Marktscan en beleidsbrief

Geestelijke Gezondheidszorg

Weergave van de markt 2009-2013

april 2014

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.2 Totstandkoming marktscan 11
1.3 Leeswijzer 12

2. Omschrijving van de markt **13**
2.1 Wie leveren geestelijke gezondheidszorg? 13
2.2 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg? 14
2.2.1 Patiënten in curatieve GGZ 14
2.2.2 Patiënten in langdurende GGZ 15
2.3 Ontwikkelingen 16
2.3.1 Ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw) 16
2.3.2 Ontwikkelingen in Langdurende GGZ (AWBZ) 18

3. Marktstructuur **19**
3.1 Aantal zorgaanbieders 19
3.2 Omvang spelers 20
3.2.1 Omvang spelers in curatieve GGZ 20
3.2.2 Omvang spelers in langdurende GGZ 21
3.3 Toetreding 21
3.3.1 Toe- en uittreders curatieve GGZ 22
3.3.2 Toe- en uittreders langdurende GGZ 22
3.4 Financiële positie GGZ-concerns 23

4. Marktgedrag **25**
4.1 Bekostiging en financiering (voormalig) gebudgetteerde aanbieders 25
4.1.1 Overheveling Zvw – AWBZ 25
4.1.2 Niet-gehonoreerde overproductie 26
4.1.3 Eenmalige verrekening 26
4.1.4 Transitiebedrag in overgangsjaar 2013 26
4.2 Contracteergraad 27
4.3 Zorginkoop zorgverzekeraars curatieve GGZ 28
4.3.1 Zorginkoopbeleid 29
4.3.1.1 Algemeen beeld 29
4.3.1.2 Selectieve inkoop 29
4.3.1.3 Substitutie tweedelijns naar eerstelijns zorg 30
4.3.1.4 Binnen en buiten kernwerkgebied 30
4.3.2 Inkoopproces 31
4.3.3 Proces van contracteren 32
4.3.3.1 Contractsoorten curatieve GGZ 32
4.3.3.2 Kwaliteitseisen in contracten 33
4.3.3.3 Wijzigingen in contracten 34
4.3.3.4 Hoofdlijnenakkoord 34
4.4 Zorginkoop beleid 2014 curatieve GGZ 34
4.4.1 Inleiding 34
4.4.2 Substitutie-eisen naar basis GGZ en huisartsenzorg 35
4.4.3 Mogelijkheid tot afwijken van substitutie-eisen 36
4.4.4 Producten basis GGZ 37
4.4.5 Hoofdbehandelaren 37
4.4.6 Minimale tijd hoofdbehandelaar 38
4.4.7 Nieuwe toetreders 39

5. Kwaliteit **41**
5.1 Routine Outcome Monitoring 41
5.1.1 Respons 42
5.1.2 Effectrapportages 43
5.1.3 Verder onderzoek 44
5.2 Prestatie-indicatoren 44

6. Toegankelijkheid **45**
6.1 Fysieke toegankelijkheid 45
6.2 Financiële toegankelijkheid 45
6.3 Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg 45

7. Betaalbaarheid **47**
7.1 Omzetontwikkeling GGZ (Zvw en AWBZ) 47
7.2 Nadere onderbouwing omzetontwikkeling 47
7.2.1 Omzetontwikkeling Zvw op basis van NZa/Vektis/CVZ cijfers 48
7.2.2 Verwachte schadelast volgens NZa-uitvraag zorgverzekeraars 49
7.2.3 Omzetaandeel klinisch en ambulant 50
7.3 Prijsontwikkeling curatieve GGZ 51
7.3.1 Prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders 51
7.3.2 Spreiding prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders 51
7.4 Verdeling afgesloten DBC's 52
7.4.1 Effecten van verdeling 53
7.5 Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in langdurende GGZ 54
7.5.1 Omzetontwikkeling langdurende GGZ 54
7.5.2 Volumeontwikkeling langdurende GGZ 56
7.5.3 Prijsontwikkeling langdurende GGZ 57

8. Diagnosegroepen tweedelijns curatieve GGZ **59**
8.1 Patiëntperspectief 59
8.2 Aantallen patiënten 60
8.3 Prijs- en volumeontwikkeling naar type aanbieder 61
8.4 Volumeontwikkeling naar diagnosegroep 62
8.5 Verzekerde versus niet-verzekerde cGGZ 64
8.5.1 Dyslexiezorg 64
8.5.2 Aanpassingsstoornissen 65
8.6 Conclusie 66
8.7 Zorgvraagzwaarte indicator 1.0 67

Bijlage: Bronnen en methoden 69
Bijlage: Beleidsbrief 79
Bijlage 1: SBG-Routine Outcome Monitoring 86

Vooraf

Voor u ligt de Marktscan GGZ die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar reguleringstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen.

Deze marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan GGZ opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

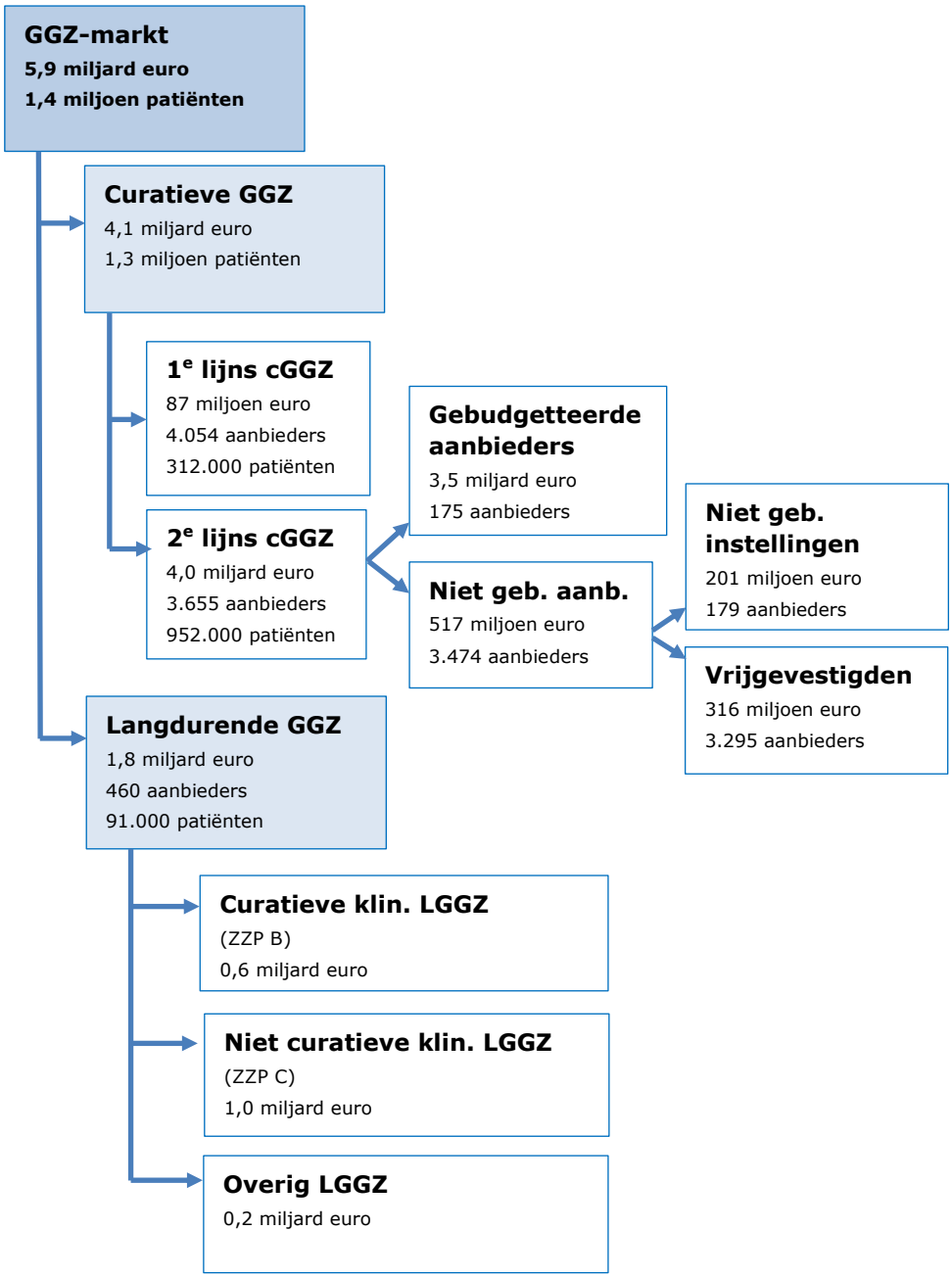
mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De NZa heeft een update van de marktscan geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gemaakt. Het doel van de marktscan is om een beeld van de GGZ zorgmarkt te schetsen over de jaren 2009 tot 2013 (voor zover data beschikbaar is).

In onderstaande figuur worden de GGZ-markt en de aanbieders op deze markt weergegeven. Het betreft een globaal beeld van de markt.

Figuur 1. Algemeen overzicht GGZ-markt[1]



Bron: NZa

[1] In dit algemene overzicht worden de meest recente cijfers gepresenteerd die beschikbaar zijn (omzetgegevens hebben betrekking op 2012).

Financiële positie
De rentabiliteit van GGZ-concerns is tussen 2011 en 2012 gedaald. Rentabiliteit zeg iets over de winstgevendheid van een instelling. Zowel de liquiditeit als de solvabiliteit zijn juist toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit biedt inzicht in welke mate de zorgaanbieders aan hun verplichtingen, op respectievelijk korte en lange termijn, kunnen voldoen. In onderstaande tabel worden deze kengetallen weergegeven.

Tabel 1 Financiële positie GGZ-concerns

Financiële kengetallen	2008	2009	2010	2011	2012
Rentabiliteit	2,8%	3,3%	3,6%	4,0%	2,6%
Solvabiliteit	17,2%	15,6%	17,0%	18,7%	22,4%
Liquiditeit	88,9%	90,7%	96,1%	98,9%	105,8%

Bron: digiMV

Omzetontwikkelingen
In onderstaande tabel geven wij (vanuit verschillende bronnen) een zo volledig en actueel mogelijk beeld van de uitgavenontwikkeling GGZ. De omzetontwikkeling 2010-2011 voor de GGZ in zijn geheel betrof 8,2%. De verwachte omzetontwikkeling 2011-2012 betreft 0,7%. De verwachte omzetontwikkeling 2012-2013 betreft -3,0%.

Tabel 2. Omzetontwikkeling GGZ 2009-2013 (Zvw en AWBZ) (in miljoenen €)

	Jaar		2009	2010	2011	2012	2013
	Segment	bron	NZa / Vektis / CVZ			Schadelast uitvraag	
1e lijn	Eerstelijns zorg	CVZ	99	112	122	87	82
2e lijn	2e lijns gebud. instellingen	NZa	3.403	3.491	3.633	3.546[2]	3.461
	Niet-gebud. instellingen	Vektis	65	119	180	201	227
	Vrijgevestigden	Vektis	213	262	354	316	304
	Overige producten GGZ	CVZ	4	4	5	5	11
	Totaal 2e lijn		**3.685**	**3.876**	**4.172**	**4.068**	**4.003**
AWBZ	Langdurende GGZ AWBZ	NZa	-	1.431	1.568	1.779[3]	1.715
	Totaal			**5.419**	**5.862**	**5.903**	**5.730**

Bron: NZa/Vektis/CVZ[4]/Verzekeraars

Contractering
Per 2013 heeft een belangrijke wijziging plaatsgevonden: gebudgetteerde instellingen zijn overgegaan op prestatiebekostiging en worden zowel bekostigd als gefinancierd op basis van DBC's. Met de invoering van prestatiebekostiging is het representatiemodel per 1 januari 2014 afgeschaft.
Deze verandering zal tot wijzigingen in het gedrag van partijen op de inkoopmarkt in de curatieve GGZ leiden. Door middel van een tweetal enquêtes is bij zorgverzekeraars informatie opgevraagd over het verloop van de contractering in zowel het jaar 2013 als 2014. Belangrijke onderwerpen betreffen onder andere verschuiving van zorg geleverd in de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ (substitutie basis GGZ) en het hoofdbehandelaarschap.

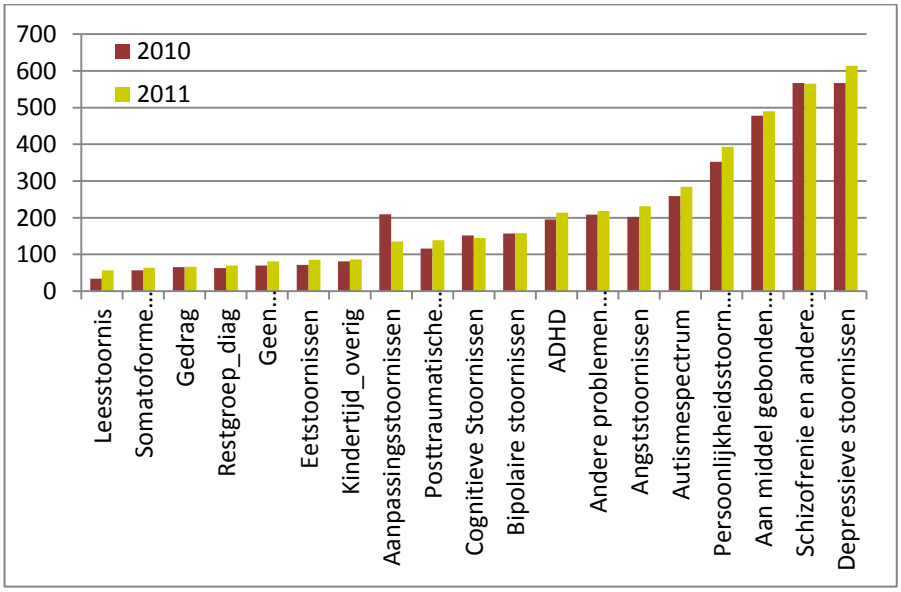
[2] Hier wordt het totale NZa-budget uit de nacalculatie weergegeven omdat deze recenter en nauwkeuriger is.
[3] Hier wordt informatie gegeven die beschikbaar is vanuit NZa rekenstaten. Dit geldt voor zowel 2012 als 2013.
[4] Per 1 april 2014 is de naam van het CVZ veranderd in 'Zorginstituut Nederland'.

Nagenoeg alle verzekeraars hanteren voorwaarden voor substitutie naar de basis GGZ. De voorwaarden verschillen per verzekeraar. Een aantal verzekeraars gaf daarbij aan dat er een mogelijkheid bestaat tot afwijken van de substitutie eisen.
Ook stellen verzekeraars aanvullende voorwaarden aan het hoofdbehandelaarschap en de minimale tijdsbesteding van de hoofdbehandelaar voor zowel de basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ.

Kwaliteit en ROM
Routine Outcome Monitoring (ROM) heeft als primair doel de behandeling zo goed mogelijk te ondersteunen door herhaaldelijk de situatie van de patiënt te meten en zo periodiek de uitkomst vast te stellen. Daarnaast kunnen geaggregeerde ROM-gegevens gebruikt worden om onderlinge vergelijking mogelijk te maken en zo de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ te verbeteren. Stichting Benchmark GGZ heeft voor deze marktscan analyses uitgevoerd die inzicht geven in aanlevering en voorlopige analyses van uitkomsten.
Het invoeren van ROM ligt iets achter op schema. Maar met name in 2012 en 2013 is een sterke groei te zien en een duidelijke koers ingezet naar GGZ-brede ROM-implementatie.

Diagnosegroepen
Door een onderverdeling te maken van het totale DBC-zorgvolume naar primaire diagnose geven wij meer inzicht in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse ontwikkeling in de macro-uitgaven. In figuur 2 wordt dit grafisch weergegeven.

Figuur 2. DBC-volumeontwikkeling per diagnosegroep (in miljoenen €)



Bron: DIS met ophoogfactoren

Het totale DBC-volume neemt in 2011 toe met +193 miljoen euro. Dit valt uiteen in +127 miljoen euro bij de niet-gebudgetteerde aanbieders, en 66 miljoen euro bij de gebudgetteerde aanbieders. De groei bij niet-gebudgetteerde aanbieders vindt vooral plaats bij de diagnosegroepen Depressie, Angst, Andere problemen reden voor zorg, ADHD, Persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Deze groepen zorgen samen voor 72% van de groei in DBC-volume. Sterkste afname is te zien bij de diagnose aanpassingsstoornissen. In 2011 is het besluit genomen om de diagnose aanpassingsstoornissen buiten het verzekerde pakket te plaatsen.

Verdeling DBC's
De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders is er een stijging waarneembaar bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief. Deze analyse is uitgevoerd over DBC's geopend in 2011. Deze uitkomst komt overeen met de analyse die in de marktscan van 2012 is uitgevoerd over DBC's geopend in 2009. Bij gebudgetteerde zorgaanbieders (die niet worden bekostigd via DBC's in 2011) is de deze stijging niet waarneembaar.

Zorgvraagzwaarte
Binnen de GGZ bestaat de overtuiging dat verschillen in zorgvraagzwaarte evident aanwezig zijn en dat die verschillen invloed zouden moeten hebben op de behandeling die daarop volgt. In 2013 is om die reden de zogeheten zorgvraagzwaarte (ZVZ) indicator ontwikkeld, die per 1 januari 2014 op de factuur wordt vermeld. De ZVZ-indicator heeft op grond van statistische analyses een vooralsnog beperkte voorspellende waarde wat betreft behandelinzet (circa 6% van de variatie). Zoals ook al aangegeven in het rapport 'Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte Definitieve versie (1.0)' is de spreiding in behandelinzet per DBC-traject groot, ook binnen een subset van DBC-trajecten met dezelfde ZVZ-score. Deze spreiding is de oorzaak van de geringe voorspellende waarde. Partijen zijn voornemens om de indicator door te ontwikkelen in een lerende omgeving.

De NZa heeft voor alle DBC's geopend in 2010 en 2011 de ZVZ-indicator berekend, en de totale tijd per DBC-traject.

Tabel 3. Analyse per DBC-traject per ZVZ-score

ZVZ score	Gemiddelde totale tijd	1e kwartiel	Mediaan	3e kwartiel
1	617	190	398	731
2	808	215	465	910
3	1.156	265	620	1.225
4	1.531	350	838	1.650
5	2.196	462	1.085	2.229
6	2.903	550	1.401	3.209
7	4.031	700	1.948	4.922

Bron: DIS

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: De marktscan geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Vanaf 2009 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de curatieve GGZ-markt. Vanaf 2011 is hier ook de langdurende GGZ-markt aan toegevoegd. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht-en reguleringstaken inzet.[5]

1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen:
- welke productgroepen zij samen neemt in een scan;
- welke geografische gebieden zij bekijkt;
- welke informatie zij over die markten nodig heeft;
- waar en hoe zij die informatie verzamelt.

Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitkomsten en de mate van (in)transparantie.

Focus
Deze marktscan heeft betrekking op de jaren 2009 tot en met 2013, voor zover hierover informatie beschikbaar is. De meeste analyses zijn op het niveau van zorgaanbieders. In voorliggende marktscan wordt dit jaar – vanwege de recente overgang van de curatieve GGZ naar prestatiebekostiging – de nadruk gelegd op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars.

In deze marktscan maken wij onderscheid tussen de curatieve GGZ en de langdurende GGZ. De strafrechtelijke forensische GGZ die wordt bekostigd door het ministerie van Veiligheid en Justitie, wordt buiten beschouwing gelaten in deze marktscan. Hierover is een aparte marktscan strafrechtelijke forensische zorg uitgebracht.[6]

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de beleidsbrief bij deze scan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

[5] In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.
[6] http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_Forensische_zorg_in_strafrechtelijk_kader_incl._beleidsbrief.pdf.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk twee geeft een omschrijving van de markt. Hoofdstuk drie en vier gaan in op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers. De daarop volgende hoofdstukken beschrijven de stand van zaken over de publieke belangen 'Kwaliteit, Toegankelijkheid en Betaalbaarheid van de zorg'. Hoofdstuk 8 gaat in op diagnosegroepen in de tweedelijns curatieve GGZ. Het document sluit af met een bijlage waarin de bronnen en methoden van de analyses uit de marktscan worden toegelicht.

2. Omschrijving van de markt

De GGZ heeft betrekking op de behandeling maar ook op de voorkoming van psychische klachten en ziekten. Dit betreft zowel zorg in de eerste lijn, als zorg in de tweede lijn.

Kort samengevat is het onderscheid als volgt:

Curatieve GGZ (Zvw)
- Ambulante curatieve (geneeskundige) GGZ
- Klinische curatieve GGZ (alleen eerste jaar)

In de curatieve GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen gebudgetteerde zorgaanbieders en niet gebudgetteerde zorgaanbieders. Die laatste groep kan weer opgesplitst worden in vrijgevestigden en niet-gebudgeteerde instellingen (nieuwe zorgaanbieders die na 2008 zijn gestart).

Langdurende GGZ (AWBZ)
- Ambulante niet-curatieve GGZ[7]
- Klinische niet-curatieve GGZ (zorg in RIBW's[8])
- Klinische curatieve GGZ (langer dan een jaar)

2.1 Wie leveren geestelijke gezondheidszorg?

GGZ wordt geleverd door verschillende typen zorgaanbieders en verschillende organisatievormen. Binnen de curatieve GGZ zijn zowel aanbieders in de eerste als in de tweede lijn actief. De langdurende GGZ betreft per definitie tweedelijns zorg en wordt uitsluitend geboden door gebudgetteerde aanbieders. In onderstaande tabel is weergegeven wie welke zorg levert en welke indeling er binnen de marktscan wordt gehanteerd.

Tabel 2.1 Typen aanbieders GGZ

Aanbieders	Eerste lijn	Tweede lijn
Curatieve GGZ (Zvw)	Psychologische zorgverlener (bijv. eerstelijns psychologen, GZ-psychologen	Gebudgetteerde zorgaanbieders
		Niet gebudgetteerde instellingen[9]
	Overig (bijv. psychiaters, orthopedagogen)	Psychologisch zorgverlener (bijv. psychotherapeuten, klinisch (neuro) psychologen)
		Vrijgevestigde psychiater (medisch specialist)
Langdurende GGZ (AWBZ)		Gebudgetteerde zorgaanbieders

Bron: NZa

[7] Ambulante zorgproducten die niet binnen de Zvw–aanspraak vallen; bijv. dagbesteding.
[8] Uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.
[9] Hier vallen ook aanbieders onder die alleen dyslexiezorg leveren.

2.2 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg?

Op de markt voor de eerstelijns curatieve GGZ zijn de patiënten de mensen met lichte psychologische problemen die hiervoor zelf hulp zoeken ofwel worden doorverwezen voor deze hulp.
De patiënten op de markt voor tweedelijns curatieve GGZ zijn de patiënten die een verwijzing hebben voor deze zorg. In de langdurende GGZ zijn de patiënten degenen met een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of het Bureau Jeugdzorg (BJZ).

In onderstaande tabel 2.2 worden van de drie sectoren (eerstelijn, tweedelijn en langdurende GGZ) de aantallen patiënten getoond over de periode 2009-2011. In paragraaf 2.2.1 en paragraaf 2.2.2 wordt een nadere analyse van de aantallen patiënten getoond.

Tabel 2.2 Aantal patiënten GGZ

Sector	2009	2010	2011	Gem. groei 2009-2011
eerstelijn	288.908	305.330	328.368	6,6%
tweedelijn	865.711	929.164	952.131	4,9%
Langdurende GGZ	71.004	83.666	91.132	13,4%
Totaal	**1.225.623**	**1.318.160**	**1.371.631**	**5,4%**
Groei		**7,6%**	**4,1%**	

Bron: APE (2008-2009), Vektis (2010-2011)

2.2.1 Patiënten in curatieve GGZ

In onderstaande tabellen wordt het aantal unieke patiënten dat in 2008, 2009, 2010 en 2011 gebruik heeft gemaakt van de curatieve GGZ in kaart gebracht. Indien beschikbaar wordt ook 2012 weergegeven.

Tabel 2.3 Aantal patiënten curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	2011	Gem. groei 2009-2011
0-17 jaar	189.588	222.061	248.545	268.508	10,0%
18-64 jaar	733.792	782.645	831.173	852.907	4,4%
65+	95.013	101.306	106.580	106.893	2,7%
Totaal	**1.018.393**	**1.106.012**	**1.186.342**	**1.228.364**	**5,4%**
Groei	**-**	**8,6%**	**7,3%**	**3,5%**	

Bron: APE (2008-2009), Vektis (2010-2011)[10]

Het aantal patiënten in de curatieve GGZ is in 2010 gestegen met 7,3%. Het aantal patiënten tussen 0-17 jaar stijgt het sterkst (11,9%). Het aantal patiënten in de curatieve GGZ is in 2011 gestegen met 3,5%. Het aantal patiënten tussen 0-17 jaar stijgt ook in dit jaar het sterkst (8,0%).

De stijging van het aantal patiënten in de eerstelijns GGZ betreft 5,7% in 2010 ten opzichte van een stijging van 23,0% in 2009 (zie tabel 2.4). In

[10] De Ape patiëntenaantallen zijn gebaseerd op 9 kwartalen schadelast. De Vektis patiënten aantallen zijn gebaseerd op de ruwe gegevens ontvangen van Vektis en zijn niet verder opgehoogd. Zie Bronnen en methoden voor een nadere verantwoording.

de tweedelijns GGZ betreft de stijging 7,3% in 2010 ten opzichte van een stijging van 6,0% in 2009 (zie tabel 2.5).

Tabel 2.4 Aantal patiënten eerstelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	2011	2012	Gem. groei 2009-2011
0-17 jaar	42.355	54.485	59.692	66.038	63.680	10,1%
18-64 jaar	185.694	224.395	236.181	251.193	236.562	5,8%
65+	6.874	10.028	9.457	11.137	11.474	5,4%
Totaal	**234.923**	**288.908**	**305.330**	**328.368**	**311.716**	**6,6%**
Groei	**-**	**23,0%**	**5,7%**	**7,5%**	**-5,1%**	

Bron: APE (2008-2009), Vektis (2010-2012)

Tabel 2.5 Aantal patiënten tweedelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	2011	Gem. groei 2009-2011
0-17 jaar	152.823	175.692	198.784	213.498	10,2%
18-64 jaar	574.694	596.512	631.984	641.450	3,7%
65+	88.990	93.507	98.396	97.183	1,9%
Totaal	**816.507**	**865.711**	**929.164**	**952.131**	**4,9%**
Groei (in %)	**-**	**6,0%**	**7,3%**	**2,5%**	

Bron: APE (2008-2009), Vektis (2010-2011)

Door een overlap in de patiëntenaantallen tussen de eerste- en de tweedelijn[11] komt het totaal aantal unieke patiënten lager uit dan de optelling van de patiënten aantallen in de eerste- en tweedelijn. Voor 2011 gaat het hierbij om zo'n 52.000 patiënten.

2.2.2 Patiënten in langdurende GGZ

In onderstaande tabellen wordt het totaal aantal en het aantal unieke patiënten dat in 2009, 2010 en 2011 gebruik heeft gemaakt van de langdurende GGZ in kaart gebracht.

Tabel 2.6 Aantal patiënten langdurende GGZ

Type AWBZ-zorg (GGZ)	2009	2010	2011	Groei 2010-2011
GGZb1	415	184	74	-59,8%
GGZb2	1.008	711	408	-42,6%
GGZb3	1.908	1.883	1.682	-10,7%
GGZb4	1.602	1.813	1.901	4,9%
GGZb5	2.536	3.237	3.934	21,5%
GGZb6	925	1.202	1.347	12,1%
GGZb7	830	1.181	1.593	34,9%
GGZc1	2.562	1.732	1.086	-37,3%
GGZc2	5.854	5.301	4.776	-9,9%

[11] Patiënten die in één jaar zowel in de eerste als tweedelijns curatieve GGZ zijn behandeld.

GGZc3	6.794	8.309	10.901	31,2%
GGZc4	3.262	4.094	5.164	26,1%
GGZc5	1.659	2.189	2.890	32,0%
GGZc6	430	521	540	3,6%
Intramuraal (totaal)	29.785	32.357	36.296	12,2%
Extramuraal (totaal)	47.487	57.154	59.404	3,9%
Totaal aantal patiënten	**77.272**	**89.511**	**95.700**	**6,9%**
Totaal aantal unieke patiënten	**71.004**	**83.666**	**91.132**	**8,9%**

Bron: Ape

In onderstaande tabel wordt het aantal patiënten met een geldige indicatie voor intramurale GGZ weergegeven op 1 januari 2011, 2012 en 2013.[12] Tussen 2011 en 2012 is het aantal patiënten met een geldige indicatie toegenomen met ruim 7%. Tussen 2012 en 2013 is sprake van een toename van ruim 8%.

Indicaties worden zowel door het CIZ als door BJZ afgegeven, alleen van het CIZ zijn gegevens bekend. Het aantal unieke patiënten intramurale GGZ-zorg in 2011 (tabel 2.6) en het aantal patiënten met een geldige indicatie in dat jaar (tabel 2.7) wijkt van elkaar af. Niet iedereen met een geldige indicatie ontvangt ook zorg. Onderstaande aantallen zijn gebaseerd op één peildatum en geven alleen de geldige indicaties weer voor intramurale AWBZ van patiënten boven de 18 jaar.

Tabel 2.7 Aantal patiënten met geldige indicatie langdurende GGZ

Patiënten met indicatie	2010	2011	2012	2013
Aantal patiënten	36.105	39.665	42.535	46.055

Bron: CIZ Basisrapportage AWBZ peildatum februari 2013

2.3 Ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ-markt in 2013.[13] Verder wordt ingegaan op de toekomstige ontwikkelingen vanaf 2014.

2.3.1 Ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw)

- Per 1 januari 2013 is prestatiebekostiging ingevoerd voor de curatieve GGZ. Dit betekent dat gebudgetteerde instellingen die werden bekostigd op basis van budgetparameters overgegaan zijn naar volledige bekostiging op basis van DBC's.
- Voor deze gebudgetteerde instellingen gold er in 2013 een transitiemodel (voor instellingen met een afwijkende verrekenfactor in 2013 is dit met één jaar verlengd). De NZa stelt voor de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging eenmalig een transitiebedrag vast per gebudgetteerde instelling op basis van de productieafspraken 2013.

[12] Het aantal patiënten met een geldige indicatie in 2011 en 2012 wijkt af ten opzichte van de aantallen zoals opgenomen in de marktscan GGZ 2012 door een administratieve verbeterslag die CIZ in 2013 heeft gemaakt.
[13] Zie voor de ontwikkelingen tussen 2008 en 2011 de Marktscan GGZ 2011, paragraaf 2.4 (www.nza.nl).

- Per 1 januari 2013 zijn NHC's ingevoerd om de kapitaallasten in de prestatie onder te brengen.
- De invoering van prestatiebekostiging in 1 januari 2013 betekende het einde van het representatiemodel per 1 januari 2014.
- Vanaf deze datum worden afspraken gemaakt met de individuele zorgverzekeraars.
- Voor het jaar 2014 voert de NZa op aanwijzing van de minister het zogenoemde macrobeheersinstrument uit. De gerealiseerde omzet voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt (voorafgaand aan ieder jaar) aan een jaarlijks maximum gebonden. Als (achteraf) blijkt dat dit maximum is overschreden, wordt de overschrijding naar rato van het marktaandeel teruggestort in het Zorgverzekeringsfonds;
- In 2013 is een nieuw kostprijsonderzoek uitgevoerd wat geleid heeft tot een herijking van de tarieven voor 2014.
- Generalistische basis GGZ is per 1 januari 2014 ingevoerd.
- Per 1 januari 2014 wordt zorg die buiten het basispakket valt niet meer via DBC's gedeclareerd maar via een tweetal overige producten (OVP's). Op deze manier wordt (in ieder geval in de bekostiging) een helder onderscheid gemaakt tussen zorg binnen het basispakket en zorg buiten het basispakket.
- De NZa heeft regelgeving rondom DBC-registratie en -declaratie op verschillende punten verder aangescherpt. Dit gold onder andere voor eisen voor hoofdbehandelaarschap en informatie op de factuur.
- Op 18 juni 2012 is door het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, het Landelijk Platform GGZ en diverse brancheorganisaties een bestuurlijk akkoord gesloten. In dit akkoord wordt een gezamenlijke inhoudelijke agenda opgesteld voor de toekomst van de GGZ. Het akkoord is in 2013 verlengd.
- Het invoeren van prestatiebekostiging heeft de aandacht gevestigd op de wijze waarop de indexatie van de DBC-tarieven plaatsvindt. Daarbij is zowel discussie ontstaan over de timing van de indexatie van de tarieven als de samenhang met de indexatie van het macroprestatiebedrag (MPB) van de zorgverzekeraars.
- De NZa heeft in haar toezicht in 2012 en 2013 extra aandacht voor de tweedelijns curatieve GGZ. Daarvoor zijn twee redenen. Ten eerste is in 2013 in de curatieve GGZ prestatiebekostiging ingevoerd. Ten tweede is vanwege de casus Europsyche en de analyses die hieruit voortvloeiden een aantal knelpunten in regelgeving vastgesteld en is gestart met het nemen van maatregelen die de effecten van deze knelpunten mitigeren. Hieronder wordt een aantal projecten genoemd:
- Verscherpt toezicht en genomen maatregelen n.a.v. casus
  - Europsyche[14]
  - Fraude toets basis GGZ[15]
  - Onderzoek Zorgfraude[16]
  - Verscherpt toezicht CIZ[17]

Ontwikkelingen

- Zorgverzekeraars hebben een sterkere prikkel gekregen om hun zorg prijsbewust in te kopen. Zij liepen namelijk tot aan 2010 geen risico over de uitgaven voor curatieve GGZ. Vanaf 2010 zijn zorgverzekeraars een beperkt financieel risico gaan lopen. Het financieel risico over de uitgaven curatieve GGZ is in 2012 toegenomen. Een belangrijke wijziging in de risico's voor

[14] http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_toezichtonderzoek_cGGZ_-_vervolg_Europsyche.pdf.
[15] http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport-Risicos-ongepast-en-oneigenlijk-gebruik-basis-GGZ.pdf.
[16] http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Onderzoek_zorgfraude.pdf.
[17] http://ciz.nl/actueel/eerste-resultaten-verscherpt-toezicht-ciz-taakmandaat.

zorgverzekeraars is het afschaffen van de macronacalculatie per januari 2012. Tot aan 2011 kregen zorgverzekeraars compensatie van de overheid als de totale uitgaven aan GGZ de oorspronkelijke inschatting overstegen.
Vanaf 2012 moeten zorgverzekeraars zelf de kosten dragen van een overschrijding van het totale budget dat beschikbaar is voor GGZ. Er bestaan voor de curatieve GGZ nog wel twee ex post compensaties, de hogekostencompensatie (HKC) en de bandbreedteregeling. Naar verwachting wordt de HKC per 2015 en de bandbreedteregeling per 2017 afgeschaft. Per 1 januari 2014 wordt het risicovereveningsmodel uitgebreid met zogeheten psychische diagnosekostengroepen. Hiermee neemt de voorspellende waarde van het GGZ risicovereveningsmodel verder toe.

