

Monitor

De curatieve GGZ in 2009

Ontwikkelingen in aanbod en volume

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding en doelstelling	11
1.2 Focus: doel- en vraagstelling	12
1.3 Kwaliteit gegevens in de GGZ	12
1.4 Typering GGZ: aanbieders, bekostiging en financiering	13
1.5 Leeswijzer	15
2. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Ontwikkeling van de vraag	17
2.3 De latente vraag	19
2.4 Patiëntenstromen	21
2.5 Conclusies en acties	22
3. Het aanbod	23
3.1 Inleiding	23
3.2 De ontwikkeling van het aanbod	24
3.2.1 Soorten aanbieders	24
3.2.2 De ontwikkeling van het zorgaanbod	24
3.2.3 Versterken van marktpositie en nieuwe producten	25
3.2.4 Ontwikkelingen op het gebied van verbeteren transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van zorg	25
3.2.5 De toegankelijkheid van het aanbod	28
3.3 De ontwikkeling van het aantal aanbieders op deelmarkten	29
3.3.1 Gebudgetteerde instellingen	29
3.3.2 Vrijgevestigde zorgaanbieders	33
3.3.3 Toetreding en toetredingsdrempels	34
3.3.4 Uittreding	35
3.4 Concentratie op de verschillende deelmarkten	36
3.5 Conclusies en acties	38
4. Het contracteren van GGZ	39
4.1 Inleiding	39
4.2 De institutionele structuur	39
4.2.1 Vrijgevestigden en eerstelijnspsychologen	39
4.2.2 Instellingen	40
4.2.3 De verevening van zorgverzekeraars	40
4.3 De contractering van eerstelijnspsychologen en vrijgevestigde zorgaanbieders	41
4.3.1 Contractering	41
4.3.2 Verhoudingen in het veld	41
4.4 Contractering van instellingen	43
4.4.1 Contractering	43
4.4.2 Gebruikte parameters bij de onderhandelingen	44
4.4.2.1 Volume en kwaliteit	44
4.4.2.2 De rol van DBC's bij de contractering	45
4.4.2.3 Verhoudingen in het veld	46
4.5 Conclusies en acties	47
5. Het volume	49
5.1 Inleiding	49
5.2 Ontwikkeling van het volume	49

5.2.1	De ontwikkeling van het volume van gebudgetteerde instellingen	49
5.2.2	De ontwikkeling van het volume van vrijgevestigde zorgaanbieders en eerste lijnspsychologen	52
5.2.3	De ontwikkeling van kosten	54
5.2.3.1	Gebudgetteerde instellingen	54
5.2.3.2	Vrijgevestigde zorgaanbieders	57
5.2.4	Kosten naar stoornis	58
5.2.5	Juiste declaraties	59
5.3	Conclusies en acties	60

6. Dyslexie 61

6.1	Inleiding	61
6.2	De vergoeding en bekostiging van dyslexie	61
6.2.1	Dyslexie in de Zvw	61
6.2.2	De bekostiging	62
6.3	De zorgvraag	63
6.3.1	Inleiding	63
6.3.2	Aantallen cliënten 2009	63
6.3.3	Aantallen geopende DBC's	64
6.4	Het aanbod	65
6.4.1	Soort en aantallen aanbieders	65
6.4.2	Spreiding van het aanbod	65
6.4.3	Kwaliteit van het aanbod	66
6.5	Toegankelijkheid	67
6.5.1	Aantallen ontvankelijk verklaard	67
6.5.2	Wachttijden	68
6.5.3	Aansluiting bij scholen	68
6.5.4	Financiële toegankelijkheid	69
6.6	Conclusies en acties	70

Bijlage 1. Indeling gebudgetteerde instellingen in Ghor-regio's 71

Vooraf

Voor u ligt de eerste monitor curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Centraal staat de vraag naar, het aanbod van en het volume in de curatieve GGZ. Een belangrijke functie van deze monitor was informatie te genereren die de NZa kon gebruiken bij haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ.

De NZa beperkt haar aandacht in deze monitor tot de bovengenoemde aspecten. In de loop van 2010 publiceert de NZa naar verwachting een vervolg op deze monitor. Daarin verbreedt de NZa haar focus naar de effecten van het functioneren van de sector voor de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Voor deze monitor maakte de NZa gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

De NZa ontwikkelt een monitor voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Zij wil daarmee inzicht krijgen in de werking van de sector om uiteindelijk uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ.

Deze monitor heeft het karakter van een nulmeting. Vanwege de korte ontwikkeltermijn is hij noodgedwongen limitatief. Het is immers niet mogelijk om over de bovengenoemde onderwerpen al in 2009 dusdanig betrouwbare informatie te krijgen dat robuuste conclusies mogelijk waren. De monitor stond tevens in het teken van het leveren van informatie ter onderbouwing van het advies van de NZa over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 1 januari 2011. Beleidsmatige conclusies geeft de NZa in dat advies weer, gebaseerd op de feitelijke informatie in deze monitor. Het advies is eind januari 2010 gepubliceerd en kan worden geraadpleegd op de website van de NZa (www.nza.nl).

Gebleken is dat de beschikbaarheid van betrouwbare data in de GGZ een groot probleem is. De NZa draagt bij aan betere informatie door gerichte handhavingactiviteiten voor de aanlevering van de zogeheten minimale dataset (MDS) door GGZ-instellingen. Ook analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door deze te vergelijken met de dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering.

Speerpunten in de monitor GGZ in 2009

Deze monitor gaat nader in op de volgende aspecten:

- de ontwikkeling van de vraag naar curatieve GGZ;
- ontwikkelingen in het aanbod van curatieve GGZ;
- het contracteren van GGZ;
- de ontwikkeling van het volume en de kosten van curatieve GGZ;
- de ervaringen met dyslexiezorg in het eerste jaar dat deze zorg vergoed wordt uit de zorgverzekering.

De ontwikkeling van de vraag naar GGZ

Het aantal mensen dat gebruik maakt van curatieve GGZ neemt toe. Het beroep op de curatieve GGZ in de tweede lijn stijgt licht in de periode 2005-2007 door toename van het aantal cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg. Het aantal mensen dat gebruik maakt van eerstelijnszorg neemt al enige jaren in substantiële mate toe. Daarbij moet worden aangetekend dat er grote regionale verschillen in het gebruik van GGZ bestaan.

Het totaal aantal mensen met psychische klachten is de laatste jaren ongeveer stabiel gebleven. De toename van het beroep op de GGZ – de manifeste vraag – wordt dan ook voornamelijk veroorzaakt door de manier waarop de samenleving met mensen met geestelijke problemen omgaat.

Er is een aanzienlijke latente vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Uit de ontwikkeling van E-mental health valt te concluderen dat de latente vraag door actieve zorgaanbieders omgezet kan worden in een manifeste zorgvraag. De omvang van de latente vraag naar GGZ roept vragen op omtrent de beheersbaarheid van kosten aan de ene kant en zorg bieden aan degenen met psychische klachten aan de andere kant.

Ontwikkelingen in het aanbod van zorg

Er zijn diverse ontwikkelingen in het aanbod zichtbaar. Kenmerkend voor de GGZ is dat aanbieders hun marktpositie proberen te versterken door nieuwe markten te betreden dan wel nieuwe producten aan te bieden. Daarnaast is in toenemende mate aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit blijkt onder meer uit de ontwikkeling (en toepassing) van Routine Outcome Monitoring (ROM), richtlijnen, zorgprogramma's en prestatie-indicatoren.

In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie. Toetreding vindt plaats maar is nog beperkt van omvang, zowel wat betreft zorgaanbieders als de productie per aanbieder. Er bestaan toetredingsdrempels in de vorm van garantiebudgetten van zorgverzekeraars, de marktconcentratie en de benodigde investeringen in werkkapitaal. Toetreding vindt vooral plaats op de markt van de (lichte) ambulante GGZ. Concurrentie lijkt zich dan ook voornamelijk te beperken tot deze markt.

