met een psychische aandoening, waarvan 18% (1,9 miljoen mensen) in het jaar dat aan het onderzoek voorafging. Ongeveer een derde van de mensen met een aandoening heeft daarnaast nog minstens één psychische aandoening³.

Veelvoorkomende aandoeningen bij volwassenen zijn: depressie, angststoornissen (fobieën), verslaving aan alcohol of drugs en persoonlijkheidsstoornissen. Bij jeugdigen zijn pervasieve stoornissen, aandachtstekort- en gedragsstoornissen, en overige stoornissen in de kindertijd de meestvoorkomende aandoeningen. Bij ouderen gaat het meestal om depressieve stoornissen en Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen. De aandoening met de hoogste kosten betreft Schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

Jaarlijks worden 1,1 miljoen mensen behandeld door psychologen, psychiaters en andere behandelaren vanuit GGZ-instellingen of vrijgevestigde praktijken. Ook worden veel mensen door de huisarts begeleid, al dan niet met medicatie. Verder is er een groep mensen die geen zorg nodig heeft of vraagt.

Tabel 1 Aantal GGZ-patiënten in de eerste en de tweede lijn (Bron: Vektis)

	2012	2013
Eerste lijn	327.754	315.213
Tweede lijn	834.557	852.175
Totaal aantal unieke patiënten	1.122.222	1.120.289

Door overlap tussen patiënten in de eerste en de tweede lijn is het totale aantal unieke patiënten lager dan de som van de aantallen in de eerste en tweede lijn.

Circa 6% van de GGZ-patiënten heeft ernstige psychische aandoeningen (EPA). Het gaat hier om ongeveer 160.000 Nederlanders (van 18 - 64 jaar), die langdurig een psychiatrische aandoening hebben en met ernstige sociale of maatschappelijke beperkingen leven⁴.

2.1 Organisatie en financiering

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een complex deel van de Nederlandse gezondheidszorg en heeft in 2014 en 2015 ingrijpende wijzigingen ondergaan. De GGZ is opgebouwd uit meerdere onderdelen die op verschillende manieren worden gefinancierd. In figuur 1 is schematisch weergegeven hoe de GGZ er in 2013 uitzag en hoe de huidige stand van zaken is (2015).

Huisartsen hebben een belangrijke rol in het stelsel, zowel om mensen met lichte klachten te behandelen, als om mensen met zwaardere klachten door te verwijzen. Ook schrijven huisartsen medicatie voor, zelfstandig of als herhaalmedicatie die initieel door andere zorgverleners is voorgeschreven. Om huisartsen te ondersteunen op het terrein van de GGZ zijn er in veel praktijken praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) werkzaam.

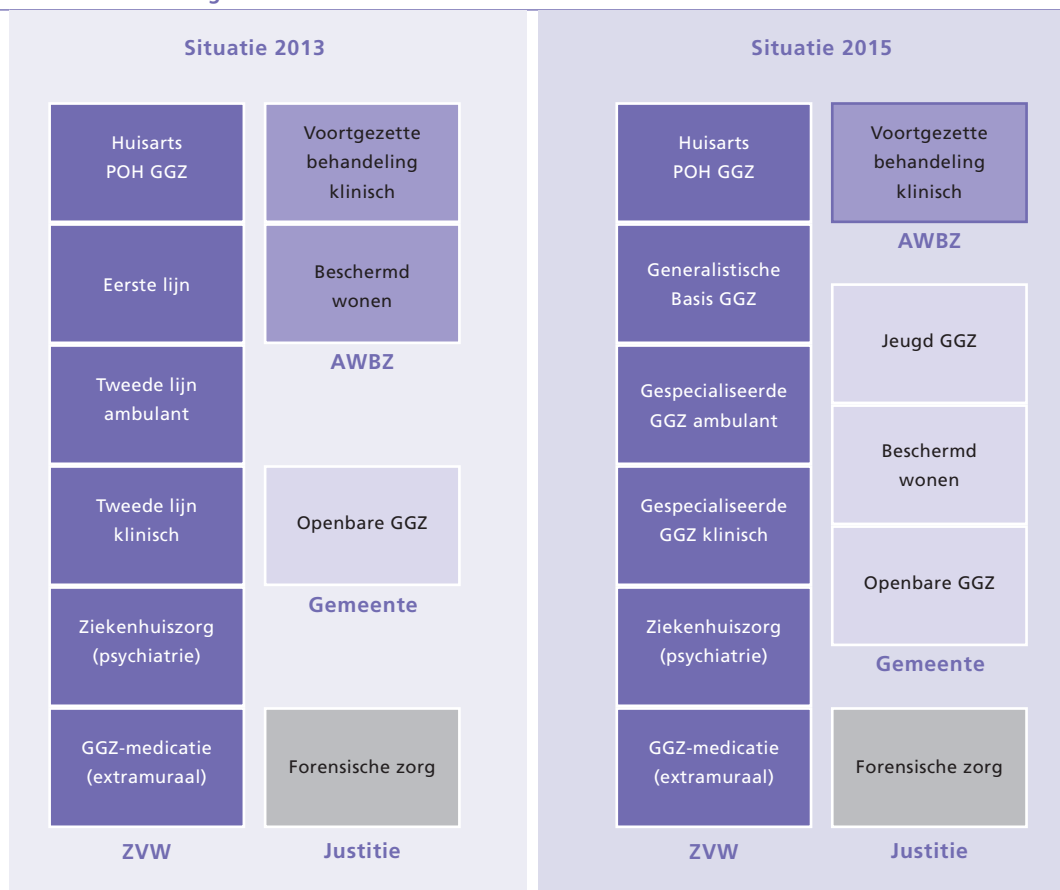
³ GGZ in Tabellen 2012, Trimbos Instituut, 2014

⁴ Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland, Ph. Delespaul, en de consensusgroep EPA, tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013)

In 2008 kwam de curatieve GGZ binnen de Zorgverzekeringswet. Binnen de curatieve GGZ bestond tot en met 2013 het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ. De eerstelijns GGZ is er voor kortdurende psychologische hulp aan patiënten met psychische klachten. Voor de complexere problematiek is er de tweedelijns zorg, waar patiënten met zwaardere psychische aandoeningen worden behandeld. Als de situatie daarom vraagt, is het mogelijk de behandeling te combineren met verblijf. Langdurige behandeling met verblijf langer dan 365 dagen valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) - zorgzwaartepakket B (ZZP B). Beschermd/begeleid wonen valt ook onder de AWBZ - ZZP C.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de openbare GGZ; het gaat hier om zorgwekkende patiënten die de weg naar reguliere zorg niet zelf willen of kunnen vinden. Justitie is verantwoordelijk voor forensische zorg: geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden. Hieronder vallen bijvoorbeeld de forensisch psychiatrische centra (voorheen tbs-klinieken).

Figuur 1 Overzicht GGZ-zorg in 2013 en 2015



Op 1 januari 2014 is de GGZ omgevormd naar een stelsel met 'generalistische basis GGZ' (hierna: Basis GGZ) en 'gespecialiseerde GGZ'. Deze wijziging was onderdeel van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord GGZ, waarin afspraken tussen veldpartijen zijn gemaakt om kwalitatief goede zorg te blijven bieden met beheerste kostenontwikkeling.

Het doel van deze stelselwijziging is dat patiënten een passende behandeling krijgen op de juiste plaats binnen de GGZ. Zo worden patiënten met lichte klachten geholpen in de huisartsenzorg, vaak met hulp van de POH-GGZ. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de Basis GGZ. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de gespeciali-

seerde GGZ. De eerstelijns GGZ en de tweedelijns GGZ komen daarmee te vervallen. Het uitgangspunt is dat patiënten zo dicht mogelijk bij huis worden behandeld en dat ze minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld⁵.

Per 2015 hebben nieuwe overhevelingen van zorg plaatsgevonden. De jeugd-GGZ en beschermd wonen vallen nu onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Voortgezette behandeling met verblijf blijft langer in de gespecialiseerde GGZ (tot drie jaar) en gaat daarna over in de Wet langdurige zorg (Wlz), de opvolger van de AWBZ.

Binnen de Zorgverzekeringswet wordt ook nog door psychiaters in ziekenhuizen GGZ-zorg geleverd.

De groep EPA-patiënten heeft intensieve zorg en begeleiding nodig. Bijvoorbeeld via tweedelijns GGZ, een ZZP in de GGZ, ambulante AWBZ-zorg, maatschappelijke opvang en/of gemeentelijke ondersteuning. Vooral begeleiding vanuit ambulante en multidisciplinaire FACT-teams (Flexible Assertive Community Treatment) is in opkomst. Vaak bieden deze teams een geïntegreerd aanbod van medische en sociale interventies in de wijk, waardoor ook ernstig ontregelde psychiatrische cliënten zelfstandig in de wijk kunnen wonen⁶.

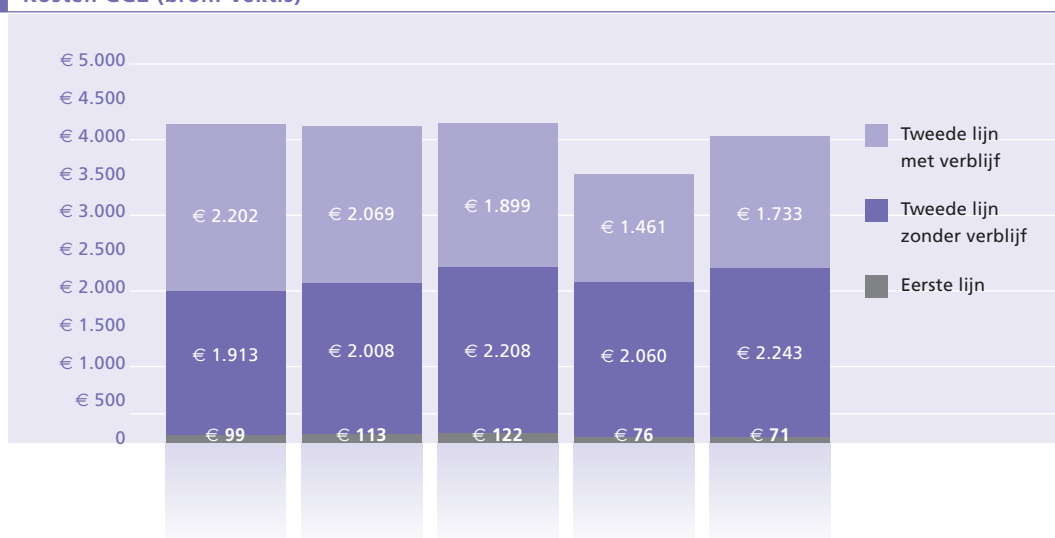
2.2 Kosten in de GGZ

De totale GGZ-kosten binnen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ bedragen in 2013 ongeveer 6,6 miljard euro⁷. Het aandeel van de EPA-groep hierbinnen is ongeveer 2,7 miljard euro.