2.3.2 Ontwikkelingen in Langdurende GGZ (AWBZ)

- De bandbreedte van ZZP's is gewijzigd. Er is geen ondergrens meer.
- De verhoging van de GGZ-ZZP tarieven van 2012 is in 2013 teruggedraaid. Verhoging van de V&V tarieven is gehandhaafd.
- Scheiden wonen/zorg.[18] Sinds 1 januari 2013 betalen intramurale patiënten apart voor wonen en zorg. Nieuwe patiënten van 23 jaar of ouder met een licht zorgzwaartepakket ontvangen vanaf 1 januari 2013 de benodigde zorg in hun eigen huis. Dit geldt voor de ZZP's GGZ 1 en 2 (niet voor de GGZ 3 en hoger).
- Vervoer van en naar de dagbesteding naar prestatiebekostiging. Vanaf 2013 wordt voor vervoer geen gebruik meer gemaakt van nacalculatie. Nacalculatie geeft een beperkte prikkel tot een doelmatige inzet. Daarom is in 2013 over gegaan naar prestatiebekostiging.
- Declareren zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Sinds 2013 kunnen zzp'ers tot de markt voor zorg in natura toetreden als zij een overeenkomst met het zorgkantoor aangaan. Hiervoor is landelijk 20 miljoen euro beschikbaar. Zij leveren alleen extramurale zorg in de verzorging en verpleging, waardoor de impact op de langdurende GGZ niet groot is.
- Vanaf 1 januari 2012 wordt voor instellingen de budgetgarantie voor de kapitaallasten stapsgewijs afgebouwd en vervangen door de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Dit is een productiegebonden normatieve vergoeding voor gebouwen. In 2012 was 90% van de vergoeding gebaseerd op het oude kapitaallasten systeem en 10% op de nieuwe NHC. In 2013 was dit respectievelijk 80 en 20%.
- Het ministerie van VWS is een experiment gestart waarin 28 zorginstellingen in meer of mindere mate met minder of zelfs geen regels gaan werken. In 2014 wordt het experiment afgerond.[19]

Toekomst
- De jeugdzorg wordt in 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Dit geldt ook voor de kinderen en jeugdigen in de langdurende GGZ. Deze groep is buiten de ZZP-systematiek gehouden. Gezien de genoemde overheveling zal deze groep tot 2015 in parameters bekostigd blijven;
- De langdurende GGZ (ZZP's B) gaat mogelijk per 2015 naar de Zvw. De minister dient hierover nog een definitief besluit te nemen.

[18] Zie onder meer http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/09/28/clienten-met-lichte-zorgvraag-wonen-langer-thuis.html.

[19] 2.Zie http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/minder-regels-in-awbz-zorginstellingen.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen zorgaanbieders, hun omvang, toe-en uittreding en de financiële positie van GGZ-concerns.

3.1 Aantal zorgaanbieders

Onderstaande tabellen laten een raming zien van het aantal GGZ-aanbieders.[20] In de tabellen staat het aantal aanbieders, op basis van AGB-code, dat in het betreffende jaar één of meer consulten heeft gedeclareerd (eerstelijn) of één of meer GGZ-DBC's heeft geopend en later gedeclareerd (tweedelijn).

Tabel 3.1 Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ + LGGZ

Soort aanbieder		2009	2010	2011	2012	2013
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns psychologische zorg	2.783	3.232	3.280	3.835	n.b.
	Overig (psychiaters, orthopedagogen etc.)	91[21]	133	197	219	n.b.
	Totaal	**2.874**	**3.365**	**3.477**	**4.054**	**n.b.**
Tweedelijns cGGZ	Gebudgetteerde zorgaanbieders	178	177	181	178	175[22]
	Niet gebudgetteerde instellingen	88	121	179	n.b.	n.b.
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	2.633	3.024	3.295	n.b.	n.b.
	Totaal	**2.899**	**3.322**	**3.655**	**n.b.**	**n.b.**
Langdurende GGZ	Langdurende GGZ	– [23]	472	461	477	460

Bron: Vektis peildatum december 2013; NZa: peildatum november 2013

Toelichting bij de cijfers:
- Het aantal vrijgevestigde aanbieders en niet gebudgetteerde zorgaanbieders in 2009 is aanzienlijk toegenomen ten opzichte van de vorige marktscan. Dit komt doordat 2009 nog niet volledig uitgedeclareerd was. Het gaat om een zeer klein deel van de totale schadelast.
- Voor de langdurende GGZ geldt dat vanaf 2010 met de start van de ZZP bekostiging de definitie van het aantal aanbieders is gewijzigd. In 2008 en 2009 werd het aantal aanbieders gebaseerd op het aantal GGZ aanbieders dat een eigen GGZ-instellingsnummer en daarmee een eigen rekenstaat had. Het zorgaanbod van deze instellingen was geheel of ten minste overwegend GGZ-zorg.
  In 2010 zijn deze specifieke GGZ instellingsnummers in de langdurende GGZ losgelaten en wordt het aantal aanbieders bepaald

[20] Voor de gebudgetteerde curatieve en voor de langdurende GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij NZa bekend zijn. Voor de overige aanbieders curatieve GGZ is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Voor deze tabel is de AGB-code van de indiener onderscheidend.
21 Verschil met marktscan 2012 wordt veroorzaakt door het ontbreken van AGB-code 95xx.
[22] Dit is het aantal aanbieders waarbij een verrekenbedrag is vastgesteld voor de transitie naar prestatiebekostiging.
[23] In 2009 hebben een aantal bestaande zorgaanbieders verschillende instellingsnummers gekregen per regio. Hierdoor is het aantal sterk toegenomen in 2010. Om verwarring te voorkomen worden geen gegevens van 2009 getoond.

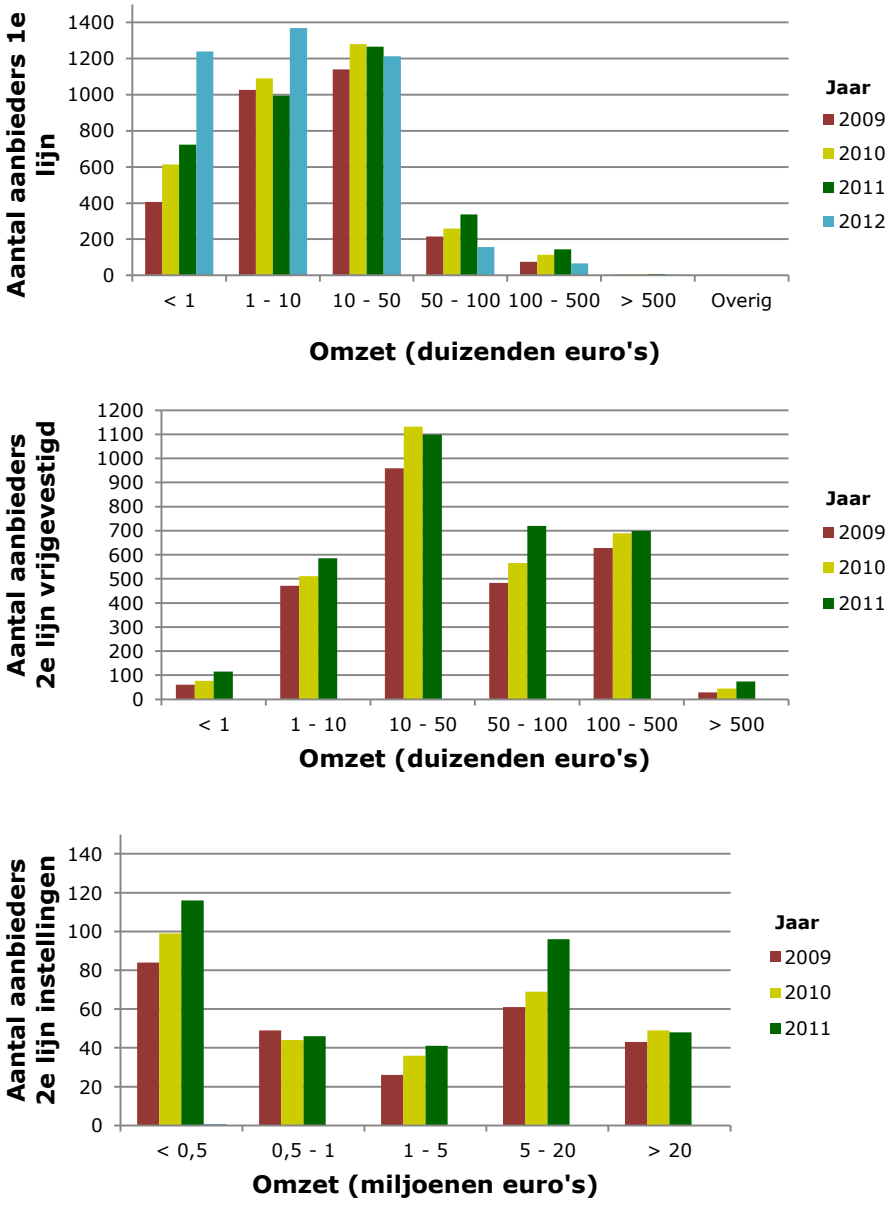
op basis van het aantal aanbieders dat productie heeft in één of meerdere GGZ ZZP's of andere producten langdurende GGZ. Dit betekent dat ook instellingen met een enkele GGZ ZZP in het zorgaanbod tot de GGZ-zorgaanbieders wordt gerekend.

3.2 Omvang spelers

3.2.1 Omvang spelers in curatieve GGZ

In onderstaande figuur 3.1 wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de curatieve GGZ weergegeven.

Figuur 3.1 Omvang aanbieders eerstelijn psychologische zorg, tweedelijn vrijgevestigden en tweedelijn instellingen



Bron: NZa: peildatum november 2013, Vektis peildatum december 2013

In de eerstelijns psychologische zorg is een groot aantal aanbieders actief met een lage omzet (minder dan € 1.000 per jaar). Dit kan te

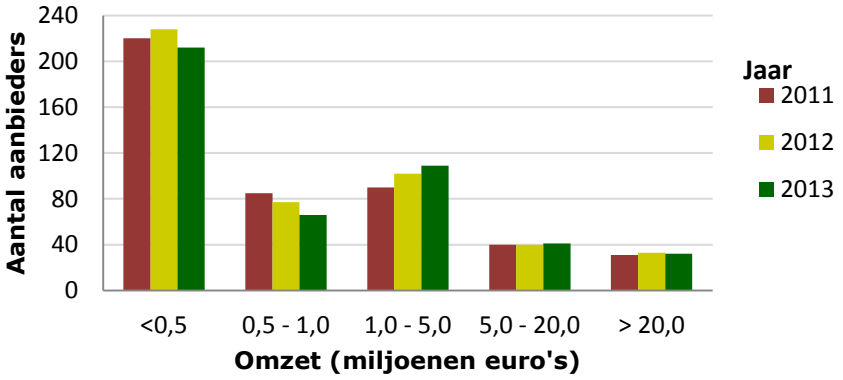
maken hebben met het feit dat er in de eerstelijns psychologische zorg ook tweedelijns aanbieders werkzaam zijn. Naast hun werkzaamheden in de tweedelijns curatieve GGZ leveren zij incidenteel eerstelijns psychologische zorg.

De omvangverschuivingen van instellingen in de tweedelijns curatieve GGZ in de categorieën 0,5 miljoen tot en met 5 miljoen euro, zoals zichtbaar in figuur 3.3, worden voornamelijk veroorzaakt door de toename van niet-gebudgetteerde aanbieders in aantal en hun omzet.

3.2.2 Omvang spelers in langdurende GGZ

In de volgende figuur en tabel wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de langdurende GGZ weergegeven. De aanbieders worden hier onderscheiden op basis van de NZa-rekenstaat die het AWBZ budget omvat. Wanneer een rekenstaat GGZ-ZZP productie bevat wordt deze als GGZ aanbieder meegeteld. De tabellen doen geen uitspraken over de marktconcentratie in de extramurale AWBZ.

Figuur 3.2 Omzet zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum februari 2013

Uit de grafiek blijkt dat er weinig grote verschuivingen te zien zijn in de omzetten op totaalniveau.

Onderstaande tabel geeft het aantal zorgaanbieders langdurende GGZ aan met een bepaald marktaandeel in een zorgkantoorregio. De omzet van elke zorgaanbieder is daarbij gerelateerd aan de totale omzet van de langdurende GGZ per zorgkantoorregio.

Tabel 3.2 Omvang marktaandeel zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio

Jaar	<1%	1 – 25%	25 –40%	>40%
2011	220	189	14	30
2012	242	185	19	27
2013	222	193	19	26

Bron: NZa peildatum februari 2013

3.3 Toetreding

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aantal toe-en uitreders. Weinig toetreding kan wijzen op toetredingsdrempels. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens de toe-en uittreding voor de

curatieve en langdurende GGZ in kaart gebracht. Voor de curatieve GGZ wordt ook het aanbod van de toetreders en hun omvang in kaart gebracht.

3.3.1 Toe- en uittreders curatieve GGZ

Aantal toe- en uittreders
In de volgende tabellen wordt het aantal toe- en uittreders voor de curatieve GGZ in kaart gebracht. Een aanbieder is als toetreder gedefinieerd indien hij productie[24] heeft in jaar t en niet in jaar t-1. Een aanbieder is als uittreder gedefinieerd als hij productie in jaar t-1 heeft, maar niet in jaar t.

Tabel 3.3 Toegetreden zorgaanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2010	2011
Eerstelijns psychologische zorg		805	810
Tweedelijns zorg	Niet-gebudgetteerde instellingen	41	65
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	493	511

Bron: Vektis peildatum december 2013

Tabel 3.4 Uitgetreden zorgaanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2010	2011
Eerstelijns psychologische zorg		312	698
Tweedelijns zorg	Niet-gebudgetteerde instellingen	6	7
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	104	240

Bron: Vektis peildatum december 2013

Zoals uit bovenstaande tabellen blijkt, is er in de eerstelijn relatief veel sprake van toe- en uittreding. Dit wordt veroorzaakt doordat er een groot aantal eerstelijns psychologen is met een kleine omvang (zie paragraaf 3.2). Dit geldt ook voor vrijgevestigde tweedelijns aanbieders. Onder deze aanbieders zijn veel aanbieders die het ene jaar productie hebben en het andere jaar niet. Dit betekent dus niet dat alle toetreders ook nieuwkomers zijn. Ook indien de AGB-code van een zorgaanbieder in jaar t wijzigt, wordt hij tot de toe- en uittreders gerekend.

Paragraaf 4.4.7 gaat verder in op het zorginkoopbeleid ten aanzien van nieuwe toetreders.

3.3.2 Toe- en uittreders langdurende GGZ

Een GGZ-toetreder in deze marktscan wordt gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst een bepaalde GGZ-omzet heeft gerealiseerd, ook als dit slechts één GGZ-ZZP inhoudt. Er zijn verschillende vormen om GGZ-zorg binnen de AWBZ aan te bieden: via ZZP's, 'volledig pakket thuis' en dagbesteding/extramurale zorg. Wanneer een aanbieder een voor hem nieuw type zorg levert wordt hij als een toetreder gezien. Omgekeerd wordt een aanbieder die een type

[24] Productie wil zeggen dat een eerstelijns aanbieders een consult in het betreffende jaar heeft gedeclareerd. Voor een tweedelijns aanbieder betekent productie dat deze aanbieder een DBC in het betreffende jaar heeft geopend en deze in dat jaar of later heeft gedeclareerd.

zorg niet meer levert als een uittreder gezien. Als meerdere aanbieders fuseren tot één aanbieder of één aanbieder splitst in meerdere aanbieders worden zij niet gezien als uittredende of toetredende aanbieders.

Tabel 3.5 Toegetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Toetreders per type zorgaanbod	2011	2012	2013
Volledig Pakket Thuis	14	27	52
Dagbesteding en vervoer	32	49	36
ZZP-B	9	5	4
ZZP-C en Kinderen en jeugd	44	19	6
Totaal	**99**	**100**	**98**

Bron: NZa peildatum februari 2013

Tabel 3.6 Uitgetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Uittreders per type zorgaanbod	2011	2012	2013
Volledig Pakket Thuis	1	2	4
Dagbesteding en vervoer	16	15	21
ZZP-B	22	12	6
ZZP-C en Kinderen en jeugd	53	27	23
Totaal	**92**	**56**	**54**

Bron: NZa peildatum februari 2013

Zowel het aantal toetredende als het aantal uittredende zorgaanbieders ligt iets lager in 2013 dan in 2012. Wat vooral opvalt is dat er een grote stijging van 2011 naar 2012 en van 2012 naar 2013 te zien is bij het aantal nieuwe zorgaanbieders voor Volledig Pakket Thuis. Dit is een relatief nieuwe leveringsvorm, wat deze stijging kan verklaren.

3.4 Financiële positie GGZ-concerns

De gemiddelde financiële positie van GGZ-concerns is in 2012 voor wat betreft de solvabiliteit en liquiditeit verbeterd ten opzichte van het voorgaande jaar. De rentabiliteit is gedaald.

De rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. De rentabiliteit is in 2012 gedaald van 4,0% naar 2,6%.

Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De gemiddeld gewogen solvabiliteit van GGZ-concerns is in 2012 gestegen van 18,7% naar 22,4%.

Liquiditeit is gedefinieerd als de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva (current ratio %). De gemiddelde liquiditeit is in 2012 gestegen van 98,9% naar 105,8%.

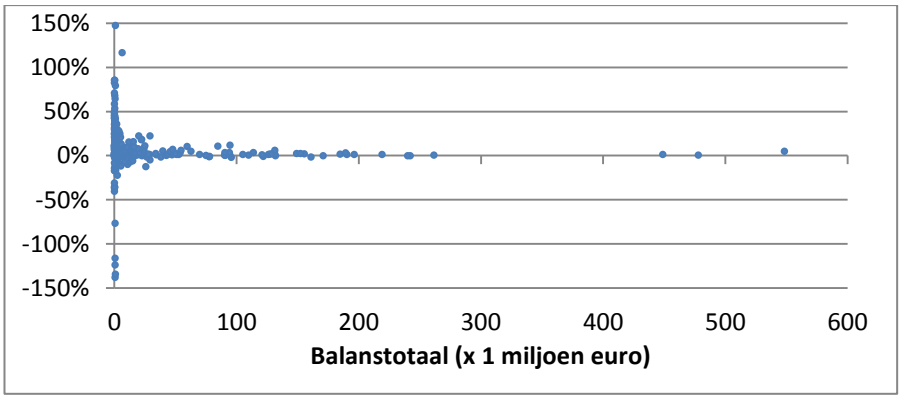
Tabel 3.7 Financiële positie GGZ-concerns

Financiële kengetallen	2008	2009	2010	2011	2012
Rentabiliteit	2,8%	3,3%	3,6%	4.0%	2,6%
Solvabiliteit	17,2%	15,6%	17,0%	18,7%	22,4%
Liquiditeit	88,9%	90,7%	96,1%	98,9%	105,8%

Bron: digiMV

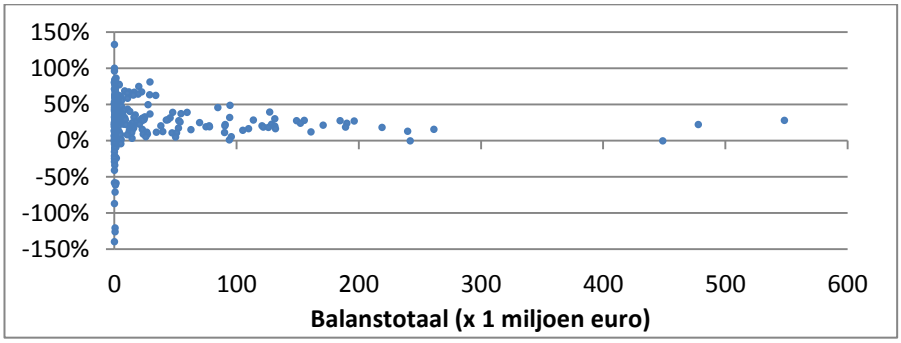
In onderstaande figuren 3.3 t/m 3.5 wordt de spreiding van bovengenoemde kengetallen weergegeven (afgezet tegen balanstotaal). De variatie rond deze parameters is voor kleine aanbieders groot. Deze is echter niet gecorreleerd met een bepaalde deelmarkt. De lage rentabiliteit en solvabiliteit van een aantal kleinere instellingen is daarom geen directe aanleiding tot zorg.

Figuur 3.3 Rentabiliteit 2012



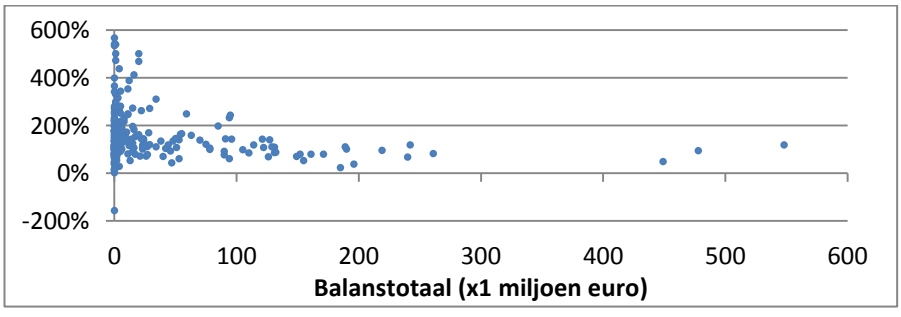
Bron: digiMV

Figuur 3.4 Solvabiliteit 2012



Bron: digiMV

Figuur 3.5 Liquiditeit 2012



Bron: digiMV

4. Marktgedrag

De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag.

Allereerst wordt in paragraaf 4.1 ingegaan op de wijze van bekostiging en financiering. In paragraaf 4.2 gaan we in op de contracteergraad.

Per 2013 heeft een belangrijke wijziging in plaatsgevonden: gebudgetteerde instellingen zijn overgegaan op prestatiebekostiging en worden zowel bekostigd als gefinancierd op basis van DBC's (om deze reden wordt ook gesproken over (voormalig) gebudgetteerde instellingen). Met de invoering van prestatiebekostiging is het representatiemodel per 1 januari 2014 afgeschaft.
Deze verandering zal tot wijzigingen in het gedrag van partijen op de inkoopmarkt in de curatieve GGZ leiden. Om die reden heeft de zorginkoop binnen de sector curatieve GGZ de focus gekregen in dit hoofdstuk. Door middel van een uitgebreide vragenlijst is informatie verzameld over het inkoopproces bij zorgverzekeraars.[25] In paragraaf 4.3 en paragraaf 4.4 worden de uitkomsten gerapporteerd.

4.1 Bekostiging en financiering (voormalig) gebudgetteerde aanbieders

In onderstaande paragraaf wordt specifiek voor (voormalig) gebudgetteerde instellingen ingegaan op de volgende onderdelen:
- Overheveling Zvw-AWBZ (en vice versa)
- Niet gehonoreerde overproductie
- Eenmalige verrekening
- Transitiebedrag in overgangsjaar 2013

4.1.1 Overheveling Zvw – AWBZ

De regeling 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw' geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de mogelijkheid een gezamenlijk verzoek in te dienen voor overheveling van middelen van de AWBZ naar de Zvw of vice versa. Hierdoor wordt meer flexibiliteit geboden en wordt extramuralisering bevorderd. In onderstaande tabel wordt weergegeven welk bedrag van de Zvw naar de AWBZ en vice versa is overgeheveld en wat het totale saldo van overheveling naar de Zvw betreft.

Tabel 4.1 Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw (in miljoenen €)

Overheveling	2011	2012	2013
Middelen naar AWBZ	3,6	0,5	1,6
Middelen naar Zvw	20,7	11,0	9,5
Som totale overheveling naar Zvw	**17,1**	**10,5**	**7,8**

Bron: NZa peildatum oktober 2013

[25] Q-Consult heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een uitvraag gedaan onder zorgaanbieders. Zie: http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail.jsp?id=2014Z01161&did=2014D02408.

4.1.2 Niet-gehonoreerde overproductie

Bij de zorginkoop worden afspraken gemaakt tussen gebudgetteerde aanbieders en zorgverzekeraars over de hoeveelheid zorg die geleverd mag worden. Als gebudgetteerde zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken, wordt dit alleen vergoed als zorgverzekeraar en zorgaanbieder dit samen overeenkomen. Als de zorgverzekeraar niet instemt met de overproductie is er sprake van niet-gehonoreerde overproductie.

Tabel 4.2 Niet-gehonoreerde overproductie curatieve GGZ (in miljoenen €)

Productie	2008	2009	2010	2011	2012
Gehonoreerde overproductie	18,2	13,0	13,6	14,4	13,4
Niet-gehonoreerde overproductie	26,4	63,4	58,8	60,6	85,7
Totale overproductie	**44,6**	**76,4**	**72,4**	**75,0**	**99,0**

Bron: NZa peildatum oktober 2013

4.1.3 Eenmalige verrekening

Over het algemeen werden gebudgetteerde aanbieders tot en met 2012 bekostigd op basis van een budget.[26] Dit betekent dat de afspraken op basis van dit budget werden gemaakt. De financiering (voor het verkrijgen van 'werkkapitaal') vond plaats op basis van DBC's: er wordt op basis van DBC's gedeclareerd. Na afsluiting van het jaar werden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met het nagecalculeerd budget. Dit betreft de eenmalige verrekening.
De eenmalige verrekening over 2008-2012 ziet er als volgt uit:

Tabel 4.3 Eenmalige verrekening gebudgetteerde zorgaanbieders zorgverzekeraars (in miljoenen €)

	2008	2009	2010	2011	2012
Budget (nagecalculeerd)	3.152,1	3.402,7	3.491,2	3.632,8	3.546,1[27]
DBC-omzet	2.856,1	3.755,5	3.919,8	3.683,6	3.253,6
Eenmalige verrekening	**296,0**	**-352,8**	**-428,6**	**-50,7**	**292,5**

Bron: NZa peildatum oktober 2013

Zoals eerder aangegeven was het in 2012 ook mogelijk om alleen in DBC's te verantwoorden. De maximaal aanvaardbare kosten voor deze instellingen bestonden uit de DBC-afspraak inclusief afgesproken omrekenfactor. In bovenstaande tabel betekent dit dat € 570,7 miljoen van het budget eigenlijk een DBC-afspraak is. Daar tegenover staat een DBC-realisatie van € 567,6 miljoen. Deze instellingen hadden gezamenlijk een eenmalige verrekening van € 3,1 miljoen.

4.1.4 Transitiebedrag in overgangsjaar 2013

In 2013 was het transitiejaar van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging. Voor deze overgang is voor iedere gebudgetteerde

[26] Uitzondering betreft de 29 instellingen die ervoor hebben gekozen om reeds per 2012 zowel gefinancierd als bekostigd te worden op basis van DBC's.
[27] Voor de aanbieders die per 2012 zowel bekostigd als gefinancierd werden op basis van DBC's is het nagecalculeerde budget gelijk aan het productiebudget (incl. gehonoreerde overproductie) vermenigvuldigd met de afgesproken omrekenfactor.

zorgaanbieder eenmalig een transitie- en verrekenbedrag vastgesteld op basis van de productieafspraken 2013.

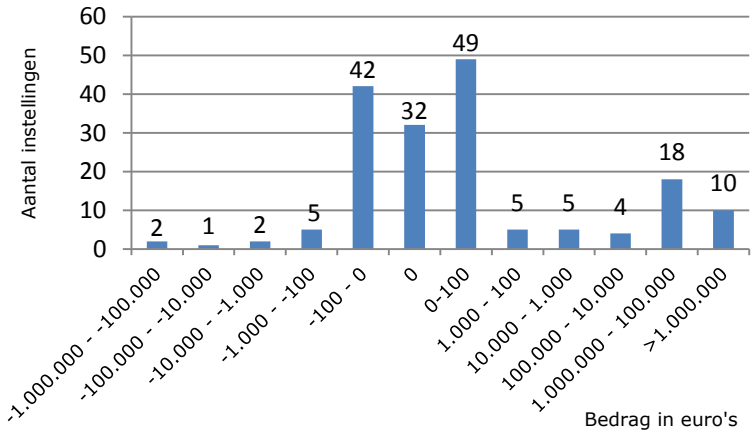
Hiervoor hebben de gebudgetteerde zorgaanbieders met de representerende verzekeraars afspraken gemaakt in zowel DBC's als in budgetparameters. Op basis van het vastgestelde transitiebedrag is een verrekenbedrag vastgesteld (over het algemeen 70% van het transitiebedrag).[28]
In onderstaande tabel en figuur worden de transitie en verrekenbedragen weergegeven.

Tabel 4.4 Transitiebedragen (in miljoenen €)

	2013
Totaal Transitiebedragen	58,2
Totaal Verrekenbedragen	42,3

Bron: NZa peildatum oktober 2013

Figuur 4.1 Verdeling transitiebedragen (in €)



Bron: NZa peildatum oktober 2013

Uit bovenstaande figuur blijkt dat het grootste deel van de instellingen een zeer beperkt transitiebedrag heeft. Tien instellingen hebben een transitiebedrag van meer dan 1 miljoen euro. Het hoogste transitiebedrag dat is vastgesteld betreft 24,7 miljoen euro.

4.2 Contracteergraad

In onderstaande tabel is de contracteergraad per categorie van aanbieders opgenomen. Tot en met 2012 lag er in principe altijd een afspraak tussen verzekeraars en gebudgetteerde aanbieders.[29] Om die reden is in onderstaande tabel ook geen contracteergraad voor de gebudgetteerde aanbieders opgenomen. Het is niet mogelijk om voor de

[28] Uitbetaling c.q. terugbetaling van deze bedragen vindt plaats via het Zorgverzekeringsfonds. Hierbij is een drempel vastgesteld. Deze drempel houdt in dat als het negatieve verrekenbedrag minder dan € 500,- bedraagt, er niet wordt overgegaan tot een aanwijzing tot betaling aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Als het positieve verrekenbedrag minder dan € 50,- bedraagt, betekent dit dat er geen beschikking tot beschikbaarheidbijdrage wordt afgegeven voor uitbetaling door het CVZ. Dit om de reden dat bij een dergelijk marginaal bedrag de administratieve lasten voor alle partijen onevenredig hoog zijn ten opzichte van het te dienen doel.
[29] Tot 2013 vond dit plaats via het representatiemodel, per 2014 wordt het representatiemodel afgeschaft.

niet-gebudgetteerde aanbieders een contracteergraad te berekenen op basis van het aantal aanbieders. Oorzaak hiervan ligt in de verschillende bronnen die gehanteerd worden om de contracteergraad te berekenen. Wel is de contracteergraad berekend op basis van schadelast.

Onderstaande percentages zijn berekend door het gemiddeld gecontracteerde aantal aanbieders (in AGB-codes) bij de vier grootste verzekeraars te delen door het aantal aanbieders (in AGB-codes) wat in dat jaar heeft gedeclareerd op basis van de data van Vektis. Doordat eerdere jaren nog niet volledig uitgedeclareerd zijn, kunnen onderstaande percentages nog wijzigen.

Tabel 4.5 Gemiddelde contracteergraad aanbieders [30]

	2009	2010	2011	2012
Contracteergraad eerstelijns psychologen	35%	37%	38%[31]	42%
Contracteergraad tweedelijns vrijgevestigden	64%	55%	52%	n.b.[32]

Bron: Zorgverzekeraars en Vektis

Naast de contracteergraad op basis van het aantal gecontracteerde aanbieders, is het ook mogelijk om te kijken naar welk percentage van de verwachte schadelast gecontracteerd is. In tabel 4.6 worden deze percentages weergegeven. Deze gegevens zijn gebaseerd op de schadelastuitvragen die hebben plaatsgevonden bij de verzekeraars. Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 7.2.

Tabel 4.6 Gemiddelde contracteergraad schadelast

	2011	2012	2013
Gecontracteerde schadelast eerstelijns psychologen	87%	91%	86%
Gecontracteerde schadelast niet-gebudgetteerde instellingen	42%	46%	66%
Contracteergraad tweedelijns vrijgevestigden	85%	94%	91%

Bron: Zorgverzekeraars

4.3 Zorginkoop zorgverzekeraars curatieve GGZ

De zorginkoopmarkt voor de curatieve GGZ bestaat uit meerdere spelers. Er zijn in 2013 negen verzekeringsconcerns van in totaal 26 zorgverzekeraars. De vier grootste concerns hebben gezamenlijk een marktaandeel van zo'n 90%.[33]

Deze paragraaf gaat in op het marktgedrag van de verzekeringsconcerns voor van de curatieve GGZ.[34] Input voor deze paragraaf zijn de vragenlijsten die door de verzekeringsconcerns zijn ingevuld.

[30] Op basis van contractering bij de vier grootste verzekeraars.
[31] Dit percentage is gedaald t.o.v. het in de vorige marktscan vermelde percentage doordat het aantal declaraties over 2011 vollediger is.
[32] Over 2012 is voor de tweedelijn nog geen informatie van Vektis beschikbaar
[33] http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_en_beleidsbrief_Zorgverzekeringsmarkt_2013.pdf.
[34] Recent is door de NZa een monitor uitgebracht t.a.v. zorginkoop. Zie: http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Zorginkoop_en_beleidsbrief.pdf.

Zoals aangegeven gaat het feitelijk om negen concerns. Er is echter één individuele zorgverzekeraar (die binnen een concern valt) met een zelfstandig inkoop beleid, waardoor deze toegevoegd is aan de negen concerns. In dit hoofdstuk wordt gemakshalve verder vermeld dat het om tien concerns gaat.

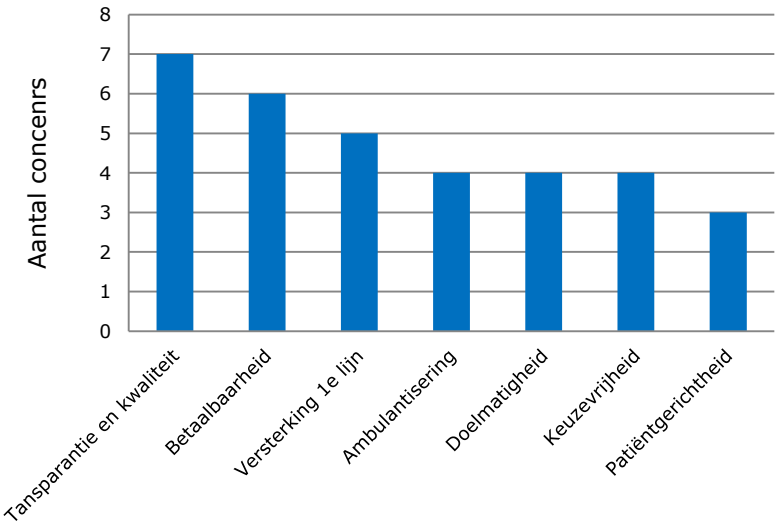
Deze paragraaf behandelt achtereenvolgens het zorginkoopbeleid (waaronder substitutie van tweedelijns naar eerstelijns zorg), het inkoopproces en het proces van contracteren.

4.3.1 Zorginkoopbeleid

4.3.1.1 Algemeen beeld

Alle 10 zorgconcerns hanteren concernbreed hetzelfde zorginkoopbeleid. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen inkoopbeleid voor natura- of restitutiepolissen. In figuur 4.2 is te zien welke speerpunten door de concerns worden genoemd voor het zorginkoopbeleid.

Figuur 4.2 Speerpunten zorginkoopbeleid



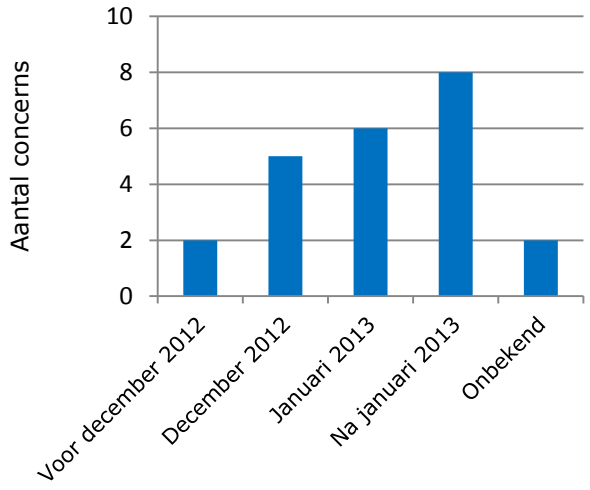
Bron: Zorgverzekeraars

4.3.1.2 Selectieve inkoop

Drie van de tien zorgconcerns geven aan selectief zorg in te kopen. Alle verzekeringsconcerns informeren patiënten over gecontracteerde aanbieders (incl. het gecontracteerde aanbod per aanbieder) en over de gevolgen als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan. Dit wordt respectievelijk op hun website en in hun polissen vermeld. De helft van de zorgconcerns die naturapolissen aanbiedt zegt haar eigen verzekerden te kunnen sturen naar door zichzelf gecontracteerde aanbieders.

