

Monitor

Acute psychiatrische zorg

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 1 december 2016 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geadviseerd over de meest passende bekostiging van de acute psychiatrische zorg tot 2018. De NZa concludeert daarin dat het nog niet wenselijk is om een definitieve keuze voor een bekostigingsmodel te maken voor de periode na 2018. De reden hiervoor was dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars werkten aan een andere organisatie van de acute psychiatrische zorg, gebaseerd op de generieke module Acute Psychiatrie.¹ De generieke module is opgesteld door vertegenwoordigers van alle partijen die betrokken zijn in de keten van de acute psychiatrische zorg en beschrijft de inhoud van de zorg die de patiënt ontvangt en de organisatie van zorg die daarbij past. Pas als duidelijk is hoe die nieuwe organisatie eruit gaat zien, kunnen de eventuele consequenties daarvan voor de bekostiging worden ingeschat. Hiervoor is het ook nodig om in kaart te brengen hoe de acute psychiatrische zorg is ingericht op dit moment. Dat doen we in dit rapport.

1.2 Doel en methode van onderzoek

Doel van dit rapport is om inzicht te bieden in de manier waarop de acute psychiatrische zorg nu georganiseerd is.

Daarvoor hebben we bij alle instellingen die deze zorg leveren, informatie uitgevraagd over de zorg aan patiënten, en de manier waarop zij die zorg georganiseerd hebben. Dit is gebeurd aan de hand van een schriftelijke vragenlijst die bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars is uitgezet.

Deze informatie is aangevuld met analyses van declaratiegegevens uit Vektis en DIS. Waar van toepassing, wordt in dit rapport aangegeven op welke data de gegevens gebaseerd zijn. Daarnaast worden de analyses in deze monitor soms op het niveau van locatie uitgevoerd en soms op het niveau van zorginstelling. Ook dit staat benoemd bij de analyse.

De data uit dit onderzoek zijn – naast andere bronnen zoals expert-overleggen e.d. – gebruikt ter onderbouwing van dit bekostigingsadvies voor de acute psychiatrische zorg.

¹ In het vervolg van dit rapport kortweg 'generieke module' genoemd

1.3 Achtergrond

1.3.1 Wat is acute psychiatrische zorg?

Het kan bij acute psychiatrische zorg gaan om crisisbeoordeling, behandeling (intensive home treatment etc.) en verblijf.

In de huidige regelgeving van de NZa staat de volgende definitie van een 'crisissituatie', waarin een crisis-dbc (zie onder) geopend mag worden:

"Er is sprake van een crisissituatie als er een acute situatie is die direct ingrijpen nodig maakt om direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen.

De crisissituatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening."

Deze definitie zal zo nodig aangepast worden om aan te sluiten bij de Generieke module acute psychiatrie.²

1.3.2 De huidige bekostiging

De curatieve ggz (die gericht is op genezing) is onderverdeeld in de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. De acute psychiatrische zorg maakt deel uit van de gespecialiseerde ggz. Jaarlijks worden er tussen de zes- en zeventhonderdduizend dbc's gedeclareerd voor volwassenen in de gespecialiseerde ggz. Ongeveer 10% van deze dbc's betreft een crisis-dbc. Deze dbc's zijn bedoeld voor het declareren van acute psychiatrische zorg.

Wanneer een instelling, die een regionale 24 x 7 functie heeft voor acute psychiatrische zorg, zorg verleent in een crisissituatie zoals hierboven beschreven, mag zij een crisis-dbc declareren. Binnen die dbc kan de behandelaar een beperkt aantal crisis-gerelateerde activiteiten registreren. De geregistreerde tijd telt net als bij een reguliere dbc in de ggz op tot een bepaalde tijdscategorie en leidt daarmee af naar een bepaalde prestatie met bijbehorend tarief. Een crisis-dbc duurt maximaal 28 dagen. De zorgaanbieder kan, naast de crisis-dbc, éénmaal per dbc de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc) registreren. Deze dient ter compensatie van de verminderde productie die gerelateerd wordt aan de beschikbaarheidsfunctie én voor het werken in de avond-, nacht- en weekenduren. Binnen de huidige regelgeving mogen alleen instellingen met een regionale 24x7 beschikbaarheidsfunctie voor acuut psychiatrische zorg een crisis-dbc inclusief bcc declareren.

² In het vervolg kortweg: generieke module

2. Omvang van gedeclareerde zorg

In dit hoofdstuk benoemen we trends in de acute psychiatrische zorg aan de hand van de declaratiegegevens van crisis-dbc's.

Omdat de ggz voor kinderen en jongeren met de invoering van de Jeugdwet is ondergebracht bij de gemeenten, hebben we vanaf 2015 geen declaratiegegevens meer van deze patiënten. Bij de analyses in dit hoofdstuk richten we ons daarom alleen op volwassenen over de periode 2013 tot en met 2016.

Een kanttekening bij de hier getoonde data is, dat niet alle zorgaanbieders die aangeven dat zij acute psychiatrische zorg leveren ook crisis-dbc's declareren. (zie ook paragraaf 3.2) De daadwerkelijk geleverde acute psychiatrische zorg zal dus waarschijnlijk afwijken van wat in de DIS/Vektis data als ggz-zorg zichtbaar is.