De forensische GGZ kost jaarlijks ongeveer 700 miljoen (rijksbegroting 2013).

In figuur 2 zijn de kosten van de eerste en de tweede lijn weergegeven. De kosten van de klinische tweedelijns zorg nemen relatief af door afspraken over het verminderen van verblijf. De daling in 2012 is een gevolg van verplichte eigen bijdragen in 2012, waardoor een deel van de kosten door de patiënten zelf werd bekostigd en waardoor bovendien patiënten – al dan niet tijdelijk – zorg in de eerste of tweede lijn hebben gemeden.

Figuur 2 Kosten GGZ (bron: Vektis)



De kosten voor de eerste lijn zijn exclusief de vergoede kosten binnen aanvullende verzekeringen; deze vormen circa 30% van het totaal aan eerstelijns GGZ-kosten.

⁵ www.invoeringbasisggz.nl

⁶ <http://fact.nl/>

⁷ NZa, Marktscan GGZ, 2014

De kosten van de jeugd-GGZ bestrijken in 2013 circa 22,5% van de totale GGZ. Het aantal patiënten in de jeugd-GGZ is ongeveer 25% van het totaal aan GGZ-patiënten.

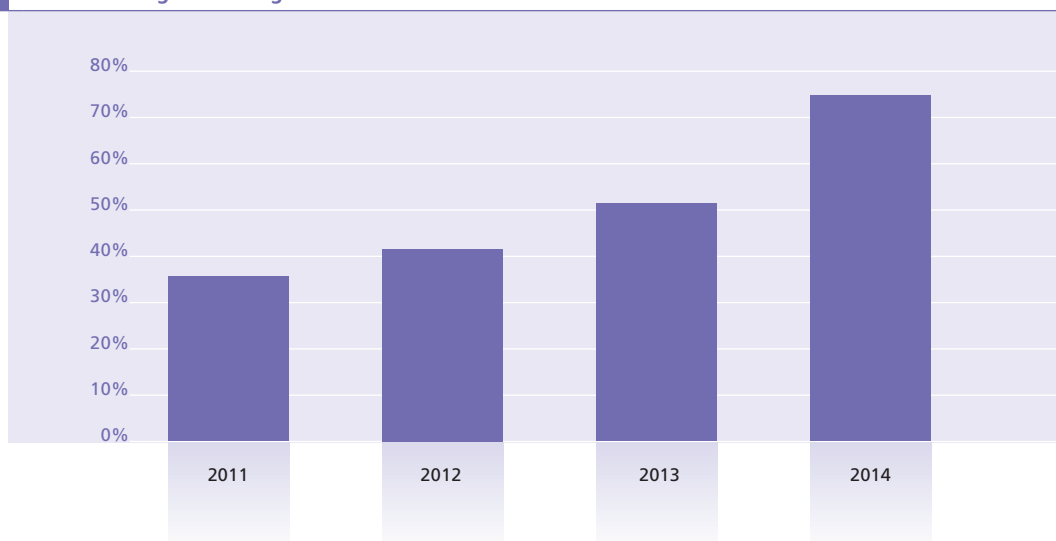
Meer cijfers over kosten en aantallen in de GGZ worden in het vierde kwartaal 2015 gepubliceerd op www.zorgprisma.nl.

2.3 Zorgaanbieders

84% van de GGZ-kosten in de Zorgverzekeringswet wordt vergoed aan circa 175 gebudgetteerde instellingen. Dit zijn de grote instellingen die al jaren lang GGZ bieden. In de loop der tijd zijn ongeveer 200 nieuwe instellingen gevormd zonder een jaarlijks vast budget, met een geschat omzetaandeel van 5%. Daarnaast zijn er circa 4.000 vrijgevestigde zorgaanbieders (praktijken of aanbieders die declareren) met een marktaandeel van circa 9%. De eerste lijn is goed voor 2% van de GGZ-kosten en wordt geleverd door ruim 6.000 zorgaanbieders.

In 2009 is de POH-GGZ ingevoerd, en het aantal huisartsenpraktijken met POH-GGZ is sindsdien jaarlijks gestegen. Vooral door de invoering van de Basis GGZ in 2014 is het percentage huisartsen met een POH-GGZ inmiddels gestegen tot boven de 70%.

Figuur 3 Ontwikkeling Percentage huisartsen met een POH-GGZ



Aangezien Vektis beschikt over gegevens van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ/WLZ zullen we hierna alleen ingaan op de curatieve GGZ (Zorgverzekeringswet) en de langdurige GGZ (AWBZ/WLZ). We kijken vooral naar het jaar 2013, omdat dit het meest recente jaar is waarvan een vrijwel compleet beeld bestaat.

3 Praktijkvariatie GGZ en resultaten uit het Onderzoek praktijkvariatie GGZ 2015

In het vorige hoofdstuk kwamen landelijke GGZ-cijfers aan bod. Daarnaast is er behoefte aan inzicht in zorgvraag en -aanbod per regio. Zowel instellingen als verzekeraars beschikken graag over informatie over de hoeveelheid geleverde zorg, de kwaliteit van de zorg en de kosten van de zorg. En dat liefst afgezet tegen een referentiekader. Dat kader is vaak niet aanwezig in absolute zin, dat wil zeggen in de vorm van normen of richtlijnen. Vanwege het ontbreken daarvan is het inzichtelijk maken van onderlinge verschillen een goed startpunt, om te leren van best practices.

3.1 Wat is praktijkvariatie GGZ?

Onder praktijkvariatie verstaan we de verschillen tussen regio's onderling en instellingen onderling. Via praktijkvariatie-onderzoek worden deze verschillen zichtbaar gemaakt. Daarnaast worden de feitelijke uitkomsten afgezet tegen de op basis van landelijke gemiddelden te verwachten uitkomsten. Door de variatie tussen regio's en instellingen te analyseren, verkrijgen we meer inzicht in de verschillen tussen patiëntgroepen en behandelingen.

Onderzoek naar praktijkvariatie - en dus naar de verschillen in zorg tussen regio's en tussen instellingen - levert een directe bijdrage aan het zichtbaar, vergelijkbaar en toetsbaar maken van de kwaliteit van de GGZ. Daarbij is het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook van belang om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van de geleverde zorg. De toegevoegde waarde kosteneffectiviteit kan worden gedefinieerd als de uitkomst van de geleverde zorg per gependeerde euro.

Zorgverleners die deze toegevoegde waarde creëren, leveren zorg aan de juiste patiënt, in de juiste hoeveelheid (dus geen onder- of overbehandeling) en tegen een redelijke prijs. Ook leveren zij zorg die kwaliteit oplevert: een hogere kwaliteit van leven bijvoorbeeld, betere overlevingskansen of beter functioneren dan vóór de behandeling.

Sinds begin 2011 onderzoeken ZN en Vektis⁸ de mogelijkheid om de declaratiegegevens bij Vektis in te zetten om de kwaliteit en kwaliteit-/kostenverhouding van geleverde zorg inzichtelijk te maken. Om de kwaliteit van zorg nader te kunnen duiden, zijn in samenspraak met experts uit de GGZ voor alle aandoeningen indicatoren ontwikkeld. Deze indicatoren worden berekend met beschikbare declaratiegegevens bij Vektis op het gebied van GGZ (zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg), huisartsenzorg (praktijkondersteuning GGZ), farmacie en ziekenhuiszorg. Ten behoeve van de bepaling van een drietal verblijfsindicatoren zijn ook GGZ-patiënten in de AWBZ met een GGZ-ZZP B en C meegenomen.

Voor indicatiestelling, behandeling en zorgkosten zijn 19 indicatoren bepaald, die op basis van declaratiedata kunnen worden berekend. Al deze indicatoren zijn gebaseerd op literatuur, richtlijnen en/of reeds elders geformuleerde indicatoren.

Tabel 2 Onderwerpen indicatoren praktijkvariatie GGZ

Totale kosten per echelon per patiënt/verzekerde (2 indicatoren)
Verblijfskosten en gemiddelde kosten per patiënt (3 indicatoren)
Prevalentie en percentage (behandeling, opname, medicatie) (5 indicatoren)
Andere behandeling- en opname-indicatoren (7 indicatoren)
Instellingsspecifieke indicatoren - marktaandelen en werkgebied (2 indicatoren)

⁸ De eerste onderzoeken in 2011 en 2012 zijn door Vektis en KPMG Plexus uitgevoerd in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland.

3.2 Het Onderzoek praktijkvariatie GGZ 2015 van Vektis

In het onderzoek naar praktijkvariatie in de GGZ dat Vektis in maart 2015 heeft verricht, worden de indicatoren berekend per diagnosegroep (zoals depressie, verslaving en angststoornissen). Bij deze berekeningen zijn achtergrondkenmerken van patiënten (leeftijd, geslacht en postcodegebied) verdisconteerd. De verschillende indicatoren kunnen in samenhang worden gebruikt. Ze bevatten zowel landelijke als regionale gegevens en leveren informatie over én voor instellingen.

Uit de declaraties zijn verschillende zorginhoudelijke indicatoren over behandel- en opnameprevalentie en behandelinzet en verblijfsduur te destilleren. We laten in dit hoofdstuk enkele resultaten zien. Naast deze indicatoren zijn er ook meer overkoepelende indicatoren, zoals regionale informatie over GGZ-kosten uitgesplitst in POH-GGZ-kosten, eerstelijns GGZ-kosten, tweedelijns GGZ-kosten en kosten van GGZ-geneesmiddelen (cijfers gaan terug op de jaren 2012 en 2013, vóór de invoering van de Basis GGZ). Andere indicatoren maken onder meer zichtbaar wat het geneesmiddelgebruik is, wat de behandelduur over meerdere jaren is en wat de kans is om terug te keren in zorg na afloop van een behandeling.

De indicatoren zijn gebaseerd op gegevens van Vektis die voor het grootste deel uit declaratiebestanden van zorgverzekeraars komen. Vektis beschikt daarmee over vrijwel alle gegevens over extramuraal medicijngebruik, de verrichtingen van huisartsen, eerstelijns en tweedelijns GGZ, ziekenhuizen en alle overige vormen van verzekerde zorg, inclusief AWBZ⁹, in Nederland. Dat maakt het mogelijk om niet alleen de GGZ-kosten, maar ook eventuele andere zorgkosten op persoonsniveau te analyseren. Uiteraard worden alle uitgevoerde analyses gerapporteerd op geaggregeerd niveau en zijn gegevens nooit tot individuele personen herleidbaar.