In figuur 4.3 is te zien wanneer zorgconcerns hun gecontracteerde curatieve GGZ-zorg aan de verzekerden bekend hebben gemaakt.

Figuur 4.3 Bekendmaking gecontracteerde curatieve GGZ zorg 2013 aan verzekerden



Bron: Zorgverzekeraars

Uit figuur 4.3 blijkt dat vijf van de acht concerns voor 1 januari 2013 gecontracteerde curatieve GGZ-zorg aan verzekerden bekendmaakten. Drie van de acht maakten dit bekend na 1 januari 2013.

Voor aanbieders die zelf een verzekeringsconcern benaderen voor een contract gelden dezelfde voorwaarden als voor aanbieders die benaderd zijn door het concern voor een contract (volgens negen van de tien zorgconcerns).

4.3.1.3 Substitutie tweedelijns naar eerstelijns zorg

Zeven van de negen concerns hebben afspraken gemaakt over het bevorderen van substitutie van tweedelijns naar eerstelijns en klinische naar ambulante zorg. De twee concerns die dit niet hebben gedaan gaven als reden dat ze geen eerste of tweede marktleider zijn.

4.3.1.4 Binnen en buiten kernwerkgebied

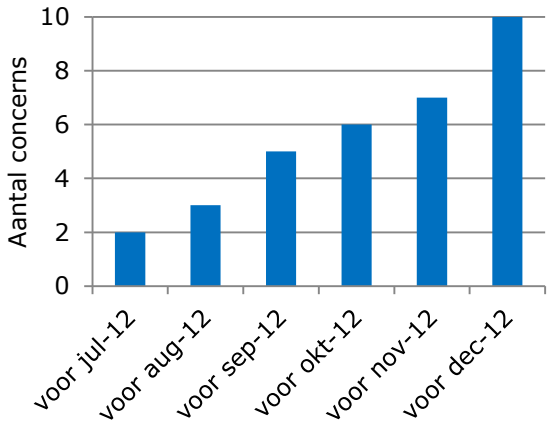
Negen van de tien verzekeringsconcerns is landelijk werkzaam. Zes van hen maakt bij het inkopen van curatieve GGZ-zorg geen onderscheid in kernwerkgebieden en buiten kernwerkgebieden. Drie van de verzekeringsconcerns maken gebruik van een inkoopcombinatie (Multizorg).

Zes van de tien concerns contracteren ook curatieve GGZ-zorg in het buitenland, twee in Duitsland en vier in Schotland. Alleen de twee concerns die in Duitsland contracteren informeren hun verzekerden over deze mogelijkheid, dat doen zij bij wachttijdbemiddeling.

4.3.2 Inkoopproces

Figuur 4.4 toont het aantal verzekeringsconcerns dat voor een bepaalde datum is gestart met het inkoopproces voor de curatieve GGZ-zorg voor het jaar 2013. Tabel 4.7 toont de verschillende methodes die hiervoor gebruikt zijn.

Figuur 4.4 Start inkoopproces curatieve GGZ-zorg voor het (schade-)jaar 2013



Bron: Zorgverzekeraars

Tabel 4.7 Methodes start inkoopproces curatieve GGZ-zorg

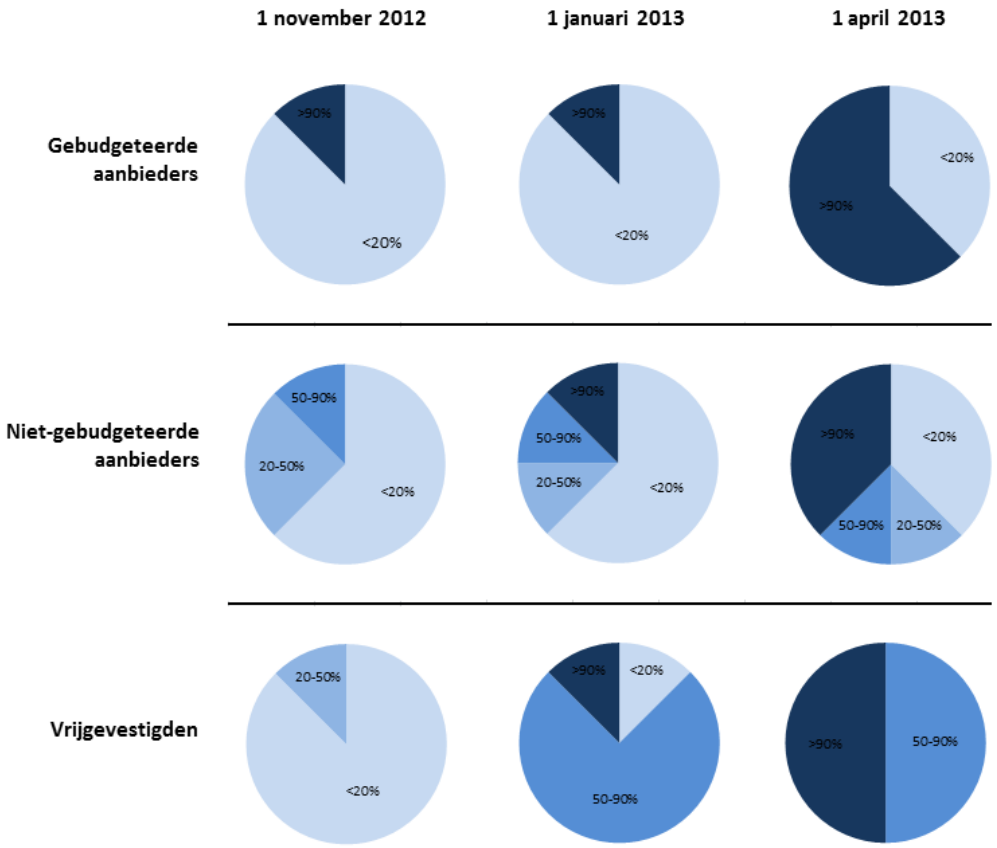
Methodes start inkoopproces	Aantal concerns
Publiceren inkoopbeleid	2
Aanschrijven aanbieders	5
Bijeenkomst/presentatie over inkoopbeleid	2
Anders/onbekend	2

Bron: Zorgverzekeraars

Er is één verzekeringsconcern dat aangeeft twee methodes te hanteren (publiceren inkoopbeleid en het houden van een bijeenkomst/presentatie over het inkoopbeleid).

Figuur 4.5 toont het aantal verzekeringsconcerns (van de acht die de vraag beantwoord hebben) dat een bepaald percentage (<20%, 20-50%, 50-90% en >90%) van de contracten voor het jaar 2013 met zorgaanbieders gesloten had op 1 november 2012, 1 januari 2013 en 1 april 2013. De grootte van de taartpunten geeft aan hoeveel van de concerns dat percentage contracten gesloten had op een bepaalde datum.

Figuur 4.5 Aantal concerns dat een bepaald percentage contracten gesloten had op 1 november 2012, 1 januari 2013 en 1 april 2013



Bron: Zorgverzekeraars

Uit bovenstaande figuur blijkt bijvoorbeeld dat op 1 april 2013 drie van de acht verzekeraars minder dan 20% van de contracten voor het jaar 2013 met zorgaanbieders gesloten (voor gebudgetteerde aanbieders).

4.3.3 Proces van contracteren

4.3.3.1 Contractsoorten curatieve GGZ

De helft van de verzekeringsconcerns hanteert geen standaard contract voor curatieve GGZ-zorg aanbieders. De andere helft zegt een combinatie tussen standaardcontracten en maatwerk te gebruiken. Tabel 4.8 laat zien of er doorleververplichtingen opgenomen worden in contracten en tabel 4.9 toont het aantal concerns dat aanvullende afspraken maakt als er wachtlijsten dreigen.

Tabel 4.8 Opname doorleververplichting in contractvoorwaarden

Doorleververplichting in contractvoorwaarden	Aantal concerns
Nee	4
Ja, maar onder voorwaarden is nacalculatie mogelijk	4
Voorwaarden verschillend per aanbieder	1
Opbrengstverrekening	1

Bron: Zorgverzekeraars

Tabel 4.9 Aantal concerns dat aanvullende afspraken maakt als wachtlijsten dreigen

Aanvullende afspraken als wachtlijsten dreigen	Aantal concerns
Ja	3
In beginsel niet, maar altijd open voor gesprek	6
Onbekend	1

Bron: Zorgverzekeraars

- Tabel 4.10 toont het soort afspraken dat vastgelegd wordt in contracten. Het is een overzicht van de antwoorden van 6 verzekeringsconcerns. Eén concern kan meerdere soorten afspraken per soort zorgaanbieder vastleggen:
  - P*Q contracten: dit zijn contracten waarbij zowel een prijs als een hoeveelheid is afgesproken.
  - Plafond contracten: dit zijn contracten die een maximumomzet kennen, maar geen minimumomzet. Ook bij P*Q contracten is vaak sprake van een maximumomzet. Hierbij worden echter vaak afspraken op DBC-niveau gemaakt.
  - Prijs: er wordt een prijslijst overeengekomen tussen instelling en verzekeraar. Dit gebeurt bijvoorbeeld als het marktaandeel van een verzekeraar in een instelling erg klein is.
  - Budgetformulier: Dit zijn afspraken waarbij het budgetformulier nog gehanteerd wordt. Afspraken worden hierbij op P*Q niveau gemaakt. Vaak wordt hier na afloop van het jaar op nagecalculeerd.

Tabel 4.10 Soort afspraken die vastgelegd worden in contacten door verzekeraars

Soort afspraken in contracten	Gebudgeteerde zorgaanbieders	Niet-gebudgeteerde zorgaanbieders	Vrijgevestigde zorgaanbieders
P*Q	4	4	0
Plafond	4	5	4
Prijs	4	3	4
Budgetformulier	1	0	0
Onbekend	1	0	0

Bron: Zorgverzekeraars

4.3.3.2 Kwaliteitseisen in contracten

De negen concerns die gereageerd hebben, nemen kwaliteitseisen in het contract op en controleren of deze zijn behaald. Van deze concerns zijn er zeven die extra kwaliteitseisen hebben gesteld bij al hun zorgaanbieders. Acht van de negen verzekeringsconcerns heeft bepalingen in het contract opgenomen over het wel of niet voldoen aan de afgesproken kwaliteitseisen. Allemaal hebben ze afspraken gemaakt over de levering van kwaliteitsgegevens en allemaal stimuleren ze het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Tabel 4.10. toont het aantal concerns dat een kwaliteitsindicator belangrijk vindt. Eén concern kan meerdere kwaliteitsindicatoren belangrijk vinden.

Tabel 4.11 Aantal concerns dat een kwaliteitsindicator belangrijk vindt

Belangrijkste kwaliteitsindicatoren	Aantal concerns
Zorginhoudelijke aspecten	8
Aanleveren van data	7
Keurmerken	6
Wijze waarop de aanbieder de inkoper dient te informeren	4
Eisen t.a.v. het hoofdbehandelaarschap en de mede behandelaren	2

Bron: Zorgverzekeraars

Tabel 4.12 toont het aantal concerns dat een bepaling in het contract opneemt (gebaseerd op het antwoord van zeven concerns). Eén concern kan meerdere bepalingen opnemen in het contract.

Tabel 4.12 Aantal concerns dat een bepaling in het contract opneemt

Bepalingen opgenomen in het contract	Aantal concerns
Geen contract indien niet aan kwaliteitseisen voldaan	4
Afslag van tarief indien niet aan kwaliteitseisen voldaan	4
Opslag op tarief/aanneemsom/plafond indien voldaan aan kwaliteitseisen	3

Bron: Zorgverzekeraars

4.3.3.3 Wijzigingen in contracten

Zes concerns (van de zeven die hebben geantwoord) gaven aan dat een hogere zorgvraag dan verondersteld de voornaamste reden was voor een verzoek tot wijziging van het contract. Deze zes concerns gaven ook aan dat de belangrijkste reden om niet akkoord te gaan met tussentijdse wijzigingen van het contract is dat er meestal voldoende zorg is ingekocht bij een andere aanbieder.

4.3.3.4 Hoofdlijnenakkoord

Zeven concerns (van de negen die hebben geantwoord) gaven aan dat zij gedifferentieerde groei toepassen, maar dat zij op concernniveau de maximaal overeengekomen groei van 2,5% bewaken. Acht van de tien concerns geven aan dat indien de zorgaanbieder meer zorg levert dan afgesproken, de aanbieder alle zorg declareert en dat later het teveel betaalde bedrag teruggevorderd wordt.

4.4 Zorginkoop beleid 2014 curatieve GGZ

4.4.1 Inleiding

In december 2013 is een uitvraag onder verzekeraars gestart om meer informatie over het contracteerbeleid 2014 te verkrijgen. Verzekeraars dienden een vragenlijst met 10 vragen te beantwoorden.

De uitvraag heeft plaatsgevonden bij tien verzekeraars (negen concerns en één verzekeraar met een zelfstandig inkoopbeleid). Alle verzekeraars hebben gereageerd. In sommige gevallen zijn niet alle vragen beantwoord door de verzekeraars.

Verzekeraars dienden een uitsplitsing te maken naar type aanbieder:
- voorheen gebudgetteerde aanbieders/instellingen
- voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders/instellingen
- vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

Wanneer er verschillende voorwaarden worden gehanteerd voor voorheen gebudgetteerde aanbieders en voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders, worden de resultaten apart gepresenteerd. Wanneer dat niet geval is, worden deze twee typen aanbieders samengevoegd en wordt gesproken over 'instellingen'.

4.4.2 Substitutie-eisen naar basis GGZ en huisartsenzorg

Aan verzekeraars is gevraagd of zij in hun inkoopbeleid voorwaarden hanteren voor substitutie naar de basis GGZ en/of de huisartsenzorg.

Tabel 4.13 Aantal verzekeraars met substitutie-eisen naar basis GGZ

Type aanbieders	Wel	Geen
Voorheen gebudgetteerde instellingen	9	1
Voorheen niet-gebudgetteerde instellingen	9	1
Vrijgevestigden	7	3

Bron: Zorgverzekeraars

Substitutie-eisen voorheen gebudgetteerde aanbieders
Eén verzekeraar heeft aangegeven geen voorwaarden tot substitutie te hanteren en ziet 2014 als overgangsjaar.
De overige negen verzekeraars stellen wel voorwaarden. De voorwaarden verschillen per verzekeraar.

Hierbij wordt gesproken over:
- Een verschil per categorie van aanbieders (Kind&Jeugd, verslaving, PAAZ, etc), variërend tussen 4% en 16% van het budget.
- Een bepaald percentage (85%) van DBC's diagnostiek en/of het aantal kortdurende DBC's.
- Een percentage van het in het verleden behandelde patiënten (variërend van 15% tot 50%).
- Een daling van de gemiddelde kosten per patiënt door de verschuiving naar de basis GGZ (ca. 4% per patiënt).

Substitutie-eisen voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders/instellingen (gecontracteerd)
Ook hierbij heeft één verzekeraar aangegeven geen voorwaarden tot substitutie te hanteren.
De overige negen verzekeraars hanteren wel voorwaarden. De voorwaarden zijn in de meeste gevallen gelijk aan de voorwaarden die aan de voorheen gebudgetteerde aanbieders worden gesteld. Bij twee verzekeraars zijn de substitutie eisen voor de voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders anders dan die voor de voorheen gebudgetteerde aanbieders. Eén van deze verzekeraars geeft aan dat de substitutie-eis bij de voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders in percentages meer varieert dan bij de voorheen gebudgetteerden. De oorzaak ligt volgens de verzekeraar met name in het wisselende aanbod van deze aanbieders.

Substitutie-eisen vrijgevestigde beroepsbeoefenaren
Drie verzekeraars hebben aangegeven geen voorwaarden te hanteren voor de substitutie naar de basis GGZ voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.

De belangrijkste reden die hiervoor wordt aangedragen is dat zij het niet mogelijk achten om op basis van resultaten uit het verleden een eis voor de basis GGZ te definiëren. Een enkele verzekeraar geeft hierbij ook aan dat dit niet wil zeggen dat er per 2015 ook geen eis geldt. De overige zeven verzekeraars hanteren wel voorwaarden.

Over het algemeen wordt gesproken over:
- een bepaald percentage van de totale omzet (variërend van 5% tot 20%);
- een percentage van het maximale aantal declarabele uren (ca. 5%);
- het aantal patiënten (ca. 15%);
- percentage van de totale jaarproductie (ca. 5%).

Substitutie naar de huisartsenzorg
Over het algemeen worden er geen substitutie-eisen opgelegd richting de huisartsenzorg. Verzekeraars benadrukken wel het belang van screening zodat patiënten op de juiste plek behandeld worden en richten zich bijvoorbeeld op het versterken van de POH-functie.
Eén verzekeraar heeft aangeven wel substitutie-eisen te stellen. Aangegeven wordt dat dit gebeurt door de preventie activiteiten niet meer in te kopen en te vragen dat de aanbieders contact zoeken met de huisartsen(zorggroepen) in de regio.

4.4.3 Mogelijkheid tot afwijken van substitutie-eisen

Aan verzekeraars is gevraagd of er een mogelijkheid bestaat om van de substitutie-eisen af te wijken. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat een substitutie-eis wordt aangepast indien er sprake is van onder- of overproductie in één van de segmenten.

In onderstaande tabel is opgenomen bij hoeveel verzekeraars (die eisen aan substitutie stellen) het mogelijk is om af te wijken van deze eisen. Er is geen verschil tussen voorheen gebudgetteerde instellingen en voorheen niet-gebudgetteerde instellingen.

Tabel 4.14 Aantal verzekeraars met mogelijkheid tot afwijken van de substitutie-eisen

Type aanbieders	Mogelijk	Niet mogelijk
Instellingen	8	1
Vrijgevestigden	4	3

Bron: Zorgverzekeraars

Over het algemeen geven verzekeraars aan dat (indien er sprake is van substitutie eisen) er in bepaalde situaties mag worden afgeweken van deze eisen. Vrijgevestigden mogen minder vaak afwijken.
In onder andere de volgende situatie kan worden afgeweken:
- indien de aanbieder een PUK/PAAZ is;
- de aanbieder een specifiek productaanbod heeft en bijvoorbeeld sterk gespecialiseerd is;
- indien hiervoor ruimte is binnen het regionale budget.

Door een aantal verzekeraars wordt hierbij aangeven dat de mogelijkheid tot afwijking van de substitutie eisen beperkt wordt door de totale hoogte van de plafondafspraken van zowel de basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ.

4.4.4 Producten basis GGZ

Verzekeraars zijn gevraagd in hoeverre er in de contractafspraken voorwaarden worden gesteld aan de verdeling over de producten kort, middel, lang en chronisch in de generalistische basis GGZ.

Tabel 4.15 Aantal verzekeraars met voorwaarden voor de verdeling over de producten in de generalistische basis GGZ

Type aanbieders	Ja	Nee
Instellingen	3	7
Vrijgevestigden	7	3

Bron: Zorgverzekeraars

Instellingen
Zeven verzekeraars hebben aangegeven geen verdeling over de producten in de basis GGZ te hebben gemaakt. Dit geldt zowel voor de voorheen gebudgetteerde aanbieders als de voorheen niet-gebudgetteerde aanbieders. De voornaamste reden hiervoor is dat zij dit nog niet mogelijk achten of onwenselijk vinden (in het kader van substitutie tussen de producten).
Drie verzekeraars hebben dit wel gedaan, waarbij twee dit ook toegelicht hebben. Eén verzekeraar heeft op basis van declaraties uit het verleden een gemiddelde prijs per instelling voor de basis GGZ berekend, waarop de productmix dient aan te sluiten.

Voorwaarden verdeling producten vrijgevestigde beroepsbeoefenaren
Voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren worden door zeven verzekeraars voorwaarden gesteld voor de verdeling van de producten in de basis GGZ. Overigens moet hierbij wel vermeld worden dat een aantal verzekeraars aangeeft dat het hierbij met name om een richtlijn gaat, niet om een vereiste.

De voorwaarden die gesteld worden verschillen per type aanbieder. Eén verzekeraar hanteert een andere verdeling voor aanbieders van kind- en jeugdzorg. Ook wordt door een drietal verzekeraars verschillende voorwaarden gesteld aan psychologen, psychiaters en psychotherapeuten.

Tabel 4.16 Procentuele verdeling producten basis GGZ vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

Type product	Procentuele verdeling
Kort	20% - 75%
Middel	20% - 40%
Intensief	5% - 40%
Chronisch	0% - 10%

Bron: Zorgverzekeraars

4.4.5 Hoofdbehandelaren

Aan verzekeraars is gevraagd of er naast de hoofdbehandelaren zoals opgenomen in beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' (BR/CU-5103) en beleidsregel 'Generalistische basis GGZ' (BR/CU-5106), aanvullende voorwaarden worden gehanteerd. In onderstaande tabellen is weergegeven welke beroepen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt door de verzekeraars.

Tabel 4.17 Hoofdbehandelaren basis GGZ per verzekeraar

Beroep	Hoofdbehandelaars Instellingen	Hoofdbehandelaars Vrijgevestigden
Psychiater	9	9
Klinisch Psycholoog	8	8
Psychotherapeut	10	10
GZ-psycholoog	10	10
Verslavingsarts (in profiel register KNMG)	1	0
Specialist ouderengeneeskunde	1	1
Klinisch geriater	0	0
Verpleegkundig specialist GGZ	7	3
Klinisch neuropsycholoog	0	0
orthopedagoog gen.	6	7
K&J psycholoog	3	6

Bron: Zorgverzekeraars

Vier verzekeraars die ook de verpleegkundig specialist GGZ als hoofdbehandelaar aanmerken geven aan dat dit alleen het geval is bij het product Chronisch.

Verder wordt vaak bij de Kinder-& Jeugdpsycholoog en Orthopedagoog Generalist aangegeven dat dit alleen voor zorg aan patiënten onder de 18 jaar geldt.

Tabel 4.18 Hoofdbehandelaren gespecialiseerde GGZ per verzekeraar

Beroep	Hoofdbehandelaars Instellingen	Hoofdbehandelaars Vrijgevestigden
Psychiater	10	10
Klinisch Psycholoog	10	9
Psychotherapeut	10	10
GZ-psycholoog	3	0
Verslavingsarts (in profiel register KNMG)	3	1
Specialist ouderengeneeskunde	1	1
Klinisch geriater	1	1
Verpleegkundig specialist GGZ	1	0
Klinisch neuropsycholoog	0	1

Bron: Zorgverzekeraars

Bij de gespecialiseerde GGZ wordt door drie verzekeraars aangegeven dat afwijkingen op het gebied van hoofdbehandelaarschap mogelijk zijn (mits voldoende gemotiveerd). Bij de basis GGZ wordt dit door één verzekeraar aangegeven.

4.4.6 Minimale tijd hoofdbehandelaar

Aan verzekeraars is gevraagd of er voorwaarden worden gesteld aan de tijd die de hoofdbehandelaar aan de cliënt dient te besteden.

Binnen de basis GGZ geeft de helft van de verzekeraars aan dat zij geen voorwaarden stellen voor de minimale tijdsbesteding. De belangrijkste reden hiervoor is dat 2014 als overgangsjaar wordt gezien en er inhoudelijk nog onvoldoende argumenten zijn.

Indien er wel voorwaarden worden gesteld, geldt dit over het algemeen voor alle categorieën van aanbieders. Er is één verzekeraar die alleen voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren voorwaarden voor minimale tijdsbesteding stelt.

Tabel 4.19 Aantal verzekeraars met voorwaarden voor de minimale tijd in de basis GGZ

Soort aanbieder	Aantal verzekeraars met voorwaarden	Genoemd percentage
Instellingen	5	80%
Vrijgevestigden	6	80%

Bron: Zorgverzekeraars

De verzekeraars die voorwaarden stellen voor minimale tijdsbesteding noemden over het algemeen 80% als percentage. Er is één verzekeraar die de percentages 50% en 70% noemt als minimale tijdsbesteding van een hoofdbehandelaar voor respectievelijk zorg aan jeugd en volwassen.

In de gespecialiseerde GGZ zijn er minder verzekeraars die voorwaarden stellen aan instellingen (in vergelijking met basis GGZ).
Daarentegen zijn er meer verzekeraars die voorwaarden stellen aan vrijgevestigden.

De percentages verschillen sterk tussen de verzekeraars. Bij de instellingen stellen twee verzekeraars een eis van 30%-50%, terwijl een andere dit op 80% zet. Voor de vrijgevestigde aanbieders geldt over het algemeen een voorwaarde van rond de 80%. Een enkele verzekeraar zit hier met 30%-50% onder. Overigens wordt er door één verzekeraar ook een onderscheid gemaakt in de voorwaarden voor aanbieders van zorg voor kinderen en jeugd.

Tabel 4.20 Aantal verzekeraars met voorwaarden voor de minimale tijd in de gespecialiseerde GGZ

Soort aanbieder	Aantal verzekeraars met voorwaarden	Genoemd percentage
Instellingen	3	30% - 80%
Vrijgevestigden	7	30% - 85%

Bron: Zorgverzekeraars

4.4.7 Nieuwe toetreders

Het inkoopbeleid voor nieuwe toetreders verschilt per verzekeraar.
Hieronder enkele reacties van verzekeraars:

- De inkoopvoorwaarden voor nieuwe toetreders zijn gelijk aan die van bestaande aanbieders.
- Er wordt eerst gekeken naar de bestaande aanbieders, indien nieuwe aanbieders innovatief zijn/zorg leveren waar te weinig van is ingekocht/de reisafstand voor de patiënt te hoog is/er nog budget beschikbaar is, dan komen zij in aanmerking voor een nieuw contract.
- Het inkoopbeleid heeft betrekking op het type zorg wat nog ingekocht dient te worden (Zvw-zorg), voorwaarden met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap, etc.
- De nieuwe aanbieders dienen in 2013 al omzet te hebben gehad (uitbetaald in de vorm van restitutie), waarbij een enkele verzekeraar dit bedrag ook als plafond hanteert.

Acht verzekeraars hebben aangegeven hoeveel aanvragen tot een contract door nieuwe aanbieders zijn afgewezen. Het aantal afgewezen

contracten bij voorheen niet-gebudgetteerden varieert tussen 2% en 50% van het totaal aan aanvragen, met één uitzondering van 72%.

Het aantal afgewezen contracten van nieuwe vrijgevestigde beroepsbeoefenaren varieert tussen 2% en 8%, met één uitzondering van 96%. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat bij de interpretatie van deze percentages ook rekening gehouden dient te worden met het aantal binnengekomen aanvragen voor een contact. In een geval wordt bijvoorbeeld aangegeven dat er twee verzoeken zijn binnengekomen, waarvan er één is afgewezen (50%).

Hieronder worden de genoemde redenen opgesomd om een aanvraag tot een contract af te wijzen. De eerste twee zijn de meest voorkomende:
- Het niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden/kwaliteitseisen.
- Niet de juiste zorg leveren (bijv. onverzekerd of AWBZ).
- Op basis van de overeenkomsten in 2013 is al voldoende zorg ingekocht.
- Instellingen hebben een te lage omzet.

Alle verzekeraars geven aan dat hun inkoopbeleid openbaar gemaakt is door middel van publicatie op de website en/of een aanbiedingsbrief en/of een vragenlijst. Verder geeft één verzekeraar ook aan dat er informatiebijeenkomsten zijn georganiseerd en partijen actief benaderd zijn, waarbij de inkoopvoorwaarden gecommuniceerd zijn.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en –gedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt. Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang kwaliteit. Met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn de volgende aspecten te onderscheiden:
- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- de transparantie van zorg;
- transparantie van keuze informatie.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op Routine Outcome Monitoring (ROM). Stichting Benchmark GGZ (SBG) is gevraagd om hiervoor een bijdrage te leveren. SBG heeft hiertoe analyses uitgevoerd die inzicht geven in aanlevering en voorlopige analyses van uitkomsten.
Een samenvatting van deze analyses wordt in paragraaf 5.1 gegeven. In bijlage 1 kunt u het volledige verslag lezen. In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op uitkomsten van prestatie indicatoren.

5.1 Routine Outcome Monitoring

Zorgverzekeraars zijn met het GGZ-veld overeen gekomen dat benchmarken op basis van de ROM-gegevens een manier is om beter zicht te krijgen op de baten van een zorgsector.
De behoefte van zorgverzekeraars aan kwalitatief goede informatie kan vervuld worden met gegevens over de uitkomst van behandeling in de GGZ. Dit is één van de redenen dat zorgverzekeraars ROM stimuleren. Naast de kwaliteitsimpuls die implementatie van ROM met zich mee kan brengen, leveren de geaggregeerde data informatie op over de GGZ en is de uitkomst een onderscheidende prestatie-indicator voor instellingen.

ROM heeft als primair doel de behandeling zo goed mogelijk te ondersteunen door herhaaldelijk de toestand van de patiënt te meten en zo periodiek de uitkomst vast te stellen. Naast het primaire doel van ROM is er nog een andere benutting van ROM-gegevens ontwikkeld: gebruik van geaggregeerde ROM-gegevens om onderlinge vergelijking of benchmarken mogelijk te maken en zo de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ te verbeteren.

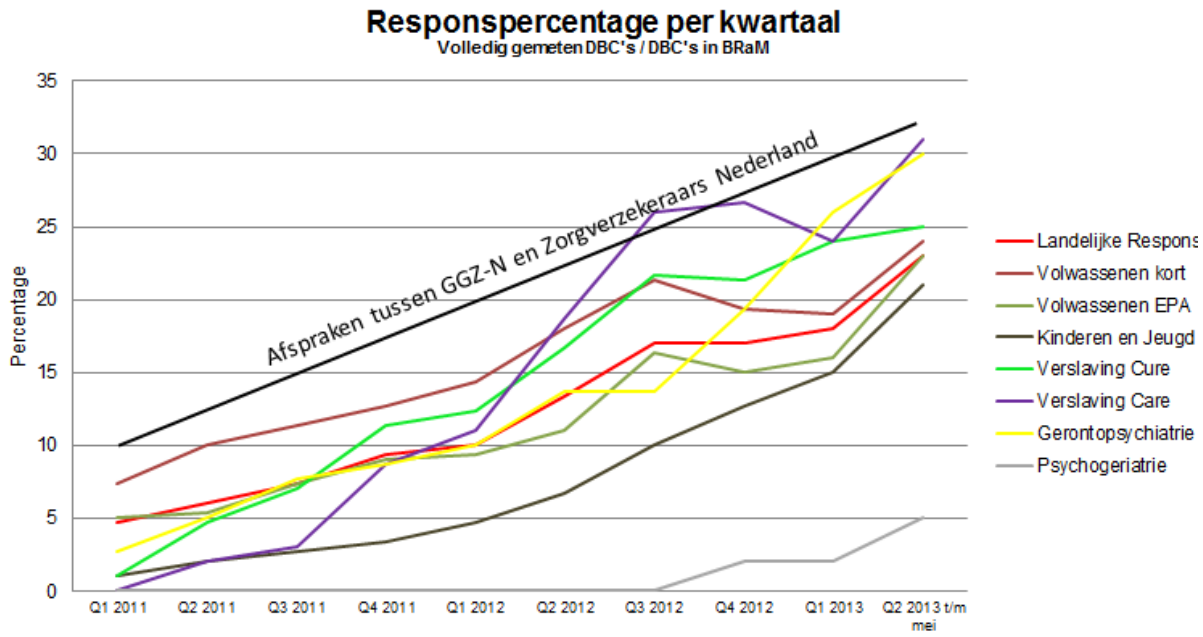
Casemix correctie
Een vergelijking van behandelresultaten met het landelijk gemiddelde (de effect benchmark) of vergelijking tussen instellingen onderling kan oneerlijk zijn wanneer onvoldoende rekening wordt gehouden met eigenaardigheden van de patiëntenpopulatie van een instelling, de casemix. De kenmerken van de casemix kunnen immers van invloed zijn op het resultaat en het gevaar bestaat dat appels met peren worden vergeleken. Indien bijvoorbeeld comorbide persoonlijkheidsproblematiek een negatieve prognostische waarde zou hebben voor de behandeluitkomst, dan kan een instelling die zich vooral toelegt op de behandeling van dergelijke patiënten een achterblijvend behandeleffect toeschrijven aan deze comorbiditeit.
Vooralsnog zijn uit de psychologische en psychiatrische onderzoekliteratuur nog geen ‘harde’ gegevens over de prognostische waarde van deze variabelen op te maken. SBG past daardoor nog geen

casemix correctie toe, maar biedt als alternatief de mogelijkheid tot subgroepselectie binnen de database.
Door te selecteren op achtergrondkenmerken of klinische kenmerken kan de behandeluitkomst bij een meer homogene subgroep van patiënten worden opgevraagd en vergeleken met een landelijk gemiddelde bij de subgroep met dezelfde kenmerken. Zo worden toch – zoveel als mogelijk – appels met appels en peren met peren vergeleken.

5.1.1 Respons

Eind 2010 zijn in een bestuurlijk akkoord tussen zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over het groeitempo waarmee uitkomstgegevens bij SBG aangeleverd zouden worden. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen in de GGZ evalueerbaar moeten zijn. Om daar te komen is een jaarlijkse groei van geROMde behandelingen met 10% nodig.
De landelijke ontwikkeling van ROM aanleveringen is weergegeven in onderstaande grafiek (deze gegevens zijn gebaseerd op 65% van alle DBC's die zijn uitgevoerd, de resterende 35% worden uitgevoerd door instellingen die nog niet hun gegevens bij SBG hebben aangeleverd of door vrijgevestigden die naar schatting 10% van de jaarlijkse productie in de GGZ voor hun rekening nemen).

Figuur 5.1 De landelijke responsontwikkeling weergegeven per kwartaal vanaf 2011 voor alle zorgdomeinen



Bron: SBG

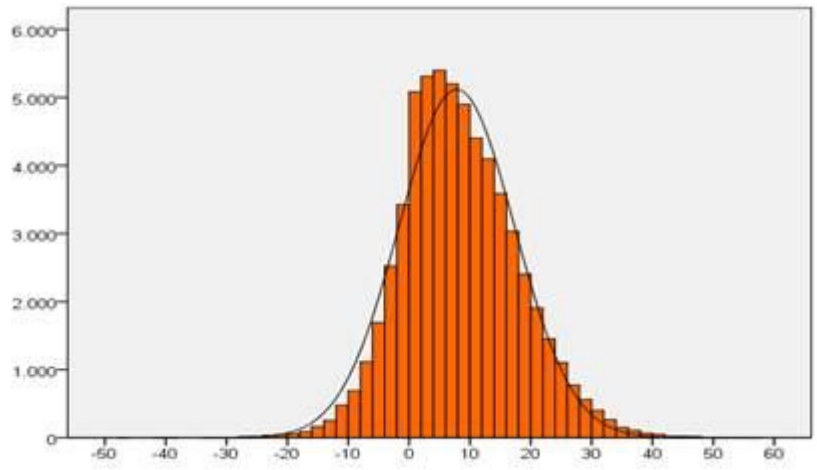
Figuur 5.1 laat zien dat de implementatie van ROM iets achter ligt op schema. Maar met name in 2012 en 2013 is een sterke groei te zien en een duidelijke koers ingezet naar GGZ-brede ROM-implementatie. De groei komt dicht in de buurt van de 10% per jaar dus bij voortzetting van de huidige trend zal in de tweede helft van 2015 de 50% respons gepasseerd worden.

5.1.2 Effectrapportages

De effectiviteit van de behandeling wordt gedefinieerd als het verschil (delta) tussen de voor- en de nameting uitgedrukt in een standaardscore (de genormaliseerde T-score).[35] De T-score is gestandaardiseerd op het gemiddelde en de spreiding van de meetwaarden. Zo is een delta-T score van +10 te vergelijken met een verschuiving van 1 standaard-afwijking. Ter vergelijk: de IQ-score is ook een indicator die is gestandaardiseerd op het gemiddelde (100) en op de spreiding (1 standaardafwijking op de IQ schaal is 15 IQ punten).