2.1 Hoeveel crisis-dbc's worden er per jaar gedeclareerd?

In Tabel 1 is te zien, dat het aantal geopende crisis-dbc's de laatste jaren licht is afgenomen. Dit heeft waarschijnlijk deels te maken met aanscherping van de regelgeving. Om meerdere dbc's voor dezelfde zorgvraag te voorkomen, moeten er vanaf 2016 minstens 28 dagen tussen de openingsdata van opvolgende crisis-dbc's zitten. Verder maken we een voorbehoud voor de data voor 2016, omdat nog niet alle gegevens beschikbaar zijn, peildatum van de data in tabel 1 is mei 2017. Binnen een kalenderjaar zien we geen seizoenseffecten met betrekking tot het aantal crisis-dbc's.

Tabel 1 Aantal instellingen en declaraties van crisis-dbc's geopend in 2013-2016

| Jaar van openen dbc | Aantal aanbieders | Aantal dbc's | Aantal patiënten |
|---------------------|-------------------|--------------|------------------|
| 2013 | 61 | 67.446 | 53.656 |
| 2014 | 48 | 63.733 | 51.423 |
| 2015 | 46 | 64.327 | 51.751 |
| 2016 | 39 | 56.347 | 46.497 |

Bron: Vektis

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel, zijn er patiënten voor wie meerdere crisis-dbc's gedeclareerd zijn. Een nadere analyse wijst uit dat voor 26% van de patiënten in 4 jaar tijd twee of meer crisis-dbc's zijn geopend.

2.2 Reguliere zorg rondom de crisis

Patiënten met een crisis-dbc zijn vaak al bekend in de ggz. Tabel 2 laat zien dat ongeveer 44% van de patiënten met een crisis-dbc (in 2014 en 2015) in de zes maanden daarvoor een reguliere dbc open hadden staan, dus al onder behandeling was (28% bij dezelfde aanbieder als waar de crisis-dbc is geopend, 16% bij een andere aanbieder).

Ook na het ontvangen van crisiszorg, wordt er vaak (41%) een reguliere dbc geopend binnen zes maanden na het sluiten van de crisis-dbc. In 16% van de gevallen wordt er geen nieuwe dbc geopend, maar kan de zorg in de reguliere dbc, voorafgaand aan de crisis-dbc, vervolgd worden voor minstens 6 maanden. Deze vervolgzorg wordt in de meeste gevallen geleverd door de aanbieder die ook de crisis-dbc heeft geopend (36% van alle crisis-dbc's).

Tabel 2 Aandeel patiënten die reguliere zorg voorafgaand en opvolgend op crisis-dbc's in 2014 en 2015

| Reguliere dbc lopend binnen 6 maanden voor openen van crisis-dbc | Crisis-dbc (2014 & 2015) | Reguliere dbc geopend binnen 6 maanden na sluiten van crisis-dbc | Percentage |
|--|--------------------------|--|------------|
| - | Zorgaanbieder A | - | 34% |
| - | Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | 14% |
| - | Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | 8% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | - | 5% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | Voorafgaande dbc loopt nog 6 maanden na sluiten van crisis | 12% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | 7% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | 4% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | - | 4% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | Voorafgaande dbc loopt nog 6 maanden na sluiten van crisis | 4% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | Zorgaanbieder A | 2% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | Zorgaanbieder B | 3% |
| Zorgaanbieder A | Zorgaanbieder B | Zorgaanbieder C | 3% |

Bron: Vektis

2.3 Hoeveel kosten crisispatiënten in de ggz?

Jaarlijks wordt er tussen de 110 en 120 miljoen euro gedeclareerd in crisis-dbc's (bron: Vektis). Omgerekend betekent dat tussen de 2.000 en 2.500 euro per crisispatiënt. Zoals hierboven beschreven ontvangen deze patiënten vaak ook reguliere ggz voorafgaand aan of in vervolg op de crisis-dbc. Gemiddeld wordt er in een jaar ongeveer € 17.500 aan ggz-zorg gedeclareerd per patiënt met een crisis-dbc.

Van de ruim 50.000 patiënten met een crisis-dbc in 2015 zijn er tientallen patiënten voor wie er in totaal minder dan het wettelijk eigen risico is gedeclareerd aan ggz-zorg in dat jaar. Voor 4% van de patiënten wordt minder dan het maximaal vrijwillig eigen risico aan ggz-kosten gedeclareerd. Deze kosten zijn inclusief de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc). Als deze kosten buiten beschouwing worden gelaten wordt er voor 3,5% van de patiënten minder dan het wettelijk eigen risico en voor 12% minder dan het maximaal vrijwillig eigen risico aan ggz-zorg gedeclareerd.