We belichten hieronder de resultaten van enkele indicatoren.

Regionaal inzicht in de GGZ-kosten per inwoner, naar verschillende echelons

De behoefte aan geestelijke gezondheidszorg kan op verschillende manieren worden ingevuld. Door de huisarts bijvoorbeeld, met medicatie, via een eerstelijns psycholoog, bij gespecialiseerde instellingen of door opname in een kliniek of in een beschermdwonen-omgeving. Het is interessant om te bekijken hoe de zorg per regio is georganiseerd en in welke frequentie patiënten voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld depressie) worden behandeld.

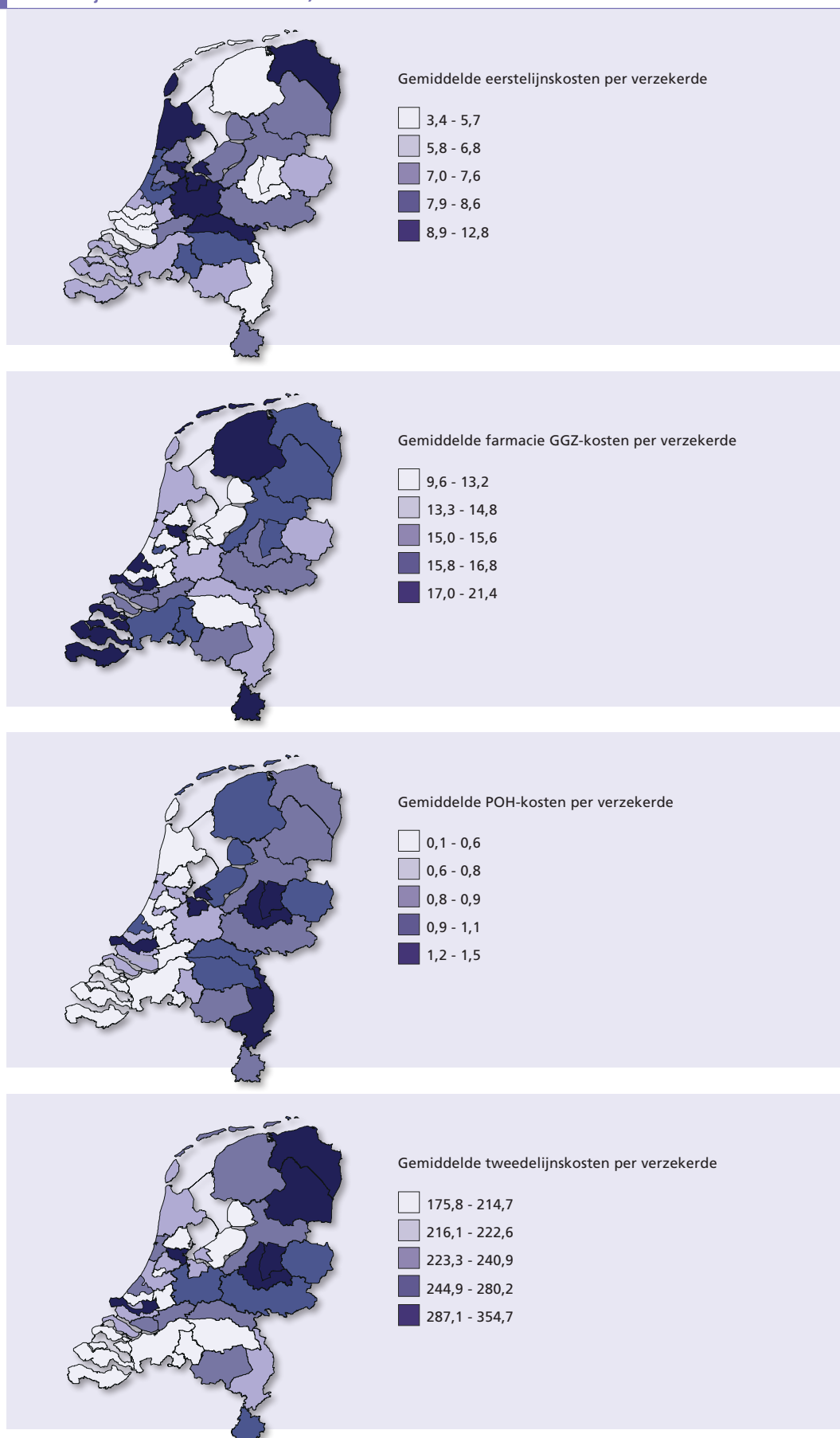
Figuur 4 toont de verschillen in GGZ-kosten per verzekerde in de verschillende echelons van de GGZ: POH-GGZ, eerstelijns GGZ, tweedelijns GGZ en farmacie GGZ. De verschillen tussen de regio's – binnen welk echelon er in een specifieke regio meer kosten worden gemaakt dan in andere regio's bijvoorbeeld – geven een indicatie over het type zorgaanbieders dat in de regio's actief is. Wanneer de kosten voor de POH-GGZ in een bepaalde regio bijvoorbeeld hoger zijn dan in andere regio's, dan zijn in die regio waarschijnlijk meer POH's-GGZ actief.

De regio Amsterdam heeft, vergeleken met andere regio's, hoge kosten per verzekerde in de eerstelijns GGZ, de tweedelijns GGZ en farmacie. Daarentegen zijn de POH-kosten in deze regio relatief laag vergeleken bij andere regio's. De regio Midden-Holland heeft overall lage GGZ-kosten per verzekerde. Ditzelfde geldt voor Flevoland. Een ander opvallend gegeven is dat Noord-Holland-Noord relatief hoge kosten per verzekerde heeft in de eerstelijns GGZ, terwijl de POH-kosten in deze regio heel laag zijn. Andersom is opvallend dat in de regio Apeldoorn/Zutphen de POH-kosten per verzekerde relatief hoog zijn, terwijl de eerstelijns GGZ-kosten hier relatief laag zijn. Voor alle regio's geldt dat de kosten in de tweedelijns GGZ vele malen hoger zijn dan de kosten in de overige echelons.

⁹ In deze Zorgthermometer kijken we vooral naar de cijfers van 2012 en 2013, toen de AWBZ nog niet was opgegaan in de WLZ.

Figuur 4

Regionale verschillen in GGZ-kosten per verzekerde in 2013 (POH-GGZ, eerstelijns GGZ, tweedelijns GGZ en farmacie GGZ)



Variatie in behandelduur in drie jaren

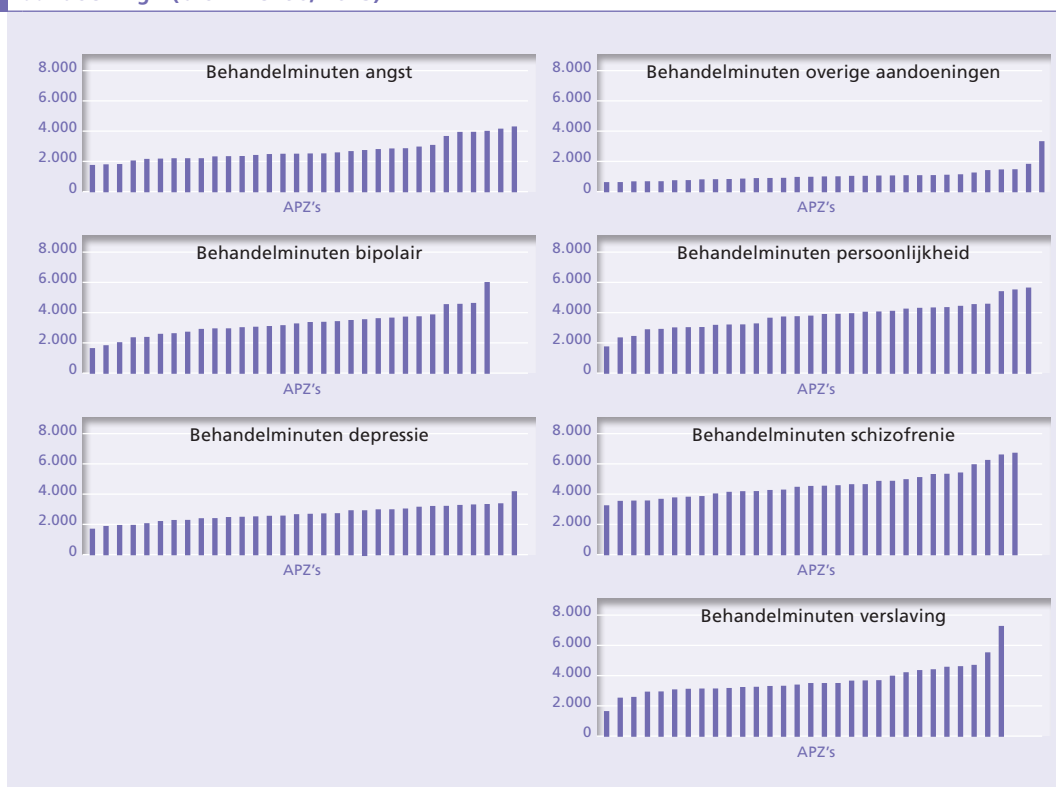
Hoeveel zorg wordt door instellingen aan patiënten geleverd in drie jaar tijd? Deze indicator wordt gemeten vanaf een initiële diagnosebehandelcombinatie (DBC) en weergegeven in het aantal minuten behandeltime in drie jaar.

Figuur 5 geeft de spreiding weer voor Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) in Nederland. Per aandoening is afzonderlijk in beeld gebracht hoeveel behandelminuten in drie jaar tijd gemiddeld worden besteed per patiënt door de verschillende APZ's.

Bij het grootste gedeelte van de APZ's blijft voor alle verschillende aandoeningen het aantal behandelminuten per patiënt in drie jaar onder de 5.000. Voor schizofrenie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen ligt het gemiddelde aantal behandelminuten hoger dan bij de andere aandoeningen. De spreiding tussen verschillende APZ-'s is bij alle aandoeningen zichtbaar. Het is moeilijk hieruit conclusies te trekken zonder extra informatie over de instellingen. Mogelijk hebben sommige APZ-'s een afwijkende (zwaardere of lichtere) mix van patiënten, waardoor ze verschillen van de andere APZ-'s. Die mix van patiënten kan worden beïnvloed door andere aanbieders in de regio.

Spreiding tussen APZ's voor aantal behandelminuten in drie jaar (2011, 2012 en 2013), per aandoening¹⁰ (bron: Vektis, 2015)

Figuur 5

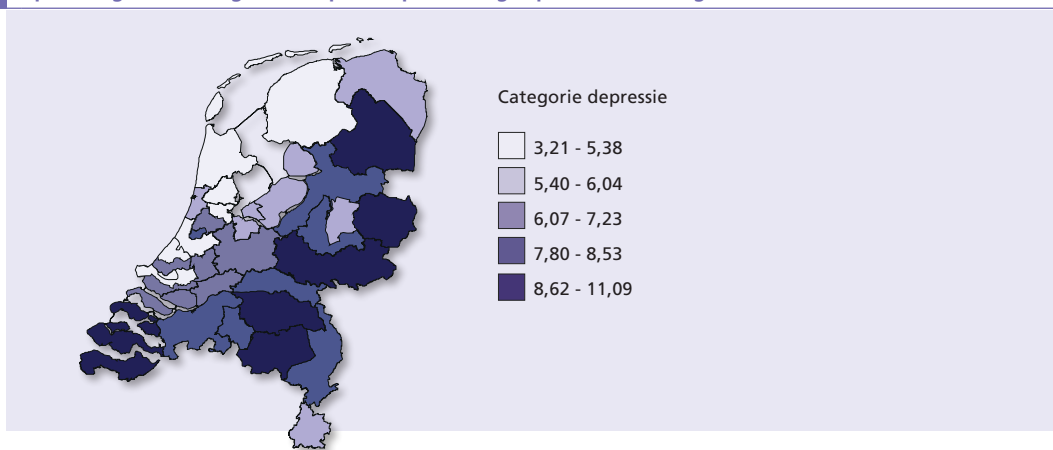


¹⁰ De meeste indicatoren worden gerapporteerd per cluster van aandoeningen. Dit zijn angststoornissen, bipolaire stoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, verslaving (alcoholverslaving en verslaving aan overige middelen) en de overige aandoeningen. Onder de overige aandoeningen vallen overige aandoeningen in de kindertijd, pervasieve stoornissen, eetstoornissen, somatoforme stoornissen, aandachtstekortstoornissen, delirium en dementie, andere aandoeningen die een reden tot zorg kunnen zijn, restgroep diagnoses.

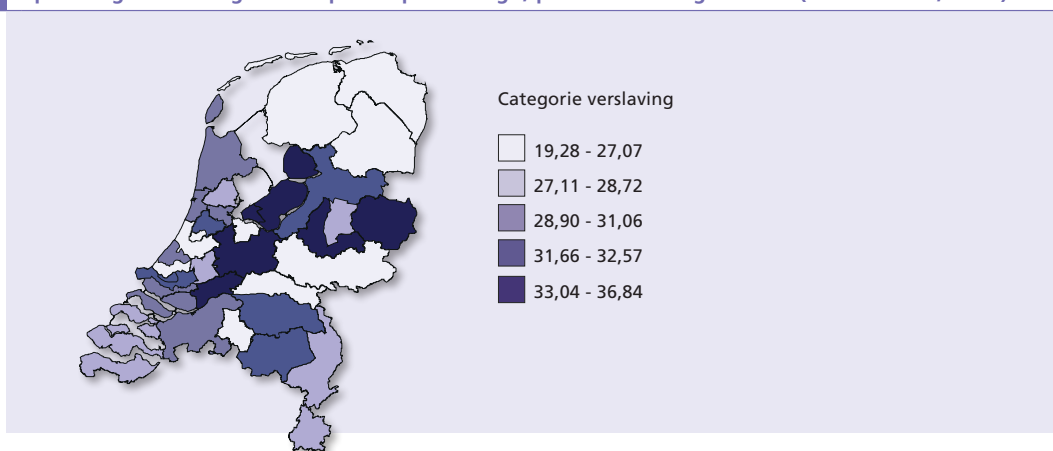
Regionale verschillen in opnamepercentage

De onderstaande figuren geven de regionale verschillen weer in het aantal patiënten dat opgenomen wordt ten opzichte van het totale aantal behandelde patiënten. Per diagnose is een aparte figuur weergegeven. Bij de diagnosegroep verslaving komt het hoogste opnamepercentage voor. Voor deze groep zijn er tegelijkertijd ook de grootste regionale verschillen. Ook schizofrenie scoort hoog als het gaat om variatie tussen regio's. De patiëntgroepen die het minst variatie tussen regio's vertonen zijn angst en overige aandoeningen.

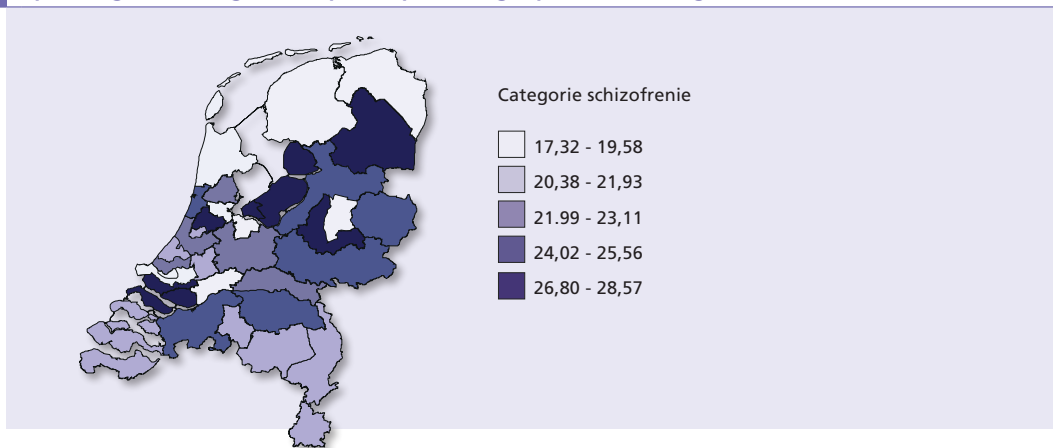
Figuur 6a Spreiding tussen regio's in opnamepercentage, per aandoening in 2013 (bron: Vektis, 2015)



Figuur 6b Spreiding tussen regio's in opnamepercentage, per aandoening in 2013 (bron: Vektis, 2015)



Figuur 6c Spreiding tussen regio's in opnamepercentage, per aandoening in 2013 (bron: Vektis, 2015)



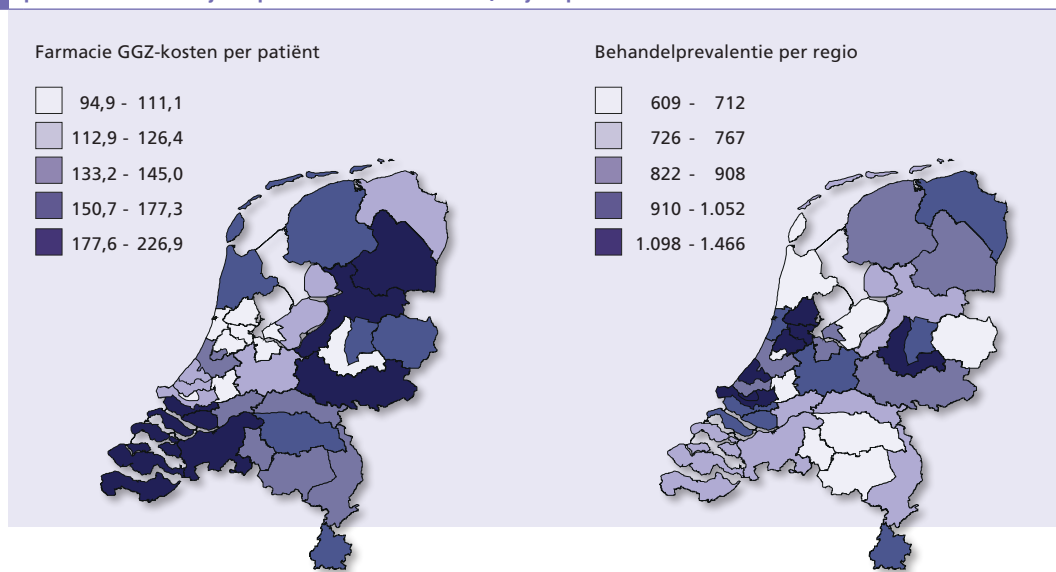
Regionale verschillen in behandeling depressie: combinatie pillen en praten

Nederland kent verschillende benaderingen in de behandeling van depressie. Sommige mensen met depressie krijgen bijvoorbeeld een behandeling in de tweedelijns GGZ, terwijl anderen met dezelfde klachten antidepressiva gebruiken (afgeleid uit extramurale afgifte van deze middelen). Overigens worden antidepressiva niet alleen voorgeschreven aan mensen met een depressie.

In de landkaarten van figuur 7 zijn twee indicatoren opgenomen die de verschillen tussen regio's laten zien in de behandeling van depressie. Rechts ziet u de landkaart met het aantal behandelde patiënten in de tweede lijn per 100.000 inwoners, links de kosten van GGZ-geneesmiddelen per depressiepatiënt (als patiënten gelden hier diegenen die in de tweede lijn worden behandeld).