De toegankelijkheid van het aanbod wordt gekenmerkt door langere wachttijden in de tweedelijns voor met name kinder- en jeugdGGZ. Een gebrek aan hardheid van wachttijdgegevens maakt het moeilijk om meer precieze conclusies te trekken. In januari 2010 is de nadere regel wachttijdregistratie in werking getreden voor alle zorgaanbieders die ambulante GGZ aanbieden. De NZa maakt in haar volgende monitor indien mogelijk gebruik van deze gegevens. Ook de reistijd naar de verschillende zorgaanbieders laat zich momenteel moeilijk vaststellen.

Het contracteren van GGZ

Zorgverzekeraars hanteren gedifferentieerde contracten voor eerstelijnszorg. Ook bij de contractering van vrijevestigden vindt differentiatie in tarieven in toenemende mate plaats. Er zijn evenwel verschillen van mening tussen marktpartijen over de gehanteerde criteria voor tariefdifferentiatie alsook over het contracteringsproces. Dit heeft er toe geleid dat er in de eerstelijnszorg sprake is van initiatieven tot contractvrije zorg.

De contractering van instellingen gebeurt op basis van klassieke budgetparameters en zogeheten 'budgetgaranties'. Boven op de budgetgaranties bestaat 'vrije ruimte' die zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid biedt om kwaliteit een rol te laten spelen bij de onderhandelingen. De toenemende aandacht voor kwaliteit richt zich met name op het verbeteren van transparantie. Er bestaat bij zorginkopers nog weinig inzicht in volume. Meer inzicht in volumes, inhoud en kwaliteit van zorg is onontbeerlijk voor goede onderhandelingen over de juiste prijs-/kwaliteitverhouding van de zorg.

Het gebruik van DBC's bij de contractering moet nog van de grond komen. Voor een effectief gebruik van DBC's bij de inkoop moeten enerzijds enkele tekortkomingen van het systeem (productgroepen) worden gerepareerd, anderzijds kan meer onderhandelingsruimte een oplossing bieden voor zorg die zich niet in een optimale DBC-structuur laat vangen (bijvoorbeeld door tarieven met een bandbreedte).

De ontwikkeling van volume en kosten

De NZa beschikte eind 2009 nog niet over definitief inzicht in het werkelijk gerealiseerde totale volume en kosten van curatieve GGZ in 2008. Op basis van de beschikbare realisatiecijfers van instellingen blijkt echter dat het gerealiseerde volume en de kosten van gebudgetteerde instellingen nauwelijks verschilt van de productieafspraken die zij met zorgverzekeraars maken. Het totaal volume en de totale omzet van de

productieafspraken is in 2009 ten opzichte van 2008 wel gestegen (3.5% respectievelijk 6.4%). De NZa gaat in haar monitor GGZ in 2010 nader in op het volume- en prijseffect bij deze stijging. Het volume stijgt vooral bij de ambulante curatieve GGZ en op de deelmarkt kinderen en jeugd. Deze ontwikkeling typeert de positie van de zorgverzekeraars op de inkoopmarkt: terughoudend bij overschrijding van budgetafspraken maar vooralsnog niet bij machte te sturen op volume.

De totale kosten curatieve GGZ in 2008 bedragen naar schatting ongeveer 3,3 miljard (exclusief eerstelijns en nieuwe aanbieders). De kosten van de gebudgetteerde GGZ stijgen sinds 2006 gematigd. De kosten van kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg groeien relatief snel. Er zijn opmerkelijke geografische kostenverschillen zichtbaar die alleen verklaard kunnen worden als meer achterliggende data ter beschikking komen. De kosten voor de GGZ zijn overigens niet gelijk verdeeld over de storno's. Het grootste deel van de kosten (45%) komt voor rekening van de verslavingszorg (alcohol en overige middelen) en de behandeling van schizofrenie en depressie.

Dyslexie

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. Dyslexiezorg is een eigenstandige aanspraak waarbij de GGZ DBC-systematiek wordt gevolgd. Het betreft zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die in 2009 zeven of acht jaar oud zijn en basisonderwijs volgen.

Er zijn nog weinig gegevens beschikbaar over de ervaringen met dyslexiezorg in dit eerste jaar. Dit heeft onder andere te maken met de het moment van meting (derde kwartaal) en de lange doorlooptijd van de DBC's. Wel is duidelijk dat de instroom van cliënten op gang is gekomen. Het ontbreekt bij aanmelding relatief vaak aan een schoolanamnese waardoor cliënten niet ontvankelijk worden verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanameses zal het aantal ontvankelijke kinderen de komende jaren groeien. Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen. Door de aanbieders van dyslexiezorg vindt kwaliteitsborging op verschillende manieren plaats. Voor zover de eerste gegevens een conclusie toelaten lijkt nauwelijks sprake te zijn van wachtlijsten. De beschikbare gegevens tonen een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden. Hierbij verdient wel de aandacht dat de geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen achterblijft. Gezien het aantal cliënten in dergelijke dunbevolkte gebieden is een efficiënte voorziening van dyslexiezorg niet eenvoudig.

De NZa beschikt niet over gegevens die aangeven in hoeverre cliënten gebruik maken van vrijgevestigde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden, waardoor met name de grotere instellingen cliënten behandelen. Vanuit cliëntenperspectief is dit weinig problematisch mits de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd is.

Het eerste beeld van dyslexiezorg in 2009 dat de NZa heeft geschetst, leidt nog niet tot duidelijkheid over de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep dyslexie. Naar verwachting laat het ministerie van VWS de invoering van dyslexiezorg op korte termijn evalueren. De NZa beveelt aan om bij deze evaluatie de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep nader te bestuderen.

Acties NZa

- De NZa vertaalt feitelijke bevindingen in beleidsmatige adviezen zoals in haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ;
- In de monitor 2010 wordt nader ingaan op het consumentenbelang;
- In 2010 analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door vergelijking met dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering;
- De NZa maakt in haar volgende monitor GGZ indien mogelijk gebruik van de gegevens die gegenereerd worden door de nadere regel wachttijdregistratie voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- Indien prestatiebekostiging wordt ingevoerd in lijn met het advies van de NZa vallen bestaande toetredingsdrempels waaronder de garantiebudgetten in belangrijke mate weg. Bij handhaving van het bestaande bekostigingssysteem onderzoekt de NZa welke acties nodig zijn om bestaande toetredingsdrempels te verminderen;
- De NZa ontwikkelt een betere meting van de marktconcentratie en reistijd mits betere data beschikbaar komt. Om het bovenregionale aanbod in kaart te brengen is inmiddels de wijkcode van de zorglocatie toegevoegd aan de minimale dataset GGZ;
- De NZa stelt spelregels op voor de contractering van vrijgevestigde zorgaanbieders door zorgverzekeraars op vanwege de frequente onenigheid over het contracteringsproces;
- In de monitor 2010 geeft de NZa een meer definitief beeld van volume en kosten van de curatieve GGZ in 2008. Tevens krijgt de ontwikkeling van de kosten in een prijs- en volumecomponent aandacht;
- De NZa doet nader onderzoek naar de achtergronden van de geografische kostenverschillen in de GGZ.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling

De NZa ontwikkelt een monitor voor de curatieve GGZ met als doelstelling om inzicht te geven in:

- de werking van de GGZ-(deel)markt(en) (aan de hand van analyses van de structuur en het gedrag van de spelers op de markten) en
- de effecten van de werking van de markten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ.