De uitkomst van de behandeling bij een groep patiënten wordt vergeleken met het landelijk gemiddelde (de behandeleffect benchmark).

Figuur 5.2 Frequentieverdeling behandeleffect



Bron: SBG

In bovenstaand figuur wordt de frequentieverdeling weergegeven van het behandeleffect bij initiële DBC's (de eerste 12 maanden behandeling of korter) van patiënten in ambulante curatieve zorg (Zorgdomein Volwassenen Kort; N=60.983). Gemiddeld bedraagt het behandeleffect delta T = 7,8 (Sd: 9,5, Mediaan: 7,0) met een range lopend van -63 tot 57. Bij 78% van de trajecten is sprake van een positief behandeleffect (delta T groter dan 0). Bijna een kwart (23%) heeft een delta T van 15 of hoger; 10% heeft een effect van 20 of meer en 10% heeft een effect van -3 of minder.

Er blijken aanzienlijke onderlinge verschillen tussen de instellingen te bestaan. De onderlinge verschillen moeten overigens met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zonder kennis over eventuele verschillen in patiëntkenmerken (casemix) of meetmethodiek kunnen we nog niet vaststellen of we hier verschil in kwaliteit tussen instellingen zien.

Casemix correctie
De hierboven gerapporteerde resultaten zijn niet statistisch gecorrigeerd voor casemix verschillen. Door middel van subgroep selectie wordt hiervoor een alternatief geboden.

35 De T-score is het 10-voudige van de Z-score en de effect grootte volgens deze indicator zal dus ook 10 keer groter zijn dan wat doorgaans wordt gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek of meta-analyses over therapie-effect van psychiatrische behandelingen (Cohen's d).

Het is mogelijk om bij het laten berekenen van geaggregeerde uitkomsten homogene subgroepen van patiënten of behandelingen te selecteren en zo onderlinge vergelijkingen zo 'eerlijk' mogelijk te laten plaatsvinden. Zo kan men selecteren op behandelingsduur, op diagnose of op achtergrondkenmerken van de patiënten.

5.1.3 Verder onderzoek

Het is belangrijk om de zeggingskracht te vergroten door zowel onderzoek als praktijkpilots. Momenteel is nog niet duidelijk hoe we moeten omgaan met diverse methodologische problemen, zoals confounding, (selectieve) uitval van gegevens, variatie in meetmomenten, mogelijke effecten van gaming en het feit dat verschillende meetinstrumenten voor ROM worden gebruikt. Hiertoe is door SGB een onderzoeksagenda opgesteld.

5.2 Prestatie-indicatoren

GGZ-aanbieders zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zich te verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg.[36]

Zichtbare Zorg is per 1 januari 2013 opgegaan in Zorginstituut Nederland. Hierdoor zal een groot deel van de werkzaamheden van Zichtbare Zorg stoppen. Zorgsectoren zijn vanaf 2013 zelf verantwoordelijk voor het ontwikkelen van indicatoren, het opzetten van een data-infrastructuur om de gegevens te verzamelen en het bewerken van de gegevens tot vergelijkbare kwaliteitsgegevens. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat de kwaliteitsmeting over verslagjaar 2012 niet meer via de ZiZo-portal zal verlopen.

De aanlevering van de Kernset 2013 zal worden uitgevoerd door DigiMV en het Landelijk Platform GGZ.[37]

2012 kan gezien worden als een overgangsjaar, waarin de rol van Zichtbare Zorg geleidelijk wordt afgebouwd.[38] Dit is ook te zien in het aantal aanleverende instellingen (zie onderstaande tabel).

Tabel 5.1 Aanlevering prestatie-indicatoren

Verslagjaar	Aantal aanleverende instellingen
2012	126
2011	228
2010	218
2009	183

Bron: Mediquest, 2014

De sterk wisselende samenstelling van de instellingen die aanleveren tussen de jaren maakt het lastig om op betrouwbare wijze trends weer te geven.

[36] Uitzondering hierop betreffen vrijgevestigde zorgaanbieders en de eerstelijn.
[37] Zie o.a. http://www.zichtbarezorg.nl/page/Geestelijke-gezondheidszorg.
[38] http://www.zichtbarezorg.nl/page/Home/Nieuws?mod%5BBrickworkNewsModule%5D%5Bn%5D=795.

6. Toegankelijkheid

6.1 Fysieke toegankelijkheid

Binnen de GGZ zijn diverse treeknormen vastgesteld. Zo bedraagt de treeknorm voor de aanmelding en beoordeling 4 weken, voor extramurale en semimurale behandeling 6 weken, voor intramurale behandeling 7 weken en voor beschermd wonen 13 weken. Over de gemiddelde wachttijd in GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar t.o.v. de gegevens opgenomen in de monitor GGZ van februari 2013.

6.2 Financiële toegankelijkheid

In deze paragraaf worden de eigen bijdrage voor de curatieve en langdurende GGZ beschreven. Vervolgens komt restitutie bij niet-gecontracteerde zorg aan bod. In tabel 6.1 en 6.2. is de hoogte van de eigen bijdragen voor respectievelijk de curatieve GGZ en de langdurende GGZ weergegeven.

Tabel 6.1 Eigen bijdrage curatieve GGZ (in €)

		2009	2010	2011	2012	2013
Eerstelijns psychologische hulp	Per zitting	10	10	10	20	20
Tweedelijns GGZ	Behandeling	-	-	-	200 per DBC	-
	Verblijf	-	-	-	145 per maand	-

Bron: Ministerie van VWS

Tabel 6.2 Eigen bijdrage langdurende GGZ (in €)

		2009	2010	2011	2012	2013
Langdurende GGZ met verblijf (per maand)	Lage eigen bijdrage	741	759	765	779	798
	Hoge eigen bijdrage	1.839	2.082	2.097	2.136	2.190
Langdurende GGZ zonder verblijf (per 4 weken)	Eenpersoons-huishouden	17	18	18	18	19
	Tweepersoons-huishouden	25	25	25	26	27

Bron: CAK

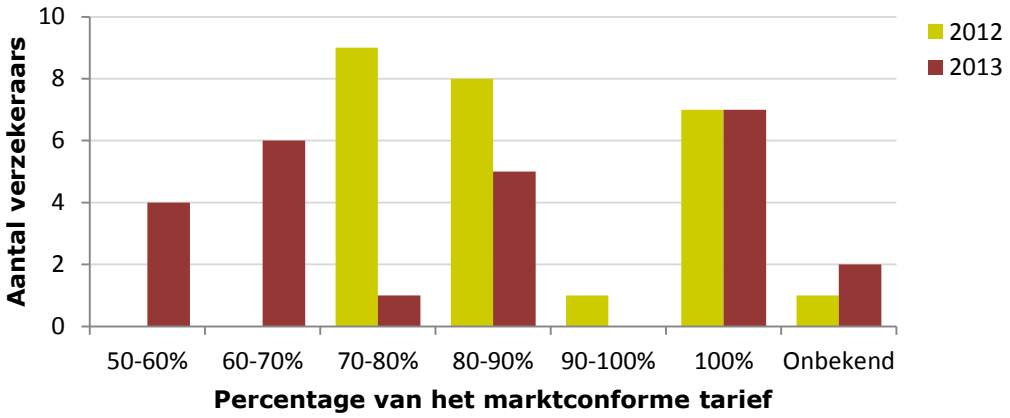
Bij de langdurende GGZ zijn geen grote veranderingen doorgevoerd voor de eigen bijdrage. Voor de tweedelijns GGZ is voor het jaar 2012 een eigen bijdrage ingevoerd (die per 2013 is afgeschaft). Aangezien er nog geen voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over 2012, is er geen nadere analyse uitgevoerd over de effecten hiervan.

6.3 Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg

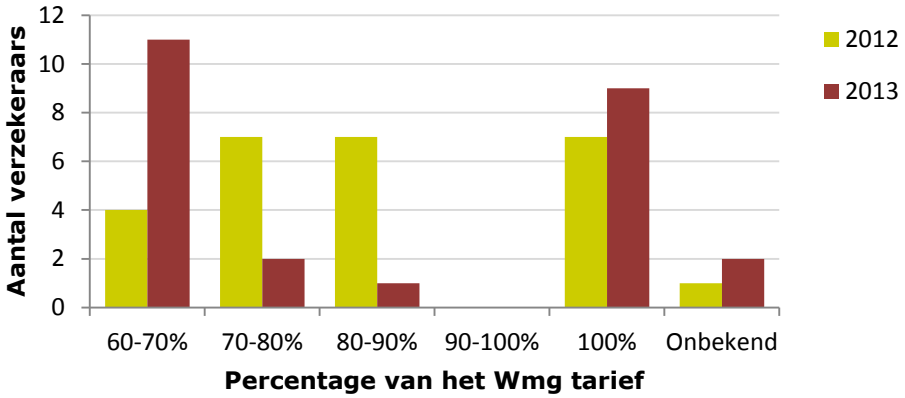
Zorgverzekeraars melden in hun polissen en op hun websites wat de vergoeding bij een naturapolis is indien verzekerden naar een GGZ-aanbieder gaan die niet door hen gecontracteerd is. De hoogte van de vergoeding is vrij vast te stellen door de verzekeraar. De gegevens in deze paragraaf zijn afkomstig uit openbare informatie van de zorgverzekeraars. In figuur 6.1 t/m 6.3 presenteren wij de informatie over de hoogte van de restitutievergoeding.

Over het algemeen blijkt dat het aantal verzekeraars dat tot 70% vergoedt, sterk toeneemt. Dit geldt voor alle segmenten. Het aantal verzekeraars dat 100% vergoeding biedt, is voor de tweedelijn (zowel ambulant als klinisch) toegenomen. Het gemiddelde vergoedingspercentage is in 2013 afgenomen t.o.v. 2012.

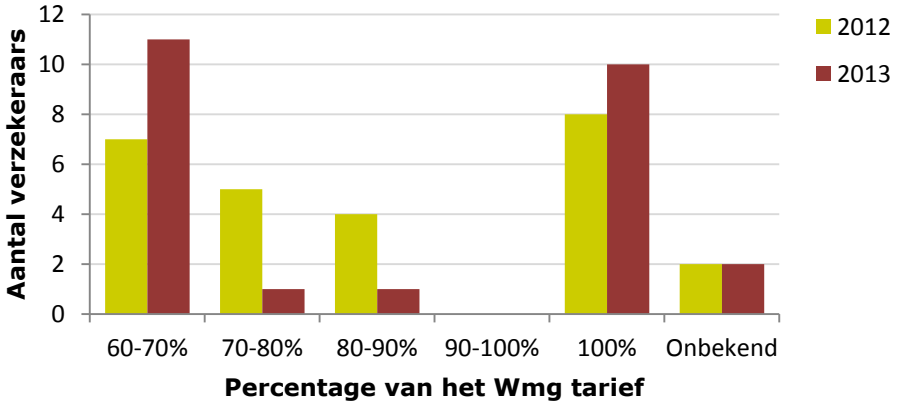
Figuur 6.1 Restitutie bij niet-gecontracteerde eerstelijns GGZ



Figuur 6.2 Restitutie bij niet-gecontracteerde tweedelijns ambulante GGZ



Figuur 6.3 Restitutie bij niet-gecontracteerde tweedelijns klinische GGZ



Bron: Polissen zorgverzekeraars (afzonderlijke labels)

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de betaalbaarheid van de GGZ. Er wordt achtereenvolgens gekeken naar omzet-, volume- en prijsontwikkelingen binnen de curatieve en de langdurende GGZ.

7.1 Omzetontwikkeling GGZ (Zvw en AWBZ)

In deze paragraaf wordt getracht een zo volledig en actueel mogelijk beeld te schetsen van de totale BKZ uitgavenontwikkeling GGZ voor de periode 2009-2013.
Voor de periode 2009-2011 achten wij de NZa/Vektis/CVZ cijfers het meest betrouwbaar. Voor de periode 2012-2013 varen wij voor de meeste segmenten (vanwege het ontbreken van declaratiegegevens) op de cijfers over de geschatte schadelast van zorgverzekeraars.

Tabel 7.1 Omzetontwikkeling GGZ 2009-2013 (Zvw en AWBZ) (in miljoenen €)

	Jaar		2009	2010	2011	2012	2013
	Segment	bron	NZa / Vektis / CVZ			Schadelast uitvraag	
1e lijn	Eerstelijns zorg	CVZ	99	112	122	87	82
2e lijn	tweedelijns gebudetteerde instellingen	NZa	3.403	3.491	3.633	3.546[39]	3.461
	Niet-gebud. instellingen	Vektis	65	119	180	201	227
	Vrijgevestigden[40]	Vektis	213	262	354	316	304
	Overige producten GGZ	CVZ	4	4	5	5	11
	Totaal tweedelijn		**3.685**	**3.876**	**4.172**	**4.068**	**4.003**
AWBZ	Langdurende GGZ AWBZ	NZa	-[41]	1.431	1.568	1.779[42]	1.715
	Totaal			**5.419**	**5.862**	**5.903**	**5.730**

Bron: NZa/Vektis/CVZ

De omzetontwikkeling 2010-2011 voor de GGZ in zijn geheel betrof 8,2%. De verwachte omzetontwikkeling 2011-2012 betreft 0,7%. De verwachte omzetontwikkeling 2012-2013 betreft -3,0%.

7.2 Nadere onderbouwing omzetontwikkeling

In deze paragraaf wordt een gedetailleerde onderbouwing gegeven van de in tabel 7.1 gepresenteerde cijfers. Om een betrouwbare inschatting van de werkelijke GGZ uitgaven-ontwikkeling te maken binnen de Zvw dienen cijfers van de NZa, Vektis, CVZ gecombineerd te worden. Voor de jaren waarvoor dit nog niet goed mogelijk is, wordt via een aparte

[39] Hier wordt het totale NZa-budget uit de nacalculatie weergegeven omdat deze recenter en nauwkeuriger is.
[40] Op basis van eerste twee cijfers AGB-code; deze methode is niet perfect. AGB onbekend is gerekend tot de groep niet-gebudgetteerde instellingen.
[41] In 2009 werd een andere definitie gehanteerd. Door het loslaten van de specifieke instellingsnummers kan extramurale productie niet meer worden toegerekend aan de langdurende GGZ. Een vergelijking tussen omzet 2009 en 2010 kan om die reden niet worden gemaakt. Om verwarring te voorkomen is daarom 2009 niet getoond.
[42] Hier wordt informatie gegeven die beschikbaar is vanuit NZa rekenstaten. Dit geldt voor zowel 2012 als 2013.

informatie-uitvraag (schadelast-uitvraag) de verwachte uitgaven in beeld gebracht.

Hierbij is het BKZ perspectief leidend: dit houdt in dat er aansluiting gezocht wordt met de begroting van VWS bij de selectie van het cijfermateriaal. Voor de periode 2009-2012 betekent dit onder andere dat de budgetten van instellingen leidend zijn, en niet de DBC-schadelast zoals deze bij het CVZ wordt weergegeven. Dit betekent ook dat zorg die niet tot het basispakket hoort (niet-verzekerde zorg) wordt weggelaten. Ook eigen bijdragen zijn niet opgenomen in de cijfers.

7.2.1 Omzetontwikkeling Zvw op basis van NZa/Vektis/CVZ cijfers

In tabel 7.2 wordt de omzetontwikkeling voor de curatieve GGZ weergegeven op basis van NZa en Vektis gegevens.

Voor de gebudgetteerde curatieve GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij de NZa bekend zijn. Voor 2013 betreft het, voor zover bekend, de verwachte omzetontwikkeling op basis van de ingediende productieafspraken van aanbieders, de overige cijfers voor deze categorie aanbieders zijn op basis van realisatie.

Voor de niet-gebudgetteerde aanbieders is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis.

Tabel 7.2 Omzetontwikkeling BKZ: NZa/Vektis/CVZ (in miljoenen €)

		2009	2010	2011	2012	2013
Eerstelijns psychologische zorg (ELIS ELP)	Eerstelijns psychologische zorg (CVZ)	99	112	122	80	75
Tweedelijns zorg (NZa / Vektis DGZ[43])	Gebudgetteerde zorgaanbieders (NZa rekenstaten)	3.403	3.491	3.633	3.546	3.553[44]
	Niet gebudgetteerde instellingen	65	119	180	NB	NB
	Vrijgevestigden	213	262	354	NB	NB
	Overige producten GGZ (CVZ)	4	4	5	5	11
	Totaal tweedelijn	**3.685**	**3.876**	**4.172**	**NB**	**NB**
Totaal eerstelijns + tweedelijns		**3.783**	**3.988**	**4.294**	**NB**	**NB**

Bron: NZa peildatum: jan 2014 / Vektis peildatum: nov 2013

Uit bovenstaande tabel blijkt het volgende:
- In 2012 is er een duidelijke trendbreuk bij de ELP zichtbaar.
- Het budget 2011-2012 daalt nominaal met 2,5%.

[43] Vektis cijfers zijn opgehoogd tegen de verwachte CVZ schadelast.
[44] Deze cijfers zijn op basis van de, bij de NZa ingediende, productieafspraken en mutaties van de gebudgetteerde aanbieders.

- De schadelast voor niet-gebudgetteerde aanbieders stijgt met 37% en 40% respectievelijk voor de jaren 2009-2010 en 2010-2011.
- De totale omzet stijgt voor 2009-2010 met 5,4% en 2010-2011 met 7,7%.

7.2.2 Verwachte schadelast volgens NZa-uitvraag zorgverzekeraars

Naast de omzetontwikkeling op basis van declaratiegegevens, heeft de NZa ook informatie bij zorgverzekeraars opgevraagd over de verwachte schadelast. Afgelopen jaren hebben drie uitvragen plaatsgevonden.

Tabel 7.3 Overzicht NZa schadelast uitvragen 2012-2013

Datum uitvraag	Jaren uitgevraagd
Oktober 2012	2010-2011
Juni 2013	2012-2013
December 2013	2013-2014

Bron: NZa

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten hiervan weergegeven.

Tabel 7.4 Geschatte schadelast curatieve GGZ 2011-2013 (in miljoenen €)[45]

Segment / Jaar		2011	2012	2013
Peildatum		Stand oktober 2012	Stand juni 2013	Stand december 2013
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns psychologische zorg, gecontracteerd	104,4	79,2	71,7
	Eerstelijns psychologische zorg, niet gecontracteerd	15,7	7,3	11,6
	Totaal	**120,1**	**86,6**	**83,3**
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders (per definitie gecontracteerd in 2011 en 2012)	3.579,9	3.516,1	3.408,0
	Gebudgetteerde zorgaanbieders, niet gecontracteerd	n.v.t.	n.v.t.	53,3
	Niet gebudgetteerde instellingen, gecontracteerd	54,6	92,4	150,6
	Niet gebudgetteerde instellingen, niet gecontracteerd	74,2	108,5	76,1
	Vrijgevestigde aanbieders, gecontracteerd	253,1	298,4	277,6
	Vrijgevestigde aanbieders, niet gecontracteerd	43,2	17,7	26,5
	Totaal niet-gebudgetteerd	**425**	**517**	**531**
	Totaal	**4.005,0**	**4.033,2**	**3.992,1**
Totaal eerstelijns + tweedelijns		**4.125,1**	**4.119,7**	**4.075,3**

Bron: NZa-uitvraag schadelast

[45] Waarbij niet-gecontracteerde zorg bestaat uit (reserveringen voor) restitutie, overige reserveringen en nog lopende onderhandelingen.

Voor 2011 zijn er aanzienlijke verschillen tussen de schadelastuitvraag en de NZa/Vektis/CVZ cijfers zoals hiervoor gepresenteerd. Mogelijk komt dit door het verschil in peildatum, hier zit meer dan een jaar tussen (oktober 2012 en november 2013).
De verschillen zitten zowel bij de gebudgetteerde aanbieders als bij de schadelast van niet-gebudgetteerde aanbieders. Zorgverzekeraars lijken voor 2011 de schadelast van niet-gebudgetteerde aanbieders sterk onderschat te hebben (€ 425 miljoen tegen € 534 miljoen volgens tabel 7.2).

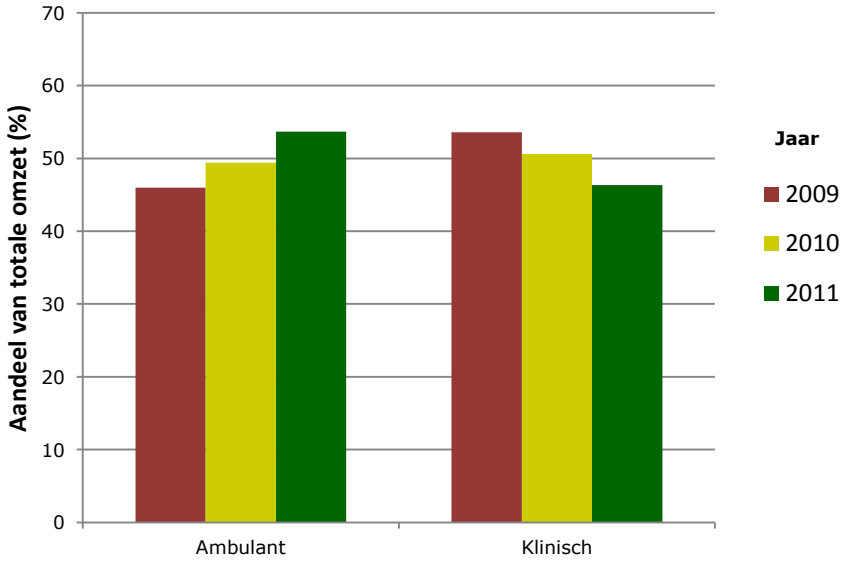
De geschatte schadelast bij de gebudgetteerde instellingen over 2011 komt circa € 53 miljoen lager uit dan de budgetgegevens in tabel 7.1. Over 2012 is de schatting bijna € 30 miljoen lager dan de budgetafspraken die bij de NZa zijn binnengekomen. Mogelijke verklaringen voor dit verschil zijn:

- De aanvaardbare kosten zijn een optelsom van de productieafspraken en autonome kosten zoals kapitaallasten. Als men deze autonome kosten juist invult in het budgetformulier, dan is het budgetformulier gelijk aan de aanvaardbare kosten. In de praktijk wordt dit niet altijd in eerste instantie juist ingevuld. Dit kan ook gebeuren bij het invullen van de uitvraag.
- Daarnaast is het zo dat er in 2012 sprake zou kunnen zijn van onderproductie. De budgetafspraken worden in het begin van het jaar ingediend, terwijl de uitvraag over de geschatte schadelast 2012 in de tweede helft van het jaar is uitgevraagd.

7.2.3 Omzetaandeel klinisch en ambulant

Het aandeel van DBC's met verblijf in de totale omzet daalt in 2011 met ca. 4% ten opzichte van 2010. In 2010 daalde dit aandeel met ca. 3% ten opzichte van 2009 (zie figuur 7.1).
De verhouding van het aantal DBC's met en zonder verblijf is in de periode 2009-2011 nagenoeg niet gewijzigd (6% met verblijf en 94% zonder verblijf). Het aantal patiënten dat klinisch wordt behandeld blijft daarmee gelijk.

Figuur 7.1 Aandeel klinisch en ambulant in totale DBC-omzet



Bron: Vektis peildatum december 2013

7.3 Prijsontwikkeling curatieve GGZ

In de curatieve GGZ is voor de periode 2010-2011 het volgende onderscheid relevant voor de prijsontwikkeling:
- gebudgetteerd versus niet-gebudgetteerd;
- gecontracteerd versus niet-gecontracteerd.

Bij de gebudgetteerde aanbieders kan de prijsontwikkeling gezien worden als resultante van de budgetontwikkeling (= omzetontwikkeling) en de ontwikkeling in zorgvolume. Hier wordt in paragraaf 8.3 nader op ingegaan. Gebudgetteerde aanbieders waren tot 2013 per definitie gecontracteerd, in die zin dat er overeenkomsten over prijs, volume en kwaliteit werden gemaakt.

Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders speelt vervolgens het onderscheid gecontracteerd/niet-gecontracteerd een belangrijke rol.
Wanneer een aanbieder gecontracteerd is, is de contractprijs (als percentage van het maximumtarief) bepalend voor de prijs die door een verzekeraar wordt betaald. Voor de jaren 2010-2011 zijn deze prijzen in eerdere marktscans in kaart gebracht. Wanneer een aanbieder niet-gecontracteerd is, zijn de polisvoorwaarden van de patiënt bepalend voor de prijs die uiteindelijk door de verzekeraar wordt betaald.

7.3.1 Prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders

Bij tweedelijns aanbieders bieden verzekeraars doorgaans contractprijzen in een percentage van de maximum Wmg-tarieven aan. Dit percentage varieert in 2012 tussen de 75% en 95%. Enkele verzekeraars hanteren niet voor iedere DBC een uniform percentage, maar differentiëren deze naar DBC. Het percentage varieerde in 2011 net als in 2010 van 90% tot 95% van het maximum DBC-tarief[46].

Bij niet-gecontracteerde aanbieders zijn de polisvoorwaarden bepalend voor het te vergoeden bedrag (zie paragraaf 6.3).

7.3.2 Spreiding prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders

In onderstaande tabel wordt de prijsvariatie getoond bij de niet-gebudgetteerde aanbieders voor de jaren 2010 en 2011. Dit betreft de door de verzekeraar uitbetaalde bedragen.
Te zien is dat er vrijwel geen DBC-omzet is met een prijs lager dan 70% van het Wmg-tarief. Ook valt op dat het percentage van de omzet dat een vergoeding tussen 95-100% van het Wmg-tarief afneemt, en dat prijzen in de range 70-94% toenemen.

Tabel 7.5 spreiding prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders

	Deel van omzet niet-gebudgetteerde aanbieders (%)		
Prijs (% van het Wmg-tarief)	2009	2010	2011
50-59%	0%	0%	0%
60-69%	0%	1%	1%
70-79%	5%	10%	16%
80-89%	7%	11%	16%
90-94%	13%	14%	26%
95-100%	75%	65%	42%

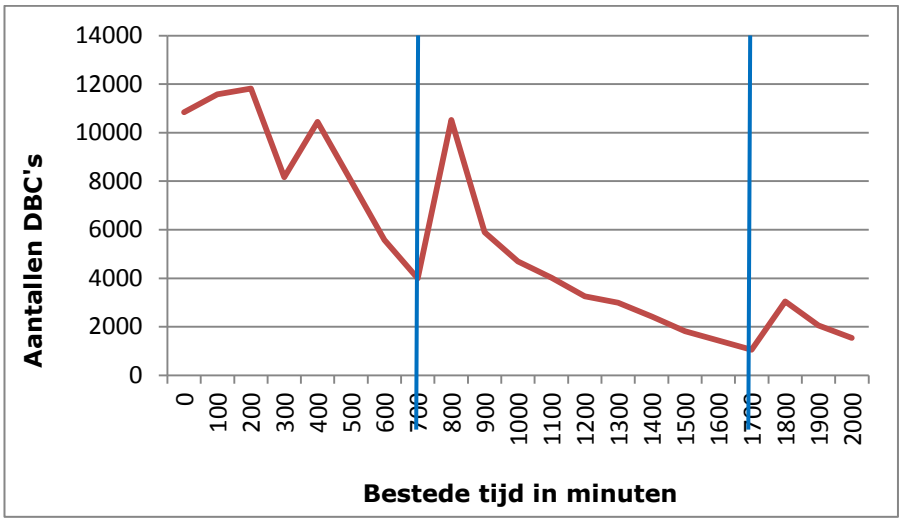
Bron: Vektis

[46] De cijfers van de contractprijzen 2010 komen uit de Monitor GGZ 2010, de cijfers van de contractprijzen 2011 komen uit de marktscan GGZ 2011.

7.4 Verdeling afgesloten DBC's

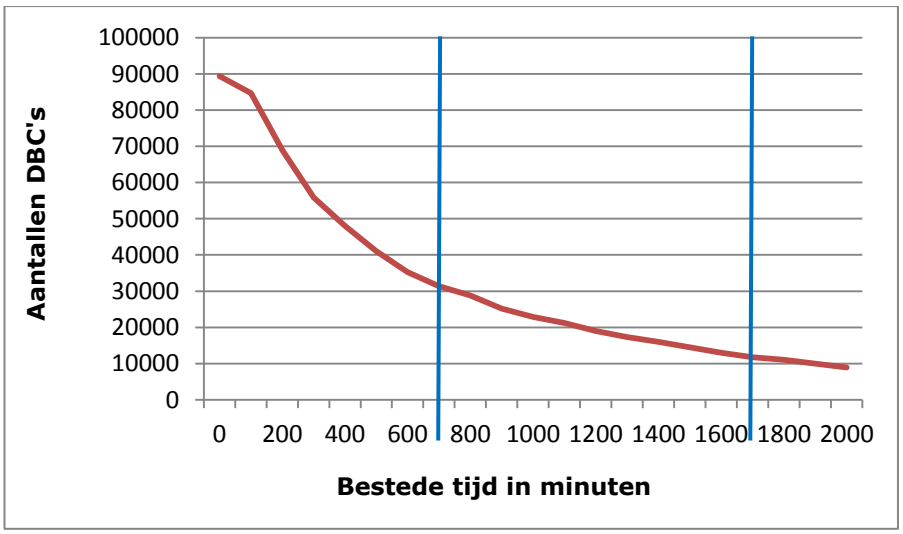
De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een behandeltraject bepalen welke DBC wordt gedeclareerd.
In onderstaand figuur staat de verdeling van het aantal DBC's van vrijgevestigde zorgaanbieders (DBC's geopend in 2011) over de verschillende tijdsklassen. Bij de tijdsgrens 800 en 1800 minuten kan een hoger tarief gedeclareerd worden.[47]
Bij vrijgevestigde zorgaanbieders blijkt er een stijging waarneembaar bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief. Bij gebudgetteerde zorgaanbieders (die niet worden bekostigd via DBC's in 2011) is de deze stijging niet waarneembaar.

Figuur 7.2 bestede tijd vrijgevestigden (DBC's geopend 2011)



Bron: NZa peildatum 2013

Figuur 7.3 bestede tijd gebudgetteerde instellingen 2011



Bron: NZa peildatum 2013

[47] De twee tijdsgrenzen zijn gemarkeerd met twee verticale lijnen. Deze zijn geplaatst bij 700 en 1700 minuten. Ter verduidelijking: het gaat hierbij om het aantal DBC's binnen tijdsinterval 700-799 minuten en 1700-1799 minuten (vlak voor de tijdsgrens).

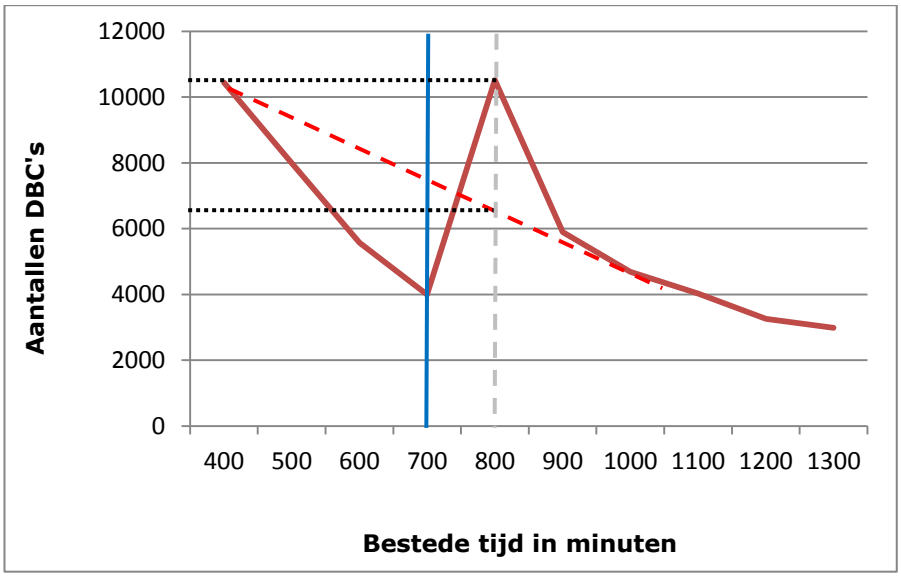
In de marktscan van 2011 is een vergelijkbare analyse met DIS gegevens over 2009 en 2010 gepresenteerd en zijn ook vergelijkbare resultaten verkregen.[48]

7.4.1 Effecten van verdeling

De verdeling van DBC's van vrijgevestigde zorgaanbieders wijkt af van de verdeling van gebudgetteerde aanbieders. Aangenomen wordt dat de aanwezigheid van prikkels in de tarifering deze verschillen verklaart.

Wanneer de verdeling van vrijgevestigden gelijk wordt aan de verdeling van gebudgetteerde instellingen, kunnen de financiële effecten hiervan worden berekend.

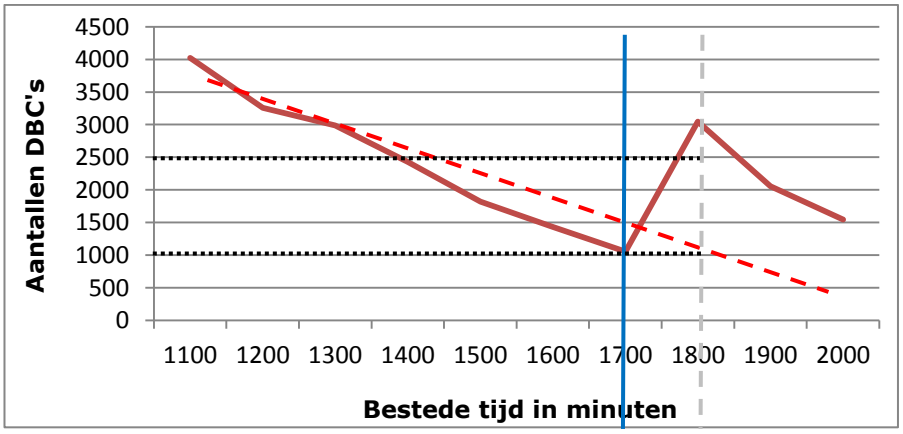
Figuur 7.4 bestede tijd vrijgevestigden 2011 – tijdsgrens 800 m.



Bron: NZa peildatum 2013

Een voorzichtige inschatting – gebaseerd tijdsgrens bij 800 minuten – laat zien dat in plaats van 10.500 slechts 6.200 DBC's in de hogere tijdsklasse vallen. Het gaat hierbij dus om 4.300 DBC's die tegen een € 1.100 hoger tarief zijn gedeclareerd (totale omvang 4,7 miljoen euro).

Figuur 7.5 bestede tijd vrijgevestigden 2011–tijdsgrens 1800 m.



Bron: NZa peildatum 2013

48 www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Geestelijke_Gezondheidszorg.pdf.

Bij de tijdsgrens van 1800 minuten gaat het om zo'n 1.100 DBC's. Tegen een verhoging van € 1.800. Dit gaat om een bedrag van 2 miljoen euro. In totaal gaat het bij deze twee tijdsgrenzen om een bedrag van zo'n 6,7 miljoen euro. Na bijschatting (aangezien het DIS voor niet-gebudgetteerde zorgaanbieders 61% betreft in 2011) en afgezet tegenover het gemiddelde prijspeil van niet-gebudgetteerden (91,8%) gaat het om een bedrag van zo'n 10 miljoen euro per jaar.[49]
In 2013 is regelgeving aangepast en per 1 januari 2014 is het verplicht gesteld dat informatie over de werkelijk besteedde tijd op de factuur wordt vermeld. Op deze manier zijn verzekeraars beter in staat om hierop controles uit te voeren.[50]

7.5 Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in langdurende GGZ

7.5.1 Omzetontwikkeling langdurende GGZ

In onderstaande tabel wordt de omzetontwikkeling van de langdurende GGZ getoond voor de periode 2010 – 2013. Vervolgens wordt dit per ZZP uitgesplitst. Daarna wordt de omzet van de overige producten die niet tot de ZZP's behoren weergegeven.

Tabel 7.6 Omzetontwikkeling Langdurende GGZ (AWBZ) (in miljoenen €)

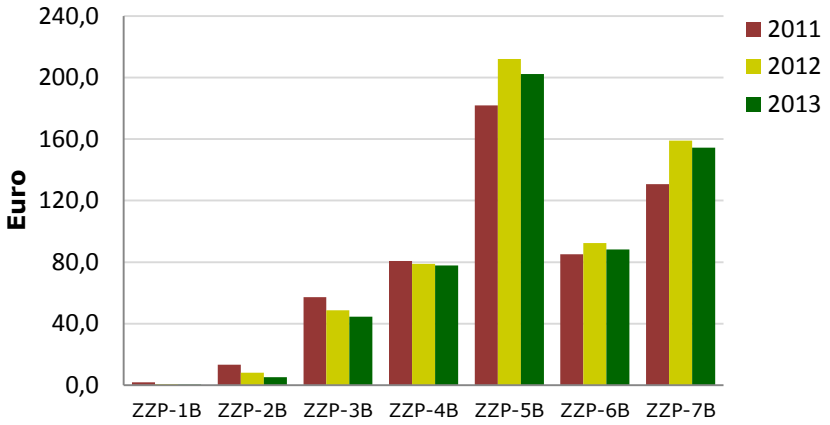
Segment		2010	2011	2012	2013
Langdurende GGZ	Curatieve klinische LGGZ (zzp b)	534	551	600	573
	Niet curatieve klinische LGGZ (zzp c)	712	811	952	919
	overig	185	207	227	224
	Totaal	**1.431**	**1.568**	**1.779**	**1.715**

Bron: NZa rekenstaten

Voor de periode 2010 t/m 2012 is er sprake is van een omzetstijging (gemiddelde stijging over de periode is 11,5%). In 2013 is er sprake van een trendbreuk en daalt de omzet met 3,6%.
In onderstaande figuren worden de omzetontwikkelingen per ZZP getoond voor zowel de ZZP-B als de ZZP-C pakketten.

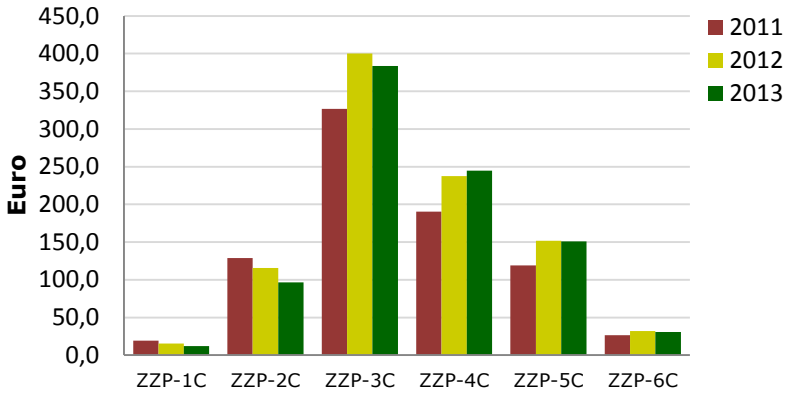
49 Dit betreft een eerste globale analyse van de financiële impact van upcoding. De NZa zal medio zomer 2014 een uitgebreider analyse presenteren over dit onderwerp in het kader van de fraudetoets.
50 Zie voor een overzicht van de genomen maatregelen en aanpassingen in regelgeving: http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_toezichtonderzoek_cGGZ_-_vervolg_Europsyche.pdf.

Figuur 7.6 Landelijke omzet per ZZP-B (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum februari 2013

Figuur 7.7 Landelijke omzet per ZZP-C (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum februari 2013

Uit beide figuren blijkt over het algemeen dat de omzet van de lichtere ZZP-B en ZZP-C pakketten afneemt en de omzet van de zwaardere pakketten toeneemt.
In onderstaande tabel wordt de omzetontwikkeling van de categorie 'overig' nader gespecificeerd.

Tabel 7.7 Omzet overige (in miljoenen €)

Categorie	2010	2011	2012	2013
Kinder- en jeugd psychiatrie	64	74	72	74
Per dag ZZP klinisch intensieve behandeling	16	23	32	33
Volledig pakket thuis	4	7	16	25
Dagbesteding & vervoer	101	104	107	92
Totaal	**185**	**207**	**227**	**224**

Bron: NZa peildatum februari 2013

In 2012 was er een stijging te zien in de omzet voor Volledig pakket thuis van meer dan 100%, in 2013 is deze stijging doorgezet met bijna 57%. Volledig pakket thuis bestaat pas sinds 2011, dit is waarschijnlijk de reden voor de sterke stijging van de omzet. Naast Volledig pakket thuis is ook klinisch intensieve behandeling sterk gestegen.
Verder valt op dat in 2012 Dagbesteding & vervoer nog toenam met 3,5% maar dat het in 2013 gekeerd is naar een afname van 14,8%.

7.5.2 Volumeontwikkeling langdurende GGZ

In de volgende tabellen wordt eerst ingegaan op het totale landelijke volume ZZP's GGZ. Vervolgens wordt dit per ZZP uitgesplitst. Daarna wordt het volume van de overige producten die niet tot de ZZP's behoren weergegeven.

Tabel 7.8 Landelijk volume ZZP's GGZ (in duizenden)

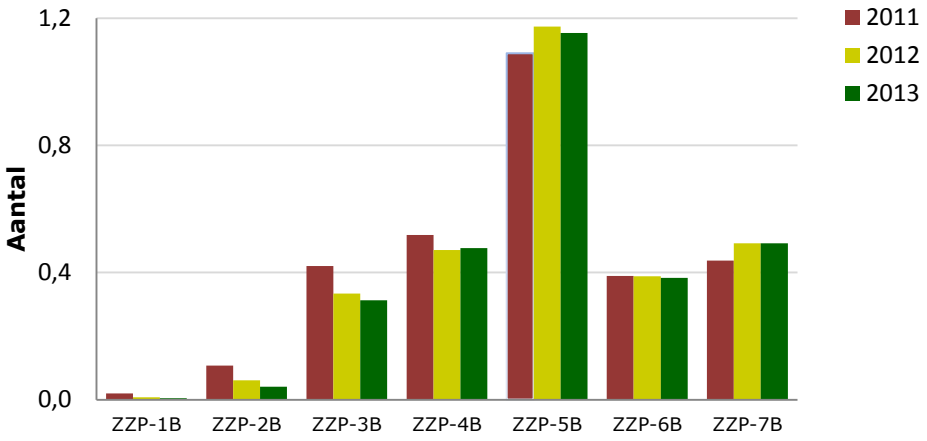
Categorie ZZP's	2011	2012	2013
ZZP GGZ-B	2981	2.927	2.863
ZZP GGZ-C	6.795	7.281	7.186
Totaal	**9.776**	**10.208**	**10.049**

Bron: NZa peildatum februari 2013

Het totaal volume ZZP's GGZ in zorgdagen daalt in 2013 met ongeveer -1,5% ten opzichte van een stijging van 4,5% in 2012.

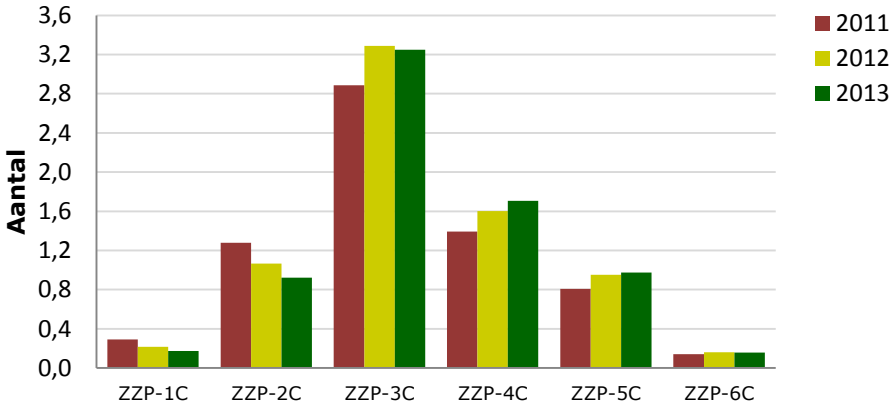
In onderstaande figuren worden de volume ontwikkelingen per ZZP getoond voor zowel de ZZP-B als de ZZP-C pakketten.

Figuur 7.8 Landelijk volume per ZZP-B (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum februari 2013

Figuur 7.9 Landelijk volume per ZZP-C (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum februari 2013

Over de periode 2011-2013 blijkt dat het volume van de lichte ZZP-B en ZZP-C pakketten daalt. Het volume van de zwaardere ZZP-B pakketten blijft redelijk stabiel, terwijl de zwaardere ZZP-C pakketten een volume stijging laten zien.

Tabel 7.9 Volume overig (in duizenden)

Categorie	2011	2012	2013
Kinderen en jeugd, aantal zorgdagen	145,5	129,3	136,0
Per dag ZZP klinisch intensieve behandeling	46,9	61,0	61,0
Volledig pakket thuis	70,2	142,9	219,6
Totaal	**262,7**	**333,2**	**416,5**

Bron: NZa peildatum februari 2013

In 2012 was er een stijging te zien in het volume voor Volledig pakket thuis van meer dan 100%, in 2013 is deze stijging doorgezet met bijna 54%. Het aantal zorgdagen kinderen en jeugd is in 2013 toegenomen met ruim 5% en het aantal dagen klinische behandeling is in 2013 vrijwel gelijk gebleven aan 2012.

7.5.3 Prijsontwikkeling langdurende GGZ

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen afspraken maken onder de NZa beleidsregelwaarde voor de GGZ B- en C-pakketten. In 2013 is er voor het eerst alleen een maximumprijs en geen bijbehorende minimumprijs in de beleidsregel opgenomen. In 2011 en 2012 gold deze minimumprijs nog wel en werden tarieven tussen de vierennegentig en honderd procent van de in de beleidsregel opgenomen waarde vastgesteld door de NZa.

In de volgende tabel wordt zowel de gemiddelde prijs als de gemiddelde korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde, die gemiddeld in de 32 zorgkantoorregio's is afgesproken, weergegeven.
De prijzen geven een beeld over de doelmatigheid van de zorginkoop door zorgkantoren en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ en benodigde prijs voor zorglevering.

Tabel 7.10 Gemiddelde prijs (in €) en korting (in %) over de 32 zorgkantoorregio's

Categorie	2011	2012	2013
Gemiddelde prijs ZZP-B	€ 185,98	€ 203,27	€ 200,18
Gemiddelde korting ZZP-B	1,06%	1,54%	2,27%
Gemiddelde prijs ZZP-C	€ 118,61	€ 129,57	€ 126,45
Gemiddelde korting ZZP-C	1,24%	2,01%	2,63%

Bron: NZa peildatum februari 2013

8. Diagnosegroepen tweedelijns curatieve GGZ

In dit hoofdstuk presenteren we een onderverdeling van het totale DBC-zorgvolume naar primaire diagnose. Hiermee wordt getracht meer inzicht te creëren in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse ontwikkeling in macro uitgaven aan tweedelijns curatieve GGZ.

- Welke primaire diagnose vormt de belangrijkste reden voor zorg?
- Om hoeveel patiënten gaat dit?
- Wat kost de daarmee samenhangende zorg?
- Hoe ontwikkelen deze kosten zich?
- Welke informatie kan gegeven worden over zorgvraagzwaarte?

De analyses zijn gebaseerd op DIS data 2010-2011 waarbij ontbrekende gegevens worden bijgeschat door te vergelijken met Vektis en CVZ gegevens.

Domeinafbakening
Het betreft specialistische, op genezing gerichte, geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg wordt geleverd door onder meer GGZ-instellingen, instellingen voor verslavingszorg, psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en zelfstandige praktijken van psychiaters en psychotherapeuten. Het betreft dat deel van de zorg dat wordt betaald uit de basisverzekering (Zorgverzekeringswet).

Uitgesloten zijn:
- Klinische opnames langer dan een jaar (deze worden betaald uit de AWBZ).
- Forensische psychiatrie voor volwassenen; deze vorm van GGZ heeft een eigen DBC-systematiek en wordt gefinancierd door het ministerie van Veiligheid & Justitie.
- Curatieve GGZ geleverd in de eerstelijn, door bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen. Deze zorg wordt wel betaald uit de basisverzekering maar valt buiten de DBC-systematiek.
- De medicatie/geneesmiddelen die tijdens ambulante behandeling gebruikt worden (o.a. antidepressiva en antipsychotica). Voor een klinische behandeling zijn de medicatiekosten inbegrepen in de vergoeding.

8.1 Patiëntperspectief

Volgens de gecorrigeerde DIS cijfers (zie bronnen en methoden voor de toegepaste correctie op basis van vergelijking met Vektis en CVZ kadergegevens) ontvingen verzekeraars in 2011 GGZ DBC-declaraties van circa 1 miljoen mensen, die gemiddeld circa 4.000 euro per patiënt kosten. Van deze patiënten ontving 53% ook in 2010 een vorm van tweedelijns curatieve GGZ zorg.

Het DBC-zorgvolume (productie gewaardeerd met maximum tarieven op prijspeil 2011) is van 2010 naar 2011 toegenomen met 4,9%.

De analyse is uitgevoerd voor een clustering van DIS diagnosecodes in diagnosegroepen, gebaseerd op de DSM-IV, gesplitst naar kinderen en jeugd (0-17 jaar) en volwassenen en ouderen (18+).

De clustering is gemaakt door het CBS samen met het Trimbos Instituut en het RIVM.[51] Voor deze marktscan is een mix gebruikt van fijne en grove diagnosegroepen, specifiek om uitgavenontwikkelingen te duiden. Hierbij zijn relatief kleine diagnosegroepen samengenomen als restgroep, en is bijvoorbeeld een hele specifieke diagnose (dyslexie/leesstoornis) als aparte groep weergegeven, omdat hier relatief veel uitgaven mee gepaard gaan.

Het onderscheid met de NZa patiëntgroepen in de medisch-specialistische zorg wordt expliciet benadrukt: de NZa beschouwt deze diagnosegroepen niet als homogene patiëntgroepen met vergelijkbare zorgbehoefte, maar ziet deze analyse als een middel om ontwikkelingen in GGZ zorggebruik en uitgavenontwikkeling nader te duiden.

8.2 Aantallen patiënten

Tabel 8.1 Aantallen patiënten

Leeftijd	2010	2011	%
0-17	201.000	216.000	7,3%
18+	737.000	745.000	1,1%
Totaal	938.000	960.000	2,4%

Bron: DIS: opgehoogd naar Vektis/CVZ

In 2011 waren er circa 216.000 kinderen en jeugdigen die tweedelijns cGGZ of dyslexiezorg ontvingen. Dit is een stijging van 7% ten opzichte van 2010. Een deel van deze stijging is toe te schrijven aan de dyslexiezorg die onder de DBC-systematiek wordt gedeclareerd: In 2011 hadden 11-jarigen voor het eerst recht op vergoeding voor behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie uit de Zvw. Het aantal volwassenen neemt ook toe, met circa 1,1% tot circa 745.000 in 2011.

Het aantal patiënten per diagnosegroep is weergegeven in tabel 8.2.

Tabel 8.2 DBC-Patiëntaantallen per diagnosegroep

Diagnosegroep	2010	2011	verschil	%
Leesstoornis	13.711	20.813	7.102	52%
ADHD	78.219	86.366	8.148	10%
Autismespectrum	56.965	61.132	4.167	7%
Gedrag	10.881	10.967	86	1%
Kindertijd overig	20.581	22.058	1.477	7%
Cognitieve Stoornissen	37.252	36.469	-782	-2%
Aan middel gebonden stoornissen	60.742	56.611	-4.131	-7%
Schizofrenie en andere psychotische st.	53.662	56.387	2.724	5%
Depressieve stoornissen	143.935	157.598	13.663	9%
Bipolaire stoornissen	24.060	24.991	931	4%
Angststoornissen	68.590	76.626	8.036	12%
Posttraumatische stress-stoornis	33.731	37.561	3.829	11%
Somatoforme stoornissen	19.816	22.065	2.249	11%
Eetstoornissen	10.751	12.393	1.643	15%
Aanpassingsstoornissen	95.669	66.406	-29.263	-31%
Persoonlijkheidsstoornissen	68.814	75.381	6.568	10%
Andere problemen reden voor zorg	96.821	94.446	-2.375	-2%
Restgroep diagnoses	20.632	21.955	1.323	6%
Geen diagnose-informatie	97.470	101.113	3.642	4%

Bron: DIS met ophoogfactoren

51 Zie ook de CBS-publicatie Gezondheid en Zorg in Cijfers 2013.

8.3 Prijs- en volumeontwikkeling naar type aanbieder

De omzetontwikkeling 2010-2011 is reeds aan bod gekomen in hoofdstuk 7 'Betaalbaarheid', maar wordt in tabel 8.3 voor de volledigheid nog eens getoond.

Tabel 8.3 Omzetontwikkeling 2010-2011 (in miljoenen €)

Omzet	2010	2011	%
Gebudgetteerde instellingen (Budget)	3.491	3.633	+4,1%
Niet-gebudgetteerde aanbieders incl AGB onbekend (DBC-vergoeding) [52]	381	534	+40%
Totaal	**3.872**	**4.167**	**+7,6%**

Bron: NZa, DIS met ophoogfactoren Vektis/CVZ

In deze paragraaf wordt de omzetontwikkeling uitgesplitst naar een volume- en een prijsontwikkeling naar type aanbieder, en de volume-ontwikkelingen per diagnosegroep.

Volumeontwikkeling op basis van DBC's
Het DBC-volume, gedefinieerd als de totale waarde van de DBC-omzet (uitgedrukt in maximumtarieven op prijspeil 2011) was 3,9 miljard euro in 2010. In 2011 steeg dit met 4,9% naar 4,1 miljard euro. Voor gebudgetteerde instellingen is het DBC-volume licht gestegen (+0,8%), de volumegroei heeft op het niveau van type aanbieder vrijwel uitsluitend plaats gevonden bij niet-gebudgetteerde aanbieders (+40%).

Tabel 8.4 DBC-volume ontwikkeling 2010-2011 (in miljoenen €)

DBC-volume	2010	2011	verschil	%
Gebudgetteerde instellingen	3.487	3.514	+27	+0,8%
Niet-gebudgetteerde aanbieders	417	582	+166	+40%
Totaal	**3.904**	**4.097**	**+193**	**+4,9%**

Bron: DIS met ophoogfactoren

Prijsontwikkeling
De nominale prijsontwikkeling wordt gevonden door de procentuele omzetontwikkeling (o.b.v. budgetten bij gebudgetteerde aanbieders, en uitgekeerde vergoedingen voor niet-gebudgetteerde aanbieders) te delen door de procentuele volumeontwikkeling in termen van DBC's.

Na correctie van 1,7% voor loon- en prijsontwikkeling (indexatie DBC-tarieven NZa per 1 januari 2011) resteert de reële prijsontwikkeling.

Tabel 8.5 Prijsontwikkeling 2010-2011

Prijsontwikkeling	Nominaal	Indexatie	Reëel
Gebudgetteerde instellingen	3,2%	1,7%	+1,5%
Niet-gebudgetteerde aanbieders incl. AGB onbekend	0,3%	1,7%	-1,4%
Totaal	**2,5%**	**1,7%**	**+0,8%**

Bron: DIS met ophoogfactoren

Doordat het budget iets sneller is gestegen dan het DBC-volume volgt een reële prijsstijging van 1,5% bij de gebudgetteerde instellingen.

52 Opgehoogd naar verwachtte schadelast op basis van Vektis-CVZ vergelijking.

Doordat de omzet iets minder hard is gestegen dan het DBC-volume volgt een reële prijsdaling van -1,4% bij de niet-gebudgetteerde aanbieders.

De prijsontwikkeling voor niet-gebudgetteerde aanbieders kan ook direct worden afgeleid uit de door verzekeraars uitgekeerde bedragen als percentage van het maximumtarief. Dit percentage varieert in de praktijk van 60% en 100%. Voor de jaren 2009-2011 was de (met volume gewogen) gemiddelde prijs 93,9%, 92,9% en 91,1% van het in dat jaar geldende maximumtarief (zie verder ook paragraaf 7.3).

8.4 Volumeontwikkeling naar diagnosegroep

In tabel 8.6 zijn de ontwikkelingen per diagnosegroep weergegeven. Omdat beide jaren al in prijspeil 2011 en maximumtarieven zijn uitgedrukt, betreft het hier gewogen DBC-volumes 2010 en 2011, en de ontwikkeling in DBC-volume.

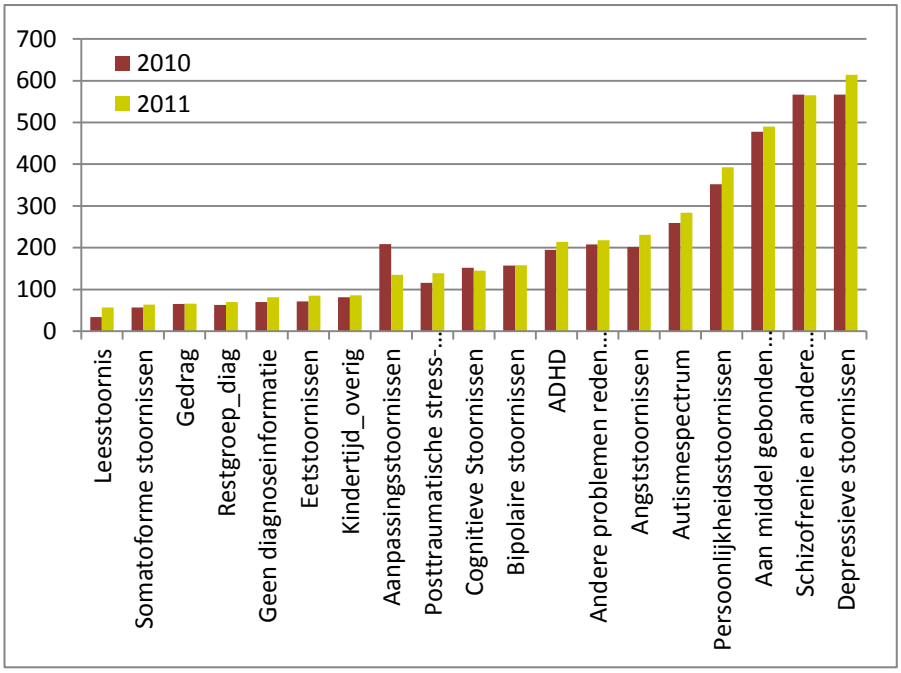
Tabel 8.6 DBC-volumeontwikkeling per diagnosegroep (in miljoenen €)

Diagnosegroep	2010	2011	verschil	%
Leesstoornis	34	57	+23	67%
ADHD	195	215	+19	10%
Autismespectrum	259	284	+25	10%
Gedrag	65	66	-	1%
Kindertijd-overig	80	86	+6	7%
Cognitieve Stoornissen	151	145	-7	-4%
Aan middel gebonden stoornissen	477	489	+12	2%
Schizofrenie en andere psychotische st.	566	564	-2	0%
Depressieve stoornissen	567	615	+47	8%
Bipolaire stoornissen	157	158	+1	1%
Angststoornissen	202	231	+29	14%
Posttraumatische stress-stoornis	116	139	+24	20%
Somatoforme stoornissen	57	64	+7	12%
Eetstoornissen	71	85	+14	20%
Aanpassingsstoornissen	209	135	-74	-36%
Persoonlijkheidsstoornissen	352	393	+40	11%
Andere problemen reden voor zorg	208	219	+10	5%
Restgroep-diagnoses	63	70	+7	10%
Geen diagnose-informatie	72	83	+11	15%
totaal	**3.904**	**4.097**	**+193**	**5%**

Bron: DIS met ophoogfactoren

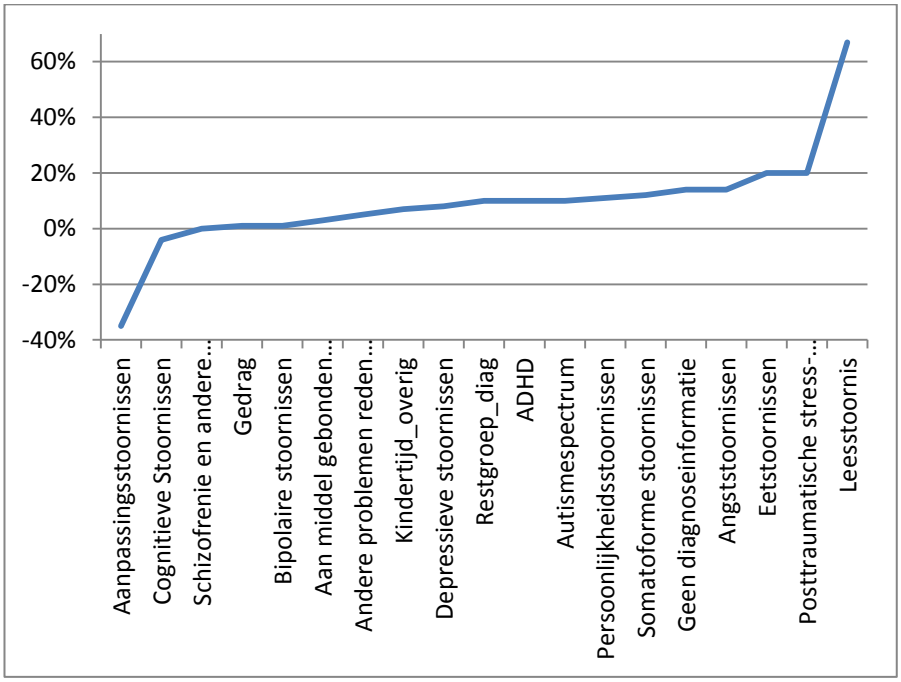
De volumes per diagnosegroep en de procentuele ontwikkeling zijn grafisch weergegeven in respectievelijk figuur 8.1 en figuur 8.2.

Figuur 8.1 DBC volumeontwikkeling per diagnosegroep (in miljoenen €)



Bron: DIS met ophoogfactoren

Figuur 8.2 Relatieve verschuivingen per diagnosegroep



Bron: DIS met ophoogfactoren

Uit tabel 8.4 blijkt dat het volume bij de gebudgetteerde instellingen een lichte stijging laat zien, en dat de niet-gebudgetteerde aanbieders een aanzienlijke groei vertonen. Om deze nader te duiden wordt in tabel 8.7 het DBC-volume per diagnosegroep apart weergegeven voor de niet-gebudgetteerde aanbieders.

Tabel 8.7 DBC-volumeontwikkeling per diagnosegroep (subpopulatie niet-gebudgetteerde aanbieders) (in miljoenen €)

Diagnosegroep	2010	2011	Verschil	%
Leesstoornis	30	53	23	79%
ADHD	25	38	13	53%
Autismespectrum	16	25	9	54%
Gedrag	3	7	3	110%
Kindertijd-overig	12	20	8	66%
Cognitieve Stoornissen	1	1		54%
Aan middel gebonden stoornissen	34	45	11	31%
Schizofrenie e.a. psychotische st.	3	4		15%
Depressieve stoornissen	74	102	28	38%
Bipolaire stoornissen	3	4	1	40%
Angststoornissen	37	54	17	45%
Posttraumatische stress-stoornis	15	22	7	48%
Somatoforme stoornissen	10	14	4	39%
Eetstoornissen	10	20	10	106%
Aanpassingsstoornissen	36	29	-7	-20%
Persoonlijkheidsstoornissen	37	47	10	28%
Andere problemen reden voor zorg	46	61	15	33%
Restgroep-diag	6	8	2	37%
Geen diagnose-informatie	20	30	10	51%
totaal	**417**	**582**	**166**	**40%**

Bron: DIS met ophoogfactoren

Uit tabel 8.7 blijkt dat de (absolute) toename in DBC-volume bij niet-gebudgetteerde aanbieders het sterkst is bij de diagnosegroepen depressieve stoornissen, leesstoornis (hier valt dyslexie onder) en angststoornissen.

8.5 Verzekerde versus niet-verzekerde cGGZ

Na het besluit van de minister om aanpassingsstoornissen niet langer te vergoeden per 1 januari 2012 zijn er sindsdien twee pakket-adviezen van het CVZ geweest (CVZ 2012, CVZ 2013) waarin expliciet een aantal DSM diagnoses en codes zijn aangemerkt als niet-verzekerde zorg.

Expliciet zijn aangemerkt als niet-verzekerde zorg binnen de curatieve GGZ:
- Aanpassingsstoornissen;
- leerstoornissen met uitzondering van ernstige enkelvoudige dyslexie (Bekostigingskader onderwijs);
- Als de primaire diagnose een code betreft uit de groep 'Andere aandoeningen en problemen die een reden tot zorg kunnen zijn'. Deze codes kunnen wel bij een DSM classificatie gecodeerd worden.[53]

8.5.1 Dyslexiezorg

Per 1 januari 2009 is behandeling voor dyslexiezorg onderdeel van het verzekerde pakket in de Zvw. Dyslexie is in een eigenstandige aanspraak ondergebracht in de GGZ DBC-systematiek.

53 In deze groep vallen de zogeheten V-codes van het DSM-systeem. Met name in 2012-2013 zal in deze groep ook de wel-verzekerde zorg zijn gecodeerd voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik, nadat aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket zijn gehaald per 1 januari 2012 (CVZ, 2013). Per 1 januari 2014 wordt voor deze groep PTSS gecodeerd om te kunnen declareren (DBCO, RG14a, 2013).

Het betreft zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die basisonderwijs volgen. In 2009 kwamen alleen kinderen van zeven of acht jaar oud in aanmerking voor vergoeding. Er is een ingroeimodel gekozen, waarbij elk jaar een extra jaar aan de maximumleeftijdsgrens is toegevoegd totdat in 2013 alle kinderen in het (speciaal) basisonderwijs in aanmerking kwamen voor vergoeding.

In 2011 zijn er circa 21.000 kinderen in behandeling voor een leesstoornis, dit zijn er circa 7.000 meer dan in 2010. Deze zorg wordt grotendeels (96%) door niet-gebudgetteerde zorgaanbieders geleverd.

Het DBC-volume met diagnose leesstoornis[54] betrof in 2010 circa 34 mln, in 2011 steeg dit naar 57 mln[55]. Het is niet mogelijk om dyslexie van leesstoornis te onderscheiden in de DIS-data. Echter, omdat de toename zich uitsluitend voordoet in de leeftijdscategorie 8-11 jaar is deze waarschijnlijk specifiek toe te schrijven aan dyslexiezorg. In de GGZ DBC-productstructuur 2014 is dyslexie apart zichtbaar gemaakt.

8.5.2 Aanpassingsstoornissen

Per 1 januari 2012 is behandeling voor de diagnose aanpassingsstoornis expliciet uitgesloten van het basispakket. Een aanpassingsstoornis treedt op als reactie op de emotionele en psychische stress die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven (bijvoorbeeld overlijden, huwelijk, maatschappelijke ontwikkelingen enz.).

Op basis van gegevens zoals aangeleverd aan het DIS blijkt dat voor DBC's geopend in 2011 – het jaar waarin het besluit t.a.v. aanpassingsstoornissen werd genomen – een duidelijke, zeer aanzienlijke afname zichtbaar is in de data. Het totale DBC-volume met diagnose aanpassingsstoornis neemt af van 209 miljoen euro naar 135 miljoen euro (-74 miljoen euro).

Gelijktijdig zien we een aanzienlijke stijging bij een aantal andere, gerelateerde diagnosegroepen:
- Persoonlijkheidsstoornis NAO (+ 23 miljoen euro)
- Angststoornissen: PTSS (+ 24 miljoen euro)
- Angststoornissen: overig of NAO (+ 13 miljoen euro)
- Depressieve stoornis: eenmalig (+ 23 miljoen euro)
- Depressieve stoornis: recidiverend (+ 10 miljoen euro)
- Depressieve stoornis: overig of NAO (+ 5 miljoen euro)

Wanneer de diagnosegroepen Depressie, Angst, Aanpassing en Persoonlijkheidsstoornis samen worden genomen, resteert een volumestijging van 3% (1330 miljoen euro → 1373 miljoen euro, +43 miljoen euro).

Opvallend is dat de daling in DBC-volume bij aanpassingsstoornissen procentueel gezien sterker is bij gebudgetteerde instellingen (-67 miljoen euro, -35%), dan bij niet-gebudgetteerde aanbieders (-7 miljoen euro, -20%).

Er zijn signalen afgegeven in het veld waaruit blijkt dat er een wijziging in de diagnosecodering heeft plaatsgevonden. Zo is er een recente enquête van de NIP, en publicaties zoals het Tijdschrift voor Psychiatrie (54, 2012) en het themanummer verzekerde zorg van NVVP magazine (maart 2013).

54 DIS diagnose code As 1 1.01.01, alleen verzekerde zorg, geen onderscheid naar as 3 (enkelvoudig/meervoudig) of nevendiagnosen.
55 Voor deze diagnosegroep is apart een ophoogfactor bepaald, zie voor details de bronnen en methoden.

Eenzelfde tendens is waar te nemen bij de eerstelijns psychologische zorg. Uit de cijfers van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) blijkt dat ook voor dit segment een scherpe daling vanaf 2011 optreedt.

Tabel 8.8 Aanmeldingsklachten eerstelijns psychologische zorg

	Aanmeldingsklachten	2009	2010	2011	2012
Jeugd	Stemmingsklachten: depressies en angsten	25%	25%	28%	35%
	depressie	9,4%	8,7%	10,2%	12,7%
	angst	15,6%	16,6%	17,6%	22,3%
	Aanpassings- en verwerkingsproblemen	16,9%	16,2%	11,7%	5%
Volwassenen	Stemmingsklachten: depressies en angsten	27%	27%	31%	41%
	depressie	14,5%	14,6%	16,6%	22,3%
	angst	12,7%	12,6%	14,5%	19,2%
	Aanpassings- en verwerkingsproblemen	22,7%	23,0%	18,8%	8,8%

Bron: LVE (jaarbericht 2012, www.lve.nl)

De LVE geeft daarbij zelf aan dat niet alleen het besluit inzake aanpassingsstoornissen van invloed is geweest, maar dat er ook een verbeterde benoeming van de aanmeldklachten heeft plaatsgevonden.[56]

8.6 Conclusie

Met behulp van een uitsplitsing naar aantallen patiënten/patiënten en diagnosegroepen zijn de ontwikkelingen in het zorggebruik en uitgavenontwikkeling nader geduid.

Het totale DBC-volume neemt toe met +193 miljoen euro. Dit valt uiteen in +166 miljoen euro bij de niet-gebudgetteerde aanbieders, en +27 miljoen euro bij de gebudgetteerde aanbieders. De groei bij niet-gebudgetteerde aanbieders vindt met name plaats bij de diagnosegroepen Leesstoornis (dyslexiezorg), Depressie, Angst, Andere problemen reden voor zorg, ADHD, Verslaving en Eetstoornissen. Deze groepen zorgen samen voor 70% van de groei in DBC-volume bij niet-gebudgetteerde aanbieders.

Het op deze manier indelen en presenteren van de tweedelijns cGGZ zorg kent zijn beperkingen. Door puur naar het 'hoofdsymptoom' te kijken wordt er geen inzicht gekregen in zaken als comorbiditeit en ziektebeloop/ontwikkeling (stagering).

In de hier gepresenteerde analyse is comorbiditeit (meerdere DSM symptomen/diagnoses) in zoverre meegenomen dat als een patiënt gedurende het jaar in afzonderlijke diagnosegroepen voorkomt, deze dubbel geteld wordt in paragraaf 8.4. De relaties tussen de diagnosegroepen onderling blijft daarmee echter grotendeels buiten beeld.

56 Zie jaarbericht LVE op: http://www.lve.nl/ezine/maildocs/ezine_lees_verder.php?id=144.

8.7 Zorgvraagzwaarte indicator 1.0

Binnen de GGZ bestaat de overtuiging dat verschillen in zorgvraagzwaarte evident aanwezig zijn en dat die verschillen invloed zouden moeten hebben op de behandeling die daarop volgt. In 2013 is om die reden de zogeheten zorgvraagzwaarte indicator ontwikkeld, die per 1 januari 2014 op de factuur vermeld wordt. De zorgvraagzwaarte indicator heeft op grond van statistische analyses een (vooralsnog beperkte, circa 6% van de variatie) voorspellende waarde wat betreft behandelinzet. Partijen zijn voornemens om de indicator door te ontwikkelen in een lerende omgeving.

De indicator is een getal van 1 tot 7, waarbij 1 een lage zorgvraagzwaarte aangeeft en 7 een hoge zorgvraagzwaarte.
De indicator is opgebouwd uit vier onderdelen die afgeleid worden uit de binnen een DBC traject door de behandelaar / aanbieder geregistreerde gegevens:
- Aard van de diagnose (licht, middel, zwaar, 1-3 punten)
- Wel/geen nevendiagnose (0 of 1 punt)
- Wel/geen psychosociale factoren (0 of 1 punt)
- Mate van functionele beperking (Global assesment of functioning, GAF (hoog, middel, laag, 0-2 punten)

De NZa heeft voor alle DBC's geopend in 2010 en 2011, indien mogelijk, de ZVZ-indicator 1.0 berekend, en de totale tijd[57] per DBC-traject. Hierbij zijn diagnostiek DBC's en Crisis-DBC's niet meegenomen.
De gemiddelde en mediane behandeltijd per ZVZ-klasse is weergegeven in onderstaande tabel. Om een indruk van de spreiding te geven zijn ook de eerste en derde kwartiel waarden weergegeven: de helft van alle behandeltijden vallen tussen deze twee waarden.

Tabel 8.9 Analyse ZVZ score per DBC-traject

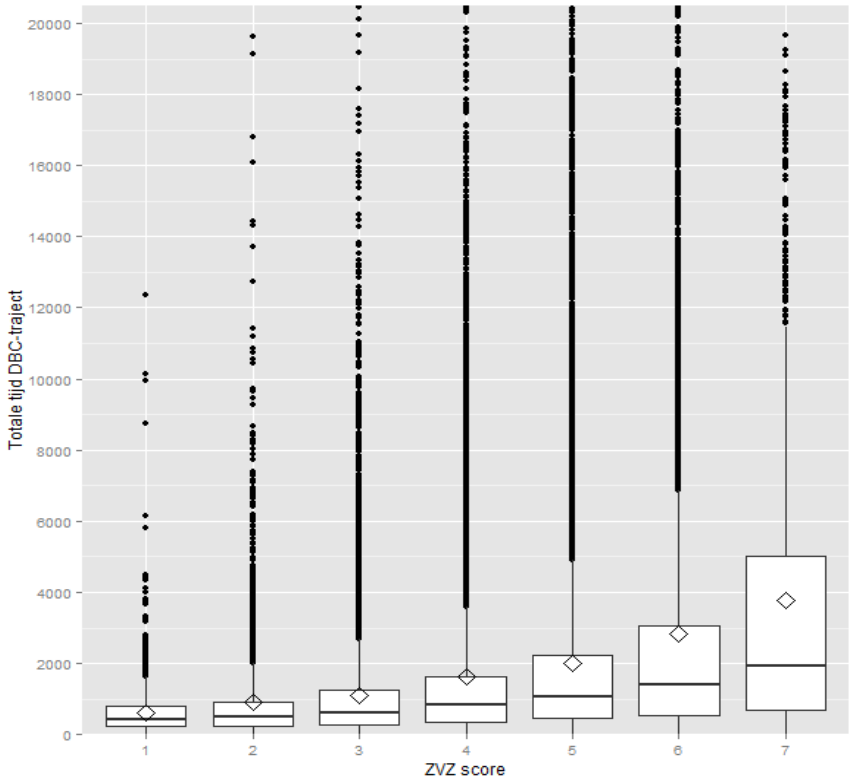
ZVZ score	Gemiddelde totale tijd	1e kwartiel	Mediaan	3e kwartiel
1	617	190	398	731
2	808	215	465	910
3	1.156	265	620	1.225
4	1.531	350	838	1.650
5	2.196	462	1.085	2.229
6	2.903	550	1.401	3.209
7	4.031	700	1.948	4.922

Bron: DIS

Zoals ook al aangegeven in het rapport 'Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte Definitieve versie (1.0)'[58] is de spreiding in behandelinzet per DBC-traject groot, ook binnen een subset van DBC-trajecten met dezelfde ZVZ-score. Deze spreiding is ook te zien in figuur 8.3, waar per ZVZ-score boxplots zijn weergegeven. Wanneer een DBC qua tijd ver van de mediaan af ligt wordt deze als punt weergegeven. DBC trajecten met een totale tijd langer dan 20.500 minuten zijn niet weergegeven. De ruit-symbolen geven de gemiddelde tijd per ZVZ-klasse weer.

57 Inclusief indirecte tijd, dagbesteding en Verblijf zonder overnachting
58 zie: http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/03/04/zorgvraagzwaarte-ggz/zorgvraagzwaarte-ggz.pdf

Figuur 8.3 Verdeling totale tijd per DBC-traject per ZVZ-score



Bron: DIS

Bijlage: Bronnen en Methoden

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste gebruikte bronnen. Na een beschrijving van de gebruikte bronnen, volgt bij enkele analyses een extra toelichting op de gebruikte methoden.

Bronnen

– NZa-gegevens

Voor marktstructuur-, marktgedrag en betaalbaarheidsanalyses van gebudgetteerde aanbieders is gebruik gemaakt van NZa-gegevens. De Nza verwerkt de budgetten van gebudgetteerde zorgaanbieders in een rekenstaat. Dat gebeurt in een systeem dat rekenstaat informatie systeem (RIS) is genoemd. Hierin worden de productie en nacalculatieafspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars (curatieve GGZ) dan wel zorgkantoren (langdurende GGZ) in het budget verwerkt. NZa-verwijzingen in deze marktscan verwijzen naar dit systeem (RIS).

Curatieve GGZ

Voor de cijfers over de curatieve GGZ geldt dat voor de jaren 2009, 2010 en 2011 100% van de data uit realisatiecijfers bestaat.
Voor de periode 2012-2013 is gebruikt gemaakt van de schadelast gegevens zoals aangeleverd door verzekeraars. Uitzondering betreffen de 2e lijns gebudgetteerde instellingen voor het jaar 2012. Hiervoor is ook gebruik gemaakt van realisatiecijfers.

Langdurende GGZ

Voor de cijfers over de langdurende GGZ geldt dat voor de jaren 2009, 2010, 2011 en 2012 minimaal 95% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor 2013 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken. Uit ervaringscijfers blijkt dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen productie en realisatie 10% bedraagt.

Ten aanzien van de data uit het RIS voor de langdurende GGZ moet het volgende in ogenschouw gehouden worden. Wanneer zorgaanbieders en zorgkantoren prijs- en volumeafspraken maken komen deze gegevens bij de NZa voor verwerking. Iedere zorgaanbieder heeft hierbij een zogeheten NZa-nummer. Zo is de zorgaanbieder voor de NZa herkenbaar. Het is hierbij mogelijk dat een zorgaanbieder meerdere NZa nummers heeft. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat een zorgaanbieder in verschillende zorgkantoorregio's actief is en daardoor met verschillende zorgkantoren afspraken maakt. Daarnaast is het mogelijk dat zorgaanbieders besloten hebben te fuseren, en daarbij tevens besloten hebben dat beide partijen nog apart productieafspraken marken met het zorgkantoor. De zorgaanbieders worden vanwege het registratiesysteem bij de NZa als aparte zorgaanbieders gezien, terwijl zij feitelijk tot hetzelfde concern behoren.

– Vektis

Vektis-declaratiegegevens worden gebruikt voor marktstructuur- en betaalbaarheidanalyses voor zowel eerstelijns als tweedelijns curatieve GGZ.

Via Vektis zijn de beschikbare declaratiegegevens van de eerstelijns psychologische zorg (ELP) verzameld. Deze zijn afkomstig uit het informatiesysteem ELIS ELP. Voor de tweedelijns GGZ-zorg komen de declaratiegegevens uit het DBC GGZ (DGZ) systeem van Vektis. Voor beide gegevenssets was de peildatum november 2013.

Naast declaratiegegevens is van Vektis een lijst met AGB-codes ontvangen ("r_zorgaanbieder_instelling_gebudgetteerd_20140228.xlsx") die door Vektis als gebudgetteerd zijn aangemerkt. Deze lijst is gebruikt om de declaratiegegevens te splitsen in DBC declaraties van (voorheen) gebudgetteerde aanbieders en DBC declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders.

De dekkingsgraad op basis van het aantal verzekerden, de totale zorgkosten in de gegevensset, en de totalen zorgkosten zoals verwacht op basis van CVZ gegevens zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Bij ELIS ELP zijn de bedragen opgenomen na aftrek van eigen bijdragen. In tegenstelling tot voorgaande jaren is Vektis ELIS ELP, net als CVZ, nu ook exclusief de kosten van aanvullende verzekeringen.

Wanneer in de marktscan wordt bijgeschat, wordt dit gedaan op basis van de door het CVZ verwachte zorgkosten. Dit om de meest waarschijnlijke uitkomst in beeld te brengen. Dit betekent wel dat sommige aantallen en/of bedragen uiteindelijk mogelijk lager kunnen uitvallen.

Tabel 9.1 Bijschatting zorgkosten

ELP	2009	2010	2011	2012
Dekking ELIS ELP bestand op basis van het aantal verzekerden	96,5%	96,5%	98,8%	99%
ELP zorgkosten in bestand, in euro's	87.909.079	103.455.994	114.566.289	71.347.082
ELP zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ jaarstaat)	99.146.438	112.856.946	122.336.678	80.216.478
Aandeel verwerkte zorgkosten ELIS ELP	89%	92%	94%	89%
DBC's				
Dekking DBC GGZ bestand op basis van het aantal verzekerden	94,2%	96,5%	100,0%	
DBC's zorgkosten in bestand, in euro's	3.992.509.257	3.980.236.818	3.975.960.861	
DBC's zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ-jaarstaat, excl. 2007 schade)	4.115.631.714	4.080.843.476	4.178.746.248	
Aandeel verwerkte zorgkosten DBC's GGZ	97%	98%	95%	

Bron: Vektis

De Vektis ELP cijfers 2009-2011 wijken tussen 6% en 11% van de corresponderende CVZ-cijfers. Voor ELIS ELP heeft Vektis nog een aanvullende toelichting verstrekt die het verschil tussen Vektis en CVZ verklaart:

Tabel 9.2 Bijschatting zorgkosten (aanvullende toelichting)

	2009	2010	2011	2012	opmerking
CVZ-raming	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
ELP aangeleverd Vektis	88,9%	92,6%	94,0%	89,8%	
Missend	11,1%	7,4%	6,0%	10,2%	
Oorzaken					
dekking / geen bestanden ontvangen	*3,5%*	*3,5%*	*1,2%*	*1,2%*	*percentage van de verzekerden*
dekking / geen bestanden ontvangen	4,1%	4,0%	1,4%	1,3%	*percentage van de zorgkosten*
volmachten niet (volledig?) meegenomen	2,1%	0,8%	1,1%	0,0%	
onvolledige schade van verzekeraar	4,2%	3,0%	3,2%	3,6%	

hoge CVZ-raming (voorzichtige bijstelling)				3,7%	er is nu, na 8 kwartalen, een verschil van 6 mln tussen raming en verwerkte kosten. Dit is 6,8 %. Bij 4 risicodragers de raming voorzichtig verlaagd
overige (niet verklaard)	0,7%	-0,4%	0,3%	1,6%	

Bron: Vektis

– DIS (DBC-informatiesysteem)
Aanbieders zijn verplicht om elke gedeclareerde DBC aan te leveren aan het DIS. De gegevens in het DIS bevatten aanvullende informatie over de DBC die niet op de factuur zichtbaar is zoals de werkelijke registreerde tijd en de diagnose van de patiënt. Patiëntgegevens worden via een 'trusted third party' gepseudonimiseerd zodat wel zichtbaar is welke DBC's bij dezelfde patiënt horen maar de patiënt zelf niet meer te identificeren is.

Analyse volledigheid DIS GGZ 2010-2011
GGZ-aanbieders die DBC's declareren zijn verplicht om de DBC-gegevens ook aan DIS aan te leveren. Het blijkt in de praktijk dat dit niet altijd gebeurd, of slechts gedeeltelijk. Hierdoor is de DIS-database onvolledig. Voor bepaalde analyses, zoals een landelijke volumeontwikkeling, is het belangrijk om deze onvolledigheid in kaart te brengen. Dit kan door te vergelijken met de DBC-declaratiegegevens van Vektis en de schadelastcijfers van CVZ. Hiervoor zijn de Vektis declaraties via de declaratiecode gekoppeld met de DBC-maximumtarieven. Zo kan er direct een DIS-Vektis vergelijking op omzet gemaakt worden. De resultaten hiervan staan in onderstaande tabel.

Tabel 9.3 DIS-Vektis vergelijking 2010-2011

Jaar van openen DBC	Gebudgetteerd	DIS omzet in maximum tarieven (mln)	Vektis omzet in maximum tarieven (mln)	% vulling DIS
2010	Nee	292	400	73%
2010	Ja	3.299	3.344	99%
2011	Nee	354	556	64%
2011	Ja	3.139	3.344	94%

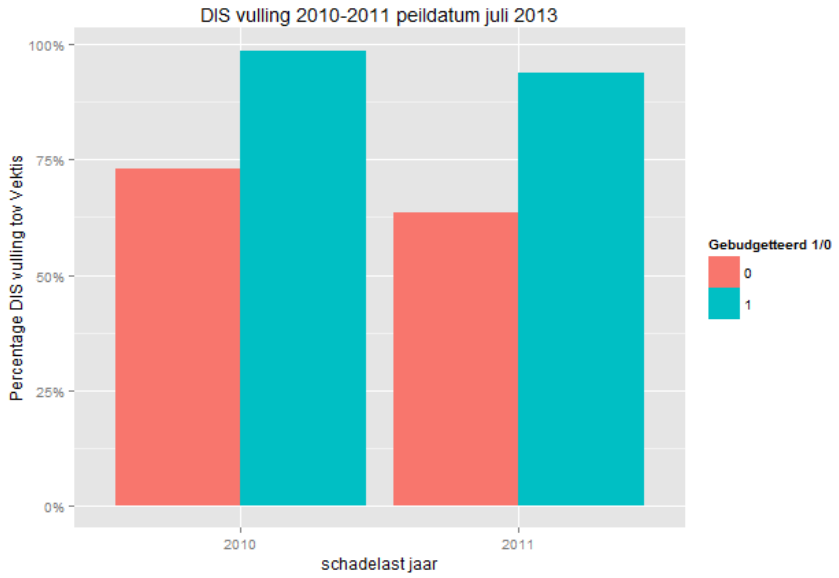
Bron: DIS/Vektis

Het blijkt dat DIS voor 2010 circa 1% van het gebudgetteerde gedeclareerde DBC-volume, en circa 27% van het niet-gebudgetteerde gedeclareerde DBC-volume ontbreekt.

Voor 2011 ontbreekt circa 6% van het DBC-volume in DIS dat wel gedeclareerd is door gebudgetteerde aanbieders, en 36% van het DBC-volume in DIS dat wel gedeclareerd is door niet-gebudgetteerde aanbieders.

De vulling van DIS 2010-2011 in grafiekvorm:

Figuur 9.1 DIS-Vektis vergelijking 2010-2011



Bron: DIS/Vektis

– DigiMV

Het DigiMV is een onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) zorginstellingen en berust op een wettelijke regeling op basis van de Wet toelatingen zorginstellingen. Het JMV bestaat verder uit het jaardocument en de jaarrekening. De jaarrekening is voorzien van een accountantsverklaring. Een aantal velden uit de jaarrekening wordt digitaal opgevraagd als bijlage bij het JMV via de webapplicatie DigiMV.

Het DigiMV bevat financiële en inhoudelijke gegevens over zorgaanbieders in een gestructureerde vorm. Deze gegevens worden door de zorginstellingen verplicht aangeleverd aan het CIBG, dat de gegevens gebundeld doorlevert aan onder meer de NZa.

– Zorgverzekeraars

Voor diverse analyses zijn gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars. In 2013 hebben in totaal drie gegevens-uitvragen plaatsgevonden bij verzekeraars. In juni 2013 werden gegevens opgevraagd voor wat betreft de verwachte schadelast. In juni 2013 is een enquête uitgezet bij verzekeraars met daarin vragen over het zorginkoop beleid 2013. In december 2013 is informatie opgevraagd over de te verwachten schadelast. In deze uitvraag zijn tevens enkele kwalitatieve vragen toegevoegd over het zorginkoop-beleid van 2014.

Om in kaart te brengen wat de vergoeding is indien verzekerden naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan, is gebruik gemaakt van de polissen van zorgverzekeraars zoals deze vindbaar zijn op hun website.

– APE

De data over het aantal patiënten in de curatieve GGZ is afkomstig van APE. De gegevens zijn gebaseerd op de data die zorgverzekeraars op 1 juni moeten aanleveren bij CVZ ten behoeve van de risico-verevening. De peildatum voor de cijfers uit 2008 betreft half mei 2010, en de peildatum van de cijfers uit 2009 betreft half mei 2011. Hiermee zijn de

cijfers gebaseerd op ruim 9 kwartalen. Voor aantallen patiënten 2010 en 2011 is de NZa overgestapt op de Vektis declaratiegegevens ontvangen in november 2013.

– Mediquest
Mediquest is gevraagd om informatie aan te leveren over de aanlevering van prestatie-indicatoren door zorgaanbieders. Mediquest heeft zich hierbij gebaseerd op openbare bronnen (ZIZO, kernset prestatie-indicatoren GGZ).

– Stichting Benchmark GGZ (SBG)
SBG is gevraagd om informatie te geven over de stand van zaken voor wat betreft het benchmarken op basis van ROM gegevens. SBG heeft hiertoe een artikel aangeleverd aan de NZa die integraal is opgenomen in bijlage 1. Een samenvatting hiervan is gemaakt en opgenomen in hoofdstuk 5.

Methoden

Onderstaande analyses behoeven een nadere uitleg op de gebruikte methoden.

Hoofdstuk Omschrijving van de markt
Aantal patiënten curatieve GGZ
Bron: Ape en DIS/Vektis
Methode: In de Vektis data met declaratiegegevens per verzekerde is het aantal unieke verzekerde ID geteld per leeftijdsklasse en jaar. Dit is gedaan voor zowel de ELIS ELP als de DGZ data voor de jaren 2010 en 2011 (en voor ELP ook in 2012).Er is niet opgehoogd. Dit om betere aansluiting te vinden met de Ape cijfers, welke op 9 kwartalen zijn gebaseerd. Patiëntenaantallen op volledig uitgedeclareerde jaren (12+ kwartalen) zullen nog iets hoger uitvallen.

Hoofdstuk Marktstructuur
Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ
Bron: Vektis en NZa
Methode: Het aantal gebudgetteerde aanbieders wordt bepaald op basis van het aantal aanbieders dat een eigen GGZ-instellingsnummer en daarmee een eigen rekenstaat heeft (NZa-gegevens).

Voor de eerstelijns psychologen en niet-gebudgetteerde aanbieders (Vektis-gegevens) geldt dat op basis van de AGB-code onderscheid is gemaakt naar het soort declarerende aanbieder. Vektis declaraties bevatten zowel een AGB-code van de indiener als een AGB-code van de behandelaar. In voorgaande marktscans werd de AGB-code van de behandelaar gebruikt om aanbieders te tellen. De NZa wil toe werken naar een inzicht in het aantal organisaties. Een stap in deze richting is het werken met de AGB-code van de indiener. Omdat er meerdere behandelaren onder deze code kunnen declareren neemt hierdoor het aantal aanbieders af ten opzichte van vorige marktscans. Een nadeel hiervan is dat aanbieders die door geen enkele verzekeraar zijn gecontracteerd buiten beeld blijven, omdat in dit geval de patiënt de declaratie indient. Dit leidt tot een onderschatting. Echter, het is ook bekend dat er binnen een organisatie meerdere AGB-codes in gebruik zijn. Dit leidt weer tot een overschatting van het aantal aanbieders.

Het jaar van openen van de gedeclareerde DBC is bepalend voor deze telling. Hierbij is een lijst met AGB-codes van gebudgetteerde zorgaanbieders gebruikt, afkomstig van de NZa. Aanbieders met AGB-code 03xx zijn aangemerkt als psychiaters en aanbieders met AGB-code 94xx als psychologisch zorgverlener. De overgebleven AGB codes zijn

aangemerkt als niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders, waarbij ook aanbieders meegerekend zijn die alleen dyslexie zorg leveren.

Toe- en uittreders curatieve GGZ
Bron: Vektis
Methode: Voor de eerstelijns psychologen en niet-gebudgetteerde aanbieders, gedefinieerd door een unieke AGB-code in de Vektis gegevensset, die DBC-productie geopend in jaar t heeft gedeclareerd, is gekeken of deze ook DBC-productie geopend in jaar t-1 heeft gedeclareerd. Als dit niet het geval was wordt deze zorgaanbieder beschouwd als toetreder. Het onderscheid tussen de aanbieders is gemaakt conform de methode beschreven onder 'aantal en soort aanbieders curatieve GGZ'. Op analoge wijze is gekeken naar elke zorgaanbieder met DBC-productie geopend in jaar t-1, of deze ook DBC-productie geopend in jaar t heeft gedeclareerd. Als dit niet het geval is wordt deze zorgaanbieder beschouwd als uittreder. Het onderscheid tussen de aanbieders is gemaakt conform de methode beschreven onder 'Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ'.

Financiële positie aanbieders
Bron: DigiMV
Gebruikte data: De volgende posten uit de concern balans worden gebruikt: Passiva totaal (balans totaal), bedrijfsresultaat, eigen vermogen, vlottende activa en kortlopende schulden.
Methode: In het DigiMV wordt per concern aangegeven welke zorgtypen worden geproduceerd. Bij de analyse zijn alle concerns betrokken die in het DigiMV aangeven GGZ-zorg te leveren. De solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat en lasten gedeeld door het balanstotaal. De liquiditeit is gedefinieerd als het totaal vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden.
Opmerkingen:
Het betreft zowel concerns die alleen GGZ-zorg leveren als gemengde concerns. Ook betreft het zowel Zvw als AWBZ zorg. De selectie is gemaakt door alle concerns die in het digiMV aangeven GGZ-zorg te leveren te selecteren.

Hoofdstuk Marktgedrag
Eenmalige verrekening gebudgetteerde zorgaanbieders zorgverzekeraars
Bron: NZa
Gebruikte data: verantwoordingsdocument DBC GGZ omzet voor de jaren 2008-2012 en het nagecalculeerd budget conform nacalculatieformulier (excl. niet-gehonoreerde overproductie);
Methode: Voor de éénmalige verrekening wordt de DBC-opbrengst van een zorgaanbieder afgetrokken van het nagecalculeerde budget in 'oude' parameters. Als de DBC-opbrengst hoger is dan het budget, moet de zorgaanbieder terugbetalen. Is de DBC-omzet lager dan ontvangt de zorgaanbieder het geld van zorgverzekeraars.
Opmerkingen:
- De DBC-omzet is inclusief het verrekenpercentage;
- DBC-omzet = gefactureerde DBC's – onderhanden werk 1 januari + onderhanden werk 31 december.

Hoofdstuk Kwaliteit
Prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg
Bron: Mediquest
Methode: Het aantal concerns dat in de jaren 2009 t/m 2012 gegevens heeft aangeleverd en geaccordeerd voor de 'kernset/basisset prestatie-indicatoren GGZ en vz' is geteld.

Hoofdstuk Toegankelijkheid
Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg
Bron: polissen verzekeraars
Methode: Op basis van de vergoeding die zorgverzekeraars geven indien hun verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, is het aantal verzekeraars per vergoeding ingedeeld. Enkele verzekeraars vermelden in de polisvoorwaarden het bedrag dat maximaal vergoed wordt. In deze gevallen is op basis van informatie uit de contracten met aanbieders berekend wat het marktconforme tarief is dat de verzekeraar hanteert.

Hoofdstuk Betaalbaarheid
Omzetontwikkeling curatieve GGZ
Bron: NZa, Vektis, CVZ en zorgverzekeraars
Methode: De omzetten voor de gebudgetteerde aanbieders zijn voor de jaren 2009 tot en met 2012 gebaseerd op nagecalculeerde NZa budgetten. Aan de hand van de Vektis-lijst met gebudgetteerde AGB-codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Vervolgens zijn de declaratiebedragen gesommeerd en opgeschat naar de door het CVZ verwachte schadelast.
Opmerkingen:
De Vektis gegevensset bevat ook gedeclareerde zorg met onbekende of ongeldige AGB-code, deze omzet is meegenomen bij de niet-gebudgetteerde instellingen.

Omzetaandeel klinisch en ambulant in totale DBC-omzet
Bron: Vektis
Gebruikte data: beschikbare declaratiegegevens van DBC's
Methode: In de totale DBC GGZ-omzet (op basis van Vektisgegevens) van gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders is het aandeel van de ambulante DBC's (DBC zonder verblijf) en het aandeel van de klinische DBC's (DBC's met verblijf) voor de jaren 2008 tot en met 2010 berekend. Indien verblijf onbekend was, is dit niet meegenomen.

Prijsanalyse niet-gebudgetteerde aanbieders
Bron: Vektis
Methode: Via de AGB-code indiener zijn de niet-gebudgetteerde declaraties geselecteerd. Vervolgens zijn de maximumtarieven (afkomstig uit codelijsten DBCO) gekoppeld via de declaratiecode. De Vektis declaratie-records hebben betrekking op 1 of meer declaraties. Door naar de verhouding toegekend bedrag/maximumtarief te kijken wordt afgeleid op hoeveel declaraties het record betrekking heeft. Vervolgens wordt per declaratie de prijs als % van het maximum tarief (toegekend bedrag/maximum tarief) berekend, en de omzet gesplitst naar prijsklasse.

Hoofdstuk Diagnosegroepen cGGZ
Diagnosegroepenanalyse
Bronnen: Declaratiegegevens uit het Vektis DGZ bestand; DIS data; CBS DSM-IV-TR diagnose clustering
Gebruikte data: Van DIS is medio 2013 een bestand ontvangen met alle DBC-trajecten verwerkt tot juli 2013 bij DIS. Hiervan zijn de DBC-trajecten geopend in 2010 en 2011 geselecteerd. Dit betreft 1.048.769 trajecten uit 2010 en 1.001.233 trajecten uit 2011.
Methode: het DBC-volume is bepaald door de DBC-trajecten te waarderen tegen de maximumtarieven. Dit is niet hetzelfde als omzet: Voor gebudgetteerde instellingen betreft dit 'schaduw-uitgaven' omdat deze gebudgetteerd zijn. Voor vrijgevestigden en niet-gebudgetteerde instellingen betreft dit een overschatting omdat door verzekeraars niet altijd het maximum tarief gehanteerd wordt.

Bijschatten DIS-Vektis DBC-volume: het is gebleken dat de mate van aanlevering aanzienlijk verschilt tussen gebudgetteerde instellingen en niet-gebudgetteerde aanbieders, waaronder de vrijgevestigden. De DIS en Vektis data zijn beide gestratificeerd naar DBC-openingsjaar, hoofddiagnosegroep volgens de prestatiecode (dit zijn 14 diagnosegroepen) en type aanbieder (gebudgetteerd/niet-gebudgetteerd). De Vektis declaraties zijn gekoppeld met de maximumtarieven, waarbij tegenboekingen negatieve maximumtarieven hebben gekregen. Hier is rekening gehouden met openingsjaar. Vervolgens is per stratum voor beide bronnen de omzet in maximumtarieven berekend. De ratio tussen omzet Vektis/omzet DIS per stratum is vervolgens bepaald en gekoppeld met de DIS microdata.
Bijschatten diagnosegroep Leesstoornis: Voor deze diagnosegroep is de productie van een specifieke groep aanbieders in beide bronnen (DIS en Vektis) vergeleken. De aanbieders nemen in totaal circa 2/3 van het DBC-volume leesstoornis voor hun rekening en declareren grotendeels alleen diagnose leesstoornis (88% van het totale cGGZ DBC-volume in deze groep).

Bijschatten Vektis-CVZ: De percentages 'Aandeel verwerkte zorgkosten DBC's GGZ' zijn gebruikt om de DIS/Vektis DBC-gegevens op te hogen naar de verwachte schadelast 2009-2011.
Om een volumeontwikkeling te meten zijn de maximum tarieven 2010 naar prijspeil 2011 gebracht door de ophoogfactor te vermenigvuldigen met 1,71%, hiermee zijn de tarieven bij DBC-O geïndexeerd per 1 januari 2011.

Bijschatten DIS patiëntenaantallen: De vulling van de pseudo-BSN in DIS is circa 80%. De vulling van verzekerde ID in Vektis is circa 100%. Per DBC traject in DIS wordt een correctiefactor aantal DBC's DIS-Vektis (OPH_AANT) berekend, en een correctiefactor aantal DBC's/patiënt (OPH_PAT). Deze factoren worden per openingsjaar, aanbieder type en leeftijdsklasse berekend, maar niet per hoofddiagnosegroep, omdat een patiënt vaak in meerdere hoofddiagnosegroepen valt in verband met behandeling kort en diagnostiek. Met deze correctiefactoren wordt uiteindelijk per DIS-diagnosegroep het totaal aantal patiënten berekend.
Afbakening diagnosegroepen: Bij de clustering heeft de NZa de volgende criteria gehanteerd:
Hoofddiagnosegroep op basis van de primaire diagnose als diagnose die het meest op de voorgrond staat tijdens de behandeling
Splitsing op basis van leeftijd: Kinderen & jeugdigen enerzijds versus volwassenen en ouderen.
Alle DBC-trajecten zijn aan een diagnosegroep toegedeeld (inclusief speciale productgroepen als diagnostiek/crisis/indirecte tijd en behandeling kort). De restgroep wordt gevormd door DBC-trajecten waarvan de leeftijd ontbreekt (zelden) en/of primaire diagnose.
Leeftijd: De leeftijd van de persoon waarop het DBC-traject betrekking heeft is de leeftijd per 31 december van het betreffende verslagjaar (want alleen geboortejaar bekend bij NZa).
Imputeren pseudo-BSN: de velden declarerende instelling, locatiecode declarerende instelling en koppelnummer identificeren een patiënt uniek binnen een DIS-aanleverend organisatieonderdeel. Wanneer zowel deze sleutel als ook een pseudo-BSN beschikbaar is wordt deze pseudo-BSN voor alle trajecten met hetzelfde koppelnummer 'teruggezet'.
Er zijn 4 pseudo-BSN codes geschoond, en pseudo-BSN gegevens van 1 AGB-code zijn niet gebruikt in verband met onwaarschijnlijke waarden.

Zorgvraagzwaarte
Bron: DIS
Methode: De ZVZ-indicator is berekend op alle DBC's geopend in 2010 en 2011 in DIS (peildatum aug 2013), conform de ICT beschrijving bij de RG14a concept release juli 2013. De boxplots zijn gebaseerd op een random selectie van 100.000 DBC-trajecten uit 2010 en 2011, waarbij diagnostiek en crisis DBC's zijn uitgesloten. De y-as is afgekapt bij 20.000 minuten.

Verdeling DBC's GGZ
Bron: DIS
Methode: De selectie is op DBC-trajecten geopend in 2011. Gebudgetteerde instellingen worden geselecteerd op basis van AGB-code. Vrijgevestigden worden geselecteerd door de subset van AGB-codes te nemen die niet gebudgetteerd zijn en beginnen met 03xx of 94xx. Niet-gebudgetteerde instellingen zijn buiten beschouwing gelaten. Per DBC-traject is de totale tijd berekend die wordt gebruikt om de DBC af te leiden naar productgroep. Dit betekent dus inclusief indirecte tijd, dagbesteding en Verblijf zonder overnachting (indien van toepassing). Ten slotte zijn voor blokken van 0-100 minuten, 100-200 minuten etc het aantal DBC-trajecten geteld. Deze zijn weergegeven in de figuren.

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-Gravenhage

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
directie Zorgmarkten Cure	0900 7707070	vragencure@nza.nl	

Onderwerp
Beleidsbrief marktscan GGZ

Datum

Mevrouw de Minister,

Hierbij bieden we u de Marktscan GGZ 2014 aan. Daarin schetsen we de ontwikkelingen in de GGZ. De marktscan laat op basis van voorlopige cijfers zien dat de macro-uitgaven in de GGZ in 2013 naar verwachting zijn gedaald. Die cijfers wijzen erop dat de uitgaven in de curatieve GGZ voor het tweede jaar op rij zijn gedaald. De marktscan geeft het beeld van een markt in beweging doordat risicodragende zorgverzekeraars scherper zijn gaan inkopen. In de GGZ is er niet altijd consensus over hoe de zorg ingericht moet worden. Dat uit zich in discussies tussen aanbieders en verzekeraars over de verhouding tussen Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ en de vraag wie hoofdbehandelaar mag zijn. De verdere ontwikkeling van veldnormen en richtlijnen kan naar onze mening bijdragen aan een goede basis voor inkoopgesprekken.

In 2012 werd de behandeling van aanpassingsstoornissen verwijderd uit het basispakket. Als gevolg daarvan nam het volume bij andere productgroepen sterk toe. Deze verandering hoeft niet per definitie onjuist te zijn. Een aanpassingsstoornis kan gepaard gaan met een andere stoornis waardoor de keuze van de primaire diagnose niet altijd even gemakkelijk is. Het laat wel zien dat het moeilijk is om alleen op basis van diagnoses het verzekerd pakket af te bakenen. Ook voor goed toezicht op gepast gebruik is de ontwikkeling van veldnormen en richtlijnen daarom wenselijk, evenals een controleerbare en handhaafbare pakketafbakening door het CVZ.[1]

Het eerste deel van deze brief bevat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in de marktscan. Wij sluiten deze brief af met een aantal aanbevelingen op basis van de constateringen in de marktscan.

[1] Zie ook reactie NZa op CVZ rapportage "geneeskundige GGZ deel 2" (pagina 99)

I. Samenvatting bevindingen marktscan

De uitgaven voor GGZ dalen, in de curatieve GGZ zelfs voor het tweede jaar op rij

In onze beleidsbrief bij de marktscan 2012 constateerden wij dat er een trendbeuk in de data was. Op basis van de beschikbare cijfers in 2012 leek er een einde te komen aan de trend van stijgende uitgaven in de curatieve GGZ. De op dit moment beschikbare cijfers over 2013 bevestigen deze trend. De verwachte daling van de schadelast in de GGZ (Zvw + AWBZ) is -3,0%. Deze daling komt vooral terecht bij voormalig gebudgetteerde aanbieders. Bij de niet-gebudgetteerde instellingen is er een stijging van de omzet. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat de omzet van relatief nieuwe aanbieders ten kosten ging van bestaande aanbieders.

De cijfers over 2013 zijn voornamelijk gebaseerd op verwachte schadelast van verzekeraars en kunnen om die reden nog wijzigen. Definitieve cijfers zijn bekend over 2012 van tweedelijns gebudgetteerde instellingen. Uit de realisatiecijfers van 2012 blijkt dat de schadelast van die groep aanbieders ten opzichte van 2011 met ongeveer 100 miljoen euro is gedaald naar 3,5 miljard euro.

In de periode 2010 tot en met 2012 stegen de uitgaven aan langdurende zorg. In 2013 is er sprake van een trendbreuk en daalt de omzet met 3,6%.

De inrichting en bekostiging van de GGZ veranderen

De GGZ bestaat uit de curatieve GGZ (Zvw) en de langdurende GGZ (AWBZ). Tot 2014 kende de curatieve GGZ een opsplitsing in de eerste en tweedelijns zorg. In 2011 maakten zo'n 1,4 miljoen cliënten gebruik van de GGZ, waarvan 91.000 in de langdurende GGZ. Cijfers over 2012 en 2013 zijn nog niet beschikbaar.

In de GGZ zijn enkele zeer grote aanbieders actief naast vele duizenden zeer kleine aanbieders. Zorgverzekeraars kiezen er vaak voor om bij de zorginkoop niet met kleine aanbieders in gesprek te gaan maar de inkoop digitaal te laten plaatsvinden en standaardcontracten voor te leggen. Dat zorgt voor ontevredenheid over het inkoopproces bij veel kleinere aanbieders.[2]

De inrichting en bekostiging van de GGZ zijn aan het veranderen. In de marktscan spreken we nog over de eerste- en tweedelijns curatieve GGZ terwijl de GGZ per 1 januari 2014 is opgedeeld in de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Een andere belangrijke ontwikkeling was de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2013 en het einde van het representatiemodel waardoor elke verzekeraar afzonderlijk met aanbieders contracten afsloot. Deze ontwikkelingen zijn nog niet zichtbaar in bijvoorbeeld de omzetcijfers maar hadden wel gevolgen voor de inkoopgesprekken. Daarom hebben wij in de marktscan in het bijzonder stilgestaan bij het contracteringsproces.

[2] Zie ook: http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/actueel/NZa-Inkoop-van-zorg-kan-effectiever/

De introductie van de Basis-GGZ en de afschaffing van het representatiemodel droegen bij aan moeizame inkoopgesprekken
In uw brief aan de Tweede Kamer van 23 januari 2014 gaat u in op het contracteringsproces[3] in 2013 en het daarin geschetste beeld is vergelijkbaar met het beeld dat naar voren komt in deze marktscan.

Vorig jaar constateerden wij een verscherping van de zorginkoop en deze ontwikkeling heeft zich doorgezet. De beperking van de ex post risicoverevening heeft daar vermoedelijk aan bijgedragen. In 2014 is het representatiemodel afgeschaft. Daardoor moet elke verzekeraar afzonderlijk met aanbieders tot afspraken komen. Omdat er op een aantal belangrijke punten geen consensus is over hoe GGZ-zorg eruit moet zien, zijn er veel discussies gevoerd over onder andere het hoofdbehandelaarschap en de invulling van de Basis-GGZ. Dat heeft niet alleen gevolgen voor het contracteringsproces maar indirect ook op het proces van totstandkoming van de jaarrekening. Verschillen van inzichten in de juistheid van declaraties kunnen resulteren in onzekerheid over gerealiseerde omzetcijfers omdat verzekeraars declaraties mogelijk niet honoreren. Accountants hebben aangegeven dat zij door onzekerheid over de omzetcijfers niet in alle gevallen een goedkeurende verklaring kunnen verstrekken.

Op zichzelf is het niet onwenselijk dat verzekeraars een verschillende visie op de zorginkoop hebben. Te grote verschillen kunnen echter onwenselijk zijn als daardoor de administratieve lasten teveel toenemen en processen complexer worden. Als gevolg van de verschillende voorwaarden van verzekeraars kan bijvoorbeeld de gevraagde tijdverdeling tussen hoofdbehandelaar en overige behandelaren afhankelijk zijn van de verzekeraar van een patiënt. Dat verhoogt de complexiteit van de processen bij zorgaanbieders omdat zij patiënten van verschillende verzekeraars op een verschillende wijze moeten behandelen.

Een mogelijke uitweg uit deze impasse is het creëren van richtlijnen en veldnormen door veldpartijen. Het belang hiervan wordt al geruime tijd door meerdere partijen aangegeven (o.a. CVZ) en staat ook op de agenda in het kader van het Bestuurlijk Akkoord GGZ.

De toegenomen ROM-registratie geeft behandelaren en verzekeraars meer inzicht in behandeleffecten, ook de zorgvraagzwaarteindicator moet daaraan gaan bijdragen
Eind 2010 zijn in een Bestuurlijk Akkoord tussen GGZ Nederland en ZN afspraken gemaakt over het groeitempo waarin uitkomstgegevens (Routine Outcome Monitoring) aangeleverd zouden gaan worden. ROM-gegevens moeten bijdragen aan de transparantie in de GGZ. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen van de bij GGZ Nederland aangesloten aanbieders evalueerbaar moeten zijn. Volgens de Stichting Benchmark GGZ (SBG) zal op basis van de huidige trend in de tweede helft van 2015 dit doel bereikt worden.

Net als de ROM-registratie moet de zorgvraagzwaarteindicator bijdragen aan beter meer inzicht in de relatie tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandeleffecten. Deze indicator is in 2013 door veldpartijen

[3] Kamerstuk 25424, nr. 239

ontwikkeld. Deze staat per 2014 ook vermeld op de factuur. In de marktscan hebben wij op basis van DBC's die in het verleden zijn afgesloten een figuur opgenomen met de verdeling van de zorgvraagzwaarte over de DBC's. Deze figuur laat zien dat een hogere score op de zorgvraagzwaarteindicator samenhangt met een langere behandelduur. Er is echter veel variatie tussen DBC's met dezelfde zorgvraagzwaarte waardoor de indicator nog maar in beperkte mate voorspellend is voor de behandelduur van een individuele patiënt. Veldpartijen werken daarom aan de verbetering van de indicator.

Upcoding is een probleem in zowel de Zvw als in de AWBZ, de reactie op het verwijderen van 'Aanpassingsstoornissen' uit het basispakket roept vragen op.
In 2013 was gepast gebruik een belangrijk aandachtspunt voor het markttoezicht in de GGZ. Uit onze analyse blijkt dat upcoding in zowel de Zvw als in de AWBZ een probleem is. In de AWBZ komt upcoding voor door middel van de gemandateerde indicaties. In de Zvw zijn er indicaties dat niet-gebudgetteerde aanbieders de duur van een behandeling af laten hangen van de vergoedingen van de tijdklassen. Door het vermelden van de werkelijk besteedde tijd op de factuur heeft de verzekeraar per 2014 een instrument om hierop te controleren.

Door een onderverdeling te maken van het totale DBC-zorgvolume naar primaire diagnose hebben wij geprobeerd meer inzicht te creëren in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse ontwikkeling in de macro-uitgaven. In 2012 verdwenen aanpassingsstoornissen uit het basispakket. Uit de cijfers blijkt dat een vermindering van het aantal diagnoses 'Aanpassingsstoornissen' gepaard ging met de groei bij andere diagnosegroepen. Deze verandering hoeft niet per definitie onjuist te zijn. Een aanpassingsstoornis kan gepaard gaan met een andere stoornis waardoor de keuze van de primaire diagnose niet altijd even gemakkelijk is. Daarnaast kan deze verandering ook het gevolg zijn van een verbeterde diagnostiek in de GGZ. De mate waarin verschuivingen plaatsvonden roept echter wel vragen op. Het laat daarnaast ook zien dat het niet eenvoudig is om alleen op basis van de diagnose grenzen te stellen aan het basispakket (zie voetnoot 1).

II. Beleidsaanbevelingen

Wij sluiten deze brief af met een aantal aanbevelingen op basis van de constateringen in de marktscan. Deze aanbevelingen zijn gericht aan u als Minister, veldpartijen en niet in de laatste plaats ook aan de NZa.

Inkoop door risicodragende zorgverzekeraars brengt de markt in beweging
Uit de marktscan blijkt dat de uitgaven in de curatieve GGZ naar verwachting dalen voor het tweede jaar op rij. In de marktscan hebben wij geen onderzoek gedaan naar de oorzaak van deze ontwikkeling. Een mogelijke verklaring vormen de bestuurlijke akkoorden met daarin afspraken over de groei van de zorguitgaven. De daling van de zorguitgaven vond ook gelijktijdig plaats met de afbouw van de ex post risicoverevening.

Uit de marktscan blijkt dat de inkoop door zorgverzekeraars scherper is geworden. Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit en noodzaak van de geleverde zorg. Dit laat naar onze mening zien dat als zorgverzekeraars financiële prikkels hebben om doelmatig zorg in te kopen zij de markt in beweging kunnen krijgen.

Wij hebben eerder de aanbeveling gedaan om het mogelijk te maken dat zorgverzekeraars geen vergoeding bieden voor niet-gecontracteerde zorg. Dat zal de mogelijkheid voor selectieve zorginkoop verbeteren.

Bij het samenstellen van de marktscan is gebleken dat het dataproces verder verbeterd kan worden
In de marktscan laten we analyses zien die alleen kunnen worden uitgevoerd omdat aanbieders en verzekeraars deze gegevens registreren. Een groeiende beschikbaarheid van gegevens geeft de potentie om de bestuurbaarheid en kwaliteit van zorg te verbeteren. Het heeft ons veel tijd en moeite gekost om verschillende databronnen zoals die beschikbaar zijn bij de NZa, DIS, CVZ en Vektis aan elkaar te koppelen. Daardoor kost het veel moeite om inzicht in de uitgaven te krijgen. Dat is onwenselijk en genoemde partijen (inclusief de NZa) zullen er aan moeten werken om gegevensbronnen beter op elkaar aan te laten sluiten. Daarbij is de tijdigheid waarop deze informatie beschikbaar is, ook een issue. Declaratiegegevens van de tweedelijns curatieve GGZ bleken slechts tot 2011 beschikbaar te zijn. Een vertraging van bijna drie jaar is naar onze mening onwenselijk.

Om dit gemis op te vullen en toch enigszins recente omzetcijfers te genereren hebben wij gewerkt met gegevens over verwachte schadelast. Dit brengt logischerwijs onzekerheden met zich mee.

Ook verzekeraars kunnen meer doen met de mogelijkheden die de toegenomen informatiestroom biedt om ongepast gebruik en fraude te bestrijden. Vanaf 2014 zien zorgverzekeraars bijvoorbeeld de informatie over de tijdsbesteding op de factuur. Verzekeraars zullen deze informatie moeten gebruiken om ongepast gebruik en upcoding tegen te gaan.

Er is behoefte aan betere richtlijnen over wat goede GGZ is
Zoals hierboven beschreven is er veel discussie over de inrichting van de GGZ, zoals de verhouding tussen basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ, de

inzet van hoofdbehandelaren en de omvang van het basispakket. Veel van deze discussies komen neer op de vraag: wat is goede GGZ? Als daar onder medische professionals consensus over is en richtlijnen en zorgstandaarden zijn vastgesteld dan biedt dat een goede basis voor inkoopgesprekken. Dat geldt ook voor de vraag wat de zorg is die tot het basispakket behoort. Duidelijke richtlijnen en zorgstandaarden scheppen helderheid voor aanbieders en verbeteren mogelijkheden voor controle op gepast gebruik door zorgverzekeraars.

Het is wenselijk dat er zoveel als mogelijk informatie beschikbaar is over de relatie tussen de zorgvraag en behandeling
Om op een goede manier zorg in te kunnen kopen is het voor verzekeraars van belang dat zij inzicht hebben in de zorgvraag van patiëntengroepen en de daarbij behorende behandeling. In de gespecialiseerde GGZ zijn prestaties gedefinieerd op basis van de behandelduur (tijdklassen) en de diagnose. Deze productstructuur is sterk op de input gericht en maakt de relatie tussen de behandeling en zorgvraag niet duidelijk. Dat komt omdat alleen de diagnose weinig zegt over de behandeling die een patiënt krijgt.

Zoals gezegd is de door veldpartijen ontwikkelde zorgvraagzwaarte-indicator bedoeld om meer inzicht bieden in de relatie tussen de behandeling en de zorgvraag van een patiënt in de gespecialiseerde GGZ. Omdat de voorspellende waarde van deze indicator voor de behandeling op individueel niveau nog beperkt is, moet deze worden doorontwikkeld.

Brancheorganisaties van aanbieders, beroepsverenigingen en verzekeraars hebben daarnaast afgesproken om in 2014 te onderzoeken of in de gespecialiseerde GGZ voor de groepen ‘Angst’ en ‘Depressie’ een alternatieve productstructuur mogelijk is. In die structuur moet niet alleen de diagnose maar ook het verloop van de stoornis, ook wel de stagering genoemd, een plaats krijgen.

Ongepast gebruik en fraude in de GGZ blijven een aandachtspunt
De NZa houdt verscherpt toezicht op de GGZ en besteedt extra aandacht aan correct declareren. Al dan niet bewust te veel declareren leidt tot hogere zorgkosten, die uiteindelijk door de consument in zijn premie voor de zorgverzekering worden betaald of met inzet van het macrobeheersinstrument door de gehele GGZ-branche.

Naast concrete handhavingsmaatregelen zijn in 2013 ook maatregelen genomen om ongepast gebruik en fraude voor de toekomst verder te voorkomen. Zo is het hoofdbehandelaarschap aangescherpt en is de transparantie toegenomen doordat meer informatie op de factuur vermeld staat. Het verscherpte toezicht van de NZa moet ook in 2014 bijdragen aan het tegengaan van ongepast gebruik en fraude in de GGZ.

Door de ontwikkelingen in de GGZ in 2014 en 2015 is het wenselijk om marktontwikkelingen te blijven monitoren
Na de introductie van de basis-GGZ in 2014 zijn er in 2015 twee grote ontwikkelingen in de GGZ. Een deel van de langdurende GGZ wordt vanuit de AWBZ naar verwachting overgeheveld naar de Zvw en de Jeugd GGZ en ‘beschermd wonen’ gaan naar gemeenten. Het beleid zal zich concentreren op deze twee operaties. Per januari 2014 is de nieuwe

bekostiging voor de basis-GGZ van start gegaan. Het systeem is ingevoerd als een 'groeimodel'. Ervaringen met het systeem kunnen aanleiding geven voor verfijning of aanpassing van het beleid en de tarieven. Wij analyseren daarvoor door veldpartijen ingediende signalen en knelpunten.

Vanwege deze ontwikkelingen blijft goed inzicht in de markt essentieel. Wij blijven daarom markten monitoren en zijn daarnaast van plan om een selectie van de gegevens in de marktscan op regelmatige basis online te publiceren.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

Bijlage 1: SBG – Routine Outcome Monitoring

Bijdrage aangeleverd door Stichting Benchmark GGZ

Inleiding
Om te voorkomen dat toename van de vraag bij gelijkblijvend macrobudget tot wachtlijsten leidt, moeten psychiatrische en psychotherapeutische behandelingen effectiever, efficiënter en doelmatiger worden. Dat kan door het ontwikkelen van efficiënte behandelvormen zoals e-health, door de herschikking van producten van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in POH, Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ en patiëntenstromen naar het juiste zorgniveau toegeleiden (matched care). Naast deze ontwikkelingen kunnen maatregelen om de behandeling te ondersteunen, zoals routinematig meten van uitkomsten (Routine Outcome Monitoring of ROM) en benchmarken een belangrijke rol spelen bij een vergroting van de effectiviteit van de GGZ. De toepassing van ROM en benchmarken komt in Nederland langzaam maar zeker op stoom en gecontroleerd onderzoek naar de baten van deze maatregelen gaat in de nabije toekomst plaatsvinden. Nederland loopt voorop met deze ontwikkeling in de GGZ.
Op initiatief van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is in januari 2011 Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht om inzicht te verschaffen in de kwaliteit van de zorg die wordt geboden in de GGZ. Er is gekozen om de kwaliteit in de GGZ vooral af te meten aan behandeluitkomsten, zoals gemeten met zelfrapportage vragenlijsten. We sluiten hiermee aan bij de visie van Michael Porter die stelt dat de waarde van de zorg voor de patiënt vooral wordt bepaald door de uitkomst van de behandeling, afgemeten aan de toename van gezondheid en welbevinden (Porter & Teisberg, 2006).

Routine Outcome Monitoring
ROM heeft als primair doel de behandeling zo goed mogelijk te ondersteunen door herhaaldelijk de toestand van de patiënt te meten en zo periodiek de uitkomst vast te stellen (de Beurs e.a., 2011, Keet e.a., 2012). Door inzicht te bieden in het beloop van de klachten wordt de patiënt beter bij de behandeling betrokken en kunnen behandelaar en patiënt tijdig beslissen om de behandeling bij te sturen als de uitkomst daar aanleiding toe geeft. Bij ROM wordt de patiënt gevraagd vragenlijsten in te vullen over de klachten, functioneren, of kwaliteit van leven en sinds kort kan ook middels een verkorte variant van de Consumer Quality-index de klantervaring worden gemeten in ROM. Bij sommige aandoeningen vult de behandelaar een beoordelingsschaal in over de toestand van de patiënt of wordt een gestructureerd interview afgenomen, bijvoorbeeld om middelengebruik in kaart te brengen rond de behandeling voor verslaving. In overdrachtelijk taalgebruik is ROM te beschrijven als “een vinger aan de pols” van de patiënt.

Uit onderzoek blijkt dat toepassing van ROM een gunstig effect heeft op de behandeling, al is het effect bescheiden (Knaub, 2011). ROM blijkt vooral van waarde bij behandelingen die dreigen te mislukken (Lambert, 2007, de Jong, 2012).
De toepassing van ROM kan dus een kwaliteitsimpuls geven in de zorg. ROM draagt bij aan de versterking van de positie van de patiënt en faciliteert “shared decision making“. De evaluatiemomenten die met ROM worden gecreëerd kunnen bijdragen aan een tijdige beëindiging van de behandeling, wat de doelmatigheid vergroot. Met deze beschrijving wordt duidelijk dat ROM meer om het lijf heeft dan “meten is weten”. Het gaat

er om dat de informatie wordt gebruikt in de behandeling om deze bij te sturen of te beëindigen. ROM kan zo een andere, meer bedrijfsmatige cultuur te weeg brengen in de GGZ. Tegelijk is ROM nog volop in ontwikkeling. Meer hierover komt in de discussie aan bod.

Benchmarken met ROM-gegevens
Naast het primaire doel van ROM, de ondersteuning van de behandeling, is er nog een andere benutting van ROM-gegevens ontwikkeld: gebruik van geaggregeerde ROM-gegevens om onderlinge vergelijking of benchmarken mogelijk te maken en zo de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ te verbeteren. Als ROM een vinger is aan de pols van de patiënt, dan kan Benchmarken een vinger zijn aan de pols van de instelling. Geaggregeerde ROM-gegevens kunnen behandelaars en managers informatie leveren over onderdelen van de instelling. Waar worden de beste resultaten geboekt? Wat zijn de "best practices"? Hoe gaat men daar te werk? Welke beleid zorgt voor verbetering van de resultaten?

Verantwoorden
Zorgverzekeraars zijn met het GGZ-veld overeen gekomen dat benchmarken op basis van de ROM-gegevens een manier is om beter zicht te krijgen op de baten van een zorgsector. Met de afschaffing van het representatie model onderhandelen ze individueel met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen hun (risicodragende) rol alleen goed oppakken als ze weten wat ze inkopen, met andere woorden als de kwaliteit en de kosten van de zorg bekend zijn. ROM houdt de belofte in dat er transparantie komt op een sector van de zorg die toch vooral wordt gezien als een black box (Trijsburg, 2007).

De behoefte aan kwalitatief goede informatie van zorgverzekeraars kan vervuld worden met gegevens over de uitkomst van behandeling in de GGZ. Dit is één van de redenen dat zorgverzekeraars ROM stimuleren. Naast de kwaliteitsimpuls die implementatie van ROM met zich mee kan brengen, leveren de geaggregeerde data informatie op over wat de GGZ vermag en is uitkomst een onderscheidende prestatie indicator voor instellingen.

In 2011 hebben de brancheorganisaties GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland ambitieuze afspraken gemaakt over de uitrol van ROM. Uitgegaan werd van een groei van metingen met 10% per jaar, zodat in 2014 50% van de behandelingen (DBC's) evalueerbaar zouden zijn. Vervolgens zijn zorgverzekeraars het verzamelen van uitkomstgegevens gaan stimuleren en dit heeft tot een majeure inspanning van het GGZ veld geleid.

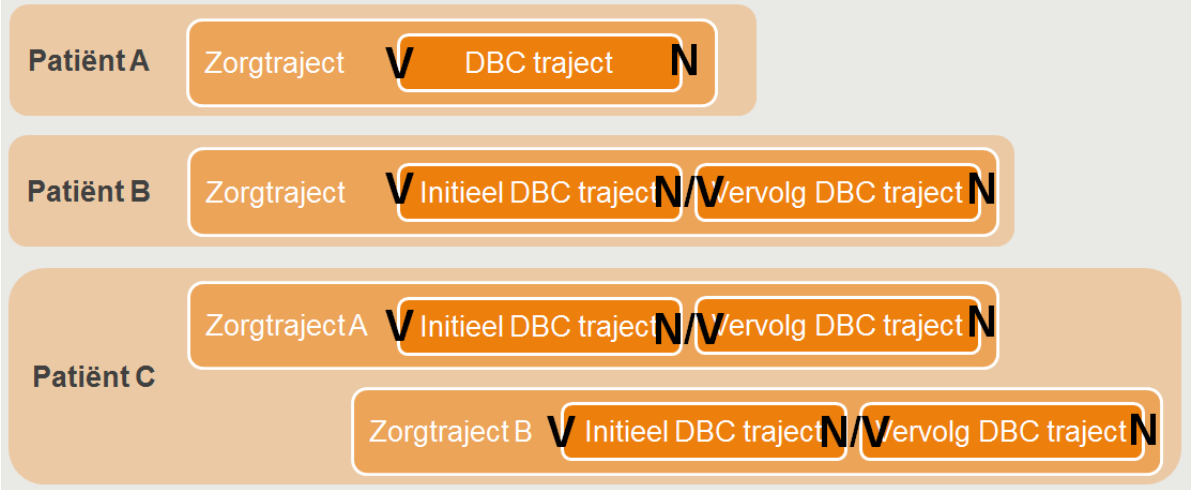
Aanlevering ROM gegevens
Eind 2010 zijn in een bestuurlijk akkoord tussen zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over het groeitempo waarmee uitkomstgegevens bij SBG aangeleverd zouden gaan worden. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen in de GGZ evalueerbaar moeten zijn. Om daar te komen is een jaarlijkse groei van geROMde behandelingen met 10% nodig. Een zo hoog mogelijke ROM respons is om twee redenen van belang.
Ten eerste vanwege de verwachting dat de toepassing van ROM op zichzelf al een kwaliteit verhogende invloed op de behandeling heeft: hoe beter je ROM implementeert en inweeft in het primaire proces, hoe meer grip je krijgt op de bedrijfsvoering in de instelling, hoe beter zicht je krijgt op het verloop van de behandeling en hoe beter uiteindelijk het resultaat zal zijn.
Een tweede reden om een zo hoog mogelijke respons na te streven is de representativiteit van de geaggregeerde ROM-gegevens voor het totaal van uitgevoerde behandelingen. Voorkomen moet worden dat instellingen bijvoorbeeld alleen inzicht bieden in de resultaten van succesvol verlopen behandelingen door selectief aan te leveren en

gegevens van mislukte behandeling achter te houden of simpelweg helemaal geen nameting uit te voeren. Dat zou tot vertekening van de resultaten leiden. De druk om zoveel mogelijk DBC's evalueerbaar aan te leveren bij SBG gaat deze vertekening tegen. Zorgverzekeraars stimuleren de implementatie van ROM in de GGZ en aanlevering van gegevens bij SBG met diverse bonus-malus regelingen, die zij baseren op de afspraken uit 2010.

Benchmarks op basis van DBC's

SBG heeft ervoor gekozen behandeling te operationaliseren volgens de DBC systematiek.
De spelregels van de DBC systematiek bieden de benodigde uniformiteit in hoe we behandeling definiëren in de GGZ. Een reeks (ongestructureerde) ROM-metingen biedt die uniformiteit niet, omdat er allerlei varianten van ROM in gebruik zijn of meettrajecten niet de gehele behandeling omvatten. Dit leidt potentieel tot gegevens die onvergelijkbaar zijn.
Een DBC-traject is de combinatie (C) van een behandeling (B) voor een aandoening of diagnose (D). De belangrijkste regel voor SBG is dat een DBC in de GGZ maximaal een jaar duurt. Wanneer het zorgtraject langer duurt dan een jaar wordt de behandeling opgeknipt in een initieel DBC en één of meerdere vervolg-DBC's. Tenslotte komt het voor dat een patiënt meerdere behandelingen gelijktijdig ondergaat, bijvoorbeeld bij een GGZ instelling en bij een instelling voor verslavingszorg.

Figuur 1 De DBC-systematiek en de af te nemen metingen voor de benchmark schematisch weergegeven voor drie patiënten; V = voormeting, N = nameting, N/V = nameting die ook als voormeting kan dienen voor het vervolgtraject



Bron: SBG

Wanneer een behandeling bestaat uit een initieel en één of meer vervolg-DBC trajecten, dan is het ook belangrijk om te weten wat het behaalde resultaat is voor het gehele zorgtraject. Om het resultaat op te vragen van het gehele zorgtraject, worden de DBC-trajecten die zijn aangeleverd voor dezelfde patiënt aaneengeregen. Het behandeleffect van een zorgtraject is het verschil tussen de voormeting van het initiële DBC en de eindmeting van het vervolg DBC waarmee de behandeling afgesloten werd.

Segmentering van de GGZ in zorgdomeinen

Prestatie indicatoren hebben pas betekenis in een context. Mortaliteit is een relevante prestatie-indicator in de oncologie bij curatieve zorg, maar veel minder bij palliatieve zorg. Alle patiënten in de GGZ op een hoop gooien en een gemiddelde uitkomst van de behandeling berekenen is onzinnig. Een gemiddeld resultaat zegt pas iets als het gaat over een

patiëntengroep die qua problematiek relatief homogeen is. Het gemiddelde resultaat moet ook betrekking hebben op behandelingen met een vergelijkbare doelstelling (genezing, remissie, stabilisatie, verzorging, etc.). De GGZ-sector is daarom in zorgdomeinen onderverdeeld naar leeftijd van de patiënt, naar doel van de behandeling (cure of care) en naar aard van de problematiek (GGZ, Verslavingszorg en Forensische zorg). Elk zorgdomein heeft eigen meetinstrumenten voor het meten van meetdomeinen zoals symptomatologie, functioneren en kwaliteit van leven.

Casemix correctie
Een vergelijking van behandelresultaten met het landelijk gemiddelde (de effect benchmark) of vergelijking tussen instellingen onderling kan oneerlijk zijn wanneer onvoldoende rekening wordt gehouden met eigenaardigheden van de patiëntenpopulatie van een instelling, de casemix. De kenmerken van de casemix kunnen immers van invloed zijn op het resultaat en het gevaar bestaat dat appels met peren worden vergeleken. Indien bijvoorbeeld comorbide persoonlijkheidsproblematiek een negatieve prognostische waarde zou hebben voor de behandeluitkomst, dan kan een instelling die zich vooral toelegt op de behandeling van dergelijke patiënten een achterblijvend behandeleffect toeschrijven aan deze comorbiditeit. Casemix correctie is een methode om bij de vergelijking tussen zorgaanbieders rekening te houden met variabelen die gerelateerd zijn aan het behandelresultaat. Het gaat hierbij om achtergrond variabelen van de patiënten zoals leeftijd of sociale status en klinische variabelen zoals aard, ernst en complexiteit of comorbiditeit.

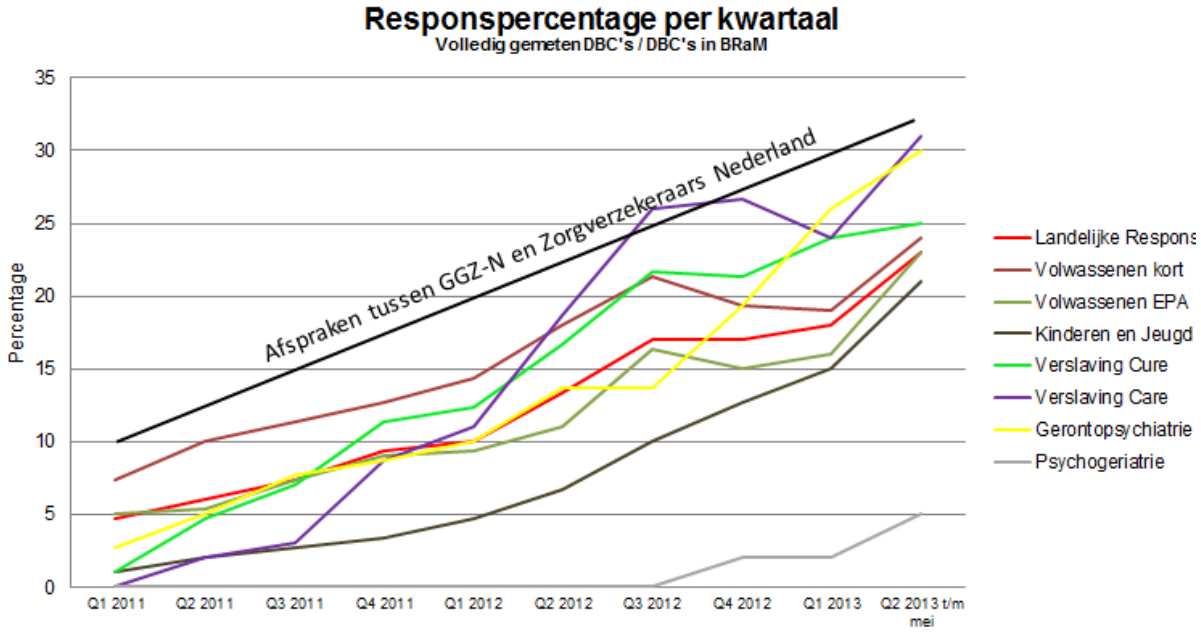
Vooralsnog zijn uit de psychologische en psychiatrische onderzoekliteratuur nog geen 'harde' gegevens over de prognostische waarde van deze variabelen op te maken. SBG past daardoor nog geen casemix correctie toe, maar biedt als alternatief de mogelijkheid tot subgroepselectie binnen de database. Door te selecteren op achtergrondkenmerken of klinische kenmerken kan de behandeluitkomst bij een meer homogene subgroep van patiënten worden opgevraagd en vergeleken met een landelijk gemiddelde bij de subgroep met dezelfde kenmerken. Zo worden toch - zoveel als mogelijk - appels met appels en peren met peren vergeleken.

Drie prestatie-indicatoren – drie benchmarks: respons, effect, ervaring
Door SBG worden drie benchmarks bepaald:
1. de mate waarin voor- en nametingen zijn toegepast (de respons),
2. de effectiviteit van de behandeling (delta–T)
3. hoe de patiënt de behandeling en de bejegening heeft ervaren (CQ-index).

Om instellingen en zorgverzekeraars informatie te bieden over de score op deze drie benchmarks heeft SBG een web applicatie gebouwd: de Benchmark Rapportage Module of BRaM. Zorgverzekeraars krijgen deze informatie op instellingsniveau; instellingen in meer in detail voor onderdelen van de instelling. Zorginkopers van zorgverzekeraars kunnen zo zien of de afspraken met betrekking tot ROM-implementatie zijn gehaald, managers van instellingen krijgen zo inzicht in de stand van zaken bij (onderdelen van) hun instelling en kunnen zo sturen.

1. Respons
De landelijke ontwikkeling van ROM aanleveringen is weergegeven in onderstaande grafiek (deze gegevens zijn gebaseerd op 65% van alle DBC die zijn uitgevoerd, de resterende 35% worden uitgevoerd door instellingen die nog niet hun gegevens bij SBG hebben aangeleverd of door vrijgevestigden die naar schatting 10% van de jaarlijkse productie in de GGZ voor hun rekening nemen.

Figuur 2 De landelijke respons ontwikkeling weergegeven per kwartaal vanaf 2011 voor alle zorgdomeinen



Bron: SBG

Figuur 2 laat zien dat de implementatie van ROM iets achter ligt op schema. Eind 2010 zijn in een bestuurlijk akkoord tussen zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over het groeitempo waarmee uitkomstgegevens aangeleverd zouden gaan worden. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen in de GGZ evalueerbaar moeten zijn. Om daar te komen is een jaarlijkse groei van geROMde behandelingen met 10% nodig.
De percentages die in 2010 zijn afgesproken worden door de bank genomen met een vertraging van een tot anderhalf jaar gehaald. Voor het zorgdomein Volwassen kort (curatieve ambulante zorg aan veelvoorkomende aandoeningen zoals stemmings- en angststoornissen loopt de respons ongeveer een jaar achter bij de afspraak, zoals die in 2010 gemaakt werd. Kinderen en Jeugd kwam traag op gang, maar is met een duidelijke inhaalslag bezig. Bij de Psychogeriatrie (Dementie) is men nog maar net begonnen met meten en aanleveren.
Al met al is er met name in 2012 en 2013 een sterke groei te zien en een duidelijke koers ingezet naar GGZ-brede ROM-implementatie. De groei komt dicht in de buurt van de 10% per jaar dus bij voortzetting van de huidige trend zal in de tweede helft van 2015 de 50% respons gepasseerd worden.

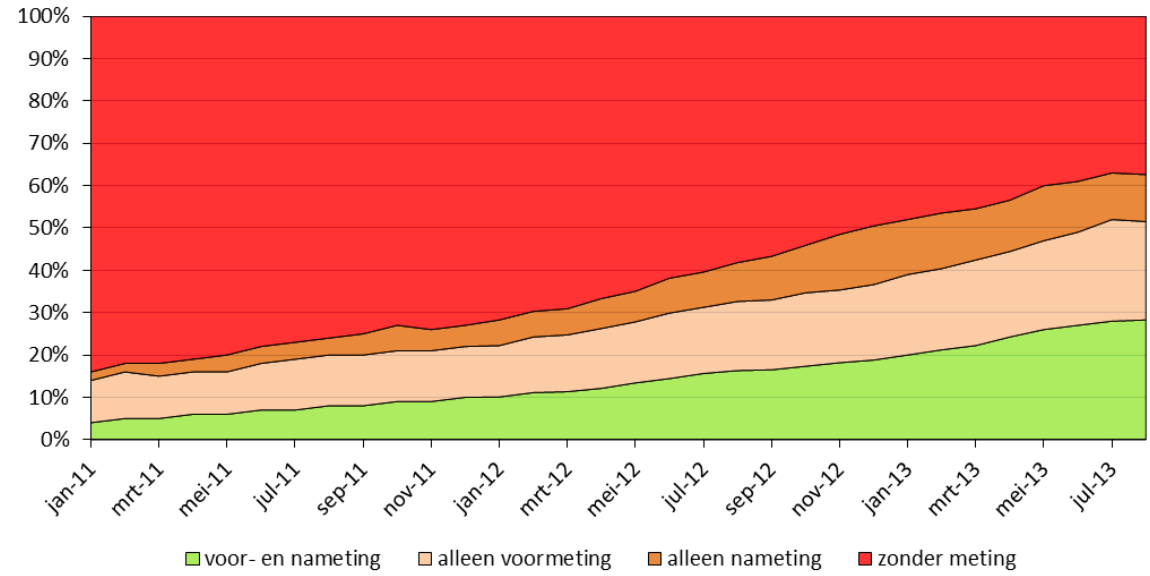
Alle behandelingen meten, 100% respons bij de start van de behandeling is onhaalbaar. Er zullen altijd patiënten zijn die niet kunnen of willen meewerken aan de ROM metingen, vanwege problemen met de Nederlandse taal, vanwege de aard van hun problematiek of vanwege een sterke gesteldheid op privacy Problematiek rondom drop-out (vroegtijdige afbreken van behandeling op initiatief van cliënt) speelt hierbij ook een rol. Een drop-out percentage van 30% is in de GGZ niet ongebruikelijk (Wells et al., 2013) en drop-out kan oplopen tot meer dan 50%, zoals in de verslavingszorg waar meer patiënten hun behandeling voortijdig beëindigen dan afmaken (Brorson et al., 2013).

Een webapplicatie (BRaM) van SBG biedt instellingen en zorgverzekeraars inzicht in hoe het staat met het implementeren van het

meten van uitkomsten. In onderstaand figuur worden vier groepen onderscheiden en wordt de respons over de tijd zichtbaar gemaakt:

-DBC's zonder meting
-DBC's met alleen een nameting
-DBC's met alleen een voormeting
-DBC's met voor- en nameting.