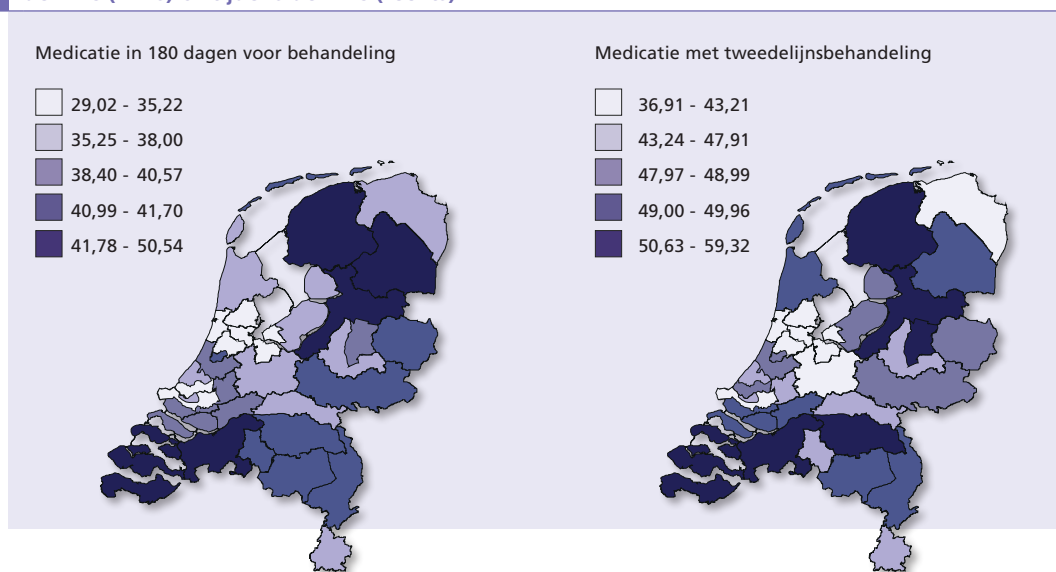
Figuur 7

Regionale verschillen: Farmaciekosten (in € per patiënt) vs. behandelprevalentie (aantal patiënten in een jaar per 100.000 inwoners) bij depressie



Figuur 8

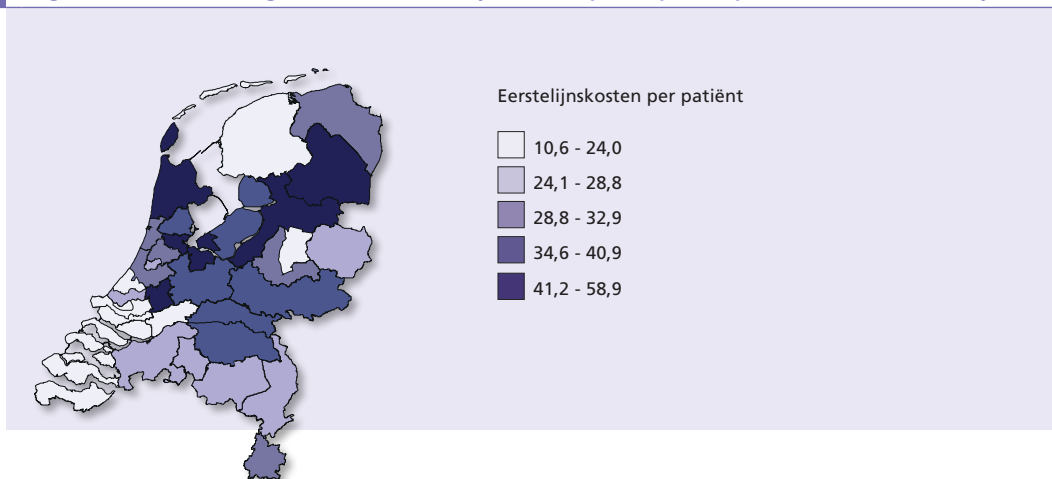
Regionale verschillen: percentage patiënten in behandeling met medicatie voorafgaand aan de DBC (links) of tijdens de DBC (rechts)



Het kaartje links laat zien welk percentage van de patiënten die voor depressie in de tweede lijn worden behandeld vooraf (180 dagen) dan wel gelijktijdig aan het openen van een DBC antidepressiva ontvangen (via een apotheek).

Het kaartje rechts maakt zichtbaar dat er in de Randstad minder antidepressiva worden voorgeschreven in combinatie met behandeling, terwijl in deze regio juist wel relatief méér mensen in behandeling zijn in de tweede lijn.

Figuur 9 Regionale verschillen: gemiddelde eerstelijnskosten per depressiepatiënt in de tweede lijn



Een deel van patiënten die in de tweede lijn voor depressie worden behandeld, zijn daarvoor in de eerste lijn geweest. Figuur 9 toont de gemiddelde eerstelijnskosten per depressiepatiënt. Deze zijn laag in Zeeland en delen van Zuid-Holland en Friesland. In delen van Noord-Holland, Utrecht, Overijssel en Drenthe zijn de gemiddelde kosten hoger. Mogelijk worden de hogere kosten in deze regio's veroorzaakt doordat meer mensen met een depressie door de eerstelijns psycholoog zijn behandeld. Dit kan het gevolg zijn van een hoger aanbod van eerstelijns psychologen in deze regio's.

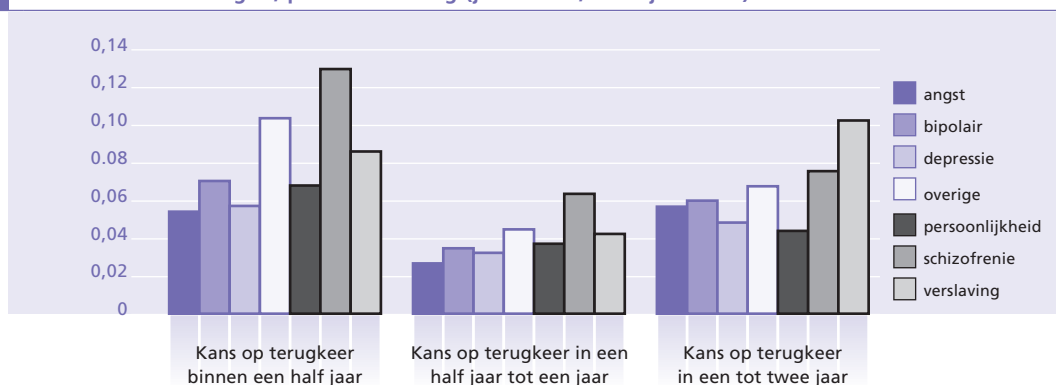
De landkaarten laten zien dat de kosten voor farmacie voor depressiepatiënten in 2013 het hoogst zijn in de regio's Zeeland, West-Brabant, Zwolle, Drenthe, de Zuid-Hollandse eilanden en Arnhem. Dit wordt (mede) veroorzaakt doordat vaker antidepressiva voorafgaand en parallel aan de DBC-behandeling worden voorgeschreven. Daarentegen is de behandelprevalentie in 2013 het hoogst in de regio's Amsterdam, Haaglanden, Rotterdam, Zaanstreek-Waterland, Nieuwe Waterweg-Noord en Apeldoorn/Zutphen. Niet zichtbaar is of in de andere regio's depressiepatiënten meer vanuit de huisarts of de eerste lijn (al dan niet met medicatie) worden behandeld. Dit komt omdat er geen diagnose-informatie beschikbaar is op de declaratiegegevens van huisartsen of (andere) eerstelijns aanbieders.

Kans op terugkeer in zorg na afloop van een behandeling

Figuur 10 geeft inzicht in de kans op terugkeer in de zorg na afloop van een behandeling voor verschillende aandoeningen - binnen een halfjaar, binnen een half jaar tot een jaar of binnen één tot twee jaar. Hierbij ligt de focus op ambulante zorg, APZ's en psychiatrische afdelingen binnen ziekenhuizen (PAAZ/PUK-afdelingen). Deze indicator wordt weergegeven voor een initiële DBC in 2011 en 2012. Er is gerapporteerd op het niveau van de instelling van de eerste gesloten DBC voor patiënten met een leeftijd tussen de 18 en 64 jaar.

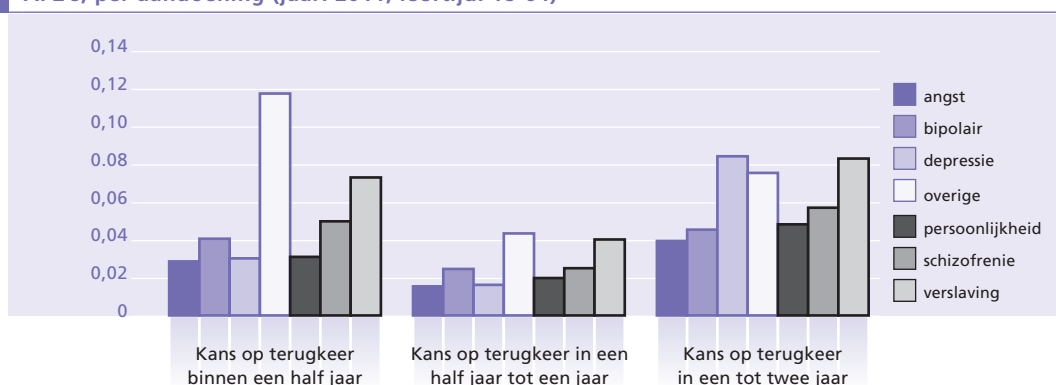
Figuur 10a

Kans op terugkeer binnen een half jaar/half jaar tot een jaar/een jaar tot twee jaar voor ambulante instellingen, per aandoening (jaar: 2011, leeftijd: 18-64)



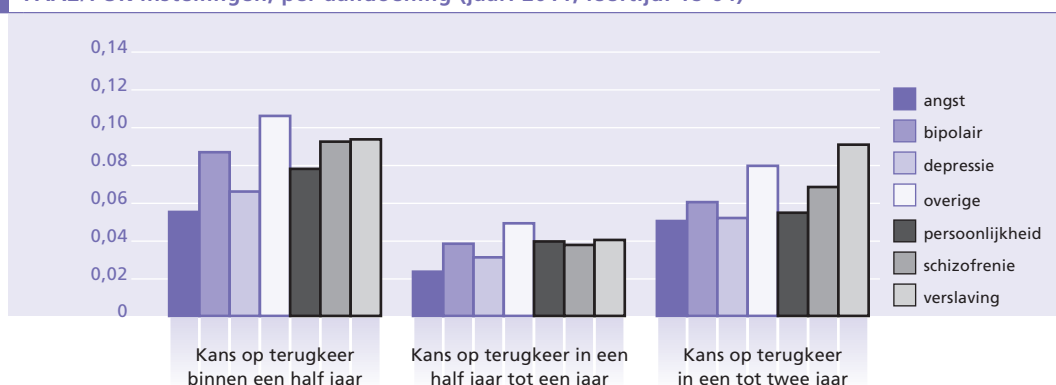
Figuur 10b

Kans op terugkeer binnen een half jaar/half jaar tot een jaar/een jaar tot twee jaar voor APZ's, per aandoening (jaar: 2011, leeftijd: 18-64)



Figuur 10c

Kans op terugkeer binnen een half jaar/half jaar tot een jaar/een jaar tot twee jaar voor PAAZ/PUK instellingen, per aandoening (jaar: 2011, leeftijd: 18-64)



De afbeeldingen in figuur 10 laten zien dat de kans op terugkeer in 2012 na afloop van een behandeling (initiële DBC in 2011) voor alle aandoeningen in totaal het hoogst is voor PAAZ/PUK-instellingen en ambulante instellingen. De kans op terugkeer na behandeling voor alle aandoeningen is het laagst in een APZ. Zowel binnen de ambulante als binnen de PAAZ/PUK-instellingen is de kans op terugkeer voor alle aandoeningen afzonderlijk het hoogst in de periode binnen het eerste half jaar na afronding van de behandeling. Bij APZ's is de kans op terugkeer voor alle aandoeningen afzonderlijk het hoogst binnen één tot twee jaar na de behandeling.