De NZa heeft behoefte aan het inzicht in de werking van de markt en de effecten daarvan om:

- de effecten van veranderingen van regulering in kaart te kunnen brengen;
- mogelijkheden van deregulering te onderzoeken;
- op basis van sectorkennis het markttoezicht uit te kunnen voeren (aanmerkelijke marktmacht en zienswijzen).

Om structureel en effectief de GGZ te kunnen monitoren moet de NZa een goede infrastructuur daarvoor ontwerpen. Onder een infrastructuur wordt verstaan een analysekader in de vorm van een aantal indicatoren en de borging van de beschikbaarheid van betrouwbare data om conclusies over de meerjarige ontwikkeling van die indicatoren te kunnen trekken. De infrastructuur moet in 2009 klaar zijn. Tegelijk met de opbouw hiervan wil de NZa een nulmeting in 2009 publiceren. De nulmeting ligt hier voor.

Deze nulmeting is vanwege de korte ontwikkeltermijn noodgedwongen limitatief. Het is immers niet mogelijk om voor alle indicatoren al in 2009 betrouwbare informatie te krijgen. Omdat het gaat om een nulmeting met een limitatief bereik kent de voorliggende rapportage niet de gebruikelijke opbouw van een monitor van de NZa. De NZa focust hier op enkele aspecten (zie paragraaf 1.2). Deze focus betekent ook dat de effecten van het functioneren van de zorgmarkt in termen van de consumentenbelangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit) nog niet in afzonderlijke hoofdstukken integraal geschetst worden. Dat wil niet zeggen dat de consument uit beeld verdwijnt. Daar waar mogelijk gaat de NZa in op relevante ontwikkelingen bij de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. In de monitor GGZ die de NZa in 2010 publiceert zal de NZa verder ingaan op het consumentenbelang.

Een belangrijke functie van deze nulmeting was informatie te genereren die de NZa kon gebruiken bij haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 1 januari 2011. Dit advies is begin 2010 afgerond. De beleidsmatige adviezen op basis van de gegevens in deze monitor vermeldt de NZa in het genoemde advies. Deze monitorrapportage schetst feitelijke ontwikkelingen.

In deze rapportage beschrijft de NZa ook ontwikkelingen in de zorgmarkt dyslexie. Dit op verzoek van het ministerie van VWS dat de invoering van dyslexie in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wil kunnen volgen.

1.2 Focus: doel- en vraagstelling

Het onderwerp van de focus van de monitor 2009 is gegenereerd aan de hand van een interne risicoanalyse opgesteld op basis van liggende analyse en literatuur.

De monitor curatieve GGZ 2009 richt zich op het onderwerp transparantie van volume en heeft als doelstelling, het in kaart brengen van:

- het aanbod curatieve GGZ
- het volume curatieve GGZ en de volumeontwikkeling 2008-2009
- de ervaringen met de huidige productstructuur bij de inkoop van GGZ

De meting in 2009 betreft een nulmeting van de meest actuele gegevens uit 2009, daar waar mogelijk wordt echter ook data uit eerdere jaren – en dan voornamelijk uit 2008 – in kaart gebracht.

De doelstelling laat zich vertalen naar de volgende vraagstelling:

- Wat is het aanbod aan curatieve GGZ en hoe ontwikkelt het aanbod zich?
- Wat is het volume van curatieve GGZ en hoe ontwikkelt dat zich?
- Wat zijn de ervaringen met de huidige productstructuur bij de inkoop van GGZ-zorg?

Zoals aangegeven schenkt de NZa ook aandacht aan dyslexiezorg. De NZa doet dat op basis van een aantal specifieke vragen van het ministerie van VWS. Het betreft een gelimiteerd aantal kengetallen over dyslexiezorg.

1.3 Kwaliteit gegevens in de GGZ

De NZa en andere publieke organisaties hebben informatie nodig om de verschillende taken te kunnen uitvoeren. De NZa streeft ernaar de administratieve lasten die dit met zich meebrengt zo beperkt mogelijk te houden en gebruikt daarom voor haar taken de diverse al bestaande informatiebronnen zoals de budgetgegevens van instellingen, het jaardocument maatschappelijke verantwoording voor informatie op geaggregeerd niveau én voor gegevens over alle geleverde GGZ in Nederland de MDS-gegevens. Alle zorgaanbieders die Zvw-zorg declareren in de vorm van GGZ-DBC's, zijn sinds 1 januari 2008 verplicht deze MDS-gegevens maandelijks toe te sturen aan de NZa.

De aangeleverde MDS-gegevens blijken tot op heden van onvoldoende kwaliteit. In een door DBC Onderhoud uitgevoerde nulmeting datakwaliteit¹ blijkt dat er geen volledige lijst bestaat van aanbieders van GGZ-zorg, dat de bekende zorgaanbieders nog niet allemaal MDS-gegevens aanbieden, dat de aangeleverde gegevens vertraagd binnenkomen en dat ook inhoudelijk de gegevens niet altijd juist zijn. Het gevolg daarvan is dat het effect van regulering en beleid moeilijk meetbaar is, dat toezicht nog geen structureel karakter heeft en het onderhouden van de productstructuur moeizaam is. Dit laatste bleek bijvoorbeeld recent bij het vaststellen van de productstructuur DBC GGZ 2010, waarbij DBC Onderhoud slechts een beperkt deel van de MDS-productiegegevens als voldoende betrouwbaar beoordeelde.

¹ DBC-Onderhoud, 'Nulmeting DIS-kwaliteit', maart 2009, <http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=6184&name=Rapport-nulmeting-DIS-data&rnd=633907029398530684>

De NZa zet zich daarom samen met het ministerie van VWS en DBC Onderhoud actief in om ervoor te zorgen dat de DBC-registratie door zorgaanbieders en daaruit gegenereerde MDS-levering verbetert. Ook wordt hierin samengewerkt met vertegenwoordigers van de zorgaanbieders en andere publieke afnemers van de MDS-gegevens zoals het CBS en CVZ. De verschillende lopende en geplande acties gericht op kwaliteitsverbetering zijn hieronder uitgewerkt.

VWS werkt aan een overzicht van de GGZ-zorgaanbieders. Zo'n overzicht is een belangrijke randvoorwaarde voor meting en verbetering van de kwaliteit van de MDS-dataset. Dit is een lastige opgave omdat nieuwe partijen niet verplicht zijn zich op één punt te registreren als aanbieder van GGZ binnen de Zorgverzekeringswet. Het nieuw handelsregister biedt op dit punt ook onvoldoende informatie.

Een bijzonder belangrijke rol is weggelegd voor de directie DIS van DBC Onderhoud, die als private partij de zorgaanbieders ondersteunt en begeleidt in het MDS-aanleverproces. DIS is voorzitter van een werkgroep Datakwaliteit MDS GGZ, waarin zowel zorgaanbieders als afnemers vertegenwoordigd zijn. Ook voorziet DIS de zorgaanbieders van rapportages waarmee zij kunnen controleren of de eigen data zoals toegestuurd aan DIS volledig is. Samen met de publieke afnemers ontwikkelt DBC Onderhoud kwaliteitsindicatoren over de MDS-gegevens, die ook in de vorm van rapportages aan de individuele zorgaanbieders ter beschikking zullen worden gesteld.

De NZa is de opsteller van de MDS-aanleververplichting en heeft op 1 januari 2010 deze verplichting herzien zodat deze duidelijker en juridisch beter handhaafbaar wordt. De herziening zal tevens leiden tot een verlaging van de administratieve lasten voor kleine aanbieders daar de mogelijkheid is gecreëerd per kwartaal of half jaar aan te leveren. De NZa houdt ook toezicht op de naleving van deze aanleververplichting. Door gerichte handhavingactiviteiten is in 2009 de MDS-aanlevering door GGZ-instellingen verbeterd. Deze aanpak zal in 2010 worden voortgezet. Ook analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door deze te vergelijken met de dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering.

Het uiteindelijke effect van deze acties is dat door inspanningen van marktpartijen de kwaliteit van de data sterk verbetert. Dit stelt de NZa in staat om de werking van de zorgsector beter te kunnen beoordelen. In deze monitor heeft de NZa nog een aantal analyses moeten uitstellen omdat de kwaliteit van data tekortschoot.

1.4 Typering GGZ: aanbieders, bekostiging en financiering

In deze monitor wordt de term ambulante en klinische curatieve GGZ gebruikt. Deze term sluit aan bij de budgetgegevens die een belangrijke kwantitatieve databron vormen voor deze monitor. Een andere veelgebruikte term die past binnen de dbc-systematiek betreft behandeling met of zonder verblijf.

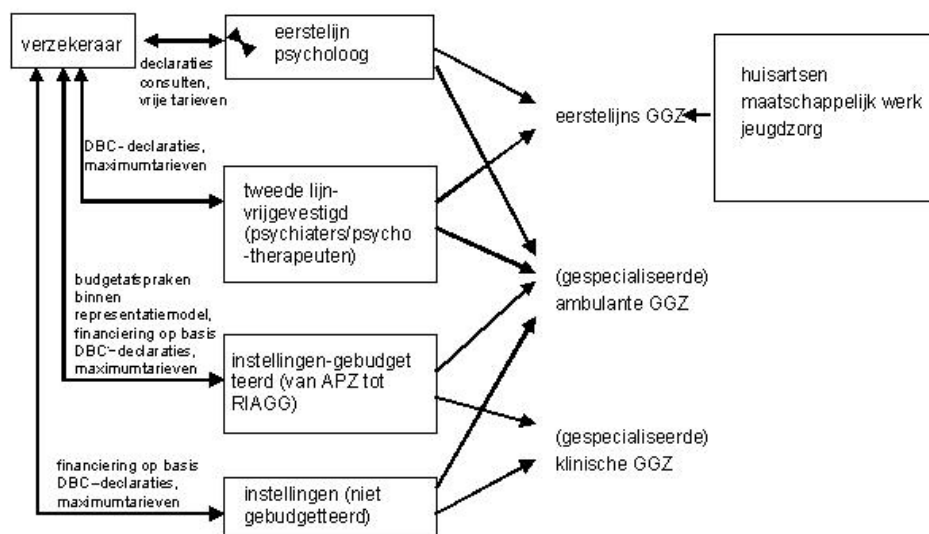
Het Trimbos-instituut typeert het aanbod door onderscheid te maken tussen brede ofwel geïntegreerde GGZ-instellingen en gespecialiseerde GGZ-instellingen. In geïntegreerde instellingen wordt min of meer het volledige scala aan GGZ-voorzieningen geboden. Daarnaast zijn er

verschillende gespecialiseerde GGZ-instellingen actief. Het gaat daarbij dan om zelfstandige Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Apz-en), Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIagg's), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische universitaire klinieken (PUK). Ook bestaan categorale instellingen voor specifieke cliëntcategorieën; jeugdpsychiatrische klinieken, verslavingszorg en forensisch-psychiatrische zorg. Daarnaast is er een groep aanbieders die vooral ambulante curatieve GGZ aanbiedt. Deze aanbieders bieden een breed dienstenpakket aan, maar zijn niet altijd gespecialiseerd dan wel deeluitmakend van geïntegreerde GGZ-instellingen. Naast instellingen bieden ook zelfstandig gevestigde hulpverleners (psychiaters en psychotherapeuten) gespecialiseerde GGZ. Tenslotte is er de eerstelijns GGZ die volgens het Trimbos-instituut in minder mate te beschouwen is als een afzonderlijke, georganiseerde sector maar meer als een 'werkveld' van een aantal beroepsgroepen. Zo leveren niet alleen eerstelijns psychologen eerstelijns GGZ maar ook bijvoorbeeld huisartsen en maatschappelijk werkers.

De zorg van bovenstaande zorgaanbieders wordt normaliter in vier zorgcircuits (of deelmarkten) verdeeld. Het gaat daarbij om kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen, verslaving en forensische zorg.² Deze indeling wordt ook in deze monitor gehanteerd.

De zorgaanbieders in de GGZ worden op verschillende manieren bekostigd (zie figuur 1.1).

Figuur 1.1. zorgaanbieders GGZ en hun bekostiging



Sinds 2008 wordt de curatieve GGZ op basis van DBC's gefinancierd. De bekostiging vindt plaats door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie. GGZ-aanbieders komen voorafgaand aan het jaar met verzekeraars prijzen overeen voor zowel de budgetparameters als de DBC's op basis van het verwachte volume. Gedurende het jaar factureren de GGZ-aanbieders de daadwerkelijk geleverde zorg op basis van de DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met de budgetafspraken

² Deze indeling moet niet worden gezien als marktafbakening als gebruikt door de NZa in haar zienswijzen aan de NMa. De NMa hanteert in haar beschikkingspraktijk een andere marktafbakening.

die aan het werkelijke volume zijn aangepast. Wanneer de DBC's meer hebben opgeleverd dan de budgetafspraken, betaalt de zorgaanbieder het verschil terug. Is er op basis van de DBC's juist sprake van te weinig inkomsten, dan krijgt de aanbieder het verschil achteraf bijbetaald. De huidige budgetbekostiging werkt dus als een vangnet om een te hoog of een te laag resultaat van de DBC-financiering op te vangen. Uitzondering op deze systematiek vormen de GGZ-aanbieders die sinds 2008 zijn toetreden en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Hun bekostiging vindt al volledig op basis van DBC's met maximumprijzen plaats, dus zonder vangnet.³

Bij het opnemen van de eerstelijns psychologische zorg in het basispakket is besloten om het consultsysteem te handhaven en niet over te stappen op DBC-bekostiging. Met ingang van 1 januari 2008 zijn deze tarieven vrij.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van de monitor is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de vraag naar curatieve GGZ. Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling en de omvang van het aanbod. In hoofdstuk 4 komt de contractering van GGZ door zorgverzekeraars aan de orde. Hoofdstuk 5 brengt de kosten en het volume van de GGZ in kaart. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 aandacht besteed aan dyslexiezorg op basis van een aantal specifieke vragen van het ministerie van VWS.

³ NZa. 2009. Uitvoeringstoets Curatieve GGZ

6. Dyslexie

6.1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. In dit hoofdstuk staat een compacte beschrijving van de stand van zaken na bijna een jaar ervaringen. Aan de orde komen, na inleidende paragrafen over de vergoeding en de bekostiging van dyslexiezorg de ontwikkeling van de vraag, het aanbod en de toegankelijkheid. Zoals al in hoofdstuk 1 staat aangegeven gebeurt dit aan de hand van die aspecten die het ministerie van VWS graag in kaart gebracht wilden zien worden. Dit als voorlopige inschatting vooruitlopend op het aangekondigde evaluatie onderzoek. Een kanttekening bij het onderstaande beeld is dat het noodgedwongen voorlopig is. Met name het feit dat de bekostiging verloopt via DBC's leidt er toe dat veel informatie over bijvoorbeeld het volume nog niet beschikbaar is.

Samenvatting

- Het verkrijgen van een eerste beeld lastig, vooral vanwege de versleuteling van dyslexie binnen de productstructuur.
- De instroom is snel op gang gekomen.
- Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen.
- De geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen blijft achter.
- Kwaliteitsborging vindt op verschillende manieren plaats.
- Het ontbreekt bij aanmelding relatief vaak aan een schoolanamnese.
- Er bestaat een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden.
- Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden.

