Onderzoek naar de meerwaarde van de inzet van Functie Assertive Community Treatment (FACT)

Verkennende analyse van de invloed van FACT in de regio op basis van declaratiegegevens

Jasper de Haan, KPMG Plexus
Guus de Ruiter, Vektis
Sander Neijmeijer, Vektis
Rachid ben Yerrou, Vektis
Nicoline Beersen, KPMG Plexus
Marc Berg, KMPG Plexus

Status: Definitieve versie 1.0
Datum: 12 september 2012

Colofon

Zorgverzekeraars Nederland

Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland.

vektis

Vektis heeft de data-analyse en berekening van de indicatoren uitgevoerd.

KPMG PLEXUS

KPMG Plexus heeft Vektis inhoudelijk en methodologisch ondersteund bij de bepaling van de indicatoren.

Samenvatting

Doelstelling
Sinds begin 2011 zijn Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vektis bezig om de mogelijkheden te onderzoeken om de geleverde zorg inzichtelijk te maken op basis van declaratiegegevens. Het project 'indicatoren FACT' stoelt op een variant van deze gedachte en is gericht op het inzichtelijk maken van verschillen (in kwaliteit en kosten) tussen regio's met en zonder Functie Assertive Community Treatment (FACT) zorg. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op indicatoren ten aanzien van zorgconsumptie.
Het doel van de indicatoren voor FACT is inzichtelijk te maken of en in welke mate er verschillen zijn (in kwaliteit en kosten) tussen regio's waar FACT- teams actief zijn en regio's waar geen FACT-teams actief zijn.

FACT is een specifieke manier om zorg te organiseren van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening. De opzet is om cliënten zo veel mogelijk ambulant en thuis te begeleiden. Het beoogde effect van FACT is hierdoor ook opnamevoorkomend dan wel - verkortend.

Methode
Om het effect van FACT te kunnen bepalen is een aantal hypotheses geformuleerd. Deze hypotheses stellen dat de inzet van FACT-teams leidt tot:

- Minder klinisch behandelen (FACT werkt opname voorkomend en verkortend)
- Meer mensen in zorg
- Minder crisis opname
- Lagere totale GGZ zorgkosten
- Lagere totale somatische zorgkosten
- Minder AWBZ indicatiestelling

Om de hypothesen te kunnen toetsen zijn regio's aangemerkt als FACT regio's en andere regio's juist niet. Een aantal 'voorlopers' wordt vergeleken met de 'achterhoede'. Grootstedelijke regio's en regio's met een lagere urbanisatiegraad zijn apart vergeleken. Voor de grootstedelijke regio's is niet zozeer sprake van een 'achterhoede', maar een regio met ACT-zorg in plaats van FACT. Voor elk van de regio's is gekeken naar verschillen in zorgconsumptie van de populatie waarvoor de FACT zorg wordt ingezet. Dit betreft mensen met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA). Voor dit onderzoek is deze EPA-populatie bepaald op basis van de volgende kenmerken:

- De verzekerde heeft een GGZ DBC schizofrenie met openingsdatum tussen 1 januari 2008 en 31 december 2010.

en/of

- De verzekerde heeft voor elk van de jaren 2008, 2009 en 2010 een afgesloten DBC met openingsdatum in dat jaar (exclusief: korte DBC's, diagnostiek, indirecte Tijd en DBC's alcohol en andere verslavingen)

en/of

- De verzekerde heeft een CIZ indicatie voor ZZP GGZ 4 of hoger

De gebruikte gegevens komen uit declaratiebestanden van zorgverzekeraars die door Vektis worden verzameld. Het betreft indicatiegegevens van de AWBZ, declaratiebestanden Zvw en informatie ten aanzien van het gebruik van medicatie. Ook is het BASIC bestand gebruikt dat

per verzekerde een overzicht van alle declaraties Zvw bevat. Op basis van een combinatie van deze gegevens zijn de analyses uitgevoerd.
Bij de interpretatie van de data is het van belang om oog te hebben voor de beperkingen daarvan, dit betreft vooral het doen van een absolute vergelijking tussen de jaren 2009 en 2010. Omdat data van het laatste jaar nog niet volledig zijn, is alleen een relatieve vergelijking mogelijk: hoe scoren de regio's ten opzichte van elkaar binnen een kalenderjaar?

Om een vergelijking tussen regio's mogelijk te maken zijn de data per regio gecorrigeerd voor patiëntkenmerken.

Daarnaast is een geanonimiseerde vergelijking uitgevoerd (via een third trusted party) van de voor dit onderzoek geselecteerde EPA-populatie met het casusregister in Zuid Limburg, dit om de representativiteit van de selectie vast te stellen. De conclusie daarvan is dat er slechts een beperkte mate van overlap is. Dit heeft deels te maken met verschillen in doelstelling van de bestanden en historische en organisatorische keuzes, maar ook registratieverschillen kunnen een rol spelen. Ook is het effect van de selectie via GGZ DBCs (drie aaneengesloten jaren) waarschijnlijk een te grote 'verdunning' van de in dit onderzoek gehanteerde EPA populatie. .

Resultaten
De nu gepresenteerde resultaten voor de verschillende hypothesen moeten worden gezien als een eerste aanzet. Bovendien levert de vergelijking tussen FACT-voorlopers en achterhoede op punten andere conclusies op, dan de vergelijking van de stedelijke FACT regio met de ACT regio. Kort samengevat luiden deze als volgt:

- Regio's met inzet van FACT hebben een beter bereik van de doelgroep en meer mensen in zorg.
- In de FACT regio's wordt er minder op een bed behandeld, maar het totaal aantal bedden daalt niet: in de stedelijke FACT regio is een hoger aantal cliënten met ZZP C te zien. Dit kan juist een effect van FACT zijn: meer cliënten wonen binnen beschermd of begeleid wonen.
- Het aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg daalt niet: inzet van FACT kan er toe leiden dat de opgenomen cliënten een zwaardere zorgvraag hebben, wat mogelijk in gemiddeld langere opnames resulteert.
- De inzet van FACT leidt op punten tot een daling van de Zvw kosten, hier is een nadere analyse voor nodig. Ook gezien de volledigheid en betrouwbaarheid van de data uit 2009 en (in mindere mate) 2010. FACT leidt niet tot een daling ten aanzien van de AWBZ. De totale zorgkosten voor de EPA groep lijken niet te dalen, maar het is nog te vroeg om hier een uitspraak over te doen.
- Er is geen relatie tussen FACT en de overige somatische kosten gevonden.
- In de niet stedelijke FACT regio's zijn er minder AWBZ indicatiestellingen voor ZZP B&C. In de stad is dit niet het geval.

Aanbevelingen
Voor het uiteindelijk meten van de impact en effectiviteit van FACT in een regio is het van belang dat op regionaal niveau doelstellingen worden geformuleerd ten aanzien van bereik, doorstroom en herstel. Dit kan worden ondersteund door uitwerking van een aantal verdiepende indicatoren. Hiervoor zijn de volgende drie punten van belang:

1 Een duidelijker en uniforme typering en registratie van de doelgroep
2 Uitvoeren van een meer longitudinaal onderzoek
3 Beschikbaarheid van meer uitkomstmaten over het resultaat van de zorg en participatie

Een uiteindelijk doel is een samenhangend regionaal beleid voor de integrale zorg voor de EPA doelgroep. De voornaamste doelstelling daarvan is het realiseren van de hersteldoelstellingen voor deze groep in een ambulante omgeving en met minder inzet van klinische capaciteit. Dit vergt verder gaande afspraken over de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en bekostigers (gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar) dan nu het geval is.

Inhoud

Inhoud **6**
1. Inleiding **7**
1.1. Doelstelling 7
1.2. FACT 7
1.3. Leeswijzer 8
2. Methodiek **9**
2.1. Aanpak 9
2.2. Uitwerking hypotheses FACT in indicatoren 9
2.3. Inzet FACT en regio's 10
2.4. Gebruikte bronnen 11
2.5. Beperkingen in de toepassing data 13
2.6. Toelichting kosten FACT 13
3. Populatiebepaling en indicatorbepaling **15**
3.1. Populatie en FACT zorg: Ernstig Psychiatrische Aandoening EPA 15
3.2. EPA populatie: Afbakening voor dit onderzoek 15
3.2.1. Uitkomst afbakening 16
3.2.2. Vergelijking het Psychiatrisch Casusregister (PCR) 17
3.3. Zorgvraagzwaartecorrectie 19
4. Resultaten **24**
4.1. Presentatiewijze en leeswijzer resultaten 25
4.1.1. Hypothese 1: door inzet van FACT komen meer mensen in zorg 26
4.1.2. Hypothese 2: Inzet van FACT leidt tot minder klinisch behandelen 29
4.1.3. Hypothese 3: inzet van FACT leidt tot lagere totale kosten voor de GGZ 47
4.1.4. Hypothese 4: Inzet van FACT resulteert in lagere somatische zorgkosten 55
4.1.5. Hypothese 5: Inzet van FACT leidt tot minder AWBZ indicatiestelling 60
5. Conclusies **64**
6. Doorontwikkel agenda **65**
Bijlage 1 Indicatorbepaling **66**
Bijlage 2 Uitwerking indicatoren **68**
Bijlage 3 Overwogen indicatoren **73**
Bijlage 4 Niet opgenomen indicatoren **74**
Bijlage 5 Samenstelling expertteam **79**
Bijlage 6. AWBZ Kosten **80**
AWBZ-Informatiesysteem 80
Toelichting schatting AWBZ kosten 81

1. Inleiding

Sinds begin 2011 onderzoeken Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondersteund door Vektis en KPMG Plexus bezig om de mogelijkheden om de geleverde zorg inzichtelijk te maken op basis van declaratiegegevens.

De focus van de indicatoren ligt op het inzichtelijk maken van toegevoegde waarde ('value') van zorg voor integrale, verstrekking-overstijgende zorg. Het gaat hier om het realiseren van inzicht in de verhouding kwaliteit en kosten, en het zoeken naar relevante verschillen tussen aanbieders of regio's in Nederland. Op deze wijze wordt informatie toegankelijk gemaakt die zorgverzekeraars kunnen gebruiken bij hun inkoop.

Het project 'indicatoren FACT' stoelt op een variant van deze gedachte en is gericht op het inzichtelijk maken van verschillen (in kwaliteit en kosten) tussen regio's met en zonder Functie Assertive Community Treatment (FACT) zorg. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op zorgconsumptie.

In 2011 is er voor de zorg voor parkinsonpatiënten een vergelijkbare studie uitgevoerd naar het effect van de werkwijze die bekend staat als 'ParkinsonNet'.

De inbreng van een voor dit onderzoek geselecteerde expertgroep en de inzet van de leden van het kenniscentrum GGZ van ZN hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit rapport.

1.1. Doelstelling

Het doel van de indicatoren FACT is inzichtelijk maken of en in welke mate er verschillen zijn (in kwaliteit en kosten) tussen regio's waar FACT- teams actief zijn en regio's waar geen FACT-teams actief zijn. Het gaat hierbij om verschillen tussen regio's en niet om een longitudinale vergelijking van ontwikkeling van kwaliteit of kosten.

1.2. FACT

FACT is een specifieke manier om zorg te organiseren van cliënten[1] met een ernstig psychiatrische aandoening.

Doel en doelgroep[2]

Doel van FACT is om cliënten met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel. Behandeling en support, 'cure and care' gaan hand in hand. De opzet is om cliënten zo veel mogelijk ambulant en thuis te begeleiden.

Waar ACT zich richt op de meest ernstige langdurende zorg cliënten[3], richt FACT zich in een bepaalde wijk of regio op álle cliënten.

---

[1] Over het gebruik van de term 'cliënt' en 'patiënt' bestaan in de praktijk verschillende inzichten. Daar waar in dit rapport cliënt staat, kunt u desgewenst patiënt lezen.

[2] Bron: Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, verkorte versie van informatie op website http://www.ccaf.nl/

- Aan de meer stabiele cliënten biedt dit team individuele behandeling door een psychiater, psycholoog en andere deskundigen. Elke cliënt heeft ook een casemanager die hem begeleidt.
- Wanneer terugval in psychose dreigt, er een crisis is of een opname nodig wordt, dan zet het FACT-team de 'Functie ACT' in. De cliënt krijgt dan volwaardige ACT vanuit het hele team.

Het beoogde effect van FACT is hierdoor ook opnamevoorkomend dan wel -verkortend.

Organisatie van de zorg
FACT teams werken wijkgericht en behandelen alle cliënten in de doelgroep in dit gebied. In de regel wordt een gebiedsomvang van 50.000 inwoners gehanteerd. Om de bovenstaande doelstelling te verwezenlijken werkt een FACT team met een shared caseload: alle medewerkers kunnen als dat nodig is zorg verlenen voor elke cliënt in zorg. De informatie uitwisseling over de cliënten waarbij terugval of psychose dreigt is strak georganiseerd. De teams bestaan uit ongeveer 11 FTE (exacte omvang verschilt), merendeel casemangers met een diverse achtergrond. Daarnaast is er in ieder geval ook een ervaringsdeskundige, trajectbegeleider, psychiater en psycholoog aan de teams verbonden. Een belangrijk aandachtspunt voor het team is de continuïteit van zorg: voorkomen dat cliënten buiten beeld raken, of dat er bijvoorbeeld een knip in de zorg ontstaat bij klinische opname.

Op basis van de doelstellingen en organisatie van de FACT zorg zijn in het volgende hoofdstuk een aantal hypothesen geformuleerd die in dit onderzoek worden getoetst.

1.3. Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk staat een algemene beschrijving van de methodiek en worden de hypothesen toegelicht. Hoofdstuk drie beschrijft de populatie en indicatorbepaling. Vervolgens bevat hoofdstuk vier de resultaten. De conclusies van het onderzoek staan in hoofdstuk vijf beschreven. De relevante achtergrondinformatie is in de bijlage opgenomen.

---

[3] *In paragraaf 3.1 wordt deze groep, die ook wel bekend staat onder de noemer EPA beschreven en voor dit onderzoek nader afgebakend.*

2. Methodiek

2.1. Aanpak

De indicatoren, zoals beschreven in paragraaf 2.2 zijn in een incrementeel proces tot stand gekomen. Allereerst is geïnventariseerd welke gegevens omtrent GGZ beschikbaar zijn in de declaratiegegevens. Op basis van deze gegevens is een definitie voor de populatie geformuleerd. Vervolgens heeft KPMG Plexus een eerste concept set aan indicatoren opgesteld. Deze eerste set en de resultaten daarvan zijn besproken met inhoudelijk experts op de verschillende gebieden binnen de GGZ waarvoor indicatoren zijn benoemd.

Deze eerste set en de resultaten daarvan zijn besproken met de expertgroep (zie bijlage 4) (onder leiding van Ronald Luijk, projectleider ZN), zoals samengesteld door ZN. In aanvulling zijn de conceptresultaten besproken met het kenniscentrum GGZ. Vervolgens heeft een schriftelijke consultatieronde van de experts plaatsgevonden. De verantwoordelijkheid voor de gemaakte keuzes blijft bij de auteurs van deze rapportage.

2.2. Uitwerking hypotheses FACT in indicatoren

Om het effect van FACT te kunnen bepalen is een aantal hypotheses geformuleerd. De inzet van FACT-teams leidt tot:

- Minder klinisch behandelen (FACT werkt opname voorkomend en verkortend)
- Meer mensen in zorg
- Minder crisis opname
- Lagere totale GGZ zorgkosten
- Lagere totale somatische zorgkosten
- Minder AWBZ indicatiestelling

De hiervoor uitgewerkte indicatoren leveren eerste inzichten op, die zorgverzekeraars willen delen met de stakeholders. De indicatoren roepen uiteraard ook vragen op die op hun beurt weer om verdere verdieping vragen. Het voorliggende document bevat de indicatoren voor de FACT- zorg gebaseerd op de data in de periode 2009 - 2010.

Hieronder staat de vertaling van de hypothesen naar 9 verschillende indicatoren. In bijlage 2 is een uitwerking van de indicatoren opgenomen.

Nr	hypothese	Indicator
1	**Meer mensen in zorg**	Totaal aantal cliënten dat bekend is in de EPA- populatie t.o.v. 100.000 verzekerden in de regio
2A	**Minder klinisch behandelen**	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar
2B		Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar.
2C		Percentage cliënten met een klinische opname
3A	**Lagere totale GGZ zorgkosten**	Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde ZWV kosten per cliënt
3B		Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt
3C		Gemiddelde totale kosten per cliënt
4	**Lagere totale somatische zorgkosten**	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (uitsplitsing ziekenhuiszorg, GGZ, huisartsenzorg, farmacie, overig)

Nr	hypothese	Indicator
5	**Minder AWBZ indicatiestelling**	Percentage cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft (uitsplitsing naar ZZP B&C en alleen ZZP B)

Tabel 1. Overzicht hypothesen en indicatoren FACT

2.3. Inzet FACT en regio's

Regio-indeling
De indicatoren worden op regio-niveau in kaart gebracht. De bij Vektis beschikbare informatie kan tot op postcodegebied worden opgedeeld. Voor deze rapportage is gekozen voor regio's gebaseerd op de eerste twee cijfers van de postcode van de verzekerde.

Bepaling FACT regio's
Om de hypothesen te kunnen toetsen zijn regio's aangemerkt als 'FACT' regio's en andere regio's juist niet. Het gaat dan om regio's die in 2009 en 2010 volgens FACT werkwijze opereren.

De invoer van FACT in Nederland is vanaf 2006 een continu proces geweest. In 2009 en 2010 was een groot aantal teams gecertificeerd of vergevorderd. Echter het effect van FACT valt mogelijk niet exact samen met het behalen van een certificaat. Op basis van de discussie in de expertgroep en aanvullende consultatie met inhoudelijke experts is volgende opzet gekozen:

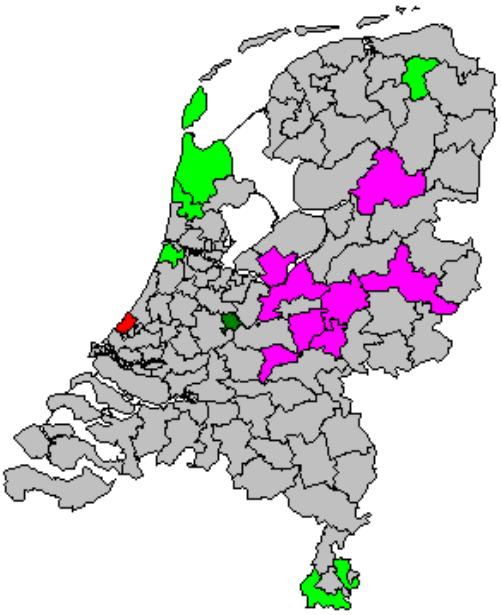
- Voorlopers: dit zijn regio's waarin de FACT teams minimaal sinds 2008 ervaring met de werkwijze hebben .
- Achterhoede: in deze regio's was in ieder geval in 2010 nog geen sprake van FACT teams.
- Overig: dit zijn de overige regio's in Nederland waar in meer of mindere mate sprake kan zijn van FACT.

Daarnaast is voor de FACT vergelijking een onderscheid gemaakt tussen grootstedelijke regio's en regio's met een lagere urbanisatiegraad. Op deze wijze spelen factoren die mogelijk verschillend zijn tussen deze twee type regio's geen rol in de vergelijking.

Wellicht ten overvloede: de indeling in voorloper of achterhoede is puur van toepassing op dit onderzoek en van toepassing op de FACT zorg tot en met 2010. Het is geen uitspraak over de waardering of kwaliteit van de daar geboden zorg of waarde van andere initiatieven.
De uitkomst van deze vergelijking is in de onderstaande tabel weergegeven en op de landkaart ingevuld. Utrecht en Den Haag zijn respectievelijk donker groen en rood. De overige voorloper regio's zijn lichtgroen en de achterhoede is lila gekleurd.

Regio	Beschrijving	Postcode gebied
FACT STAD (voorloper)	Utrecht	35
Geen FACT STAD (achterhoede)	Den Haag	25
FACT (voorloper)	Alkmaar	18
	Den Helder & Schagen	17
	Maastricht	62
	Heerlen	64
	Haarlem	20
	Groningen	97
Geen FACT (achterhoede)	Arnhem	68
	Ede	67
	Tiel	40
	Apeldoorn	73
	Deventer	74
	Amersfoort	38
	Meppel	79
	Hoogeveen	79

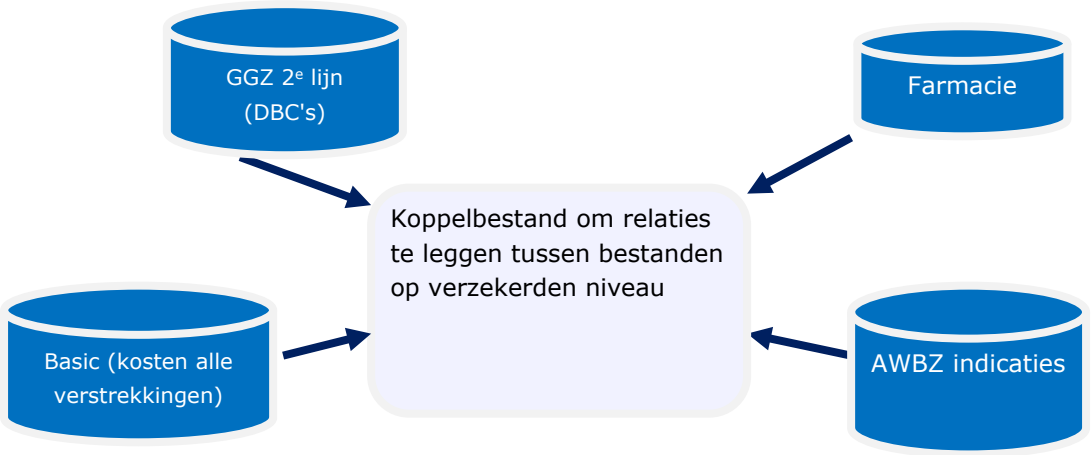
Tabel 2 Regio-indeling en gebruikte postcodegebieden



Figuur 1 Regio-indeling FACT gebieden

2.4. Gebruikte bronnen

De gegevens in de systemen van Vektis komen voor het grootste deel uit declaratiebestanden van zorgverzekeraars. Vektis beschikt daardoor over vrijwel alle gegevens over extramuraal medicijngebruik, de verrichtingen van huisartsen, eerstelijns en tweedelijns GGZ, ziekenhuizen en alle overige vormen van verzekerde zorg in Nederland. Daarnaast beschikt Vektis ook over AWBZ gegevens. Is 2011 is gestart met het verzamelen van declaraties binnen de AWBZ. Deze zijn nog niet bruikbaar voor dit onderzoek. Over de periode voor 2010 zijn wel indicatiegegevens beschikbaar. Hieronder is grafisch weergegeven welke systemen zijn gebruikt voor de GGZ indicatoren. Daarna volgt per systeem een korte omschrijving.



Figuur 2 Overzicht gebruikte databronnen

BASIC
Het BASIC systeem kan worden gezien als het hoofdsysteem waaronder de detailsystemen hangen. In de BASIC-database worden op verzekerdenniveau schadegegevens per verstrekking geregistreerd. BASIC bevat dan ook de totale zorgkosten gemaakt in kader van de Zvw. Tevens worden van alle verzekerden kenmerken (zoals geboortedatum, geslacht, postcode, hoogte eigen risico en contractvorm) vastgelegd (zie ook bijlage 1). De verzekeraars leveren vanaf 2006 ieder kwartaal een BASIC bestand aan. De dekking van BASIC is bijna volledig (100% van de totale verzekerdenportefeuille). De 2009-data betreft 10 kwartalen en 2010-data betreft zeven kwartalen. De dekking bedraagt in 2009 en 2010 ongeveer 95% van de Nederlandse verzekerden.
BASIC bevat de gedeclareerde zorgkosten, inclusief de geldende verrekenpercentages op moment van declareren en voor opbrengstverrekening. Hierdoor kunnen er voor dezelfde DBC bij verschillende instellingen verschillende kosten gedeclareerd zijn. Dit geldt zowel voor ziekenhuizen als voor GGZ instellingen.

Farmacie Informatiesysteem (gegevens op declaratieniveau)
Het Farmacie Informatiesysteem (FIS) biedt informatie over het (extramurale) geneesmiddelengebruik van alle verzekerden in Nederland. Deze informatie wordt op declaratieniveau vastgelegd en bevat naast gegevens over de voorgeschreven geneesmiddelen ook informatie over de voorschrijver, afleveraar en de verzekerde. De verzekeraars leveren iedere maand een FIS bestand aan. De dekking van FIS ligt rond de 95% van de totale verzekerdenportefeuille. Het systeem bevat gegevens vanaf 1999.
De dekking bedraagt in 2009 en 2010 bijna 100% van de Nederlandse verzekerden, in 2008 was dit 92%. 2008-data betreft 10 kwartalen, 2009-data betreft 10 kwartalen en 2010-data betreft zeven kwartalen.

GGZ 2e lijn (DGZ)
Het informatiesysteem ten aanzien van de tweedelijns GGZ bevat de DBC declaratiegegevens die beschikbaar zijn bij de verschillende verzekeraars. Het bevat de omschrijving van de DBC, de stoornis (hoofddiagnose groepen), de hoeveelheid geleverde zorg in minuten (klassen), het aantal verblijfsdagen (in klassen), de kosten, de GGZ aanbieder, de cliënt en de periode.
Er is geen informatie opgenomen over het type verstrekkingen binnen de DBC. De gegevens zijn vanaf 2008 beschikbaar. Vanaf 2009 zijn de gegevens van 95% van de verzekerden beschikbaar. De declaraties over 2009 zijn compleet binnen bij Vektis, en over 2010 voor een heel groot deel (verwerkt tot en met einde 2011).

AWBZ (AZR)
Vektis beschikt over een extractie van de AWBZ Brede Zorgregistratie (AZR). Deze database bevat voor de jaren 2008 en verder informatie over de geïndiceerde en geleverde zorg. Het betreft de afgegeven indicaties door het CIZ met informatie over de grondslag en de functies. Op basis van de beschikbare gegevens is het mogelijk om ook de ZZP vast te stellen.
Een uitgebreide toelichting over de toepassing van deze informatie is in bijlage 5 opgenomen.

Koppelmogelijkheden tussen de (detail)systemen
Op basis van de verzekerdenkenmerken (het (versleutelde) BSN) kunnen koppelingen worden gelegd tussen de verschillende systemen van Vektis. Hiermee kan het volledige zorggebruik per cliënt in kaart worden gebracht. De gebruikte gegevens zijn niet herleidbaar tot personen.

2.5. Beperkingen in de toepassing data

Bij de interpretatie van de data is het van belang om de beperkingen daarvan ook te betrekken. Dit betreft vooral een verschil in volledigheid tussen de jaren 2009 en 2010 voor wat betreft de informatie over de GGZ 2e lijn. Ieder kwartaal worden de declaratiegegevens voor dit bestand aangeleverd door verzekeraars. Bij een aanlevering van 12 kwartalen is de aanlevering nagenoeg volledig. Het bestand voor 2009 bevat 11 verwerkte kwartalen (95% dekking) en 2010 7 verwerkte kwartalen (70% dekking).

In kwartaal 7 zijn nog veel DBC's niet verwerkt, dit betekent dat een absolute vergelijking tussen het jaar 2009 en 2010 niet mogelijk is. Voor dit onderzoek heeft dit gevolgen voor de indicatoren die gebaseerd zijn op Zvw informatie: kort klinisch verblijf en Zvw kosten. Het is echter wél mogelijk om binnen 2010 een vergelijking te maken tussen regio's. Ook is het mogelijk om na te gaan of regio's die in 2009 een relatief hoge uitkomst laten zien, dit ook in 2010 doen.

De gebruikte AWBZ data van 2009 en 2010 zijn wel vergelijkbaar qua volledigheid , hierdoor is het dus wel mogelijk om conclusies te trekken op basis van absolute verschillen tussen de jaren.

Een tweede effect van belang is een verschil in volledigheid van data aanlevering in 2008 tussen regio's. In 2008 hebben niet alle verzekeraars een volledige dataset met DBC's aangeleverd. Gemiddeld ontbreekt 24% van de data. Aangezien verzekeraars per regio een dominante of minder dominante positie hebben, heeft dit een effect op gemeten regionale verschillen.

Voor dit onderzoek is dit verschil alleen van belang bij de bepaling van de populatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de DBC's in de jaren 2008, 2009 en 2010. Regio's met een beperkte aanlevering in 2008 zullen hierdoor lager scoren. Het effect hiervan beperkt zich tot het deel van de populatie dat wordt geselecteerd op basis van drie aaneengesloten DBC's en niet de gehele populatie. Het effect hiervan is dus beperkt (zie ook toelichting hoofdstuk 3). De score bij de overige indicatoren wordt hierdoor niet beïnvloed, deze wordt steeds berekend in relatie tot de gevonden populatie.

De bovenstaande beperkingen zijn tevens de aanleiding om op dit moment geen longitudinale studie uit de voeren naar de effecten van FACT door de jaren heen. Dit is wel een optie als de data over 2010 en 2011 compleet zijn.

2.6. Toelichting kosten FACT

De kosten die voor dit onderzoek in kaart worden gebracht betreffen zowel de kosten gemaakt voor de Zvw als ook de AWBZ kosten

De toedeling ten aanzien van de Zvw vindt plaats op basis van de informatie uit het BASIC bestand dat in de voorgaande paragraaf is beschreven. De kosten zijn gebaseerd op de voor de DBC gedeclareerde bedragen. Voor dit onderzoek zijn vervolgens twee verschillende keuzes gemaakt:

Indicator 4 is direct gebaseerd op de bedragen in het BACIS bestand: de DBC-kosten inclusief verrekenpercentages en voor opbrengstverrekening. De kosten zijn daarmee gebaseerd op de door de zorgaanbieder gedeclareerde DBC-kosten.

Voor de indicator 3A en 3C is voor de 2^{e}lijn een correctie toegepast. Hier zijn de gedeclareerde DBC's tegen een vastgesteld (NZa-)tarief meegenomen, zonder verrekenpercentages en opbrengstverrekening. Hierdoor kunnen er geen regionale verschillen ontstaan door verschillen in verrekenpercentages, en wordt het verschil in inspanning tussen regio's goed inzichtelijk.
De kosten van indicator 3A bestaan dus uit de eerstelijns kosten (bron BASIC) plus de DBC-kosten tegen de vastgestelde tarieven (bron DGZ met NZa-tarieven) plus de kosten van GGZ geneesmiddelen (bron FIS). De kosten van indicator 3C bestaan uit de som van de kosten uit 3A en 3B.

De AWBZ kosten zijn gebaseerd op de onderstaande wijze

*Geschatte werkelijke AWBZ kosten = (zorgduur * consumptiefactor) * (tarief * korting)*

Zorgduur:	De zorgduur op basis van de verschillende klassen van de geïndiceerde zorg. Het midden van de klasse wordt gebruikt om mee te rekenen.
Consumptiefactor:	Het deel van de geïndiceerde zorg dat ook werkelijk wordt geconsumeerd (84%, generiek toegepast voor alle regio's).
Tarief:	De maximumtarieven van de NZa zijn gehanteerd.
Korting:	Gemiddelde door de zorgverzekeraar gehanteerde korting op het NZA tarief (generiek toegepast voor alle regio's).

Bijlage 5 bevat een uitgebreidere toelichting met de achtergrond van de AWBZ kosten.

3. Populatiebepaling en indicatorbepaling

Voordat de indicatoren worden bepaald is het belangrijk een zo zuiver mogelijke populatiedefinitie te maken.

3.1. Populatie en FACT zorg: Ernstig Psychiatrische Aandoening EPA

Een populatiebepaling voor de groep verzekerden die gebruik maakt (of kan maken) van FACT is niet eenvoudig. De inzet van FACT zorg is niet persé gericht op verzekerden met een specifieke aandoening. Het gaat om mensen die gebaat zijn bij een bepaalde organisatie van de zorg.

Dit onderzoek gaat er van uit dat dit de groep is die veelal wordt aangeduid als leidend aan een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA). In de publicatie van GGZ Nederland uit 2011 over EPA en ROM wordt daarvoor de volgende definitie gehanteerd[4]. De groep cliënten die:

1. *Langdurig, vaak meer dan twee jaar, matig tot slecht functioneren.*
2. *Daarnaast ernstige en complexe problemen hebben op verschillende andere domeinen van hun leven,*
3. *Veelal psychotische aandoeningen hebben, ernstige bipolaire stoornissen en andere ernstige as-I en as-II stoornissen.*

Cliënten met EPA kenmerken zich door complexe problemen die zowel oorzaak als gevolg van psychisch lijden kunnen zijn.

Interventies zijn daarom niet alleen gericht op het verbeteren van psychiatrische symptomen, de verslaving en de somatische problemen, maar ook op het verbeteren van het algemeen functioneren en het vervullen van zorgbehoeften op andere levensgebieden en het verhogen van de (subjectieve) kwaliteit van leven. Vaak worden deze cliënten behandeld in aparte zorgprogramma's.

3.2. EPA populatie: Afbakening voor dit onderzoek

Voor dit onderzoek is de bovenstaande definitie omgezet naar een afbakeningsmethode op basis van de beschikbare data bij Vektis. Het startpunt van deze analyse is dat de EPA-populatie bepaald kan worden op basis van de volgende kenmerken:

- De verzekerde heeft een GGZ DBC Schizofrenie met openingsdatum tussen 1 januari 2008 en 31 december 2010.

en/of

- De verzekerde heeft voor elk van de jaren 2008, 2009 en 2010 een afgesloten DBC met openingsdatum in dat jaar (exclusief: korte DBC's, diagnostiek, indirecte tijd en DBC's alcohol en andere verslavingen)

en/ of

- De verzekerde heeft een CIZ indicatie voor ZZP GGZ 4[5] of hoger in de periode 2009-2008

---

[4] *ROM volwassenen EPA, adviesdocument 1.0, Expertgroep Volwassenen EPA GGZ Nederland, 11 februari 2011.*

[5] *Op basis van de ambulantiseringsdoelstelling van o.a. de RIBW Alliantie en na consultatie van de leden*

Er wordt alleen gekeken naar verzekerden vanaf 18 jaar en tot 65 jaar.

3.2.1. Uitkomst afbakening

De totale groep die op deze wijze wordt geselecteerd omvat ongeveer 120.000 verzekerden[6].

Rond de 47.000 verzekerden in de groep zijn primair geselecteerd op basis van de aanwezigheid van een DBC schizofrenie. Van de totale groep zijn ongeveer 62.000 verzekerden geselecteerd op basis van aanwezigheid van een GGZ DBC in drie aaneengesloten jaren. Ongeveer 12.000 verzekerden in de groep opgenomen met een ZZP 4 of hoger. Het onderstaande schema geeft een overzicht van de precieze getallen.

In het schema is de groep verzekerden met een angst- en/of stemmingsstoornis speciaal uitgelicht. Een deel van deze groep behoort niet persé tot de EPA-populatie; om niet a priori groepen uit te sluiten, is er in deze analyse ervoor gekozen deze te includeren. Echter voor een vervolgonderzoek is het waarschijnlijk verstandig om de definitie te versmallen.

Hoofdgroep	Onderverdeling	Aantal verzekerden (x 1.000)
DBC schizofrenie	Alleen DBC schizofrenie	28,4
	+andere DBC	17,5
	+AWBZ	2,4
	+AWBZ en andere DBC	1,3
	totaal	**47,2**
DBC angst- of stemming (3 jaar)	Alleen DBC angst en stemming	34,9
	+AWBZ	0,6
	totaal	**35,5**
DBC overige diagnosen (3 jaar)	DBC's overige diagnosen	27,4
	+ AWBZ	0,2
	totaal	**27,6**
Alleen AWBZ		**7,8**
Totaal		**118,1**

Tabel 3. Samenvatting omvang geselecteerde doelgroep op basis van declaratiegegevens.

---

van het kenniscentrum GGZ van ZN is besloten om de groep verzekerden met ZZP 4B en 4C ook in de EPA doelgroep te includeren. In de door de NZa gehanteerde beschrijving van de zorgzwaartepaketten GGZ 2012 wordt bij ZZP 4B expliciet melding gemaakt van een 'ernstige psychiatrische aandoening'. Bij ZZP 4C wordt gesproken over 'complexe psychiatrische aandoening'.

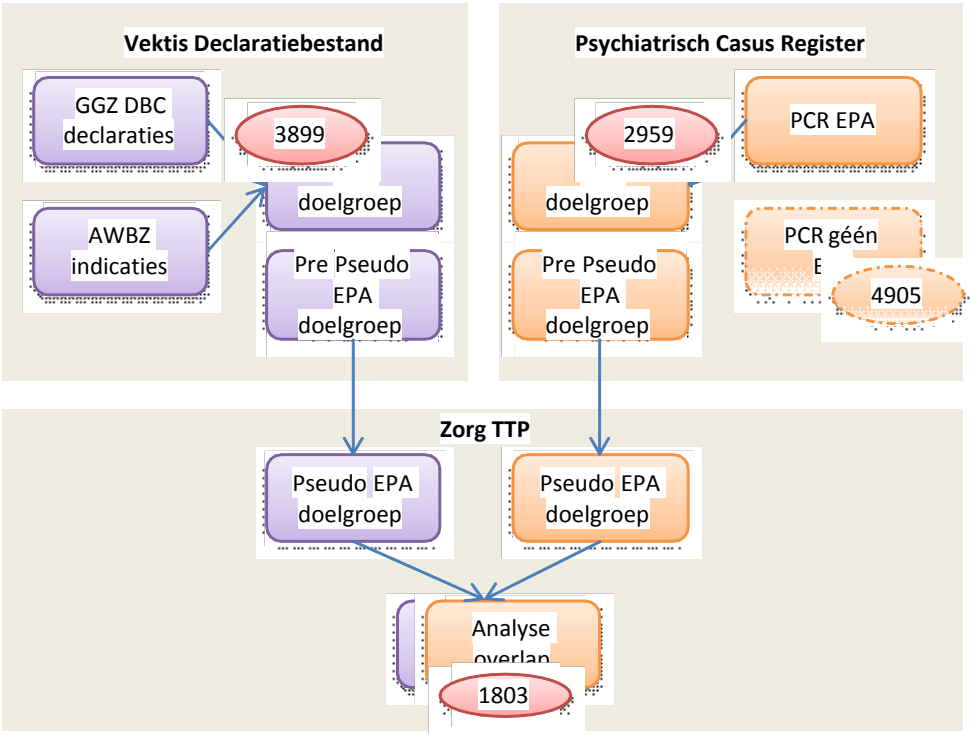
[6] *Op basis van ander onderzoek en literatuur verwoord in het 'Consensusdocument EPA' vastgesteld onder leiding van Philippe Delespaul uit 2012 is de inschatting gemaakt dat er in Nederland ongeveer 216.000 cliënten zijn die tot de EPA doelgroep behoren. Dit is inclusief jongeren en ouderen. Naar schatting 160.000 of 75% van hen zijn ook werkelijk in zorg)*

3.2.2. Vergelijking het Psychiatrisch Casusregister (PCR)

De voorgaande afbakening is gebaseerd op een analyse van het zorggebruik. Om na te gaan of hiermee een representatieve selectie is gemaakt, is een vergelijking uitgevoerd met de gegevens uit het Psychiatrisch Casusregister (PCR) in Zuidelijk Limburg. Hiervoor is gebruik gemaakt van een Trusted Third Party (TTP).

Op basis van de criteria die overeen komen met die van dit onderzoek is in het PCR een selectie gemaakt van de subpopulaties. Er zijn 3 subpopulaties waarvan werd verwacht dat deze personen in het EPA bestand met declaratiegegevens voorkomen, en die volgens PCR ook EPA zijn. Dit betreft de groepen 'schizofrenie', 'AWBZ' en 'SMI'[7]. Daarnaast is er een selectie gemaakt van personen waarvan het juist de verwachting is dat deze niet zijn meegenomen in de selectie op basis van de declaratiegegevens. Deze zijn op een zelfde wijze verwerkt (niet in schema weergegeven). De resultaten van de vergelijking staan in een volgende paragraaf beschreven.

De personen in de regio Zuid Limburg werden via de BSN gekenmerkt. In verband met privacy werden de BSN's vanuit Vektis en het PCR op dezelfde wijze omgezet naar een zogenaamd. pre pseudo BSN. Vervolgens hebben Vektis en PCR het bestand met de geselecteerde EPA-groep (pre pseudo-BSN's) aan de TTP gestuurd, die beide bestanden nogmaals omzet naar pseudo BSN's. Hierdoor zijn geen persoonlijke kenmerken meer aanwezig in de bestanden en kunnen deze bestanden niet worden teruggeleid naar de echte personen. Beide bestanden werden door de TTP gekoppeld om te analyseren hoeveel procent van de beide populaties overlapten. Schematisch ziet de werkwijze er als volgt uit:



[7] *In het PCR wordt de term SMI gebruikt: severe mental illness voor de groep cliënten die om andere gronden dan schizofrenie aan de EPA groep zijn toegevoegd. Dit is de groep die in dit onderzoek idealiter aansluit op de verzekerden met 3 aaneengesloten jaren GGZ zorg via een DBC*

Figuur 3. Schematische weergave vergelijking declaratiegegevens en PCR

Samenstelling bestanden verschilt
De vergelijking van de bestanden was complexer dan in eerste instantie is aangenomen.

Tabel 4 laat zien de omvang en het aandeel zien van de 3 benoemde subpopulaties in Zuid-Limburg. Het absolute aantal personen dat onderdeel uitmaakt van de EPA groep ligt hoger bij het Vektis bestand.

De samenstelling van de groep verschilt. Het aandeel schizofreniecliënten komt sterk overeen. Echter het aandeel cliënten met een AWBZ indicatie ligt vele malen hoger in de PCR groep. Voor het Vektis onderzoek zijn alleen personen met een ZZP 4 of hoger opgenomen. Bij PCR alle personen met een ZZP voor de GGZ, ongeacht het type ZZP. In het Vektis bestand zijn verhoudingsgewijs waarschijnlijk te veel verzekerden met angst- en stemmingsstoornissen geselecteerd.

Het verschillen in doelstelling van de bestanden en historische en organisatorische keuzes maken een identieke afbakening van de populatie niet mogelijk. Dit heeft gevolgen voor de resultaten van de onderlinge vergelijking

Samenstelling bestanden	Vektis: aantal	Vektis: als % van het totaal	PCR: aantal	PCR: als % van het totaal
Schizofrenie	1500	38%	1163	39%
AWBZ	553	14%	2338	79%
3 jaar GGZ / SMI	2646	68%	1632	55%
Waarvan angst & stemming	842	22%		
Totaal	3899	100%	2959	100%

Tabel 4 Samenstelling van de geselecteerde EPA populatie NB: verzekerden kunnen een meer dan één categorie voorkomen.

Overlap tussen twee bestanden beperkt
Tabel 5 maakt de overlap tussen de twee bestanden inzichtelijk, het weergegeven percentage laat zien welk aandeel van het Vektis bestand is teruggevonden in het PCR bestand.

Subgroep	Aantal verzekerden in Vectis declaratiebestand	% gevonden in PCR EPA
DBC Schizofrenie	1500	50%
AWBZ	553	45%
3 jaar in GGZ	2646	27%
Waarvan angst en stemming	842	20%
Waarvan géén angst en stemming	1804	30%
Totaal	3899	46%[8]

Tabel 5. Percentage gevonden verzekerden van selectie declaratiegegevens in het PCR bestand. NB: verzekerden kunnen een meer dan één categorie voorkomen.

- Het percentage cliënten dat in de selectie op basis van de declaratiegegevens is meegenomen dat ook in het casusregister als EPA staat aangemerkt is 46%

[8] *De overlap betreft 1803 personen. Omgekeerd betekend dat 61% van de PCR populatie voorkomt in deze selectie uit de Vektis declaratiebestanden.*

- Het percentage cliënten dat in de selectie op basis van de declaratiegegevens is meegenomen en dat op basis van het casus register wel wordt herkent maar niet tot de EPA doelgroep behoort is 13%[9]

Op basis van het voorgaande kunnen de volgende twee conclusies worden getrokken
Ten eerste ten aanzien van de vergelijking zelf. Voor de schizofrenie groep wordt 50% overlap van gevonden, terwijl de groep verzekerden met schizofrenie met zekerheid volledig onderdeel uitmaakt van de totale EPA-populatie. Deze beperkte overlap kan te maken hebben met registratie-onvolkomenheden en definitieverschillen. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten in de onderzochte periode niet met de tweedelijns GGZ in aanraking zijn gekomen (geen DBC), maar bijvoorbeeld al wel reeds langer bekend zijn in het PCR. Als verzekerden zijn behandeld bij zorgaanbieders die hun gegevens niet, of maar deels aan PCR aanleveren, dan ontbreekt deze informatie. Nader onderzoek is nodig om een betere populatie-afbakening te kunnen maken. Dit betreft bijvoorbeeld de het grote omvang van de geïncludeerde groep AWBZ-geïndiceerden en verzekerden met een angst- en stemmingsstoornis.

Daarnaast maakt deze exercitie ook duidelijk dat het essentieel is voor een vervolgonderzoek om te weten of een verzekerde wel of niet tot de EPA populatie behoort. Daarbij hoort allereerst overeenstemming over de afbakening van de doelgroep, en de methode om deze afbakening uit administratieve en/of klinische gegevens af te leiden. Hiertoe kan bijvoorbeeld kenmerk worden afgesproken dat centraal beschikbaar komt.

3.3. Zorgvraagzwaartecorrectie[10]

Als indicatorwaarden van regio's worden vergeleken, is het belangrijk dat deze indicatorwaarden onderling vergelijkbaar zijn. Ten aanzien van een vergelijking tussen regio's wordt een correctie toegepast waardoor het resultaat van de indicator een uitkomst weergeeft, als hadden de geselecteerde populaties in regio's een gelijke (landelijk gemiddelde) opbouw.

Het betreft een correctie ten aanzien van vier factoren:
- Leeftijd
- Geslacht
- Sociaal Economische Status (gemiddeld inkomen in het postcodegebied)
- Urbanisatiegraad[11]

Dergelijke verschillen in cliëntenkenmerken zijn bepalend voor de kans op en intensiteit van klachten, symptomen en aandoeningen, en worden daarom ook wel zorgvraagzwaarteverschillen genoemd. Wanneer hiervoor niet wordt gecorrigeerd, kunnen de

---

[9] Het betreft 511 personen op het totaal van 3899. 406 personen zijn zonder nader kenmerk opgenomen in het PCR, 93 personen hebben een aan verslaving gerelateerd kenmerk, 12 personen een angststoornis.
[10] Om aan te sluiten bij de GGZ terminologie wordt in deze rapportage wordt gesproken van zorgvraagzwaartecorrectie in de andere ZN rapportages in deze serie wordt hiervoor de term 'zorgzwaartecorrectie' gebruikt
[11] De urbanisatiegraad is de mate van verstedelijking die bij een postcodegebied hoort. Dit lijkt een onafhankelijke variabele voor het bepalen van de zorgvraagzwaarte. Door voor alle postcode gebieden hiervoor te corrigeren worden alle regio's in het onderzoek beter vergelijkbaar. De aparte vergelijking van twee grootstedelijke gebieden is gebaseerd op de vooronderstelling dat er daar meer factoren spelen die niet in de correctie meegewogen kunnen worden.

vergelijkingen vertekend raken. Sommige regio's zijn bijvoorbeeld meer vergrijsd dan andere regio's, waardoor het percentage mensen met bepaalde aandoeningen daar hoger is.

Er zijn andere factoren waarvoor hier nog niet is gecorrigeerd, zoals specifieke zorgvraagzwaarte of comorbiditeit. In vervolg analyses kan hieraan verder aandacht worden geschonken. Dit wordt onder andere mogelijk door de afspraken die zijn gemaakt in het eerder genoemde GGZ convenant.

In Tabel 6 staat weergegeven voor welke indicatoren zorgvraagzwaartecorrectie is toegepast en welke cliëntkenmerken daarvoor gebruikt zijn.

indicator	Naam	jaar	Leeftijd	Geslacht	SES	Urbanisatie -
1	Totaal aantal cliënten die bekend zijn in de FACT- populatie t.o.v. 100.000 verzekerden in de regio	2009	✓	✓	✓	✓
1		2010	✓	✓	✓	✓
2a-totaal	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar.	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
2a-Zvw		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	X
2a-ZZP-B		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
2a-ZZP-C		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	X	✓
2b-totaal	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar.	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
2b-Zvw		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	X
2b-ZZP-B		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	X	✓	X
2b-ZZP-C		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	X	X	✓
2c-totaal	Percentage cliënten met een klinische opname	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	X
2c-Zvw		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	X	X
2c-ZZP-B		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
2c-ZZP-C		2009	✓	✓	X	✓
		2010	✓	✓	X	✓
3a tot	Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde ZWV kosten per cliënt	2009	✓	✓	✓	X
		2010	✓	✓	✓	X

indicator	Naam	jaar	Leeftijd	Geslacht	SES	Urbanisatie -
3b tot	Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
3b-woon		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
3b-zorg		2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
3c-tot	Gemiddelde totale kosten per cliënt	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
4 Totaal	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (totale Zvw kosten)	2009	✓	✓	X	X
		2010	✓	✓	X	X
4 Farmacie	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (farmacie)	2009	✓	✓	X	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
4 huisartsen	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (huisartsen)	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	X
4 GGZ	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (GGZ eerste en tweede lijn)	2009	✓	✓	✓	X
		2010	✓	✓	✓	X
4 Ziekenhuis	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (ziekenhuiskosten)	2009	✓	✓	X	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
4 Overig	Gemiddelde Zvw kosten per cliënt (overige Zvw kosten)	2009	✓	✓	X	X
		2010	✓	✓	✓	✓
5 tot	Percentage cliënten (van FACT-populatie) dat verblijft in een AWBZ instelling (ZZP B &C)	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
5 zzp b	ercentage cliënten (van FACT-populatie) dat verblijft in een AWBZ instelling uitsluitend ZZP B	2009	✓	✓	✓	✓
		2010	✓	✓	✓	✓
		factor is significant				✓
		factor is niet significant				X

Tabel 6. Overzicht significantie zorgvraagzwaartecorrectie per indicator

Regressie op cliëntniveau

Om te bepalen of gecorrigeerd moet worden voor de cliëntkenmerken uit tabel 3 wordt een regressie op cliëntniveau uitgevoerd. Alleen voor kenmerken met een significante invloed wordt vervolgens een zorgzwaartecorrectie uitgevoerd. In Tabel 6 zijn de niet significante kenmerken weergegeven met een rode x.

Bepalen significante cliëntkenmerken met backward-selectie

Het bepalen van de set significante kenmerken per stoornis wordt gedaan met backward-selectie. Hierbij worden in eerste instantie alle kenmerken opgenomen in het model. Als er kenmerken zijn met onvoldoende verklarend vermogen (P-waarde groter dan 0,05), dan wordt het kenmerk met de minste toegevoegde waarde verwijderd uit het model. Hierna wordt het model opnieuw geschat en wordt er nogmaals bekeken of er een kenmerk is met te weinig verklarend vermogen. Dit wordt net zolang herhaald totdat alle kenmerken voldoende

verklarend vermogen hebben (P-waarde kleiner dan 0,05). Deze methodiek wordt voor elke indicator uitgevoerd.

De scores van de indicatoren gericht op kosten kunnen iedere denkbare waarde aannemen en daarom is voor deze indicatoren gebruik gemaakt van lineaire regressie.

Voor de overige indicatoren waar de score wordt uitgedrukt in percentages geldt dat de kans van een GGZ verzekerde om te "scoren" bestaat uit twee mogelijke waarden: wel (1) of niet (0). Daarom is voor deze indicatoren logistische regressie toegepast.

Bereken van de gecorrigeerde indicatorscore:
Het berekenen van de gecorrigeerde indicator score op het niveau van regio's gebeurt in 4 stappen:

Figuur 4 Stappen voor berekenen van de gecorrigeerde indicatorscore

Uit het regressiemodel volgt de regressievergelijking. Deze geeft aan hoe de uitkomstmaat (kans op gebeurtenis) afhangt van de cliëntkenmerken.

Voor logistische regressie ziet de regressievergelijking er als volgt uit:

kans op feit= 11+e-(basis + a * correctiefactor1 + b * correctiefactor2 + ...)

Voor lineaire regressie ziet de regressievergelijking er als volgt uit:

verwachte feitwaarde= basis + a * correctiefactor1 + b * correctiefactor2

Met behulp van de regressievergelijking wordt voor iedere GGZ verzekerde (de mensen die meetellen in de noemer van de indicator) diens **kans op** de betreffende gebeurtenis respectievelijk diens verwachte kosten uitgerekend op basis van zijn cliëntkenmerken.
Door van alle GGZ verzekerden in een regio de kansen op te tellen, wordt het verwachte aantal personen (teller van de indicator) bepaald. Als deze waarde gedeeld wordt door het totaal aantal GGZ verzekerden in de betreffende regio, is de **verwachte indicatorscore** per regio bekend.

De **ruwe indicator score** wordt berekend door het feitelijk aantal gebeurtenissen te tellen en te delen door het totaal aantal GGZ verzekerden in de regio.

Tenslotte wordt het **landelijke gemiddelde** bepaald door het totaal aantal gebeurtenissen in Nederland te delen door het totaal aantal cliënten in Nederland.

Met behulp van bovenstaande waarden kan vervolgens de **gecorrigeerde indicatorscore** per regio bepaald worden:

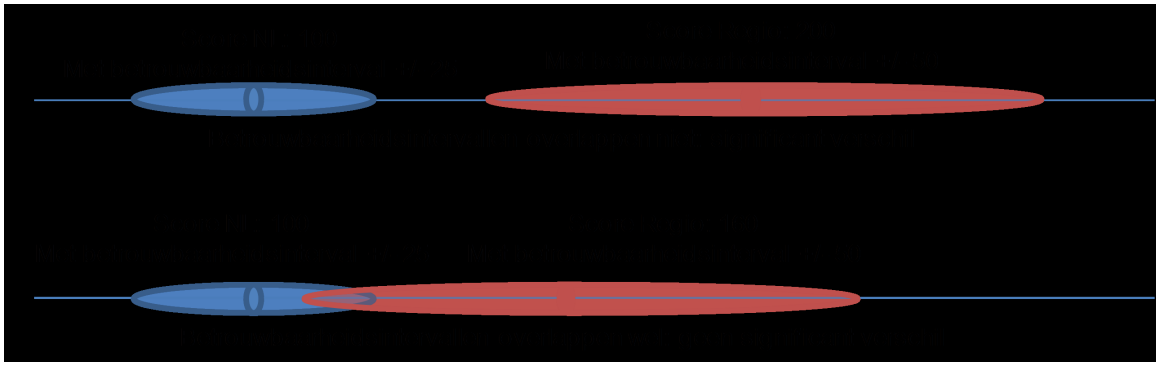
Gecorrigeerde indicatorscore per regio=Ruwe indicatorscore per regioVerwachte indicatorscore per regio*Landelijk gemiddelde

Bepalen significantie indicatorscore:

Voor het berekenen van de significatie van verschillen tussen de indicatorwaarden is uit gegaan van een standaard normale verdeling. Er is geen variatie analyse uitgevoerd. De volgende stappen zijn doorlopen:

- De indicatoren zijn per postcoderegio bepaald, en vervolgens gegroepeerd naar regio's met voorlopers en regio's met de achterhoede.
- Vergelijking resultaten
  - FACT spiegelregio's: De scores van de gegroepeerde regio's worden onderling vergeleken (de twee stedelijke regio's en de twee niet stedelijke regio's worden vergeleken).
  - Landelijke vergelijking: De scores van de gegroepeerde regio's worden vergeleken met de gemiddelde score in heel Nederland.
- Vervolgens wordt bepaald of het verschil tussen de scores in de gegroepeerde regio's en ook de landelijke gemiddelde score significant is[12].
- Dit wordt gedaan met behulp van de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de gegroepeerde regio en van de landelijke uitkomst.
- Als het verschil tussen de uitkomst van de regio en van de landelijke uitkomst (of FACT spiegelregio) groter is dan de breedte van beide betrouwbaarheidsintervallen samen dan is het verschil significant. Of anders gezegd: als de betrouwbaarheidsintervallen overlappen, dan is het verschil niet significant.

De wijze waarop de significantie is bepaald wordt geïllustreerd door de onderstaande afbeelding. De eerste afbeelding heeft een significant verschil weer, de tweede een verschil dat niet significant is.



Figuur 5. Schematische weergave bepaling significantie op basis van het betrouwbaarheidsinterval

4. Resultaten

De volgende paragrafen beschrijven de resultaten per hypothese en de bij de hypothese bijbehorende indicatoren. De interpretatie van de indicatoren is met de nodige omzichtigheid ter hand genomen, omdat het hier een eerste verkenning betreft.
Allereerst volgt een samenvatting van de uitkomst voor het jaar 2009[13]. Het betreft de uitkomsten van de vergelijking tussen de FACT en niet FACT regio's, en niet de vergelijking

---

[12] *De vergelijking met het landelijk gemiddelde wordt uitgevoerd omdat het niet alleen van belang is hoe de FACT regio's ten opzichte van de niet FACT regio scoort, maar ook hoe dit in verhouding staat tot de rest van Nederland.*

[13] *Voor dit overzicht is voor 2009 gekozen, omdat de ZVW data voor dit jaar completer zijn dan 2010.*

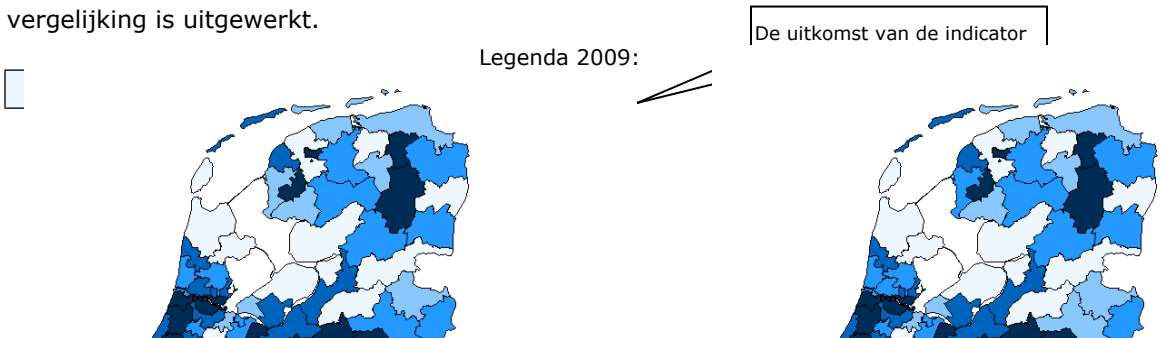
met het landelijk gemiddelde. De toelichting en detailuitwerking volgt in de daarop volgende paragrafen.

	Verschil FACT en niet-FACT (op regioniveau)		Verschil FACT en niet-FACT (Stad)	
Indicator		Toelichting verschil		Toelichting verschil
Totaal aantal verzekerden dat bekend is in de EPA doelgroep per 100.000 verz.	✓	Ja, in de FACT regio's zijn significant meer mensen in zorg	✓	Ja, in de FACT stadsregio zijn significant meer mensen in zorg
Gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt per jaar	✓	Ja, in de FACT regio's is het gemiddeld aantal verblijfsdagen lager	X	Nee, in de FACT stadsregio is het gemiddeld aantal verblijfsdagen significant hoger
Gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt met klinische zorg per jaar	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's	X	Nee, in de FACT stadsregio is het gemiddeld aantal verblijfsdagen significant hoger
Percentage EPA cliënten met een klinische opname	✓	Ja, In de FACT regio's worden significant minder mensen opgenomen	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de FACT stadsregio's
Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt: Zvw kosten	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's
Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt: AWBZ kosten	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's
Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's
Gemiddelde Zvw kosten per cliënt: ziekenhuiskosten	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's
Percentage EPA cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft totaal	✓	Ja, In de FACT regio's hebben significant minder mensen een AWBZ indicatie	X	Nee, In de FACT stadsregio hebben significant meer mensen een AWBZ indicatie
Percentage EPA cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft alleen ZZP B	✓	Ja, In de FACT regio's hebben significant minder mensen een ZZP B indicatie	X	Nee, er is geen significant verschil tussen de geselecteerde regio's

Tabel 7 Overzicht uitkomst indicatoren 2009

4.1. Presentatiewijze en leeswijzer resultaten

Voor de presentatie van de indicatoren is gekozen voor landkaarten en een tabel waarin de vergelijking is uitgewerkt.



514,95 - 606,92
606,92 - 691,32
691,32 - 805,16
805,16 -1.371,74

Legenda 2010:

364,28 - 518,84
518,84 - 627,20
627,20 - 689,76
689,76 - 809,32
809,32 -1.448,16

Figuur 6 Voorbeeld van presentatie regioverschillen, 2009(L) en 2010(R)

Onder aan de landkaart staat de uitkomst van de verhouding van 5e en het en 95ste percentiel dit is een 'factor' bijvoorbeeld 2,38 (2009) en 2,47 (2010). Deze factor is een m

0 = niet significant
1 = significant hoger
-1 = significant lager

	2009				
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.077,42	64,13	1	116,07	1
FACT achterhoede	961,35	-51,94	-1		
Stad FACT voorloper	943,91	-69,37	0	-48,00	0
Stad ACT (geen FACT)	991,92	-21,37	0		
Overig	1.015,5	2,26	0		
Landelijk totaal	**1.013**				

Tabel 8. Voorbeeld van samenvatting indicator

Deze kolom en de daaropvolgende bevat de vergelijking tussen de FACT regio's en <u>het gemiddelde in Nederland</u>
De score is dus de afwijking van het NL gemiddelde, en een -1 staat voor een significant lagere score ten opzichte van dit gemiddelde

Deze kolom en de volgende bevat de vergelijking tussen de FACT voorlopers en achterhoede. Een 1 in de laatste klom betekent dus een significant hogere score van de FACT regio

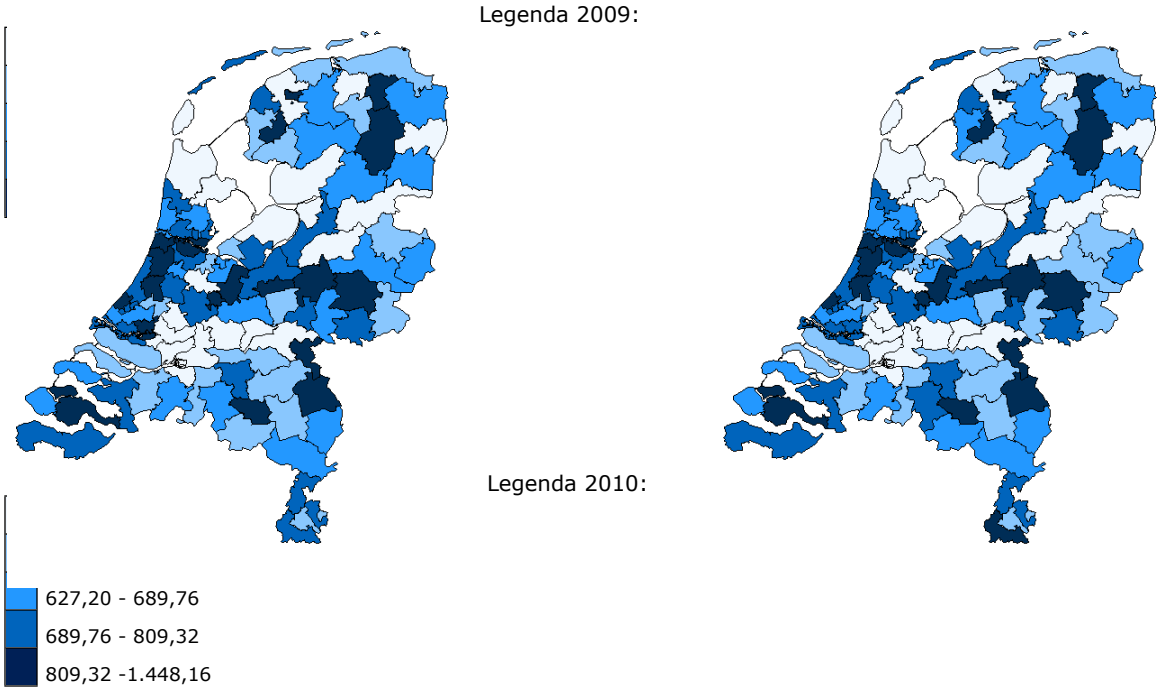
In BASIC is aan alle verzekerden de postcode van het woonadres gekoppeld. Op basis van de eerste twee cijfers van de postcode van het woonadres van de verzekerde zijn regio's

ingedeeld. De regio's worden ingekleurd op basis van de gemiddelde score van de (bij de betreffende indicator meegenomen) GGZ-cliënten die in deze regio wonen. Hoe lichter de kleur, des te lager de score.

4.1.1. Hypothese 1: door inzet van FACT komen meer mensen in zorg

Door de FACT werkwijze in te zetten, is het de bedoeling om meer mensen van de EPA populatie[14] te bereiken en van passende zorg te voorzien, of naar passende zorg te begeleiden. De onderliggende aanname daarbij is uiteraard dat nog niet alle mensen die potentieel tot de EPA-doelgroep behoren zijn bereikt. De benadering door FACT vindt gebiedsgewijs plaats. De globale norm voor een FACT team is dat er voor elk gebied met 50.000 inwoners een FACT team is dat 200- 250 cliënten in zorg heeft.

1 Totaal aantal verzekerden dat bekend is in de EPA doelgroep t.o.v. 100.000 verzekerden in de regio



Figuur 7. Totaal aantal verzekerden dat bekend is in de EPA doelgroep t.o.v. 100.000 verzekerden in de regio, gecorrigeerd voor relevante cliëntkenmerken, 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,38 (2009) en 2,47 (2010)

---

[14] *De afbakening van de EPA doelgroep is toegelicht in het voorgaande hoofdstuk. De afbakening die individuele GGZ aanbieders gebruiken voor het afbakenen van de doelgroep varieert.*

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	761,78	48,55	1	50,52	1
FACT achterhoede	711,26	-1,97	0		
Stad FACT voorloper	1.288,02	574,79	1	422,50	1
Stad ACT (geen FACT)	865,52	152,28	1		
Overig	692,96	-20,27	-1		
Landelijk totaal	**713,23**				

Tabel 9 Samenvatting uitkomst indicator 1A (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	773,03	53,86	1	54,31	1
FACT achterhoede	718,72	-0,45	0		
Stad FACT voorloper	1.291,91	572,74	1	438,26	1
Stad ACT (geen FACT)	853,65	134,48	1		
Overig	698,66	-20,51	-1		
Landelijk totaal	**719,17**				

Tabel 10 Samenvatting uitkomst indicator 1A (2010)

Interpretatie Indicator 1 A

Utrecht is de stad waar de FACT teams van het eerste uur actief zijn, en heeft een zeer modelgetrouwe implementatie doorgevoerd. In Den Haag wordt sinds 2006 gewerkt met ACT team. Indicator 1 laat zien dat de twee stedelijke regio's beiden een significant hoger aantal verzekerden in de doelgroep hebben dan het landelijk gemiddelde. Een logisch effect van beide 'outreachende' benaderingen. In Utrecht ligt dit aantal cliënten in zorg per 100.000 verzekerden significant hoger dan dat in Den Haag. Dit kan een effect zijn van de inzet van FACT. Daarnaast is er waarschijnlijk een vertekening van de omvang van de gevonden populatie in Den Haag, dit is eerder toegelicht in paragraaf 2.5.

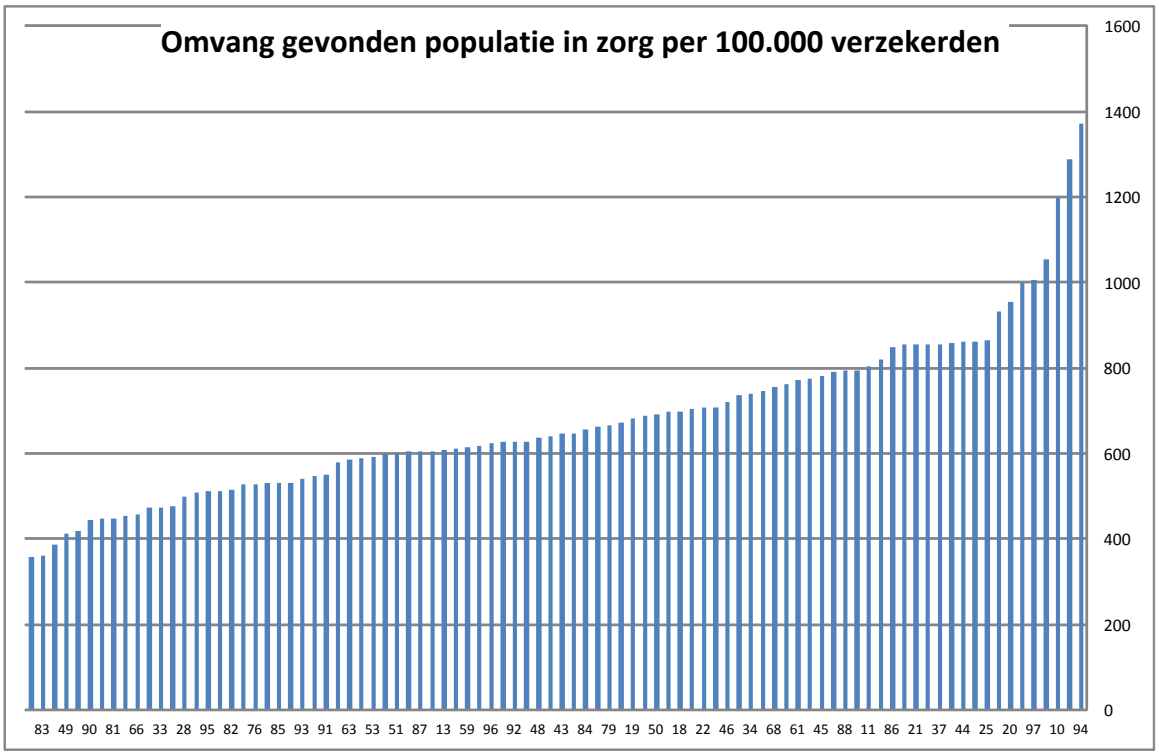
In de niet stedelijke gebieden is een significant hoger aantal verzekerden in zorg in de FACT regio's dan in de niet FACT regio's. De uitkomsten van dit onderzoek lijken de eerste hypothese dus te onderschrijven.

De onderstaande Figuur 8 toont voor 2009 het gevonden aantal verzekerden dat tot de EPA doelgroep behoort naar regio per 100.000 verzekerden. De data voor 2010 komen hiermee overeen. Deze gegevens zijn gecorrigeerd voor relevante cliëntkenmerken.

Er zijn dus regio's die een veel groter aandeel van de bevolking bedienen, de top die betreft de regio Assen, Utrecht en Amsterdam. Wat daarnaast opvalt is dat de verhouding voor de FACT doelgroep van 200 á 250 cliënten op 50.000 inwoners in dit onderzoek wordt overschreden[15]. Deze overschrijding is overigens ook in lijn met het EPA consensusdocument De overschrijding kan twee redenen hebben:

- De definitie van de EPA populatie in dit onderzoek is ruimer. Alle verzekerden met 3 jaar aaneengesloten GGZ zorg zijn in de populatie meegenomen (zie ook paragraaf 3.3)
- Een deel van de EPA populatie is niet in zorg bij FACT maar elders of op een andere wijze

[15] *In dit onderzoek is het aantal gevonden verzekerden per 100.000 inwoners als standaard gehanteerd. Voor het aantal gevonden verzekerden per 50.000 dan de uitkomst dus door twee worden gedeeld.*



Figuur 8 Aantal gevonden verzekerden in de EPA doelgroep per 100.000 verzekerden .

4.1.2. Hypothese 2: Inzet van FACT leidt tot minder klinisch behandelen.

Om de bovenstaande hypothese te toetsen zijn drie indicatoren ontwikkeld:

1 2A Het gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt per jaar.
2 2B Het gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt met klinische zorg per jaar.
3 2C Het percentage EPA cliënten met een klinische opname

Voor elk van deze indicatoren geldt dat 'klinisch' een containerbegrip is waar 3 typen van zorg onder vallen met onderscheidende bekostiging. Het betreft:

1 Kortdurende opname (minder dan <1 jaar) bekostigd via de Zorgverzekeringswet (Zvw)
2 Langdurende intramurale behandeling (>1 jaar) bekostigd via de AWBZ, ZZP B
3 Beschermde- en begeleide woonvormen (BW) bekostigd via de AWBZ, ZZP C

De effecten van de inzet van FACT kunnen voor elk van deze typen van zorg verschillend zijn, daarom is er voor elk van deze drie een aparte indicator opgenomen.

De aanname vooraf was dat FACT leidt tot kortere opnames voor wat betreft de Zvw en dat ook de intramurale behandeling daalt. Het effect op de BW kan dusdanig zijn dat het aantal cliënten met dit type zorg eerst stijgt, om daarna pas te dalen. Er komen meer mensen in zorg, maar een deel van de cliënten die nu nog van BW gebruik maakt moet met ondersteuning van FACT zorg of ambulante begeleiding zelfstandig kunnen wonen.

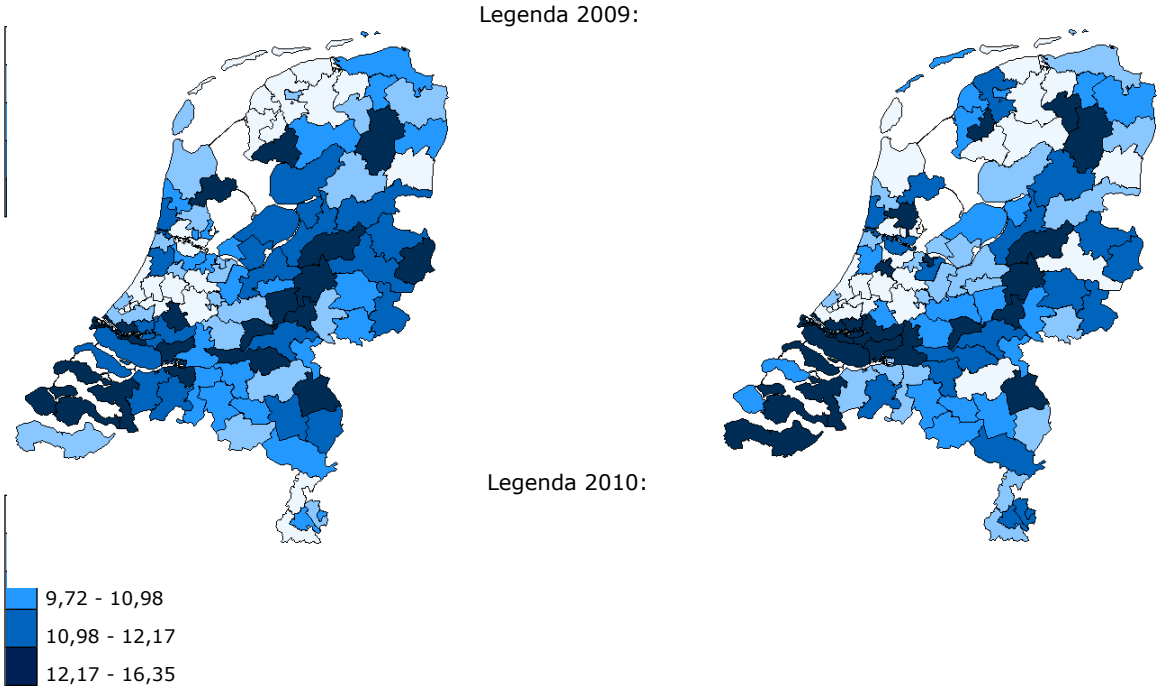
De volgende pagina's bevatten de uitkomsten van de indicatoren waarmee deze veronderstellingen worden getoetst.

2 A Gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt per jaar.

Deze indicator laat voor de totale EPA populatie in de regio zien wat het gemiddeld aantal verblijfsdagen is. Dit deel start met de indicatoren die dit voor de verschillende typen klinische zorg inzichtelijk maken en eindigt met het totaalbeeld. De verblijfsdagen ZZP B & ZZP C zijn afgeleid op basis van de indicatiestelling, zie daarvoor ook paragraaf 2.6.

Verblijfsdagen Zvw

De onderstaande landkaarten geven de uitkomsten van de gemiddelde opnameduur per cliënt per jaar weer voor wat betreft de opnames die in de DBC financiering vallen. Zoals in paragraaf 2.5 vermeld is de absolute uitkomst in 2010 lager omdat in deze dataset 7 kwartalen aan declaraties verwerkt zijn. In de dataset van 2009 zijn dit er al 11. Het verschil in dagen duidt dus niet op een daling van de ligduur. De landkaarten kunnen wel worden vergeleken op de relatieve score van de regio.



Figuur 9. Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar Zvw, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,92 (2009) en 1,96 (2010)

	2009				
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	12,06	-1,24	-1	-4,14	-1

FACT achterhoede	16,20	2,90	1		
Stad FACT voorloper	11,82	-1,48	0	-0,34	0
Stad ACT (geen FACT)	12,16	-1,14	0		
Overig	13,26	-0,04	0		
Landelijk totaal	**13,30**				

Tabel 11 Samenvatting indicator 2A Verblijfsdagen Zvw (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	9,71	-0,79	0	-1,51	0
FACT achterhoede	11,22	0,71	0		
Stad FACT voorloper	8,90	-1,61	-1	0,28	0
Stad ACT (geen FACT)	8,62	-1,88	-1		
Overig	10,67	0,17	0		
Landelijk totaal	**10,50**				

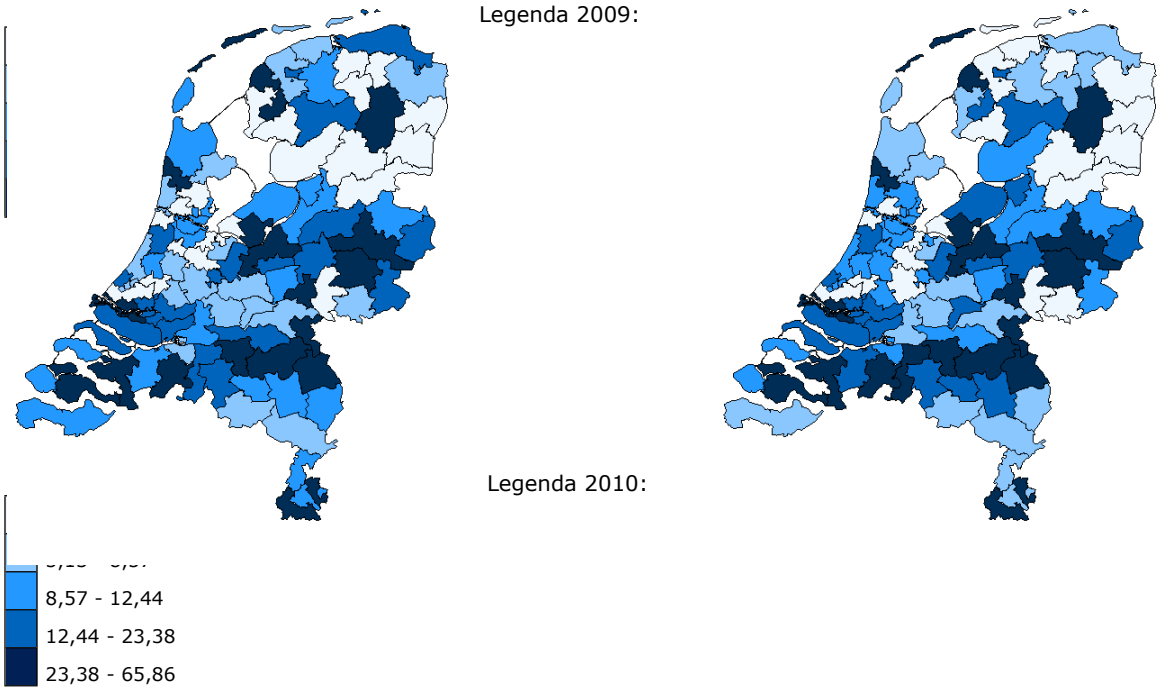
Tabel 12 Samenvatting indicator 2A Verblijfsdagen Zvw (2010)

Interpretatie indicator 2A Verblijfsdagen Zvw
De FACT voorloopregio's hebben in 2009 een significant lager aantal verblijfsdagen. In 2010 is het aantal verblijfsdagen bij de voorlopers nog steeds lager ten opzichte van de achterhoede, maar is het effect niet significant.

Tussen de twee stadregio's is er geen onderling verschil. In 2010 hebben deze regio's beiden een significant lager aantal verblijfsdagen dan Nederland gemiddeld. Dit is in lijn met de constatering dat zowel FACT als ACT outreachend en 'vroegsignalerend' werken.

De uitkomst voor 2009 lijkt de FACT hypothese te ondersteunen, maar in 2010 is dit effect weer verdwenen. Mogelijk wordt dit ook veroorzaakt door een 'aanbod effect', als de bedden beschikbaar zijn, dan worden deze gevuld.

Verblijfsdagen ZZP B



Figuur 10. Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar ZZP B, 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 29,03 (2009) en 18,50 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	14,04	1,30	0	-9,59	-1
FACT achterhoede	23,64	10,89	1		
Stad FACT voorloper	11,10	-1,64	0	-3,42	0
Stad ACT (geen FACT)	14,53	1,78	0		
Overig	11,54	-1,21	-1		
Landelijk totaal	**12,74**				

Tabel 13 Samenvatting Indicator 2A Verblijfsdagen ZZP B (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	16,35	0,24	0	-11,72	-1
FACT achterhoede	28,08	11,96	1		
Stad FACT voorloper	11,41	-4,71	-1	-9,84	-1
Stad ACT (geen FACT)	21,25	5,13	1		
Overig	14,87	-1,24	-1		
Landelijk totaal	**16,12**				

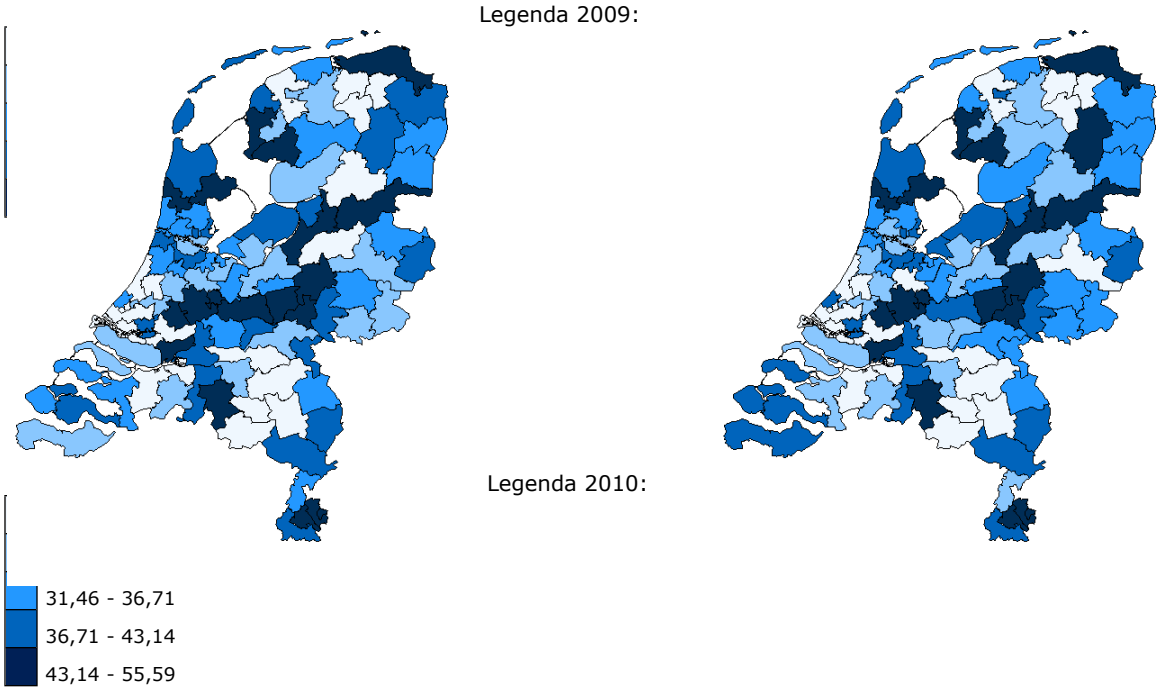
Tabel 14 Samenvatting Indicator 2A Verblijfsdagen ZZP B (2010)NB op basis indicatiestellingen!

Interpretatie indicator 2A Verblijfsdagen ZZP B
Deze indicator heeft betrekking op klinisch verblijf van langer dan één jaar bij de GGZ aanbieder. De bovenstaande uitkomst laat verschillen tussen de voorlopers en de achterhoede zien. Dit is het meest duidelijk in 2010 waar de achterhoede beduidend slechter scoort dan het gemiddelde in Nederland en stad Utrecht onder het landelijk gemiddelde zit. In 2009 zijn daar al aanwijzingen voor. De voorloopregio's zitten wederom dichtbij het gemiddelde.

De voorzichtige conclusie op basis van deze indicator is dat de achterhoede regio's relatief meer beroep doen op intramurale klinische capaciteit. Beide groepen FACT-voorlopers hebben significant kortere ligduur dan de niet FACT regio's. De uitkomst bij indicator 2C (ZZP B) laat een resultaat zien dat hieraan logisch gerelateerd is.

Verblijfsdagen ZZP C

Deze indicator toont de verblijfsdagen op basis van ZZP C per cliënt per regio. De uitkomst wordt beïnvloed door de aanwezigheid van meer of minder beschermde woonvormen in een gebied. De indicator gaat uit van het woonadres van een cliënt. Daar waar de woonvormen aanwezig zijn staan de cliënten vaak ingeschreven. Regio's zonder deze voorzieningen scoren dan dus lager. Een correctie hiervoor is overwogen maar niet toegepast: de aanwezigheid van meer of minder beschermde woonvormen is een uitkomst van beleidsmatige keuzes, die juist door de inzet van FACT beïnvloed moet worden. De absolute stijging van de uitkomsten in 2010 bevestigt het bekende beeld dat het aantal ZZP C indicaties landelijk sterk is gegroeid.



Figuur 11. Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar ZZP C, , 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 3,31 (2009) en 3,28 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	26,37	1,81	0	-0,41	0
FACT achterhoede	26,78	2,22	0		
Stad FACT voorloper	41,19	16,63	1	15,32	1
Stad ACT (geen FACT)	25,87	1,31	0		

Overig	23,43	-1,13	-1
Landelijk totaal	**24,56**		

Tabel 15 Samenvatting indicator 2A verblijfsdagen ZZP (2009)

2010					
FACT niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	35,25	1,25	0	-2,95	0
FACT achterhoede	38,20	4,20	1		
Stad FACT voorloper	46,87	12,87	1	10,05	1
Stad ACT (geen FACT)	36,82	2,82	0		
Overig	32,82	-1,19	0		
Landelijk totaal	**34,00**				

Tabel 16 Samenvatting indicator 2A verblijfsdagen ZZP C (2010)

Interpretatie indicator 2A verblijfsdagen ZZP C

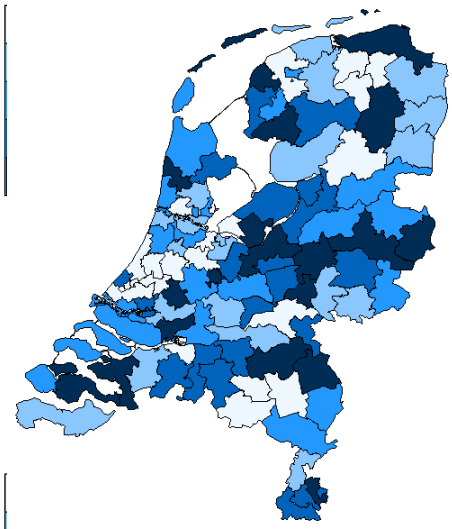
De uitkomst van deze indicator zoals getoond in figuur 11 laat een consistent beeld zien ten aanzien van regio's die hoog of laag op de indicator scoren. De indicator laat een grote absolute stijging in de ligduur ZZP C zien tussen 2009 en 2010. Daarnaast is het gemiddeld aantal verblijfsdagen in 2009 en 2010 significant hoger in stad Utrecht. Dit kan het effect zijn van het groter aantal mensen dat in zorg is (zie indicator 1). Als dit specifiek aan de inzet van FACT gekoppeld is, dan zou dit patroon ook zichtbaar moeten zijn bij de andere voorloopregio's. Dat is echter niet het geval, mogelijk hangt dit samen met een verschil in mate van uitstroom tussen regio's.

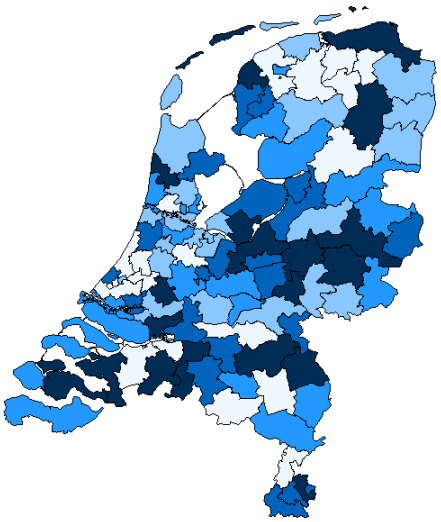
Interessant is het om in dit verband na te gaan wat de reden voor uitstroom is van cliënten met een ZZP C, als deze voor de FACT regio's verschilt dan is dit een mogelijke verklaring voor de verschillende score's van de regio's. Dit kan ook met inzet van ondersteunende begeleiding (OB) vanuit de RIBW samenhangen. De achterhoede regio loopt in 2010 uit op het gemiddelde in Nederland.

Gemiddeld totaal aantal verblijfsdagen per EPA cliënt per jaar.

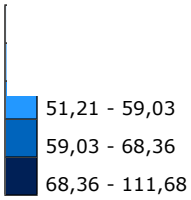
Een optelling van de drie voorgaande indicatoren leidt tot het onderstaande totaalbeeld.

Legenda 2009:





Legenda 2010:



Figuur 12. Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar totaal, , 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,67 (2009) en 2,75 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	50,51	1,90	0	-13,23	-1
FACT achterhoede	63,74	15,13	1		
Stad FACT voorloper	61,77	13,16	1	11,09	1
Stad ACT (geen FACT)	50,68	2,07	0		
Overig	46,33	-2,29	-1		
Landelijk totaal	**48,62**				

Tabel 17 Samenvatting uitkomsten indicator 2A totaal (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	58,90	0,36	0	-15,89	-1
FACT achterhoede	74,79	16,25	1		
Stad FACT voorloper	64,59	6,06	1	-0,11	0
Stad ACT (geen FACT)	64,70	6,16	1		
Overig	56,39	-2,15	-1		
Landelijk totaal	**58,54**				

Tabel 18. Samenvatting uitkomsten indicator 2A totaal (2010)

Interpretatie indicator 2A totaal
De landkaarten laten een spreiding zien in het gemiddeld aantal verblijfsdagen met een factor die voor het 5e en het 95ste percentiel in 2009 2,67 is en in 2010 2,75. De uitsplitsing in de typen zorg verschaft meer duidelijkheid over de oorzaken hiervan. Regio's met een groot aantal verblijfsdagen in 2009, scoren ook in 2010 hoger.

De hypothese dat FACT zorg tot een geringere inzet van klinische zorg leidt, is op basis van de tabel niet direct te onderschrijven. De conclusie van deze indicator is dat het wel waarschijnlijk is dat er minder wordt behandeld 'op een bed', maar dat FACT binnen de huidige context (nog) niet bijdraagt aan een reductie van de totale klinische capaciteit. Om na te gaan in hoeverre er daarnaast sprake is van een 'aanbod effect' is het interessant om voor de regio het aantal bedden per 100.000 verzekerden in kaart te brengen. Een vraag die van belang is, is of de inzet van FACT alleen moet leiden tot een 'verschuiving' van klinische zorg van de GGZ aanbieder naar beschermde of begeleide woonvormen, of ook een absolute toename van deze laatste zorgvorm.

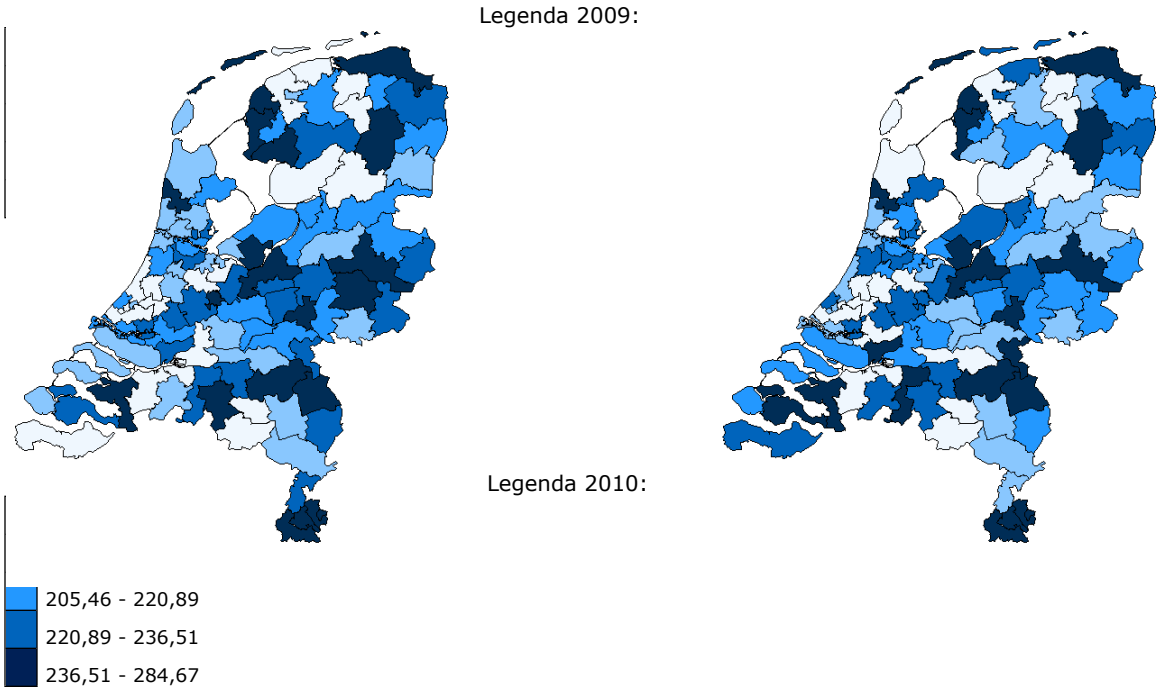
Een bijkomende constatering is dat er regionaal verschillende aanbieders actief zijn met tegengestelde ontwikkelingen. Een aanbieder realiseert mogelijk een reductie van de ligduur (en kan bedden afbouwen), maar een ander kan een erkenning krijgen voor nieuwe bedden voor bijvoorbeeld specialistische groepen. Per saldo lijkt er dan weinig te veranderen.

De FACT voorlopers scoren wel significant lager dan de regio's die zijn ingedeeld in de achterhoede, maar weer niet significant anders dan de rest van Nederland. Dit kan natuurlijk komen doordat in de grote groep regio's die 'de rest van Nederland' vormen ook regio's zijn die FACT toepassen, maar dit bijvoorbeeld korter doen en daarom niet in de voorloopgroep zijn opgenomen.

In de twee stedelijke gebieden scoorde Utrecht in 2009 significant hoger dan het Nederlandse gemiddelde en hoger dan Den Haag. In 2010 is dit verschil met Den Haag verdwenen.

Voor reductie van de inzet van klinische zorg is het essentieel dat de verschillende organisaties (of organisatieonderdelen) van de GGZ aanbieders samenwerken en doorstroom genereren. In dit onderzoek is vooral een stijging ten aanzien van de indicatiestelling ZZP C geconstateerd.

2 B Gemiddeld aantal verblijfsdagen per EPA cliënt met klinische zorg per jaar.



Figuur 13 Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar totaal, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,67 (2009) en 1,53 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	202,11	12,78	1	-4,29	0
FACT achterhoede	206,40	17,08	1		
Stad FACT voorloper	217,97	28,65	1	30,09	1
Stad ACT (geen FACT)	187,88	-1,44	0		
Overig	184,78	-4,55	-1		
Landelijk totaal	**189,33**				

Tabel 19 Samenvatting indicator 2B Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar (2009).

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	227,22	6,21	0	-7,43	0
FACT achterhoede	234,65	13,63	1		
Stad FACT voorloper	234,44	13,43	1	5,97	0
Stad ACT (geen FACT)	228,47	7,46	0		
Overig	217,77	-3,25	0		
Landelijk totaal	**221,02**				

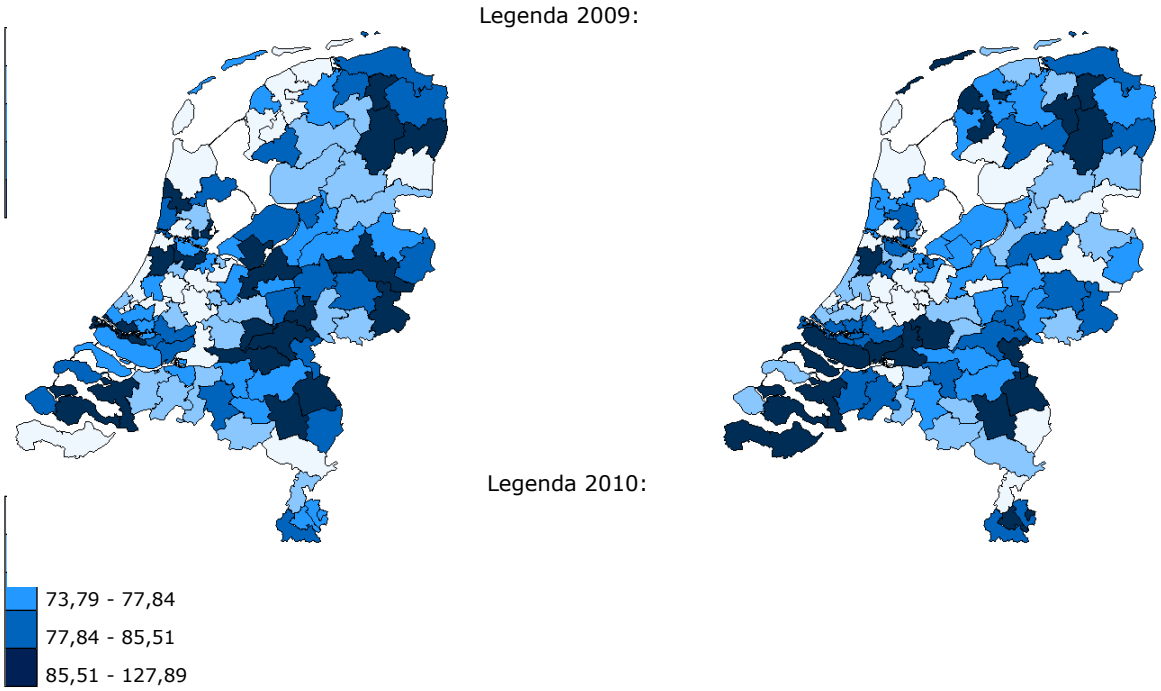
Tabel 20.Samenvatting indicator 2B Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar (2010).

Interpretatie score indicator 2B globaal
Tabel 20 laat zien dat de FACT voorloper regio's ten opzichte van de achterhoede in 2009 en 2010 een gemiddeld kortere opnameduur hebben, maar dat dat dit verschil niet significant is. De opnameduur is bovendien gemiddeld langer dan in de rest van Nederland. In de onderstaande uitsplitsing van de indicator naar het type zorg wordt daar een nadere verklaring voor gegeven.

Voor de FACT stadsregio geldt dat de totale gemiddelde opnameduur in 2009 signifiant hoger ligt ten opzichte van de ACT (niet FACT) regio en ook het landelijk gemiddelde. Dit wordt verkaard door het hogere aandeel ZZP C cliënten.

Op de volgende pagina's wordt het onderliggende patroon verder toegelicht, daarin zijn wel effecten van FACT te ontdekken.

Verblijfsdagen en Zvw



Figuur 14 Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar Zvw, 2009(L) en 2010(R). Op basis van de mediane waarde voor de DBC (zie bijlage 1)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,57 (2009) en 1,50 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	82,15	-0,99	0	-10,49	-1
FACT achterhoede	92,64	9,51	1		
Stad FACT voorloper	77,96	-5,18	0	4,37	0
Stad ACT (geen FACT)	73,59	-9,55	-1		
Overig	82,88	-0,26	0		
Landelijk totaal	**83,14**				

Tabel 21 Samenvatting indicator 2B verblijfsdagen per cliënt met Zvw (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	77,07	-0,37	0	0,53	0
FACT achterhoede	76,53	-0,90	0		
Stad FACT voorloper	66,30	-11,14	-1	0,13	0
Stad ACT (geen FACT)	66,17	-11,26	-1		
Overig	78,53	1,09	0		
Landelijk totaal	**77,44**				

Tabel 22 Samenvatting indicator 2B verblijfsdagen per cliënt met Zvw (2010)

Interpretatie indicator 2B verblijfsdagen Zvw

Een beoogd effect van de inzet van FACT is een reductie van het aantal opnames en de duur van de opname.

Dit effect zou het meest zichtbaar moeten zijn bij de opnames die onder de Zvw zorg vallen. De hypothese is daarbij dat dit resulteert in een gemiddeld lager aantal verblijfsdagen per cliënt. Dit FACT-effect is alleen zichtbaar voor de niet stedelijke regio's in 2009. In 2010 is er geen significant verschil meer tussen de FACT voorlopers en de achterhoede.

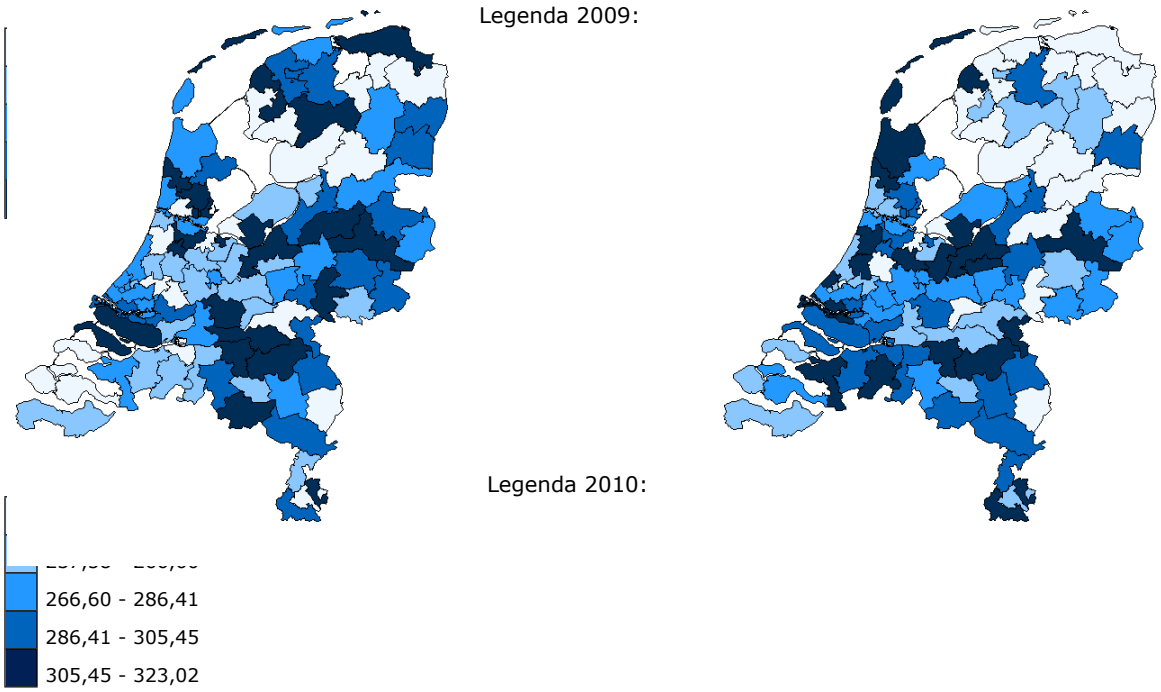
Zowel in 2009 als 2010 ligt de gemiddelde verblijfsduur in beide stedelijke gebieden onder het landelijk gemiddelde, maar ten opzichte van elkaar verschillen deze gebieden niet. Zowel FACT als ACT resulteren dus in minder Zvw verblijfsdagen per cliënt. Elders in het land is er dus nog veel verbeterpotentieel.

Om het beeld ten aanzien van FACT beter te kunnen duiden en begrijpen, moeten in ieder geval de volgende punten worden overwogen:

Wellicht dat deze overeenkomst ook wordt veroorzaakt doordat er in Den Haag al wel langer ervaring is met ACT teams. De toegevoegde waarde van FACT ten opzichte van ACT is op dit gebied dan wellicht beperkt.

Het is ook mogelijk dat de hypothese dat de FACT werkwijze een (extra) opnameverkortend effect heeft, niet het best is uit te drukken in de gemiddelde verblijfsduur per cliënt. Als de korte opnames worden voorkomen door de inzet van FACT, zonder ook de overige opnameduur te reduceren, dan stijgt de gemiddelde verblijfsduur juist. Voor een verdieping is een categorisering binnen de verblijfsduur wenselijk, bijvoorbeeld minder dan 5 dagen, 5 dagen tot 2 weken, 2 weken tot 4 weken en langer dan 4 weken.

Verblijfsdagen en ZZP B



Figuur 15 Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar ZZP B, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,70 (2009) en 1,65 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	296,23	18,74	1	-1,58	0
FACT achterhoede	297,81	20,32	1		
Stad FACT voorloper	266,52	-10,97	0	1,39	0
Stad ACT (geen FACT)	265,12	-12,37	0		
Overig	272,83	-4,66	0		
Landelijk totaal	**277,49**				

Tabel 23 Samenvatting indicator 2B Gemiddeld aantal verblijfsdagen voor cliënten met een ZZP B (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil	Significant	FACT	Significant

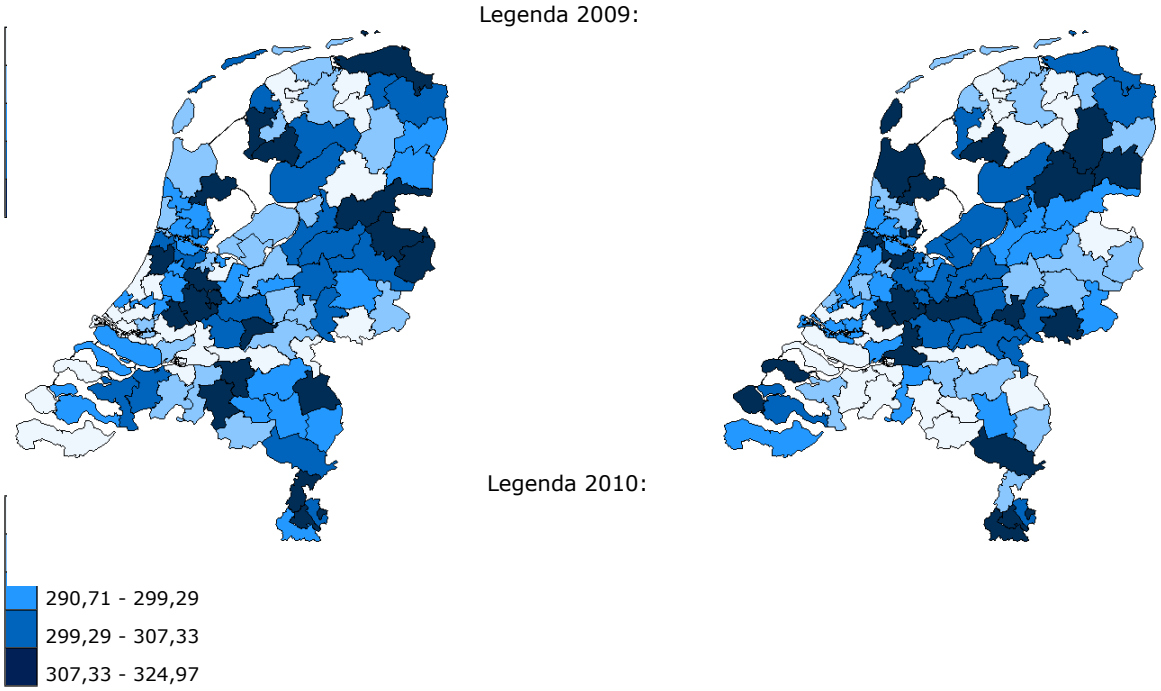
NL					
FACT voorlopers	299,76	10,43	0	-1,79	0
FACT achterhoede	301,55	12,21	1		
Stad FACT voorloper	286,41	-2,92	0	-25,36	0
Stad ACT (geen FACT)	311,78	22,44	1		
Overig	284,89	-4,44	0		
Landelijk totaal	**289,34**				

Tabel 24 Samenvatting indicator 2B Gemiddeld aantal verblijfsdagen voor cliënten met een ZZP B (2010)

Interpretatie ZZP B score indicator 2B
De vergelijking tussen de FACT regio's onderling levert bij deze indicator geen significante verschillen op. Ten opzichte van de landelijk gemiddelde score is zichbaar dat de niet stedelijke regio's in 2009 beiden significant hoger scoren, maar dat dit in 2010 voor de FACT regio's niet meer het geval is. Den Haag scoort dan wel significant hoger.

De niet FACT regio's laten dus wel een beduidend hogere groei zien ten aanzien van de gemiddelde opnameduur per cliënt.

Verblijfsdagen en ZZP C



Figuur 16 Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt met klinische zorg per jaar ZZP C, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,26 (2009) en 1,25 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	283,79	4,82	0	7,64	0
FACT achterhoede	276,15	-2,81	0		
Stad FACT voorloper	300,12	21,15	1	20,62	1
Stad ACT (geen FACT)	279,49	0,53	0		
Overig	277,30	-1,67	0		
Landelijk totaal	**278,97**				

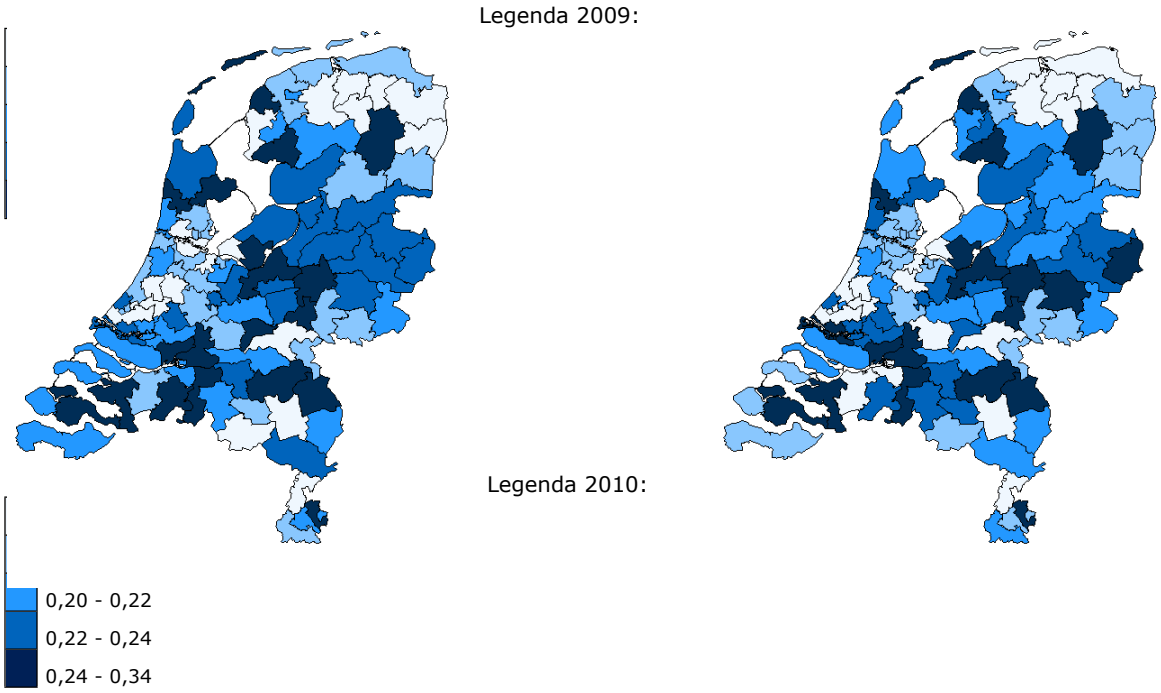
Tabel 25 Samenvatting indicator 2C Gemiddelde verblijfsduur voor cliënten met een ZZP C (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	303,16	7,15	0	2,22	0
FACT achterhoede	300,94	4,93	0		
Stad FACT voorloper	306,14	10,13	0	20,09	1
Stad ACT (geen FACT)	286,05	-9,96	0		
Overig	294,71	-1,30	0		
Landelijk totaal	**296,01**				

Tabel 26 Samenvatting indicator 2C Gemiddelde verblijfsduur voor cliënten met een ZZP C (2010)

Interpretatie ZZP C score indicator 2C
In Tabel 26 is zichtbaar dat Utrecht als enige significant afwijkt, in 2009 ten opzichte van zowel Den Haag als het landelijk gemiddelde, en in 2010 alleen ten opzichte van Den Haag. De gemiddelde verblijfsduur in beschermde of begeleidende woonvormen wordt momenteel waarschijnlijk door andere factoren beïnvloed, dan het al of niet aanwezig zijn van een FACT team. De hoeveelheid aanwezige voorzieningen is het de meest logische verklarende variabele, eenmaal gerealiseerde bedden worden sowieso gevuld. Voor een daling van de gemiddelde verblijfsduur voor deze groep cliënten is doorstroom binnen de RIBW voorzieningen noodzakelijk.

2 C Percentage EPA cliënten met een klinische opname
De volgende indicatoren bieden inzicht in het percentage opgenomen cliënten van de voor dit onderzoek gedefinieerde EPA doelgroep. Wederom bevat de eerste indicator het totaalbeeld en wordt de uitkomst daarna opgesplitst.



Figuur 17 Percentage cliënten met een klinische opname totaal, 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,85 (2009) en 2,03 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,21	-0,01	0	-0,06	-1
FACT achterhoede	0,26	0,05	1		
Stad FACT voorloper	0,24	0,03	1	0,01	0
Stad ACT (geen FACT)	0,23	0,02	1		
Overig	0,21	-0,01	-1		
Landelijk totaal	**0,21**				

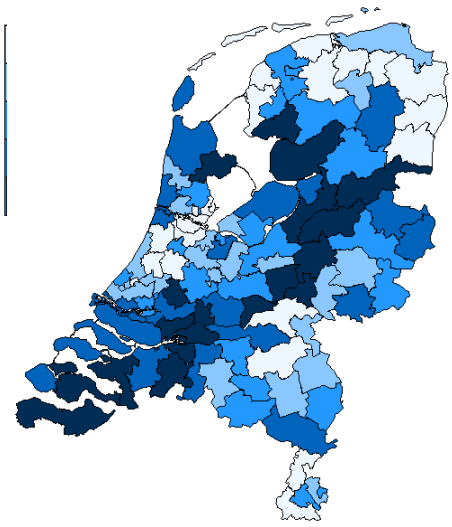
Tabel 27 Samenvatting indicator 2C Percentage cliënten met een klinische opname(2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,20	-0,01	0	-0,06	-1
FACT achterhoede	0,26	0,05	1		
Stad FACT voorloper	0,23	0,02	1	0,00	0
Stad ACT (geen FACT)	0,23	0,02	1		
Overig	0,21	-0,01	-1		
Landelijk totaal	**0,21**				

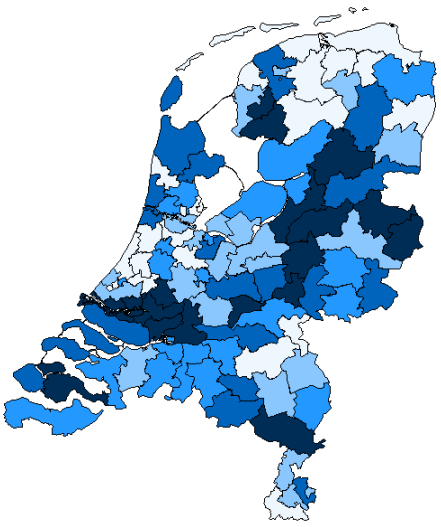
Tabel 28 Samenvatting indicator 2C Percentage cliënten met een klinische opname (2010)

Interpretatie score indicator 2C globaal
De uitkomst van de indicator op totaal niveau laat zien dat de FACT voorloopregio's zowel in 2009 als in 2010 een significant lager deel van de totale populatie in klinische zorg hadden, ten opzichte van de achterhoede regio's. In het stedelijk gebied is dit effect niet te zien.

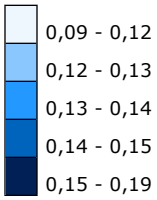
Percentage klinisch behandelde EPA cliënten en Zvw



Legenda 2009:



Legenda 2010:



Figuur 18 Percentage cliënten met een klinische opname Zvw, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,55 (2009) en 1,60 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,15	-0,01	-1	-0,03	-1
FACT achterhoede	0,18	0,02	1		
Stad FACT voorloper	0,15	-0,01	0	-0,01	0
Stad ACT (geen FACT)	0,17	0,00	0		
Overig	0,16	0,00	0		
Landelijk totaal	**0,16**				

Tabel 29 Samenvatting indicator 2C percentage cliënten met een klinische opname Zvw (2009)

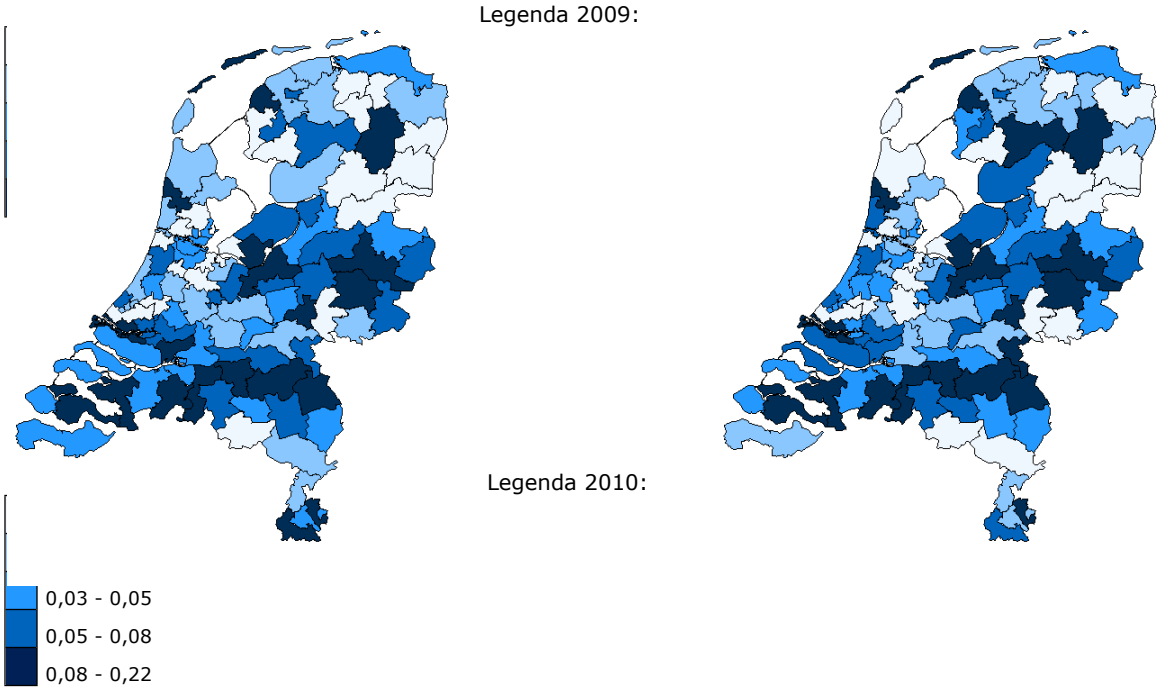
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,13	-0,01	-1	-0,02	-1
FACT achterhoede	0,15	0,01	1		
Stad FACT voorloper	0,13	0,00	0	0,00	0
Stad ACT (geen FACT)	0,13	-0,01	0		
Overig	0,14	0,00	0		
Landelijk totaal	**0,14**				

Tabel 30 Samenvatting indicator 2C percentage cliënten met een klinische opname Zvw (2010)

Interpretatie Zvw score indicator 2C

Het patroon dat in de voorgaande tabel zichtbaar is, komt overeen met de score op het totaal niveau: een voorzichtige conclusie kan worden getrokken dat het in de FACT voorloperregio's lukt om minder mensen klinisch te behandelen. In 2010 zijn de verschillen tussen de regio's iets afgenomen.

Percentage klinisch behandelde EPA cliënten en ZZP B



Figuur 19 Percentage cliënten met een klinische opname ZZP B, , 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 16,39 (2009) en 13,95 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,05	0,00	0	-0,03	-1
FACT achterhoede	0,08	0,03	1		
Stad FACT voorloper	0,04	0,00	0	-0,01	0
Stad ACT (geen FACT)	0,05	0,01	0		
Overig	0,04	0,00	-1		
Landelijk totaal	**0,05**				

Tabel 31 Samenvatting uitkomst indicator 2C percentage cliënten met ZZP B (2009)

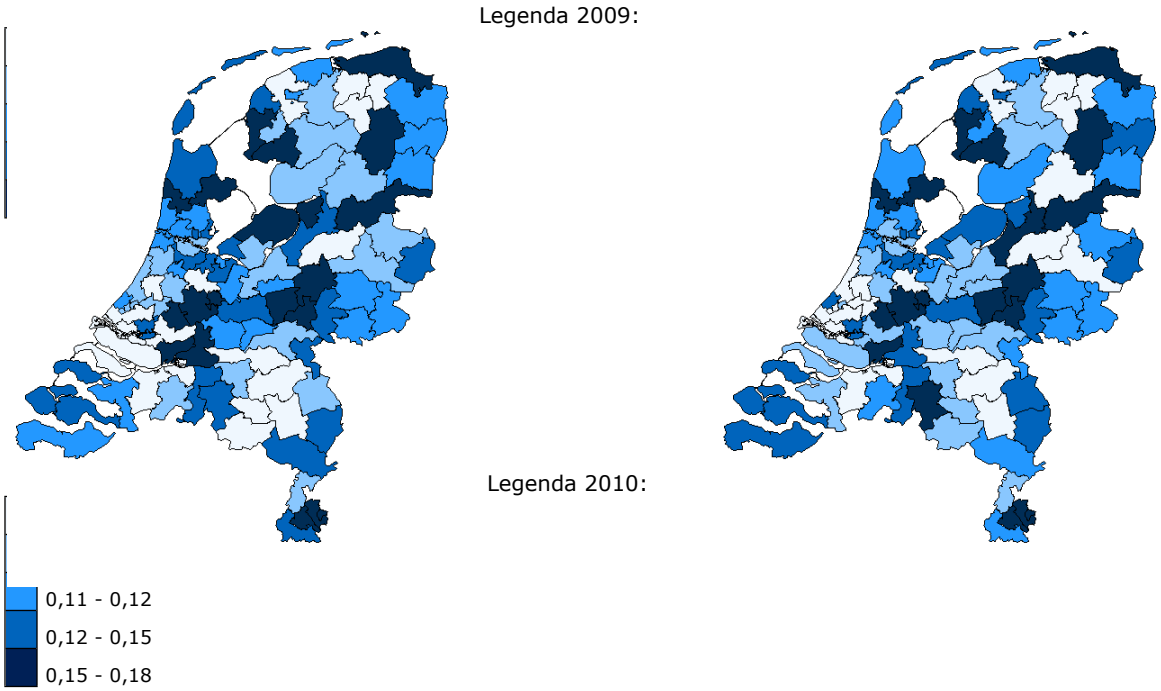
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant

FACT voorlopers	0,05	0,00	0	-0,04	-1
FACT achterhoede	0,09	0,04	1		
Stad FACT voorloper	0,04	-0,02	-1	-0,03	-1
Stad ACT (geen FACT)	0,07	0,01	1		
Overig	0,05	0,00	-1		
Landelijk totaal	**0,06**				

Tabel 32 Samenvatting uitkomst indicator 2C percentage cliënten met ZZP B (2010)

Interpretatie indicator 2C percentage cliënten met ZZP B
De uitkomst van indicator 2A toonde aan dat de gemiddelde opnameduur ZZP B - gemeten over alle cliënten – lager is in FACT regio's. Vervolgens zagen wij bij indicator 2B dat cliënten met een ZZP B niet wezenlijk korter opgenomen zijn in de FACT regio's. Bijvoorbeeld omdat dit zwaardere behandeling betreft. Hier zien wij dus dat het percentage cliënten met een ZZP B indicatie significant lager is in de beide FACT voorloper regio's ten opzichte van de niet FACT regio's. FACT zorg helpt dus bij het mogelijk maken van een reductie van ZZP B bedden, maar heeft weinig invloed op de feitelijke verblijfsduur aldaar. Dit kan een logisch gevolg zijn van bijvoorbeeld een organisatorische splitsing. Als het principe dat de ambulante behandelaar de regievoerder in van de zorg blijft -ook gedurende een klinische opname- verder wordt doorgevoerd, dan is hier wellicht meer winst te behalen.

Percentage klinisch behandelde EPA cliënten en ZZP C



Figuur 20 Percentage cliënten met een klinische opname ZZP C, 2009(L) en 2010(R)
De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,93 (2009) en 3,09 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,09	0,01	0	0,00	0
FACT achterhoede	0,10	0,01	1		
Stad FACT voorloper	0,14	0,05	1	0,04	1
Stad ACT (geen FACT)	0,09	0,01	0		
Overig	0,08	0,00	-1		
Landelijk totaal	**0,09**				

Tabel 33 Samenvatting uitkomst indicator 2C percentage cliënten met ZZP C (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,12	0,00	0	-0,01	0
FACT achterhoede	0,13	0,01	1		
Stad FACT voorloper	0,15	0,04	1	0,02	1
Stad ACT (geen FACT)	0,13	0,02	1		
Overig	0,11	0,00	0		
Landelijk totaal	**0,11**				

Tabel 34 Samenvatting uitkomst indicator 2C percentage cliënten met ZZP C (2010)

Interpretatie indicator 2C percentage cliënten met ZZP C
Deze indicator laat vooral zien dat er in Utrecht een significant groter deel van de populatie in beschermde of begeleide woonvormen (ZZP C) woont. Er is geen specifieke relatie gevonden tussen wel of niet FACT. De voorgaande indicatoren lieten ook al zien dat het gemiddeld aantal verblijfsdagen in de regio Utrecht relatief hoog is. Er wordt daar over het geheel genomen dus gebruik gemaakt van een intensiever aanbod.

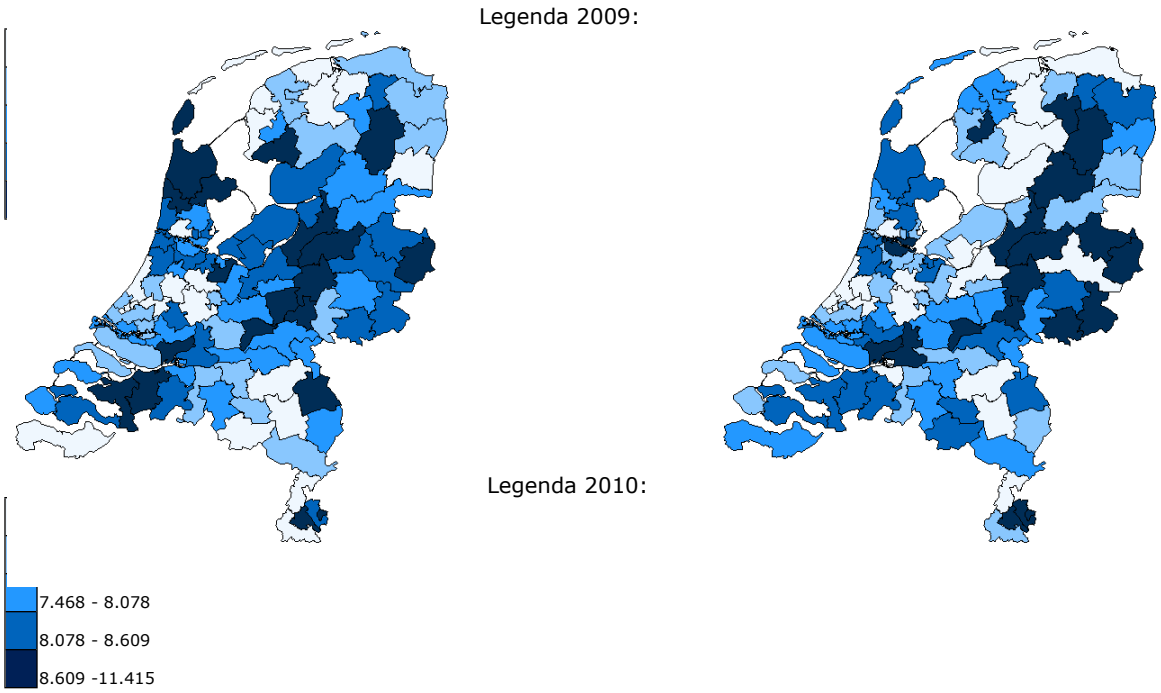
Interpretatie indicator 2C tot slot
Deze indicator biedt aanwijzingen dat het in de regio's met FACT zorg beter lukt op cliënten minder op te nemen voor wat betreft de korter durende opnames (Zvw) en de langerdurende opnames (ZZP B). Het effect in de stedelijke regio's verschilt wel met die van de niet stedelijke regio's, ten aanzien van Zvw opnames is daar geen significant verschil. Op totaal niveau is het FACT effect voor het stedelijk gebied niet te zien, omdat de lagere score voor ZZP B daar teniet wordt gedaan door het hoger percentage cliënten met een ZZP C indicatie. Het kan zijn dat dit een wenselijke uitbreiding van de benodigde ZZP C capaciteit betreft, maar het kan ook zijn dat hier sprake is van een 'verstoppingseffect' door gebrek aan uitstroom vanuit begeleid wonen. Hypothese 5 geeft verder inzicht in de effecten van FACT op langdurig klinisch verblijf en beschermde of begeleide woonvormen.

4.1.3. Hypothese 3: inzet van FACT leidt tot lagere totale kosten voor de GGZ.

De verwachting is dat inzet van FACT leidt tot betere zorguitkomsten, en daarmee tot lagere kosten ten aanzien van de GGZ. De intensievere ambulante zorg betaalt zich zowel terug in gezondheidswinst als in minder inzet van relatief dure klinische capaciteit.

3 A Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt: gemiddelde ZWV kosten per cliënt

De onderstaande indicator is gebaseerd op de standaard DBC tarieven en niet op de gedeclareerde schadelast. Het gaat hier dus om de Zvw kosten zonder dat verrekenpercentages zijn toegepast en ook zonder opbrengstverrekening.
Er heeft dus geen correctie plaats gevonden voor eventuele over of onderproductie ten opzichte van het gebudgetteerde maximum per instelling. Deze benadering geeft een goed inzicht in de inspanningen van de GGZ aanbieders, maar een minder precies beeld ten aanzien van de uiteindelijke schadelast voor de verzekeraars. Zoals eerder vermeld zijn de kosten voor 2010 lager omdat nog niet alle declaraties voor dit jaar in de bestanden zijn verwerkt.