Volgens dit overzicht hebben patiënten met de diagnoses overige aandoeningen, verslaving en schizofrenie de hoogste kans op terugkeer in zowel de ambulante zorg, APZ en PAAZ/PUK-instellingen.

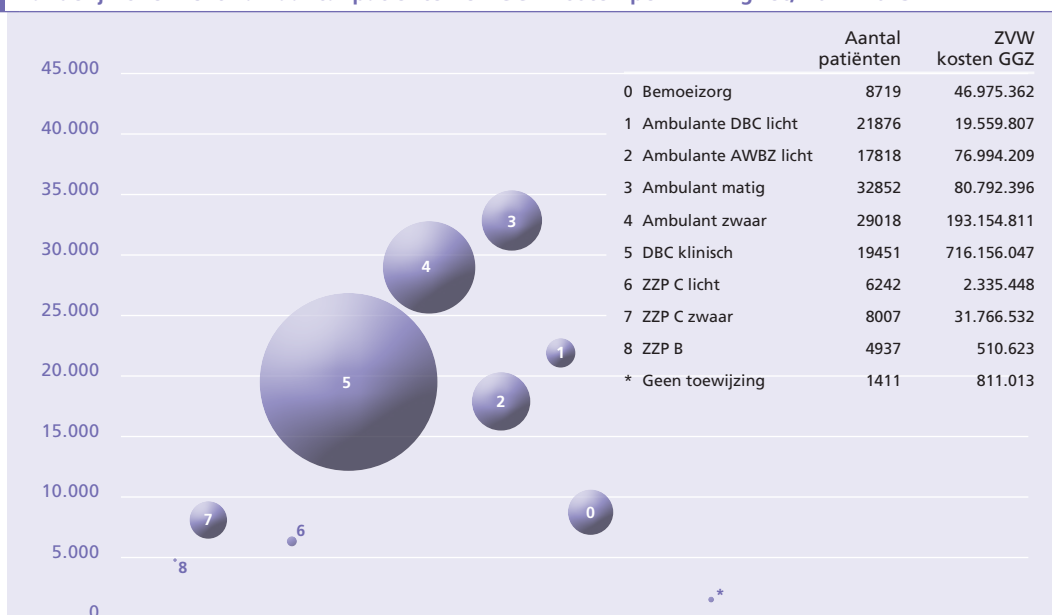
Opvallende uitschieters: de kans op terugkeer binnen een half jaar na behandeling voor de diagnose overige aandoeningen binnen de APZ-en en de kans op terugkeer binnen een half jaar na behandeling voor de diagnose schizofrenie binnen ambulante instellingen.

De zorg voor de langdurige GGZ-patiënten (EPA)

Zoals eerder aangegeven wordt circa 6% van GGZ-patiënten gevormd door mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Per 2015 is een deel van de GGZ, en daarmee ook een deel van de zorg die aan EPA-patiënten geleverd wordt, naar gemeenten overgegaan, waaronder het beschermd wonen (ZZP C). Gemeenten moesten dus per 2015 deze zorg inkopen. Daarnaast zijn er regionale gesprekken tussen GGZ-instellingen, beschermd wonen organisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren, en gemeenten. Er is behoefte aan meer inzicht in deze groep. Figuur 11 bevat een landelijk overzicht van het aantal patiënten per EPA-groep (vignet), en van de GGZ-kosten zijn die per vignet via de Zorgverzekeringswet en de AWBZ worden vergoed. Voor deze groep zijn ook gedetailleerde overzichten per gemeente beschikbaar.

Figuur 11 laat zien dat de meeste kosten omgaan in de EPA-groep met klinische DBC's, maar dat de groep die ambulant wordt behandeld het grootst is in aantal patiënten.

Figuur 11 Landelijk overzicht van aantal patiënten en GGZ-kosten per EPA-vignet, 2012-2013



4 Het gebruik van praktijkvariatie

In dit hoofdstuk geven we een beeld van wat al gedaan is en nog gedaan kan worden met de uitkomsten van praktijkvariatie. De praktijkvariatierapporten zijn niet alleen gepubliceerd de afgelopen jaren, ook zijn ze besproken in een aantal informatieve workshops met zowel instellingen als verzekeraars. Wat nu volgt, is grotendeels gebaseerd op de reacties die we van gebruikers hebben ontvangen.

In de loop der jaren is duidelijk geworden dat de uitkomsten van praktijkvariatie in samenhang gebruikt moeten worden. Aan verschillen kan niet altijd een kwalitatief oordeel (goed of fout) worden verbonden. Er zijn soms goede verklaringen en goede argumenten voor afwijkingen.

4.1 Benchmarking en input voor contractonderhandeling

Zorgverzekeraars kunnen informatie over praktijkvariatie in de GGZ gebruiken om inzicht te krijgen in verschillen tussen instellingen. Dit is van belang omdat zij verantwoordelijk zijn voor het inkopen van kwalitatief goede zorg die ook betaalbaar is. Praktijkvariatiegegevens zijn niet alleen van belang voor zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders van grote waarde. Doordat zij de eigen praktijk kunnen spiegelen aan andere praktijken, ontstaat een beter inzicht in het eigen handelen in vergelijking met andere aanbieders. Op basis van dat inzicht kunnen aanbieders intern nagaan waardoor verschillen ontstaan en wellicht inspelen op die verschillen, waarmee de kwaliteit en/of de doelmatigheid van zorg verbeterd kan worden. Inzicht in praktijkvariatie in de GGZ kan ook worden gebruikt als basis voor onderhandelingsgesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over bijvoorbeeld zorg in- en verkoop. Door te benchmarken leren verzekeraars en aanbieders van best practices. Ook kunnen ze, wanneer nodig, afspraken maken over het verkleinen van verschillen tussen instellingen. In hoofdstuk 2 vindt u resultaten die informatie kunnen bieden.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen aan zet

Praktijkvariatie heeft een signalerende functie. De resultaten van de praktijkvariatierapporten GGZ laten de feitelijke verschillen zien tussen regio's en tussen instellingen. De interpretatie van deze verschillen is aan de zorginkopers en zorgverkoopers rond de onderhandelingstafel. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten samen het gesprek voeren over de relatie tussen uitkomsten, kwaliteit van zorg en de zorgvraag van patiënten - en samen kijken naar de mogelijke consequenties voor afspraken over contractering.

Ook bij het maken van afspraken over reductie van bedden (ambulantisering) wordt rekening gehouden met de bestaande praktijk. In regio's en instellingen waar al relatief veel ambulant wordt behandeld is de reductiedoelstelling minder dan in andere regio's. Hierdoor zal de praktijkvariatie op termijn afnemen.

4.2 De beschikbaarheid en terugkoppeling van de rapporten praktijkvariatie GGZ

4.2.1 Via Zorgprisma

Via het beveiligde internetportaal Zorgprisma kunnen instellingen, zorgverzekeraars en veldpartijen zoals brancheorganisaties, LPGGZ en VWS de uitkomsten van de onderzoeken praktijkvariatie GGZ bekijken.

Zorgprisma van Vektis vormt een belangrijke informatiebron voor zorgverzekeraars en andere zorgpartijen om branchebrede informatie te verkrijgen. Die informatie wordt onder meer ingezet bij

beleidsevaluatie en zorginkoop/-verkoop. Naast de praktijkvariatierapporten zijn er ook algemene rapportages over de GGZ.

De rapporten over praktijkvariatie binnen de GGZ op Zorgprisma geven gesprekspartners in de zorg de mogelijkheid én de zekerheid dat zij zich baseren op dezelfde gegevens.

Privacy

Iedere categorie van gebruikers (zorgverzekeraars bijvoorbeeld, of GGZ-instellingen) heeft toegang tot een eigen onderdeel van het Zorgprisma. De gegevens die afzonderlijke gebruikers zien, zijn afkomstig uit dezelfde brongegevens. Het is in dit programma echter onmogelijk om concurrentiegevoelige informatie te zien, of informatie die te herleiden is tot individuele verzekerden.

Gebruikers hebben inzicht in eigen cijfers die gebaseerd zijn op informatie die zij zelf ook kunnen ophalen in eigen systemen. Daarnaast hebben ze inzicht in spiegelinformatie, gebaseerd op geaggregeerde informatie van andere aanbieders/verzekeraars.

4.2.2 Via workshops

Naast de terugkoppeling via Zorgprisma, worden de resultaten van de praktijkvariatierapporten ook aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders gepresenteerd tijdens workshops. We vragen deelnemers onder meer om input ter verbetering en aanvulling van toekomstige praktijkvariatierapporten. Vektis en ZN organiseren ieder jaar zo'n bijeenkomst over praktijkvariatie voor GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars. Eerdere workshops leverden suggesties op die hebben geleid tot uitbreiding van de indicatoren in 2015. Inzicht in de regionale kostenverdeling over de echelons is zo'n toegevoegde indicator.

De workshop in het afgelopen jaar focuste op het Onderzoek praktijkvariatie GGZ 2015 GGZ dat in april 2015 werd gepubliceerd. Er namen medewerkers van diverse GGZ-instellingen en zorgverzekeraars deel. Als een belangrijke ontwikkeling kwam ter tafel dat Zorgprisma dit jaar ook toegankelijk is geworden voor zorgaanbieders in de GGZ. Daarnaast werden enkele resultaten van de praktijkvariatie besproken door gemengde groepen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders GGZ, vanuit beider perspectief. Drie thema's kwamen bij de opdrachten aan de orde: 1) spreiding behandelduur en kans op terugkeer in zorg na afloop van een behandeling; 2) opnameprevalentie en opnamepercentage; 3) ernstige psychiatrische aandoeningen.

4.2.3 Resultaten van de workshop in het kort

Tijdens de bijeenkomst werden niet alleen enkele resultaten en mogelijke verklaringen daarvan besproken. Ook werd bekeken op welke manier de resultaten van het onderzoek praktijkvariatie kunnen worden gebruikt in het zorginkoop- en verkoopproces. En of er in de huidige onderzoeksvorm nog bepaalde informatie mist om een goede basis te bieden voor gesprekken over in- en verkoop.

Als conclusies kwamen naar voren:

- de cijfers uit de praktijkvariatieonderzoeken geven inzicht en gespreksstof;
- het doel van het kijken naar praktijkvariatie is passende behandeling voor de patiënt;
- informatie over praktijkvariatie moet nog meer worden gebruikt om te leren van best practices;
- het is zinvol om per regio te benchmarken;
- in onderhandelingsgesprekken wordt vaak naar grote posten gekeken - daarvoor zijn niet alle thema's binnen de praktijkvariatieonderzoeken geschikt;
- in onderhandelingsgesprekken zijn de cijfers goed te gebruiken ten behoeve van specifieke beleidsdoelen van de regio.