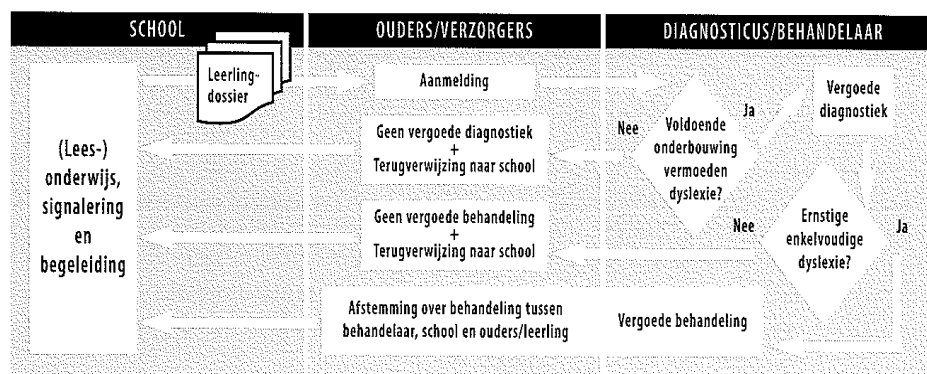
6.2 De vergoeding en bekostiging van dyslexie

6.2.1 Dyslexie in de Zvw

De diagnostiek en behandeling van dyslexie voor kinderen valt per 1 januari 2009 onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Dyslexiezorg is een eigenstandige aanspraak waarbij de GGZ DBC-systematiek wordt gevolgd. Het betreft zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die in 2009 zeven of acht jaar oud zijn en basisonderwijs volgen. De zorg dient te worden verleend volgens het protocol 'Protocol Dyslexie, diagnostiek en behandeling' (Blomert 2006). Kinderen met meervoudige stoornissen komen niet in aanmerking voor vergoeding op basis van deze regeling omdat voor hen andere vergoedingsregelingen bestaan (zie figuur 6.1).

Kenmerkend voor de regeling is dat scholen de eerste poortwachter vormen. Ouders moeten bij aanmelding bij de zorgaanbieder een rapport (anamnese) van de school kunnen overleggen. Daarin staan de bevindingen van de scholen over de leesvaardigheden van het kind.

Figuur 6.1. proces toegang tot dyslexiezorg



Bron: NIP/NVO, Protocol Dyslexie Diagnostiek en behandeling: implementatie in de praktijk

CVZ schat de vraag naar ernstige, enkelvoudige dyslexie op ongeveer 3,6% van de jaarlijkse instroom van kinderen in het basisonderwijs. De regeling breidt de vergoeding ten laste van de ZVW jaarlijks uit met 1 jaar zodat in 2013 de behandeling van kinderen tot 12 jaar wordt vergoed in het kader van de Zvw.

6.2.2 De bekostiging

Voor de behandeling van dyslexie bestaan maximumtarieven. Deze tarieven mogen alleen worden gedeclareerd door kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen-generalist, die geregistreerd zijn bij hun beroepsvereniging, te weten respectievelijk het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).⁹⁸ Ook GGZ-aanbieders die als hoofdbehandelaar een DBC mogen openen conform de DBC-spelregels mogen mits zij een overeenkomst hebben met de verzekeraar tarieven in rekening brengen voor dyslexiezorg. Deze eis geldt niet voor de hiervoor genoemde gespecialiseerde dyslexieaanbieders.

Registratie van dyslexiezorg vindt plaats onder de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd' van de behandel tabel van de productstructuur DBC's GGZ. De productgroepen diagnostiek en 'overige stoornissen in de kindertijd' kennen voor 2009 de structuur zoals weergegeven in tabel 6.1.

⁹⁸ Hierbij geldt de beperking dat de kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen-generalist voornamelijk tot en met de evaluatiestudie dyslexie onder de vergoedingsregeling vallen.

Tabel 6.1. structuur productgroepen dyslexie

Code	Omschrijving productgroep	Activiteit (geen vast onderdeel omschrijving productgroep)	Tarief €
007	Diagnostiek – vanaf 0 tot 100 minuten		133
008	Diagnostiek – vanaf 100 tot 200 minuten		278
009	Diagnostiek – vanaf 200 tot 400 minuten		513
010	Diagnostiek – vanaf 400 tot 800 minuten – variant 1	Zonder Psychodiagnostisch onderzoek	939
011	Diagnostiek – vanaf 400 tot 800 minuten – variant 2	Met Psychodiagnostisch onderzoek	1.143
012	Diagnostiek – vanaf 800 minuten		2.124
040	Overige kindertijd – vanaf 250 tot 800 minuten		1.069
041	Overige kindertijd – vanaf 800 tot 1800 minuten		2.205
042	Overige kindertijd – vanaf 1800 tot 3000 minuten		4.049
135	Overige kindertijd – vanaf 3000 tot 6000 minuten		6.497
136	Overige kindertijd – vanaf 6000 minuten		12.939

Bron: Productstructuur DBC GGZ 2009

Zorgverzekeraars maken geen budgetafspraken met reguliere GGZ-instellingen maar hanteren specifieke overeenkomsten voor de contractering van dyslexiezorg. Deze contracten gaat uit van zorg op declaratiebasis, aan de hand van geleverde DBC's.

Zorgverzekeraars vergoeden niet het maximumtarief maar ongeveer 95% daarvan. Verschillende hanteren ook een soort degressief tarief voor de langdurige diagnostiek (vanaf 400 minuten).

6.3 De zorgvraag

6.3.1 Inleiding

In deze paragraaf hoofdstuk komt de vraag naar dyslexiezorg aan de orde. Er zijn nog weinig gegevens over de vraag naar dyslexiezorg in 2009. Dat heeft twee oorzaken. Ten eerste wordt dyslexiezorg betaald op basis van gedeclareerde DBC's met een lange doorlooptijd (40-60 weken). Ten tweede zijn dyslexiedeclaraties niet als zodanig herkenbaar voor zorgverzekeraars.⁹⁹ Zorgverzekeraars geven aan dat zij een declaratie als dyslexiezorg herkennen als deze ingediend wordt door een zorgverlener of instituut met alleen dyslexiezorg. De NZa baseert zich bij onderstaande analyse op gegevens van het Kwaliteitsinstituut Dyslexie en het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD).

6.3.2 Aantallen cliënten 2009

Uitgaande van een prevalentie van 3,7% geeft het CVZ aan te verwachten dat elk jaar ongeveer 12.000 kinderen in aanmerking komen voor een diagnose. Daarvan heeft ongeveer 7.200 daadwerkelijk ernstige dyslexie (60%). Omdat een behandeling veel vergt van zowel kind als verzorger schat CVZ het aantal behandelingen op ongeveer 3.600 (50%).¹⁰⁰ De gegevens van NRD en KD laten zien dat tot oktober ongeveer 2300 kinderen zijn aangemeld voor behandeling. Het aantal

⁹⁹ De prestatiecode die zichtbaar is op de binnengekomen declaratie bestaat uit de typeringscode (waaruit valt op te maken of het reguliere zorg/ spoed of vervolg behandeling betreft), de diagnosecode (waaruit de psychische klacht volgens de DSMIV op wordt aangegeven) en de productgroepcode (waaruit het aantal minuten en verblijf/geen verblijf valt op te maken). De diagnosecodering kent ook een codering voor leesstoornissen. Bij de declaratie is deze codering geanonimiseerd tot alléén de eerste positie, zodat hieruit niet valt op te maken dat het hier om leesstoornissen dan wel ernstige dyslexie gaat wanneer er bij een verzekeraar een DBC overige stoornissen in de kindertijd wordt gedeclareerd.

¹⁰⁰ CVZ, Dyslexie: van zorg verzekerd?, 2007

geopende DBC's bedraagt ongeveer 2250.¹⁰¹ Daarvan is ongeveer 37% alleen diagnostiek.