Figuur 21 Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde ZWV kosten per cliënt totaal, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,47 (2009) en 1,49 (2010)

2009

Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	10.162,95	419	0	-747,36	0
FACT achterhoede	10.910,31	1.166	1		
Stad FACT voorloper	9.365,24	-379	0	283,11	0
Stad ACT (geen FACT)	9.082,13	-662	-1		
Overig	9.635,50	-109	0		
Landelijk totaal	**9.744,25**				

Tabel 35 Samenvatting indicator 3A: Zvw kosten per cliënt (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	8.271,90	387	0	363,55	0
FACT achterhoede	7.908,35	24	0		
Stad FACT voorloper	7.302,51	-582	-1	499,92	0
Stad ACT (geen FACT)[16]	6.802,58	-1.082	-1		
Overig	7.917,88	33	0		
Landelijk totaal	**7.884,59**				

Tabel 36 Samenvatting indicator 3A: Zvw GGZ kosten per cliënt (2010)

Interpretatie indicator 3A

De Zvw GGZ kosten lijken in de FACT regio's in 2009 en 2010 zijn niet lager te zijn. In 2009 is daar voor wat betreft de FACT voorlopers wel een aanwijzing, in 2010 is dit mogelijke effect niet meer zichtbaar. Overigens kan het in Tabel 36 getoonde kostenverschil voor de stedelijke regio's worden verklaard op basis van administratieve gronden. Voor deze regio zijn voor een substantieel deel van de verzekerden geen data aangeleverd (zie ook bijlage 1). De werkelijke kosten liggen in deze regio hoger. Sowieso is het van belang om de conclusies ten aanzien van de kosten omzichtig te benaderen in verband met gewenningsperiode ten aanzien van de DBC's in 2009 en (in mindere mate) 2010.

Het is opvallend dat de bij indicator 2A en 2B geconstateerde significantie ligduurreductie niet resulteert in lagere Zvw kosten. Mogelijk wordt er dusdanig intensieve ambulante zorg geboden, dat dit wordt gecompenseerd. Bovendien kunnen regionale afspraken over overheveling van budgetten van AWBZ naar Zvw hier ook een rol spelen; deze leiden immers tot hogere Zvw uitgaven. Tenslotte is het er op te wijzen dat de hier gerapporteerde kosten nog 'theoretisch' zijn, omdat er immers op dit moment nog met budgettaire kaders wordt gewerkt. Deze kaders zijn in FACT voorloper regio's *lager* dan in achterhoede regio's (zie uitkomst bij indicator 4 GGZ kosten). Essentieel dus om bij de komende transitie erop te letten dat de huidige lagere budgetten niet verdwijnen

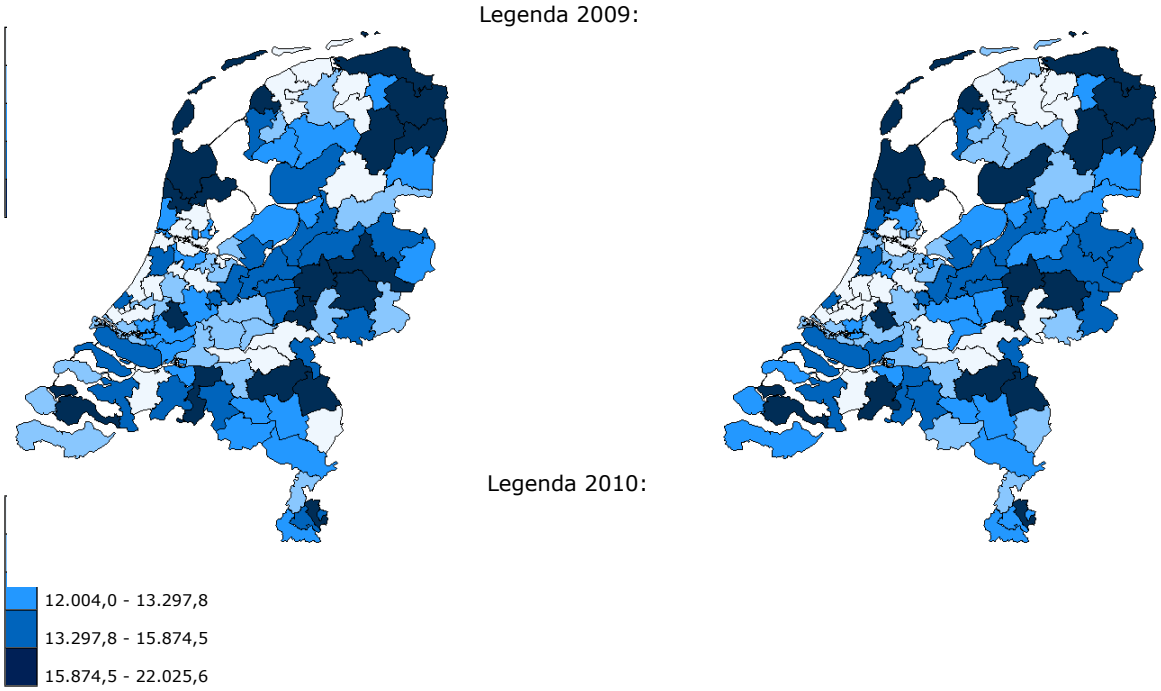
[16] *Onvolledige aanlevering van informatie voor deze regio en een onderschatting van kosten*

3 B Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt

De onderstaande drie indicatoren geven aan wat de gemiddelde AWBZ kosten per cliënt zijn voor de verschillende regio's. Om het onderscheid tussen de woon en zorgcomponent inzichtelijk te maken zijn deze kosten gesplitst. Daarom zijn hier drie indicatoren uitgewerkt:

1 De totale gemiddelde AWBZ kosten
2 De gemiddelde AWBZ kosten voor wat betreft de wooncomponent
3 De gemiddelde AWBZ kosten voor wat betreft de zorgcomponent

De uitkomst van deze indicator wordt gecombineerd geïnterpreteerd



Figuur 22 Gemiddelde AWBZ kosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,33 (2009) en 2,16 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	13.354,44	1.594,48	1	-410,69	0
FACT achterhoede	13.765,12	2.005,17	1		

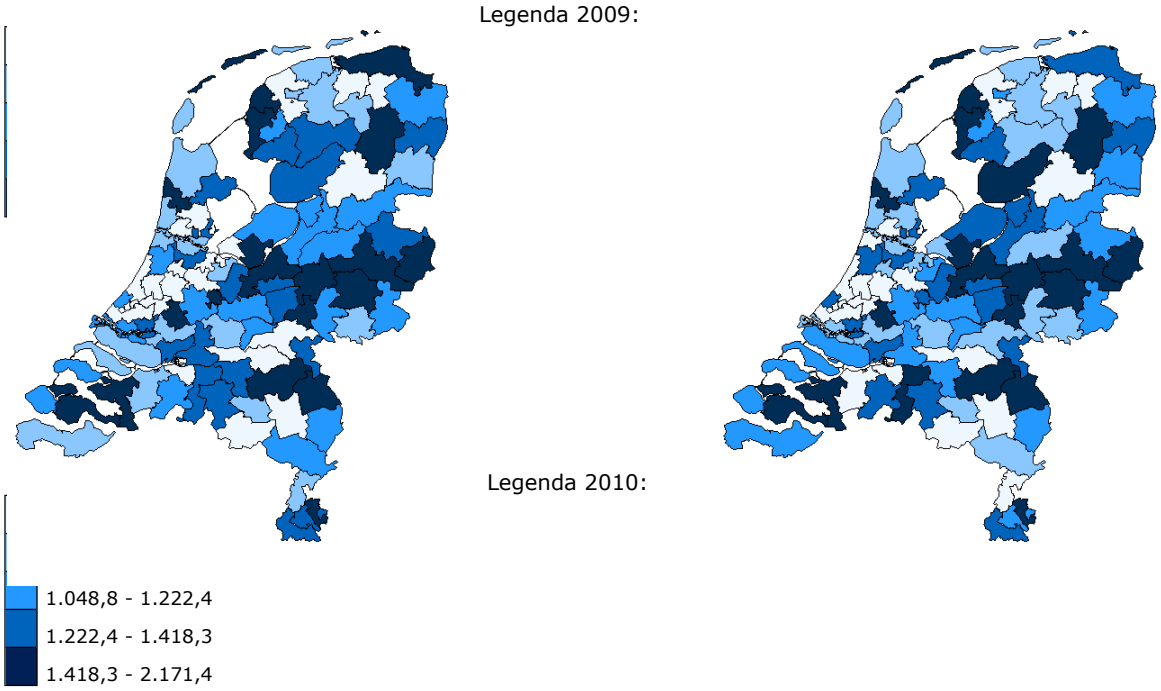
Stad FACT voorloper	12.877,31	1.117,36	1	577,71	0
Stad ACT (geen FACT)	12.299,61	539,65	0		
Overig	11.331,24	-428,71	-1		
Landelijk totaal	**11.759,95**				

Tabel 37 Samenvatting indicator 3B: AWBZ kosten per cliënt (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	14.708,52	1.783,70	1	-202,63	0
FACT achterhoede	14.911,15	1.986,33	1		
Stad FACT voorloper	13.473,38	548,56	0	55,91	0
Stad ACT (geen FACT)	13.417,47	492,65	0		
Overig	12.503,21	-421,61	-1		
Landelijk totaal	**12.924,82**				

Tabel 38 Samenvatting indicator 3B: AWBZ kosten per cliënt (2010)

Gemiddelde AWBZ kosten per EPA cliënt: wooncomponent



Figuur 23 Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt wooncomponent, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,85 (2009) en 2,66 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant

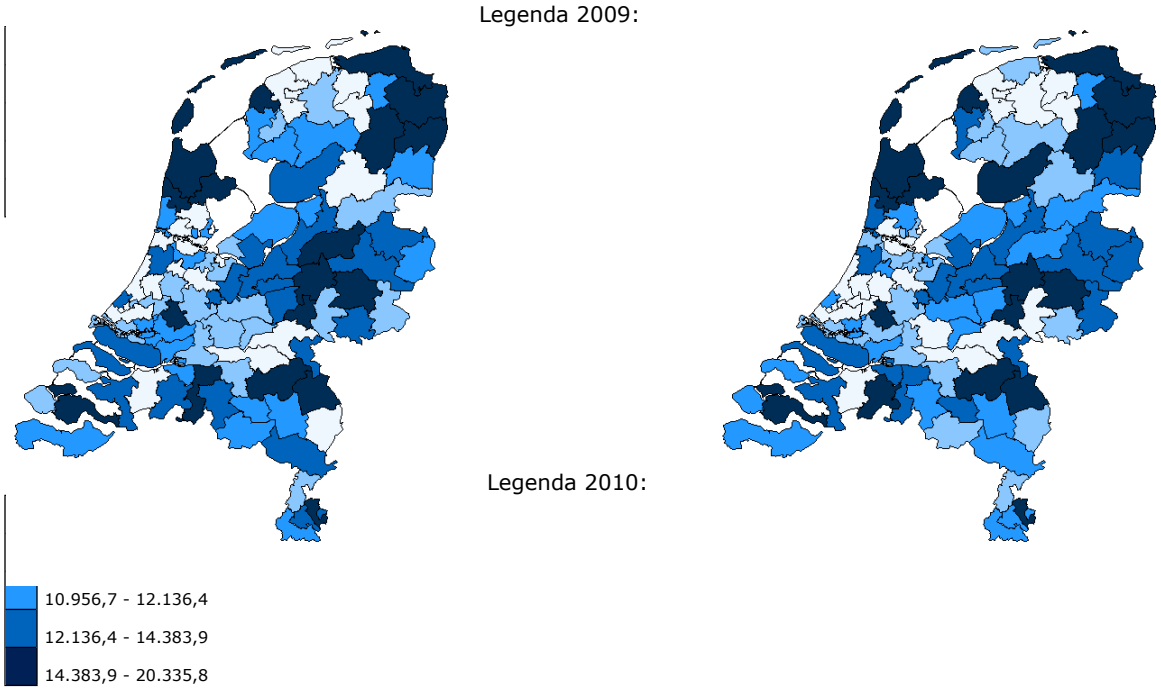
FACT voorlopers	883,83	31,80	0	-254,14	-1
FACT achterhoede	1.137,97	285,94	1		
Stad FACT voorloper	1.103,64	251,61	1	227,55	1
Stad ACT (geen FACT)	876,09	24,06	0		
Overig	809,81	-42,22	-1		
Landelijk totaal	**852,03**				

Tabel 39 Samenvatting indicator 3B: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt, wooncomponent(2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.143,72	-23,63	0	-374,81	-1
FACT achterhoede	1.518,54	351,18	1		
Stad FACT voorloper	1.244,13	76,78	0	-38,53	0
Stad ACT (geen FACT)	1.282,66	115,31	1		
Overig	1.127,08	-40,28	-1		
Landelijk totaal	**1.167,35**				

Tabel 40 Samenvatting indicator 3B: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt, wooncomponent(2010)

Gemiddelde AWBZ kosten per EPA cliënt: zorgcomponent



Figuur 24 Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt zorgcomponent, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 2,36 (2009) en 2,18 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil	Significant	FACT	Significant

	NL				
FACT voorlopers	12.467,19	1.559,15	1	-156,53	0
FACT achterhoede	12.623,72	1.715,68	1		
Stad FACT voorloper	11.770,70	862,65	1	351,73	0
Stad ACT (geen FACT)	11.418,96	510,92	0		
Overig	10.522,61	-385,44	-1		
Landelijk totaal	**10.908,04**				

Tabel 41 Samenvatting indicator 3B: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt, zorgcomponent (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	13.566,13	1.807,80	1	172,79	0
FACT achterhoede	13.393,34	1.635,01	1		
Stad FACT voorloper	12.225,75	467,42	0	89,36	0
Stad ACT (geen FACT)	12.136,39	378,06	0		
Overig	11.377,11	-381,23	-1		
Landelijk totaal	**11.758,33**				

Tabel 42 Samenvatting indicator 3B: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt, zorgcomponent (2010)

Interpretatie indicator 3B

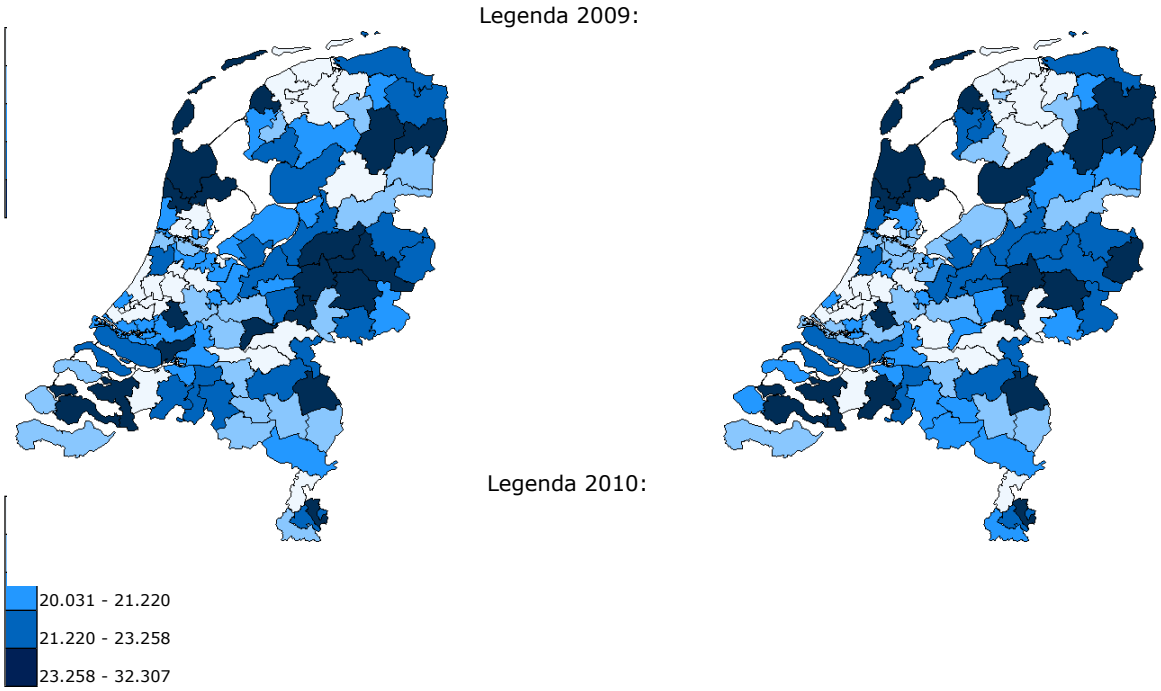
Deze indicator geeft aan dat het kostenniveau ten aanzien van AWBZ alleen verschilt tussen FACT regio's voor de wooncomponent. De voorloopregio's hebben significant minder kosten op dit gebied. Dit vertaalt zich niet in een significant verschil op totaalniveau, maar hier lijken dus wel sterke aanwijzingen voor.

In 2009 hadden zowel Utrecht als ook de twee niet stedelijke regio's hogere kosten dan gemiddeld in Nederland. In 2010 is er geen significant verschil meer tussen Utrecht en de rest van Nederland.

Ten aanzien van de AWBZ is het dus niet zichtbaar dat de inzet van FACT tot lagere kosten leidt. Dit ligt ook in de lijn der verwachting op basis van de bevindingen bij indicator 2A, 2B en 2C. De toename in zorgconsumptie ZZP C – die de daling in B compenseert - maakt het waarschijnlijk dat de AWBZ kosten hoger liggen.

3 C Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt

De onderstaande indicator combineert de gegevens van 3A en 3B tot een gecombineerde indicator voor de totale zorgkosten.



Figuur 25 Gemiddelde totale GGZ kosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,70 (2009) en 1,72 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	23.530,63	2.023	1	-1.142,55	0
FACT achterhoede	24.673,18	3.166	1		
Stad FACT voorloper	22.250,30	743	0	848,53	0
Stad ACT (geen FACT)	21.401,77	-106	0		
Overig	20.968,71	-539	-1		
Landelijk totaal	**21.507,61**				

Tabel 43 Samenvatting indicator 3C totale GGZ kosten per cliënt (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	23.010,68	2.198	1	187,21	0
FACT achterhoede	22.823,47	2.011	1		
Stad FACT voorloper	20.789,77	-23	0	550,11	0
Stad ACT (geen FACT)	20.239,67	-573	0		
Overig	20.420,62	-392	-1		
Landelijk totaal	**20.812,92**				

Tabel 44 Samenvatting indicator 3C totale GGZ kosten per cliënt (2010)

Interpretatie indicator 3C

Door de combinatie van de gegevens vanuit de Zvw en de AWBZ wordt duidelijk dat de kosten in 2009 significant lager niet zijn in de FACT regio's ten opzichte van de niet FACT regio's. In 2009 is er wel een groot verschil tussen de FACT voorlopers en de achterhoede, maar dit is niet significant.

Ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde is het opvallend dat de niet stedelijke gebieden beide jaren significant duurder zijn dan het gemiddelde in Nederland. Dit betekent dat het kostenniveau maar deels verklaard kan worden door de inzet van FACT. De spreiding van de totale gemiddelde GGZ kosten per cliënt loopt voor 2009 uiteen van €14.461 tot €33.274 per regio. Het is dus zeer de moeite waard om verder na te gaan wat hieraan ten grondslag ligt en hoe deze kosten –al dan niet door inzet van FACT – beïnvloed kunnen worden.

4.1.4. Hypothese 4: Inzet van FACT resulteert in lagere somatische zorgkosten

Naast de GGZ kosten is het interessant om na te gaan hoe de totale zorgkosten in de Zvw uitkomen in regio's met of zonder FACT. Bij de start van dit onderzoek is de hypothese geformuleerd dat deze minder worden. Immers als cliënten eerder in zorg komen en er voldoende aandacht is voor de somatiek in de behandeling, dan kunnen dure escalaties vaker worden voorkomen. Tijdens de eerste bespreking met de expertgroep merkten de deelnemers op dat zij dit effect niet persé zouden verwachten. Hun verwachting was dat er in eerste instantie veel voorheen niet gediagnosticeerde somatische problemen aan het licht komen. Volgends deze redenering kunnen de kosten eerst stijgen. Om dit te achterhalen zijn de onderstaande indicatoren opgenomen.

Een belangrijk verschil tussen de berekening van de vorige indicator en deze indicatoren, is dat de getallen bij indicator 4 zijn gebaseerd op de gedeclareerde kosten. Dit betekent dat hierin de verrekenpercentages voor de instellingen hierin zijn verwerkt.

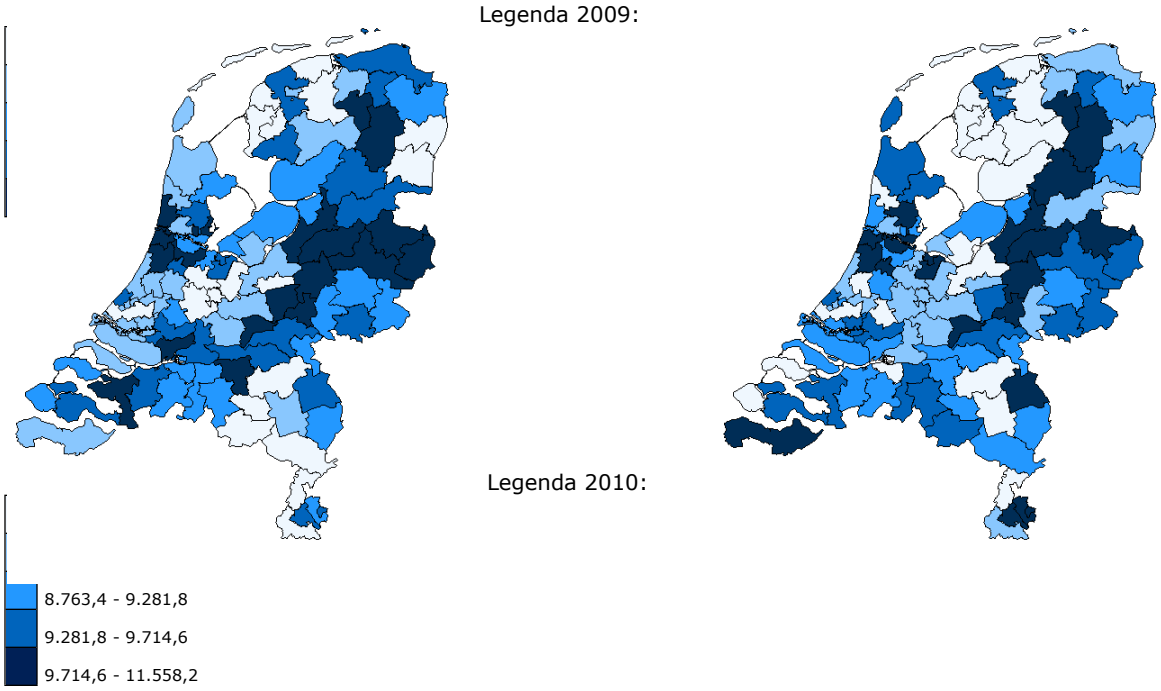
4 Gemiddelde Zvw kosten per EPA cliënt

De onderstaande indicatoren bevatten een overzicht van de totale Zvw zorgkosten. Allereerst op totaal niveau en vervolgens uitgesplitst naar:

1 Ziekenhuiskosten
2 GGZ
3 Huisartsenzorg
4 Farmacie
5 Overig

De uitkomst van de eerste twee sub indicatoren wordt kort na elke tabel toegelicht en aan het eind van deze paragraaf besproken. De indicatoren ten aanzien van de huisartsenzorg, farmacie en overige kosten zijn in de bijlage opgenomen; deze bieden weinig aanvullende inzichten.

Totale Zvw kosten



Figuur 26 Gemiddelde totale Zvw kosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,54 (2009) en 1,44 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	13.081,52	-98,76	0	-1.583,40	-1
FACT achterhoede	14.664,92	1.484,64	1		
Stad FACT voorloper	11.200,06	-1.980,22	-1	-2.569,94	-1
Stad ACT (geen FACT)	13.770,01	589,73	0		
Overig	13.098,17	-82,11	0		
Landelijk totaal	**13.180,28**				

Tabel 45 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde totale Zvw kosten per cliënt(2009) NB kosten inclusief verrekenpercentages

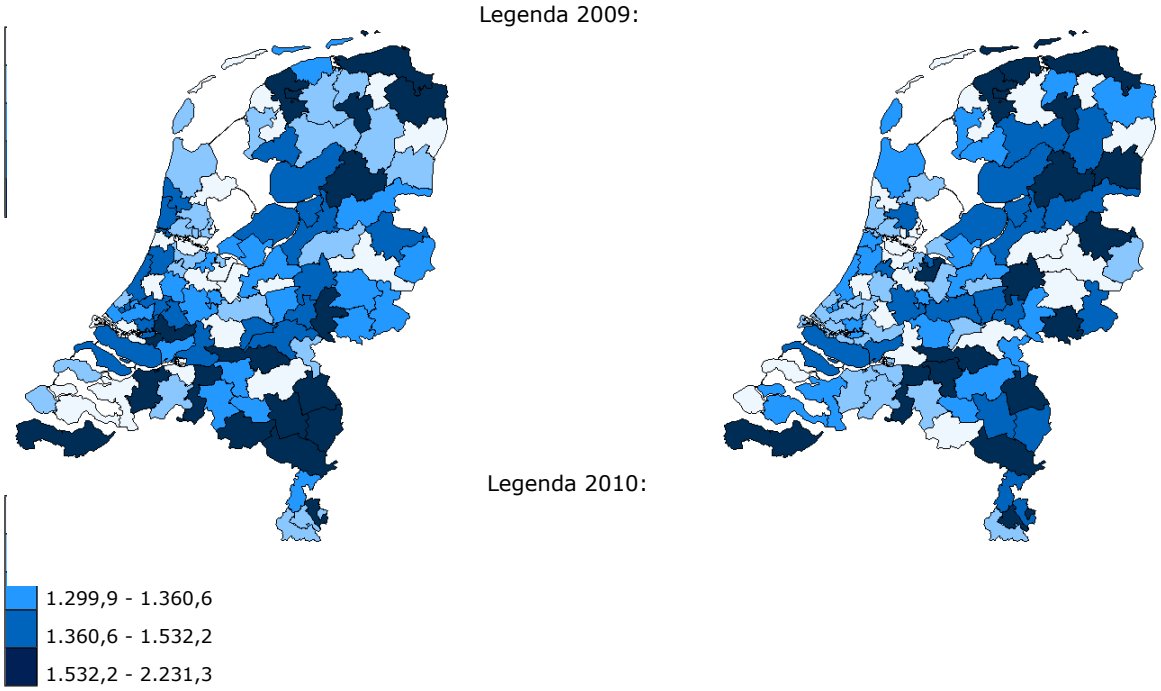
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant

FACT voorlopers	9.375,63	231,50	0	-117,87	0
FACT achterhoede	9.493,50	349,37	0		
Stad FACT voorloper	8.340,84	-803,28	-1	-1.026,86	0
Stad ACT (geen FACT)	9.367,70	223,58	0		
Overig	9.107,79	-36,34	0		
Landelijk totaal	**9.144,13**				

Tabel 46 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde totale Zvw kosten per cliënt(2010) NB kosten inclusief verrekenpercentages

De bovenstaande tabel laat zien dat de voorloperregio's in alle gevallen lagere kosten hebben dan de achterhoede, maar dat dit verschil alleen in 2009 significant is. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde scoort de regio Utrecht wel in beide jaren lager.