Naar aanleiding van de opdrachten die door de gemengde groepen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders werden besproken, zijn aanvullende wensen geformuleerd voor deze specifieke onderwerpen, die soms ook van toepassing zijn op andere onderwerpen binnen de praktijkvariatie-onderzoeken. De wensen en bevindingen op een rij:

- de relatie met zorgvraagzwaarte en ROM-scores is belangrijk;
- bekijk de cijfers in combinatie met de omvang/patiëntenmix (bijvoorbeeld klinisch/ambulante);
- het volgen van patiëntenstromen is interessant;
- kijk naar de gemiddelde prijs per patiënt (opgesplitst naar behandel- en verblijfskosten);
- contextuele informatie over bijvoorbeeld prevalentie, andere zorgstromen, sociaaleconomische status en arbeidssituatie is zinvol;
- er is meer informatie nodig over individuele aanbieders;
- maak onderscheid tussen klinische en ambulante zorg, bijvoorbeeld bij het aantal behandelminuten;
- een andere regionale indeling, bij voorkeur op gemeenteniveau, is wenselijk;
- volg bepaalde groepen patiënten door de tijd (bijv. EPA-patiënten).

Bijeenkomsten als deze leveren inzicht in het gebruik van de praktijkvariatiestudies door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarmee kan Vektis beter op hun specifieke wensen aansluiten. Dat versterkt hun voorbereiding en positie aan de onderhandelingstafel, en verhoogt de kwaliteit van de gesprekken. Bovendien leidt dit soort bijeenkomsten tot een betere bekendheid van de praktijkvariatieonderzoeken onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat komt de acceptatie van de cijfers ten goede en stimuleert het gebruik ervan.

Bijeenkomsten met zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben al vaker gezorgd voor aanpassingen of aanvullingen. Zo kwam de wens naar voren om de informatie van zowel de praktijkvariatie GGZ als de praktijkvariatie ambulantisering in 2015 eerder in het jaar op te leveren, zodat die beter gebruikt kan worden voor de zorginkoop. Een andere suggestie was om meer eenheid in deze producten te creëren. In reactie daarop hebben we in 2015 één product gemaakt van de praktijkvariatie GGZ en de praktijkvariatie ambulantisering, samengevat onder de noemer praktijkvariatie GGZ.

4.3 De eerste resultaten van onderzoek naar praktijkvariatie

Hebben de praktijkvariatieonderzoeken in de GGZ al zichtbare resultaten opgeleverd?

Een goed antwoord daarop is lastig, omdat er nog relatief weinig tijd is verstreken sinds het eerste onderzoek van Vektis, uitgevoerd in 2011 voor depressie. De eerste uitkomsten waren beschikbaar toen de inkoopgesprekken voor 2012 liepen. Het onderzoek van begin 2015 is gebaseerd op declaratiegegevens van 2012 en 2013, omdat DBC's vaak pas na 1 jaar gedeclareerd worden. Tussen het moment dat de resultaten van het eerste onderzoek gebruikt werden (in de inkoopgesprekken voor 2012 en de resultaten uit het onderzoek van 2015 (die gebaseerd zijn op 2012 en 2013-declaraties), zit nog maar een beperkte hoeveelheid tijd (te weten twee jaar). Praktijkvariatie is in de tussentijd een belangrijk onderwerp van gesprek geworden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De eerste mogelijke gevolgen van deze gesprekken worden zichtbaar in het Onderzoek praktijkvariatie GGZ 2016.

Ambulantisering

Zorg voor patiënten thuis vervangt in toenemende mate verblijf in een instelling. Partijen in de GGZ hebben met elkaar de ambitie om patiënten in Nederland minder vaak en minder lang op te nemen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord was afgesproken om de bedden capaciteit van GGZ-instellingen in de periode tot 2020 fors af te bouwen, namelijk met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008, en de klinische zorg te substitueren door ambulante zorg.

De praktijkvariatiresultaten kunnen goed gebruikt worden tijdens het maken van afspraken over ambulantisering aan de onderhandelingstafel. Als iedere instelling dezelfde reductiedoelstelling zou

krijgen, worden instellingen die al vroeg met ambulantiseringprogramma's zijn gestart op oneerlijke wijze gekort.

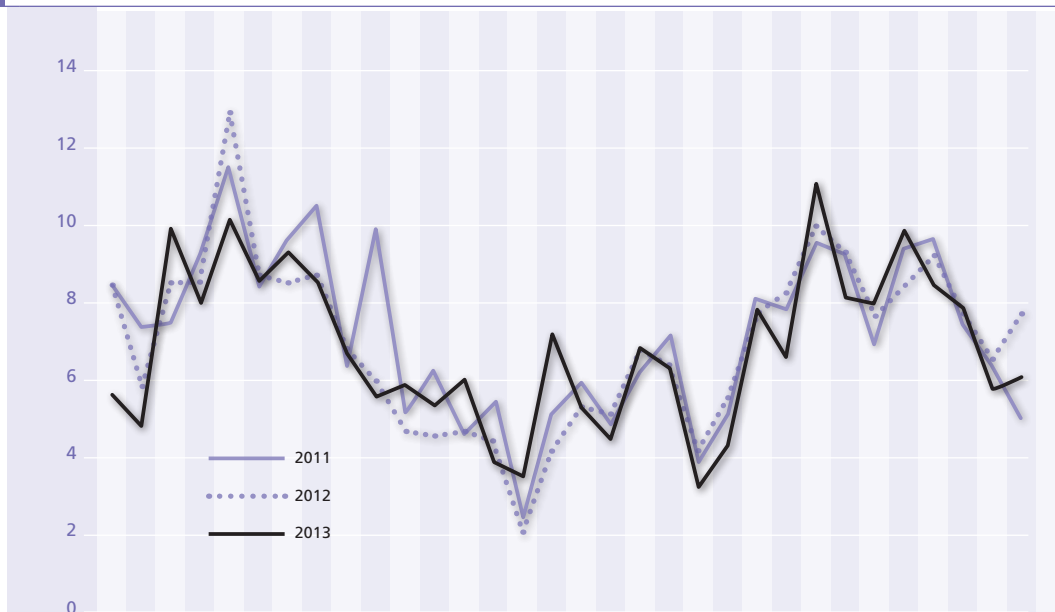
In alle praktijkvariatieonderzoeken is een indicator opgenomen die kijkt naar het percentage opnames en de opnameduur. De praktijkvariatie-uitkomsten over het percentage opnames is gebruikt om afspraken te maken over de afbouw van bedden.

De afbeeldingen in figuur 12 laten de verschillen zien van het opnamepercentage in 2011, 2012 en 2013 voor drie verschillende diagnosegroepen.

Duidelijk is dat het percentage opnames voor patiënten met schizofrenie zichtbaar is afgenomen tussen 2011 en 2013; dit percentage is relatief hoog (20-30% afhankelijk van de regio). Voor patiënten met depressie is een kleine afname te zien. Voor patiënten met verslaving zien we echter juist een lichte toename in het opnamepercentage tussen 2011 en 2013. Om duidelijker te kunnen zien of sprake is van trends, moeten meer jaren verstrijken.

Figuur 12a Opnamepercentage per regio in 2011, 2012 en 2013, categorie schizofrenie

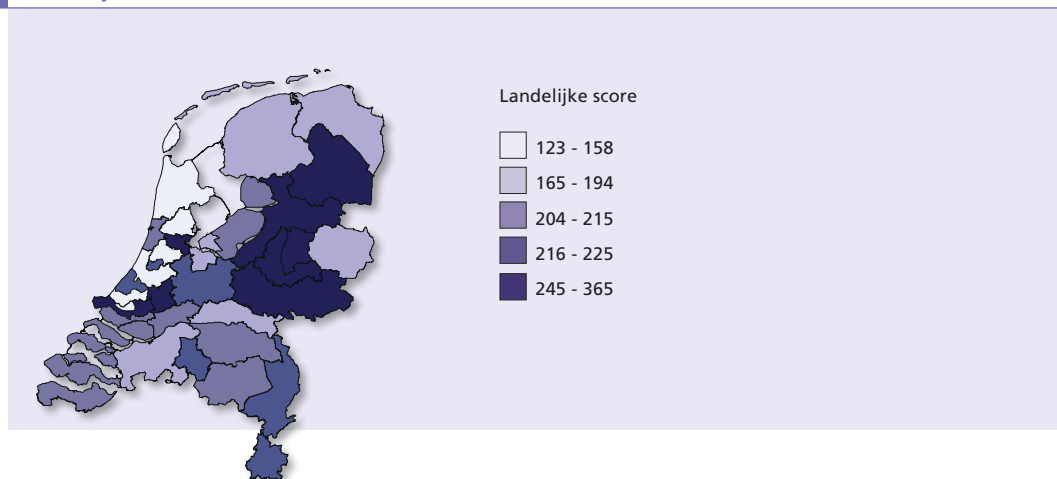


Figuur 12b Opnamepercentage per regio in 2011, 2012 en 2013, categorie depressie

Figuur 12c Opnamepercentage per regio in 2011, 2012 en 2013, categorie verslaving


In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord zijn, zoals gezegd, afspraken gemaakt over reductie van bedden. De verblijfskosten zijn een eenvoudige maat voor het beddengebruik. Inzicht in regionale verblijfskosten per inwoner geeft dan inzicht in de regio's waar de hoogste prioriteit kan worden gegeven om te reduceren. Alle regio's korten met eenzelfde percentage zou onrecht doen aan instellingen die al eerder met afbouwprogramma's zijn gestart.

Figuur 13

Gemiddelde verblijfskosten per jaar – ongeacht aandoening – per verzekerde (inwoner) van 18 - 64 jaar, 2013



Aangezien hoge kosten kunnen worden veroorzaakt door een hoog percentage opnames, door de duur van de opnames, door hoge tarieven of gewoon door een groot aantal patiënten, zijn ook dit verklarende indicatoren die in de praktijkvariatie per aandoening kunnen worden bekeken.

Een klein deel van GGZ-patiënten bestaat uit mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Deze groep vraagt veel zorg. Door de overheveling van het beschermd wonen (ZZP C) naar de gemeenten in 2015 is de inkoop van verblijf relevant geworden voor gemeenten. Over het gezamenlijk organiseren van de zorg voor deze EPA groep zijn er regionale gesprekken tussen GGZ instellingen, beschermd wonen organisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren, en gemeenten.