Op het moment van meting (november 2009) beschikte de NZa niet over de mogelijkheden om de data van het KD en NRD op een betrouwbare manier op te schalen om aan te kunnen geven hoeveel kinderen daadwerkelijk dyslexiezorg krijgen. De hier weergegeven data zijn nadrukkelijk te beschouwen als een nulmeting. Meer analyse vindt plaats in de evaluatiestudie die het ministerie van VWS laat uitvoeren. Indicatieve berekeningen van de prevalentie op basis van aantallen aanmeldingen per school suggereren dat het gebruik van dyslexiezorg lager ligt dan de schattingen van CVZ.

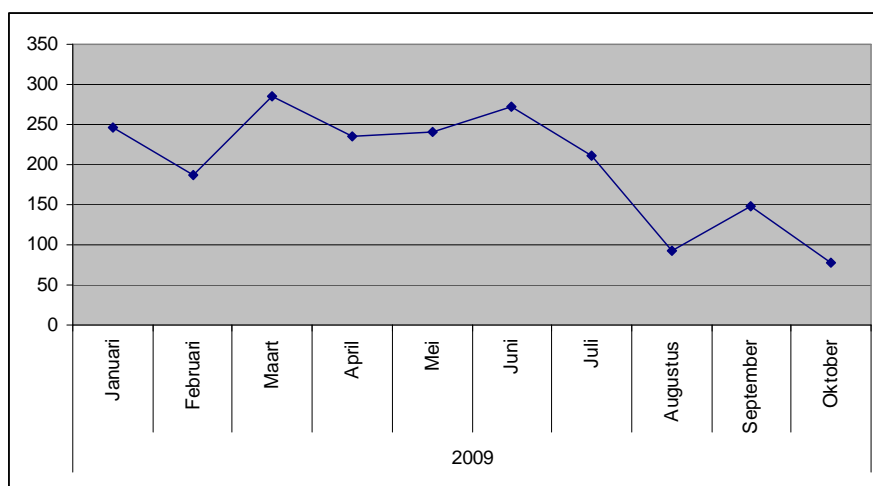
De beschikbare data geven evenmin een precies inzicht in het aantal kinderen dat al in 2008 een diagnose of behandeling kende en deze voortzette in 2009 (overloop). Uitgaande van het aantal DBC's dat op 1 of 2 januari 2009 is geopend schat de NZa de overloop op ongeveer 3%.

Uit de beschikbare data blijkt dat de kinderen met een diagnose en/of behandeling in 2009 ook in dat jaar in meerderheid de 9-jarige leeftijd bereikt. Mogelijk wijst dit er op dat veel ouders in 2008 gewacht hebben met het aanmelden van hun kind bij een behandelaar.

6.3.3 Aantallen geopende DBC's

Te verwachten viel dat sprake zou zijn van een startfase waarin het aantal cliënten in de loop van 2009 zou toenemen. Afgemeten aan het verloop van geopende DBC's is dit echter niet het geval. Het aantal geopende DBC's ligt in de eerste helft van het jaar per maand op een vergelijkbaar niveau. Het aantal daalt vanaf juli hetgeen waarschijnlijk een registratie-effect is.

Figuur 6.2. aantallen geopende DBC's in 2009 per maand



Bron: KD/NRD

¹⁰¹ De database van het KD bevat ongeveer 250 cliënten, de database van het NRD bevat ongeveer 2000 cliënten. De precieze aantallen per analyse verschillen iets doordat beide databases op een andere manier gevuld zijn.

6.4 Het aanbod

6.4.1 Soort en aantallen aanbieders

Het aanbod van behandelaars van de wettelijk vergoede dyslexiezorg bestaat uit:

- gespecialiseerde instituten voor dyslexie
- zelfstandige zorgverleners
- aangepaste schooladviesdiensten
- allianties van schooladviesdiensten en reguliere zorgverleners.

Dyslexiezorg wordt aangeboden door gespecialiseerde instituten, ook al voordat de vergoeding met ingang van 2009 gewijzigd werd. Er zijn ongeveer 7 instituten met ongeveer 45 vestigingen. De instituten zijn aangesloten bij het NRD.

Er zijn verschillende praktijken waarin een GZ-psycholoog/orthopedagoog in samenwerking met remedial teachers dyslexiezorg aanbieden. De NZa heeft geen inzicht in het aantal aanbieders en praktijken. Bij de NVO kunnen zich wel de psychologen en orthopedagogen aanmelden die zich dyslexiespecialist laten noemen. De stand eind 2009 is dat ongeveer 430 personen zijn ingeschreven, werkzaam bij verschillende aanbieders van dyslexiezorg. Omdat voor het verlenen van dyslexiezorg een afzonderlijk dyslexiecontract nodig is waarin staat aangegeven dat bekostiging verloopt via DBC's is het waarschijnlijk dat het aantal vrijgevestigde zorgaanbieders dat de wettelijk vergoede dyslexiezorg aanbiedt beperkt is.

De zorg voor dyslexie vond vaak plaats binnen de school waarbij schooladviesdiensten scholen adviseerden over de aanpak van dyslexie. Ook begeleidden onderwijsadviesbureaus de leerkrachten bij de begeleiding in schoolverband van dyslectische kinderen en werden deze kinderen door hen getest. Daarnaast bestonden er vrijgevestigde buro's, die diagnosestelling verzorgden. Met de overheveling naar de Zvw hebben schooladviesdiensten zich daarop aangepast en profileren zich als aanbieder van dyslexiezorg. Een voorbeeld is Onderwijszorg Nederland (ONL) dat eind 2008 is opgericht door de branchevereniging van onderwijsadviesbureaus, Edventure. Inmiddels zijn 23 schooladviesdiensten aangesloten bij ONL. Een aantal leden van ONL is aangesloten bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie.¹⁰²

Tussen verschillende zorgaanbieders ontwikkelen zich vormen van samenwerking. Zo huren sommige onderwijsadviesbureaus de kennis van dyslexie-instituten in en gebruiken zij elkaars faciliteiten. Ook komt het voor dat praktijken samenwerken met instituten.¹⁰³

6.4.2 Spreiding van het aanbod

De NZa heeft op basis van declaratiegegevens van het KD en NRD de spreiding van aanbieders van dyslexiezorg in kaart gebracht (zie figuur 6.3). Hoewel de NZa zich moet baseren op nog onvolledige gegevens zijn enkele kanttekeningen bij de spreiding van het aanbod mogelijk. Ten eerste is sprake van een hoge(re) dichtheid in het midden en westen van het land terwijl provincies als Zeeland, Friesland en Groningen aanmerkelijk minder goed bediend worden. De reisafstand kan in deze

¹⁰² De NZa heeft niet nader onderzocht hoe schooladviesdiensten waarborgen dat alleen de daartoe aangewezen zorgverleners DBC's openen. Evenmin heeft de NZa onderzocht hoe de kwaliteitsborging plaatsvindt (indien geen visitatie door het KD of NRD gebeurt).

¹⁰³ Een voorbeeld is de samenwerking tussen onderwijsadviesbureau Expertis met het dyslexie-instituut Braams. Deskundigen van Braams verzorgen de therapie. Instituut Braams werkt ook samen met een praktijk van een individuele orthopedagoog.

provincies fors oplopen. In geval van een wekelijkse therapie kan dit een beperking van de toegankelijkheid betekenen.