2.4 Welke diagnose hebben patiënten?

Diagnose in crisis-dbc

Het is niet verplicht om een diagnose te registreren bij een crisis-dbc. In 84% van de gevallen wordt er dan ook geen diagnosegroep toegewezen aan de patiënt in een crisissituatie. Het doel van acute psychiatrische zorg is het stabiliseren van een patiënt in een crisissituatie. Bij de patiënten waarbij wel een diagnose is geregistreerd, zien we veel variatie. De meest voorkomende diagnoses zijn stemmingsstoornissen (32%), schizofrenie en andere psychiatrische stoornissen (22%), aan een middel gebonden stoornissen (11%) en angststoornissen (11%).

Diagnose naast/na crisis-dbc

Veel patiënten waren voor de crisissituatie al bekend in de ggz of zijn gedurende de crisis-dbc in behandeling gegaan bij een ggz-instelling. Ook na de crisis-dbc wordt de behandeling vaak in een reguliere behandeling voortgezet. Voor 26% van de crisis-dbc's in 2013-2015 geldt dat er naast de crisis-dbc een parallelle dbc openstond. Deze parallelle dbc kan de hele periode van de crisis-dbc overlappen, of slechts een aantal dagen. De meest voorkomende diagnoses van dbc's naast een crisis-dbc zijn:

- Stemmingsstoornissen (28%)
- Schizofrenie en andere psychiatrische stoornissen (23%)
- Persoonlijkheidsstoornissen (14%)
- Aan een middel gebonden stoornissen (10%)
- Angststoornissen (9%)

3. Welke instellingen leveren acute psychiatrische zorg?

Uit overleg van de NZa over de acute psychiatrische zorg is de afgelopen jaren gebleken dat het onduidelijk is welke instellingen crisis-dbc's mogen declareren. Door middel van de vragenlijst is in kaart gebracht welke zorgaanbieders in de praktijk acute psychiatrische zorg leveren. Het hoeft echter niet te betekenen dat zij die zorg ook als crisis-dbc declareren.

3.1 Regio-indeling GGZ Nederland

In de bijlage is een overzicht opgenomen van GGZ Nederland uit 2013, waarin een indeling is gemaakt in 29 regio's voor de levering van acute psychiatrische zorg. In dit overzicht staan alleen de ggz-instellingen, terwijl – vaak historisch zo gegroeid – er ook sprake is van diverse PAAZ-en/PUK-en, de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, die 24x7 acute psychiatrische zorg leveren en declareren bij de zorgverzekeraars. Er is in ieder geval in elke regio een ggz-aanbieder die 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar is voor acute psychiatrische zorg. Dat wil echter niet zeggen dat ook alleen deze instellingen acute psychiatrische zorg leveren.

3.2 Aantal aanbieders van acute psychiatrische zorg in de praktijk

In de nadere regel staat aangegeven dat crisis-dbc's alleen gedeclareerd mogen worden door instellingen met een regionale 24 x 7 beschikbaarheidsfunctie voor crisiszorg. Op basis van de declaratiegegevens in Vektis, zien we dat in 2016 39 instellingen acute psychiatrische zorg (aan volwassenen) declareren.

In de antwoorden op de vragenlijst hebben echter 72 instellingen aangegeven dat zij acute psychiatrische zorg leveren. De zorg wordt geleverd door ggz-aanbieders, algemene ziekenhuizen en universitair medische centra (umc's). In Tabel 3 zijn de aantallen zorgaanbieders van acute psychiatrische zorg in 2016 te zien, onderverdeeld naar soort instelling. Een aantal instellingen heeft acute psychiatrische zorg op meer dan één locatie georganiseerd. Slechts een klein deel van alle locaties (4%) richt zich op kind- en jeugdpsychiatrie. In totaal hebben we informatie ontvangen over 105 locaties. De locaties zijn weergegeven in Figuur 1.

Er zijn 35 instellingen die aangeven wél acuut psychiatrische zorg te leveren³, maar die géén crisis-dbc's declareren. Bij ziekenhuizen zal deze zorg dan mogelijk via de dbc's in medisch specialistische zorg bekostigd worden (consultatieve psychiatrie). Bij andere instellingen zal dan waarschijnlijk declaratie via de reguliere ggz plaatsvinden.

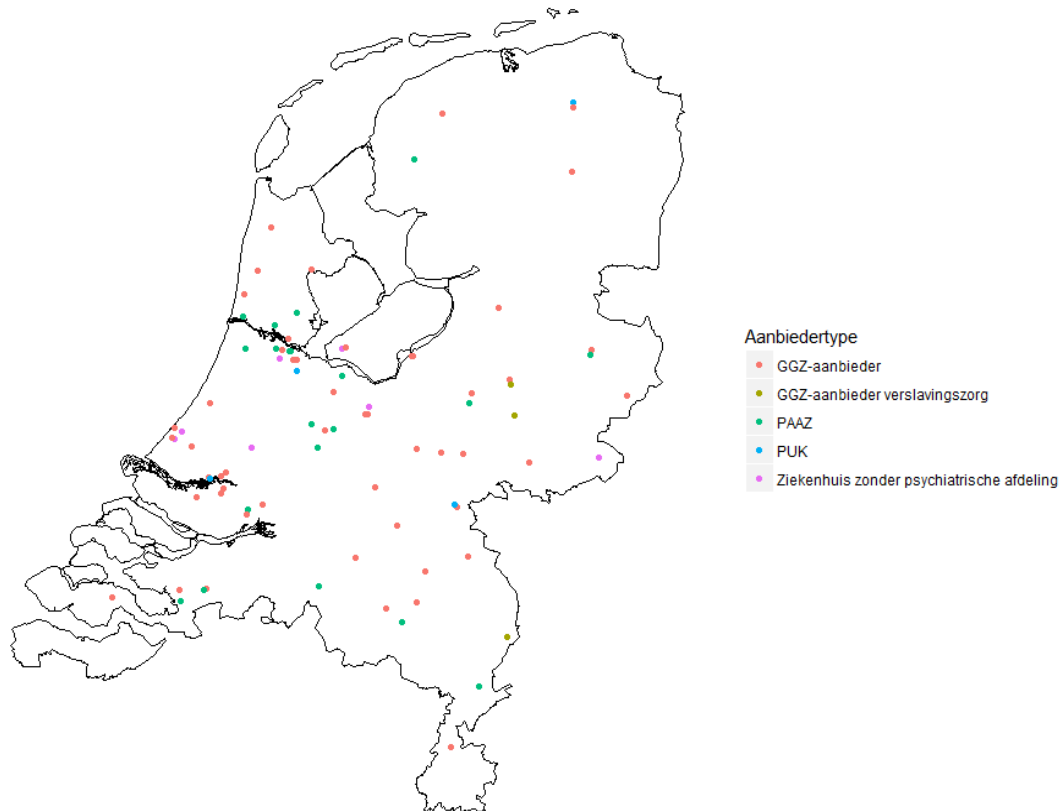
³ Twee instellingen die crisis-dbc's declareren hebben de vragenlijst niet geretourneerd.

Tabel 3 aantal zorgaanbieders acute psychiatrische zorg in 2016

| Type aanbieder | Aantal |
|--|--------|
| Ggz-aanbieder | 33 |
| Ggz-aanbieder specifiek voor verslavingszorg | 2 |
| Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ) | 24 |
| Psychiatrische universiteitskliniek (PUK) | 5 |
| Ziekenhuis zonder psychiatrische afdeling | 8 |

Bron: NZa

Figuur 1 Spreiding locaties acute psychiatrische zorg in 2016



Bron: NZa

3.3 Coördinerende rol in de regio

Het merendeel van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat er sprake is van meerdere zorgaanbieders per regio. In die gevallen zijn er volgens de zorgaanbieders ook bijna altijd afspraken gemaakt over de samenwerking in de regio. Deze afspraken worden al dan niet in een convenant vastgelegd. Afspraken worden bijvoorbeeld gemaakt over de ketenzorg, taakverdelingen, toewijzen van patiënten en verantwoordelijkheden bij doorverwijzingen. Sommige aanbieders maken ook afspraken met andere partijen zoals met politie, GGD of jeugdzorg over bijvoorbeeld verantwoordelijkheden, aanrijtijden of informatievoorzieningen.

4. Triage, beoordeling en behandeling

4.1 Wie verwijst patiënten door naar de acute psychiatrie?

De instroom in de acute psychiatrische zorg vindt op verschillende manieren plaats. Een patiënt kan zichzelf bij de crisisdienst melden, maar ook de huisarts, politie of een zorgverlener kunnen de patiënt doorverwijzen naar acute psychiatrie. In Tabel 4 is te zien wie de patiënt naar de acute psychiatrie heeft verwezen.

Tabel 4 Verwijzers van patiënt naar acute psychiatrie

| Instantie | Aandeel in doorverwezen patiënten (2015) | Aandeel in doorverwezen patiënten (2016) |
|---------------|--|--|
| Politie | 9% | 10% |
| Zelfverwijzer | 4% | 4% |
| Huisarts | 44% | 44% |
| Ggz-aanbieder | 19% | 18% |
| Ziekenhuis | 15% | 14% |
| Overig | 9% | 9% |

Bron: NZa

4.2 Wanneer en waar vindt de beoordeling van patiënten plaats?

Eind 2011 is er een convenant gesloten tussen de politie en GGZ Nederland. Het uitgangspunt is dat, in het geval van crisis, een ggz-aanbieder binnen ten hoogste twee uur een medewerker ter plaatse heeft. Daarnaast wordt beschreven dat in de praktijk blijkt dat een patiënt in 80% van de gevallen binnen 2 uur en alle overige patiënten binnen 3 uur gezien worden door de crisisdienst. Bij zorgaanbieders is uitgevraagd hoeveel% van de patiënten zij binnen twee of drie uur zien. Iets meer dan de helft van alle locaties (57%) geeft aan in 2017 minstens driekwart van de patiënten binnen 2 uur te zien. Ongeveer 16% geeft aan dat ze dit voor maximaal een kwart van de patiënten halen. Als we kijken hoeveel patiënten binnen 3 uur gezien worden is dit bij 83% van de instellingen minstens driekwart van de patiënten. Twee locaties (3%) geven aan dit voor maximaal een kwart van de patiënten te halen. De gemiddelde resultaten zijn samengevat in Tabel 5.

