

Vergaderjaar 2014–2015

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 267

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 maart 2015

Bij brief van 4 februari 2015 hebt u mij gevraagd om te reageren op de brief die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 20 januari 2015 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd over een aantal onderzoeken met betrekking tot praktijkvariatie in de GGZ en de voornemens van ZN met betrekking tot eventuele wachtlijsten in de GGZ.

Praktijkvariatie

Op verzoek van ZN onderzoekt Vektis declaratiegegevens om meer zicht te krijgen op de kwaliteit en de kwaliteit/kostenverhouding van geleverde GGZ zorg. Het gaat hierbij om tweedelijns curatieve GGZ en de gegevens hebben betrekking op 2012. Eén onderzoek is een vervolg op onderzoeken uit 2012 en 2013 waarin dezelfde gegevens over 2010 respectievelijk 2011 zijn onderzocht. Een tweede onderzoek heeft betrekking op nieuwe indicatoren en het derde onderzoek gaat in het bijzonder in op ambulantisering.

In de rapporten zijn indicatoren vastgesteld voor:

- Angst- en stemmingsstoornissen;
- Alcoholverslaving;
- Persoonlijkheidsstoornissen;
- Schizofrenie en overige psychotische stoornissen;
- Verslaving aan overige middelen (nieuw in de analyse van 2014).

Het gaat om indicatoren zoals (verblijfs) kosten per patiënt, aantallen patiënten en opnames, verblijfsduur, aantal behandelminuten, toepassing van medicatie.

Enkele conclusies:

- In de Randstad, delen van Zeeland en Groningen/Drenthe worden relatief veel verzekerden behandeld voor alle vijf de onderzochte aandoeningen. In Zuid-Limburg worden relatief veel patiënten behandeld voor angst- en stemmingsstoornissen en persoonlijkheids-

stoornissen. In de Achterhoek komen veel patiënten voor met verslaving aan overige middelen en schizofrenie.

- Het aantal patiënten dat gedurende de behandeling enige tijd opgenomen is neemt in 2012 meer af dan het totale aantal behandelde patiënten. De afname van het percentage opgenomen patiënten is zichtbaar bij angst/depressie, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. Bij alcoholverslaving is geen verandering zichtbaar.
- Bij angst/depressie en persoonlijkheidsstoornissen varieert het percentage opnames tussen ongeveer 5 en 15%, al naar gelang de instelling en de regio.
- Bij alcoholverslaving varieert de toepassing van medicatie van 9 tot 60% van de patiënten. Het type medicament verschilt per regio. Bij angst- en stemmingsstoornissen worden buiten de Randstad meer behandelingen met medicatie uitgevoerd dan in de Randstad.
- Het aandeel DBC's met meer dan 1.800 of 3.000 behandelminuten neemt toe in 2012.
- De verblijfsduur is beneden gemiddeld in delen van Noord Holland.
- Over het algemeen neemt de behandelduur toe bij afnemende behandelkosten. Bij verslaving aan overige middelen daalt de behandelduur en stijgen de kosten.

De onderzoeken bevatten een grote hoeveelheid cijfermateriaal. Om beter zicht te krijgen op wat dat materiaal wel en niet zegt en waarvoor het wel en niet gebruikt kan worden, heb ik met ZN afgesproken dat de onderzoeken zullen worden toegelicht voor medewerkers van VWS. ZN is van plan volgende rapporten toegankelijker te laten maken. Vektis geeft aan dat de resultaten een zinvolle basis vormen voor een gesprek tussen zorgverzekeraar en GGZ-aanbieder. Dat neemt niet weg dat Vektis ook aangeeft dat sommige indicatoren nog lastig zijn te duiden. Er zijn nog onvoldoende Routine Outcome Monitoring (ROM)-gegevens beschikbaar om een relatie te leggen tussen de geleverde zorg en de uitkomsten daarvan voor de patiënt. Ook de zorgvraagzwaarte-indicator is nog in ontwikkeling. Er is in het rapport nog geen relatie gelegd tussen de zorgvraagzwaarte en de behandelinzet of opnameduur.

Uit de onderzoeken blijkt dat er sprake is van een behoorlijke variatie naar (zorgkantoor)regio in bijvoorbeeld de (verblijfs)kosten per verzekerde. Zonder informatie over uitkomsten van behandeling en zorgvraagzwaarte is het nog lastig om op basis van de beschikbare gegevens conclusies te trekken. De gegevens kunnen wel onderwerp van gesprek zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. In mijn brief aan de Tweede Kamer «Kwaliteit loont» heb ik het belang van kwaliteit en inzicht daarin centraal gesteld en heb ik ook maatregelen aangekondigd om kwaliteit en transparantie te bevorderen. Inzicht in de zwaarte van de zorgvraag en de uitkomst van de behandeling in combinatie met gegevens over bijvoorbeeld kosten en verblijf(sduur) zijn cruciaal voor zorgverzekeraars om goede en doelmatige zorg te kunnen inkopen. En niet alleen voor zorgverzekeraars, maar zeker ook voor patiënten en zorgaanbieders vind ik het van belang dat er zo goed mogelijk inzicht komt in de kwaliteit en de uitkomsten van de geleverde zorg. Via een algemene maatregel van bestuur ben ik voornemens een aantal waarborgen voor kwaliteit en transparantie verplichtend op te leggen.

Wachlijsten

In de brief van 20 januari 2015 kondigt ZN aan dat zorgverzekeraars hun verzekerden actiever en doeltreffender zullen ondersteunen bij wachtlijstbemiddeling in de GGZ. Tevens wil ZN met het oog op bemiddeling samen optrekken met zorgaanbieders. Verzekeraars hebben immers zicht

op de uitputting van de contracteerruimte en aanbieders hebben zicht op hun wachttijden.

Wat mij betreft zijn dit goede plannen. In het kader van het toezicht op de naleving van de zorgplicht analyseert de Nederlandse Zorgautoriteit de wachttijden. Ik vertrouw erop dat deze voornemens een gunstige uitwerking hebben op de toekomstige wachttijden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers