

Marktscan en beleidsbrief

Geestelijke gezondheidszorg

Weergave van de markt 2008-2012

Inhoud

Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Totstandkoming marktscan	15
1.3 Bronnen	16
1.4 Leeswijzer	16
2. Omschrijving van de markt	17
2.1 Wat is de geestelijke gezondheidszorg?	17
2.1.1 Curatieve en langdurende GGZ	18
2.1.2 Eerste en tweedelijns GGZ	18
2.2 Wie leveren geestelijke gezondheidszorg?	19
2.3 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg?	21
2.3.1 Cliënten in curatieve GGZ	21
2.3.2 Cliënten in langdurende GGZ	22
2.4 Tarifiering van de GGZ	23
2.4.1 Tarifiering curatieve GGZ	23
2.4.2 Tarifiering van langdurende GGZ	24
2.5 Ontwikkelingen	25
2.5.1 Ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw)	25
2.5.2 Ontwikkelingen in langdurende GGZ (AWBZ)	27
3. Marktstructuur	29
3.1 Aantal zorgaanbieders	29
3.1.1 Aantal aanbieders curatieve GGZ	29
3.1.2 Aantal aanbieders langdurende GGZ	30
3.2 Omvang spelers	30
3.2.1 Omvang spelers in curatieve GGZ	30
3.2.2 Omvang spelers in langdurende GGZ	33
3.3 Toetreding	34
3.3.1 Toe- en uittrekders curatieve GGZ	34
3.3.2 Toe- en uittrekders langdurende GGZ	35
3.4 Marktconcentratie curatieve GGZ	37
3.5 Financiële positie GGZ-concerns	39
3.5.1 Rentabiliteit GGZ-concerns	39
3.5.2 Solvabiliteit GGZ-concerns	40
3.5.3 Liquiditeit GGZ-concerns	41
3.5.4 Financiële positie GGZ-concerns	42
4. Marktgedrag	45
4.1 Marktgedrag bij de curatieve GGZ	45
4.1.1 Zorginkoop	45
4.1.1.1 Bekostiging op basis van budget	46
4.1.1.2 Financiering in DBC's	47
4.1.2 Signalen zorginkoop	50
4.1.3 Contractering	51
4.1.3.1 Aard van de contracten	51
4.1.3.2 Contracteergraad	51
4.1.4 Zorgpaden en doelgroepensegmentatie	53
4.1.4.1 Segmentatie in zorgprogramma's	55
4.1.4.2 Segmentatie van doelgroepen binnen zorgprogramma's	57
4.2 Marktgedrag bij de langdurende GGZ	59
4.2.1 Zorginkoop	59

4.2.2	Signalen zorginkoop	60
4.3	Overstappedrag consument	61
5.	Kwaliteit	63
5.1	Kwaliteit van zorg	63
5.1.1	Toezicht IGZ	63
5.1.2	Kwaliteitskeurmerken	63
5.2	Transparantie van zorg	64
5.2.1	Prestatie-indicatoren	64
5.2.2	Routine Outcome Monitoring	65
5.3	Transparantie van keuze informatie	67
6.	Toegankelijkheid	71
6.1	Fysieke toegankelijkheid	71
6.1.1	Wachttijden bij curatieve GGZ	71
6.1.2	Wachttijden bij langdurende GGZ	71
6.1.3	Wachttijden vanuit de zorgconsument	72
6.2	Financiële toegankelijkheid	73
6.2.1	Eigen bijdrage curatieve GGZ	73
6.2.2	Eigen bijdrage langdurende GGZ	74
6.2.3	Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg	75
6.2.3.1	Restitutie bij eerstelijns psychologische zorg	75
6.2.3.2	Restitutie bij tweedelijns ambulante GGZ	75
6.2.3.3	Restitutie bij tweedelijns klinische GGZ	76
7.	Betaalbaarheid	79
7.1	Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in de curatieve GGZ	79
7.1.1	Omzetontwikkeling totale curatieve GGZ	79
7.1.2	Omzet- en volumeontwikkeling per stoornis	81
7.1.2.1	Omzet per stoornis	81
7.1.2.2	Volume per stoornis	82
7.1.3	Omzet- en volumeontwikkeling per deelmarkt	84
7.1.3.1	Omzet per deelmarkt	84
7.1.3.2	Volume per deelmarkt	85
7.1.4	Omzet- en volumeontwikkeling klinisch en ambulant	88
7.1.4.1	Omzet klinisch en ambulant	88
7.1.4.2	Volume klinisch en ambulant	89
7.1.5	Omzet- en volumeontwikkeling bij preventie	89
7.1.5.1	Omzetontwikkeling bij preventie	89
7.1.5.2	Volume preventie	90
7.1.6	Prijsontwikkeling curatieve GGZ	90
7.1.6.1	Contractprijzen eerstelijns psychologische zorg	90
7.1.6.2	Contractprijzen niet-gebudgetteerde aanbieders	91
7.2	Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in langdurende GGZ	91
7.2.1	Omzetontwikkeling langdurende GGZ	91
7.2.1.1	Omzetontwikkeling totaal	91
7.2.1.2	Omzetontwikkeling ZZP's	92
7.2.1.3	Omzetontwikkeling overig	93
7.2.2	Volumeontwikkeling langdurende GGZ	94
7.2.3	Prijsontwikkeling langdurende GGZ	96
	Bijlage 1. Keurmerken/certificaten	99
	Bijlage 2. Zorgzwaartepakketten GGZ	100
	Bijlage 3. Bronnen & Methoden	101
	Bijlage 4. Onderzoek KPMG Plexus naar zorgprogrammering in de GGZ	107

Bijlage 5. Beleidsbrief Marktscan GGZ

115

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.

Nederlandse Zorgautoriteit,

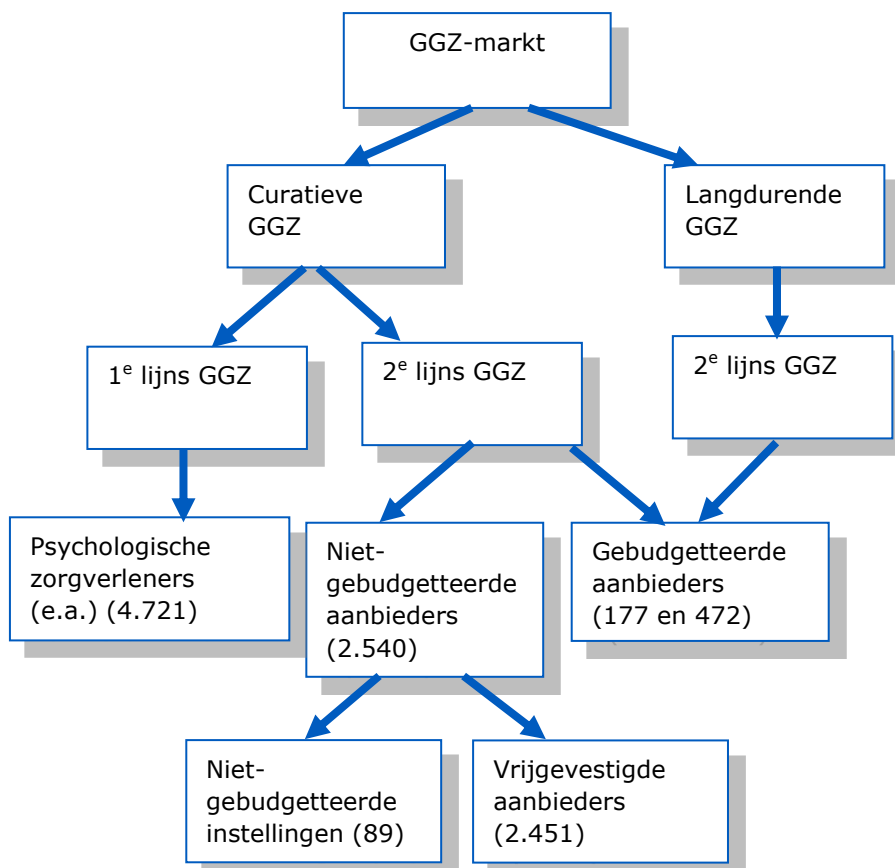
mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In januari 2012 heeft de NZa de marktscan GGZ 2011 gepubliceerd. De marktscan GGZ 2012 is een vervolg hierop. De analyses die zijn gemaakt in de marktscan GGZ 2011 zijn aangevuld met nieuw beschikbare data zodat er vergelijkingen over jaren ontstaan. Ook zijn er nieuwe analyses toegevoegd. Zo is er in de marktscan GGZ 2012 informatie over ervaringen van de consument opgenomen.

De marktscan GGZ 2012 bevat feitelijke ontwikkelingen binnen de GGZ. Doordat er in het merendeel van de analyses definitieve cijfers worden gebruikt en deze cijfers op diverse momenten in de tijd beschikbaar worden, is het niet mogelijk om voor alle analyses dezelfde tijdsperiode weer te geven. Verder worden beleidsmatige conclusies en acties van de NZa in de begeleidende brief beschreven.

Figuur 1. De GGZ-markt en zijn aanbieders¹



Bron: NZa

¹ Aantallen spelers zijn op basis van cijfers 2010. Bij de gebudgetteerde aanbieders worden twee aantallen genoemd. De reden hiervoor is dat gebudgetteerde aanbieders zowel curatieve als langdurende GGZ-zorg kunnen leveren, echter de aantallen aanbieders binnen de langdurende zorg worden sinds 2010 anders gedefinieerd, zie par. 3.1.2.

De GGZ is onder te verdelen in de curatieve en langdurende GGZ. Binnen de curatieve GGZ is er onderscheid tussen de eerste en de tweedelijns. De tweedelijns curatieve GGZ wordt geboden door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders. De gebudgetteerde aanbieders zijn die aanbieders die op basis van de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' (met kenmerk CU-5014) een budget hebben. Het budget wordt bepaald door de (productie)afspraken die zorgaanbieders met verzekeraars maken.

De vrijgevestigde zorgaanbieders en de aanbieders die na 1 januari 2008 curatieve GGZ zijn gaan bieden (niet-gebudgetteerde instellingen) zijn de niet-gebudgetteerde tweedelijns GGZ-aanbieders. De langdurende GGZ betreft per definitie tweedelijns zorg en wordt uitsluitend geboden door gebudgetteerde aanbieders.

Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2010 met circa 7% gestegen ten opzichte van 2009. Het aantal cliënten langdurende GGZ stijgt met circa 18% ten opzichte van 2009.

Marktstructuur

Het aantal aanbieders in de curatieve GGZ stijgt in 2010 minder hard dan in 2009 (respectievelijk ca. 9% en ca. 13%). In beide jaren is de stijging vooral zichtbaar bij de niet-gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ. Het aantal aanbieders langdurende GGZ is wederom bijna gelijk gebleven in 2012 ten opzichte van het voorgaande jaar.

In de eerstelijns psychologische zorg is een groot aantal aanbieders actief met een omzet lager dan € 1000. Deze aanbieders leveren slechts incidenteel eerstelijns psychologische zorg. De omvang van deze categorie aanbieders is over de tijd heen redelijk constant. In de omzetcategorieën tussen € 10.000 en € 500.000 is een stijging waar te nemen. In 2010 is het aantal vrijgevestigde tweedelijns aanbieders in bijna alle omzetcategorieën gestegen. Dit kan duiden op een toename van het aantal praktijken, echter de gemiddelde omzet is licht gedaald. Dit wordt veroorzaakt door verschuivingen binnen de omzetcategorieën.

De verschuivingen in omvang van tweedelijns curatieve GGZ-instellingen in zowel 2009 als 2010 worden vooral veroorzaakt door niet-gebudgetteerde instellingen. In de langdurende GGZ heeft de grootste groep aanbieders een omvang < € 500.000 en een marktaandeel binnen een zorgkantorregio kleiner dan 1%. In zowel 2011 als 2012 vinden in de omzetcategorie kleiner dan € 500.000 en de categorie € 500.000 tot € 1.000.000 wat schommelingen plaats, waarin in het ene jaar een kleine daling plaatsvindt en in het volgende jaar weer een kleine stijging.

In de eerstelijns declareert een groot aantal aanbieders het ene jaar wel en het andere jaar niet. Het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders dat in 2010 een DBC heeft geopend en gedeclareerd en dat in 2009 niet heeft gedaan, is vergeleken met voorgaande jaren minder groot.

Het aanbod van toegetreden (niet-gebudgetteerde) instellingen in de curatieve GGZ is divers, hun aandeel in de omzet van curatieve GGZ is vooraansnog beperkt.

In de langdurende GGZ was voorheen nauwelijks sprake van uittreding. Voor de jaren 2011 en 2012 is de toe-en uittreding berekend op basis van de geleverde zorgtypen. Hierbij is in 2012 een daling zichtbaar in het aantal uittreders.

De gemiddelde financiële positie van GGZ-concerns is in 2011 wederom verbeterd ten opzichte van het voorgaande jaar. Zowel de gemiddelde rentabiliteit, solvabiliteit als liquiditeit is gestegen.

Marktgedrag

Bij de eerstelijns psychologen is de contracteergraad in 2010 53%, in 2011 stijgt deze naar 60%. Bij de tweedelijns vrijgevestigde aanbieders is dat 74%, 3% lager dan in 2009. Het betreft hier het gemiddeld aantal gecontracteerde aanbieders in het desbetreffende jaar bij de vier grootste zorgverzekeraars ten opzichte van het aantal aanbieders dat in dat jaar een DBC-omzet heeft van meer dan € 1000.

Zorgverzekeraars werken binnen de curatieve GGZ met basisovereenkomsten. Boven op de basisovereenkomsten kan een aanvullende overeenkomst of hoger tarief worden afgesloten indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Veel genoemde voorwaarden in 2012 zijn eisen die worden gesteld aan de aanlevering van ROM gegevens en voorwaarden rondom hoofdbehandelaarschap en de rol van ondersteunend personeel, verder zijn er ook omzetplafonds afgesproken.

In 2011 is de regeling 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw' vastgesteld. Deze regeling 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. In 2012 bedraagt het saldo totaal overgeheveld budget naar de Zvw 10,5 miljoen. In 2011 betrof dit nog 17,1 miljoen.

Als gebudgetteerde zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, wordt dit alleen vergoed als zorgverzekeraar en aanbieder dit samen overeenkomen. Als de zorgverzekeraar niet instemt met de overproductie is sprake van niet-gehonoreerde overproductie. De niet-gehonoreerde overproductie van de gebudgetteerde instellingen in de tweedelijns curatieve GGZ is in 2009 verdubbeld naar € 63,4 miljoen. In 2010 is een afname te zien naar € 58,8 miljoen en in 2011 neemt het weer toe naar € 60,6 miljoen. Gemiddeld wordt 82% van de overproductie niet gehonoreerd over de periode 2009-2011. Dit percentage is over de jaren heen redelijk constant.

Gebudgetteerde zorgaanbieders worden in principe door middel van budget-parameters op basis van de werkelijke productie (nagecalculeerd budget) bekostigd. Echter, vanaf 2012 bestaat er ook de mogelijkheid om op basis van DBC's te worden bekostigd, waarbij nog wel een omrekenfactor geldt. Dit is een vaste verhouding tussen het budget en de DBC-afpraak die wordt afgesproken door de verzekeraar en de aanbieder. 29 aanbieders hebben hiervoor gekozen. De financiering vindt altijd plaats op basis van DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met de DBC-afpraak met omrekenfactor. Voor de andere aanbieders die hier niet voor hebben gekozen worden de opbrengsten na afsluiting van het jaar verrekend met het nagecalculeerd budget. Dit betreft de eenmalige verrekening. De eenmalige verrekening laat het bedrag zien dat in het jaar t+1 tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is verrekend. In 2008 hebben gebudgetteerde instellingen minder in DBC's gedeclareerd (exclusief correcties voor verrekenpercentages en niet-gehonoreerde overproductie) dan hun budgetafspraken. Het verschil bedraagt € 296 miljoen. In 2009 is er meer gedeclareerd dan de budgetafspraken, het verschil bedraagt € 353 miljoen. In 2010 is dit verschil verder gestegen naar € 429 miljoen. In 2011 is dit verschil echter weer gedaald naar € 52 miljoen.

Een ontwikkeling in de markt en ook binnen de zorginkoop is zorgprogrammering. Uit onderzoek door KPMG Plexus op verzoek van de NZa is gekeken naar hoever deze zorgpaden ontwikkeld zijn en hoe hierbinnen met patiëntgroepen/doelgroepen wordt omgegaan. De mate van ontwikkeling van de zorgpaden en de doelgroepen daarbinnen, al dan niet met expliciete en objectieve beslisregels, varieert tussen de ondervraagde instellingen. Uit het onderzoek blijkt verder dat het merendeel van de ondervraagde instellingen doelgroepen definieert op basis van de hoofdclassificatie van DSM IV, waarbij de helft ook andere objectieve beslisregels toepast waarvan de helft objectief.

In de langdurende GGZ is de niet-gehonoreerde overproductie in 2009 gedaald van € 9,7 miljoen naar € 6,6 miljoen. In 2010 is de niet-gehonoreerde overproductie vervolgens redelijk gelijk gebleven aan het voorgaande jaar.

Uit onderzoek onder consumenten is gebleken dat 16% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder, waarvan de helft ook daadwerkelijk is overgestapt. Belangrijkste overwegingen om over te stappen zijn ontevredenheid over de zorgverlening, de prijzen van de zorgverlening en een veranderde zorgvraag. Reden om toch niet over te stappen hebben onder andere te maken met het niet vinden van een passend alternatief.

Kwaliteit

Voor kwaliteit worden drie aspecten onderscheiden: de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, de transparantie van zorg en de transparantie van keuze informatie.

Hoewel de NZa niet zelf de daadwerkelijke kwaliteit van zorg meet, brengt de scan wel een aantal aspecten in beeld die een eerste indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van zorg. Zo gelden er momenteel voor een aantal GGZ-aanbieders corrigerende maatregelen omdat risico's op niet-verantwoorde zorg te hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.

Een andere indicator is de ontwikkeling in kwaliteitscertificaten waar aanbieders over beschikken. 277 van de 290 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2011 hebben ingevuld, beschikken over één of meerdere kwaliteitscertificaten. In 2010 waren dit 204 van de 248 instellingen.

GGZ-aanbieders met een Wtzi-erkenning zijn vanaf 2008 verplicht prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (ZiZo) met als doel de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Het aantal aanbieders dat prestatie-indicatoren aan ZiZo aanlevert, neemt in 2009, 2010 en 2011 toe.

In 2010 is tussen zorgverzekeraars en GGZ Nederland een convenant gesloten waarbij zorgaanbieders in 2011 voor ten minste twintig procent van hun patiënten uitkomstgegevens (begin- en eindmetingen) gaan aanleveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). Ook in het bestuurlijk akkoord 2012 wordt ROM aangewezen als de gemeenschappelijke taal voor kwaliteit. Het aantal instellingen dat een overeenkomst heeft afgesloten om uitkomstgegevens aan te leveren aan SBG groeit en betreft momenteel ca. 240 instellingen ten opzichte van 140 in 2011. Het percentage evalueerbare DBC's, aangeleverd aan SBG, blijft enigszins achter bij de prognoses: per september 2012 heeft SBG bij ongeveer negen procent van de daadwerkelijk aangeleverde afgesloten DBC's een geldige voor-en nameting ontvangen.

In het kader van transparantie van keuze informatie geeft 60% van de respondenten uit het consumentenpanel van Motivaction aan dat zij voldoende tot ruim voldoende informatie ter beschikking hebben om een keuze voor een zorgaanbieder te maken. De belangrijkste overweging bij de keuze voor een zorgaanbieder is de kwaliteit van de geleverde zorg. Verder vond 60% van de respondenten dat zij voldoende tot ruim voldoende informatie ter beschikking had om een keuze voor een zorgaanbieder te maken.

Toegankelijkheid

Voor toegankelijkheid worden twee aspecten onderscheiden: de fysieke toegankelijkheid van zorg (oftewel de wachttijden) en de financiële toegankelijkheid van de zorg (oftewel de eigen bijdrage en restitutie bij niet-gecontracteerde zorg).

Voor de wachttijden in de tweedelijns curatieve GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar ten opzichte van de monitor GGZ 2010. In de eerstelijns psychologische zorg wacht een cliënt in 2011 gemiddeld 21 dagen op hulp. Dit is iets langer dan in 2010, maar ongeveer drie dagen korter dan in 2009.

Uit onderzoek onder consumenten blijkt dat 36% van de respondenten een wachttijd van maximaal 4 weken acceptabel vindt en dat 80% ook daadwerkelijk binnen vier weken terecht kon. Verder geeft 62% aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de wachttijd.

Voor de langdurende GGZ geldt dat op basis van informatie uit het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem het nog niet mogelijk is geweest om uitspraken te doen over de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtenden.

In de curatieve GGZ blijft in 2013 de eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg gelijk en wordt de eigen bijdrage voor behandeling en verblijf in de tweedelijns die in 2012 is ingevoerd teruggedraaid.

Het aantal verzekeraars dat 70 à 75% van het marktconforme tarief vergoedt als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde eerstelijns psycholoog gaat, is in 2012 gestegen. Het aantal verzekeraars dat 80 tot 100% van het wettelijk tarief vergoedt als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde tweedelijns aanbieder gaat is gedaald voor zowel de tweedelijns ambulante als de klinische GGZ.

Betaalbaarheid

De omzet curatieve GGZ stijgt in 2010 met ca. 5% ten opzichte van ca. 12% in 2009. Uit de opgave van verzekeraars blijkt dat de verwachte schadelast over 2012 niet verder zal stijgen.

De productgroepen schizofrenie, depressie en persoonlijkheidsstoornissen vormen in 2008, 2009 en 2010 de grootste omzetgroepen binnen de gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ. Crisis-, delirium- en schizofrenie-omzet is vrijwel uitsluitend aan gebudgetteerde instellingen toe te schrijven. Binnen de niet-gebudgetteerde aanbieders vormen de productgroepen depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen en andere aandoeningen de grootste omzetgroepen.

Bij de gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ is de grootste omzetstijging sinds 2008 zichtbaar op de deelmarkten kinderen en jeugd en volwassenen en ouderen.

In de periode 2008-2010 daalt het aandeel klinische omzet in de totale omzet tweedelijns curatieve GGZ. Het aandeel ambulante omzet stijgt. De groei in het aantal bezette bedden is in de periode 2008-2010 relatief constant.

In de periode 2011-2012 is een omslag waarneembaar, het aantal bedden daalt. Dit wordt vooral veroorzaakt door de deelmarkten volwassenen en ouderen. De omzet en het volume preventie is in de periode 2008-2011 gedaald.

De contractprijzen voor niet-gebudgetteerde aanbieders in de curatieve GGZ variëren van 75% tot 95% van het maximum DBC-tarief in 2012. In 2011 varieerde dit nog tussen de 90% en 95%. Het tarief in de basiscontracten voor eerstelijns psychologische zorg varieert tussen € 76,00 en de € 84,00 in 2012. Er nauwelijks sprake van een wijziging ten opzichte van 2011, toen varieerde dit tussen € 76,00 en € 83,00.

De verwachte groei in omzet in de langdurende GGZ bedraagt in 2012 ca. 13%. Dit is hoger dan het jaar ervoor, in 2011 bedroeg de groei ca. 10%.

In de langdurende GGZ stijgt het totaal volume ZZP's met 4% ten opzichte van 6% in 2011. In beide jaren wordt de stijging veroorzaakt door een toename van het aantal C-pakketten (beschermde woonomgeving met begeleiding). Er is net als in 2011 sprake van een lichte daling (2%) van het aantal B-pakketten (voortgezet verblijf met behandeling). De omzetstijging bij de ZZP's in zowel 2011 als 2012 van ca. 10% wordt voornamelijk veroorzaakt door een omzetstijging van de C-pakketten. Over de periode 2010-2012 stijgt deze omzet met ca. 17%.

Er is sprake van volume- en omzetstijgingen bij kinderen en jeugd, klinische intensieve behandelingen en het Volledig Pakket Thuis. Echter, in 2012 is er een daling waarneembaar in de omzet en volume 'kinderen en jeugd' in de langdurende GGZ.

Jaarlijks stelt de NZa bandbreedtetarieven vast voor de verschillende ZZP's. De bandbreedte loopt in 2010 van 98 tot en met 100% van de in de beleidsregel opgenomen waarde. In 2011 is de bandbreedte verruimd tot een breedte tussen 94 en 100% en in 2012 is deze gelijk gebleven. Uit de gegevens over de afgesproken kortingen en prijzen blijkt dat het verruimen van de bandbreedte in 2011 is vertaald in de zorginkoop door zorgkantoren. In 2012 zijn de afgesproken kortingen verder gestegen.

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: hij 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.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, worden van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans gemaakt. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht-en reguleringstaken inzet.²

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 en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. 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 globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Indien een markt niet naar wens werkt, moet nader onderzoek worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

In deze marktscan wordt een onderscheid gemaakt tussen de curatieve GGZ en de langdurende GGZ. De strafrechtelijke forensische GGZ die wordt bekostigd door justitie wordt buiten beschouwing gelaten in deze marktscan. Hierover wordt een aparte marktscan strafrechtelijke forensische zorg uitgebracht (Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel, NZa, juni 2012).

De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2008 tot en met 2012, voor zover hierover informatie beschikbaar is.

² 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.

1.3 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen. De NZa heeft tevens twee kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd voor deze marktscan. Hieronder worden kort een aantal bronnen opgenoemd. Een volledig overzicht van de kwantitatieve bronnen is opgenomen in de bijlage.

Cliëntaantallen

Voor haar marktscan heeft de NZa onderzoeksbureau Ape gevraagd om informatie over cliëntaantallen in de GGZ. Deze informatie is afkomstig van de cijfers die verzekeraars jaarlijks aan het CVZ aanleveren ten behoeve van de risicoverevening.

Financiële positie zorgaanbieders

Voor de analyses over de financiële positie van zorgaanbieders maakt de NZa gebruik van de jaarrekeningen van zorgaanbieders (DigiMV).

Kwaliteit

Ook is voor het hoofdstuk over kwaliteit gebruik gemaakt van de jaarrekeningen (DigiMV). Daarnaast is er informatie opgenomen over de indicatoren van Zichtbare Zorg (ZiZo).

Contracten en schadelast 2012

Om de voortgang van de onderhandelingen in 2012 te volgen heeft de NZa in oktober 2012 een informatieverzoek gedaan bij de inkoopcombinaties over de standaardcontracten en verwachte schadelast 2012.

Stand van zaken ontwikkeling zorgpaden en doelgroepen

Voor haar marktscan heeft de NZa onderzoeksbureau KPMG Plexus gevraagd onderzoek te doen naar de volwassenheid van de ontwikkeling op het gebied van zorgpaden en doelgroepen.

Consumentenpanel

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd middels haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd in juli 2012.

1.4 Leeswijzer

De marktscan kent de volgende opbouw. Hoofdstuk twee geeft een omschrijving van de markt, daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers. De drie volgende hoofdstukken beschrijven de stand van zaken over de publieke belangen 'Kwaliteit, Toegankelijkheid en Betaalbaarheid van de zorg'. 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

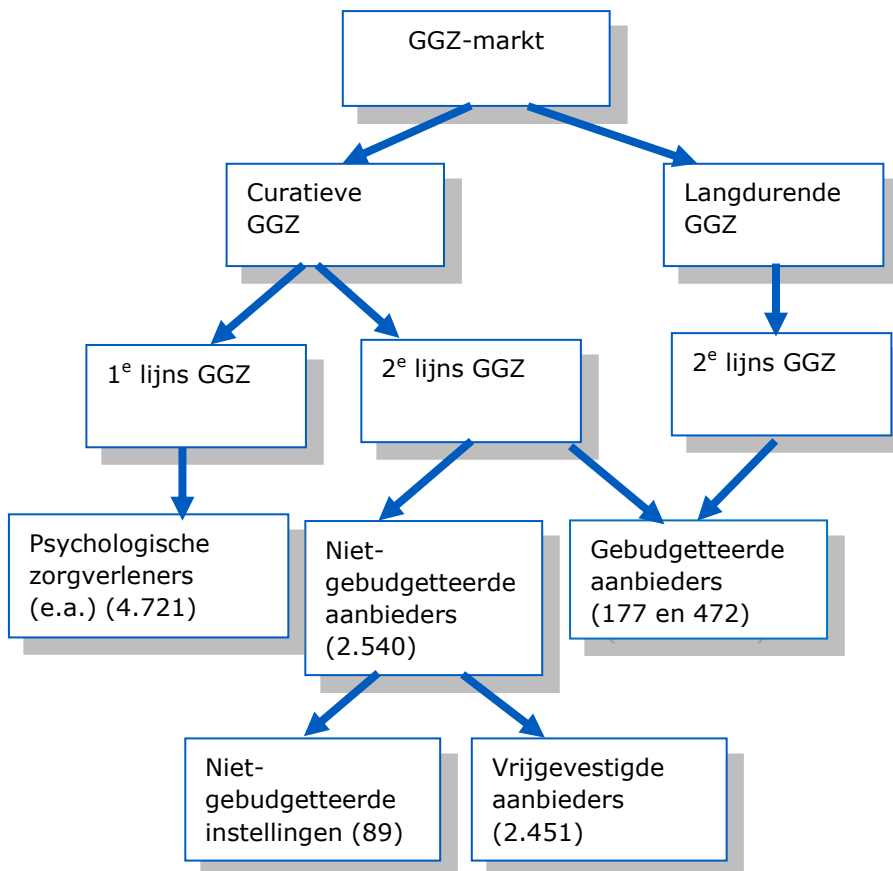
De marktscan richt zich op zorg rondom de geestelijke gezondheid. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft betrekking op de behandeling maar ook op de voorkoming van psychische klachten en ziekten. Dit betreft zowel zorg in de eerste lijn, als zorg in de tweede lijn. Binnen de tweede lijn heeft deze marktscan zowel betrekking op zorg geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) als zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In dit hoofdstuk wordt een algemeen beeld geschetst van de GGZ door allereerst in te gaan op wat geestelijke gezondheidszorg is en wie en waar deze zorg geleverd wordt. Vervolgens wordt ingegaan op wie er gebruik maakt van de GGZ en komt de tarifiering aan bod.