Tabel 5 Aandeel patiënten dat gemiddeld binnen 2 en 3 uur wordt gezien

| | Patiënten binnen 2 uur gezien | Patiënten binnen 3 uur gezien |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2015 | 67% | 79% |
| 2016 | 71% | 84% |
| 2017 (eerste kwartaal) | 74% | 86% |

Bron: NZa

Zorgaanbieders geven aan dat veel crisisdiensten outreachend te werk gaat. Outreachend betekent dat de beoordeling van een patiënt op een andere locatie plaatsvindt dan de instelling. Denk aan een beoordeling bij de patiënt thuis, op straat, in een politiecel of op een andere externe locatie. Van de ggz-aanbieders werkt 85% outreachend. Ziekenhuizen werken meestal niet outreachend, maar beoordelen alleen de patiënten in het ziekenhuis zelf.

4.3 Welke zorg hebben de patiënten ontvangen?

De meeste patiënten worden ambulantly behandeld in een crisissituatie. De NZa heeft bij de crisisdiensten uitgevraagd welk aandeel van de patiënten thuis behandeld is en welke op een andere locatie ambulantly behandeld zijn. De resultaten zijn te zien in Tabel 6. Hieruit blijkt dat, als er sprake is van ambulante behandelingen, ongeveer één van de vier thuis plaatsvindt.

Tabel 6 Behandelplaats van de patiënt

| Plaats van behandeling | 2015 | 2016 |
|------------------------|------|------|
| Ambulant thuis | 15% | 17% |
| Ambulant overig | 48% | 48% |
| Opname | 38% | 36% |

Bron: NZa

Uit de aantallen in Tabel 6 komt een gemiddeld opnamepercentage van 36% per instelling. Dit is hoger dan in de declaratiegegevens te vinden is, omdat er relatief meer ziekenhuislocaties in de resultaten van de vragenlijst zitten verwerkt. Bij ziekenhuizen is vaker sprake van opname (59%) dan bij ggz-instellingen (26%).

Bij opname is er sprake van één van de acht mogelijke 'verblijfsintensiteiten', in de vorm van deelprestaties A tot en met H. Hierbij staat verblijfssoort A voor een lichte verzorgingsgraad, die oploopt tot een zeer intensieve verzorgingsgraad bij verblijfssoort G. Verblijfssoort H staat voor de high intensive care (HIC). In de tabel hieronder wordt de verdeling van de patiënten over deze verblijfsintensiteiten weergegeven. Verblijfsprestatie H is hierin nog niet terug te zien, omdat deze pas vanaf januari 2017 kon worden gedeclareerd. Uit de tabel blijkt dat er een verschuiving plaatsvindt naar zwaardere verblijfs categorieën. De categorie B, C en D worden steeds minder vaak geregistreerd ten opzichte van het aandeel van verblijfs categorieën E-G.

Tabel 7 Aantal verblijfsdagen voor crisis-dbc's per verblijfstype

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Verblijfsoort A (lichte verzorgingsgraad) | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Verblijfsoort B (beperkte verzorgingsgraad) | 2% | 1% | 1% | 0% |
| Verblijfsoort C (matige verzorgingsgraad) | 4% | 2% | 4% | 1% |
| Verblijfsoort D (gemiddelde verzorgingsgraad) | 13% | 10% | 8% | 6% |
| Verblijfsoort E (intensieve verzorgingsgraad) | 27% | 33% | 40% | 35% |
| Verblijfsoort F (extra intensieve verzorgingsgraad) | 51% | 47% | 40% | 49% |
| Verblijfsoort G (zeer intensieve verzorgingsgraad) | 4% | 8% | 7% | 8% |
| Totaal aantal dagen | 89.764 | 69.419 | 74.398 | 72.555 |

Bron: Vektis

4.4 Knelpunten in de organisatie van acute psychiatrische zorg

Ongeveer 84% van alle locaties geeft aan knelpunten te ervaren bij opnames. De beschikbaarheid van crisisbedden in de regio, maar ook daarbuiten, is hierbij het meest benoemde knelpunt (79%). Daarnaast benoemt een aantal locaties (18%) dat zij problemen hebben met het doorverwijzen of overplaatsen van patiënten naar andere sectoren (bv. verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg, beveiligd wonen of verpleeghuizen).

Ongeveer 12% van de locaties geeft aan dat er knelpunten in het vervoer van patiënten zijn doordat zij te lang moeten wachten op het vervoer of omdat de vervoerder niet buiten de regio wil gaan.

5. Personeel en voorzieningen

5.1 Beschikbaarheid zorgaanbieders

Niet elke locatie waar acute psychiatrie wordt geleverd is 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar voor deze zorg. Uit de uitvraag komt naar voren dat 6% van de locaties niet 24/7 beschikbaar is voor acute psychiatrische zorg. Deze locaties geven aan zorg te leveren gedurende kantoortijden op werkdagen (ongeveer van 08:30 tot 17:00 uur). Bijna alle locaties hanteren dezelfde openingstijden voor eigen patiënten ten opzichte van onbekende patiënten. Slechts vier% van de locaties maakt hierin onderscheid.

Psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen en universitaire medisch centra (umc's) leveren in sommige situaties ook acute psychiatrische zorg, maar zijn hiervoor niet altijd 24/7 beschikbaar. Deze patiënten komen bijvoorbeeld met somatische en psychiatrische klachten via de spoedeisende hulp het ziekenhuis binnen. Na of naast de behandeling van de somatische klachten kan er dan ook acute psychiatrische zorg verleend worden. Deze instellingen hebben niet altijd deelgenomen aan de vragenlijst van de NZa.

5.2 Personeel

Veel van de locaties (95%) geven in de uitvraag aan een psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) en/of arts als beschikbaar ingeroosterd te hebben tijdens kantooruren op de crisisdienst. In vrijwel elk van deze locaties is er in ieder geval één psychiater beschikbaar. Bij de locaties waar geen psychiater beschikbaar is, is deze vaak wel ingeroosterd als bereikbaar. Een spv'er of arts is minder vaak beschikbaar dan de psychiater (respectievelijk 70 en 71% van de locaties).

In de avond en nacht is er op 50-60% van de locaties een psychiater, spv'er of arts beschikbaar. Vaker is het zo dat één of meerdere van deze behandelaren bereikbaar zijn in de avond en nacht (ongeveer 85%). Vooral de psychiater is buiten kantooruren vaker bereikbaar (60%) dan beschikbaar (32%).

Bij crisis-dbc's is het niet verplicht een hoofdbehandelaar (tot 1-1-2017) of regiebehandelaar (na 1-1-2017) te registreren. Bij de dbc's waar dit wel wordt geregistreerd is dit in vrijwel alle gevallen een psychiater. Dat is ook in Tabel 8 te zien. De sterke toename van dit percentage over de jaren heen lijkt vooral een kwestie van beter registreren. Het is aannemelijk dat bij een deel van de dbc's waarbij de hoofdbehandelaar onbekend is, het gaat om een spv'er en/of arts.

Tabel 8 Hoofdbehandelaar in de crisis-dbc

| Hoofdbehandelaar | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|------|------|------|------|
| Psychiater | 1% | 9% | 37% | 77% |
| Onbekend | 98% | 90% | 62% | 21% |

5.3 Beschikbare voorzieningen

Uit de uitvraag is gebleken dat 86% van de ondervraagde locaties een beoordelingslocatie heeft voor acute psychiatrische zorg. In Tabel 9 is te zien welke andere voorzieningen zorgaanbieders met een beoordelingslocatie hebben.

Tabel 9 Voorzieningen bij locaties met beoordelingslocatie

| Beoordelingslocatie | Percentage van locaties |
|--------------------------------|-------------------------|
| Behandelkamer | 100% |
| Patiëntvriendelijke ruimte | 87% |
| Locatie voor verwarde personen | 82% |

Bron: NZa

De locaties waar zorgaanbieders acute psychiatrische zorg leveren hebben gemiddeld 5 behandel- of spreekkamers. Alle locaties geven aan over een behandel- of spreekkamer te beschikken. De meeste locaties (42%) hebben 1 of 2 van zulke kamers. Ongeveer 16% geeft aan 10 of meer besprekkamers te hebben. Meer dan 80% van de locaties met een beoordelingslocatie geeft aan dat er, in het geval van een noodsituatie, in de onmiddellijke omgeving van de beoordelingslocatie beperkende maatregelen toepasbaar zijn (conform de wet Bopz).

5.4 Welke stappen hebben zorgaanbieders al ondernomen voor de implementatie van de generieke module?

Bij de uitvraag hebben we ook gevraagd of zorgaanbieders al stappen hebben ondernomen voor de implementatie van de generieke module acute psychiatrie. Hieruit bleek dat een groot aantal van de zorgaanbieders actief bezig is met één of meer zaken die de generieke module betreffen. Meerdere instellingen geven aan bezig te zijn met het inrichten van beoordelingskamers en uitbreiden van personeel. Daarnaast doet een aantal instellingen mee aan de pilot naar de triagewijzer. Ook noemen instellingen dat ze bezig zijn met het organiseren van de triage, aanmeldroute en ketenzorg en worden regionale overleggen opgezet over verwijsstromen en convenanten gesloten tussen partijen.

6. Contractering acute psychiatrische zorg

6.1 Afspraken met verzekeraars over acute psychiatrische zorg

Ongeveer 41% van de instellingen geeft aan dat zij aparte afspraken maken met zorgverzekeraars over de acute psychiatrische zorg. Bij de instellingen die geen aparte afspraken maken, is er doorgaans sprake van integrale tarieven voor de totale productie van ggz-zorg.

In de invulling van deze afspraken is een erg wisselend beeld te zien tussen de verschillende instellingen. Bij een groot deel van de instellingen wordt een aantal crisis-dbc's afgesproken samen met een prijs inclusief de bcc, maar ontbreken er afspraken over de inhoud van de zorg.

Uit de antwoorden op de vragenlijst blijkt dat enkele zorgaanbieders afspraken maken of spreken met zorgverzekeraars over de regiefunctie in de regio, het vormgeven van de keten, intensive home treatment of het terugdringen van wacht- en aanrijtijden. Ook van overleg over het inrichten van een spoedeisende psychiatrische observatie ruimte (SPOR) wordt incidenteel melding gemaakt. Zorgaanbieders en -verzekeraars overleggen ook bij overloop of te weinig bedden in de kliniek, maar het is niet duidelijk of dat vooraf gebeurt of als de situatie zich voordoet.