Door het opstellen van overzichten met aantallen EPA-patiënten in combinatie met de aard en kosten van de zorg per gemeente ontstaat meer inzicht in deze groep mensen en op mede op basis van de informatie die vanuit het EPA-onderzoek wordt geboden, kan beter worden samengewerkt om de juiste zorg voor deze patiëntengroep beschikbaar te hebben.

5 Transparantie nu en in de toekomst

Veranderingen in de zorg gaan altijd gepaard met een veelheid aan vragen, zowel vooraf als achteraf. We beginnen dit slothoofdstuk met de ontwikkelingen in de GGZ die de behoefte aan informatie hebben doen groeien. Daarna beschrijven we wat op welke manier in gang is gezet om de transparantie in de GGZ in de toekomst verder te vergroten.

5.1 De invloed van beleidsveranderingen in de GGZ

Invoering Generalistische Basis GGZ

Zoals in hoofdstuk 2 geschetst, is de GGZ per 1 januari 2014 omgevormd naar een stelsel met een Basis GGZ en een gespecialiseerde GGZ. Het overkoepelende doel van deze stelselwijziging is dat patiënten een passende behandeling krijgen op de juiste plaats in de GGZ.

Het is voor veel partijen van belang om te zien of de doelstellingen van deze stelselwijziging worden gehaald. KPMG en Vektis werken hiervoor samen aan een Monitor Basis GGZ, in opdracht van VWS. De wijziging heeft bovendien invloed op de uitkomsten van de praktijkvariatieonderzoeken GGZ. Doordat een deel van de tweedelijns GGZ overgaat naar de Basis GGZ ontstaat een trendbreuk in de rapportage.

Overheveling jeugd-GGZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Sinds 1 januari 2015 is het nieuwe jeugdstelsel van kracht. Alle jeugdhulp valt daarmee onder één wet. De jeugd-GGZ is vanuit de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo naar de Jeugdwet overgeheveld en valt nu onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij gaan onder meer sturen op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van deze vorm van jeugdhulp¹¹.

Overhevelingen ZZP B en ZZP C

In 2015 zijn ook wijzigingen doorgevoerd rondom het GGZ-verblijf dat in de AWBZ werd vergoed. De voortgezette behandeling met verblijf (ZZP B) wordt nu tot en met het derde jaar verblijf in de Zorgverzekeringswet vergoed, daarna in de WLZ. Als overgangsregeling zijn alle openstaande ZZP B's in 2014 naar de WLZ overgeheveld per 1 januari 2015.

Het beschermd wonen (ZZP C) is per 2015 naar de gemeenten overgeheveld.

De verschillende beleidsveranderingen in de GGZ hebben vooraf gezorgd voor een veelheid aan informatie richting VWS, gemeenten, en zorgverzekeraars om de verzekerden/patiënten en instellingen te kunnen informeren. De veranderingen hebben ook invloed op toekomstige informatievragen. Zo neemt de scope van de praktijkvariatie toe omdat de Basis GGZ zal worden meegenomen. Aan de andere kant zal de behoefte groeien om gegevens tussen verzekeraars en gemeenten uit te wisselen, bijvoorbeeld over de GGZ aan patiënten van bijna 18 jaar, en over beschermd wonen (ZZP C). Vektis kan en wil daar graag bij ondersteunen.

5.2 De doorontwikkeling van praktijkvariatie-onderzoeken

De praktijkvariatie geeft op dit moment vooral verschillen tussen instellingen en regio's weer die zijn afgeleid van declaratiegegevens. Er zijn twee grote wensen om deze informatie nog beter te kunnen gebruiken. Instellingen en verzekeraars willen de verschillen in geleverde zorg combineren met de gemiddelde zwaarte van de zorgvraag van patiënten. Daarnaast is de uitkomst van de behandeling een belangrijke te verdisconteren kwaliteitsfactor.

¹¹<https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/jeugdhulp/soorten-jeugdhulp/jeugd-ggz>

5.2.1 Zorgvraagzwaarte

Vektis beoogt om in de tweede helft van 2015 zorgvraagzwaarte als verklarende variabele toe te voegen aan de analyses voor praktijkvariatie GGZ. Met de toevoeging van deze verklarende factor neemt de zeggingskracht van de praktijkvariatierapporten sterk toe. De in beeld gebrachte verschillen tussen instellingen worden dan voor een deel verklaard door verschillen in de zwaarte van de te behandelen patiëntenpopulatie. De resterende verschillen tussen instellingen kunnen dan verklaard worden door verschil in behandeling voor vergelijkbare patiëntengroepen. Dit zijn factoren die door de zorgaanbieders/behandelaren te beïnvloeden zijn. In de zorgcontractering kunnen afspraken worden gemaakt over het behandelen van bepaalde groepen (zwarte of lichte) patiënten en over de zorg die verschillende groepen patiënten krijgen.

Verder wordt de zorgvraagzwaarte-indicator met ingang van 2016 weer in de declaratiegegevens opgenomen. Maar hiervoor is een alternatieve verwerking ontworpen, zodat de verzekeraars geen zorgvraagzwaarte-informatie per patiënt ontvangen (privacyborging), maar via Vektis geaggregeerde informatie per instelling krijgen. Op deze manier kan de verklarende waarde van de zorgvraagzwaarte-indicator toch worden gebruikt voor zorginkoop en controleprocessen. Ook helpt deze factor in het risicovereveningsstelsel GGZ, waardoor risicoverschillen tussen verzekeraars beter kunnen worden verrekend.

5.2.2 Kwaliteit van de behandeling (ROM-scores)

Naast het vinden van verschillen door de soort behandeling, is het belangrijk om ook de uitkomst van de behandeling te kunnen opnemen in de vergelijkingen. Als een dure behandeling wel effect heeft en een goedkope behandeling niet dan is de dure behandeling toch te prefereren. We spreken dan over de kosteneffectiviteit van de behandeling.

De uitkomst van behandeling staat niet op de declaratie die een zorgverzekeraar ontvangt. Om toch inzicht te krijgen in de geleverde zorg doen zorgaanbieders regelmatig uitkomstmetingen bij patiënten (ROM: routine outcome monitoring). Deze metingen bij het begin en einde van de DBC zijn bruikbaar om te zien of de patiënt minder klachten heeft of weer beter zelfredzaam is. Intussen wordt bij ongeveer de helft van de DBC's de uitkomst gemeten. In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat ook zorgverleners die de Basis GGZ aanbieden, vanaf 1 januari 2014 gebruikmaken van ROM. Instellingen stellen de ROM-gegevens ter beschikking aan de Stichting Benchmarking GGZ (SBG). SBG verzamelt, analyseert en rapporteert de ROM-gegevens van GGZ-aanbieders.

SBG en Vektis onderzoeken op welke manier de kwaliteit van behandeling (uitkomsten van de behandeling op basis van ROM-scores) gecombineerd kan worden met de kosten en de duur van de behandeling (op basis van de declaratiegegevens).

5.3 Aanvullende wensen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders GGZ

Bij bijeenkomsten en workshops met zorgverzekeraars en zorgaanbieders - zowel afzonderlijk als gezamenlijk - worden tips en suggesties voor verbeteringen of toevoegingen aan onderzoeken zoals de praktijkvariatie meegenomen. Ook voor andere rapporten die bijvoorbeeld op Zorgprisma worden gepubliceerd, raadplegen we de betrokken partijen over hun behoefte aan informatie. Ten aanzien van de praktijkvariatieonderzoeken vindt u in hoofdstuk 3 een concrete lijst van wensen.

Het meenemen van zorgvraagzwaarte en van ROM-scores is daar al genoemd.

Ook bestaat de behoefte om verdiepende informatie die in de afgelopen tijd in de declaratiegegevens is toegevoegd te ontsluiten: over bepaalde verrichtingen (ECT) bijvoorbeeld, over de mogelijke toename van crisisopnames en over de gemiddelde tijdsbesteding van hoofdbehandelaren in relatie tot andere behandelaren.

Er is bovendien steeds meer belangstelling om de gehele zorg voor bepaalde patiëntengroepen in kaart te brengen. Hierbij kan worden gedacht aan de samenloop van GGZ en ziekenhuiszorg, of de gehele zorg voor EPA-patiënten of verslaafden.

De andere tips en wensen van de deelnemers worden waar mogelijk meegenomen in de eerstvolgende praktijkvariatiereportage (rond april 2016). Of deze worden opgenomen in andere rapportages die op Zorgprisma worden aangeboden.

Aanpassingen productstructuur

Tot slot werken veldpartijen aan verdere verbetering van de productstructuur. Die zal niet alleen rekening houden met de diagnose en de hoeveelheid zorg, maar ook relaties hebben met de genoemde zwaarte van de zorgvraag en uitkomst van de behandeling. Daarbij horen overzichten van geaccepteerde behandelingen die passen binnen de betreffende patiëntengroepen. Op die manier wordt een deel van de kwaliteit vooraf geborgd en kan een betere relatie tussen patiënt, kwaliteit van de behandeling en de zorgkosten gelegd worden.

Al met al staan er nog veel verbeteringen op stapel om de transparantie in de GGZ verder te vergroten. Ook Vektis wil met haar informatieproducten daaraan bijdragen.

Colofon

Inhoud

In deze publicatie staan telkens cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd.

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Auteurs

drs. K.G.C. (Guus) de Ruiter, MTD
drs. M. (Malou) van Greuningen
L. (Lieke) van Gerwen, Msc

Redactie

J. (Jannie) Aartse
dr. A. (Anne) de Boo
drs. M. (Marieke) Smit
M.H. (Marion) Verhoef-Groenveld
K. (Kees) Adolfsen, tekst

Dank

Wij willen de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze uitgave:
J. (Jaap) van der Rijst, senior beleidsmedewerker (Zorgverzekeraars Nederland)
A. (Anneke) Viscaal, beleidsmedewerker (Zorgverzekeraars Nederland)
E.F. (Elske) Hijlkema (Zorgverzekeraars Nederland)

Grafisch ontwerp

Ontwerpbureau De Branding

Drukwerk

Lulof Druktechniek

Meer informatie

Wilt u meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op via telefoon: 030-8008 300 of e-mail: info@vektis.nl. Deze publicatie is ook online te raadplegen op www.vektis.nl.

Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u e-mailen naar Guus de Ruiter: g.de.ruiter@vektis.nl.

Bezoekadres
Sparrenheuvel 18
3708 JE Zeist

Postadres
Postbus 703
3700 AS Zeist

T: 030-69 88 323
F: 030-69 88 216
E: info@vektis.nl