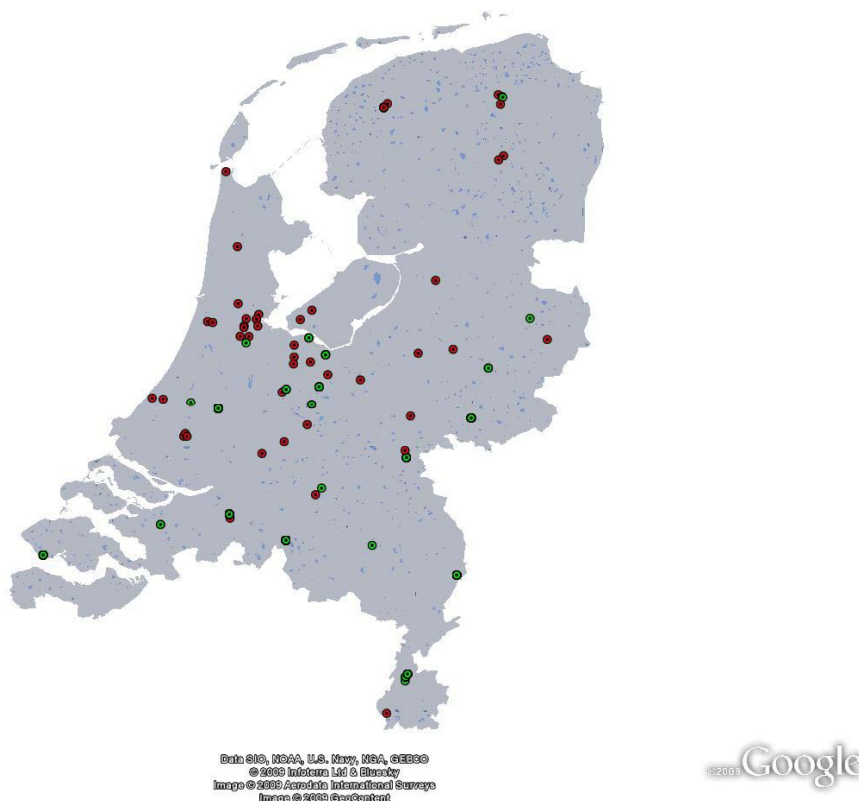
6.4.3 Kwaliteit van het aanbod

Kwaliteitsborging van dyslexiezorg vindt op verschillende manieren plaats:

- Acceptatie van het protocol Dyslexie door behandelaars en zorgverzekeraars.
- Aansluiting bij het NRD/visitatie en keurmerk/Aansluiting bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie/visitatie en keurmerk
- Kwaliteitsbewaking via registratie bij NIP/NVO
- Richtlijnontwikkeling NIP/NVO/LBRT/NVLF

Er is sprake van brede acceptatie van het protocol Dyslexie door behandelaars en zorgverzekeraars. Voor betaling door de zorgverzekeraar volstaat een overeenkomst voor bijvoorbeeld eerstelijnszorg niet, er moet een afzonderlijk dyslexie-contract zijn. In deze contracten is opgenomen dat de zorgverlener handelt volgens het Protocol Dyslexie.

Figuur 6.3. Spreiding aanbieders dyslexie



Bron: KD/NRD

Het NRD controleert de kwaliteit van de lidinstellingen aan de hand van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Na visitatie verleent het een A- of een B-aansluiting. Een A-aansluiting betekent dat een instituut/praktijk een aspirant aansluiting heeft. Een B-aansluiting betekent dat een instituut/praktijk een volledige aansluiting heeft en geheel volgens het protocol werkt. Vrijwel alle aangesloten instellingen hebben inmiddels een B-aansluiting.

Het Kwaliteitsinstituut Dyslexie verleent een kwaliteitskeurmerk. Dit gebeurt na visitatie. Bij de visitatie zijn onder andere de uitvoering van het protocol en het multidisciplinaire karakter van het behandelteam een aandachtspunt. In vergelijking met het NRD richten de visitaties van het KD zich meer op toetsing van procesmatige criteria. Het NRD en KD zijn in overleg om de visitaties meer op elkaar af te stemmen.

De schooladviesdiensten kennen een eigen keurmerkstructuur. Zo is branchevereniging Edventure een keurmerkorganisatie die aan de leden van Onderwijszorg Nederland het keurmerk Onderwijsadvies uitdeelt. Dit keurmerk richt zich echter op de schoolactiviteiten en niet op de zorgactiviteiten. In paragraaf 6.4.1 werd aangegeven dat onderwijsadviesdiensten psychologen en ergotherapeuten in dienst te nemen. In bepaalde gevallen huren zij kennis in bij dyslexie-instellingen. De NZa heeft niet meer informatie over de waarborgen van de kwaliteit van dyslexiezorg door schooladviesdiensten in het geval zij niet gevisiteerd worden door het KD of het NRD.

Vanuit de beroepsorganisaties vindt kwaliteitsborging plaats in de vormen van registratie en richtlijnontwikkeling. Er bestaan de beroepsregisters (NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog, NVO Orthopedagoog-Generalist en BIG-gezondheidszorgpsycholoog). Psychologen en orthopedagoogen zijn naar de mening van NIP/NVO gekwalificeerd om diagnostiek en behandeling volgens het Protocol Dyslexie uit te voeren. De individuele zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor het verwerven en onderhouden van de specifieke deskundigheid op het gebied van dyslexie. De beroepsbeoefenaren moeten zich daarover ook kunnen verantwoorden. De beroepsorganisaties NIP, NVO, LBRT en NVLF hebben ten slotte in samenwerking een richtlijn ontwikkeld. De richtlijn heeft als kern om de multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van dyslexie te waarborgen. Dit ook in reactie op het Protocol Dyslexie dat zich bij uitstek leent voor multidisciplinaire samenwerking.

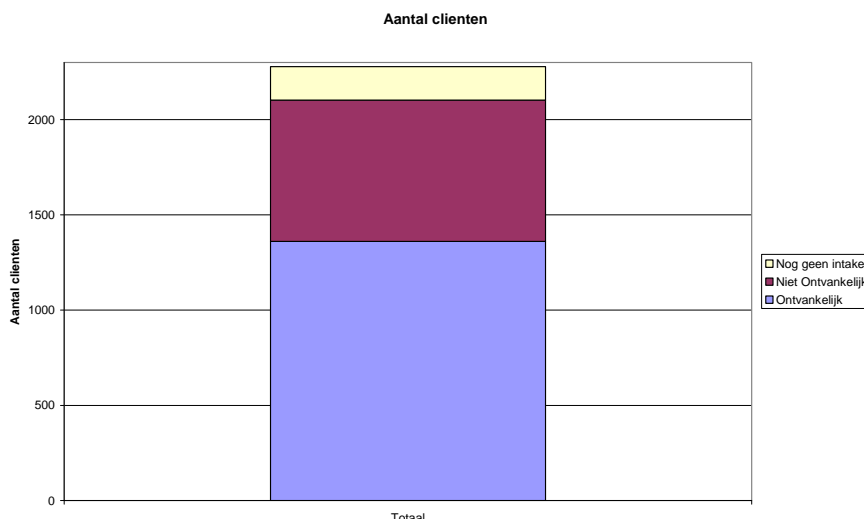
6.5 Toegankelijkheid

6.5.1 Aantallen ontvankelijk verklaard

Uit de gegevens van het KD en NRD blijkt dat ongeveer een derde van de aangemelde kinderen niet ontvankelijk wordt verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Zie figuur 6.5. In de praktijk betekent dit dat een schoolanamnese ontbreekt of dat het kind te oud is.

Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanameses zal het aantal ontvankelijke kinderen substantieel groeien.