2.1 Wat is de geestelijke gezondheidszorg?

In onderstaande figuur worden de GGZ-markt en de aanbieders op deze markt weergegeven. Vervolgens wordt ingegaan op het onderscheid tussen de curatieve en de langdurende GGZ, en het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ.

Figuur 2.1. De GGZ-markt en zijn aanbieders



Bron: NZa

2.1.1 Curatieve en langdurende GGZ

De GGZ bestaat uit een curatief deel, ook wel de geneeskundige GGZ genoemd, maar ook uit een langdurend deel, de langdurende GGZ genoemd. Curatieve GGZ valt onder de basisverzekering van de Zvw. Vanuit de basisverzekering wordt eerstelijns psychologische zorg geheel of voor een groot deel vergoed. De vaak langer durende tweedelijns psychotherapeutische en psychiatrische behandeling, al dan niet in combinatie met verblijf tot en met 365 dagen, wordt geheel vergoed vanuit de basisverzekering van de Zvw (m.u.v. psychoanalyse en aanpassingsstoornissen per 2012).

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de Zvw vallen. Het gaat om vormen van zorg of hulp die vaak duur en langdurig zijn. De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg. Om voor langdurende GGZ in aanmerking te komen, is een indicatie nodig. Een indicatie is een beoordeling welke hulp of zorg nodig is, hoeveel zorg nodig is en hoe lang zorg nodig is. Een indicatie wordt afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Voor AWBZ-zorg voor jeugdigen tot 18 jaar, geeft Bureau Jeugdzorg (BJZ) de indicaties af.³

Extramurale AWBZ zorg wordt geïndiceerd in functies en klassen, intramurale AWBZ zorg in zorgzwaartepakketten. In de Regeling zorgaanspraken AWBZ is met ingang van 1 januari 2011 vastgelegd dat de intramurale aanspraken bestaan uit de 54 zorgzwaartepakketten. In de AWBZ worden de volgende soorten zorg onderscheiden: Persoonlijke verzorging (PV), Verpleging (VP); Begeleiding (BG); Behandeling (BH); Verblijf (VB)⁴.

Kort samengevat is het onderscheid als volgt:

Zvw

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

AWBZ

- Ambulante niet-curatieve GGZ⁵
- Klinische niet-curatieve GGZ (zorg in RIBW 's⁶)
- Klinische curatieve GGZ (langer dan een jaar)

In 2010 was de omvang van de curatieve GGZ ca. 4,0 miljard en de langdurende GGZ ca. 1,4 miljard.

2.1.2 Eerste en tweedelijns GGZ

Binnen de curatieve GGZ kan een nader onderscheid worden gemaakt in eerstelijns en tweedelijns GGZ.

De eerstelijns GGZ biedt kortdurende psychologische hulp aan patiënten met psychische klachten die veelal korter dan zes maanden bestaan, die

³ Bureau Jeugdzorg is de toegangspoort tot de jeugdzorg. Jeugdzorg is ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen, die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.

⁴ Voor meer informatie over de verschillende soorten zorg in de AWBZ, zie de marktscan intramurale AWBZ (NZa, 2012)

⁵ Ambulante zorgproducten die niet binnen de Zvw –aanspraak vallen; bijv. dagbesteding

⁶ Uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening

zich niet in combinatie met andere fysieke of psychische klachten voordoen en niet eerder behandeld zijn. In de eerstelijns GGZ kan men zowel terecht komen via een verwijzing van de huisarts of rechtstreeks. Indien er geen sprake van verwijzing is, bepalen de polisvoorwaarden van de verzekeraar of dit door de verzekeraar wordt vergoed of niet.

Tweedelijnszorg richt zich op complexere problematiek. In de tweede lijn worden cliënten met zwaardere psychische klachten behandeld. Er is sprake van behandeling al dan niet in combinatie met verblijf. Ook kan sprake zijn van langdurig verblijf/woonzorg waarbij de zorg gericht is op begeleiding en geen sprake meer is van behandeling. Voor de tweedelijns curatieve GGZ is een verwijzing nodig. Meestal wordt deze gegeven door de huisarts.

De totale omvang van de curatieve GGZ zoals benoemd in de voorgaande paragraaf is op te splitsen in de omvang van de eerste en de tweedelijns. In 2010 was de omvang van de eerstelijns GGZ ca. 119 miljoen en de omvang van de tweedelijns curatieve GGZ ca. 3,8 miljard.

2.2 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 tweedelijns 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	Eerstelijns	Tweedelijns
Curatieve GGZ (Zvw)	Psychologische zorgverlener (bijv. eerstelijns psychologen, GZ-psychologen)	Gebudgetteerde zorgaanbieders
		Niet gebudgetteerde instellingen ⁷
	Overig (bijv. psychiaters, orthopedagogen)	Psychologisch zorgverlener (bijv. psychotherapeuten, klinisch (neuro) psychologen)
		Vrijgevestigde psychiater (medisch specialist)
Langdurige GGZ (AWBZ)		Gebudgetteerde zorgaanbieders

Bron: NZa

Zelfstandig gevestigde hulpverleners

De zelfstandig gevestigde hulpverleners bieden zowel eerste als tweedelijns GGZ aan. Eerstelijns psychologische zorg wordt veelal geleverd door vrijgevestigde eerstelijnspsychologen en GZ-psychologen. Daarnaast zijn ook andere aanbieders in de eerstelijns GGZ werkzaam. Dit betreffen onder andere orthopedagogen, psychotherapeuten en psychiaters. In de tweede lijn zijn voornamelijk vrijgevestigd psychiaters, psychotherapeuten en klinisch (neuro) psychologen actief. Hierbij dient opgemerkt te worden dat tweedelijns aanbieders ook in de eerstelijns actief kunnen zijn.

⁷ Hier vallen ook aanbieders onder die alleen dyslexiezorg leveren.

Gebudgetteerde zorgaanbieders

In de tweedelijns curatieve GGZ is een splitsing te maken tussen gebudgetteerde aanbieders en niet-gebudgetteerde aanbieders. De gebudgetteerde aanbieders zijn die aanbieders die op basis van de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' (met kenmerk CU-5014) een budget hebben. Het budget wordt bepaald door de (productie)afspraken die zorgaanbieders met verzekeraars maken. Gebudgetteerde aanbieders zijn per definitie een GGZ-instelling en beschikken daarmee over een WTZi-toelating. Hierbij wordt een instelling gedefinieerd als zijnde een organisatie waarbinnen verschillende zorgverleners en ondersteunend personeel zorg verlenen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Onder de GGZ-instellingen vallen zowel de aanbieders die gespecialiseerd zijn in het bieden van geestelijke gezondheidszorg (ook wel GGZ-concerns genoemd) als de gespecialiseerde GGZ-afdelingen van brede zorginstellingen; de psychiatrische afdelingen van algemene (PAAZ) en academische ziekenhuizen (PUK).

De psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen bieden hoofdzakelijk kortdurende ambulante en opnamevoorzieningen. De GGZ-concerns bieden een breed (brede ofwel geïntegreerde GGZ-instellingen) of een gespecialiseerd aanbod, bijvoorbeeld gespecialiseerde aanbieders van verslavingszorg kinder- en jeugd GGZ. Onder de GGZ-concerns vallen ook de:

- Zelfstandig Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (Apz-en)
- Zelfstandig Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg)
- Zelfstandig Regionale instellingen voor bescherm wonen (Ribw-en) ⁸

Lastig te typeren is de voorwaarts geïntegreerde GGZ-instelling. Dit betreft veelal een multidisciplinaire organisatie (SPV, GZ-psycholoog, psychotherapeut, psychiater) die zorg levert vanuit of dichtbij huisartspraktijken en/of gezondheidscentra. Voorbeelden van dergelijke organisaties zijn Indigo, Psygro en Transparant. Veelal zijn het ook organisaties die zijn ontstaan uit, of nog steeds onderdeel zijn van een tweedelijns GGZ-instelling.

Niet-gebudgetteerde zorgaanbieders

De zorgaanbieders die zelfstandig vrijgevestigd (vrijgevestigde aanbieders) zijn en de aanbieders die na 1 januari 2008 curatieve GGZ zijn gaan bieden (niet-gebudgetteerde instellingen) zijn de niet-gebudgetteerde tweedelijns GGZ-aanbieders. Niet-gebudgetteerde instellingen beschikken in tegenstelling tot vrijgevestigde aanbieders, maar net als de gebudgetteerde instellingen, over een WTZi-toelating.

Opgemerkt dient te worden dat er meer dynamiek in de markt aanwezig is dan tabel 2.1 op het eerste gezicht impliceert. Er zijn aanbieders die zowel langdurende als curatieve GGZ aanbieden. Daarnaast zijn er aanbieders die zowel eerste als tweedelijns GGZ aanbieden, en aanbieders die naast hun werk in een instelling ook als vrijgevestigde GGZ-aanbieder zorg leveren.

⁸ Van Hoof e.a. Trendrapportage GGZ 2010, Trimbos instituut, 2010, www.trimbos.nl

2.3 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg?

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

2.3.1 Cliënten in curatieve GGZ

In onderstaande tabellen wordt het aantal unieke cliënten dat in 2008, 2009 en 2010 gebruik heeft gemaakt van de curatieve GGZ in kaart gebracht.

Tabel 2.2. Aantal cliënten curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	Groei 2008-2010
0-17 jaar	189.588	222.061	248.299	31,0%
18-64 jaar	733.792	782.645	833.322	13,6%
65+	95.013	101.306	105.293	10,8%
Totaal	1.018.393	1.106.012	1.186.914	16,5%
Groei	-	8,6%	7,3%	-

Bron: APE

Tabel 2.3. Aantal cliënten eerstelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	Groei 2008-2010
0-17 jaar	42.355	54.485	60.537	42,9%
18-64 jaar	185.694	224.395	254.512	37,1%
65+	6.874	10.028	12.076	75,7%
Totaal	234.923	288.908	327.125	39,2%
Groei	-	23,0%	13,2%	-

Bron: APE

Tabel 2.4. Aantal cliënten tweedelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	Groei 2008-2010 (in %)
0-17 jaar	152.823	175.692	197.987	29,6%
18-64 jaar	574.694	596.512	629.299	9,5%
65+	88.990	93.507	96.807	8,8%
Totaal	816.507	865.711	924.093	13,2%
Groei (in %)	-	6,0%	6,7%	-

Bron: APE

Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2009 gestegen met 8,6%. Het aantal cliënten tussen 0-17 jaar stijgt het meest sterk (17,1%). Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2010 gestegen met 7,3%. Het aantal cliënten tussen 0-17 jaar stijgt ook in dit jaar het meest sterk (11,8%).

Door een overlap in de cliëntenaantallen tussen de eerste en de tweedelij⁹ komt het totaal aantal unieke cliënten lager uit dan de optelling van de cliënten aantallen in de eerste en tweedelij. De stijging van het aantal cliënten in de eerstelijns GGZ betreft 13,2% in 2010 ten opzichte van een stijging van 23,0% in 2009. In de tweedelijns GGZ betreft de stijging 6,7% in 2010 ten opzichte van een stijging van 6,0% in 2009.

2.3.2 Cliënten in langdurende GGZ

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

Tabel 2.5. Aantal cliënten langdurende GGZ

Type AWBZ-zorg (GGZ)	2009	2010	Groei %
GGZb1	415	184	-55,7%
GGZb2	1.008	711	-29,5%
GGZb3	1.908	1.883	-1,3%
GGZb4	1.602	1.813	13,2%
GGZb5	2.536	3.237	27,6%
GGZb6	925	1.202	29,9%
GGZb7	830	1.181	42,3%
GGZc1	2.562	1.732	-32,4%
GGZc2	5.854	5.301	-9,4%
GGZc3	6.794	8.309	22,3%
GGZc4	3.262	4.094	25,5%
GGZc5	1.659	2.189	31,9%
GGZc6	430	521	21,2%
Intramuraal (totaal)	29.785	32.357	8,6%
Extramuraal (totaal)	47.487	57.154	20,4%
Totaal aantal cliënten	77.272	89.511	15,8%
Totaal aantal unieke cliënten	71.004	83.666	17,8%

Bron: Ape

In 2010 stijgt het aantal cliënten in de intramurale AWBZ minder sterk (8,6%) dan het aantal cliënten in de extramurale AWBZ (20,4%). Verder is er in 2010 een daling waarneembaar in het aantal cliënten binnen de ZZP's GGZ b1, b2, b3, c1 en c2.

In onderstaande tabel wordt het aantal cliënten met een geldige indicatie voor intramurale GGZ weergegeven op 1 januari 2010, 1 januari 2011 en

⁹ Cliënten die in één jaar zowel in de eerste als tweedelijns curatieve GGZ zijn behandeld.

1 januari 2012¹⁰. Tussen 2011 en 2012 is het aantal cliënten met een geldige indicatie toegenomen met bijna 7%. Tussen 2010 en 2011 was sprake van een toename van ruim 10%.

Het aantal unieke cliënten intramurale GGZ-zorg in 2010 (tabel 2.5) en het aantal cliënten met een geldige indicatie in dat jaar (tabel 2.6) wijkt van elkaar af omdat een geldige indicatie niet per definitie betekent dat iemand ook zorg ontvangt. Verder worden indicaties zowel door het CIZ als door BJZ afgegeven, alleen van het CIZ zijn gegevens bekend. Onderstaande aantallen zijn dus gebaseerd op één peildatum en geven alleen de geldige indicaties weer voor intramurale AWBZ van cliënten boven de 18 jaar.

Tabel 2.6. Aantal cliënten met geldige indicatie langdurige GGZ

Cliënten met indicatie	2010	2011	2012
Aantal cliënten	36.105	39.850	42.580

Bron: CIZ Basisrapportage AWBZ peildatum januari 2012

2.4 Tarifiering van de GGZ

De tarifiering binnen de curatieve en de langdurende GGZ verschilt. In de volgende paragrafen wordt eerst ingegaan op de tarifiering van de curatieve GGZ, met een onderscheid tussen de eerste en de tweedelijns. Vervolgens wordt ingegaan op de tarifiering van de langdurende GGZ.

2.4.1 Tarifiering curatieve GGZ

Eerstelijns GGZ

Eerstelijns psychologische zorg wordt op basis van consulten met bijbehorende tarieven gedeclareerd. De tarieven voor eerstelijns psychologische zorg zijn vrij. Dit betekent dat de zorgverlener zelf het tarief per zitting mag bepalen.

Vanaf 2012 bestaat er binnen de eerstelijns GGZ ook de mogelijkheid om een vrije prestatie af te spreken. Dit houdt in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling een prestatie kunnen afspreken, en daarmee tot een betaaltitel kunnen komen voor nieuwe behandelingen die buiten de vastgestelde prestaties vallen (zie de prestatielijst voor eerstelijns psychologische zorg, TB/CU-7025-01).

Tweedelijns GGZ

Tweedelijns curatieve GGZ wordt op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) gedeclareerd. Een DBC betreft het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieder consulteert. De DBC's en de bijbehorende tarieven voor de curatieve GGZ zijn vastgelegd in de productstructuur. De productstructuur bestaat uit productgroepen voor verblijf en productgroepen voor behandeling.

Tot en met 2012 declareerden de gebudgetteerde tweedelijns aanbieders in DBC's met vaste tarieven maar ontvingen maximaal het budget, door middel van een verrekenpercentage en een eenmalige verrekening

¹⁰ Het aantal cliënten met een geldige indicatie in 2010 en 2011 wijkt af ten opzichte van de aantallen zoals opgenomen in de marktscan GGZ 2011 door een administratieve verbetering die CIZ in 2011 heeft gemaakt.

achteraf. Dit budget is gebaseerd op de afspraken in budgetparameters tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Per 2012 is het voor deze aanbieders echter ook mogelijk om af te rekenen in DBC's, om alvast te wennen aan de overgang naar prestatiebekostiging in 2013 en ter vermindering van de administratieve lasten. In dit geval kan een omrekenfactor ten opzichte van het budget worden afgesproken¹¹. Circa 16% van de gebudgetteerde GGZ-aanbieders heeft voor deze mogelijkheid gekozen.

De niet-gebudgetteerde aanbieders van tweedelijns curatieve GGZ worden volledig bekostigd op basis van DBC's met maximumprijzen.

– Productstructuur verblijf

Het aantal verblijfsdagen en het kostenniveau per verblijfsdag bepaalt welke verblijfs-DBC wordt gedeclareerd. De productomschrijving van de verblijfsgroepen (24-uurs) maakt op dit moment onderscheid naar zeven kostenniveaus per verblijfsdag. De zorginstelling bepaalt het kostenniveau door een kostprijsmodel toe te passen op basis van de gemaakte kosten per patiënt.

– Productstructuur behandeling

De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd. In de productstructuur voor behandeling wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een cliënt en de bijbehorende kosten voor behandeling. Er is een productstructuur vastgesteld met daarin voor de langdurende behandelgroepen 16 verschillende hoofdgroepen. Elke hoofdgroep wordt gekenmerkt door een diagnose waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in diverse tijdsclassen. De bijzondere- en kortdurende behandelgroepen hebben geen onderverdeling naar diagnose hoofdgroep wegens beperkingen zoals deze zijn opgelegd door het College bescherming Persoonsgegevens (Cbp).

2.4.2 Tarifiering van langdurende GGZ

In de langdurende GGZ is een onderscheid te maken in indicaties met de functie 'verblijf' en indicaties zonder de functie 'verblijf'.

Extramurale zorg is de AWBZ-zorg zonder verblijf. De extramurale zorg wordt bekostigd op basis van de gemaakte afspraken over extramurale zorgprestaties behorende bij één of meer functies. Jaarlijks stelt de NZa maximumbeleidsregelwaarden vast voor de verschillende prestaties binnen de functies. Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen vervolgens over de prijs die zorgaanbieders voor de geleverde zorg in rekening mogen brengen. Hierbij geldt de NZa-beleidsregelwaarde als maximum. Daarnaast wordt onderhandeld over het volume dat het zorgkantoor af wil nemen. Op de rol van het zorgkantoor wordt verder ingegaan in paragraaf 4.2.

Intramurale zorg is de AWBZ-zorg met verblijf. Indicaties met de functie 'verblijf' worden sinds 2010 bekostigd in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Zorgzwaartebekostiging geldt voor aanbieders in de verpleging en verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurende GGZ. In dit systeem bepaalt de zorgzwaarte van de cliënten welke ZZP wordt toegekend en wordt de hoogte van het budget van een zorgaanbieder in sterke mate bepaald door de toegekende ZZP's.

¹¹ Zie <http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/geneeskundige-ggz/BR-CU-5054>

Net als voor de extramurale zorg stelt de NZa ook voor ZZP's jaarlijks maximumbeleidsregelwaarden vast. De regelwaarden voor de ZZP-prestaties in deze beleidsregel hebben tot 2013 echter een bandbreedte, die werd vastgesteld door de NZa.

Dit betekent dat het door het zorgkantoor en zorgaanbieder overeen te komen tarief slechts door de NZa wordt vastgesteld indien het overeengekomen tarief binnen de aangegeven bandbreedte valt. De bandbreedte liep in 2010 van achtennegentig tot en met honderd procent van de in de beleidsregel opgenomen waarde. In 2011 werd de bandbreedte verruimd tot een breedte tussen vierennegentig en honderd procent. Dit is in 2012 ook zo, per 2013 is de ondergrens van de bandbreedte afgeschaft (maximumprijzen blijven bestaan).

In plaats van ZZP-bekostiging is ook VPT-bekostiging mogelijk: Volledig Pakket Thuis. Hierbij wordt dezelfde zorg geboden, maar dan op het woonadres van de cliënt. Voor zowel ZZP's als VPT's geldt dat zorgaanbieders en zorgkantoren onderhandelen over prijs en volume.

De zorg aan kinderen en jeugd en de klinisch intensieve behandelingen vallen voorsnog buiten de ZZP-systematiek. De bekostiging hiervan vindt plaats via de oude budgetparameters. De afspraken hangen samen met de toegelaten capaciteit.

Een voorwaarde voor de zorgkantoren is dat zij binnen hun regionaal budgettair kader (contracteerruimte) moeten blijven met het totaal van hun afspraken. Om te komen tot een beheerste kostenontwikkeling binnen de AWBZ moeten zorgkantoren zo doelmatig mogelijk inkopen binnen de beschikbare kaders. De NZa stelt de contracteerruimte per regio vast op basis van de 'Aanwijzing contracteerruimte' van VWS. De contracteerruimte wordt gebaseerd op die van het jaar er voor, een groeiruimte en specifieke beleidswijzigingen die volgen uit de aanwijzing.

2.5 Ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ-markt in 2012¹². Verder wordt ingegaan op de toekomstige ontwikkelingen vanaf 2013. De ontwikkelingen worden apart weergegeven voor de curatieve GGZ (Zvw) en de langdurende GGZ (AWBZ). De toekomstige ontwikkelingen voor de curatieve GGZ zijn gebaseerd op het bestuurlijk akkoord dat partijen in het voorjaar van 2012 hebben gesloten. De toekomstige ontwikkelingen voor de langdurende GGZ zijn gebaseerd op de ontwikkelagenda van ZZP-onderhoud en politieke ontwikkelingen. Daarnaast is het regeerakkoord 2013¹³ verwerkt in deze paragraaf.

2.5.1 Ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw)

De volgende aanpassingen zijn in 2012 doorgevoerd:

- aanpassingsstoornissen uit het basispakket gehaald;
- het aantal zittingen eerstelijns in het basispakket teruggebracht van vijf naar acht;
- budget- en tariefmaatregel;
- scherpere inkoopmaatregel;
- subsidie anonieme e-mental health;

¹² Zie voor de ontwikkelingen tussen 2008 en 2011 de Marktscan GGZ 2011, paragraaf 2.4 (www.nza.nl)

¹³ Regeerakkoord 2013, Bruggen slaan, d.d. 29 oktober 2012.

- tarief en budgetkorting op de zorg van 18.000 minuten of langer (in 2013 via de beschikbare middelen verwerkt);
- begin afbouw risicoverevening, uiterlijk per 2015 zijn alle ex post compensaties afgeschaft;
- verhoging eigen bijdrage eerstelijns en invoering eigen bijdrage tweedelijns (ook voor verblijf) welke in 2013 weer teruggedraaid wordt (zie paragraaf 6.2);
- voor gebudgetteerde aanbieders is het mogelijk om naast gefinancierd, ook op DBC's bekostigd te worden.

Vanaf 2013

Op 18 juni 2012 is door het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, het Landelijk Platform GGZ en diverse brancheorganisaties¹⁴ een bestuurlijk akkoord gesloten¹⁵. In dit akkoord wordt een gezamenlijke inhoudelijke agenda opgesteld voor de toekomst van de GGZ.

De afspraken die door partijen gemaakt zijn gaan over diverse onderwerpen. Grofweg is een indeling te maken in de volgende ontwikkelingen¹⁶:

1. bekostiging
2. uitgavenbeheersing
3. zorg dicht bij de patiënt
4. verbeteren kwaliteit en transparantie

Hieronder worden de ontwikkelingen uitgewerkt.

Ad. 1 Bekostiging

Het bestuurlijk akkoord gaat in op de bekostiging van de curatieve GGZ. Hoofdmoot hiervan is de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ in 2013. Onderdelen van prestatiebekostiging zijn het afschaffen van de budgettering, het invoeren van een bandbreedte in de DBC-systematiek en het invoeren van de normatieve huisvestingscomponent. Verder gaat het bestuurlijk akkoord in op onderzoek naar de effecten van het overhevelen van de langdurende GGZ naar de Zvw. In het regeerakkoord wordt gesteld dat de langdurende GGZ daadwerkelijk naar de Zvw gaat.

Ad 2. Uitgavenbeheersing

Belangrijk uitgangspunt van het bestuurlijk akkoord is dat de macrokosten niet teveel mogen stijgen. Hiertoe zijn de volgende afspraken gemaakt: de structurele uitgavengroei is 2,5% per jaar, zorgverzekeraars worden verantwoordelijk voor de macro budgettaire ruimte, er komt een macrobeheersingsinstrument voor eventueel overschrijdingen en de contractering moet steeds tijdig zijn afgerond. Daarnaast wordt een effect verwacht van het scherper afbakenen van verzekerde zorg in de curatieve GGZ.

Ad 3. Zorg dicht bij de patiënt

Partijen vinden het belangrijk dat de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd. Hiertoe zijn de volgende afspraken gemaakt: een destigmatiseringsprogramma, het flexibiliseren van de module POH-GGZ, ambulantisering en het ontwikkelen van een elektronisch patiëntendossier.

¹⁴ GGZ Nederland, Meer GGZ, NVvP, NVVP, NIP, LVE en LVG.

¹⁵ Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, juni 2012

¹⁶ Deze indeling volgt niet uit het bestuurlijk akkoord, maar is door de NZa gemaakt voor deze marktscan. Zowel indeling als volgorde zijn dus van de NZa.

Ad 4. Verbeteren kwaliteit en transparantie

Het belang van kwalitatief goede zorg wordt door alle partijen onderschreven. Deze kwaliteit moet ook zichtbaar worden gemaakt zodat de uitkomsten vergelijkbaar zijn. Hiertoe zijn de volgende afspraken gemaakt: grotere rol van Routine Outcome Monitoring (ROM, zie voor meer toelichting paragraaf 5.2.2), opzetten kwaliteitsprogramma, verder terugdringen dwangtoepassingen, uniforme bekostiging basis-GGZ, uitkomstenbekostiging en verzamelen zorgzwaartegegevens.

Daarnaast is nog afgesproken dat er voor diverse onderwerpen een plan van aanpak voor de lange termijn komt, onder meer het verminderen van administratieve lasten, een specifiek regime voor de groep mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, het bevorderen van e-mental health, de flexibilisering van de arbeidsmarkt en de ontwikkeling van topzorg. Deze ontwikkeling is niet direct bij één van deze onderwerpen in te delen.

In het regeerakkoord zijn de volgende ontwikkelingen te lezen:

- de restitutiepolis gaat naar de aanvullende verzekering;
- de eigen bijdrage in de GGZ wordt procentueel en gelijk voor eerste en tweedelij (voor het jaar 2013 is de eigen bijdrage in de tweede lijn teruggedraaid);
- de langdurende GGZ gaat naar de Zvw;
- de jeugdzorg, inclusief jeugd-GGZ gaat naar gemeenten;
- zorgverzekeraars worden in 2017 financieel verantwoordelijk voor de GGZ.

2.5.2 Ontwikkelingen in langdurende GGZ (AWBZ)

In 2012

De volgende aanpassingen zijn in 2012 doorgevoerd:

- de ZZP-tarieven zijn met in totaal €636 miljoen verhoogd voor de verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg; alle ZZP tarieven en daarmee ook de GGZ-ZZP's zijn voor 2012 met eenzelfde percentage verhoogd;
- in forensische psychiatrische klinieken (FPK's) verblijven naast door justitie gefinancierde forensische cliënten ook Zvw en AWBZ gefinancierde cliënten. Gedurende de (strafrechtelijke) maatregel vallen deze cliënten onder de bekostiging van justitie. Daarna gaat de bekostiging over naar de Zvw, na 365 dagen naar de AWBZ. De zorg in de AWBZ vergt een deel meerzorg die niet in de ZZP's zit. Daarom is per 2012 een aparte toeslag niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) opgenomen;
- harmonisatie regelgeving rondom afwezigheid, binnen de AWBZ bestaan verschillende regels rondom dagen waarop een bewoner afwezig is. Hier is onderzoek naar gedaan, en vanaf 2012 zijn twee harmonisatieslagen doorgevoerd (ziekenhuisbezoek en aantal dagen doordeclarereren V&V).

Vanaf 2013

De volgende ontwikkelingen worden vanaf 2013 naar verwachting doorgevoerd:

- bandbreedte ZZP's gewijzigd, er is geen ondergrens meer;
- verhoging ZZP-tarieven in 2012 wordt in 2013 alleen in de V&V gehandhaafd. Dit betekent dat de verhoging van de GGZ-ZZP tarieven in 2012 wordt teruggedraaid in 2013;
- scheiden wonen/zorg¹⁷. Dit betekent dat intramurale cliënten apart gaan betalen voor wonen en zorg. In het begrotingsakkoord 2013 is

¹⁷ Zie onder meer <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/09/28/clienten-met-lichte-zorgvraag-wonen-langer-thuis.html>.

- afgesproken dat nieuwe cliënten met een licht zorgzwaartepakket met ingang van 1 januari 2013 de benodigde zorg in hun eigen huis zullen ontvangen. Dit geldt onder meer voor de ZZP's GGZ 1 en 2. Voor de ZZP's GGZ 3 is (nog) geen ingangsdatum bepaald;
- 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. Zij worden wel sinds 2007 geïndiceerd in ZZP's. Er is onderzocht of het toch mogelijk is deze groep in de ZZP-systematiek op te nemen door middel van een toeslag, maar de conclusie hiervan was dat dit geen optie is. Gezien de genoemde overheveling zal deze groep tot 2015 in parameters bekostigd blijven;
 - regelarme instellingen. Het Ministerie van VWS is een experiment gestart waarin 28 zorginstellingen in meer of mindere mate met minder of zelfs geen regels gaan werken. Vóór 2014 wordt het experiment afgerond¹⁸;
 - declareren zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Vanaf 2012 kunnen zzp'ers tot de markt voor zorg in natura toetreden als zij een overeenkomst met het zorgkantoor aangaan. In 2012 loopt daarvoor een pilot bij twee zorgkantoren. In overleg met de zorgkantoren is besloten de directe inhuur van zzp'ers door zorgkantoren per 1 januari 2013 landelijk mogelijk te maken. Hiervoor is landelijk 20 miljoen beschikbaar. Overigens leveren zij vooral extramurale zorg in de verzorging en verpleging, waardoor de impact op de langdurende GGZ niet groot is;
 - De langdurende GGZ gaat per 2015 naar de Zvw, het AWBZ-deel verdwijnt dus.

¹⁸ 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, marktconcentratie en de financiële positie van GGZ-concerns.

3.1 Aantal zorgaanbieders

Onderstaande tabellen laten een raming zien van het aantal GGZ-aanbieders.¹⁹ In de tabellen staat het aantal aanbieders dat in het betreffende jaar een consult heeft gedeclareerd (eerstelijns) of één of meer GGZ -DBC's heeft geopend en later gedeclareerd (tweede lijn). Voor het aantal gebudgetteerde aanbieders is uitgegaan van het aantal aanbieders die op basis van de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' (met kenmerk CU-5014) een budget hebben.

3.1.1 Aantal aanbieders curatieve GGZ

Tabel 3.1. Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2008	2009	2010	2011	2012
Eerstelijns psychologische zorg	Psychologische zorgverlener	3.956	4.332	4.541	4.179	n.b.
	Overig (psychiaters, orthopedagogen etc.)	196	196	180	107	n.b.
	Totaal	4.152	4.528	4.721	4.286	n.b.
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	181	178	177	181	178
	Niet gebudgetteerde instellingen	16	65	89	n.b.	n.b.
	Psychologisch zorgverlener	1.220	1.597	1.929	n.b.	n.b.
	Vrijgevestigdepsychiater (medisch specialist)	455	467	522	n.b.	n.b.
	Totaal	1.872	2.307	2.717	n.b.	n.b.

Bron: NZa peildatum: november 2012/ Vektis peildatum: maart 2012

Bovenstaande tabel geeft het soort en het aantal aanbieders binnen de curatieve GGZ weer. Het aantal aanbieders in de eerstelijns en het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders in de tweede lijn in 2009 ligt hoger dan gerapporteerd in de Marktscan GGZ 2011. Dit komt doordat er tot eind 2011 nog declaratiegegevens over 2009 konden worden ingediend.

Wegens deze doorlooptijd kunnen ook de aantallen over 2010 hoger uitvallen en is het nog niet mogelijk om het aantal (vrijgevestigde) tweedelijns aanbieders over 2011 weer te geven. De eerstelijns declareert op basis van consulten, waardoor voor deze groep al wel cijfers over 2011 zijn weer te geven.

¹⁹ 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.

Het aantal gebudgetteerde curatieve GGZ-aanbieders fluctueert enigszins door fusies van gebudgetteerde aanbieders dan wel afsplitsingen binnen een gebudgetteerde aanbieder. Van de 179 gebudgetteerde zorgaanbieders die curatieve GGZ in 2012 leveren (of hebben geleverd), leveren ca. 72 aanbieders ook langdurende GGZ.

3.1.2 Aantal aanbieders langdurende GGZ

Tabel 3.2. Aantal aanbieders langdurende GGZ

Aantal aanbieders	2008	2009	2010	2011	2012
O.b.v. specifieke GGZ-instellingsnummers	136	154			
O.b.v. productie GGZ			472	461	477

Bron: NZa peildatum: oktober 2012

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 wordt het aantal aanbieders gebaseerd op het aantal GGZ-aanbieders dat een eigen GGZ-instellingsnummer en daarmee een eigen rekenstaat heeft. 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 op basis van het aantal aanbieders dat productie heeft in een 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. Er is een grote spreiding in gedeclareerde omzet (zie paragraaf 3.2.2). Verder is het aantal aanbieders in 2011 licht afgenomen ten opzichte van 2010. In 2012 is er een lichte toename.

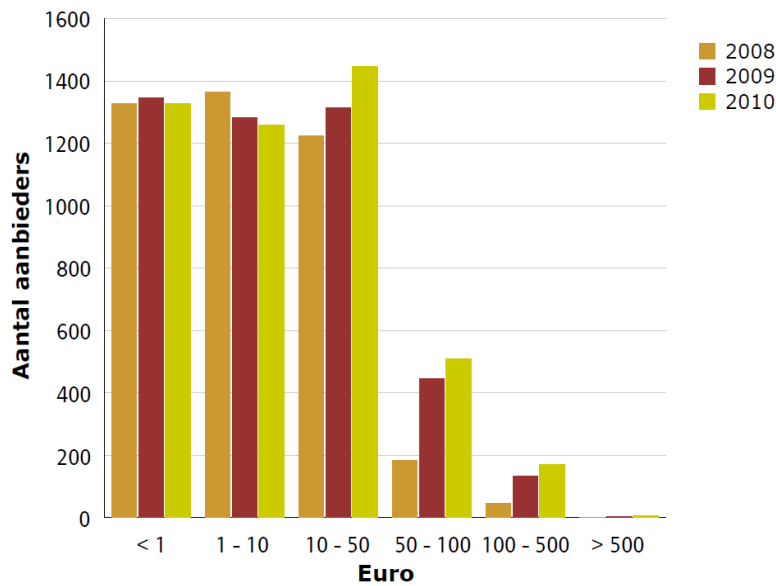
De stijging van het aantal langdurende GGZ-aanbieders in 2009 (ten opzichte van 2008) wordt onder andere veroorzaakt doordat een aantal bestaande zorgaanbieders verschillende instellingsnummers hebben gekregen per regio. In 2008 was voor de bekostiging (bovenregionale zorginkoop) veelal nog een overheveling tussen de zorgkantoren noodzakelijk. Vanaf 2009 is de zorginkoop voor deze aanbieders opgenomen in de nieuwe rekenstaat behorende bij deze regio.

3.2 Omvang spelers

3.2.1 Omvang spelers in curatieve GGZ

In de volgende grafieken wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de curatieve GGZ weergegeven.

Figuur 3.1. Omvang aanbieders eerstelijns psychologische zorg (in duizenden €)

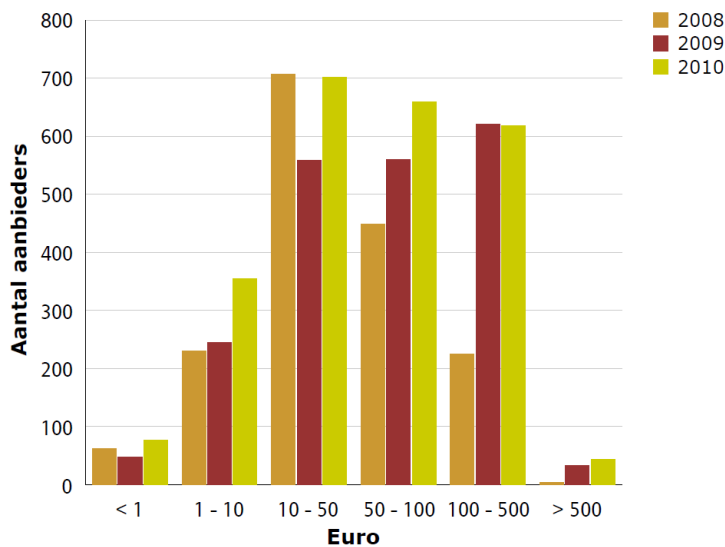


Bron: Vektis peildatum: maart 2012

In de eerstelijns psychologische zorg is een groot aantal aanbieders actief met een lage omzet (< € 1.000). 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.

Naast de grote omvang van aanbieders in de lagere omzetcategorieën is er vanaf de gemeten periode ook een stijging waarneembaar in de hogere omzetcategorieën (> € 10.000).

Figuur 3.2. Omvang vrijgevestigde aanbieders tweedelijns curatieve GGZ (in duizenden €)



Bron: Vektis peildatum: maart 2012

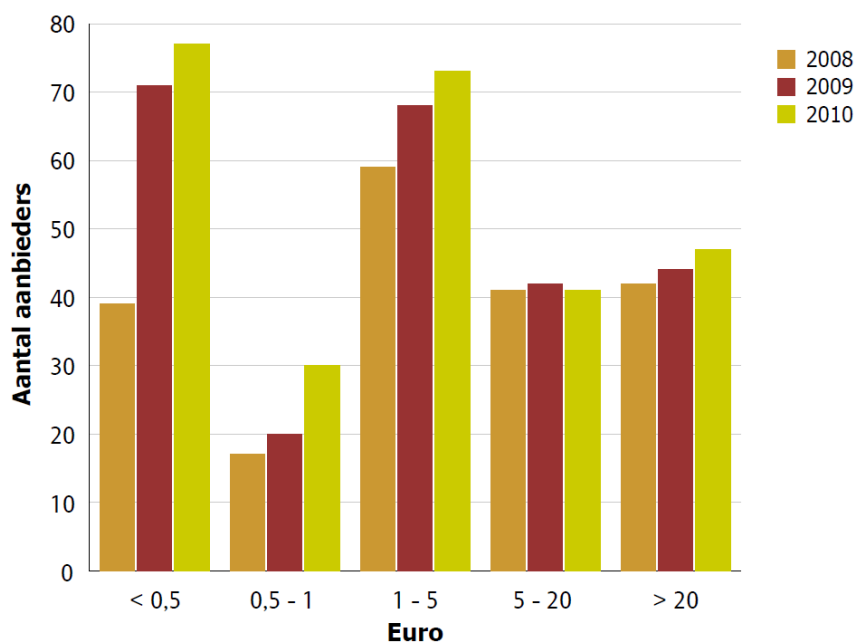
Bovenstaande tabel geeft de omvang van de vrijgevestigde tweedelijns aanbieders weer.

In 2009 heeft er naast een stijging van het aantal vrijgevestigde aanbieders ook een stijging in de gemiddelde gedeclareerde omzet ten opzichte van het jaar 2008 plaatsgevonden. Ook in 2010 heeft er een dergelijke stijging in het aantal aanbieders plaatsgevonden, maar is de gemiddelde omzet echter licht gedaald. Dit wordt veroorzaakt door verschuivingen binnen de omzetcategorieën.

Een stijging van het aantal aanbieders in de hoogste omzetklassen, zoals zichtbaar in figuur 3.2, kan duiden op een toename van het aantal praktijken tweedelijns GGZ. Ook is er een groep aanbieders die maar 1 of enkele DBC's (omzet < € 1.000) in een jaar openen en declareren. In zowel 2008 als 2009 betreft dit ca. 50 aanbieders, in 2010 zijn dit er ca. 70.

In 2008 en 2009 heeft een groep van ca. 240 aanbieders een omzet tussen de € 1.000 - € 10.000. Dit duidt op aanbieders die slechts gedeeltelijk (parttime) als vrijgevestigde aanbieder in de curatieve tweedelijns GGZ werken. In 2010 is dit toegenomen tot ca. 350 aanbieders.

Figuur 3.3. Omvang instellingen tweedelijns curatieve GGZ (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: november 2012 + Vektis peildatum: maart 2012

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

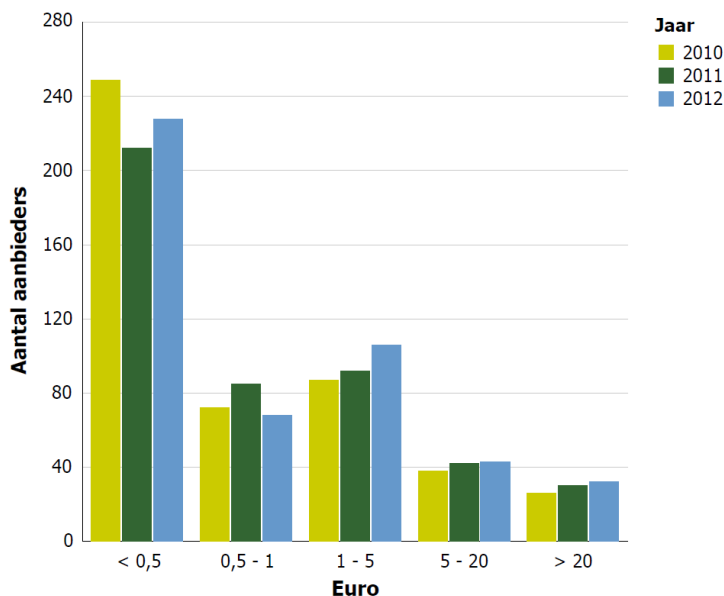
In de categorie met een omzet van meer dan € 20 miljoen bevinden zich zowel in 2008 als in 2009 en 2010 uitsluitend gebudgetteerde instellingen. Vier instellingen²⁰ hebben in 2008 een omvang van > € 100 miljoen. In 2009 en 2010 zijn dit 5 instellingen.

²⁰ Gebaseerd op NZa-instellingsnummers. Het is mogelijk dat een concern met meerdere NZa-nummers in totaal een hogere omzet heeft dan € 20 miljoen.

3.2.2 Omvang spelers in langdurende GGZ

In de volgende tabellen wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de langdurende GGZ weergegeven. De tabellen doen geen uitspraken over de marktconcentratie in de extramurale AWBZ. In de marktscan voor de extramurale AWBZ 2012 is ingegaan op de marktconcentratie in de extramurale zorg.

Figuur 3.4. Omvang zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: januari 2013

Uit de grafiek blijkt dat er geen grote verschuivingen te zien zijn in de omzetten op totaalniveau. De grootste groep zorgaanbieders langdurende GGZ heeft een omvang kleiner dan € 500.000.

Naast het aantal aanbieders en de omvang van de aanbieders, is gekeken naar de stabiliteit van de marktaandeelen van deze zorgaanbieders over meerdere jaren. Wanneer kleine zorgaanbieders snel kunnen groeien, of respectievelijk grote zorgaanbieders veel marktaandeel kunnen verliezen, kan dit van grote invloed zijn op de structuur van de markt en de dynamiek ervan.

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 3.3. Omvang marktaandeel zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio

Jaar	<1%	1 - 25%	25 -40%	>40%
2010	238	192	13	29
2011	225	192	16	28
2012	245	186	20	26

Bron: NZa peildatum: januari 2013

3.3 Toetreding

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aantal toe- en uittreders. 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 toetreders gedefinieerd indien hij productie²¹ heeft in jaar t en niet in jaar t-1. Een aanbieder is als uittreders gedefinieerd als hij productie in jaar t-1 heeft, maar niet in jaar t.

Tabel 3.4. Toegetreden zorgaanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2009	2010
Eerstelijns psychologische zorg		1.220	1.034
Tweedelijns zorg	Niet- gebudgetteerde instellingen	51	28
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	523	518

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

Tabel 3.5. Uitgetreden zorgaanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2009	2010
Eerstelijns psychologische zorg		844	841
Tweedelijns zorg	Niet- gebudgetteerde instellingen	2	4
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	134	131

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

Zoals uit bovenstaande tabellen blijkt is er in de eerstelijns 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 in meer geringe mate 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.

Over 2009 en 2010 is in de tweedelijns een vrij stabiel beeld te zien, met per saldo in beide jaren een stijging van het aantal aanbieders van tweedelijns zorg. Verder is er voor zowel de eerste als de tweedelijns een daling zichtbaar in het aantal toetreders in 2010 ten opzichte van 2009.

²¹ Productie wil zeggen dat een eerstelijns aanbieder 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.

Aanbod toetreders en omvang

In tabel 3.6 wordt weergegeven hoeveel niet-gebudgetteerde instellingen de afgelopen jaren zijn toegetreden en wat hun omzet is ten opzichte van de totale omzet van de GGZ-instellingen.

Tabel 3.6 Aantal en omzetpercentage toegetreden curatieve GGZ instellingen

	2008	2009	2010
Aantal toegetreden instellingen	16	51	28
Percentage omzet van toegetreden instellingen	0,3%	0,4%	0,2%

Bron: Vektis peildatum: maart 2012/NZa peildatum: november 2012

In de Marktscan GGZ 2011 is een overzicht gegeven van het aanbod van de toegetreden instellingen in 2008 en 2009. De grootste stijging bevond zich toen in het aantal aanbieders die dyslexiezorg leverden. Sinds 1 januari 2009 is de vergoeding van diagnostiek en behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen. Dit verklaart de toename van het aantal toetreders op deze markt.

Het aanbod van de toegetreden, niet-gebudgetteerde, instellingen in 2010 wordt weergegeven in de volgende tabel. Zorgaanbieders die zich richten op meerdere deelmarkten, bijvoorbeeld een aanbieder die zich richt op algemene GGZ-problematiek en ook kinderen en jeugd, wordt in deze tabel weergegeven onder 'GGZ algemeen'. Onder de categorie 'overig' vallen instellingen die zich richten op niet-strafrechtelijke forensische zorg of op specifieke multiculturele doelgroepen.

Tabel 3.7. Aanbod toegetreden instellingen curatieve GGZ 2010

Type aanbod	Klinisch	Ambulant	Totaal
GGZ Algemeen	2	7	9
Kinderen en jeugd	1	3	4
Verslavingszorg (incl. eetstoornissen)	1	1	2
Dyslexie	0	7	7
Overige gespecialiseerd op specifieke doelgroep	2	4	6
Totaal	6	22	28

Bron: websites individuele instellingen

Uit de tabel blijkt dat de stijging van het aanbod van instellingen vooral ambulante zorg betreft. De sterkste stijging hierbinnen heeft plaatsgevonden op het gebied van algemene GGZ-zorg en op het gebied van dyslexiezorg.

3.3.2 Toe- en uitreders langdurende GGZ

Toe- en uitreders binnen de langdurende GGZ worden voor en vanaf 2011 anders geteld (zie paragraaf 3.1.2). Voor 2011 was een toetreders een GGZ-zorgaanbieder als er overwegend GGZ zorg werd geleverd. Vanaf 2011 wordt een GGZ-toetreders in deze marktscan gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst een bepaalde GGZ-omzet heeft gerealiseerd, ook al is dit slechts 1 GGZ-ZZP.

Dit betekent dat het hierbij kan gaan om een al lang bestaande zorgaanbieder, het kan ook een zorgaanbieder zijn die reeds in een andere zorgkantoorregio actief is, of een zorgaanbieder die eerder zorg heeft geleverd in opdracht van een andere zorgaanbieder die wel gecontracteerd is door het zorgkantoor (onderaanneming). Er zijn verschillende vormen om GGZ-zorg binnen de AWBZ aan te bieden: via ZZP's, via 'volledig pakket thuis' en via dagbesteding / extramurale zorg. Wanneer een aanbieder een voor hem nieuw type zorg levert wordt hij als een toetreders gezien. Omgekeerd wordt een aanbieder die een type zorg niet meer levert als een uittreders gezien. Het totaal aantal toe- of uittreders kan dus lager zijn dan hieronder weergegeven.²²

Onderstaande tabellen geven het aantal toe-en uittreders weer over de periode 2009-2010 toen er nog sprake was van specifieke GGZ-zorgaanbieders met tenminste een overwegend GGZ-zorgaanbod.

Tabel 3.8. Toegetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Toetreders per type zorgaanbod	2009	2010
Extramurale zorg	12	10
Extramurale zorg en Dagactiviteiten	0	6
ZZP-B	0	0
ZZP-C en Kinderen en jeugd	6	9
Totaal	18	25

Bron: NZa

Een geringe stijging is zichtbaar in het aantal toetreders langdurende GGZ. Het betreft voornamelijk zorgaanbieders die reeds GGZ-zorg leverden, maar nu ook extramurale zorg en dagactiviteiten aanbieden. Zoals uit tabel 3.9 blijkt is er nauwelijks sprake van uittreding.

Tabel 3.9. Uitgetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Uittreders per type zorgaanbod	2009	2010
Extramurale zorg	1	1
ZZP-C	0	1
Totaal	1	2

Bron: NZa

De volgende tabellen geven het aantal toe-en uittreders weer over de periode 2011-2012. De aantallen over 2011 en 2012 zijn hoger dan over 2009 en 2010. Dit komt doordat er nu naar alle AWBZ-aanbieders die GGZ-zorg bieden -ook al is hun GGZ-aanbod nog zo klein- wordt gekeken, terwijl over 2009 en 2010 alleen specifieke GGZ-aanbieders zijn geteld.

Tabel 3.10. Toegetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Toetreders per type zorgaanbod	2011	2012
Volledig Pakket Thuis	12	22

²² Dit is het geval als deze zorgaanbieder zowel extramurale zorg als ZZP's gaat aanbieden.

Dagbesteding en vervoer	35	41
ZZP-B	8	3
ZZP-C en Kinderen en jeugd	33	15
Totaal	88	81

Bron: NZa peildatum: oktober 2012

Een relatief grote stijging is te zien bij het Volledig Pakket Thuis. Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt doordat dit een relatief nieuwe leveringsvorm is. Verder is de totale toetreding in 2012 lager dan in 2011. Zowel in 2011 als 2012 is er met name sprake van toetreding op het gebied van dagbesteding en vervoer.

Tabel 3.11. Uitgetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

Uittreeders per type zorgaanbod	2011	2012
Volledig Pakket Thuis	1	2
Dagbesteding en vervoer	17	15
ZZP-B	25	10
ZZP-C en Kinderen en jeugd	56	19
Totaal	99	46

Bron: NZa peildatum: oktober 2012

Uit bovenstaande tabel blijkt dat ook het aantal uittreeders in 2011 hoger ligt dan in 2012. Zowel in 2011 als in 2012 zijn er met name uittreeders op het gebied van ZZP-C.

3.4 Marktconcentratie curatieve GGZ

In deze en de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de marktconcentratie en de financiële positie van de GGZ-instellingen. Andere categorieën aanbieders, zoals benoemd in paragraaf 2.2 en paragraaf 3.1, worden buiten beschouwing gelaten.

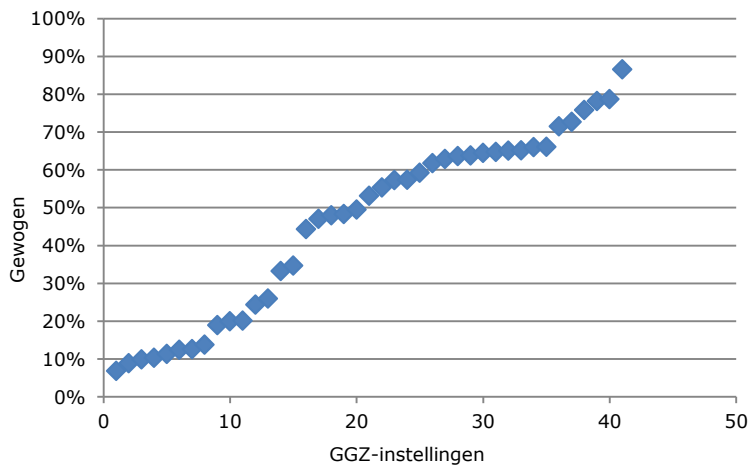
Veel gebruikte indicatoren voor marktconcentratie, zoals de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) of de C4, zijn gebaseerd op marktaandeelen van aanbieders in een afgebakende markt. In de Monitor GGZ 2009 is de marktconcentratie op verschillende deelmarkten in beeld gebracht door middel van de HHI.

De NZa hanteert nu een alternatieve methode om marktconcentratie van GGZ-instellingen te meten. Deze methode werkt met marktaandeelen in homogene 'micromarkten', en kan in toenemende mate van verfijning worden toegepast.

Voor de marktscan worden micromarkten gehanteerd die bestaan uit klinische patiënten per viercijferig postcodegebied en deelmarkten 1 t/m 3 (kind & jeugd, volwassenen lang, volwassenen kort). De informatie is afkomstig uit het DBC Informatie Systeem (DIS) en heeft daarom alleen betrekking op de curatieve GGZ.

Hieruit wordt een gewogen marktaandeel per GGZ-instelling berekend. Deze gewogen marktaandelen zijn weergegeven in onderstaand figuur, oplopend gesorteerd.

Figuur 3.5. Gewogen marktaandelen GGZ-instellingen 2008

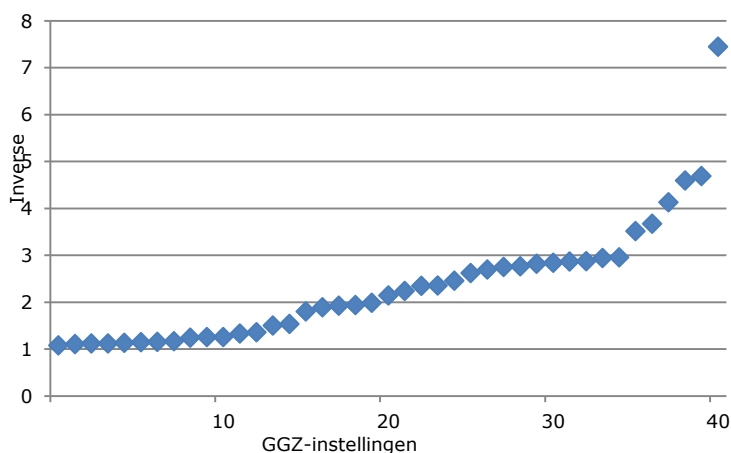


Bron: DIS

Het gemiddeld gewogen marktaandeel sectorbreed is 46,1%.²³ De analyse kan verfijnd worden door meer keuzefactoren mee te nemen. In dit geval zijn de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) niet meegenomen.

Door gebruik te maken van een economisch model kan het gewogen gemiddelde marktaandeel per GGZ-instelling vertaald worden naar een marktmacht indicator, de zogeheten Logit Competition Index (LOCI). De LOCI score is gelijk aan één minus het gewogen marktaandeel. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten. Uit het model volgt dat de prijsopslag evenredig is met de inverse van de LOCI score. Een nadere toelichting staat in het document 'Fusiesimulatiemodellen', te vinden op de website van de NZa. De inverse LOCI scores per GGZ-instelling zijn weergegeven in onderstaand figuur:

Figuur 3.6. Inverse LOCI 2008 (excl. PAAZ-en)



²³ Omdat de analyse gebaseerd is op gerealiseerde patiëntenstromen kunnen de marktaandelen overschat worden. De reden hiervoor is dat potentiële concurrentie van niet-gekozen GGZ-instellingen buiten beschouwing blijft.

Bron: DIS

De LOCI scores vormen één van de instrumenten die de NZa gebruikt in zienswijzen bij voorgenomen fusies en onderzoek naar Aanmerkelijke marktmacht (AMM). Het is niet mogelijk om enkel op basis van de hoogte van een LOCI score uitspraken te doen over het al dan niet hebben van AMM. Wel is het zo dat -bij overig gelijkblijvende omstandigheden- een relatief hoge inverse LOCI eerder een indicatie van AMM vormt dan een relatief lage inverse LOCI. Maar daarnaast is doorgaans ook aanvullend onderzoek nodig, waar onder meer de prijsgevoeligheid, de precieze afbakening van de productmarkt, als ook compenserende factoren zoals toetreding een rol spelen.

3.5 Financiële positie GGZ-concerns

De rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van een GGZ-concern geven tezamen een beeld van de financiële gezondheid van een GGZ-concern. Onder een GGZ-concern kunnen meerdere GGZ-aanbieders vallen die verschillende typen GGZ-zorg leveren.

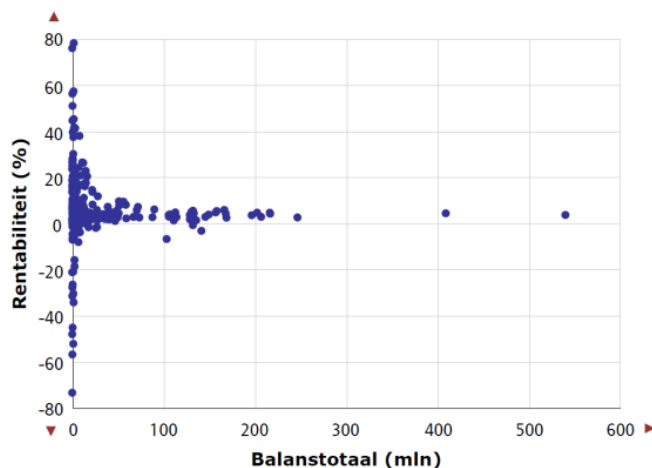
De rentabiliteit geeft een beeld van de winstgevendheid van een GGZ-concern. De solvabiliteit zegt iets over de mate waarin GGZ-concerns in de toekomst aan hun schulden kunnen voldoen. De liquiditeit geeft de mate weer waarin een GGZ-concern in staat is op korte termijn aan haar verplichtingen te voldoen.

3.5.1 Rentabiliteit GGZ-concerns

De rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal.

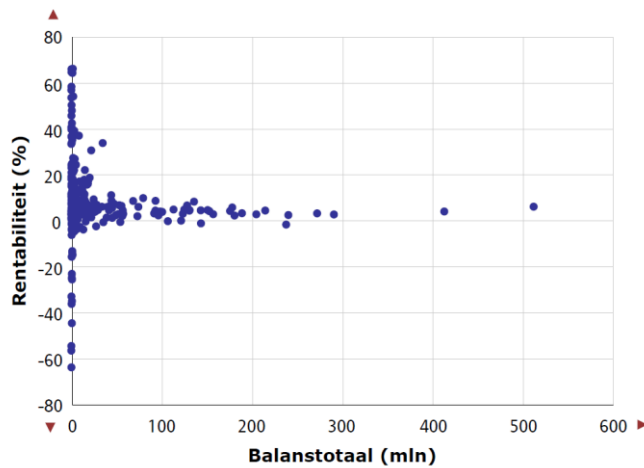
Figuur 3.7. Rentabiliteit

Rentabiliteit 2010



Bron: digiMV

Rentabiliteit 2011



Bron: digiMV

Tabel 3.12. Rentabiliteit

Financiële ratio	2007	2008	2009	2010	2011
Rentabiliteit	3,4%	2,8%	3,3%	3,6%	4,0%

Bron: digiMV

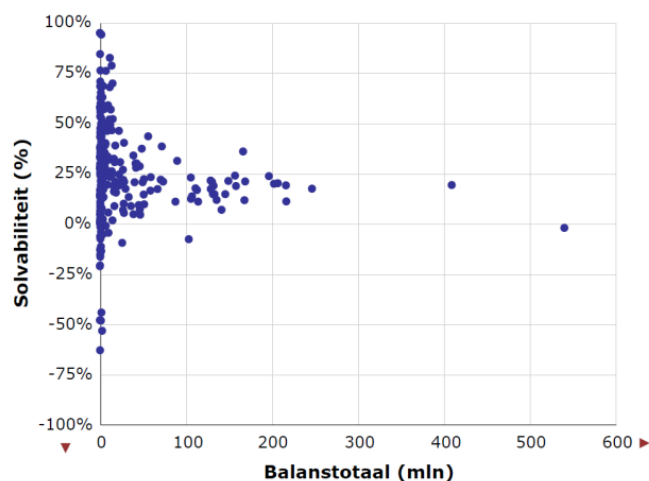
De gemiddeld gewogen rentabiliteit is in 2011 licht gestegen van 3,6% naar 4%. Deze stijging is vergelijkbaar met het jaar ervoor. Uit de grafiek blijkt dat een negatieve rentabiliteit vooral voorkomt bij kleinere GGZ-concerns.

3.5.2 Solvabiliteit GGZ-concerns

Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.

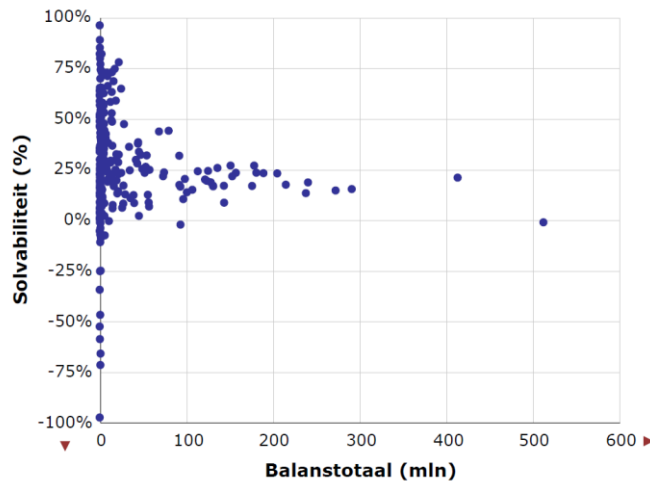
Figuur 3.8. Solvabiliteit

Solvabiliteit 2010



Bron: digiMV

Solvabiliteit 2011



Bron: digiMV

Tabel 3.13. Solvabiliteit

Financiële ratio	2007	2008	2009	2010	2011
Solvabiliteit	15,8%	17,2%	15,6%	17,0%	18,7%

Bron: digiMV

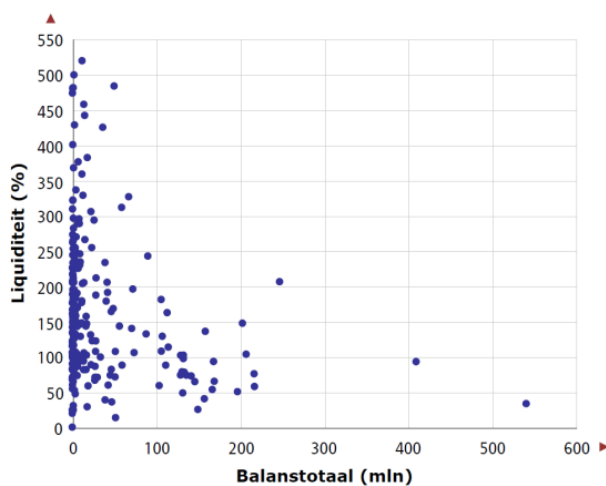
De gemiddeld gewogen solvabiliteit van GGZ-concerns is in 2011 licht gestegen van 17% naar 18,7%. Uit de grafiek blijkt dat een negatieve solvabiliteit vooral voorkomt bij kleinere GGZ-concerns.

3.5.3 Liquiditeit GGZ-concerns

Liquiditeit is gedefinieerd als de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva (current ratio %).

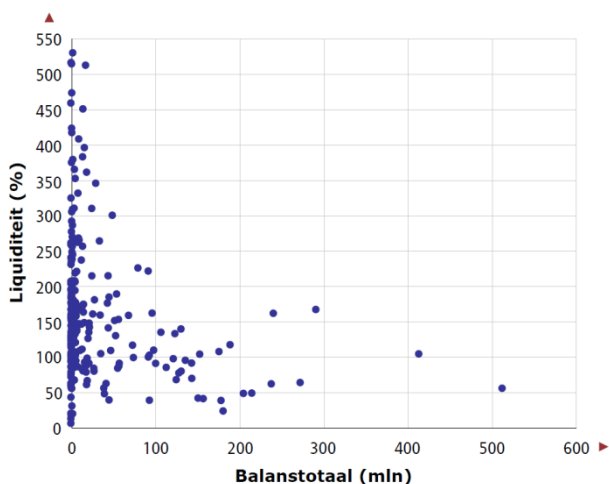
Figuur 3.9. Liquiditeit

Liquiditeit 2010



Bron: digiMV

Liquiditeit 2011



Bron: digiMV

Tabel 3.14. Liquiditeit

Financiële ratio	2007	2008	2009	2010	2011
Liquiditeit	57,5%	88,9%	90,7%	96,1%	98,9%

Bron: digiMV

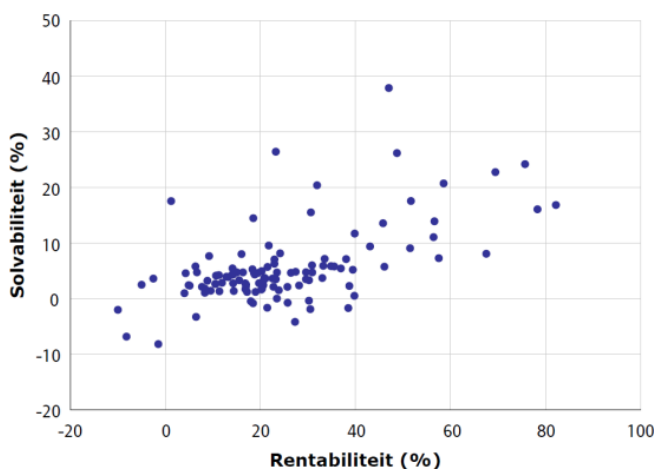
De gemiddelde liquiditeit is in 2011 licht gestegen van 96,1% naar 98,9%. De sterke stijging van de liquiditeit in 2008 is veroorzaakt door de overstap naar DBC-financiering. Hierbij is de DBC onderhandenwerk positie toegevoegd aan de vlottende activa.

3.5.4 Financiële positie GGZ-concerns

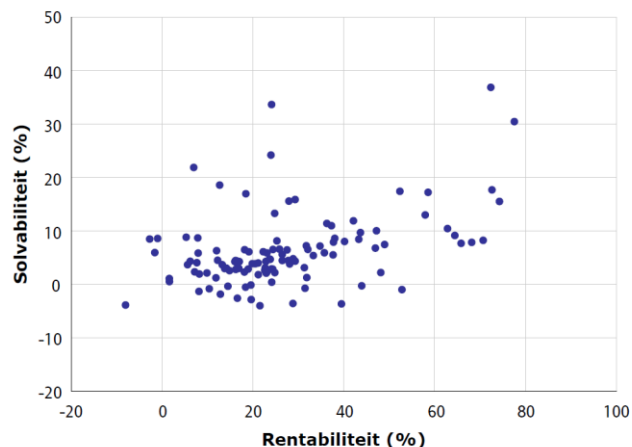
Om zicht te krijgen op de financiële positie van de wat grotere zorgaanbieders is de populatie op basis van een balanstotaal van €5 miljoen in groot en klein gesplitst. Voor grote zorgaanbieders wordt de combinatie van rentabiliteit en solvabiliteit weergegeven in figuur 3.10.

Figuur 3.10. Rentabiliteit versus solvabiliteit

Rentabiliteit vs. Solvabiliteit in 2010



Bron: digiMV

Rentabiliteit vs. Solvabiliteit in 2011

Bron: digiMV

Er is een grote spreiding waarneembaar in de gecombineerde rentabiliteit en solvabiliteitspositie van GGZ-concerns.

Onderstaande tabel zet de cijfers voor de jaren 2008-2011 nog eens op een rij, inclusief het gemiddelde eigen vermogen:²⁴

Tabel 3.15. Financiële positie GGZ-concerns

Financiële kengetallen	2007	2008	2009	2010	2011
Rentabiliteit	3,4%	2,8%	3,3%	3,6%	4,0%
Solvabiliteit	15,8%	17,2%	15,6%	17,0%	18,7%
Liquiditeit	57,5%	88,9%	90,7%	96,1%	98,9%
Eigen vermogen (in miljoenen €)	4,9	7,0	6,3	6,2	6,2

Bron: digiMV

²⁴ Voor informatie over het exploitatieresultaat en het weerstandsvermogen van de deelnemers van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ), zie <http://www.wfz.nl/data/files/documenten.39.strUpload.2012-09-28%20Resultaten%20herbeoordeling%20WFZ-deelnemers%202012.pdf>

4. Marktgedrag

De marktstructuur en 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 van partijen.

Dit hoofdstuk beschrijft daarom aspecten die (mede) bepalen in welke mate marktpartijen hun rol (kunnen) oppakken. Gezien de verschillende indicatoren die gelden voor de curatieve en langdurende GGZ worden deze apart behandeld. Allereerst wordt ingegaan op het gedrag van de verzekeraar en de aanbieder op de inkoopmarkt van de curatieve GGZ, vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen in de manier waarop zorgaanbieders in de curatieve GGZ de zorg inrichten. Daarna komt de inkoopmarkt van de langdurende GGZ aan bod. Tot slot wordt in dit hoofdstuk ingegaan op het overstapgedrag van de consument. Dit betreft het overstapgedrag tussen aanbieders. Over overstapgedrag op het gebied van verzekeringen is meer te lezen in de marktscan Zorgverzekeringmarkt (NZa, juni 2012).

4.1 Marktgedrag bij de curatieve GGZ

In deze paragraaf wordt eerst een korte omschrijving van de zorginkoopmarkt gegeven, waarbij de budget- en DBC systematiek worden toegelicht. Vervolgens is een aantal ontwikkelingen uitgelicht. Er wordt onder andere ingegaan op de signalen over zorginkoop die in 2012 zijn ontvangen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de contracteergraad. In de marktscan GGZ 2011 is ingegaan op het soort afgesloten contracten.²⁵ In deze marktscan zijn een aantal onderdelen uit de standaardcontracten die in 2012 zijn aangeboden toegelicht.

4.1.1 Zorginkoop

In 2012 zijn er 9 verzekeringsconcerns van in totaal 26 zorgverzekeraars. Vier van deze concerns omvatten slechts één verzekeraar. De zorginkoop vindt op verschillende manieren plaats, afhankelijk van het type aanbieder.

Niet-gebudgetteerde aanbieders

Niet-gebudgetteerde instellingen en andere aanbieders worden op individuele basis door zorgverzekeraars gecontracteerd. Deze aanbieders beschikken niet over een budget. De zorg wordt in de eerstelijns gecontracteerd op basis van consulten, in de tweedelijns gebeurt dit op basis van DBC's.

Gebudgetteerde aanbieders

Voor de contractering van gebudgetteerde instellingen bestaat een representatiemodel. Dat betekent dat twee of drie zorgverzekeraars namens de andere zorgverzekeraars budgetafspraken maken met de instellingen waarvan de hoofdvestiging in de regio zit. Daartoe heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een aantal non-concurrentiële zorgmarkten benoemd. Deze zorgmarkten worden opgedeeld in regio's. Voor de GGZ wordt uitgegaan van de zogeheten 25 GHOR-regio's.²⁶

²⁵ <http://www.nza.nl/publicaties/Monitordocumenten/2012/>

²⁶ GHOR staat voor 'geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio'

Rol zorgverzekeraars

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. De belangrijkste wijziging in de risico's voor zorgverzekeraars is het afschaffen van de macronacalculatie per januari 2012. Tot aan 2011 kregen zorgverzekeraars compensatie van de overheid als de totale uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg de oorspronkelijke inschatting overstegen. Vanaf 2012 moeten zorgverzekeraars zelf de kosten dragen van een overschrijding van het totale budget dat beschikbaar is voor GGZ.

4.1.1.1 Bekostiging op basis van budget

Over het algemeen worden gebudgetteerde aanbieders bekostigd op basis van een budget. Dit betekent dat de afspraken op basis van dit budget worden gemaakt. Bij het afspreken van het budget bestaat de mogelijkheid om middelen over te hevelen van de Zvw naar de AWBZ en vice versa. Verder is het mogelijk dat de zorgaanbieder meer zorg levert dan is afgesproken, oftewel, er is sprake van overproductie.

Overheveling

Voor de gebudgetteerde aanbieders die zowel curatieve (Zvw) als langdurende (AWBZ) GGZ-zorg leveren geldt per 2011 een regeling die ook betrekking heeft op het zorginkoopproces voor zowel de Zvw als de AWBZ. In 2011 is namelijk de beleidsregel 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw' vastgesteld. Deze regeling geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de mogelijkheid tot en met 15 september van het betreffende jaar een gezamenlijk verzoek in te dienen voor overheveling van middelen van de AWBZ naar de Zvw of vice versa. Deze regeling is vastgesteld om binnen het inkoopproces op korte termijn meer budgettaire flexibiliteit te bieden tussen de AWBZ en Zvw. Hierdoor wordt extramuralisering (waar deze wordt belemmerd door de knip tussen AWBZ en Zvw) 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
Middelen naar AWBZ	3,6	0,5
Middelen naar Zvw	20,7	11,0
Som totale overheveling naar Zvw	17,1	10,5

Bron: Nza peildatum: oktober 2012

Hoewel extramuralisering nog steeds een actueel onderwerp is, blijkt er een dalende trend te zijn. Voor 2013 geldt eveneens een beleidsregel 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw'²⁷.

²⁷ http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/geneeskundige-ggz/AL_BR-0009. Deze beleidsregel is als gevolg van de invoering van het Macro Prestatie Bedrag (MPB) gewijzigd.

Niet-gehonoreerde overproductie

Bij de zorginkoop spreken gebudgetteerde aanbieders en zorgverzekeraars de hoeveelheid zorg af die geleverd mag worden. Als gebudgetteerde zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, 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
Gehonoreerde overproductie	18,2	13,0	13,6	14,4
Niet-gehonoreerde overproductie	26,4	63,4	58,8	60,6
Totale overproductie	44,6	76,4	72,4	75,0

Bron: NZa peildatum: november 2012

Het volume van de niet-gehonoreerde overproductie lijkt zich redelijk te stabiliseren. Opvallend is wel dat het, zeker voor individuele instellingen, om grote bedragen gaat ten opzichte van het totale budget. De gehonoreerde overproductie is in verhouding hiermee niet zo groot. Als 2008 buiten beschouwing wordt gelaten, wordt gemiddeld ongeveer 17% van de overproductie gehonoreerd en 82% niet gehonoreerd. De niet-gehonoreerde overproductie bedraagt gemiddeld 2,4% van het totale budget. Uitschieters zijn naar circa 26% van het budget (vooral bij kleinere instellingen) en naar bedragen van 1 tot 5 miljoen (vooral bij grotere instellingen).

4.1.1.2 Financiering in DBC's

Gebudgetteerde zorgaanbieders worden door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie (nagecalculeerd budget) bekostigd.

De financiering vindt plaats op basis van DBC's; er wordt op basis van DBC's gedeclareerd. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met het nagecalculeerd budget. Dit betreft de eenmalige verrekening. De eenmalige verrekening laat het bedrag zien dat in het jaar t+1 tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is verrekend. Hierop vooruitlopend kunnen partijen een verrekenpercentage op het DBC-tarief afspreken, zodat de financiering en de bekostiging goed op elkaar aansluiten.

Per 2012 is het ook mogelijk om zowel bekostigd als gefinancierd te worden op basis van DBC's. Voorwaarde hiervoor is dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar dit met elkaar overeenkomen. 29 van de 178 gebudgetteerde zorgaanbieders hebben hiervoor gekozen (16,3%). Zij kunnen hierbij een verhouding budget / DBC's afspreken om eveneens tot reële bekostiging te komen.

Eenmalige verrekening

De eenmalige verrekening over 2008-2011 ziet er als volgt uit:

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

	2008	2009	2010	2011
Budget (nagecalculeerd)	3.153,0	3.402,7	3.491,4	3.632,8
DBC-omzet	2.856,1	3.755,5	3.919,8	3.685,0
Eenmalige verrekening	295,9	-352,8	-428,4	-52,2

Bron: NZa peildatum: november 2012

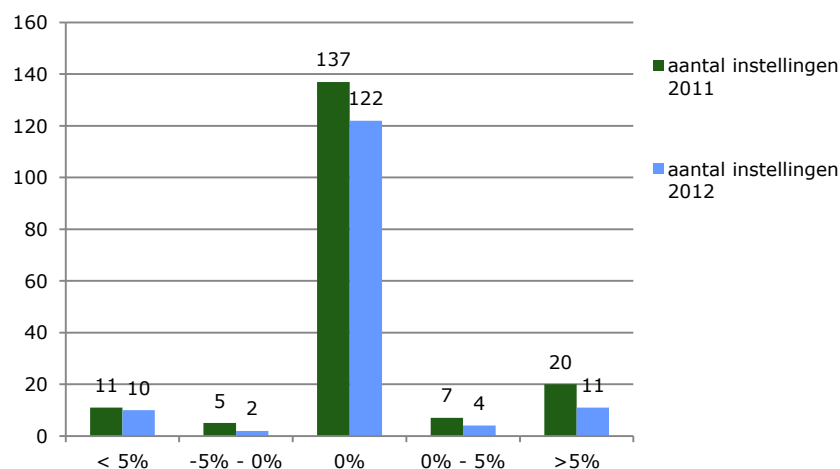
In 2008 is sprake van een onderdekking van € 296 miljoen. Dit betekent dat zorgverzekeraars in totaal € 296 miljoen aan zorgaanbieders hebben moeten betalen. In 2009 is sprake van een overdekking van € 353 miljoen en in 2010 van € 428 miljoen. In 2011 is sprake van een overdekking, maar veel lager (€ 52 miljoen). Dit duidt erop dat de budgettering en de financiering dichter bij elkaar komen. Een oorzaak hiervan is dat vanaf 2011 instellingen zelf een verrekenpercentage af kunnen spreken. Tot 2011 werd dit percentage automatisch berekend. Over 2012 is op basis van de productieafspraken eveneens een relatief lagere onder- of overdekking te verwachten.

Verklaring van de omslag van onder- naar overdekking in de periode 2008-2009 zijn hoge verrekenpercentages en betere registratie van instellingen in 2009. Net als in 2009 moeten ook in 2010 enkele zorgaanbieders als gevolg van de overdekking meer dan 50% van hun DBC-omzet terugbetalen aan zorgverzekeraars. In 2011 zijn de verschillen kleiner geworden, maar individueel kan er nog steeds sprake zijn van een grote terugbetaling.

Afgesproken verrekenpercentages in DBC's

Sinds 2011 stelt de NZa het verrekenpercentage vast op nul procent tenzij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in het budgetformulier gezamenlijk een ander verrekenpercentage overeenkomen. Onderstaande grafiek geeft het aantal instellingen dat een verrekenpercentage heeft afgesproken en de hoogte hiervan weer.

Figuur 4.1. Verrekenpercentage gebudgetteerde instellingen



Bron: NZa, peildatum 2012

De 29 aanbieders die in 2012 hebben aangegeven dat ze zowel bekostigd als gefinancierd willen worden op basis van DBC's, zijn niet opgenomen

in bovenstaande figuur. Deze komen in de volgende paragraaf verder aan de orde.

In 2011 hebben 27 zorgaanbieders (van de 180 totaal) een positief verrekenpercentage afgesproken, 16 zorgaanbieders een negatief verrekenpercentage. In 2012 hebben 15 (van de 149 totaal) een positief en 12 een negatief verrekenpercentage afgesproken. Er zit geen verschil in het al dan niet afspreken van een verrekenpercentage tussen aanbieders met verblijf en aanbieders zonder verblijf.

Verder hebben gebudgetteerde zorgaanbieders om uiteenlopende redenen een afspraak gemaakt voor een verrekenpercentage. Als redenen voor het afspreken van een verrekenpercentage kleiner dan -10% dan wel groter dan +10% geven zorgaanbieders in het budgetformulier 2012 de volgende redenen op:

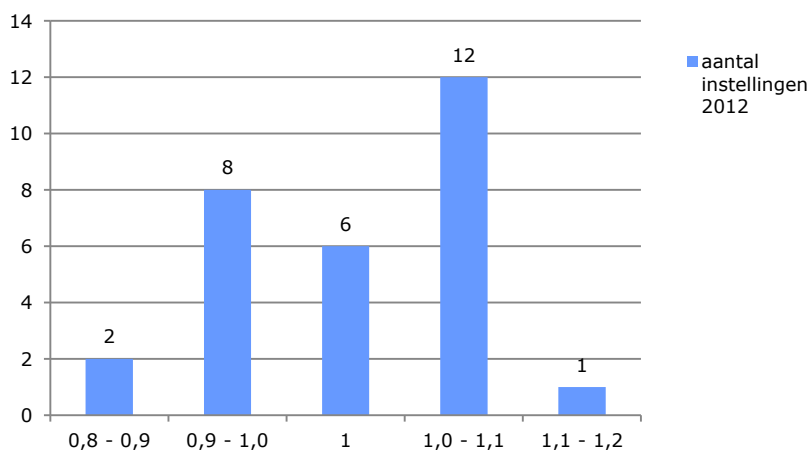
- de verwachte geleverde productie in DBC's ligt hoger of lager dan de afspraak;
- het verschil in bekostiging van oude budgetparameters ten opzichte van de DBC-systematiek. Individuele componenten die nu zijn opgenomen in het budget in het kader van bestendig beleid zijn niet declarabel in DBC's. Hier wordt door een instelling dienstverlening, maar ook innovatie, opleiding, scholing, onderzoek en voorlichting genoemd. Een andere instelling geeft aan dat het verschil in vergoeding voor online-behandelingen de reden vormt voor het afspreken van een verrekenpercentage;
- de DBC-systematiek sluit niet aan bij behandeling van de specifieke doelgroep waar de zorgaanbieder zich op richt. Het gespecialiseerde aanbod, de zorgzwaarte en de inzet van duur personeel leidt tot een hogere kostprijs dan landelijk vastgesteld.

Afgesproken verhouding DBC-omzet versus budget

Zoals eerder beschreven, is het vanaf 2012 ook mogelijk om zowel bekostigd als gefinancierd te worden op basis van DBC's, indien de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar dit met elkaar overeenkomen. Dit betekent dat na afsluiting van het jaar de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's worden verrekend met de DBC-afspraak met omrekenfactor. Dit is een vaste verhouding tussen het budget en de DBC-afspraak die wordt afgesproken door de verzekeraar en de aanbieder.

Van de 29 aanbieders die hiervoor kozen, hebben 10 zorgaanbieders een negatieve omrekenfactor afgesproken, 6 een neutrale en 13 een positieve om tot reële bekostiging te komen.

Figuur 4.2. Afgesproken verhouding DBC-omzet versus budget (omrekenfactor)



4.1.2 Signalen zorginkoop

De NZa ontvangt signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg.

Het aantal signalen dat de NZa in 2012 heeft ontvangen over het verloop van het zorginkoopproces in de curatieve GGZ is beperkt tot vijf signalen. Hieronder wordt nader ingegaan op twee onderwerpen die in 2011 en 2012 een rol hebben gespeeld bij het zorginkoopproces.

Verlengde-arm constructie

Verzekerden hebben aanspraak op (de vergoeding van kosten van) (tweedelijns) GGZ. De verzekeraar heeft op haar beurt de ruimte om in de polisvoorwaarden aanvullende eisen te stellen aan het vergoeden van kosten van (tweedelijns) GGZ. Deze eisen zien vooral op de kwalificatie van de behandelaar en de aanspraak op bepaalde vormen van zorg. Zo kan een verzekeraar in de polisvoorwaarden en in de contracten met aanbieders bijvoorbeeld stellen dat psychotherapie door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch specialistische zorg verleend moet worden. Zorgverzekeraars zijn verplicht controle op rechtmatigheid en doelmatigheid van zorgdeclaraties uit te voeren.

In 2011 zijn signalen binnengekomen over ongewenste situaties waarbij zorgaanbieders gebruik maakten van zogenaamde 'verlengde arm constructies' waarbij niet aan bovenstaande voorwaarden werd voldaan. In het geval van een dergelijke constructie kan bijvoorbeeld een andere organisatie optreden als verbinding tussen zorgaanbieder en zorgconsument.

De meeste verzekeraars hebben in 2012 een of meerdere artikelen in hun standaardcontracten²⁸ opgenomen over het hoofdbehandelaarschap, de inzet van ondersteunend personeel, eisen aan cliëntcontact en wie er uren op de DBC mag schrijven. Al deze aspecten kunnen gezien worden als pogingen om misbruik van de zogenaamde 'verlengde arm constructie' te voorkomen.

Verskillende eisen die gesteld worden zijn; een minimaal aantal FTE die als hoofdbehandelaar in dienst zijn, eisen aan de opleiding en registratie van de hoofdbehandelaar en het ondersteunend personeel, de hoeveelheid en soort zorg dat ondersteunend personeel mag leveren, de voorwaarden waaronder ondersteunend personeel mag worden ingezet, eisen aan de behandeling die wordt geleverd door zorgverleners in opleiding en onder supervisie. Een enkele verzekeraar 'beloont' een beperkte inzet van ondersteunend personeel met een hoger tarief. Daarnaast sluiten enkele verzekeraars bepaalde DBC's uit van vergoeding. Het gaat dan met name om de DBC's voor indirecte tijd.

Doorbelasting kapitaallasten

Verder zijn er over 2012, bij het indienen van de budgetafspraken, vier eenzijdige verzoeken bij de NZa binnengekomen. Reden hiervoor is dat de doorbelasting van de kapitaallasten AWBZ – Zvw over 2012 hoger is geworden. Tegelijk zijn zorgverzekeraars als gevolg van de afschaffing van de macronaculatie (zie 4.1.1) scherper gaan sturen op het

²⁸ Dit zijn de door verzekeraars aangeleverde standaardcontracten aangeleverd in oktober 2012.

inkoopkader. Gevolg hiervan is dat een aantal aanbieders en verzekeraars er samen niet uitkwam. Inmiddels heeft de NZa nieuwe regelgeving vastgesteld waardoor partijen de doorbelasting waar nodig kunnen wijzigen.²⁹

4.1.3 Contractering

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de aard van de contracten die in 2012 zijn afgesloten. Daarnaast wordt ingegaan op de contracteergraad.

4.1.3.1 Aard van de contracten

Zorgverzekeraars werken binnen de curatieve GGZ met basisovereenkomsten. Boven op de basisovereenkomsten kan een aanvullende overeenkomst worden afgesloten indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Dit vindt voornamelijk plaats in de eerstelijns.³⁰ In de tweedelijns curatieve GGZ wordt in mindere mate gesproken over basis- en aanvullende overeenkomsten, maar vindt wel tariefdifferentiatie plaats.

De aanvullende voorwaarden die in de basiscontracten 2012, al dan niet in combinatie met tariefdifferentiatie, voor komen hebben onder andere betrekking op:

- extra ROM aanleveringen. De aanbieder moet dan van een hoger percentage cliënten ROM aanleveringen doen in plaats van het lagere percentage dat voor iedere aanbieder geldt;
- extra kwaliteitseisen;
- beperkte inzet van ondersteunend personeel.

Per 2012 heeft een aantal zorgverzekeraars een omzetplafond afgesproken met tweedelijns aanbieders. Het plafond kan op verschillende manieren worden bepaald. Uit onderzoek van de standaardcontracten blijkt dat enkele verzekeraars de berekening van het plafond voor vrijgevestigden bepalen aan de hand van het aantal uren dat de hoofdbehandelaar in theorie maximaal zou kunnen werken. Bij deze omzetplafonds wordt doorgaans ook een verplichting tot doorleveren vastgelegd. Dit houdt in dat indien het omzetplafond gedurende het jaar wordt bereikt de aanbieder niet mag stoppen met het verlenen van zorg aan cliënten die bij de betreffende verzekeraar verzekerd zijn.

4.1.3.2 Contracteergraad

Zoals aangegeven in de marktscan 2011 blijkt dat niet alle zorgverzekeraars beschikken over informatie van het aantal niet-gecontracteerde aanbieders. Verzekeraars die wel over gegevens beschikken, brengen het aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders op verschillende manieren in kaart. Dit gebeurt op basis van:

- declaraties;
- aangeboden contracten door zorgverzekeraars maar geweigerd door aanbieders;
- aangevraagde contracten door zorgaanbieders maar geweigerd door zorgverzekeraars.

²⁹ Zie <http://www.nza.nl/regelgeving/circulaires/geneeskundige-ggz/CI-12-85c>

³⁰ Zie Marktscan GGZ 2011 voor de verhouding tussen het aantal afgesproken basisovereenkomsten en aanvullende overeenkomsten

Om de contracteergraad van eerstelijns psychologen en tweedelijns vrijgevestigde aanbieders in kaart te brengen is het gemiddeld aantal afgesloten contracten van de vier grootste verzekeraars afgezet tegen het aantal aanbieders zoals weergegeven in paragraaf 3.1. Bij de eerstelijns psychologen zijn de cijfers bekend tot en met 2011, bij de vrijgevestigde aanbieders tot en met 2010.

Contracteergraad eerstelijns aanbieders

Aangezien veel aanbieders- vooral aanbieders van eerstelijns psychologische zorg- een beperkte omvang hebben (zie paragraaf 3.2) is in de volgende tabellen de contracteergraad op twee manieren weergegeven: op basis van alle aanbieders en op basis van alle aanbieders met een omzet groter dan € 1000.

Tabel 4.1. Gemiddelde contracteergraad eerstelijns psychologen

³¹

	2009	2010	2011
Contracteergraad o.b.v. alle aanbieders	35%	38%	45%
Contacteergraad o.b.v. aanbieders met omzet > €1.000	49%	53%	60%

Bron: Zorgverzekeraars en Vektis

In bovenstaande tabel wordt de contracteergraad van de eerstelijns aanbieders weer gegeven. Zoals gezegd, in de eerstelijns psychologische zorg zijn veel aanbieders actief met een beperkte omzet (< € 1.000). Tevens zijn veel aanbieders actief die het ene jaar wel en het andere jaar geen eerstelijns psychologische zorg leveren. Indien de contracteergraad wordt berekend op basis van alle aanbieders met een omzet groter dan € 1.000 is de contracteergraad over de jaren respectievelijk 49%, 53% en 60%. Bij beide weergaven is een stijgende trend van de contracteergraad te zien.

Op basis van de uitvraag (oktober 2012) bij verzekeraars blijkt dat het gemiddeld aantal gecontracteerde eerstelijns psychologen bij de vier grootste verzekeraars in 2012 toe neemt met ca. 5% ten opzichte van 2011.

Contracteergraad tweedelijns vrijgevestigde aanbieders

De contracteergraad op basis van alle tweedelijns vrijgevestigde aanbieders en op basis van alle tweedelijns vrijgevestigde aanbieders met een omzet groter dan € 1000 ligt nagenoeg gelijk en daalt enigszins.

Tabel 4.2. Gemiddelde contracteergraad tweedelijns vrijgevestigde aanbieders ³¹

	2009	2010
Contracteergraad o.b.v. alle aanbieders	75%	72%
Contacteergraad o.b.v. aanbieders met omzet > €1.000	77%	74%

Bron: Zorgverzekeraars en Vektis

³¹ Op basis van contractering bij de 4 grootste verzekeraars.

Het gemiddeld aantal gecontracteerde tweedelijns vrijgevestigde aanbieders bij de vier grootste verzekeraars neemt in 2011 toe met ca. 10% en in 2012 met ca. 6%.

Contracteergraad niet-gebudgetteerde instellingen

Voor de niet-gebudgetteerde instellingen is het om twee redenen niet mogelijk om een contracteergraad weer te geven:

- Een deel van de zorgverzekeraars waarvan in de uitvraag van afgelopen jaar gegevens zijn ontvangen heeft geen gegevens aangeleverd van het aantal gecontracteerde niet-gebudgetteerde instellingen in 2009. Van de vier grootste zorgverzekeraars zijn dit er twee.
- De aantallen niet-gebudgetteerde aanbieders zoals weergegeven in de marktscan zijn inclusief aanbieders van dyslexiezorg. De opgegeven gecontracteerde niet-gebudgetteerde aanbieders zijn in een aantal gevallen exclusief aanbieders die dyslexiezorg leveren.

Het gemiddelde aantal niet-gebudgetteerde aanbieders dat in de tweedelijns een contract heeft afgesloten bij de vier grootste verzekeraars neemt in 2011 toe met ca. 29% en in 2012 met ca. 12%.³²

4.1.4 Zorgpaden en doelgroepensegmentatie

De NZA wil de ontwikkeling van kosten van specifieke patiëntgroepen in de curatieve GGZ kunnen volgen, zoals zij dit heeft gedaan voor de somatische zorg.³³ Een indeling in patiëntgroepen maakt het mogelijk om onafhankelijk van de bekostiging het zorggebruik en de kosten van patiënten met een vergelijkbare zorgvraag te volgen in de tijd, te zien bij welke patiëntgroepen de kosten stijgen of juist dalen en hoe groot de verschillen zijn in behandelpraktijk.

Een bruikbare segmentatie in doelgroepen ontbreekt echter nog. Er is wel een indeling van GGZ DBC's beschikbaar op stoornis niveau, die inzicht kan geven in de DBC-categorieën met de sterkste groei of afname (zie paragraaf 7.1.2). Analyse van gedeclareerde DBC's geven echter onvoldoende aanknopingspunten om tot homogene, klinisch relevante groepen te komen, die de basis kunnen vormen voor een patiëntgroepen analyse. Een mogelijke methode is om zorgprogramma's/zorgpaden als uitgangspunt te nemen.

Zorgprogrammering in de GGZ

Een ontwikkeling in de markt die kan helpen bij een segmentatie naar doelgroepen is zorgprogrammering. De NZa heeft daarom KPMG Plexus gevraagd onderzoek te doen naar de stand van zaken op dit gebied. In de komende paragrafen worden de resultaten van dit onderzoek weergegeven.

Veel GGZ instellingen zijn al enkele jaren bezig met het definiëren van de beste zorg per doelgroep van vergelijkbare patiënten. De doelen van zorgprogrammering lopen uiteen, maar in vrijwel alle gevallen leidt het tot een beter onderscheid tussen doelgroepen. Indien de door de instellingen bedachte segmentatie in doelgroepen voldoende eenduidig blijkt te zijn, dan biedt dit een sterke aanwijzing hoe tot een landelijke definitie van doelgroepen te komen. Daarmee is benchmarking en praktijkvariatie-onderzoek mogelijk op kosten en resultaten.

³² Cijfers afkomstig van de opgave door zorgverzekeraars in oktober 2012.

³³ Zie: NZa marktscan medisch specialistische zorg, NZa, 2012

De stand van zaken op het gebied van zorgprogrammering wordt vanuit twee perspectieven toegelicht. Er wordt eerst gekeken naar de segmentatie in zorgprogramma's en vervolgens naar de segmentatie in doelgroepen binnen deze zorgprogramma's. De nadruk ligt op de doelgroepen aangezien daar de vergelijkbaarheid vandaan moet komen. Idealiter zijn de doelgroepen te definiëren op basis van patiëntkenmerken, zonder aanbodtermen zoals type behandeling of aantal minuten zorg. Op deze manier is het namelijk mogelijk om per doelgroep het verschil in aanbod, en de daaruit volgende kosten en resultaten, te vergelijken. De gebruikte definities van 'zorgprogramma', 'doelgroep' en 'zorgpad' worden in bijlage 4 verder toegelicht.

Voor deze marktscan zijn de zorgprogramma-ontwerpen van 11 instellingen voorzien van scores op diverse gebieden. In de breedte is gekeken naar volledigheid en afbakening van de ontwerpen. In bijlage 4 wordt (voor 8 van de 11 instellingen) in detail gekeken naar drie veel voorkomende zorgprogramma's: depressieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, en psychose of EPA (afhankelijk van de door een instelling gekozen indeling). Hierbij is ook gekeken naar hoe de ontwerpen zich verhouden tot de bestaande richtlijnen.

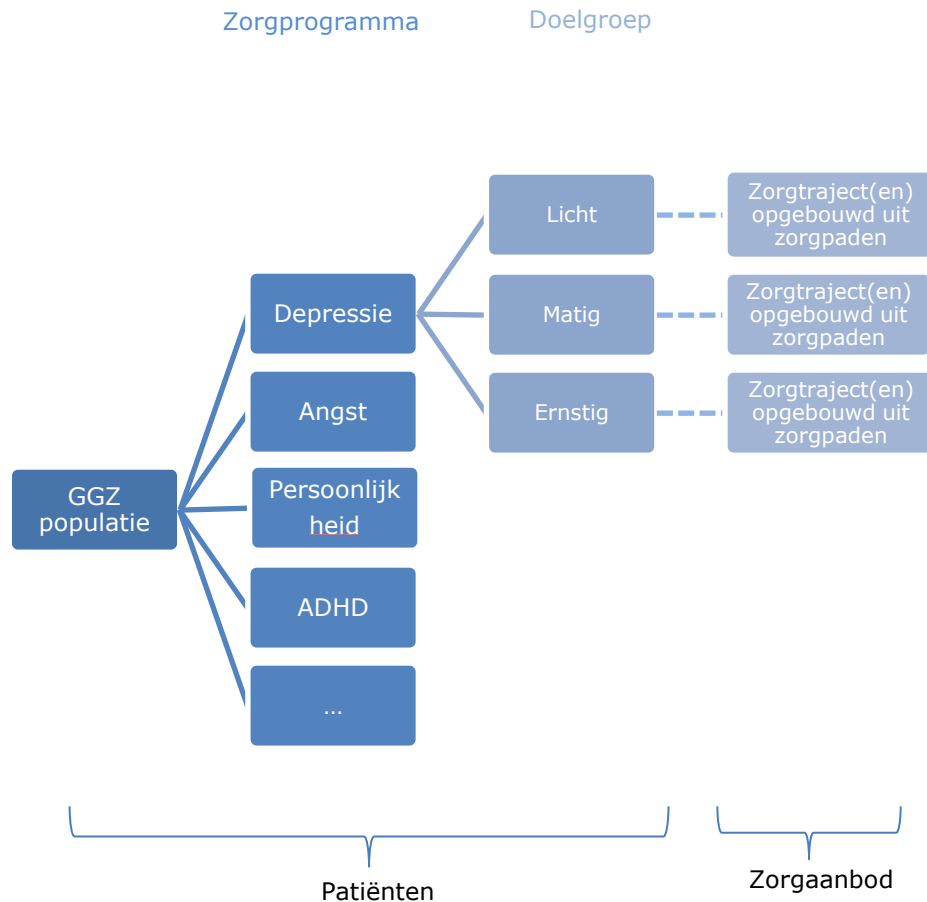
Tot slot nog de opmerking, dat in Nederland en daarbuiten ook op andere wijzen wordt gewerkt aan het definiëren van bruikbare doelgroepen. Zo zijn ZN en GGZNL naar aanleiding van het bestuurlijk akkoord bezig met de definitie van ZorgVraagZwaarte-indicatoren, daarbij ondersteund door DBC-Onderhoud. TOPGGZ en iMTA werken samen aan (vroeg)herkenning van topklinische/referente zorgvragen. ZN en Phrenos hebben een eerste poging gedaan een landelijk toepasbare segmentatie voor EPA te ontwerpen (zie de laatste inkoopgids).

Belangrijkste definities

Verschillende instellingen gebruiken verschillende termen en definities. Bijlage 4 geeft de definities zoals gebruikt in deze marktscan. De hoofdlijn is als volgt. Een zorgprogramma voor een bepaald segment patiënten, bijvoorbeeld het zorgprogramma stemmingsstoornissen, beschrijft:

- (1) De afbakening van dat segment en de doelgroepen daarbinnen
- (2) Het zorgaanbod:
 - Per doelgroep de mogelijke zorgtrajecten (opeenvolging van zorgpaden);
 - Per zorgpad de inhoud (opgebouwd uit modules).

Deze scan beschrijft de segmentatie van de GGZ-populatie in twee stappen. Eerst de stap naar grote groepen, aangeduid als 'zorgprogramma' (paragraaf 4.1.6.1), en vervolgens de stap naar doelgroepen daarbinnen (paragraaf 4.1.6.2). In figuur 4.3 worden deze stappen weergegeven. In bijlage 4 wordt ingegaan op het zorgaanbod per doelgroep.

Figuur 4.3. Uitleg bij een aantal definities

Bron: KPMG Plexus

4.1.4.1 Segmentatie in zorgprogramma's

In de GGZ-sector zijn zorgprogramma's in verschillend detail uitgewerkt. In onderstaande paragrafen staan de verschillen toegelicht, die betrekking hebben op de segmentatie van de GGZ-populatie in grote groepen (zorgprogramma's). Eerst worden verschillen in volledigheid benoemd en de uniformiteit van de indeling in zorgprogramma's. Vervolgens wordt de volwassenheid van de segmentatie in zorgprogramma's behandeld.

DSM IV hoofdclassificatie belangrijkste indeling voor zorgprogramma's

In tabel 4.6 is te zien dat instellingen andere keuzes maken in de indeling en volledigheid van hun zorg in zorgprogramma's. De zorgprogramma's voor Kind en jeugd, en voor Ouderen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.6. Alle zorgprogramma's per instelling, inclusief zorgprogramma's in ontwikkeling

Zorgprogramma	Aantal instellingen
Stemmingsstoornissen – unipolair	11
Stemmingsstoornissen – bipolair	5
Psychotische stoornissen / EPA	11
Persoonlijkheidsstoornissen	10
Ontwikkelingsstoornissen	10

Angststoornissen	10
Eetstoornissen	9
Cognitieve stoornissen	7
Forensische psychiatrie	3
Jongvolwassenen	3
Dubbeldiagnose	3
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	2
Aan middelen gebonden stoornissen	2
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	2
Spoedeisend / crisis	2
Zorgondersteunende zorg	1
Psychotherapeutische deeltijd	1

Bron: KPMG Plexus

Het aantal zorgprogramma's per instelling varieert tussen de 6 en 11. Eén instelling vormt met 50 zorgprogramma's hierop de uitzondering. Zorgprogramma's voor angst, stemming, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen of EPA komen bijna overal terug. Dit is niet zo verrassend, gezien deze de grootste zijn in termen van aantal patiënten en/of kosten. Een ander veelvoorkomend zorgprogramma is ontwikkelingsstoornissen, waaronder zorgprogramma's voor autisme en ADHD vallen. Weinig voorkomende zorgprogramma's zijn daarentegen bijvoorbeeld spoedeisende zorg of een psychische stoornis door een somatische aandoening. Twee van de elf instellingen hebben zorgprogramma's gedefinieerd op basis van zorgaanbod in plaats van doelgroep: zorgondersteunende zorg en psychotherapeutische deeltijd.

De meeste instellingen hebben een zorgprogramma schizofrenie of psychotische stoornissen. Vier instellingen richten zich op een bredere EPA doelgroep, waarbij bijvoorbeeld ook patiënten met een 'chronische' bipolaire of persoonlijkheidsstoornis zijn geïncludeerd.

Slechts drie instellingen hebben een comorbide zorgprogramma geformuleerd. Dit betreft dan het zorgprogramma dubbeldiagnose. Verder valt op dat de meerderheid van de instellingen nog volledig bouwen op leeftijdsgrenzen voor het afbakenen van jeugdigen en ouderen. Slechts vier instellingen maken (al dan niet in combinatie met leeftijd) gebruik van criteria die ingaan op de aard van de problematiek (die samenhangt met de levensfase).

Er is niet in detail onderzocht waarom instellingen bovenstaande keuzes maken. In de praktijk spelen naast inhoudelijke visie de bestaande organisatiestructuur, portfoliokeuzes en schaal ook een belangrijke rol.

Helpt van de instellingen voegt naast hoofdclassificatie DSM IV andere objectieve beslisregels toe

Volwassenheid zegt iets over de gebruikte definities bij het onderscheiden van zorgprogramma's: hoe expliciet en objectief zijn die? Van alle instellingen bleken slechts vier deze segmentatie in één totaaloverzicht te hebben gedefinieerd (bijvoorbeeld één beslisboom waarmee patiënten worden ingedeeld naar de beschikbare zorgprogramma's). Daarom is dit in kaart gebracht door per zorgprogramma (depressie, persoonlijkheid, en psychose/EPA) te kijken naar de volwassenheid van de definities voor toelating tot dat

zorgprogramma. Onderstaande tabel geeft de resultaten en definitie van de scores.

Tabel 4.7. Volwassenheid segmentatie in zorgprogramma's³⁴

Volwassenheid segmentatie in zorgprogramma's				
Score	Depressie	Persoonlijkheid	Psychose / EPA	Toelichting score
1	● ●	● ●	● ●	0 = geen uitsplitsing in zorgprogramma's 1 = wel uitsplitsing in zorgprogramma's + geen criteria anders dan DSM IV hoofdclassificatie
2	● ●	●	●	2 = 1 + wel criteria anders dan DSM IV hoofdclassificatie
3	●	●	● ●	3 = niveau 2 + beslisregels (niet objectief)
4	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	4 = niveau 3 + objectieve beslisregels

Bron: KPMG Plexus

Vrijwel standaard wordt op basis van de hoofdclassificatie in de DSM IV een splitsing gemaakt in zorgprogramma's. Instellingen die de splitsing alleen hierop baseren komen in onze score daarom niet hoger dan volwassenheid niveau 1. De meeste instellingen gebruiken daarnaast nog aanvullende criteria. Indien ze die alleen maar in een lange lijst opsommen 'ter overweging', scoren ze niveau 2. Indien de instellingen ook aangeven welke criteria tot welke doelgroep optellen ('beslisregels', bijvoorbeeld gestructureerd in een beslisboom), scoren ze niveau 3. Voorbeelden zijn criteria om bepaalde groepen uit te sluiten of definities hoe om te gaan met comorbide patiënten. Vier instellingen hebben die beslisregels zo objectief geformuleerd, dat ze niveau 4 scoren. Een voorbeeld hiervan is 'patiënten met een depressie langer dan 6 maanden en met ≥ 7 DSM IV symptomen'.

De indeling van zorgprogramma's op DSM IV hoofdclassificatie helpt in de vergelijkbaarheid van doelgroepen tussen instellingen. Dit vertroebelt wel snel als het gaat om het omgaan met comorbiditeit (alleen voor dubbeldiagnose is soms apart ontworpen). Tussen instellingen die een zorgprogramma rondom EPA of juist psychotische stoornissen opzetten verschilt de afbakening uiteraard fors.

4.1.4.2 Segmentatie van doelgroepen binnen zorgprogramma's

Binnen zorgprogramma's delen instellingen de patiënten op in doelgroepen. Er is op diverse manieren in kaart gebracht hoever instellingen hiermee zijn en of er een vergelijkbaar beeld ontstaat in het land. Binnen deze paragraaf wordt ingegaan op de volwassenheid van de definities van doelgroepen: zijn die expliciet en objectief? In bijlage 4 wordt verder ingegaan op volledigheid: de eerste zorgprogramma's beschreven voornamelijk ambulante voorspelbare zorg. Inmiddels beschrijven de meeste instellingen ook hoe om te gaan comorbiditeit, uitstroom en klinische (crisis)opname. Verder wordt in de bijlage per

³⁴ Ieder bolletje representeert een instelling waarvan voldoende informatie aanwezig was om te scoren. Dit betreft negen instellingen.

zorgprogramma ingegaan op de vergelijkbaarheid van de segmentatie in doelgroepen tussen instellingen.

Helpt instellingen definiëren doelgroepen met beslisregels, waarvan de helft objectief

Bij de beoordeling van de volwassenheid van de indeling in doelgroepen binnen een zorgprogramma is gekeken hoe de indeling is geformuleerd. Als een instelling doelgroepen onderscheidt aan de hand van criteria scoort zij hoger. Wanneer deze criteria ook nog objectief vast te stellen zijn, bijvoorbeeld aan de hand van een meetinstrument, leidt dit weer tot een hogere score (omdat dat uniformiteit in gebruik binnen en uiteindelijk ook tussen instellingen mogelijk maakt). Meer uitleg over de scoringsmethodiek staat in de bijlage.

Tabel 4.8. Volwassenheid segmentatie binnen zorgprogramma's³⁵

Volwassenheid segmentatie binnen zorgprogramma's				
Score	Depressie	Persoonlijkheid	Psychose / EPA	Toelichting score
0			●	0 = geen splitsing in doelgroepen
1		●		1 = splitsing in doelgroepen, geen criteria
2	●	● ●	● ● ●	2 = splitsing in doelgroepen met criteria
3	● ● ● ●	● ● ●	● ●	3 = splitsing in doelgroepen met beslisregels (niet objectief)
4	● ● ●	●	● ●	4 = splitsing in doelgroepen met objectieve beslisregels

Bron: KPMG Plexus

De helft van de instellingen heeft de doelgroepen binnen alle drie de zorgprogramma's op niveau 3 of 4 gedefinieerd, dus met (al dan niet objectieve) beslisregels. De andere instellingen werken hun zorgprogramma's wisselend uit op niveau 1 en 2 (geen beslisregels, soms helemaal geen criteria genoemd) of voor depressie niveau 3. Voorbeelden zijn: instellingen die lager scores geven aan de mate van ernst of comorbiditeit mee te wegen in de keuze tussen doelgroepen.

Er staat dan niet omschreven bij welke kenmerken een patiënt 'ernstig' bevonden wordt. De instellingen die hoger scores geven dit wel aan, bijvoorbeeld aan de hand van het aantal symptomen of middels een meetinstrument, zoals HONOS, GAF, PANSS etc. De volwassenheid van een uitwerking van een zorgprogramma lijkt ook samen te hangen met het type zorgprogramma: depressie scoort het hoogst. Dit lijkt te kunnen worden verklaard door het feit dat de richtlijn depressie ook de meeste structuur geeft voor segmentatie van doelgroepen.

³⁵ Ieder bolletje representeert een van de acht deelnemende instelling waarvan de zorgprogramma's depressie, persoonlijkheidsstoornissen en psychose / EPA zijn gescoord. Eén instelling heeft geen persoonlijkheidsstoornissen zorgprogramma uitgewerkt.

4.2 Marktgedrag bij de langdurende GGZ

De AWBZ stelt zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. De zorgverzekeraars mandateren deze taak aan de zorgkantoren, waarbij ieder zorgkantoor optreedt namens alle zorgverzekeraars en voor hen de gezamenlijke inkoop van AWBZ-zorg doet. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's. Per regio is één zorgkantoor actief en meestal is dit de van oudsher grootste zorgverzekeraar in de regio. Bij het zorgkantoor ligt de zorgplicht voor de cliënt in de regio. Het volgende figuur geeft deze 32 regio's weer.

Figuur 4.4. Indeling in zorgkantorregio's



Bron: VWS

Zorgkantoren lopen geen financieel risico op de inkoop van AWBZ-zorg. Wel wordt erop toegezien dat zij binnen de zogenaamde contracteerruimte AWBZ blijven.

4.2.1 Zorginkoop

Zorgkantoren kunnen de prestaties van zorgaanbieders stimuleren door bij de zorginkoop goed te letten op kwaliteit en doelmatigheid van de zorgaanbieder en op cliëntvoorkeuren. Grofweg kan het door zorgkantoren gehanteerde zorginkoopbeleid in twee categorieën worden ingedeeld: het prijsmodel (P-model) en het volumemodel (Q-model). In het prijsmodel onderhandelt het zorgkantoor met de zorgaanbieder met name over de prijs, niet over de productie ('geld volgt cliënt model'). Het zorgkantoor stuurt cliënten daarbij niet of nauwelijks naar bepaalde zorgaanbieders. Het Q-model wordt ook het 'cliënt volgt geld systeem' genoemd. Het zorgkantoor onderhandelt met de zorgaanbieder met name over het volume, en minder over de prijs. Het zorgkantoor kan cliënten zonder voorkeursaanbieder gericht naar bepaalde aanbieders sturen. Zijn er veel cliënten zonder voorkeur, dan is dit effect groot.

Voor de GGZ-verblijfszorg werd tot 2011 door de zorgkantoren voornamelijk gewerkt voor alle zorgaanbieders met een Q-model, waarbij vooraf met zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het volume per prestatie. Vanaf 2011 is het 'geld volgt cliënt' principe steeds meer het uitgangspunt voor de zorginkoop. Voor de extramurale zorg

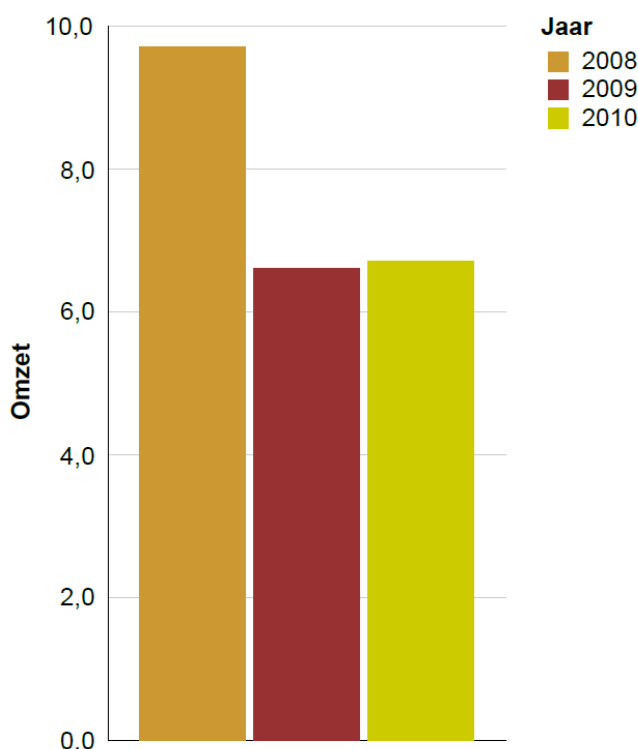
wordt nagenoeg door alle zorgkantoren gewerkt met het 'geld volgt cliënt model' (P-model).

Binnen het P-model en Q-model hanteren zorgkantoren een aantal sturingsinstrumenten, zoals sturing via de overeenkomst, het volume, doelmatigheidseisen, selectieve zorginkoop en de prijs.

Niet-gehonoreerde overproductie

Ook voor de langdurende GGZ geldt dat indien zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, dit alleen wordt vergoed als het zorgkantoor hiermee instemt. Hierbij is het totaalbedrag van de gehonoreerde productieafpraak de bovengrens. Er vindt nacalculatie op basis van de gerealiseerde productie plaats, tenzij een expliciete uitzondering op een bepaalde prestatie in de beleidsregels is opgenomen.

Figuur 4.4. Niet-gehonoreerde overproductie langdurende GGZ (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: januari 2013

De niet-gehonoreerde overproductie is in 2009 gedaald van € 9,7 miljoen naar ca. € 6,6 miljoen. In 2010 is de niet gehonoreerde overproductie vervolgens redelijk gelijk gebleven aan het voorgaande jaar.

Voor de langdurende GGZ geldt dat vanaf 2010 de definitie van het aantal aanbieders is gewijzigd (zie paragraaf 3.1.2). Om deze reden is het niet mogelijk om het, voor de langdurende GGZ specifieke deel van de niet-gehonoreerde overproductie, weer te geven.

4.2.2 Signalen zorginkoop

Het aantal signalen dat de NZa ontvangt over het verloop van het zorginkoopproces in de langdurende GGZ is beperkt. Signalen gaan veelal over het inkoopbeleid of zorginkoopproces van een zorgkantoor. Naast specifieke signalen heeft de NZa in de afgelopen jaren wel een aantal eenzijdige verzoeken ontvangen van de zorgaanbieders in de

langdurende GGZ. Als partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen over de hoogte van de productie en/of de hoogte van de prijzen dan kunnen partijen individueel een eenzijdig verzoek indienen. Deze worden door de NZa in behandeling genomen.

4.3 Overstapgedrag consument

De NZa heeft Motivaction gevraagd om middels haar consumentenpanel onderzoek te doen naar het overstapgedrag van zorgconsumenten op het gebied van zorgaanbieders.

Als de klanttevredenheid gering is, maar het aantal zorgconsumenten dat naar een andere zorgaanbieder overstapt beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Uitingen van overstapdrempels zijn bijvoorbeeld wachttijden of te weinig keuze-informatie. Overstapdrempels beperken de keuzevrijheid van de zorgconsument, de toetreding van nieuwe aanbieders en de dynamiek tussen concurrerende aanbieders.

Uit het onderzoek onder het consumentenpanel bleek dat 16% van de 1108 respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

In onderstaande tabel is te zien welke overwegingen mensen het belangrijkst vonden.

Tabel 4.9. Overwegingen³⁶ om over te stappen

Nummer	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=174)
Nummer 1	Ontevredenheid zorgverlening
Nummer 2	Prijzen zorgverlening
Nummer 3	Veranderende zorgvraag

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Bovenstaande drie redenen werden zowel het meest genoemd als het meest belangrijk gevonden.

Andere overwegingen die vaak door de respondenten werden genoemd zijn: er diende zich een beter/passender alternatief aan (17%), ontevredenheid over de service (16%) en verhuizing (11% van het totaal aantal respondenten en 25% bij mensen met een CIZ indicatie). Deze overwegingen werden weliswaar vaak benoemd, maar minder vaak als belangrijk aangemerkt dan de overwegingen in de bovenstaande top drie.

Van de respondenten die overwogen om over te stappen heeft de helft dit ook daadwerkelijk gedaan. Aan mensen die toch niet overstapten terwijl ze dit wel overwogen, is gevraagd waarom zij dit niet hebben gedaan. De redenen die mensen hiervoor geven, zijn een goede indicatie van wat de overstapdrempels in de markt zijn.

³⁶ De top 3 is gebaseerd op de respondenten die één of meer overwegingen hebben genoemd. Een overweging kan door veel respondenten genoemd worden, maar als respondenten wordt gevraagd om een ranking aan te brengen dan is de volgorde van belang pas te zien. Om deze top drie samen te stellen is aan de mensen die overwogen om over te stappen gevraagd welke redenen ze daartoe hadden. Vervolgens is aan dezelfde mensen gevraagd welke overweging zij het belangrijkst vonden

Tabel 4.10. Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt

Reden	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=87)
Geen geschikt/passend alternatief	28%
Teveel gedoe	28%
Wist niet of ik beter af zou zijn	24%
Zorgaanbieder kent mijn voorgeschiedenis	15%
Was tevreden over zorgaanbieder	13%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Bovenstaande tabel vermeldt de vijf redenen die het meest werden genoemd tijdens het onderzoek. Zorgconsumenten blijken vooral moeite te hebben met het vinden van een goed alternatief voor hun huidige zorgaanbieder en op te zien tegen het gedoe dat overstappen met zich meebrengt. Daarnaast speelt mee dat mensen onzeker zijn of ze bij een andere zorgaanbieder ook echt beter af 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.

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg; de NZa 'meet' de kwaliteit niet. Er is wel een aantal indicatoren die de NZa kan volgen om een beeld te krijgen hoe het met de kwaliteit in een sector is gesteld, te weten:

- het (verscherpte) toezicht door IGZ;
- het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken.

Deze twee indicatoren komen achtereenvolgens aan bod.

5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. IGZ onderscheidt vier typen maatregelen en bijbehorende instrumenten, waaronder de mogelijkheid tot het opleggen van corrigerende maatregelen. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.³⁷

Voor drie vrijgevestigde GGZ-aanbieders (psychiaters en psychotherapeuten of combinatie daarvan) en een GGZ-instelling geldt op het moment van schrijven een bevel tot sluiten dan wel een bevel tot neerleggen van de werkzaamheden.

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Keurmerken zijn een indicator voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Tabel 5.1 geeft een overzicht van keurmerken en certificaten, met daarachter het aantal zorgaanbieders dat over het betreffende keurmerk beschikt en dit hebben aangegeven bij het invullen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). In bijlage 1 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

Tabel 5.1. Keurmerken/certificaten

Keurmerk/Certificaat	2010	2011
----------------------	------	------

³⁷ IGZ, IGZ-handboek, Richtlijn voor transparante handhaving, Den Haag, 12 december 2008, p. 15-16

HKZ	165	217
ISO 9001	18	27
NIAZ	9	18
TOP GGZ ³⁸	3	3
Blik op werk	8	7
Overig	22	41

Bron: DigiMV

In 2011 hebben 290 instellingen het JMV voor de GGZ ingevuld, dit zijn er 42 meer dan in 2010. Van de instellingen die het JMV in 2011 hebben ingevuld, geven 277 instellingen aan dat zij één of meerdere kwaliteitscertificaten hebben. In 2010 waren dit 204 instellingen. Deze stijging komt overeen met de ontwikkeling die de tabel laat zien.

5.2 Transparantie van zorg

Het is van belang dat het voor de patiënt/verzekeraar inzichtelijk is wat de kwaliteit van zorg is bij een bepaalde aanbieder zodat hij zijn keuze mede kan bepalen op basis hiervan. De NZa inventariseert daarom initiatieven die bijdragen aan de transparantie van zorg. De NZa meet dan niet de absolute kwaliteit van zorg, maar zij kan wel acties ondernemen indien de transparantie van zorg onvoldoende is.

Deze paragraaf richt zich op de beschrijving van twee onderdelen:

- Transparantie van prestatie-indicatoren
- Uitkomstindicatoren (ROM)

5.2.1 Prestatie-indicatoren

Jaarlijks dienen alle zorgaanbieders met WTZi-erkenning de Kernset prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (ZiZo). Na levering van de data van alle zorgaanbieders worden deze ter accordering teruggekoppeld aan de zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder akkoord is met de data publiceert ZiZo de resultaten van de prestatie-indicatoren in haar JMV. De prestatie-indicatoren dienen vóór 1 juni in het JMV te zijn verwerkt.

Per 1 januari 2013 zal Zichtbare Zorg opgenomen worden in het Zorginstituut Nederland. Vanaf dat moment zullen veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn voor het verzamelen, verwerken en bewerken van kwaliteitsdata, maar ook voor de verdere doorontwikkeling van de prestatie-indicatoren. De uitvraag over verslagjaar 2012 zal dan ook in het veld worden belegd. Verder zullen de partijen, in overleg met het kwaliteitsinstituut, in de komende jaren een kwaliteitsprogramma opzetten voor niet alleen de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, maar ook de verdere ontwikkeling van zorgpaden, behandelrichtlijnen en ROM-vragenlijsten.³⁹

³⁸ Aangezien het keurmerk 'Top GGZ' op afdelingsniveau in plaats van aanbiedersniveau wordt toegekend, kan het aantal verleende keurmerken in werkelijkheid hoger uitvallen.

³⁹ Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, juni 2012, p. 9. Zie pagina 25 marktscan.

In tabel 5.2 is te zien dat het aantal instellingen dat prestatie-indicatoren GGZ aan ZiZo aanlevert in de afgelopen jaren is toegenomen.⁴⁰

Tabel 5.2. Aanlevering kernset prestatie-indicatoren ZiZo

Aantal	2008	2009	2010	2011
Instellingen	145	178	212	230

Bron: Mediquest en ZiZo

In de eindrapportage van het verslagjaar 2010 heeft de stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ aangegeven dat het moeilijk blijkt te zijn om een betrouwbare vergelijking tussen instellingen te maken. Dit vraagt om zorgvuldigheid bij de interpretatie van de resultaten en het trekken van conclusies.⁴¹

Voor verslagjaar 2011 is er dan ook een klein aantal wijzigingen gedaan ten opzichte van voorgaande jaren in het kader van de doorontwikkeling van de indicatoren. Eén daarvan is dat de basisset van indicatoren is teruggebracht naar een kernset. Een aantal indicatoren is weggelaten om de indicatoren uit de kernset eerst door te ontwikkelen. Uitgangspunt hierbij is dat de indicatoren in de kernset voldoende bruikbaar moeten zijn en voldoende zeggingskracht moeten hebben. De verdere doorontwikkeling van de indicatoren heeft ook tot een aantal wijzigingen in de kernset 2012 geleid.⁴² Zo is het nu voor een aantal indicatoren mogelijk om deze via de ROM-portal aan te leveren. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid en bruikbaarheid van de data door de veldpartijen is er nu sprake van dataregistratie op cliëntniveau. Ook heeft er afstemming plaatsgevonden met de veldpartijen, waaronder Stichting Benchmark GGZ en de ROM expert groep van GGZ Nederland, bij de keuze voor de meetinstrumenten. Het gebruik van eigen meetinstrumenten door de aanlevering van gegevens is dan ook niet meer toegestaan. Hetzelfde geldt voor het verantwoorden op basis van een steekproef.⁴³

5.2.2 Routine Outcome Monitoring

Bij Routine Outcome Monitoring (ROM) worden herhaaldelijk gedurende de behandeling de klachten of problemen bij een individuele patiënt gemeten. Dit wordt gedaan door middel van vragenlijsten die de zorgaanbieder aan het begin, periodiek gedurende de behandeling, en aan het einde afneemt. De behandelaar krijgt zo tijdig inzicht in het effect van de behandeling en kan daar de behandeling op afstemmen. Door uitkomstgegevens bij een grote groep patiënten te verzamelen en te middelen kan een landelijke benchmark voor therapie-uitkomst ontstaan. Door eigen uitkomsten te vergelijken met deze benchmark wordt inzicht verkregen in hoe de zorgaanbieder presteert ten opzichte van anderen. Dit inzicht kan een leertraject op gang brengen en uiteindelijk tot een kwalitatief betere zorg leiden.

⁴⁰ De cijfers komen uit de volgende vier bronnen: het rapport 'Visualisering prestatie-indicatoren 2008' van Mediquest (cijfers 2008), het evaluatierapport 'Basisset prestatie-indicatoren GGZ verslagjaar 2009 van ZiZo (cijfers 2009), de 'Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2010' van ZiZo (cijfers 2010) en de 'Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2011' van ZiZo (cijfers 2011).

⁴¹ Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2010, juli 2011

⁴² Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2011, augustus 2012

⁴³ 'Kernset prestatie-indicatoren 2012 GGZ en VZ' van ZiZo.

In het bestuurlijk akkoord GGZ 2012⁴⁴ is ROM aangewezen als de gemeenschappelijke taal voor kwaliteit. Hierbij wordt het verbeteren van de behandeling en ondersteuning van de patiënt, maar ook zelfmanagement van de patiënt, als primair doel gesteld. De ontwikkeling van ROM wordt hierdoor verder gestimuleerd. Iedere zorgaanbieder⁴⁵ verplicht zich hierbij tot het geven van zicht op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en patiëntervaring van de geleverde zorg. Zorgverzekeraars gebruiken deze uitkomsten om een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van de GGZ en om afspraken te kunnen maken over de verbetering van de zorg. ROM en benchmarken zijn nog volop in ontwikkeling. Zo wordt nog onderzocht wat de beste instrumenten zijn voor ROM in de academische- en ziekenhuispsychiatrie.

Benchmarken

Naast het gebruik van ROM om de behandeling van de patiënt te volgen en te kunnen bijsturen, kunnen ROM-gegevens ook gebruikt worden om op een meer geaggregeerd niveau, zoals het niveau van de zorgaanbieder, de uitkomst bij groepen patiënten vast te stellen en te vergelijken met een landelijk gemiddelde (benchmarken). Via de Benchmark Rapportage Module (BRaM) van Stichting Benchmark GGZ (SBG) kunnen de effecten van een behandeling niet alleen vergeleken worden met het landelijk gemiddelde, maar ook middels een referentiegroep met een selectie van instellingen waar men aan verwant is. Zowel zorgaanbieders als verzekeraars kunnen meer gedetailleerde rapportages opvragen, bijvoorbeeld van subgroepen van patiënten met een bepaalde diagnose of achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd). Verzekeraars hebben alleen inzicht in de rapportages van de zorgaanbieders waarmee ze een contract hebben.

Zoals beschreven in de Marktscan GGZ 2011 beschikt de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) per 1 januari 2011 over een eigen ROM-portal. NVVP-leden krijgen inzicht in de eigen praktijkvoering en het NVVP-bureau krijgt de mogelijkheden de meetresultaten op geaggregeerd niveau onderling te vergelijken (benchmarken). Ruim 750 leden van de NVVP maken inmiddels gebruik van de ROM-portal. Dit betreft een toename van 350 leden ten opzichte van vorig jaar. Momenteel wordt er ook voor de vrijgevestigde GGZ aanbieders gewerkt aan de mogelijkheid tot deelname aan de benchmark systematiek.

ROM-respons

In 2010 is er een convenant gesloten tussen zorgverzekeraars en GGZ Nederland waarbij zorgaanbieders in 2011 voor ten minste 20% van hun patiënten uitkomstgegevens (begin- en eindmetingen) aan zouden gaan leveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). Dit percentage zou in 2014 moeten zijn gegroeid naar 50%.⁴⁶ SBG geeft aan dat inmiddels ca. 240 instellingen een overeenkomst hebben afgesloten om uitkomstgegevens aan te leveren. Dit aantal groeit nog. Het percentage DBC's dat is aangeleverd en ook daadwerkelijk evalueerbaar is, blijft echter enigszins achter bij de prognoses: per september 2012 heeft SBG bij ongeveer 9% van de daadwerkelijk aangeleverde en afgesloten DBC's een geldige voor- en nameting ontvangen.

⁴⁴ Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, juni 2012. Zie pagina 19 marktscan.

⁴⁵ De huisartsenfunctie en ondersteuningsfunctie GGZ uitgezonderd

⁴⁶ Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland – ZN over transparantie en financiering onderhanden werk, juli 2010

CQI-index

Naast de uitkomstmeting met ROM ontwikkelen GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars een landelijk programma voor het structureel meten van klantervaringen. In 2011 is in opdracht van GGZ Nederland en ZN een diagnose specifieke uitvraag van de CQ-index voor de ambulante GGZ uitgevoerd. In 2012 wordt een pilot uitgevoerd om structureel en bij alle GGZ-cliënten klantervaringen te meten, door een verkorte CQ-index te ontwikkelen en op te nemen in de ROM systematiek. Vanaf 2013 kan SBG de CQ-index gegevens verzamelen en de resultaten terugkoppelen aan het veld middels BRaM.

5.3 Transparantie van keuze informatie

Eén van de duidelijkste indicatoren voor het functioneren van de markt zijn de keuzes die consumenten maken. In deze paragraaf wordt de beschikbaarheid van keuze informatie voor zorgconsumenten bestudeerd.

De NZa heeft Motivaction gevraagd om middels haar consumentenpanel onderzoek te doen naar het keuzegedrag van zorgconsumenten. Hierbij is onder andere gekeken naar de manier waarop de keuze voor een zorgaanbieder tot stand komt.

Het consumentenpanel bestaat uit respondenten die zelf zorg gebruiken, maar ook uit respondenten die een naaste hebben die GGZ-zorg ontvangt. De helft van de naasten zegt mee te hebben beslist bij de keuze voor de zorgaanbieder.

Tabel 5.3. Hoe bij zorgaanbieder terechtgekomen

Hoe bij de zorgaanbieder terechtgekomen	Totaal GGZ - 18 jaar en ouder (n=1108)	CIZ- indicatie (n=335)	Geen CIZ- indicatie (n=615)	Indicatie onbekend (n=158)
Samen met huisarts besloten	24%	14%	29%	25%
Zelf gekozen	20%	13%	24%	20%
Besloten door huisarts	11%	9%	10%	17%
Op advies van zorginstelling/zorgaanbieder	8%	10%	7%	8%
Advies van mensen uit mijn omgeving	6%	6%	7%	6%
Vanwege spoedgeval naar beschikbare aanbieder	4%	8%	2%	2%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

In de bovenstaande tabel staan de zes meest genoemde manieren waarop respondenten bij hun aanbieder terecht zijn gekomen. Bijna een kwart van alle respondenten zegt samen met de huisarts voor een aanbieder gekozen te hebben. Opvallend is het verschil tussen respondenten met en zonder CIZ-indicatie. De mensen zonder CIZ-indicatie noemen vaker dan mensen met CIZ-indicatie dat ze zelf of samen met de huisarts voor een aanbieder kiezen.

Tijdens het onderzoek is ook gevraagd welke informatie een rol heeft gespeeld bij de keuze voor een zorgaanbieder.

Tabel 5.4. Informatie die een rol heeft gespeeld bij keuze voor zorgaanbieder (meerdere antwoorden mogelijk)

Type informatie	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=1108)
Informatie bij huisarts/ zorginstelling /zorgverlener	44%
Advies/ervaring uit omgeving	19%
Informatie op internet	15%
Eerdere ervaring met zorgaanbieder	12%
Had geen keuze	8%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

De tabel geeft de vijf antwoorden die het vaakst door respondenten werden gegeven. Informatie van de huisarts en de zorgaanbieder is de vaakst aangesproken bron van informatie. Dit is niet verrassend, gezien de eerdere conclusie dat mensen vaak samen met de huisarts beslissen waar ze naar toe gaan. Ook het advies van mensen uit de omgeving (anders dan zorgverleners) speelt een belangrijke rol. Verder geeft 15% aan dat informatie op het internet een rol speelde bij de keuze voor een aanbieder.

Aan respondenten is ook gevraagd welke overwegingen zij het zwaarst mee lieten tellen in de keuze voor een zorgaanbieder. In tabel 5.5 is de top drie overwegingen weergegeven. De top drie bestaat uit de meest genoemde én meest belangrijke overwegingen volgens de respondenten.

Tabel 5.5. Top 3 overwegingen bij keuze voor zorgaanbieder

Nummer	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=884)
Nummer 1	Kwaliteit zorg
Nummer 2	Aanwezigheid specialisten/type behandeling
Nummer 3	Wachttijd

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Andere overwegingen die vaak werden genoemd zijn: locatie en ligging (30% van de respondenten gaf aan deze overweging een rol speelde), vriendelijkheid van de behandelaar en het personeel (20%) en vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar (17%). Deze overwegingen werden weliswaar vaak benoemd, maar minder vaak als belangrijk aangemerkt dan de overwegingen in de bovenstaande tabel.

Van alle respondenten gaf 28% aan verschillende zorgverleners te hebben vergeleken voordat ze een keuze voor een aanbieder maakten. Bij de mensen met een CIZ-indicatie gaf 40% aan zorgaanbieders te hebben vergeleken.

Aan de mensen die geen zorgaanbieders hadden vergeleken is gevraagd waarom ze dit niet deden.

Tabel 5.6. Redenen geen zorgaanbieders met elkaar vergeleken (meerdere antwoorden mogelijk)⁴⁷

Reden	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n= 639)
Geen behoefte aan /geen reden toe	40%

⁴⁷ Antwoorden van respondenten die aangeven zelf te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder

Werd doorverwezen	26%
Als huisarts of zorgaanbieder het regelt kan ik sneller terecht	17%
Aangeraden door familie / vrienden	12%
Er was geen tijd voor / spoed	12%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

In bovenstaande tabel is te zien dat 40% van de respondenten aangaf dat ze geen aanbieders hebben vergeleken omdat ze hier geen reden of behoefte toe hadden. Daarnaast speelt het doorverwijzen een belangrijke rol.

De meerderheid van de respondenten kon terecht bij de zorgaanbieder van hun eerste keuze (66% van de 1021 respondenten). Daarnaast kon 11% wel bij deze aanbieder terecht maar moest eerst wachten. Een minderheid van 6% kon niet bij de aanbieder van hun eerste keuze terecht, de resterende 16% had niet de vrijheid om zelf voor een aanbieder te kiezen.

Verder gaf 26% van de respondenten aan dat ze in 2011 of 2012 ook een keer bewust niet voor een bepaalde aanbieder heeft gekozen. De meest genoemde redenen hiervoor waren de kosten die niet vergoed worden en een eerdere negatieve ervaring met een behandeling.

Tot slot is gevraagd of er naar mening van de respondenten voldoende informatie aanwezig was om een goede keuze te kunnen maken. Uit tabel 5.7 blijkt dat 60% van de respondenten voldoende tot ruim voldoende informatie ter beschikking heeft om een keuze te maken. Hier geldt dat voor een aanzienlijk deel van de respondenten de vraag niet van toepassing is (17%).

Tabel 5.7. Beschikbaarheid keuze informatie

Mate van beschikbaarheid	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=1021)
Ruim voldoende	21%
Voldoende	39%
Niet voldoende, niet onvoldoende	12%
Onvoldoende	4%
Ruim onvoldoende	8%
Niet van toepassing	17%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is één van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan:

- de fysieke toegankelijkheid: de wachttijden;
- de financiële toegankelijkheid: de eigen bijdrage en de restitutie bij niet-gecontracteerde zorg.

6.1 Fysieke toegankelijkheid

In deze paragraaf worden kort de feitelijke wachttijden in de curatieve GGZ en de langdurende GGZ toegelicht. Vervolgens worden de wachttijden ervaren door de consument beschreven.

6.1.1 Wachttijden bij curatieve GGZ

Alle gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde instellingen alsmede alle vrijgevestigde aanbieders in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg dienen hun wachttijden op hun website te publiceren volgens vaste, landelijke definities. De wachttijdpublicatie is alleen van toepassing op ambulante zorgverlening. Deze informatieverplichting is opgenomen in een Nadere Regeling van de NZa. Over de totale gemiddelde wachttijd in de tweedelijns curatieve GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar t.o.v. de gegevens opgenomen in de monitor GGZ 2010.

Gegevens over de wachttijden voor de eerstelijns psychologische zorg zijn beschikbaar bij de Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). Uit het jaarbericht 2011 van de LVE blijkt dat in 2011:

- Er net als in 2010 wachttijd voor de eerstelijns psychologische zorg bestaat. Deze wachttijd is afhankelijk van de regio;
- Gemiddeld wachten cliënten 21 dagen op hulp, wat iets langer is dan de wachttijd in 2010, maar drie dagen korter dan in 2009.⁴⁸

6.1.2 Wachttijden bij langdurende GGZ

Voor wat betreft de langdurende GGZ geldt dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als beheerder van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) kwartaalrapportages van alle zorgkantoren ontvangt. In de AZR wordt geregistreerd of een geïndiceerde cliënt inmiddels in zorg is, en zo ja voor welke van zijn geïndiceerde functies. Hieruit kunnen idealiter zowel het aantal wachtenden als de gemiddelde wachttijd worden afgeleid. Voor de langdurende GGZ is dit echter nog niet mogelijk geweest.

Overigens kan een zorgkantoor in geval van problematische wachtlijsten een beroep doen op de knelpuntenprocedure van de NZa. In 2010, 2011 en 2012 is op deze procedure geen beroep gedaan.

⁴⁸ Dat is conform het LVE-beleid, dat uitgaat van maximaal drie weken tussen aanmelding en eerste consult en drie weken tussen eerste consult en vervolg.

6.1.3 Wachtlijden vanuit de zorgconsument

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijden voor patiënten. Hierbij is gevraagd naar de daadwerkelijke wachttijden en ook naar de wachttijd die respondenten acceptabel vinden. De resultaten voor curatieve GGZ en langdurende GGZ vertoonden weinig verschil en zijn daarom samengenomen.

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. Onderstaande wachttijden, afkomstig van het onderzoek van Motivaction, hebben betrekking op de wachttijd voor behandeling en/of opname in het algemeen. Hierdoor zijn onderstaande resultaten niet direct te koppelen aan de genoemde treeknormen.

Tabel 6.1. Acceptabele wachttijd voor een behandeling/opname (n=975)

Aantal weken	Maximale acceptabele wachttijd (cumulatief)	Maximale acceptabele wachttijd in % (cumulatief)
≥13 weken	6	1%
<10 weken	23	2%
< 8 weken	49	5%
< 6 weken	120	12%
< 4 weken	355	36%
< 3 weken	542	55%
< 2 weken	840	85%
< 1 week	975	100%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 36% van de respondenten een wachttijd van maximaal vier weken nog acceptabel vindt.

Tabel 6.2. Werkelijke wachttijd voor een behandeling/opname (n=946)

Aantal weken	Maximale werkelijke wachttijd (cumulatief)	Maximale werkelijke wachttijd in % (cumulatief)
< 1 week	362	38%
< 2 weken	565	59%
< 3 weken	660	69%
< 4 weken	745	78%
< 6 weken	829	87%
< 8 weken	858	91%
< 10 weken	881	94%
< 12 weken	909	97%
≥ 13 weken	946	100%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Uit bovenstaande tabel blijkt dat ongeveer 80% van de respondenten ook daadwerkelijk binnen vier weken terecht kon.

Tabel 6.3. Tevredenheid over wachttijd bij zorgaanbieder

Mate van tevredenheid	Totaal GGZ – 18 jaar en ouder (n=1068)
Zeer tevreden	23%
Tevreden	39%
Niet tevreden, niet ontevreden	18%
Ontevreden	8%
Zeer ontevreden	5%
Weet niet/ Geen antwoord	7%

Bron: Motivaction peildatum: juli 2012

Uit tabel 6.3 blijkt dat 62% van de respondenten aangeeft tevreden tot zeer tevreden te zijn over de tijd die gewacht moest worden.

Verder geeft 4% van de respondenten aan dat ze gebruik hebben gemaakt van de wachttijdbemiddeling van hun zorgverzekeraar 19% van de respondenten geeft aan dat ze niet wisten dat deze mogelijkheid bestaat.

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.

6.2.1 Eigen bijdrage curatieve GGZ

In tabel 6.4 is de hoogte van de eigen bijdragen voor de curatieve GGZ weergegeven.

Tabel 6.4. Eigen bijdrage curatieve GGZ (in €)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Eerstelijns psychologische hulp	Per zitting	10,-	10,-	10,-	10,-	20,-	20,-
Tweedelijns GGZ	Behandeling	15,60 voor psycho- therapie	-	-	-	200,- per dbc	-
	Verblijf	-	-	-	-	145,- per maand	-

Bron: Ministerie van VWS

Eerstelijns

De eigen bijdrage voor de eerstelijns psycholoog blijft in 2013 gelijk. In 2012 werden de eerste vijf sessies vergoed uit het basispakket, in 2013 blijft dit ook gelijk.

E-health

Voor een internetbehandelingstraject (e-health) geldt in 2013, net als in 2012, een eigen bijdrage ter hoogte van €50.

Tweedelijns

De eigen bijdrage voor de tweedelijns curatieve GGZ is per 2013 afgeschaft voor DBC's die op 1 januari 2013 of later worden geopend. In 2012 werd een eigen bijdrage ingevoerd ter hoogte van € 200 per jaar voor behandelingen die langer dan 100 minuten duren. Voor behandelingen tot 100 minuten gold in 2012 een eigen bijdrage van € 100 per jaar. De eigen bijdrage had echter geen betrekking op onder andere cliënten die in crisis verkeerden of cliënten jonger dan 18 jaar.

Ook voor verblijf geldt dat de per 2012 ingevoerde eigen bijdrage voor cliënten van 18 jaar en ouder niet gecontinueerd wordt. Deze eigen bijdrage in 2012 ging in vanaf de tweede maand van verblijf in een GGZ-instelling en bedroeg € 145 per maand.

Het effect van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ is nog niet in deze marktscan opgenomen aangezien deze DBC's nog niet afgesloten en dus gedeclareerd waren. In toekomstige scans zal hier wel meer informatie over beschikbaar zijn. Verder voert KPMG Plexus, in opdracht van het ministerie van VWS, op diverse momenten een monitor uit om de effecten van de invoering van deze eigen bijdrage te meten. In september 2012 is hier een tussenrapport⁴⁹ over verschenen waarin de nulmeting en de eerste meting na een half jaar zijn opgenomen. Bij deze meting wordt voor 2012 onder andere uitgegaan van het aantal geopende DBC's.

6.2.2 Eigen bijdrage langdurende GGZ

Tabel 6.5. Eigen bijdrage langdurende GGZ (in €)

		2008	2009	2010	2011	2012
Langdurende GGZ met verblijf	Lage eigen bijdrage	727,6	741,2	758,6	764,4	778,6
	Hoge eigen bijdrage	1.804,6	1.838,6	2.081,6	2.097,4	2.136,4
Langdurende GGZ zonder verblijf	Eenpersoons-huishouden	16,8	17,2	17,6	17,8	18,0
	Tweepersoons-huishouden	24,2	24,6	25,2	25,4	25,8

Bron: CAK

Voor de langdurende GGZ met verblijf is er een hoge en een lage eigen bijdrage. De lage eigen bijdrage is onder andere van toepassing op de eerste zes maanden van verblijf. Verder is de eigen bijdrage inkomensafhankelijk. Er is sprake van een minimale en een maximale eigen bijdrage. De gepresenteerde waarden in tabel 6.5 zijn een weergave van de maximum eigen bijdragen.