Opvallend is het grote aantal PAAZ'en dat aangeeft acute psychiatrische zorg te leveren, maar geen afspraken daarover te kunnen maken met zorgverzekeraars. Sommige PAAZ'en (van algemene ziekenhuizen) hebben contracten met één of twee verzekeraars. Daar staan enkele PUK's (van UMC's) tegenover die aangeven met alle zorgverzekeraars contracten te hebben.

De zorgverzekeraars melden dat de acute psychiatrie aan bod komt tijdens de inkoopgesprekken, al is niet bij elke verzekeraar duidelijk op welke manier dit gebeurt. Een aantal zorgverzekeraars maakt afspraken over aantallen, maar een aantal verzekeraars geeft aan deze zorg te zien als onplanbare basisvoorziening. Zij zeggengenen plafonds te hanteren en in een aantal gevallen ook niet op prijs te onderhandelen. Andere verzekeraars noemen dit niet, maar geven aan aandacht te besteden aan factoren die van belang zijn voor een goedlopende crisisdienst, zoals bereikbaarheid en aanrijdtijden, of door bijvoorbeeld voor elke regio per een bepaald aantal inwoners een intensive home treatment-team in te kopen.

Uit de antwoorden van de zorgverzekeraars blijkt dat de meeste voorwaarden stellen aan de contractering. Deze voorwaarden kunnen betrekking hebben op samenwerking met andere aanbieders, beschikbaarheid of kwaliteit. Bijna alle zorgverzekeraars geven aan in 2018 op dezelfde manier acute psychiatrische zorg in te kopen als in 2017.

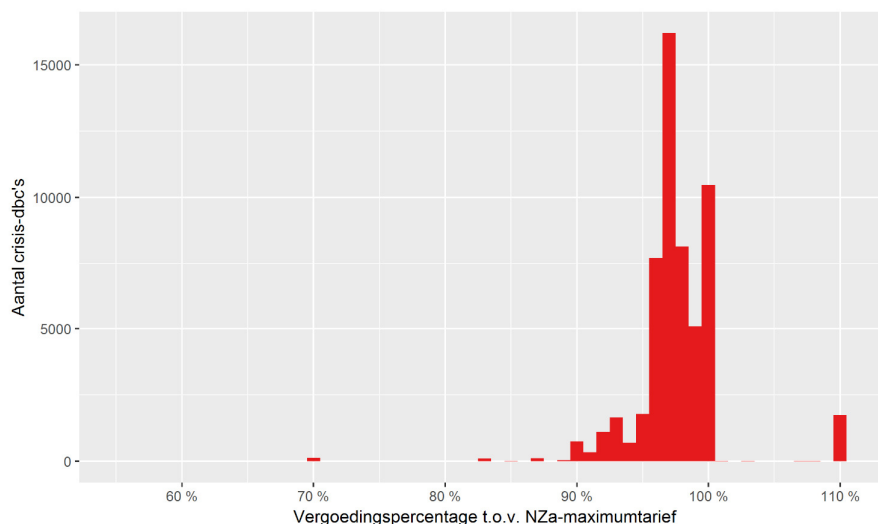
6.2 Gecontracteerde vergoedingspercentages

Op basis van declaratiegegevens uit Vektis kunnen we een benadering geven van het gemiddeld gecontracteerde tarief per aanbieder en verzekeraar. In 2013 was er nog sprake van een representatiemodel bij de inkoop van dbc's bij voormalig gebudgetteerde zorgaanbieders. In dat jaar zien we dus geen verschillen in vergoedingspercentages tussen zorgverzekeraars en zien we dat er weinig gedifferentieerd wordt tussen aanbieders. Verreweg de meeste aanbieders kregen het NZa-maximumtarief vergoed voor crisis-dbc's. Een enkele zorgaanbieder kreeg gemiddeld een tarief dat boven het NZa-maximumtarief lag. Het gemiddelde vergoedingspercentage per dbc was in 2013 99,7% ten opzichte van het NZa-maximumtarief.

In 2014 en 2015 is meer verschil zichtbaar in de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars: er is sprake van twee aanbieders die een gemiddelde vergoeding krijgen die boven het maximumtarief (max-max tarief) is bij twee verzekeraars. Vrijwel alle crisis-dbc's worden vergoed tegen een percentage tussen 85 en 100% van het NZa-maximumtarief. Het gemiddelde vergoedingspercentage lag net iets boven de 99% en varieerde tussen de verschillende zorgverzekeraarconcerns van 95,7 tot 107,0% ten opzichte van het NZa-maximumtarief.

In 2016 (voor zover de data beschikbaar zijn) lijkt de variatie iets minder te zijn en komen er nog maar weinig percentages van onder de 90% voor. Wel wordt er minder op het maximumtarief afgesproken. Het gemiddelde vergoedingspercentage is daardoor afgenomen tot 97,6% ten opzichte van het NZa-maximumtarief (Figuur 2). Het gemiddelde vergoedingspercentage per verzekeraar varieert tussen de 94,7 tot 105,9%.