Zvw ziekenhuiskosten:



Figuur 27 Gemiddelde Zvw ziekenhuiskosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,65 (2009) en 1,67 (2010)

2009

Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.299,95	-37,86	0	-89,71	0
FACT achterhoede	1.389,66	51,85	0		
Stad FACT voorloper	1.352,83	15,03	0	127,67	0
Stad ACT (geen FACT)	1.225,16	-112,65	0		
Overig	1.341,49	3,68	0		
Landelijk totaal	**1.337,81**				

Tabel 47 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde Zvw ziekenhuiskosten per cliënt(2009)

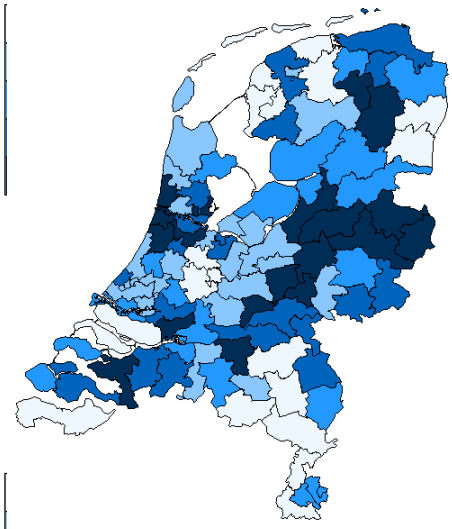
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.217,33	-110,22	0	-171,15	0
FACT achterhoede	1.388,48	60,93	0		
Stad FACT voorloper	1.356,40	28,85	0	138,92	0
Stad ACT (geen FACT)	1.217,47	-110,08	0		
Overig	1.337,10	9,55	0		
Landelijk totaal	**1.327,55**				

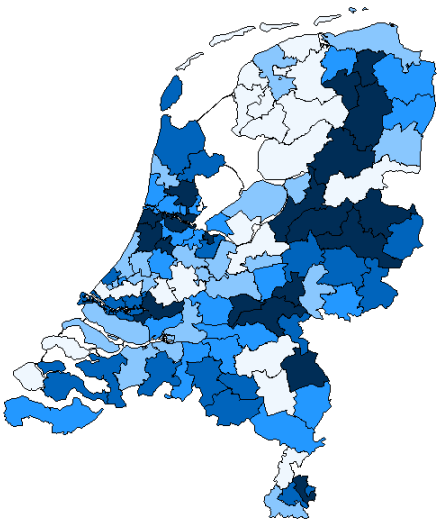
Tabel 48 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde Zvw ziekenhuiskosten per cliënt(2010)

De verschillen in ziekenhuiskosten per cliënt zijn gering en allen niet significant. Dit sluit aan op de verwachtingen van de experts.

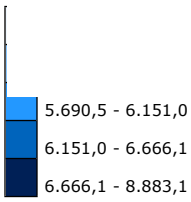
Zvw GGZ:

Legenda 2009:





Legenda 2010:



Figuur 28 Gemiddelde Zvw GGZ-kosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,80 (2009) en 1,91 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	10.242,27	-75,65	0	-1.521,28	-1
FACT achterhoede	11.763,54	1.445,62	1		
Stad FACT voorloper	8.459,69	-1.858,23	-1	-2.668,56	-1
Stad ACT (geen FACT)	11.128,25	810,33	0		
Overig	10.221,70	-96,22	0		
Landelijk totaal	**10.317,92**				

Tabel 49 Tabel 50 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde GGZ-kosten per cliënt (2009) NB kosten inclusief verrekenpercentages

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	6.547,92	330,78	0	13,61	0
FACT achterhoede	6.534,32	317,17	0		
Stad FACT voorloper	5.553,64	-663,51	-1	-1.083,99	-1
Stad ACT (geen FACT)	6.637,63	420,49	0		
Overig	6.158,66	-58,48	0		
Landelijk totaal	**6.217,14**				

Tabel 51 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde GGZ-kosten per cliënt(2010) NB kosten inclusief verrekenpercentages.

De GGZ zorg is in de FACT regio's in 2009 significant goedkoper ten opzichte van die in de niet FACT regio's. Voor 2010 geldt dit nog wel voor Utrecht, maar niet meer voor de andere FACT koploper regio's.

Deze indicator komt overeen met indicator 3A, maar heeft een andere definitie. Deze indicator bevat de kosten inclusief verrekenpercentage, en heeft daardoor een andere uitkomst. De indicator is daarmee dus ook een indicatie voor budgetverschillen tussen regio's. De kosten voor (alle) medicatie worden voor deze indicator apart weergegeven.

4.1.5. Hypothese 5: Inzet van FACT leidt tot minder AWBZ indicatiestelling

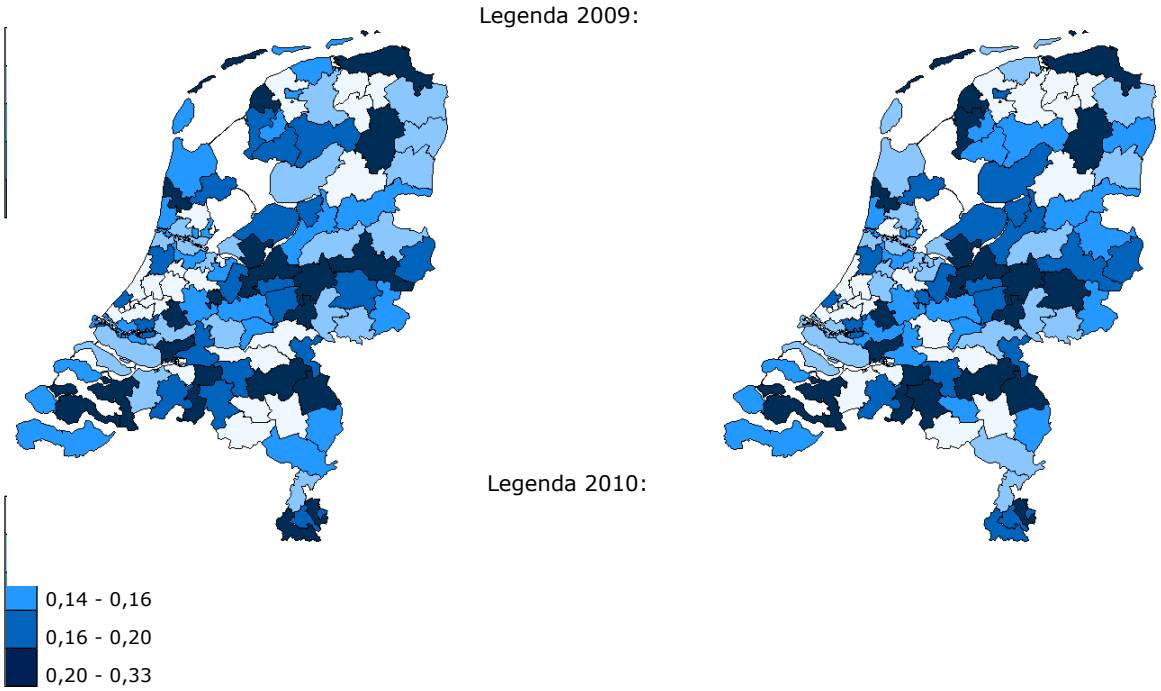
De laatste hypothese die geformuleerd is over de effecten van FACT betreft het gebruik van de AWBZ. De bijbehorende indicator is een variatie op indicator 3C.

Intensieve ambulante begeleiding moet het in principe voor meer mensen mogelijk maken om zelfstandig te wonen, of eerder terug te keren naar hun woonomgeving. Ook lange intramurale opnames kunnen zo worden bekort. Om hierin inzicht te verkrijgen zijn twee indicatoren geformuleerd die hieronder zijn uitgewerkt.

1 De mate waarin cliënten volledig zelfstandig wonen wordt zichtbaar door na te gaan welk percentage van de cliënten een AWBZ indicatiestelling heeft. Het overige deel van deze groep woont dan dus thuis.

2 Voor een deel van de populatie is een begeleide- of beschermde woonvorm in ieder geval voor langere periode thuis. Om die reden is de tweede indicator opgenomen met het percentage cliënten dat een ZZP B indicatiestelling heeft.

5A Percentage EPA cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft



Figuur 32 Percentage cliënten (van FACT-populatie) dat verblijft in een AWBZ instelling (ZZP B &C) , 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 3,50 (2009) en 2,89 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,13	0,00	0	-0,04	-1
FACT achterhoede	0,17	0,04	1		
Stad FACT voorloper	0,17	0,04	1	0,03	1
Stad ACT (geen FACT)	0,14	0,01	1		
Overig	0,12	-0,01	-1		
Landelijk totaal	**0,13**				

Tabel 58 Samenvatting uitkomst indicator 5A percentage cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft (2009)

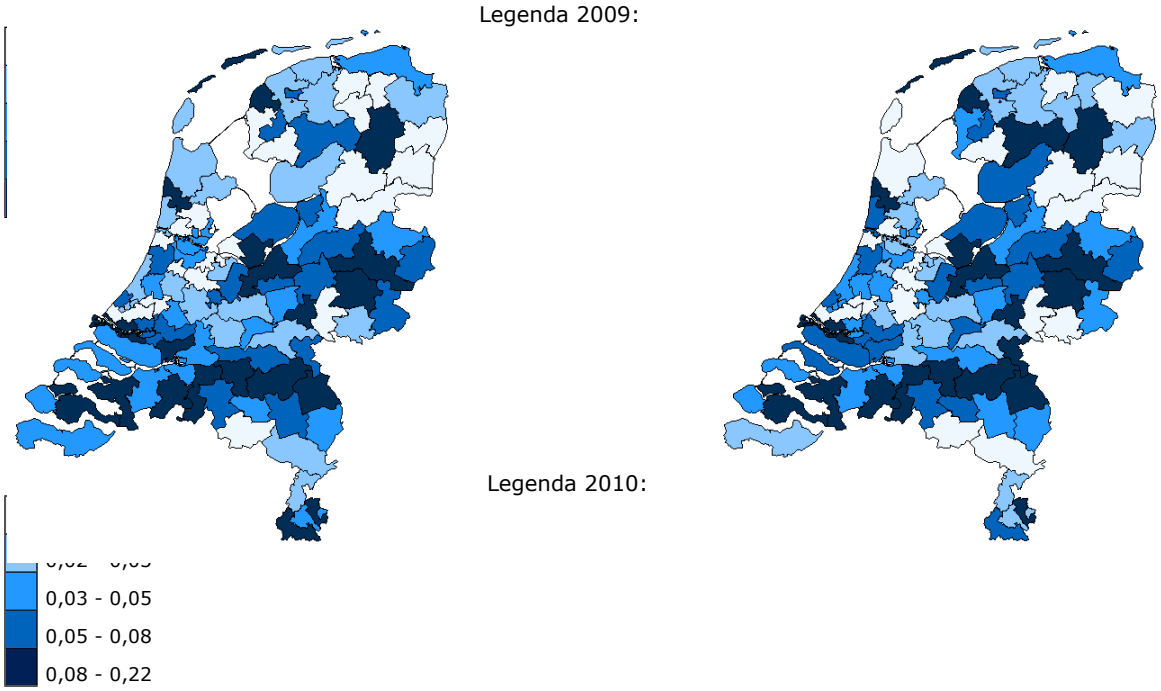
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,16	0,00	0	-0,05	-1
FACT achterhoede	0,21	0,05	1		
Stad FACT voorloper	0,18	0,02	1	-0,01	0
Stad ACT (geen FACT)	0,19	0,03	1		
Overig	0,16	-0,01	-1		
Landelijk totaal	**0,16**				

Tabel 59 Samenvatting uitkomst indicator 5A percentage cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft (2010)

De uitkomst van deze indicator laat zien dat de hypothese voor de niet stedelijke FACT gebieden klopt, maar dat effect voor het aantal cliënten met een AWBZ indicatiestelling in de stad niet optreedt. Het percentage indicatiestellingen is in de stad hoger dan gemiddeld in Nederland. De achterhoede FACT regio's kennen het hoogste percentage indicatiestellingen; terwijl hoewel de FACT regio's significant lager scoren, scoren zij niet onder het Nederlandse gemiddelde.

5B Percentage EPA cliënten dat met een ZZP B in een AWBZ instelling verblijft

Door de splitsing van indicator 2C is deze indicator identiek aan die indicator voor het onderdeel ZZP B.



Figuur 33 Percentage cliënten (van FACT-populatie) dat verblijft in een AWBZ instelling uitsluitend ZZP B, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 16,43 (2009) en 13,88 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,05	0,00	0	-0,03	-1
FACT achterhoede	0,08	0,03	1		
Stad FACT voorloper	0,04	0,00	0	-0,01	0
Stad ACT (geen FACT)	0,05	0,01	0		
Overig	0,04	0,00	-1		
Landelijk totaal	**0,05**				

Tabel 60 Samenvatting uitkomst indicator 5B percentage cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft met ZZP B (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	0,05	0,00	0	-0,04	-1
FACT achterhoede	0,09	0,04	1		
Stad FACT voorloper	0,04	-0,02	-1	-0,03	-1
Stad ACT (geen FACT)	0,07	0,01	1		
Overig	0,05	0,00	-1		
Landelijk totaal	**0,06**				

Tabel 61 Samenvatting uitkomst indicator 5B percentage cliënten dat in een AWBZ instelling verblijft met ZZP B (2010)

Interpretatie indicator 5A & 5B
De uitkomst van deze indicatoren geeft aanwijzingen dat de inzet van FACT een reducerende of remmende werking op de inzet van AWBZ zorg heeft. Dit betreft vooral ZZP B. Het is echter niet zo dat de niet stedelijke FACT regio's het significant beter doen dan het Nederlandse gemiddelde.

Wat daarnaast zichtbaar is, is dat voor het stedelijk gebied de daling ten aanzien van ZZP B wordt gecompenseerd door extra inzet ZZP C.

De hypothese dat inzet van FACT tot minder indicatiestelling leidt, lijkt te kloppen. Echter voor een meer solide onderbouwing is het nodig om te trend gedurende meerdere jaren te bekijken. Dan wordt de trend voor de ontwikkeling in de AWBZ zorg duidelijker.

5. Conclusies

Deze rapportage is een eerste opzet en maakt inzichtelijk welke effecten van FACT af te leiden zijn uit de declaratiegegevens beschikbaar bij Vektis. Dit is relevant omdat de belofte van FACT inhoudt dat intensieve ambulante begeleiding de mensen in de EPA doelgroep gezonder houdt en beter helpt bij hun herstel. De gedachte is bovendien dat de kosten van deze manier van werken worden terugverdiend doordat andere kosten juist niet gemaakt worden.

De nu gepresenteerde resultaten op de verschillende indicatoren moeten worden gezien als een eerste aanzet. Zowel ten aanzien van de indicatoren, als ten aanzien van de beschikbare data zijn verbeteringen mogelijk. Echter de uitkomst biedt een aantal interessante inzichten ten aanzien van de vooraf verwoorde hypotheses.

Leidt de inzet van FACT tot een beter bereik van de doelgroep en komen er meer mensen in zorg? Voor beide typen FACT regio's was dit het geval, in Utrecht zijn naar verhouding significant meer mensen in zorg van in Den Haag. Ook in de andere regio's was het aandeel mensen in zorg hoger in de FACT regio's.

De gemeten resultaten ten aanzien van het aantal mensen dat klinisch wordt behandeld en de behandelduur is minder eenduidig. In de niet stedelijke gebieden is er een effect zichtbaar, vooral door de reductie in ZZP B. Regio's met FACT laten geen lagere inzet zien ten aanzien van ZZP C. Dit kan ook juist een effect van FACT zijn. Een voorzichtige conclusie is dat er door FACT dus wel minder op een bed wordt behandeld, maar dat het totaal aantal bedden zeker niet daalt. Het is belangrijk om hier meer inzicht te krijgen in de factoren die hierbij een rol spelen, wellicht betreft het hier ook financiële prikkels of de hoeveelheid aanwezige bedden.

De hypothese over de kosten die de inzet van FACT met zich mee brengt kan voor wat betreft de Zvw zorg nu niet worden niet onderschreven, er is geen significant verschil geconstateerd. De conclusies moeten ook worden bezien in het licht van geconstateerde onvolledige aanlevering van data en de bekende administratieve problemen in de aanloopfase van de DBC-registratie. Ten aanzien van de zorgcomponent van de AWBZ is vooralsnog geen verschil geconstateerd. Het logische gevolg is dat de combinatie van de gegevens vanuit de Zvw en de AWBZ ook niet leidt tot een significante afwijking ten aanzien van de kosten.
Ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde is het opvallend dat de niet stedelijke gebieden beide jaren significant duurder zijn dan het gemiddelde in Nederland. Dit betekent dat het kostenniveau maar deels verklaard kan worden door de inzet van FACT.

De hypothese over de lagere somatische kosten moet op basis van deze uitkomst worden verworpen. Er bleek geen enkel significant effect ten aanzien van de ziekenhuiskosten.
Tot slot kan de hypothese dat inzet van FACT leidt tot minder AWBZ indicatiestelling voorzichtig worden onderschreven.

Mogelijk hebben de timing en gebruikte data (2009-2010) ook een effect gehad op de uitkomst van dit onderzoek, en zijn de effecten van FACT nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Tevens is het van groot belang om meer inzicht te hebben in verschillen in zorgvraagzwaarte van patiëntgroepen om verschillen in zorguitkomsten beter te kunnen vergelijken.

Derhalve wordt in de volgende hoofdstuk een doorontwikkel agenda besproken, die tot meer inzicht in de kwaliteit van zorg voor de EPA-populatie kan leiden.

6. Doorontwikkel agenda

Voor het meten van de impact en effectiviteit van FACT in een regio is het van belang dat op regionaal niveau doelstellingen worden geformuleerd ten aanzien van bereik, doorstroom en herstel voor de EPA doelgroep. Dit onderzoek en de inkoopleidraad voor de EPA doelgroep in de ZN Inkoopgids 2013 (publicatie september 2012) bieden daarvoor een eerste structuur. Om de effecten van FACT nog beter in kaart te brengen is de volgende doorontwikkel agenda geformuleerd die bij voorkeur samen met belanghebbende partijen kan worden uitgewerkt.

Identificeer duidelijk de EPA-doelgroep en haar subgroepen:

- Pas een landelijk uniforme categorisering toe om de doelgroep en subgroepen daarbinnen te onderscheiden, zoals wordt voorgesteld in de zorginkoopgids.
- Maak deze centraal beschikbaar
- Start een iteratief leer- en ontwikkeltraject ten aanzien van de categorisering.

Breng behandeleffect FACT en het herstel in kaart:

- Formuleer indicatoren passend bij bovenstaande categorisering en een praktisch realiseerbaar meetproces.
- Besteed afdoende aandacht aan het formuleren van indicatoren die inzicht geven in het vinden of realiseren van kwaliteit van leven en een nuttige dagbesteding.

Beter zicht op klinisch behandelen en inzet beschermde woonvormen:

- Analyseer en beredeneer wanneer sprake is van een 'aanbod effect' door inzicht te verschaffen in het aantal bedden per 100.000 verzekerden.
- Voor een reductie van de inzet van klinische zorg is het essentieel dat de verschillende organisaties (of organisatieonderdelen) van de GGZ aanbieders samenwerken en doorstroom genereren. Inzicht in de uitstroom vanuit beschermde woonvormen naar zelfstandige wonen is daarvoor waardevolle informatie.
- Voeg de indicaties voor ambulante ondersteunende begeleiding (OB)door RIBW instellingen toe aan de dataset.
- Mogelijk wordt het opnameverkortende effect van FACT maar beperkt inzichtelijk doordat deze in dit onderzoek is uitgedrukt in de gemiddelde verblijfsduur. Als de korte opnames worden voorkomen door de inzet van FACT, zonder ook de overige opnameduur te reduceren, dan stijgt de gemiddelde verblijfsduur juist. Voor een verdieping is een categorisering binnen de verblijfsduur wenselijk, bijvoorbeeld minder dan 5 dagen, 5 dagen tot 2 weken, 2 weken tot 4 weken en langer dan 4 weken.

Aanvullende details rondom Kosten

- Ten aanzien van het veronderstelde kosten verlagende effect is er meer inzicht nodig in de opbouw van de Zvw kosten: nu is er bijvoorbeeld geen onderscheid tussen kosten bij crisisinterventie en reguliere behandelcontacten.

Algemeen:

- Realiseren van een samenhangend regionaal beleid voor de integrale zorg voor de EPA doelgroep. De voornaamste doelstelling daarvan is het realiseren van de hersteldoelstellingen voor deze groep in een ambulante omgeving en met minder inzet van klinische capaciteit. Dit vergt verder gaande afspraken over de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en bekostigers (gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar) dan nu het geval is. De effecten en organisatie van de indicatiestelling moeten hier ook bij worden betrokken

Bijlage 1 Indicatorbepaling

Algemene bijzonderheden die voor alle indicatoren gelden:

In de volgende tabel staat een overzicht van de gebruikte data per schadejaar en per zorgsoort.

	2008	2009	2010
Tweedelijns GGZ	N.v.t.	11 kwartalen Dekking 95% Vulling > 95%	7 kwartalen Dekking 95% Vulling > 70%
Eerste lijns GGZ	12 kwartalen Dekking 86% Vulling 100%	11 kwartalen Dekking 95% Vulling 100%	7 kwartalen Dekking 93% Vulling 100%
Ziekenhuiszorg	N.v.t.	10 kwartalen Dekking 95% Vulling > 99%	7 kw Dekking > 95% Vulling > 85%
Huisartsen (POH GGZ)	10 kwartalen Dekking 86% Vulling 100%	10 kwartalen Dekking 93% Vulling 100%	7 kwartalen Dekking > 95% Vulling 100%
Farmacie	36 maanden Dekking 92% Vulling 100%	30 maanden Dekking 100% Vulling 100%	18 maanden Dekking 100% Vulling 100%
BASIC	N.v.t.	10 kwartalen Dekking > 95% Vulling: > 95% GGZ 2e lijn >99% overig	7 kwartalen Dekking 95% Vulling: 70% GGZ 2e lijn 85% Ziekenhuizen 99% overig

Dekking:= het percentage van de verzekerden in Nederland waarover informatie aangeleverd is

Vulling:= het percentage van de verwachte schade dat is verwerkt (van de personen waarover informatie is aangeleverd)

- 2008-data betreft 10 kwartalen, 2009-data betreft 10 kwartalen (drie kwartalen meer dan bij de concept-analyses) en 2010-data betreft zeven kwartalen. De dekking bedraagt in 2009 en 2010 ongeveer 95% van de Nederlandse verzekerden.
- Na 7 kwartalen is de vulling van 2010 is voor de tweedelijns GGZ ongeveer 70%. Oftewel er is 70% van de totaal te verwachten schade van 2010 binnen. In de analyses zijn de kosten niet opgehoogd naar het verwachte totaal. De gerapporteerde (tweedelijns) GGZ kosten in 2010 zijn dus lager dan in 2009.
- Alle analyses zijn op cliëntniveau en niet op declaratieniveau
- De indicatoren zijn berekend voor 2009 en 2010.

- Binnen een jaar kan een cliënt maar één keer voorkomen in de resultaten. Het verslagjaar betreft voor de indicatoren een kalenderjaar. De tellers, noemers en indicatoren van beide verslagjaren worden apart berekend.
- De zorgzwaartecorrectie wordt bepaald per verslagjaar.
- Cliënten die overlijden in een kalenderjaar zijn niet uit het onderzoeksbestand verwijderd.

Verschillen tussen regio's

De verschillen in compleetheid van de Zvw data tussen de regio's zijn opgenomen in de onderstaande tabellen

Nr	groep regio's	percentage mensen waarvan gegevens in 2008 ontbreken
1	Stad FACT voorloper (Utrecht)	24%
2	Stad ACT (geen FACT)(Den Haag)	58%
3	FACT voorlopers [17]	35%
4	FACT achterhoede	23%
5	Overige regio's	22%
	Nederland	24%

Tabel 62 Overzicht percentage ontbrekende gegevens Zvw in 2008

FACT-niveau	Postcode	Aantal ontbrekende inwoners	Totaal aantal inwoners	% ontbrekend
1	35	60.520	256.425	24%
2	25	249.645	432.081	58%
3	17	159.068	251.105	63%
	18	88.000	144.003	61%
	20	43.988	187.128	24%
	62	36.359	174.047	21%
	64	25.235	175.189	14%
	97	51.362	223.534	23%
4	38	85.854	327.452	26%
	40	14.368	78.291	18%
	67	33.508	135.643	25%
	68	44.274	211.373	21%
	73	42.935	175.498	24%
	74	38.129	232.187	16%
	79	35.768	142.040	25%
Eindtotaal		1.009.013	3.145.996	32%

Tabel 63 Ontbrekende gegevens per regio uitgesplitst naar postcodegebied.