Ook voor de langdurende GGZ zonder verblijf is de eigen bijdrage inkomensafhankelijk. Voor de lagere inkomens geldt dat voor de eigen bijdrage zonder verblijf per periode van vier weken nooit meer wordt betaald dan de in de tabel opgenomen bedragen. Voor de hogere inkomens gelden hogere bedragen. Aangezien deze bedragen per individuele situatie verschillen kunnen deze niet in bovenstaande tabel opgenomen worden. De eigen bijdrage is naast het inkomen verder

⁴⁹ Monitor effecten eigen bijdrage GGZ, eerste tussenrapportage september 2012, KPMG Plexus.

afhankelijk van de gezinssituatie, leeftijd, welke zorg de cliënt ontvangt en in welke gemeente de cliënt woont.

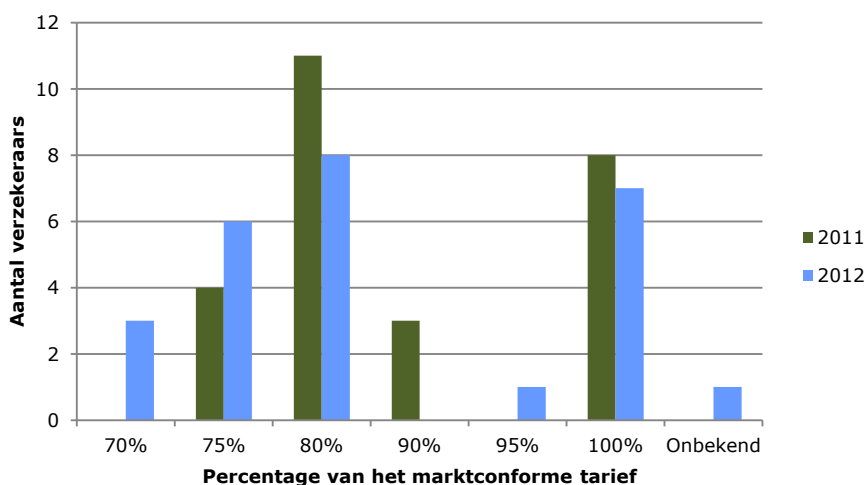
6.2.3 Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars melden in hun polissen en op hun websites wat de vergoeding is indien verzekerden naar een GGZ-aanbieder gaan die niet door hen gecontracteerd is. Verzekeraars mogen namelijk de vergoeding beperken wanneer de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Dit is met name van belang voor verzekerden met een naturapolis, omdat hierbij vaak sprake is van een relatief grotere groep niet-gecontracteerde aanbieders. 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.

6.2.3.1 Restitutie bij eerstelijns psychologische zorg

In figuur 6.1 is aangegeven hoeveel verzekeraars een bepaalde vergoeding bieden voor een individueel consult. De vergoeding is uitgedrukt als percentage van het marktconforme tarief.

Figuur 6.1. Restitutie bij niet-gecontracteerde 1^e lijns GGZ



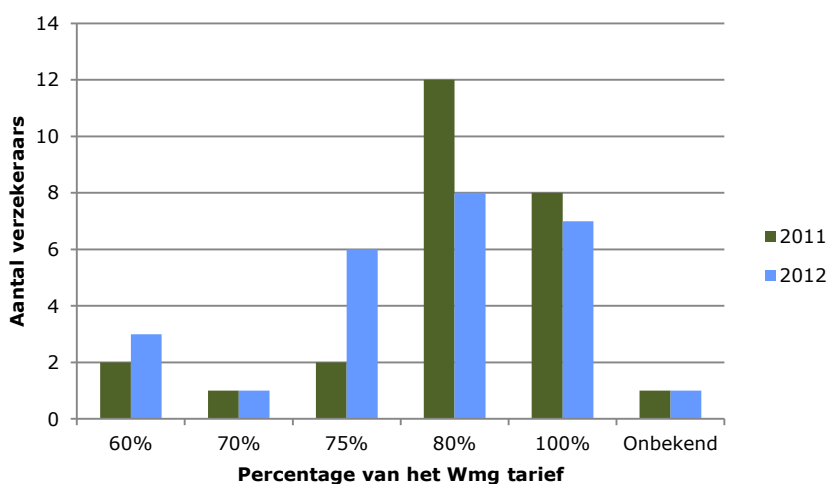
Bron: Polissen zorgverzekeraars

Een stijgend aantal verzekeraars biedt in 2012 een lagere vergoeding aan. Dit is te zien aan de stijging van het aantal verzekeraars dat 70% of 75% van een consult vergoedt. Tegelijkertijd is ook te zien dat het aantal verzekeraars dat een relatief hoge vergoeding geeft, zoals 80%, 90% en 100%, daalt.

6.2.3.2 Restitutie bij tweedelijns ambulante GGZ

Voor de tweedelijns GGZ geldt dat de restitutie doorgaans wordt uitgedrukt in een percentage van het wettelijke tarief.

Figuur 6.2. Restitutie bij niet-gecontracteerde 2^e lijns ambulante GGZ



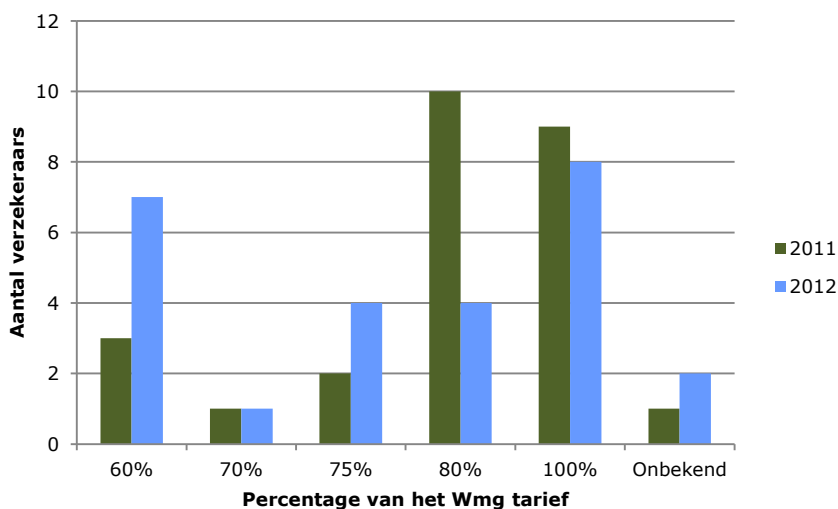
Bron: Polissen zorgverzekeraars

Het aantal verzekeraars dat in 2012 een vergoeding van 80% en 100% heeft is lager dan in voorgaande jaren. Het aantal verzekeraars dat een lagere vergoeding in de range tussen 70% en 75% heeft, stijgt.

6.2.3.3 Restitutie bij tweedelijns klinische GGZ

Ook voor de tweedelijns klinische GGZ geldt dat de restitutie doorgaans wordt uitgedrukt in een percentage van het wettelijke tarief.

Figuur 6.3. Restitutie bij niet-gecontracteerde 2^e lijns klinische GGZ



Bron: Polissen zorgverzekeraars

Voor de tweedelijns klinische GGZ is te zien dat er dit jaar meer verzekeraars zijn die een relatief lage vergoeding van 60% en 75% bieden bij niet-gecontracteerde zorg. Het aantal verzekeraars met een hogere vergoeding van 80% en 100% daalt sterk.

Zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns GGZ blijken de vergoedingen dus te dalen ten opzichte van 2011.

7. Betaalbaarheid

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

7.1 Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in de curatieve GGZ

7.1.1 Omzetontwikkeling totale curatieve GGZ

In de tabellen 7.1 en 7.2 wordt de omzetontwikkeling voor de curatieve GGZ weergegeven. Voor de gebudgetteerde curatieve GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij NZa bekend zijn. Voor 2012 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 andere aanbieders is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis.

Tot 31 december 2012 kunnen nog declaraties van tweedelijns zorg binnenkomen bij Vektis over 2010. De omzet van niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde aanbieders kan derhalve hoger uitvallen. De omzet van deze twee groepen aanbieders over 2011 is nog niet bekend omdat tot 31 december 2013 nog declaraties bij Vektis kunnen binnenkomen over 2011. Voor de eerstelijns aanbieders is het echter wel mogelijk om omzetgegevens over 2011 weer te geven. De eerstelijns declareert op basis van consulten en hebben geen doorlooptijd zoals DBC's.

Tabel 7.1. Omzetontwikkeling curatieve GGZ (in miljoenen €)

		2008	2009	2010	2011	2012
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns psychologische zorg	93,2	102,0	118,5	116,9	n.b.
	Totaal	93,2	102,0	118,5	116,9	n.b.
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	3.153,0	3.402,7	3.491,4	3.633,8	3.516,5 ⁵⁰
	Niet gebudgetteerde instellingen	10,6	59,8	105,7	n.b.	n.b.
	Vrijgevestigde aanbieders	116,1	217,4	240,2	n.b.	n.b.
	Totaal	3.279,6	3.679,9	3.837,3	n.b.	n.b.
Totaal eerstelijns + tweedelijns		3.372,8	3.781,9	3.955,8	n.b.	n.b.

Bron: NZa peildatum: oktober 2012/ Vektis peildatum: maart 2012

In tabel 7.1 is te zien dat de omzet van de gebudgetteerde zorgaanbieders in 2011 stijgt met circa 4% ten opzichte van 2010.

⁵⁰ Deze cijfers zijn op basis van de, bij de NZa ingediende, productieafspraken en mutaties van de gebudgetteerde aanbieders.

De omzet van de gebudgetteerde zorgaanbieders bevat de gehonoreerde productie. Niet-gehonoreerde overproductie, het deel van de omzet binnen de curatieve GGZ welke niet vergoed wordt door zorgverzekeraars, is geen onderdeel van deze omzet.

De gedeclareerde omzet van de niet- gebudgetteerde aanbieders stijgt in 2010 met circa 25%. De stijging van de omzet van de niet- gebudgetteerde aanbieders in 2009 en 2010 kan worden verklaard door de stijging van het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders (zie paragraaf 3.1.1)

De totale omzet curatieve GGZ stijgt in 2009 met circa 12%. In 2010 is deze stijging ongeveer 5%.

Naast de omzetontwikkeling op basis van declaratiegegevens, heeft de NZa ook informatie bij de zorgverzekeraars opgevraagd over de verwachte schadelast 2011 en 2012. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten hiervan weergegeven.

Tabel 7.2. Geschatte schadelast curatieve GGZ 2011-2012 (in miljoenen €)

Soort aanbieder		2011	2012
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns psychologische zorg, gecontracteerd	104,4	88,9
	Eerstelijns psychologische zorg, niet gecontracteerd	15,7	11,2
	Totaal	120,1	100,1
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders (per definitie gecontracteerd)	3.579,9	3.481,3
	Niet gebudgetteerde instellingen, gecontracteerd	54,6	55,7
	Niet gebudgetteerde instellingen, niet gecontracteerd	74,2	91,7
	Vrijgevestigde aanbieders, gecontracteerd	253,1	235,7
	Vrijgevestigde aanbieders, niet gecontracteerd	43,2	45,7
	Totaal	4.005,0	3.910,1
Totaal eerstelijns + tweedelijns		4.125,1	4.010,2

Bron: zorgverzekeraars peildatum: oktober 2012

De ingeschatte schadelast bij de gebudgetteerde instellingen over 2011 komt circa € 54 miljoen lager uit dan de budgetgegevens in tabel 7.1. Over 2012 is de schatting bijna € 35 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 met betrekking tot de ingeschatte schadelast 2012 in de tweede helft van het jaar is uitgevraagd.

Uit de inschattingen van de verzekeraars blijkt een verwachte daling van de totale schadelast van ca. 2,8% in 2012 ten opzichte van het jaar ervoor. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de genomen maatregelen in 2012. Bijvoorbeeld de kortingsmaatregel van 5,55%, een hogere eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en het invoeren van een eigen bijdrage voor tweedelijns psychologische zorg. Daarnaast zijn in 2012 diverse pakketmaatregelen doorgevoerd. Zo is aanpassingsstoornissen uit het pakket gehaald en is het aantal sessies eerstelijns psychologische zorg vergoed vanuit het basispakket verlaagd van acht naar vijf.

Na beschrijving van de totale omzetontwikkeling voor de curatieve GGZ volgt nu een beschrijving van de omzet- en volumeontwikkeling in de tweedelijns en de prijsontwikkeling:

- per stoornis (7.1.2);
- per deelmarkt (7.1.3);
- voor klinische en ambulante zorg (7.1.4);
- op het gebied van preventie (7.1.5);
- prijsontwikkeling (7.1.6)

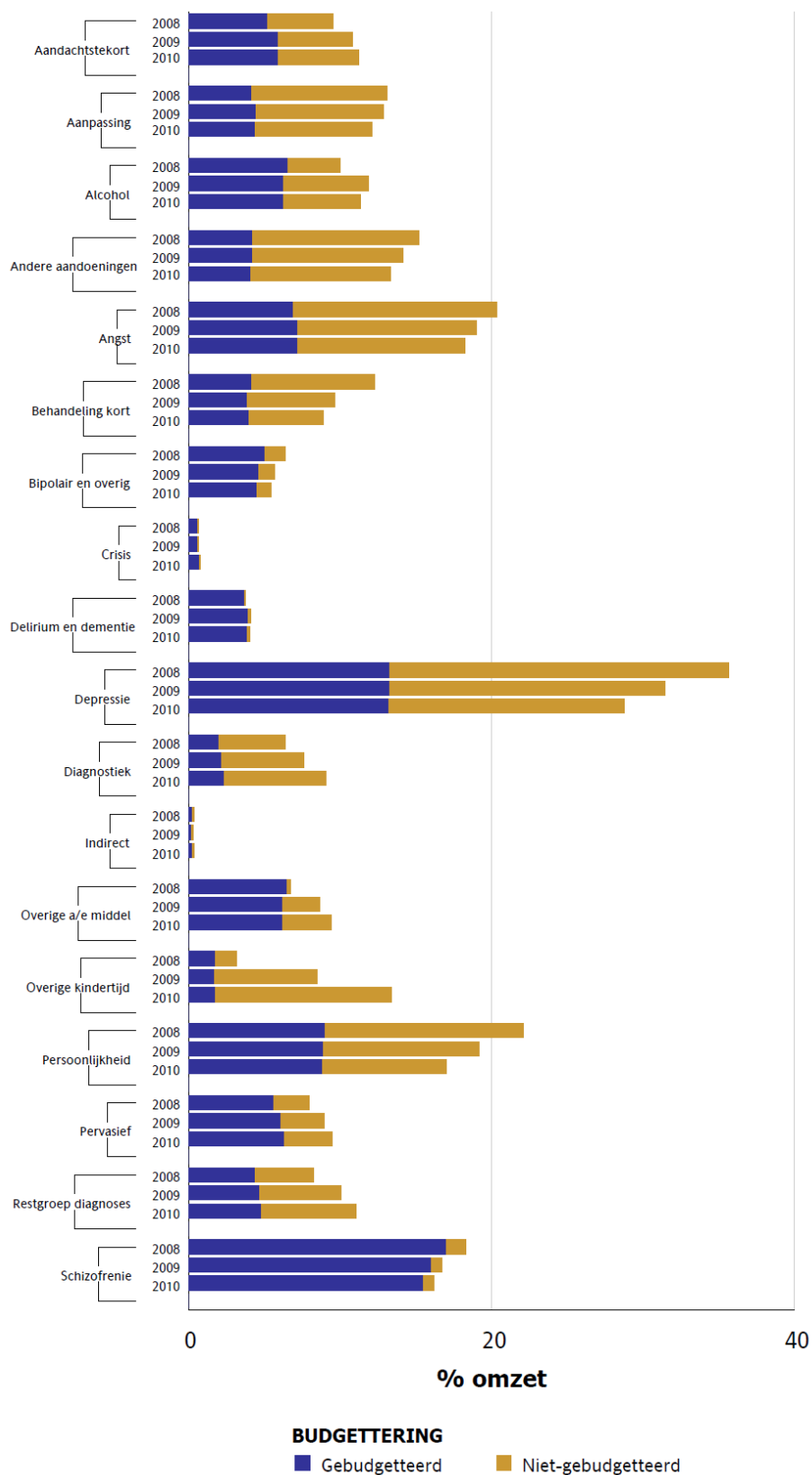
7.1.2 Omzet- en volumeontwikkeling per stoornis

7.1.2.1 Omzet per stoornis

Om inzicht te krijgen in de omzetverdeling per stoornis, is aan de hand van de GGZ DBC productstructuur een omzetsplitsing gemaakt. Deze analyse is voor zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde aanbieders voor de periode 2008-2010 gemaakt. De verdeling over de productgroepen is weergegeven als percentage van de totale omzet.

Uit figuur 7.1 blijkt dat de productgroepen schizofrenie, depressie en persoonlijkheidsstoornissen de grootste omzetgroepen binnen de gebudgetteerde aanbieders vormen. Binnen de niet-gebudgetteerde aanbieders vormen de productgroepen depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen en andere aandoeningen de grootste omzetgroepen. Bij de productgroepen depressie en persoonlijkheidsstoornissen is over de jaren heen wel een daling zichtbaar. Verder is de omzet van crisis-, delirium- en schizofreniestoornissen vrijwel uitsluitend aan gebudgetteerde aanbieders toe te schrijven.

Figuur 7.1. Omzet per stoornis



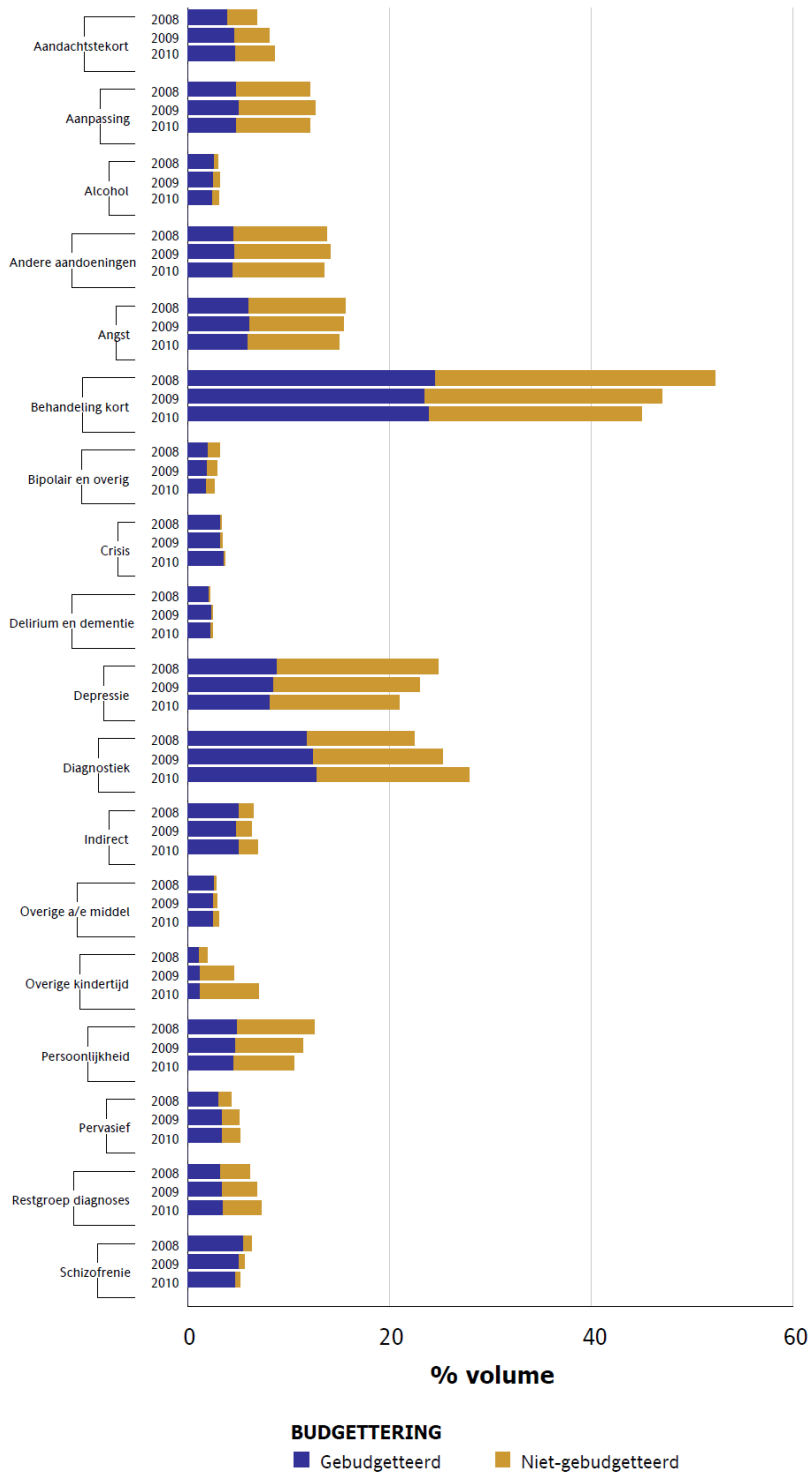
Bron: Vektis peildatum: maart 2012

7.1.2.2 Volume per stoornis

Om inzicht te krijgen in de verdeling van het DBC productievolume per stoornis, is aan de hand van de GGZ DBC productstructuur een

uitsplitsing gemaakt. Deze analyse is voor zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde aanbieders voor de periode 2008-2010 gemaakt. De verdeling over de productgroepen is weergegeven als percentage van het totale volume.

Figuur 7.2. Volume per stoornis



Bron: Vektis peildatum: maart 2012

De relatieve volumes per stoornis zijn tussen de jaren redelijk stabiel. Niet-gebudgetteerde aanbieders behandelen relatief meer patiënten met depressie-, persoonlijkheids-, angst- en aanpassingsstoornissen dan gebudgetteerde zorgaanbieders.

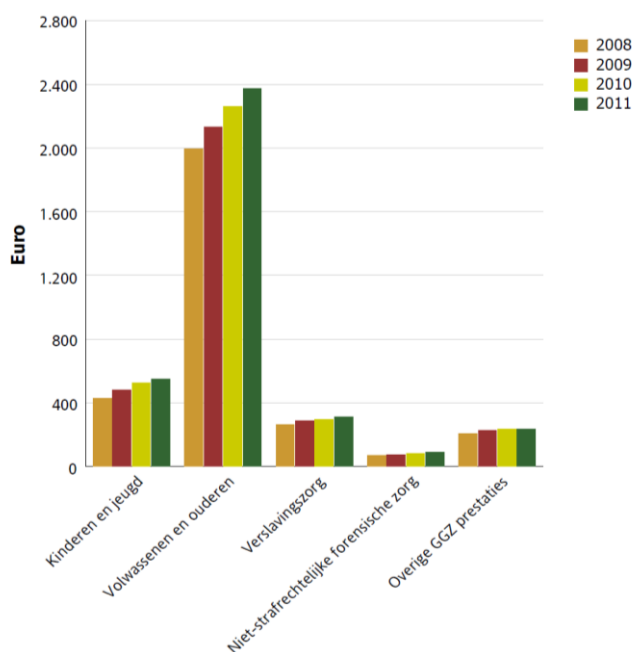
Opvallend is dat er een sterke daling in 'behandeling kort', 'depressie', en 'persoonlijkheid' zichtbaar is. De daling vindt vooral plaats bij de niet-gebudgetteerde instellingen. Het aantal DBC's getypeerd als 'Diagnostiek' en 'overige kindertijd' neemt echter sterk toe, ook hier bij de niet-gebudgetteerde instellingen. Dyslexiezorg – sinds 2009 opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering – wordt onder de productgroep 'overige kindertijd' gedeclareerd.

7.1.3 Omzet- en volumeontwikkeling per deelmarkt

7.1.3.1 Omzet per deelmarkt

In de tweedelijns curatieve GGZ zijn een viertal deelmarkten te onderscheiden: volwassenen en ouderen, kinderen en jeugd, verslavingszorg en niet-strafrechtelijke forensische zorg. Onder 'overig' vallen de overige GGZ- prestaties⁵¹ en de post aansluiting aanvaardbare kosten.⁵² In de volgende figuur wordt de omzetontwikkeling van gebudgetteerde instellingen over de vier deelmarkten en de categorie overig voor de jaren 2008-2011 weergegeven.

Figuur 7.3. Omzet gebudgetteerde instellingen naar deelmarkt (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: november 2012

Voor niet-gebudgetteerde aanbieders wordt gebruik gemaakt van Vektisgegevens en kan uitsluitend onderscheid worden gemaakt in de deelmarkten kinderen en jeugd en volwassenen en ouderen. De cijfers over 2011 zijn nog niet bekend, zorgverzekeraars kunnen tot eind 2013

⁵¹ Onder de overige GGZ-prestaties vallen de volgende prestaties: activerende psychiatrische thuiszorg, psychiatrische intensieve thuiszorg, psychiatrisch crisisinterventie thuis, gespecialiseerde begeleiding, dagactiviteit GGZ LZa, methadonverstrekking en zorgcoördinatie voor cliënten in casemanagement. Een toelichting van deze prestaties is te vinden in de beleidsregel 'Definities budgetsystematiek curatieve GGZ' op www.nza.nl

⁵² Onder 'aansluiting aanvaardbare kosten' vallen hier de kosten die niet zijn toe te rekenen aan een specifieke deelmarkt dan wel de overige GGZ-prestaties. Dit betreffen de energiekosten, onroerendzaakbelasting en milieueffingen, de opleidingskosten en de kosten ten behoeve van kleinschalig wonen.

declaratiegegevens over 2011 bij Vektis indienen. In tabel 7.3 wordt de omzet voor deze deelmarkten weergegeven.

Tabel 7.3. Omzet per deelmarkt niet-gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)

Deelmarkt	2008	2009	2010
Kinderen en jeugd	16,0	53,9	85,3
Volwassenen en ouderen	110,4	223,1	260,6

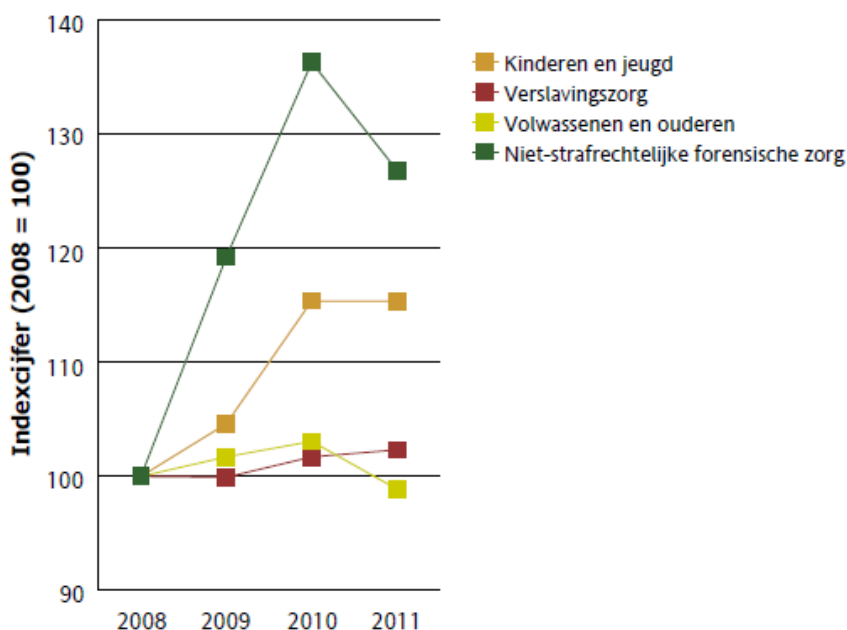
Bron: Vektis peildatum: maart 2012

Op beide deelmarkten is sprake van een omzetstijging.

7.1.3.2 Volume per deelmarkt

Voor de gebudgetteerde aanbieders wordt het volume per deelmarkt in kaart gebracht door een weergave van de procentuele stijging of daling van het aantal verpleegdagen (klinisch) en behandelcontacten (ambulant) per deelmarkt voor de gebudgetteerde aanbieders. Hierbij wordt het jaar 2008 als basis genomen (2008=100) en wordt de procentuele stijging of daling in de jaren 2009 tot en met 2011 zichtbaar.

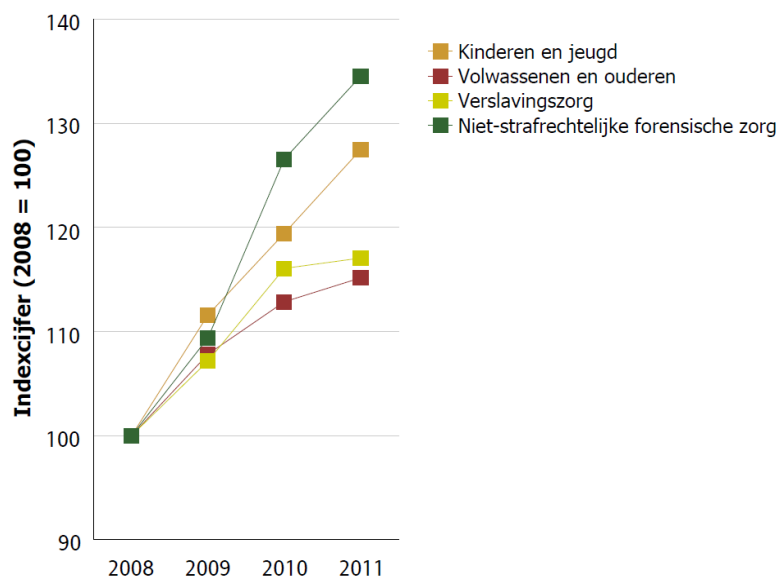
Figuur 7.4. Indexcijfer verpleegdagen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt



Bron: NZa peildatum: november 2012

Het aantal gerealiseerde verpleegdagen neemt bij volwassenen en ouderen het minst toe, voor de niet-strafrechtelijke forensische zorg is de toename relatief het grootst over de periode 2008-2011. Verder laat het gerealiseerde aantal verpleegdagen in de periode 2008-2010 op alle deelmarkten een stijging zien. Echter per 2011 is er alleen nog een lichte stijging te zien in de deelmarkt Verslavingszorg.