Figuur 2 Vergoedingspercentage van crisis-dbc's in 2016



Bron: Vektis

In 2017 is het NZa-maximumtarief voor de bcc bijna verdubbeld. We hebben nog geen declaratiegegevens om gemiddelde vergoedingspercentages van 2017 te berekenen. We hebben de zorgaanbieders gevraagd of ze in 2017 afspraken hebben gemaakt aan de hand van het hogere tarief. Hieruit komt naar voren dat de bereidheid van zorgverzekeraars om een hogere vergoeding uit te keren verschilt. De antwoorden van zorgverzekeraars lijken dit te bevestigen. Een aantal verzekeraars geeft aan mee te gaan met het verhoogde maximumtarief. Er zijn echter ook verzekeraars die dit niet doen, omdat er geen specifieke afspraken gemaakt worden over de crisis of omdat aanbieders niet in staat waren om aan te tonen waarom zij een hoger tarief nodig hebben dan voorheen.

De zorgverzekeraars melden dat de invoering van de generieke module deel zal uitmaken van het inkoopgesprek. Een aantal zorgverzekeraars zegt echter ook geen extra 'ruimte' te bieden voor het implementeren van de generieke module. Andere zorgverzekeraars geven aan hiervoor een ruimer tarief aan te bieden.

6.3 Realisatie ten opzichte van de contractering van acute psychiatrie

In de uitvraag hebben we zorgaanbieders gevraagd hoeveel dbc's er gecontracteerd zijn in 2015-2017 en hoeveel ze in 2015 en 2016 gerealiseerd hebben. Niet alle aanbieders hebben deze aantallen ingevuld, waardoor we niet weten hoeveel er in totaal is gecontracteerd aan crisis-dbc's.

Uit de aangeleverde informatie van de zorgaanbieders blijkt dat er geen duidelijk verschil is in het aantal gecontracteerde dbc's tussen 2015 en 2017. Er is echter wel een daling in het aantal gerealiseerde dbc's te zien. Hierdoor lijken realisatie en contractering beter op elkaar aan te sluiten in 2016. In 2015 werden er nog 17% meer dbc's gerealiseerd in dbc's dan gecontracteerd. In 2016 was dit ongeveer 9%.

7. Conclusie

In 2016 zijn er 39 instellingen die acute psychiatrische zorg declareren. In de antwoorden op de door ons uitgestuurde vragenlijst hebben echter 72 instellingen, met in totaal 105 locaties, aangegeven dat zij acute psychiatrische zorg leveren. De instellingen die niet declareren via crisis-dbc's zullen de zorg naar verwachting declareren via dbc's in de medisch specialistische zorg (PAAZ/PUK) of via reguliere ggz. Als er sprake is van meerdere zorgaanbieders per regio zijn er bijna altijd afspraken gemaakt over de samenwerking in de regio.

Bijna de helft (44%) van alle crisispatiënten wordt door de huisarts doorverwezen naar de acute psychiatrische zorg. Ongeveer evenveel patiënten heeft in het half jaar voorafgaand aan de crisiszorg reguliere ggz ontvangen. We zien geen seizoenseffect in het voorkomen van een crisis-dbc. De behandeling in de acute psychiatrie wordt meestal ambulantly uitgevoerd; ongeveer eenderde van de patiënten wordt opgenomen voor de behandeling. Na afloop van de behandeling is er bij 57% van de gevallen sprake van vervolgzorg in de reguliere ggz binnen zes maanden van het sluiten van de crisis-dbc. In de meeste gevallen betreft het een nieuwe dbc in de reguliere ggz.

Met betrekking tot de contractering van acute psychiatrische zorg door verzekeraars blijkt uit de data dat het gemiddelde vergoedingspercentage ten opzichte van het door de NZa vastgestelde maximumtarief in 2016 97,6% is. Ongeveer 41% van de instellingen geeft aan dat zij aparte afspraken maken met zorgverzekeraars over de acute psychiatrische zorg. Bij de instellingen die geen aparte afspraken maken, is er doorgaans sprake van integrale tarieven voor de totale ggz-zorg. In de invulling van deze afspraken is een erg wisselend beeld te zien tussen de verschillende instellingen. Veelal ontbreken er afspraken over de inhoud van de zorg of de regiefunctie in de regio en het vormgeven van de keten.

Zorgaanbieders melden dat zij bezig zijn met de implementatie van de nieuwe generieke module voor acute psychiatrie. Een groot aantal van de zorgaanbieders is actief bezig met één of meer zaken die de generieke module betreffen, bijvoorbeeld het inrichten van beoordelingskamers, het uitbreiden van personeel of ze doen mee aan de pilot naar de triagewijzer. Ook wordt het organiseren van de triage, aanmeldroute en ketenzorg genoemd en worden regionale overleggen opgezet over verwijsstromen en convenanten gesloten tussen partijen.

8. Bijlage

8.1 Regio- indeling huidige situatie (Bron: GGZNL-2013)