[17] *Binnen de groep FACT voorlopers ontbreekt voor de regio's in Noord Holland Noord ook tussen de 61% -63% van de data.*

Bijlage 2 Uitwerking indicatoren

1	Totaal aantal cliënten die bekend zijn in de EPA-populatie t.o.v. 100.000 verzekerden in de regio
Relatie met kwaliteit	Het bereiken van de totale EPA populatie door de ggz én de ribw samen is een maat voor succesvolle inzet van FACT zorg. Het consensusdocument EPA uit 2012 gaat er vanuit dat het bereik op dit moment 75% is.
Operationalisatie	Aantal cliënten in EPA zorg per 100.000 verzekerden per jaar
Teller	Totaal aantal cliënten dat behoort tot de EPA-populatie
Noemer	Aantal verzekerden in het postcodegebied/regio / 100.000
Rapportageniveau	Regioniveau
Zorgzwaartecorrectie	Ja -SES -Leeftijd -Geslacht -Urbanisatiegraad
Verslagjaar	2009-2010
Opmerking	Is er een trend zichtbaar: vergelijking 2009 en 2010

2A	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt per jaar.
Relatie met kwaliteit	Een kortere gemiddelde opname duur is een indicator voor het effectief voorkomen en beperkt inzetten van klinische zorg.
Operationalisatie	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per jaar (ZvW & AWBZ)
Teller	Aantal geregistreerde opnamedagen in de DBC's + Het aantal geregistreerde opnamedagen ZZP B & ZZP C
Noemer	Totaal aantal verzekerden in de EPA-populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja: Leeftijd SES Geslacht Urbanisatiegraad
Jaar	2009-2010
Opmerking	Categorieën ook apart inzichtelijk voor: - Zvw - ZZP B - ZZP C

2B	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per opgenomen cliënt per jaar.
Relatie met kwaliteit	Een kortere gemiddelde opname duur is een indicator voor het effectief voorkomen en beperkt inzetten van klinische zorg.
Operationalisatie	Gemiddeld aantal verblijfsdagen per jaar (ZvW & AWBZ) voor cliënten in de kliniek
Teller	Aantal geregistreerde opnamedagen in de DBC's + Het aantal geregistreerde opnamedagen ZZP B & ZZP C
Noemer	Totaal aantal verzekerden met een opname (DBC klinisch of ZZP B&C) in de EPA populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja: Leeftijd SES Geslacht Urbanisatiegraad
Jaar	2009-2010
Opmerking	Categorieën ook apart inzichtelijk voor: - Zvw - ZZP B - ZZP C

2C	Percentage cliënten met een klinische opname
Relatie met kwaliteit	Een laag percentage van cliënten met een opname is een maat voor het voorkomen van klinische zorg en daarmee succes van FACT zorg.
Operationalisatie	Percentage cliënten met klinische zorg gedurende het jaar
Teller	Totaal aantal verzekerden met een opname (DBC klinisch of ZZP B&C) in de EPA populatie
Noemer	Totaal aantal verzekerden in de EPA populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja: Leeftijd SES Geslacht Urbanisatiegraad
Jaar	2009-2010
Opmerking	Categorieën ook apart inzichtelijk voor: - Zvw - ZZP B - ZZP C

3A	Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde ZWV kosten GGZ per cliënt
Relatie met kwaliteit	Goede GGZ kenmerkt zich door het effectief reduceren symptomen en een terugkeer naar normaal of in ieder geval verbeterd functioneren. Door een verergering van de symptomen kan een (crisis)opname noodzakelijk zijn en daaraan gekoppeld een klinisch verblijf. Dit is tevens de hoogste kostenpost in de behandeling. Om deze reden zijn de Zvw GGZ kosten een goede proxyuitkomst voor de kwaliteit van zorg.
Operationalisatie	Gemiddelde GGZ Zvw kosten per cliënt in de EPA populatie
Teller	Totaal aantal zorgkosten Zvw in de regio voor de EPA populatie -1e lijn -Farmacie -DBC ambulant -DBC klinisch
Noemer	Aantal verzekerden in de EPA populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja: Leeftijd SES Geslacht Urbanisatiegraad
Jaar	2009-2010

3B	Gemiddelde totale kosten per cliënt: gemiddelde AWBZ kosten per cliënt
Relatie met kwaliteit	Goede GGZ kenmerkt zich door het effectief reduceren symptomen en een terugkeer naar normaal of in ieder geval verbeterd functioneren. Verergering van de symptomen kan een tot een langduriger klinisch verblijf leiden. Dit is tevens de hoogste kostenpost in de behandeling. Effectieve inzet en organisatie van FACT zorg kan de klinische inzet echter bekorten of beperken .
Operationalisatie	Gemiddelde AWBZ kosten per cliënt in de EPA populatie
Teller	Totale zorgkosten AWBZ in de regio voor de EPA populatie
Noemer	Aantal verzekerden in de EPA populatie in de regio
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja: Leeftijd SES Geslacht Urbanisatiegraad
Jaar	2009-2010

3C	Totale GGZ kosten per cliënt
Relatie met kwaliteit	Goede GGZ kenmerkt zich door het effectief reduceren symptomen en een terugkeer naar normaal of in ieder geval verbeterd functioneren. Door een verergering van de symptomen kan een (crisis)opname noodzakelijk zijn en daaraan gekoppeld een klinisch verblijf. Dit is tevens de hoogste kostenpost in de behandeling. Voor de FACT populatie is het waardevol om de totale GGZ zorgconsumptie in kaart te brengen omdat er mogelijk een wisselwerking tussen Zvw en AWBZ kosten is. De totale GGZ kosten zijn daarom een goede proxyuitkomst voor de effectiviteit van de inzet van FACT zorg.
Operationalisatie	Gemiddelde totale GGZ kosten per EPA cliënt
Teller	Totale zorgkosten AWBZ en Zvw GGZ in de regio voor de populatie (3A+3B)
Noemer	Aantal verzekerden in de EPA doelgroep in de regio
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja
Jaar	2009-2010

4	Gemiddelde totale Zvw kosten per cliënt
Relatie met kwaliteit	Goede GGZ kenmerkt zich door het effectief reduceren symptomen en een terugkeer naar normaal of in ieder geval verbeterd functioneren. De somatische kant van de behandeling is een integraal onderdeel van de behandeling, zeker bij de EPA doelgroep. Door een verergering van de symptomen of een beperkte afstemming tussen de somatische en psychiatrische zorg kan tot een toename van de somatische kosten leiden. Om deze reden zijn de gemiddelde Zvw (somatische) kosten een goede proxyuitkomst voor de kwaliteit van zorg.
Operationalisatie	Gemiddelde totale ZWV kosten per EPA cliënt
Teller	Totale Zvw kosten voor de EPA populatie - Ziekenhuiszorg - GGZ - Farmacie - HA - Overig
Noemer	Aantal verzekerden in de EPA populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja
Jaar	2009-2010
Opmerkingen	Uitgesplitst naar bovenstaande 5 categorieën

5	Minder AWBZ indicatiestelling
Relatie met kwaliteit	Een belangrijke uitkomst van FACT zorg is het opbouwen van een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Het aantal cliënten dat thuis woont is hiervoor een goede indicator
Operationalisatie	Percentage EPA cliënten met een AWBZ indicatiestelling
Teller	Het aantal verzekerden met ZZP met verblijf B & C
Noemer	Aantal verzekerden in de EPA populatie
Rapportageniveau	Regio
Zorgzwaartecorrectie	Ja
Jaar	2009 & 2010
Opmerkingen	Gesplitste variant: -ZZP B&C -ZZP B

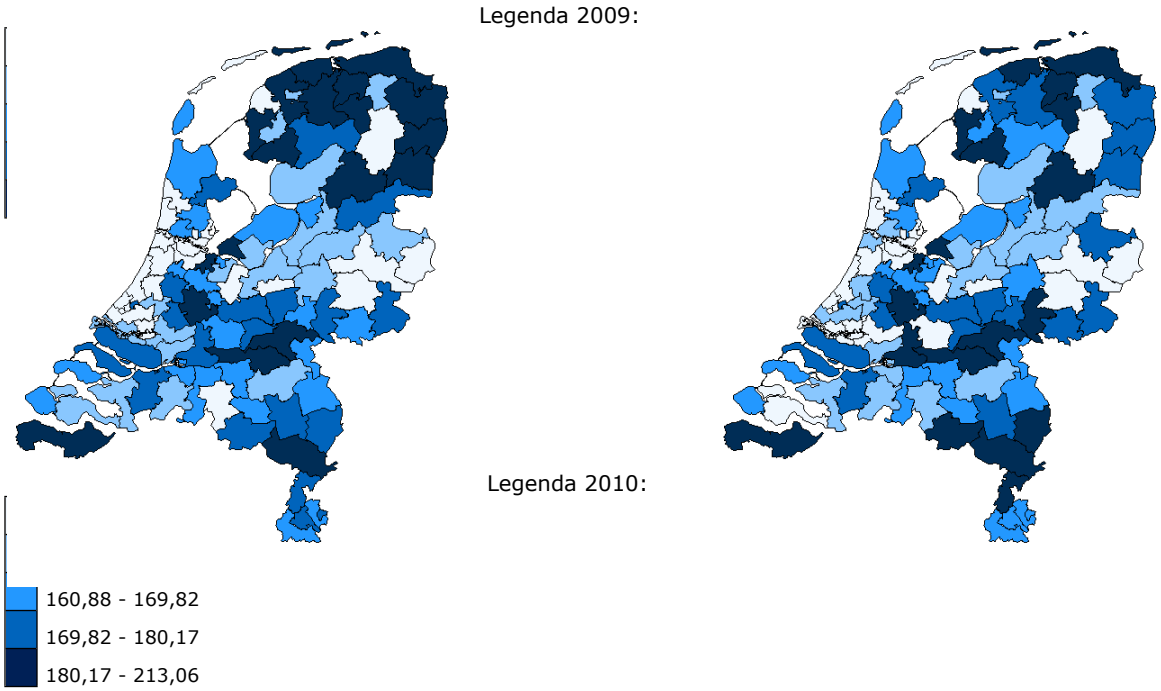
Bijlage 3 Overwogen indicatoren

Een aantal geprioriteerde indicatoren is door beperkingen in de beschikbaarheid of toegankelijkheid van informatie niet uitgewerkt, of is na uitwerking besloten om deze niet op te nemen in de rapportage. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze indicatoren met bijbehorende reden:

Hypotheses	Overwogen indicator	Argumentatie voor niet uitwerken
Minder klinisch behandelen (uitgedrukt in verblijfsdagen totaal)	Gemiddeld aantal opnames per cliënt per jaar.	Overwogen als indicator. Dit is echter niet te bepalen aangezien het aantal dagen niet terug is te leiden naar het aantal opnames.
Minder crisis opname	geen	Op basis van de DBC's is niet af te leiden of een opname een crisis opname is geweest.
Minder gebruik uitkeringen	geen	Indien koppeling met UWV mogelijk blijkt, kan dit mogelijk in de toekomst.

Bijlage 4 Niet opgenomen indicatoren

Zvw huisartsenzorg:



Figuur 29 Gemiddelde Zvw huisartsenkosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,37 (2009) en 1,31 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	167,02	-6,15	-1	-9,05	-1
FACT achterhoede	176,07	2,90	0		
Stad FACT voorloper	174,10	0,93	0	31,56	1
Stad ACT (geen FACT)	142,54	-30,62	-1		
Overig	174,95	1,78	0		
Landelijk totaal	**173,17**				

Tabel 52 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde huisartsenkosten per cliënt (2010)

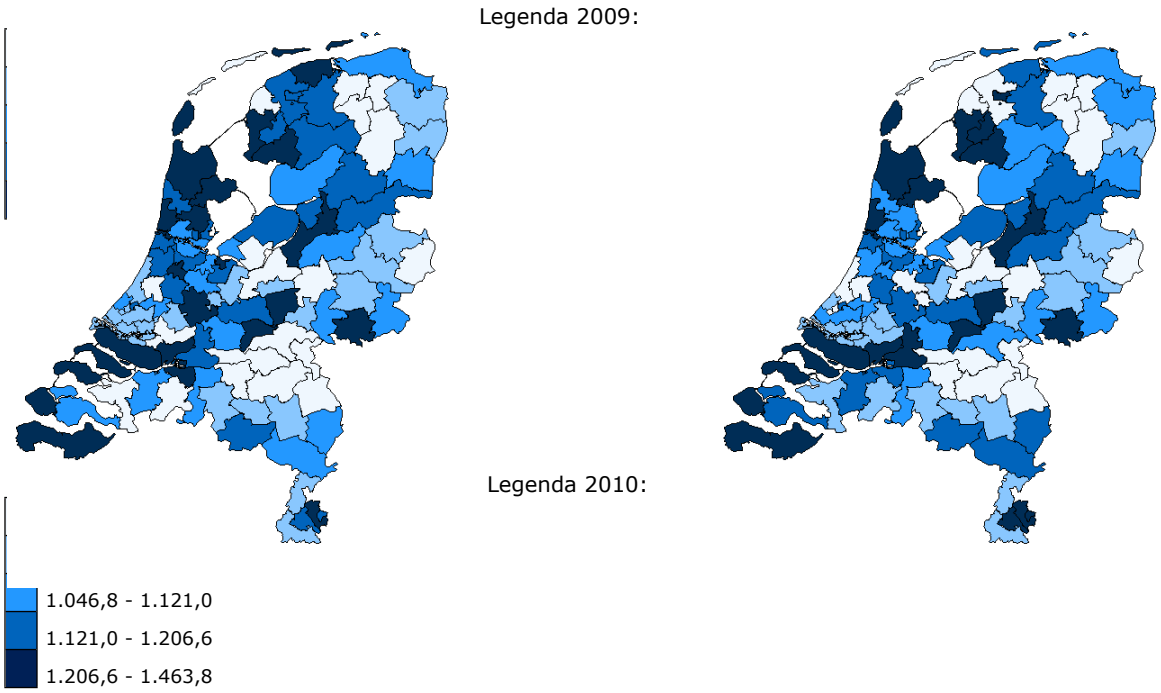
2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	158,34	-4,24	0	-7,75	-1
FACT achterhoede	166,09	3,51	0		
Stad FACT voorloper	164,57	1,99	0	24,53	1
Stad ACT (geen FACT)	140,04	-22,54	-1		
Overig	163,68	1,10	0		
Landelijk totaal	**162,58**				

Tabel 53 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde huisartsenkosten per cliënt (2010)

De voorgaande tabel toon de verschillen tussen de inzet van huisartsenzorg. Er is een significant verschil tussen de FACT regio's onderling. Echter dit is niet eenduidig. In de stedelijke gebieden maakt de FACT regio per cliënt meer gebruik van huisartsenzorg, in de niet stedelijke gebieden is dit omgekeerd. Het verschil is daar overigens maar zeer beperkt.

Hoewel de bedragen per cliënt beperkt zijn in relatie tot de overige zorgconsumptie, is het interessant om na te gaan of er een verschil in benadering van de huisarts is tussen bijvoorbeeld Den Haag en Utrecht, en wat hiervan de aanleiding is. Dit kan relevant zijn voor de inzet van 1e lijn of basis GGZ voor een deel van deze doelgroep.

Zvw farmacie:



Figuur 30 Gemiddelde Zvw farmaciekosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,55 (2009) en 1,51 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.077,42	64,13	1	116,07	1
FACT achterhoede	961,35	-51,94	-1		
Stad FACT voorloper	943,91	-69,37	0	-48,00	0
Stad ACT (geen FACT)	991,92	-21,37	0		
Overig	1.015,54	2,26	0		
Landelijk totaal	**1.013,28**				

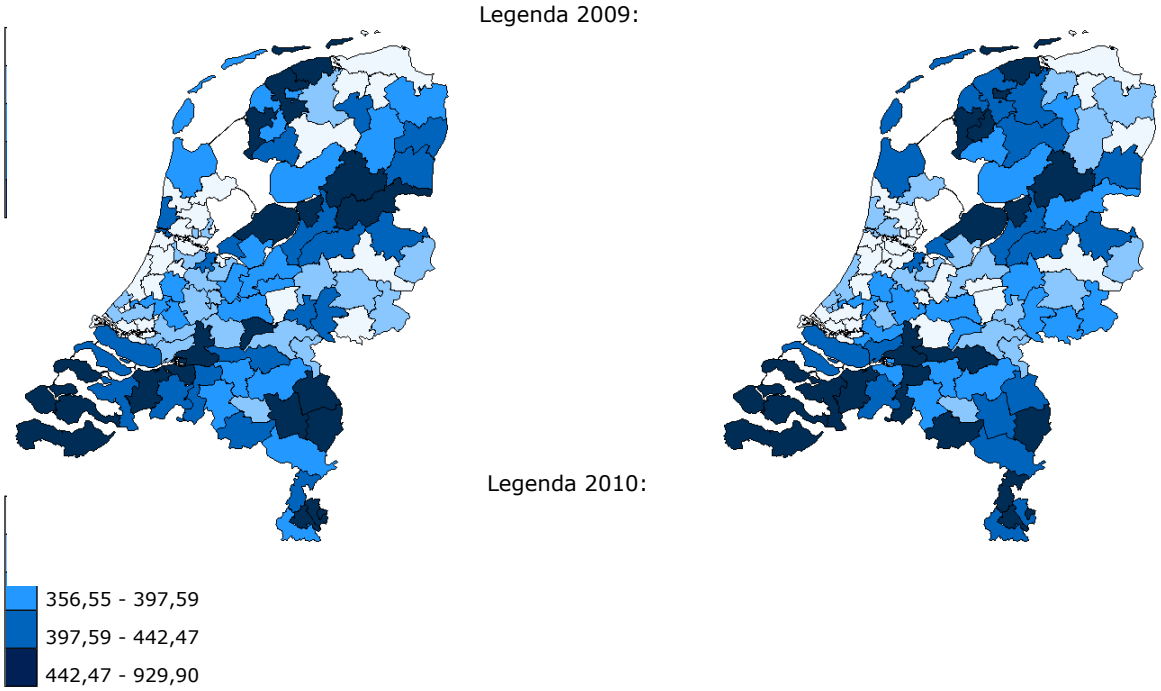
Tabel 54 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde farmaciekosten per cliënt (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	1.117,25	46,04	0	64,56	0
FACT achterhoede	1.052,69	-18,52	0		
Stad FACT voorloper	987,85	-83,36	-1	-37,53	0
Stad ACT (geen FACT)	1.025,38	-45,83	0		
Overig	1.073,82	2,61	0		
Landelijk totaal	**1.071,21**				

Tabel 55 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde farmaciekosten per cliënt(2010)

Voor deze indicator tonen de FACT regio's een verschillend beeld, met relatief lage farmacie kosten voor de stedelijke regio en significant hogere kosten in 2009 voor de niet stedelijke FACT regio's.

Zvw overig:



Figuur 31 Gemiddelde overige Zvw kosten per cliënt, 2009(L) en 2010(R)

De spreiding in indicatorscore op regioniveau gebaseerd op het 5e en het en 95ste percentiel is een factor 1,76 (2009) en 1,65 (2010)

2009					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	318,66	-17,58	0	-19,71	0
FACT achterhoede	338,37	2,13	0		
Stad FACT voorloper	309,27	-26,97	0	4,16	0
Stad ACT (geen FACT)	305,11	-31,13	0		
Overig	340,42	4,18	0		
Landelijk totaal	**336,24**				

Tabel 56 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde overige Zvw kosten per cliënt (2009)

2010					
Fact niveau	Score per regio	Verschil NL	Significant	FACT	Significant
FACT voorlopers	349,65	-17,34	0	-4,33	0
FACT achterhoede	353,98	-13,01	0		
Stad FACT voorloper	310,44	-56,55	-1	-21,57	0
Stad ACT (geen FACT)	332,01	-34,98	0		
Overig	373,98	6,99	0		
Landelijk totaal	**366,99**				

Tabel 57 Samenvatting uitkomst indicator 4 Gemiddelde overige Zvw kosten per cliënt (2010)

Interpretatie indicator 4

De bovenstaande indicatoren onderschrijven de hypothese dat de somatische kosten in FACT regio's lager zijn niet. De totale Zvw kosten zijn wel significant lager in 2009, maar de verschillen in kosten worden vooral verklaard door het verschil in inzet voor de GGZ. Op basis van deze uitkomst is het wellicht wel interessant om een hypothese te formuleren ten aanzien van de inzet van 1e lijns zorg en de rol van de huisarts bij de zorg voor deze populatie.

Bijlage 5 Samenstelling expertteam

N. Adrichem, GGZ NHN

Prof.dr. Ph. Delespaul, Mondriaan; Universiteit Maastricht

Mw. drs. E. de Haan, GGZ Nederland

Drs. R.J. de Jong, Altrecht

Dr. H. Kroon, Trimbos Instituut

Prof.dr. C.L. Mulder, Erasmus MC

P. Niesink, NVvP

Mw. drs. M.C. van Putten GGZ NHN

Drs. J.R. van Veldhuizen, zelfstandig adviseur

Bijlage 6. AWBZ Kosten

Achterliggende informatie over de beschikbare AWBZ-gegevens

AWBZ-Informatiesysteem

Het AWBZ-informatiesysteem bevat de gegevens van de geïndiceerde, toegewezen en daadwerkelijk geleverde AWBZ zorg in Nederland. De gegevens zijn afkomstig van de 32 regionale zorgkantoren. De zorgkantoren leveren ieder kwartaal gegevens aan Vektis.

Sinds 2008 leveren alle 32 zorgkantoren de gegevens aan Vektis. De dekking van de gegevens bij Vektis als het gaat om indicatiegegevens is zeer hoog, circa 95%.
Op dit moment beschikt Vektis over een database (AIS) waarin AWBZ indicaties en geleverde zorg zijn opgenomen per verzekerde. Hiernaast zijn ook enkele verzekerdenkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en postcode, beschikbaar. In dit project wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de gegevens van de geïndiceerde zorg.

Om de indicatiegegevens geschikt te maken voor onderzoek worden er verschillende bewerkingen op de data uitgevoerd.

- De gegevens worden op gedetailleerd niveau aangeleverd, namelijk op activiteitenniveau (bijvoorbeeld 'In en uit bed gaan' of 'Dagelijkse routine regelen: structuur in dagindeling'). Met deze gegevens kan geen onderzoek gedaan worden, dus is er geaggregeerd naar functieniveau (bijvoorbeeld verpleging of persoonlijke verzorging).
- Ieder persoon mag maar één geldige indicatie hebben op een moment. Aangezien een indicatie niet wordt afgesloten in de data, wordt deze bewerking in het onderzoeksbestand gedaan. Indicaties worden afgesloten op het moment dat er een nieuwe indicatie geldig is.
- Aangezien indicaties niet worden gesloten (en voor 5 jaar afgegeven kunnen worden), kan het zijn dat er nog indicaties open staan die niet meer mogen voorkomen. Zo is in 2007 de functie huishoudelijke hulp naar de Wmo gegaan. Deze functie mag dus niet meer voorkomen en daarom is deze functie in het onderzoeksbestand afgesloten. Dit zelfde is gedaan voor de functies activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding.
- Het ZorgZwaartePakket (ZZP) wordt niet aangeleverd door de zorgkantoren, deze wordt afgeleid uit de activiteitencode.
- In de gegevens wordt niet aangegeven of een bepaalde functie of ZZP intra –of extramuraal is. Deze informatie wordt aan de gegevens gekoppeld; ZZP's en de functies langdurig verblijf, verblijf met behandeling en de functie kortdurend verblijf als het langer dan 3 etmalen is zijn intramuraal, de overige functies zijn extramuraal.
- Wanneer er een overlijdensdatum is (vanuit BASIC) wordt deze aan de indicatie gekoppeld.
- In de gegevens zitten ook relatief veel dubbelen BSN's, deze worden zo goed mogelijk ontdubbeld.

Na deze bewerkingen is het mogelijk om het aantal dagen zorg (extramuraal) of het aantal weken zorg (intramuraal) te bepalen. Dit wordt gedaan aan de hand de van de ingangsdatum en einddatum van de indicatie.

Toelichting schatting AWBZ kosten

Vektis beschikt over de data van de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg. De kwaliteit van de indicatiegegevens is wat beter dan van de geleverde zorg. Daarom wordt op basis van de indicatiegegevens de kosten geschat. Dat wordt gedaan door de volgende formule toe te passen:

*Geschatte werkelijke AWBZ kosten = (zorgduur * consumptiefactor) * (tarief * korting)*

Zorgduur:	De zorgduur wordt bepaald door de te kijken naar de verschillende klassen van de geïndiceerde zorg. Het midden van de klasse wordt gebruikt om mee te rekenen.
Consumptiefactor:	Uit eerdere analyses van Vektis is bepaald dat voor dementiepatiënten 84% van de geïndiceerde zorg omgezet wordt in geleverde zorg. Deze *consumptiefactor van zorg* wordt in de berekening meegenomen zodat de werkelijke AWBZ-kosten voor dementiepatiënten zo goed mogelijk worden benaderd.
Tarief:	De maximumtarieven van de NZa zijn gehanteerd.
Korting:	Zorgverzekeraars kunnen korting geven op de tarieven van de NZa. Bij de schatting van de werkelijke kosten wordt rekening gehouden met de gemiddelde korting, zoals gepubliceerd door de NZa[18].

Over de AWBZ data kan het volgende worden opgemerkt:

- Het merendeel van de gegevens van de zorgkantoren zijn ontvangen. Een beperkt deel is niet ontvangen. De gegevens van Bureau's Jeugdzorg worden niet aangeleverd aan Vektis.
- Het AWBZ bestand kan gebruikt worden als een koppeling mogelijk was via een BSN nummer. In het bestand ontbraken van sommige individuen het BSN-nummer. Oftewel: er waren wel kosten vermeld, maar er stond niet bij voor welke cliënt die waren. Op basis van waarschijnlijkheidskoppelingen (postcode en geboortedatum) zijn de BSN nummers aangevuld.
- De individuen die ook na de waarschijnlijkheidskoppeling geen BSN toegewezen kregen zijn uit de data verwijderd (ongeveer 1%).
- Personen met een Persoonsgebonden Budget (PGB) (circa 10%) zitten niet in de geleverde zorg gegevens. In de indicatiegegevens staat een voorkeur voor leveringsvorm en daar kan een cliënt aangegeven voorkeur te hebben voor PGB. Wanneer er dan ook daadwerkelijk een PGB wordt toegekend, wordt dit niet verwerkt in de geleverde zorg gegevens. Hierdoor kan er een onderschatting ontstaan bij de zorgduur en daardoor bij de kosten.
- In de nabije toekomst worden ook declaraties in de AWBZ in een informatiesysteem voor de AWBZ opgenomen.

[18] *De marktscan intramurale AWBZ en marktscan extramurale AWBZ (versie externe consultatie)*