Figuur 3 Verloop van de landelijke ROM-respons over de tijd



Bron: SBG

De toename van geheel gemeten trajecten is substantieel van 5% naar 28% in de zomer van 2013. Geheel niet gemeten trajecten nemen af van 84% naar 37%. Degelijke respons gegevens en bijbehorende plaatjes zijn door zorgverzekeraars op te vragen voor instellingen en door zorgaanbieder voor hun eigen instellingen, desgewenst tot op het niveau van de individuele behandelaar.

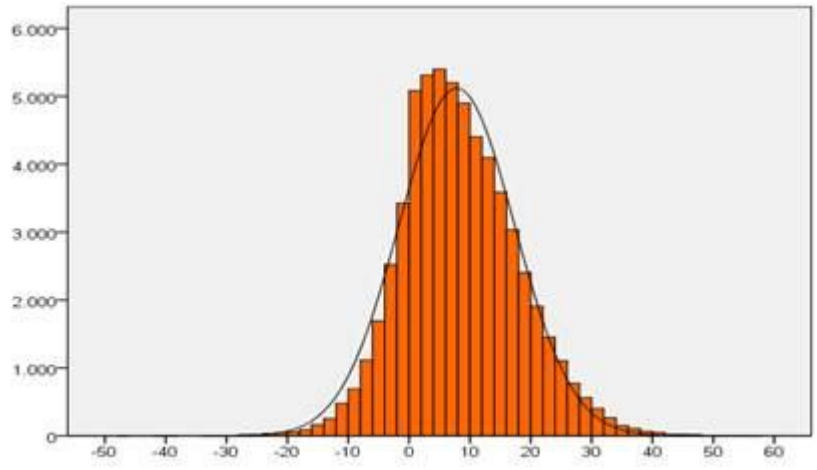
2. Effectrapportages

De effectiviteit van de behandeling wordt gedefinieerd als het verschil (Δ) tussen de voor- en de nameting uitgedrukt in een standaardscore (de genormaliseerde T-score).[1] In figuur 4 wordt de frequentieverdeling weergegeven van het behandeleffect[2] bij initiële DBC's (de eerste 12 maanden behandeling of korter) van patiënten in ambulante curatieve zorg (Zorgdomein Volwassenen Kort; N=60.983). Gemiddeld bedraagt het behandeleffect delta T = 7,8 (Sd: 9,5, Mediaan: 7,0) met een range lopend van -63 tot 57. Bij 78% van de trajecten is sprake van een positief behandeleffect (delta T groter dan 0). Bijna een kwart (23%) heeft een delta T van 15 of hoger; 10% heeft een effect van 20 of meer en 10% heeft een effect van -3 of minder.

[1] De T-score is het 10-voudige van de Z-score en de effect grootte volgens deze indicator zal dus ook 10 keer groter zijn dan wat doorgaans wordt gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek of meta-analyses over therapie-effect van psychiatrische behandelingen (Cohen's d).

[2] We noemen dit voor het gemak behandeleffect, maar hierbij moet aangetekend worden dat het om een "ongecontroleerd" effect gaat en een deel van het gemeten verschil moet worden toegeschreven aan andere invloeden dan de behandeling, zoals spontaan herstel of statistische effecten zoals regressie naar het gemiddelde. Het behandeleffect zoals vastgesteld kan worden in een gerandomiseerde klinische trial (RCT) is wel geschoond van dergelijke invloeden.

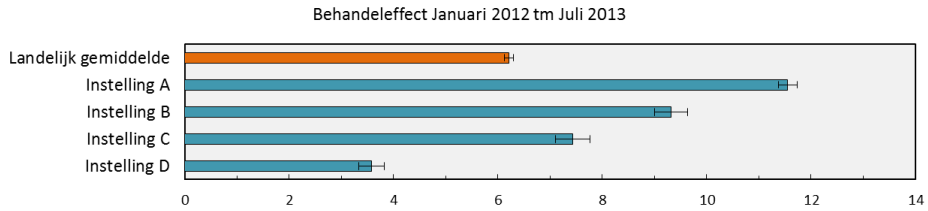
Figuur 4 Frequentieverdeling behandeleffect bij initiële DBC's binnen het zorgdomein Volwassenen kort



Bron: SBG

In de Benchmark Rapportage Module (BRaM) van SBG wordt de uitkomst van de behandeling bij een groep patiënten vergeleken met het landelijk gemiddelde (de behandeleffect benchmark). Onderstaand figuur 5 geeft het behandeleffect weer dat is gerealiseerd bij alle gemeten DBC's, zowel initiële als vervolg-DBC die zijn afgesloten in de periode januari 2012 tot en met juli 2013. De lichtbruine balk geeft het landelijk gemiddelde (ΔT = 6,2) en de blauwe balken geven het gemiddelde pre-post verschil van een viertal (geanonimiseerde) instellingen. Ook zijn de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de gemiddelde uitkomsten weergegeven.

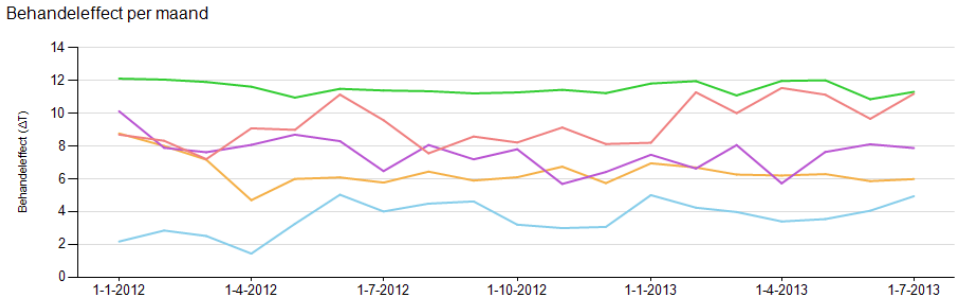
Figuur 5 Gemiddeld behandeleffect bij alle DBC's, landelijk en voor vier instellingen



Bron: SBG

Er blijken aanzienlijke onderlinge verschillen tussen de instellingen te bestaan (range van ΔT's is 3,6 tot 11,6). De onderlinge verschillen moeten overigens met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zonder kennis over eventuele verschillen in patiëntkenmerken (casemix) of meetmethodiek kunnen we nog niet vaststellen of we hier verschil in kwaliteit tussen instellingen zien.

Figuur 6 Het gemiddelde behandeleffect bij alle DBC's over de tijd, landelijk en voor vier instellingen

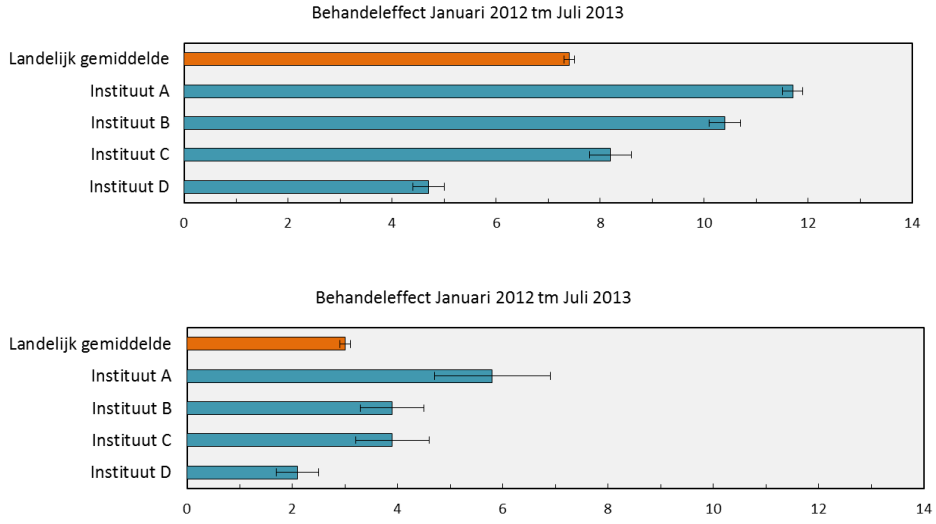


Bron: SBG

Het gemiddelde behandeleffect en de onderlinge verschillen tussen instellingen zijn tamelijk stabiel over de tijd, zoals figuur 6 laat zien.

Wanneer we uitsplitsen in initiële DBC's (alle behandelingen tot maximaal een jaar) en vervolg-DBC's dan ontstaat het beeld dat is weergegeven in figuur 7. Het behandeleffect van initiële DBC's is groter dan bij vervolg DBC's (respectievelijk 7,4 vs. 3,0). Onderlinge verschillen tussen instellingen blijven bestaan wanneer we kijken naar initiële DBC's, maar ze nemen enigszins af bij vervolg DBC's.

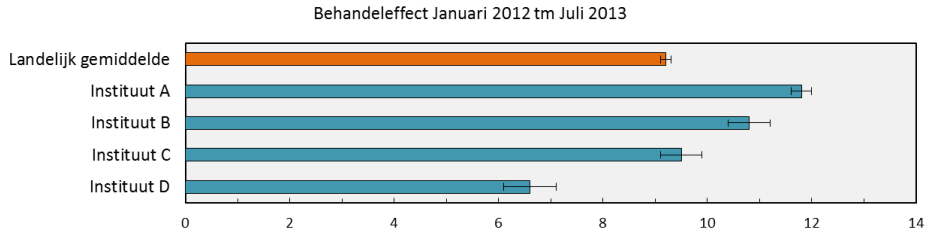
Figuur 7 Het gemiddelde behandeleffect bij initiële (boven) en vervolg DBC's (onder)



Bron: SBG

Ten slotte is gekeken naar gehele zorgtrajecten (het pre-post verschil wanneer het initiële DBC en bijpassende vervolg-DBC aan elkaar worden "geknoopt"). Figuur 8 laat zien dat landelijk ruim 9 ΔT-punten behandeleffect wordt gerealiseerd. We moeten daarbij in acht nemen dat er binnen deze groep zorgtrajecten aanzienlijke variatie ontstaat in behandelduur: er zitten zowel behandelingen van meerdere jaren als van slechts enkele weken tussen. Ook bij de gehele zorgtrajecten geldt dat het algemene beeld van onderlinge verschillen tussen instellingen in stand blijft, maar de verschillen zijn wat afgenomen.

Figuur 8 Behandeleffect bij zorgtrajecten



Bron: SBG

In Tabel 1 worden de brongegeven van de figuren weergegeven alsmede het aantal observaties (N) waarop de gemiddelde waarden gebaseerd zijn.

Tabel 1 Het aantal behandelingen (N) en het gemiddelde behandeleffect (D T en 95% betrouwbaarheidsinterval) voor Nederland en bij vier instellingen.

	Alle DBC's			Gehele zorgtraject		
Groep	N	ΔT	CI-95	N	ΔT	CI-95
Landelijk	41968	6,2	6,1 - 6,3	18975	9,2	9,1 – 9,3
Instelling A	9035	11,6	11,4 - 11,7	8883	11,8	11,6 – 12,0
Instelling B	4811	9,3	9,0 - 9,6	3375	10,8	10,4 – 11,2
Instelling C	3061	7,4	7,1 - 7,8	1853	9,5	9,1 – 9,9
Instelling D	4928	3,6	3,3 - 3,8	1410	6,6	6,1 – 7,2
	Initiële DBC's			Vervolg DBC's		
Groep	N	ΔT	CI-95	N	ΔT	CI-95
Landelijk	29846	7,4	7,3 - 7,5	11192	3,0	2,9 - 3,2
Instelling A	8819	11,7	11,5 - 11,9	194	5,8	4,7 - 6,9
Instelling B	3980	10,4	10,1 - 10,8	824	3,9	3,3 - 4,6
Instelling C	2532	8,2	7,8 - 8,5	501	3,9	3,2 - 4,7
Instelling D	2778	4,7	4,4 - 5,0	2122	2,1	1,7 - 2,4

Bron: SBG

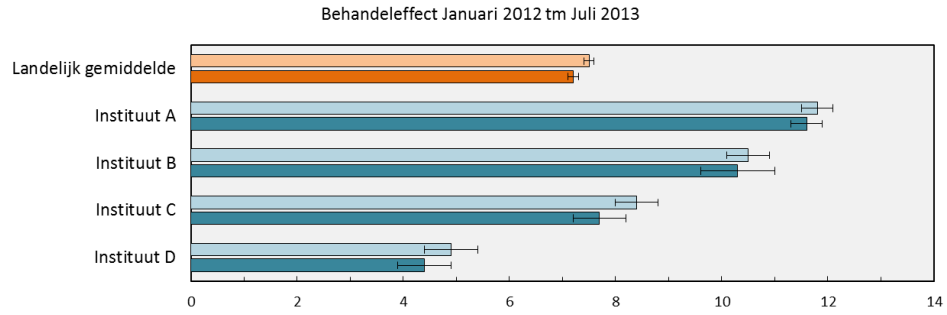
Interessant is dat er ook aanzienlijke verschillen zijn tussen instellingen in de verhouding tussen initiële en vervolg DBC's. Landelijk maken de vervolg-DBC's 27% uit van het totaal aantal DBC's; bij Instelling A is echter 43% van de DBC's een vervolg-DBC, bij Instelling B is dat maar 2%. Op het eerste gezicht behandelt men bij Instelling B korter en met een aanzienlijk groter effect (een factor 2 tot 3). Belangrijk is om bij deze bevindingen aan te tekenen dat er uiteenlopende verklaringen mogelijk zijn voor deze verschillen tussen instellingen. Er is variantie in uitkomst toe te schrijven aan verschillende meetmethoden, verschillende meetinstrumenten en aan verschillen in patiënten populaties (de casemix). Zo zijn de patiënten van Instelling B wellicht veel beter te behandelen dan die van Instelling A.

Casemix correctie

De hierboven gerapporteerde resultaten zijn niet statistisch gecorrigeerd voor casemix verschillen. Zoals eerder aangegeven is onbekend wat de precieze invloed is van variabelen met een mogelijke prognostische waarde voor het behandeleffect. Door middel van subgroep selectie wordt hiervoor een alternatief geboden. Het is mogelijk om bij het laten berekenen van geaggregeerde uitkomsten homogene subgroepen van patiënten of behandelingen te selecteren en zo onderlinge vergelijkingen zo "eerlijk" mogelijk te laten plaatsvinden. Zo kan men selecteren op behandelingsduur, op diagnose of op achtergrondkenmerken van de

patiënten. In figuur 9 is het gemiddelde behandeleffect weergegeven apart voor mannen en vrouwen.

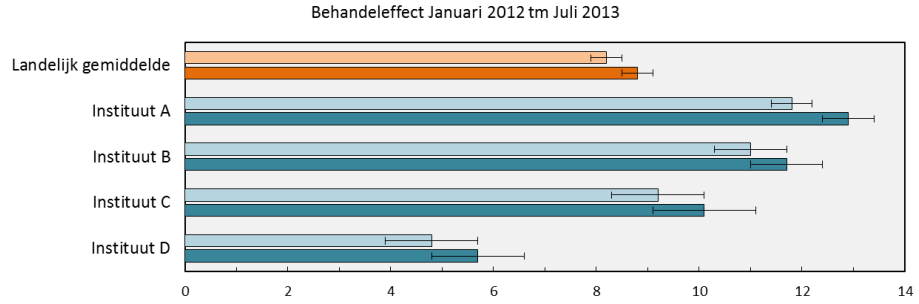
Figuur 9 Behandeleffect bij initiële DBC's bij mannen (donker) en bij vrouwen (licht)



Bron: SBG

Bij vrouwen worden bij alle instellingen iets grotere behandeleffecten geboekt dan bij mannen. De sekseverschillen binnen instellingen zijn overigens niet statistische significant (de betrouwbaarheidsintervallen overlappen).
In figuur 10 is het behandeleffect weergegeven voor patiënten met een DSM stemmings- of angststoornis. Bij stemmingsstoornissen worden iets grotere behandeleffecten gerealiseerd dan bij angststoornissen.

Figuur 10 Behandeleffect bij initiële DBC's vanwege een stemmingsstoornis (donker) of angststoornis (licht)



Bron: SBG

Wat nog mist is een selectievariabele die klinische patiëntvariatie in complexiteit of comorbiditeit representeert.

3. Patiëntervaring

De patiëntervaring wordt gemeten met de Consumer Quality Index (CQ-i). Zorgaanbieders zijn verplicht om gegevens aan te leveren over de patiëntervaring. Gegevens verzamelen ging altijd middels onafhankelijke onderzoeksbureaus die anonieme steekproeven trokken, patiënten benaderden met de CQ-i en rapporteerden over de bevindingen en hiertoe door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) gecertificeerd waren. Door instellingen en zorgverzekeraars werden de resultaten over de GGZ echter niet als erg bruikbaar ervaren. De steekproeven waren te klein om nuttige informatie op te leveren over de patiëntervaring bij specifieke afdelingen binnen een instelling en patiëntervaring differentieerde als Prestatie-Indicator niet tussen zorgaanbieders. In 2012 is het plan opgevat om de CQ-i op te nemen in ROM. Het gaat in ROM om een meting bij alle patiënten (dus niet langer een steekproef) en de meting wordt eenmalig verricht na afsluiting van het zorgtraject. De verwachting is dat dit meer bruikbare informatie oplevert, waar instellingen echt wat mee kunnen. Opname in ROM impliceert dat de instellingen dit zelf

mogen doen en niet langer van de diensten van CKZ-gecertificeerde meetbureaus gebruik hoeven te maken. Voor opname in ROM was wenselijk dat er een kortere versie van de CQ-I kwam. Deze is in 2012 tot stand gekomen voor toepassing na ambulante zorg aan volwassenen met veelvoorkomende aandoeningen zoals stemmings- en angststoornissen en na curatieve verslavingszorg. De verkorte lijst is door het CKZ goedgekeurd en bestaat uit 19 items. Het instrument omvat een aantal domeinen (subschalen), een algemeen rapportcijfer en de Net-Promotor Score ("Zou u deze instelling aan iemand met dezelfde problemen aanbevelen"). Er zijn ook extra modules ontwikkeld waarmee de verkorte versie kan worden aangevuld. De versie is gemaakt door Stichting Miletus met input van een ruime groep experts, onder andere vanuit het Trimbos, de zorgverzekeraars en het veld. SBG gaat de resultaten van de CQ-index, naast de informatie over behandeleffect vanaf januari 2014 zichtbaar maken.

Zeggingskracht of de gebruikswaarde van de rapportages

Al met al zien we in de rapportages duidelijke verschillen tussen instellingen. Maar wat zeggen die verschillen eigenlijk? Zijn ze betekenisvol? Kortom: wat is de gebruikswaarde van deze gegevens? Het SBG initiatief is een succes wanneer alle betrokken partijen, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en uiteindelijk ook patiënten, de benchmarkgegevens van BRaM beschouwen als valide, betekenisvol en bruikbaar: *valide* in de zin dat resultaten een zo juist mogelijke weergave van de werkelijkheid geven, *betekenisvol* in de zin dat zichtbaar wordt gemaakt wat er werkelijk toe doet en *bruikbaar* in de zin dat er onderscheidende informatie wordt geleverd, die uiteindelijk iedereen met belang bij de GGZ helpt bij de zoektocht naar wat het best helpt voor wie.
Het gebruik van effectrapportages zal uiteindelijk afhangen van de zeggingskracht van de weergegeven resultaten. Met zeggingskracht bedoelen we de mate waarin de cijfers daadwerkelijk iets over de kwaliteit van zorg uitdrukken. Voor objectieve zeggingskracht is (1) representativiteit van de gegevens nodig (zo hoog mogelijke respons), (2) uniformiteit van de gegevensverzameling (meten op afgesproken momenten en met goede meetinstrumenten) en (3) inzicht in factoren die het beeld kunnen vertekenen ("confounders"). Confounders zijn factoren die invloed hebben op de uitkomst van de behandeling, maar die niet beïnvloed kunnen worden door de behandelaar of de instelling (een hoge leeftijd verhoogt de kans op sterfte in een ziekenhuis en er wordt voor gecorrigeerd in de Hospital Standardised Mortality Ratio, een veel toegepaste kwaliteitsindicator voor ziekenhuiszorg). Confounders verstoren de veronderstelde relatie tussen behandeluitkomst en de kwaliteit van de geboden zorg. Ze vertekenen dus het beeld en versluieren ware verschillen in kwaliteit of geven verschillen in kwaliteit aan die in werkelijkheid niet bestaan. SBG heeft een onderzoeksagenda opgesteld om beter zicht te krijgen op de invloed van confounders en zo de objectieve zeggingskracht van de benchmarks te vergroten.

Pilotprojecten

Een zorgverzekeraar nam in 2012 het initiatief tot een pilot-project met aanvankelijk vier en later zes zorgaanbieders. In dit project en in vergelijkbare projecten die SBG organiseert wordt gezamenlijk gekeken naar de resultaten met betrekking tot respons en uitkomst van de behandeling en worden verklaringen gezocht voor verschillen in uitkomsten tussen zorgaanbieders. Er wordt, soms aan de hand van aanvullende gegevens van de instellingen, onderzoek gedaan naar de achtergrond en betekenis van variatie in behandeluitkomsten. In hoeverre zijn verschillen terug te voeren op kenmerken van de casemix van instellingen? Wordt er op een verschillende manier geROMd? In hoeverre zijn de verschillen terug te voeren op de wijze van behandelen of hoe men de processen rondom de behandeling heeft georganiseerd (duur van de intake, eventuele wachtlijstperiode). Instellingen proberen

zo in een veilige omgeving te leren van de uitkomsten en "beter te worden door te leren van vergelijken", het motto van SBG. Instellingen leren van elkaars beleid en de bevindingen kunnen er tevens toe leiden dat de methodiek van het benchmarken wordt aangescherpt.

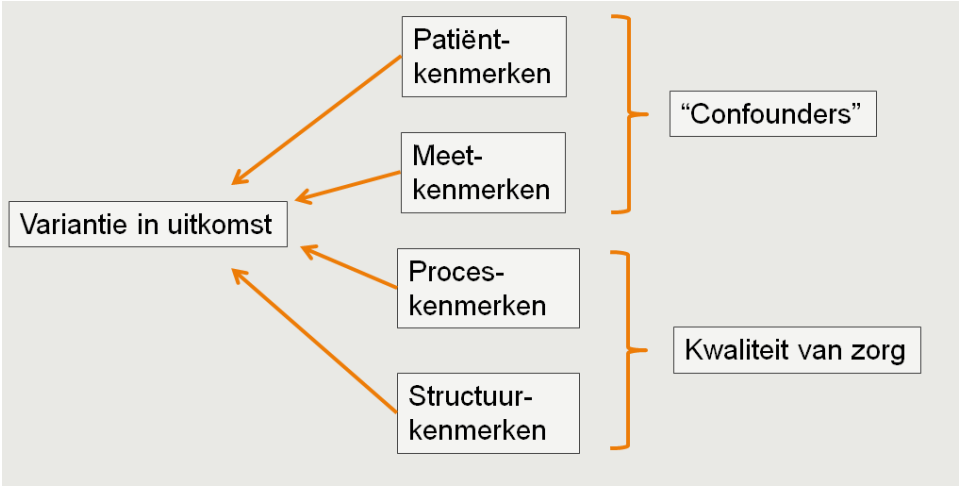
Verder onderzoek gewenst

Het is belangrijk om de zeggingskracht te vergroten door zowel onderzoek als praktijkpilots. Momenteel is nog niet duidelijk hoe we moeten omgaan met diverse methodologische problemen, zoals confounding, (selectieve) uitval van gegevens, variatie in meetmomenten, mogelijke effecten van "gaming" en het feit dat verschillende meetinstrumenten voor ROM worden gebruikt. Dit maakt dat we zeer voorzichtig moeten zijn bij het interpreteren van de huidige resultaten op basis van Delta-T scores.

De onderzoeksagenda van SBG en de SBG-pilots zijn daarop gericht. Zo onderzoekt SBG de onderlinge vergelijkbaarheid van verschillende vragenlijsten die veel worden gebruikt in de GGZ. Er wordt onderzoek gedaan naar het optimale moment om het effect van de behandeling te meten en er wordt geëxperimenteerd met verschillende manieren om de uitkomst van behandeling te operationaliseren: kwantitatief als het pretest-posttest verschil en meer kwalitatief als de proportie herstelde, verbeterde, onveranderde of verslechterde patiënten. Daarnaast organiseert SBG pilot projecten waarin gezamenlijk naar benchmarks wordt gekeken en onderzocht hoe robuust de uitkomsten zijn voor de invloed van mogelijke confounders.

Voor het onderzoek naar confounders wordt gebruik gemaakt van de indeling van kwaliteitsindices die betrekking hebben op structuur, proces en uitkomst (Donabedian, 1980). Deze factoren zijn onderling afhankelijk, waarbij de uitkomst mede bepaald wordt door structuur- en procesfactoren. Onderstaand figuur geeft dit model schematisch weer:

Figuur 11 Model voor de relatie tussen patient kenmerken, meetmethodiek, behandelproces en uitkomst van de behandeling



Bron: SBG

Volgens dit model wordt variantie in de uitkomst bepaald door vier factoren:

1. kenmerken van de patiënt (achtergrondvariabelen zoals leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en klinische variabelen, zoals aard, ernst en stadium van de aandoening),
2. kenmerken van de meetmethodiek (meetinstrument, meetmoment, zelf-rapportage of beoordeling door de behandelaar of een onafhankelijk beoordelaar, etc.),
3. kenmerken van het proces (aard, duur en frequentie, intensiteit van de behandeling, en procedurele kenmerken, zoals duur van de intake, wachtlijst).

4. Structuurkenmerken (professionele achtergrond van de behandelaar, aard van de instelling).

De eerste twee factoren zijn voor de doelstelling van het vergelijken van de kwaliteit van geboden zorg te beschouwen als confounders. Ze vormen samen een verklaring voor verschillen tussen instellingen die niet met de kwaliteit van de geboden zorg te maken hebben. Ze vertekenen het beeld en staan een eerlijke vergelijking van de prestatie van zorgaanbieders in de weg. Indien bijvoorbeeld verschil in uitkomst louter en alleen zou zijn toe te schrijven aan verschil in gevoeligheid van het gebruikte meetinstrument, dan hebben we geen kwaliteitsverschil in geboden zorg zichtbaar gemaakt. Invloed van patiënt variabelen kan onder controle gebracht worden door statistische bewerking op de uitkomsten toe te passen (casemix correctie). Meestal wordt dit gevisualiseerd door de feitelijke uitkomst in het perspectief te bezien van de verwachte uitkomst op basis van patiënt kenmerken. Invloed van meetmethode kan ook onder controle gebracht worden door statistische correctie, maar eleganter is om meer uniformiteit na te streven in dataverzameling en dus strakkere afspraken te maken met instellingen op welk moment en hoe er gemeten wordt.

Conclusie

Inmiddels is SBG ruim twee-en-een-half jaar operationeel en is er veel gebeurd. Implementatie van ROM in de GGZ wordt in het gehele land onder handen genomen. Voor veel professionals in de GGZ is ROM echter nog een “moetje”, ten behoeve van aanlevering van gegevens bij SBG. Gebruik van uitkomstgegevens in het primaire proces, het eigenlijke doel van ROM, wordt op veel plaatsen nog niet gerealiseerd. Dat heeft vaak te maken met de vorm van ROM die is geïmplementeerd, waarbij men zich beperkt tot het strikt noodzakelijke voor aanlevering: een voor- en nameting rondom het DBC en geen tussentijdse metingen. Voor behandelaars zijn deze gegevens niet bruikbaar om de behandeling te monitoren en zo nodig bijtijds bij te sturen. Hier is nog veel terrein te winnen. Desalniettemin is een cultuuromslag in de GGZ in gang gezet en het GGZ-veld loopt vooruit op ontwikkelingen in de somatische zorg, waar we een ook verschuiving van aandacht zien naar “Patient Reported Outcome Measures” (PROMs; Black, 2013; zie ook ICHOM at www.ichom.org).

Op dit moment, herfst 2013, levert de meerderheid van grote en middelgrote instellingen maandelijks uitkomstgegevens aan en SBG heeft hiermee zicht op de uitkomst bij 65% van de uitgevoerde behandelingen in de GGZ. Van 25% van deze DBC’s is het resultaat evalueerbaar, omdat er een voor- en nameting aanwezig is. Jaarlijks groeit dit percentage compleet gemeten DBC’s met ongeveer 10%. De resterende 35% van de DBC die nog niet worden aangeleverd betreft vooral kleine instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders. De laatste groep voert 10% van de DBC’s uit. Met hun koepelorganisaties is overeengekomen dat per 2014 bij SBG aangeleverd gaat worden.

Over de curatieve zorg aan volwassenen met veelvoorkomende aandoeningen als stemmings- of angststoornissen zijn de beste gegevens beschikbaar. Een eerste blik op de uitkomstgegevens bij deze patiënten laat zien dat de GGZ effectief is en de meerderheid van de patiënten baat heeft bij de behandeling. Gemiddeld vermindert de ernst van de klachten met 10 standaardpunten (een afname in omvang vergelijkbaar met een verschuiving van 15 punten op een IQ test. Dit effect is iets kleiner dan in gecontroleerde studies bij de behandeling van angst (Steward & Chambless, 2009) of depressie (Cuijpers et al, 2010) wordt gevonden. In klinische betekenisvolle categorieën komt dit overeen met 35 - 40% herstelde patiënten, 25 - 30% verbeterde patiënten, 25 - 30% onveranderde patiënten en 5 - 10% verslechterde patiënten (indeling volgens de criteria van Jacobson & Truax, 1991). Verder blijken er aanzienlijke verschillen te zijn tussen instellingen in het

gemiddelde resultaat dat zij met hun behandelingen voor stemmings- en angststoornissen boeken.

Discussie

De invoering van ROM en Benchmarken in de GGZ verloopt niet zonder slag of stoot en is onderwerp van debat. De laatste tijd spits dit debat zich vooral toe op de wenselijkheid van de tweede manier om de ROM-gegevens te benutten: het benchmarken (Blijd-Hoogewys et al., 2012; Bruinsma, Verbraak & Verbraak, 2012; de Beurs, 2010, Mulder, 2010; Van Os et al, 2012).

Voorstanders wijzen op het grote voordeel van dit secundair gebruik van gegevens die immers toch al worden verzameld tijdens de behandeling. Het monitoren van de kwaliteit van de zorg aan de hand van gegevens die onverdacht zijn (want verkregen om het verloop van de behandeling te volgen) is te prefereren boven klinische audits zoals HKZ certificering, waarbij iedereen zich heeft opgepoetst en het zorgbedrijf zich van zijn beste kant laat zien.

Tegenstanders stellen daar tegenover dat implementatie van ROM en acceptatie van de ROM-methodiek door professionals in het veld bemoeilijkt wordt wanneer de nadruk komt te liggen op het monitoren van de kwaliteit van zorg (verantwoorden) in plaats van het primaire doel van ROM: het ondersteunen van het klinisch proces. Sinds zorgverzekeraars met financiële prikkels zijn gaan sturen op invoering van ROM is de implementatie van ROM weliswaar enorm versneld, maar dit beleid heeft er ook toe geleid dat behandelaars zijn vervreemd van ROM. Zij ervaren het nu als een "moetje" van de zorgverzekeraar, in plaats van als een bruikbaar instrument voor de behandeling. De druk die ligt op het halen van responspercentages heeft ook andere ongewenste neveneffecten, zoals toepassing van ROM op een wijze die niet strookt met de behoefte van behandelaren (bijvoorbeeld infrequent meten met alleen globale uitkomstmaten). Dat is echter het paard achter de wagen spannen en resulteert in een ROM-systematiek die minder bruikbaar is voor het primaire doel: ondersteunen van de behandeling. Het is dan niet verbazend dat behandelaars zich beklagen over deze ontwikkeling en het risico bestaat dat een dergelijke ROM-implementatie stagneert en niet het succes wordt wat men er van hoopt. De afbrokkeling van draagvlak bemoeilijkt de implementatie van ROM. Voorop moet staan het primaire doel van ROM: gegevens verwerven waar de behandelaar en de patiënt wat aan hebben bij de behandeling. Anders dreigen Benchmarken en ROM elkaar in de wielen rijden in plaats van tot synergie te leiden.

Een ander gevaar van meervoudig gebruik van de ROM metingen is dat de gegevens bewust of onbewust vertekend worden door de wetenschap dat je er op "afgerekend" kan worden. Patiënten krijgen soms te horen: "Vult u alstublieft de vragenlijsten gunstig in, want anders wordt mijn instelling gekort door de zorgverzekeraar." In de Amerikaanse literatuur wordt dit wel "gaming " genoemd, vertekening in een positieve richting van de prestatie-indicatoren (Mannion & Braithwaite, 2012). Dit levert vertekende gegevens op over de kwaliteit van de zorg en tevens zijn de gegevens niet meer bruikbaar voor het primaire doel van ROM, want het feitelijke verloop van de klachten tijdens de behandeling is zo niet goed meer te volgen.

Naast deze kritische geluiden zien we de laatste tijd echter ook een kentering in het veld, waarin de behandelaars ROM als hun gereedschap terug claimen. Zij pleiten voor frequenter meten en gebruik van een breder palet aan meetinstrumenten dan de minimale variant die voorgeschreven wordt door SBG ten behoeve van de landelijke Benchmark. *Volgende* ROM kan zo weer *sturende* ROM worden (Hafkenscheid & Van Os, 2014). In de nabije toekomst zal ook middels

doorbraakprojecten ROM weer dichter bij de behandelaar gebracht worden. De tijd zal leren of ROM en benchmarken een vruchtbare combinatie is of dat beide doelstellingen (kwaliteit van de zorg monitoren op micro en macroniveau) elkaar tegenwerken en beter onafhankelijk van elkaar nagestreefd kunnen worden.

Referenties

Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ: British Medical Journal, 346, f167, doi: 10.1136/bmj.f167.

Blijd-Hoogewys, E., Dyck, R. Van, Emmelkamp, P., Mulder, N., Oude Voshaar, R., Schippers, G., Spinhoven, P. & Vermeiren, R. (2012). Benchmarken is 'werk-in-uitvoering'. Tijdschrift voor Psychiatrie, 54, 1031-1038.

Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clinical psychology review, 33(8), 1010-1024.

Bruinsma, C. L., Verbraak, M. J. P. M., & Verbraak, P. (2012). Transparantie in ggz gebaat bij rom en benchmarking. Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(3), 254-256.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 121(6), 415-423.

de Beurs, E. (2010). Met antwoord-De genormaliseerde T-score (2). Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 65(11), 841.

de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., Van Rood, Y. R., Van der Wee, N. J. A., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., van der Lem, R., van Fenema, E. & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. Clinical psychology & psychotherapy, 18(1), 1-12.

de Jong, (2012). A chance for change: Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care. Dissertation, Leiden University.

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment [= Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1]. Ann Arbor: Health Administration Press.

Hafkenscheid, A. & Os, J. van (2014). Maandblad voor de Geestelijke gezondheidszorg, In voorbereiding.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 59, 12–19.

Keet, I. P. M., Nugter, A. M., Hafkenscheid, A., Van den Eede, F. & Thunnissen, M. M (2012). ROM: primair een instrument voor de behandeling. Tijdschrift voor psychiatrie, 54, 107-109.

Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 195, 15-22.

Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. Psychotherapy Research, 17(1), 1–14.

Mannion, R., & Braithwaite, J. (2012). Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. Internal Medicine Journal, 42(5), 569-574.

Mulder, N. (2010). Brieven: De genormaliseerde T-score (1). Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 65(11), 840.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of

effectiveness studies. Journal of consulting and clinical psychology, 77(4), 595-606.
Trijsburg, R. W. (2007). Consequences of treatment monitoring for Dutch mental health care. Presentatie op het Congres 'De black box geopend. Monitoring, perspectieven op een transparante, kosten-effectieve GGZ'. ErasmusMC/Rotterdam, 9 maart, 2007.
Van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Hoogendijk, W. J. G., Leentjens, A. F. G. et al. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. Tijdschrift voor psychiatrie, 54(3), 245-253.
Wells, J. E., Browne, M. O., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Kessler, R. C. et al. (2013). Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. The British Journal of Psychiatry, 202, 42-49.