Figuur 6.5. Aantal ontvankelijke cliënten

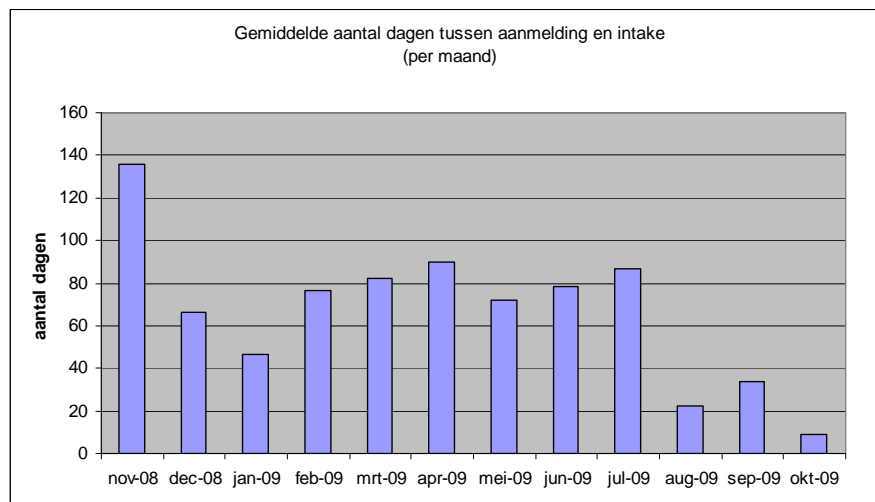


Bron KD/NRD

6.5.2 Wachttijden

De gemiddelde tijd tussen het moment van aanmelding en de intake bedroeg in de eerste helft van 2009 74 dagen.¹⁰⁴ In figuur 6.6 staat de gemiddelde wachttijd per maand aangegeven. De hoge wachttijd in november 2008 heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met het uitstel van de behandeling tot de invoering van de nieuwe regeling in 2009. De lagere wachttijden in de tweede helft van 2009 is een registratie-effect. De intakes die nog niet hebben plaatsgevonden zijn hierin nog niet verwerkt.

Figuur 6.6. aantal dagen tussen aanmelding en intake



Bron: NRD

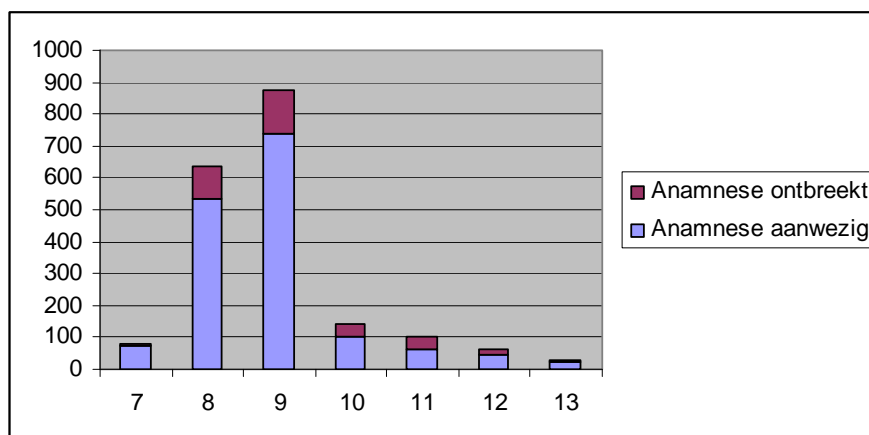
6.5.3 Aansluiting bij scholen

Een voorwaarde voor vergoeding van dyslexiezorg is dat de school een anamnese afgeeft. In de praktijk bereikt echter niet elke dyslexiebehandelaar zo'n anamnese. Bij de kinderen die op basis van

¹⁰⁴ De hardheid van de data laat nog geen beoordeling met behulp van de Treeknormen toe.

hun leeftijd eventueel recht hebben op vergoeding ontbreekt voor ongeveer 15% een schoolanamnese (figuur 6.7)

Figuur 6.7. aanwezigheid anamnese bij aanmelding per leeftijdsjaar



Bron: NRD

In principe kan de behandelaar de diagnose niet stellen als de schoolanamnese ontbreekt. De NZa beschikt niet over meer gegevens om vast te kunnen stellen wat de oorzaken zijn. De beschikbare data geven geen aanleiding te veronderstellen dat het ontbreken van een anamnese schoolafhankelijk is.

6.5.4 Financiële toegankelijkheid

De zorg voor ernstige, enkelvoudige dyslexie is opgenomen in het basispakket. Elke zorgverzekeraar stelt bij de toegang ongeveer dezelfde eisen die afleidbaar zijn uit het protocol. Een enkele zorgverzekeraar stelt een maximum aan het aantal behandelingen door bepalingen daaromtrent in de overeenkomst met de zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars zijn vrij om een machtiging door de zorgverzekeraar als voorwaarde tot toegang tot de zorg te eisen. Voor dyslexiezorg heeft slechts een enkele zorgverzekeraar dit in zijn verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Een andere zorgverzekeraar stelt als eis dat voorafgaande goedkeuring door de zorgverzekeraar plaats moet vinden als de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener.

De meerderheid van de zorgverzekeraars beperkt de zorg waar de verzekerde terecht kan tot de zorgverleners aangesloten bij het KD en/of NRD. Indien een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener krijgt deze een gedeeltelijke vergoeding van de gemaakte kosten. Deze is dan veelal 80% van het overeengekomen tarief. In de praktijk komt coulancebeleid voor. Eén zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld alleen NRD-instituten gecontracteerd. Bij het gebruik van zorg van andere aanbieders zou 80% moeten worden uitgekeerd. Echter, als er geen NRD-instituut op redelijke afstand is krijgt men ook een volledige vergoeding bij gebruik van een andere zorgaanbieder.

Het is mogelijk dat vrijgevestigde zorgaanbieders nadeel ondervinden van de boven genoemde polisvoorwaarden van zorgverzekeraars. Daarbij komt dat het contractueel leveren van dyslexiezorg veelal inhoudt dat de zorgaanbieder gegevens moet aanleveren bij het NRD en/of het KD waarmee in ieder geval de vertegenwoordigende organisaties niet

instemmen. De beschikbare gegevens laten niet toe om conclusies te trekken over effecten op de toegankelijkheid voor cliënten.

6.6 Conclusies en acties

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. De NZa beschikt nog over te weinig gegevens voor een definitief beeld van de ervaringen met dyslexiezorg in dit eerste jaar. De conclusies zijn dan ook onder voorbehoud.

Gegevens van het KD en NRD laten zien de instroom van cliënten op gang is gekomen. Het ontbreekt bij aanmelding echter relatief vaak aan een schoolanamnese waardoor cliënten niet ontvankelijk worden verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanamneses zal het aantal ontvankelijke kinderen de komende jaren groeien.

Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen. Door de aanbieders van dyslexiezorg vindt kwaliteitsborging op verschillende manieren plaats. Voor zover de eerste gegevens een conclusie toelaten lijkt nauwelijks sprake te zijn van wachtlijsten. De beschikbare gegevens tonen een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden. Hierbij verdient wel de aandacht dat de geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen achterblijft. Gezien het aantal cliënten in dergelijke dunbevolkte gebieden is een efficiënte voorziening van dyslexiezorg niet eenvoudig.

De NZa beschikt niet over gegevens die aangeven in hoeverre cliënten gebruik maken van vrijgevestigde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden, waardoor met name de grotere instellingen cliënten behandelen. Vanuit cliëntenperspectief is dit weinig problematisch mits de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd is.

Registratie van dyslexiezorg vindt momenteel plaats onder de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'. Aan een optimaal inzicht in het volume en de kosten van dyslexiezorg bij zorgverzekeraars zou een afzonderlijke dyslexieproductgroep bijdragen. Echter, omdat zorg voor een belangrijk deel plaatsvindt in de gespecialiseerde dyslexie-instellingen ontbreekt het zorgverzekeraars niet aan kostengegevens. Ten behoeve van monitoring door de NZa voldoet in eerste instantie de aanlevering van de MDS waarvan de kwaliteit naar verwachting zal toenemen. Het eerste beeld van dyslexiezorg in 2009 dat de NZa heeft geschetst leidt nog niet tot duidelijkheid over de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep dyslexie. Naar verwachting laat het ministerie van VWS de invoering van dyslexiezorg op korte termijn evalueren. De NZa beveelt aan om bij deze evaluatie de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep nader te bestuderen.