Figuur 7.5. Indexcijfer behandelingen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt

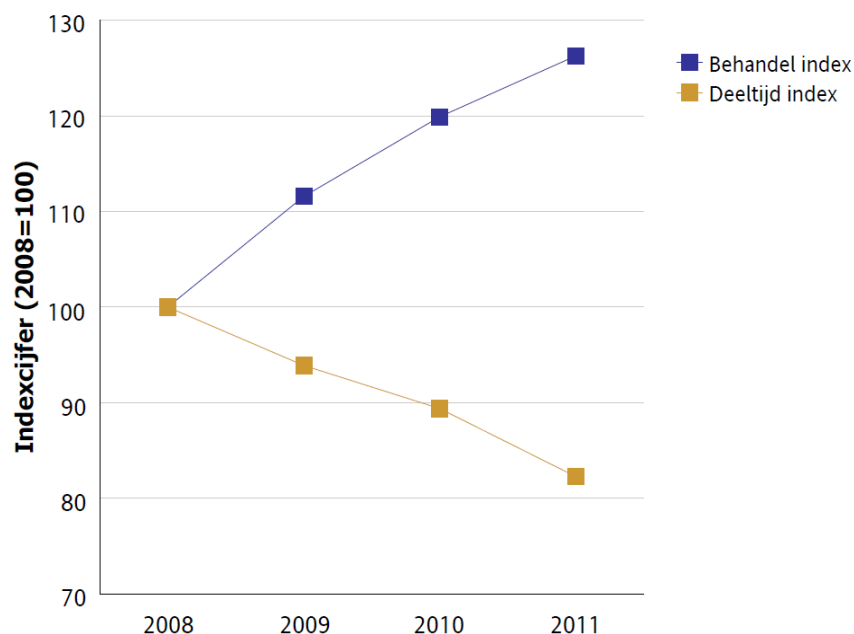


Bron: NZa peildatum: November 2012

In figuur 7.5 is te zien dat in de jaren 2009, 2010 en 2011 het aantal gerealiseerde behandelcontacten op alle deelmarkten is toegenomen.

De volgende grafiek laat het indexcijfer van het totaal aantal behandelcontacten en deeltijdbehandelcontacten⁵³ zien.

Figuur 7.6. Indexcijfer behandelingen/deeltijdbehandelingen gebudgetteerde instellingen



Bron: NZa peildatum: November 2012

In het aantal gerealiseerde behandelcontacten is een stijging (26%) te zien in 2011 t.o.v. 2008.

⁵³ Deeltijd-behandelcontacten ook wel deeltijdbehandelingen genoemd zijn behandelingen die 4-6 uur dan wel 6-8 uur duren.

In het aantal gerealiseerde deeltijdbehandelingen is juist een daling te zien. In 2011 is er t.o.v. 2008 een daling van 18%.

Indien naar het aantal bezette bedden, zoals opgenomen in de rekenstaat van gebudgetteerde aanbieders, wordt gekeken is er vanaf 2011 een reductie van het aantal bedden waarneembaar. In 2011 betreft dit een reductie van 1,2%, in 2012 is dit een reductie van 6,7%. Zie tabel 7.5.

Tabel 7.4. Aantal bezette bedden per deelmarkt

Deelmarkt	2008	2009	2010	2011	2012
Kinderen en jeugd	1.440	1.538	1.681	1.696	1.642
Volwassenen en ouderen	9.359	9.484	9.558	9.444	8.772
Verslavingszorg	2.113	2.214	2.168	2.104	1.924
Niet-strafrechtelijke forensische zorg	168	155	149	155	163
Totaal	13.080	13.391	13.556	13.399	12.501

Bron: NZa peildatum: november 2012

Tussen 2008 en 2010 is de groei in het aantal bedden relatief constant. In de periode 2011-2012 is een omslag waarneembaar, het aantal bezette bedden daalt. Dit wordt vooral veroorzaakt door de deelmarkten volwassenen en ouderen.

Tabel 7.5. Groei (in %) aantal bezette bedden per deelmarkt

Deelmarkt	2009	2010	2011	2012
Kinderen en jeugd	6,8%	9,3%	0,9%	-3,2%
Volwassenen en ouderen	1,3%	0,8%	-1,2%	-7,1%
Verslavingszorg	4,8%	-2,1%	-3,0%	-8,6%
Niet-strafrechtelijke forensische zorg	-7,7%	-3,9%	4,0%	5,2%
Totaal	2,4%	1,2%	-1,2%	-6,7%

Bron: NZa peildatum: november 2012

Voor de niet-gebudgetteerde aanbieders wordt in de volgende tabel het volume 'kinderen en jeugd' en 'volwassenen en ouderen' weergegeven.

Tabel 7.6. Volume per deelmarkt niet-gebudgetteerde aanbieders (in duizenden)

Deelmarkt	2008	2009	2010
Kinderen en jeugd	11,9	28,1	41,3
Volwassenen en ouderen	91,6	137,2	157,2

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

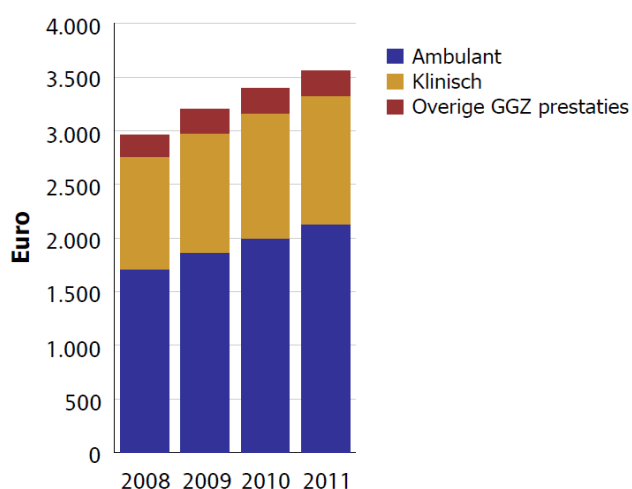
Er is wederom een sterke stijging zichtbaar bij de deelmarkt 'Kinderen en jeugd'.

7.1.4 Omzet- en volumeontwikkeling klinisch en ambulant

7.1.4.1 Omzet klinisch en ambulant

In de volgende tabellen en figuren wordt de klinische en ambulante omzet in kaart gebracht. Figuur 7.7 geeft de verhouding tussen klinische en ambulante omzet voor de gebudgetteerde aanbieders weer.

Figuur 7.7. Omzetontwikkeling klinisch en ambulant gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)



Bron: Nza peildatum: november 2012

De omzet voor ambulante behandelingen neemt in vier jaar toe met ongeveer 500 miljoen. De klinische omzet blijft over de jaren vrijwel gelijk. Hieruit kan geconcludeerd worden dat relatieve ambulantisering plaats vindt. Oftewel er zijn meer ambulante behandelingen uitgevoerd, maar die zorgen niet voor een afname in budgetparameters van de klinische omzet.

Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders stijgt zowel de klinische als ambulante omzet. Zie onderstaande tabel. Dit kan worden veroorzaakt door een stijging van het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders.

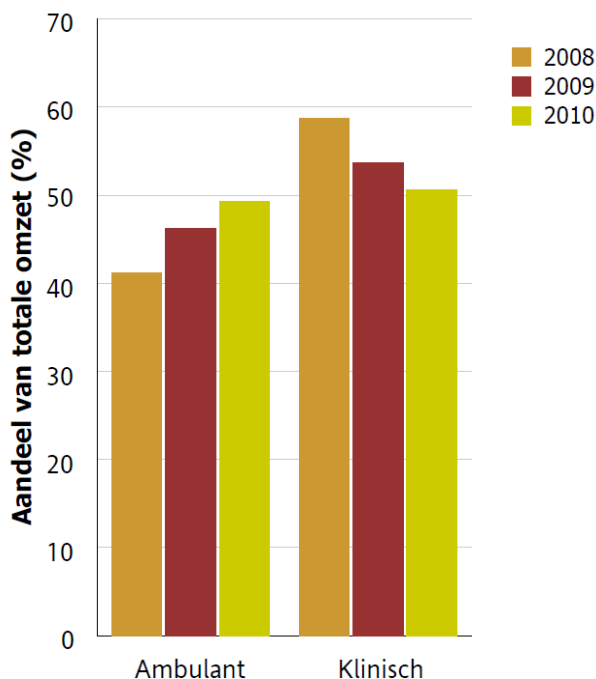
Tabel 7.7. Omzet klinisch en ambulant niet-gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)

Type zorg	2008	2009	2010
Ambulant	122,4	255,6	312,8
Klinisch	4,2	21,6	33,1

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

De cijfers over 2011 zijn nog niet bekend voor de niet gebudgetteerde aanbieders, zorgverzekeraars kunnen tot eind 2013 declaratiegegevens over 2011 bij Vektis indienen.

Het beeld van relatieve ambulantisering wordt bevestigd indien het aandeel van de omzet DBC's zonder verblijf (ambulant) wordt afgezet tegen het aandeel van omzet DBC's met verblijf (klinisch). Zie de volgende figuur.

Figuur 7.8. Aandeel klinisch en ambulant in totale DBC-omzet

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

Het aandeel van DBC's met verblijf in de totale omzet daalt in 2010 met ca. 3% ten opzichte van 2009. In 2009 daalde dit aandeel met ca. 4% ten opzichte van 2008.

7.1.4.2 Volume klinisch en ambulant

Volumes bij gebudgetteerde aanbieders klinisch en ambulant zijn eerder per deelmarkt in kaart gebracht (zie paragraaf 7.1.3.2). Evenals bij de gebudgetteerde aanbieders stijgen bij niet-gebudgetteerde aanbieders de volumes tussen 2008 en 2010.

Tabel 7.8. Volume klinisch en ambulant niet-gebudgetteerde aanbieders (in duizenden)

Type zorg	2008	2009	2010
Ambulant	103,1	161,3	191,9
Klinisch	0,5	3,9	6,6

Bron: Vektis peildatum: maart 2012

7.1.5 Omzet- en volumeontwikkeling bij preventie

7.1.5.1 Omzetontwikkeling bij preventie

Geïndiceerde preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van een paniekstoornis voor een bepaalde hoog-risicogroep is geen onderdeel van de hiervoor behandelde deelmarkten. Deze preventie is een onderdeel van de geneeskundige GGZ en is aangemerkt als te verzekeren zorg in de Zvw. In tabel 7.9 wordt de omzet zoals gemaakt door gebudgetteerde instellingen onder de budgetparameter preventie (F128) weergegeven.

Tabel 7.9. Omzet preventie (in miljoenen €)

Jaar	2008	2009	2010	2011
Omzet preventie	32,8	31,9	31,3	28,6

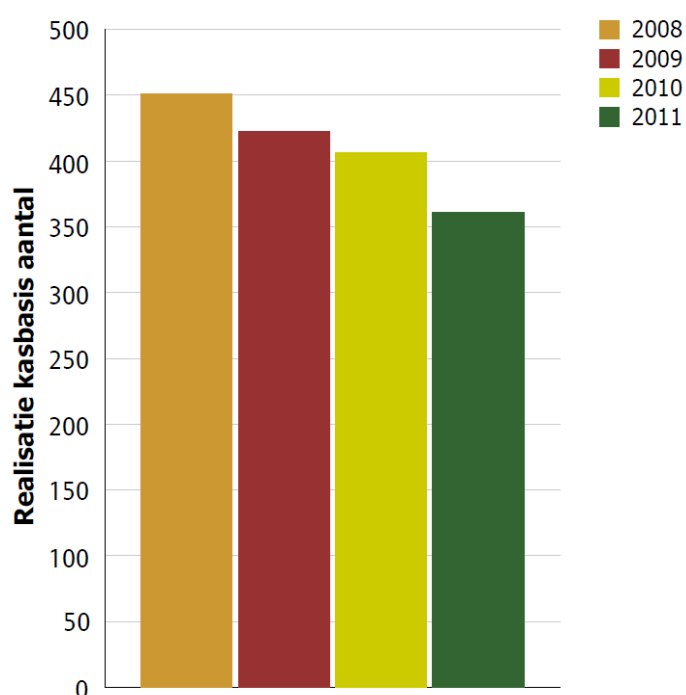
Bron: NZa peildatum: november 2012

De omzet preventie is in 2009 met ca. 3% gedaald. In 2010 daalt de omzet verder met ca. 2%. In 2011 neemt deze daling nog verder toe tot ca. 9%.

7.1.5.2 Volume preventie

Onderstaande figuur laat het gerealiseerde volume preventie zien.

Figuur 7.9. Volume preventie (in duizenden uren)



Bron: NZa peildatum: november 2012

Het aantal uren preventie is in 2009 met 6,5% gedaald en daalt in 2010 en 2011 verder met respectievelijk 4% en 11%.

7.1.6 Prijsontwikkeling curatieve GGZ

Zorgverzekeraars kunnen binnen de curatieve GGZ ook de niet-gebudgetteerde instellingen en eerstelijns psychologen contracten aanbieden. In deze contracten worden doorgaans ook de contractprijzen opgenomen.⁵⁴

7.1.6.1 Contractprijzen eerstelijns psychologische zorg

Het bedrag dat de verzekeraar vergoedt voor een individueel consult in de eerstelijns psychologische zorg varieert in 2012 tussen de €76 en

⁵⁴ De cijfers van de contractprijzen 2010 komen uit de Monitor GGZ 2010, de cijfers van de contractprijzen 2011 komen uit de marktscan GGZ 2011.

€84. Deze bedragen zijn in vergelijking met 2011 nauwelijks veranderd. De genoemde bedragen zijn inclusief de in dat jaar geldende eigen bijdrage.⁵⁵

7.1.6.2 Contractprijzen 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.

7.2 Omzet-, volume- en prijsontwikkelingen in langdurende GGZ

Deze paragraaf is als volgt opgebouwd: allereerst wordt ingegaan op de omzetontwikkeling op de volgende niveaus: de totale langdurende GGZ, per ZZP en overige omzet. Vervolgens komt de volumeontwikkeling per ZZP en overig aan bod. Tot slot wordt de prijs aan de hand van gemiddelde korting en gemiddelde prijs beschreven.

7.2.1 Omzetontwikkeling langdurende GGZ

7.2.1.1 Omzetontwikkeling totaal

Vanaf 1 januari 2010 wordt de verblijfszorg in de AWBZ bekostigd op basis van ZZP's met als alternatief het Volledig Pakket Thuis.⁵⁶ De bekostiging op basis van budgetparameters is hiermee komen te vervallen. Een uitzondering hierop vormen kinderen en jeugd en de klinische intensieve behandeling.⁵⁷ Voor deze doelgroepen vindt de bekostiging nog plaats op basis van de oude budgetparameters. Door het loslaten van de specifieke GGZ-instellingsnummers in de AWBZ zijn de extramurale zorgprestaties niet aan de GGZ toe te wijzen. De extramurale AWBZ-zorg is in kaart gebracht in de Marktscan Extramurale AWBZ (NZa, 2012).

Op totaalniveau worden de cijfers vanaf 2008 gepresenteerd. Op meer gedetailleerd niveau zijn de budgetparameter- en ZZP-data echter onvoldoende vergelijkbaar om vergelijkingen tussen de jaren 2008/2009 en 2010/2011 en verder te maken. In de volgende paragrafen worden de ontwikkelingen van de omzet, volume en prijs dan ook vanaf 2010 weergegeven. Voor het jaar 2012 is gebruik gemaakt van de productieafspraken.

Tabel 7.10. Omzetontwikkeling langdurende GGZ (in miljoenen €)

Omzettypering	2008	2009	2010	2011	2012
O.b.v. specifieke GGZ-instellingsnummers	1.437,0	1.617,0			
O.b.v. productie (excl. ambulante)			1.430,9	1.570,7	1.779,5

⁵⁵ Voor eerstelijns psychologische zorg gelden vrije prijzen.

⁵⁶ Het leveren van verblijf en overige geïndiceerde zorg aan een cliënt met een ZZP-indicatie bij de cliënt thuis. Zie beleidsregel CA-436 'Volledig Pakket Thuis (VPT)'

⁵⁷ Klinische intensieve behandeling wordt uitgevoerd door zorgaanbieders die hiervoor zijn toegelaten. Deze zorgaanbieders nemen tijdelijk cliënten op vanuit andere GGZ-instellingen als zij binnen de verwijzende instantie in een ontwrichte behandelingsituatie terecht zijn gekomen. Zie beleidsregel BR/CU-5040 'Definities GGZ Zvw'.

productie)					
------------	--	--	--	--	--

Bron: NZa peildatum: januari 2013

De daling van de omzet in 2010 bij de langdurende GGZ wordt veroorzaakt door het hanteren van een andere definitie, zoals eerder in hoofdstuk 3 toegelicht. Door het loslaten van de specifieke instellingsnummers kan extramuraal productie niet meer worden toegerekend aan de langdurende GGZ. In 2012 ligt de omzet ca. 12% hoger dan in 2011.

7.2.1.2 Omzetontwikkeling ZZP's

In de volgende tabellen en grafieken wordt de totale omzet voor de ZZP's en de omzet per ZZP weergegeven. Iemand die voortgezet verblijf met behandeling nodig heeft, krijgt een B-pakket. Dit pakket krijgen mensen die langer dan 1 jaar in een GGZ-instelling verblijven. Een B-pakket bestaat uit de onderdelen behandeling, verblijfszorg en dagbesteding. Iemand die een beschermde woonomgeving met begeleiding nodig heeft, krijgt een C-pakket. Behandeling maakt géén deel uit van dit pakket, wanneer nodig kan de zorgverlener een psychiater consulteren.

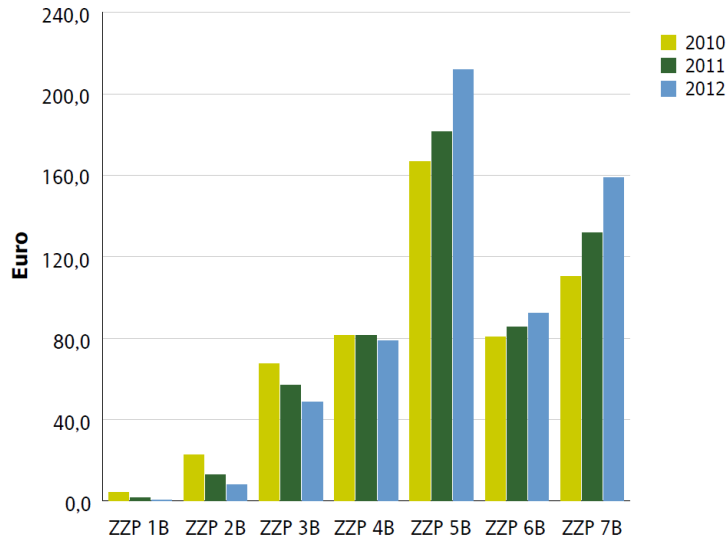
Tabel 7.11. Landelijke omzet ZZP's GGZ (in miljoenen €)

Categorie ZZP's	2010	2011	2012
ZZP GGZ-B	533,6	551,5	599,8
ZZP GGZ-C	712,0	810,7	952,2
Totaal	1.245,6	1.362,2	1.552,0

Bron: NZa peildatum: januari 2013

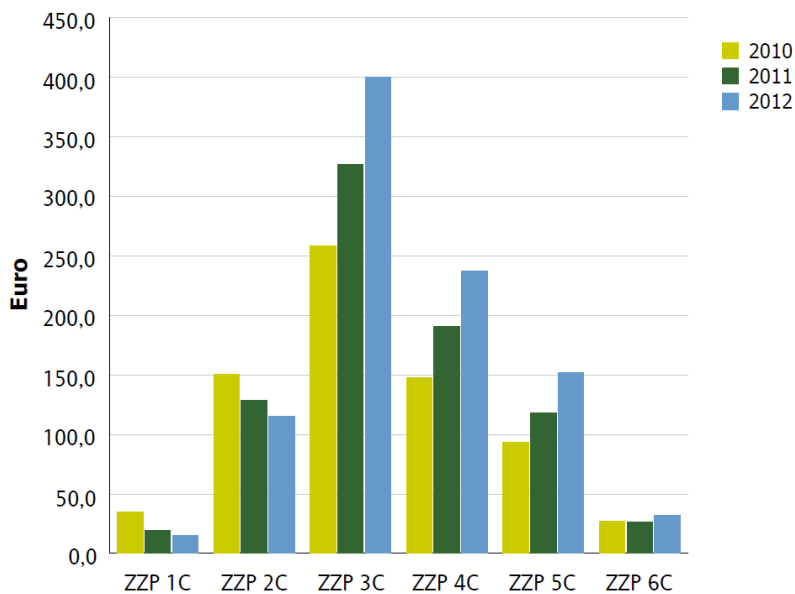
De totale omzetstijging in de GGZ-ZZP's van circa 25% over de periode 2010-2012 wordt voornamelijk veroorzaakt door de stijging van de omzet bij de GGZ-C pakketten (ca. 34%). De omzet bij de GGZ-B pakketten stijgt met ca. 12%.

De zorgzwaartepakketten lopen op in zorgzwaarte. Een beschrijving van de verschillende pakketten is te vinden in bijlage 2. In figuur 7.10 is te zien hoe de omzet over de verschillende B-pakketten is verdeeld.

Figuur 7.10. Landelijke omzet per ZZP-B (in miljoenen €)

Bron: NZa peildatum: januari 2013

De omzet van de ZZP's B5 t/m 7 stijgen in 2012, de lage ZZP's B dalen sterk. In 2011 was er voor de lage ZZP's (1 t/m 3) ook sprake van een daling. De stijging is het meest sterk bij ZZP GGZ-5B (ca. 14%) en ZZP GGZ-7B (ca. 17%).

Figuur 7.11. Landelijke omzet per ZZP-C (in miljoenen €)

Bron: NZa peildatum: januari 2013

In figuur 7.11 is de omzetverdeling voor de C-pakketten weergegeven. Hieruit blijkt dat er in 2011 sprake is van een daling bij ZZP 1C en 2C. Bij de ZZP's 3C en hoger was sprake van een stijging. In 2012 is er bij de lage ZZP's C(1 en) sprake van een daling. De hogere ZZP's-C stegen fors.

7.2.1.3 Omzetontwikkeling overig

Naast de omzet van de ZZP's zijn de omzetten van onderstaande producten specifiek toe te wijzen aan de GGZ:

Tabel 7.12. Omzet overig (in miljoenen €)

Categorie	2010	2011	2012
Kinder- en jeugd psychiatrie	63,6	74,2	72,1
Per dag ZP klinisch intensieve behandeling	16,4	23,6	32,1
Volledig pakket thuis	4,4	7,1	16,1
Dagbesteding & vervoer	100,9	103,6	107,1
Totaal	185,3	208,5	227,4

Bron: NZa peildatum: januari 2013

In 2012 is er sprake van een omzetsdaling bij kinderen en jeugd (ca. 3%) en bij de klinische intensieve behandelingen (36%). In 2011 bedroeg dit een stijging van respectievelijk 17% en 44%.

Het Volledig Pakket Thuis (VPT) is een relatief nieuw product bedoeld voor mensen met een indicatie verblijf die eigenlijk zelfstandig willen blijven wonen. Vanaf 2011 kopen zorgkantoren het product steeds meer in bij de zorgaanbieders in de regio, na een aarzelende start na de introductie van het product. In 2012 is hier sprake van meer dan een verdubbeling.

De totale omzet dagbesteding (en vervoer) voor de cliënt in de GGZ stijgt in 2012 (3%).

7.2.2 Volumeontwikkeling langdurende GGZ

In de volgende tabellen wordt eerst ingegaan op het totale landelijke volume ZP's GGZ. Vervolgens wordt dit per ZP uitgesplitst in de figuren 7.13 en 7.14. Daarna wordt het volume van de overige producten die niet tot de ZP's behoren weergegeven.

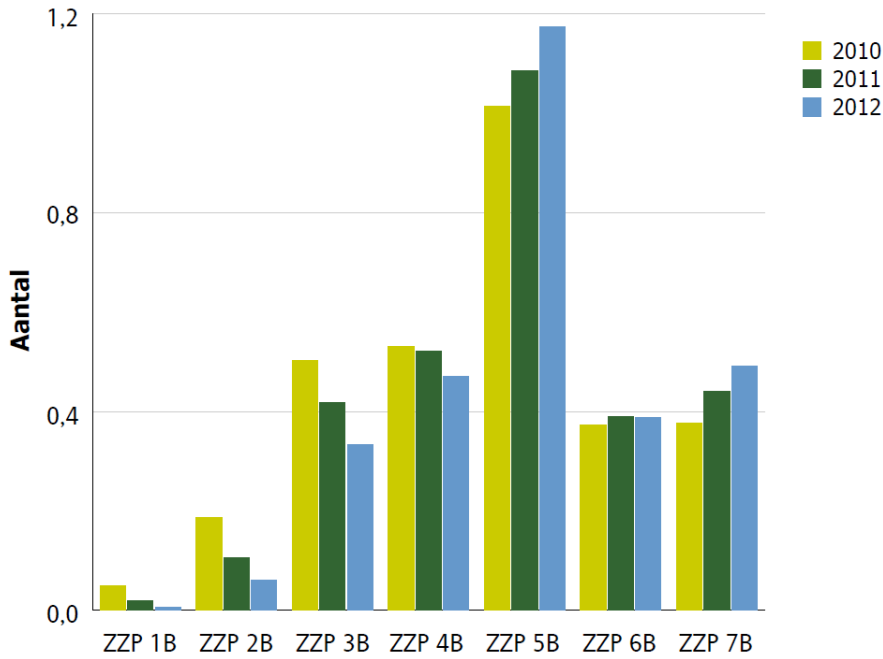
Tabel 7.13. Landelijk volume ZP's GGZ (in duizenden)

Categorie ZP's	2010	2011	2012
ZP GGZ-B	3.036	2.983	2.927
ZP GGZ-C	6.206	6.793	7.281
Totaal	9.242	9.776	10.208

Bron: NZa peildatum: januari 2013

Het totaal volume ZP's GGZ in zorgdagen stijgt in 2012 met ongeveer 4% ten opzichte van een stijging van 6% in 2011. In beide jaren is er een lichte daling van het aantal B-pakketten zichtbaar (ca.-2%). In 2011 is er een stijging van het aantal C-pakketten (ca. 9%) en een lichtere stijging in 2012 (ca. 7%).

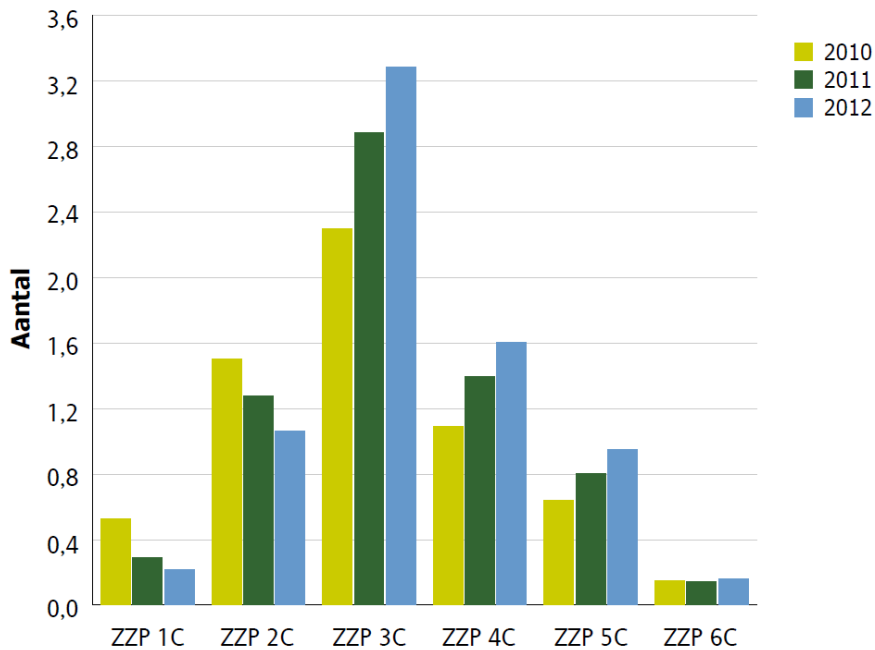
Figuur 7.12. Landelijk volume per ZZP-B (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum: januari 2013

In 2011 is bij de lage ZZP's-B (1 t/m 4) is een daling van het volume in zorgdagen waarneembaar, bij de hoge ZZP's-B (5 t/m 7) een stijging. In 2012 nemen de volumes in zorgdagen van de lage ZZP's (1t/m4) verder af, ZZP-B6 stabiliseert en alleen ZZP-B 5 en 7 laten stijging zien.

Figuur 7.13. Landelijk volume per ZZP-C (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum: januari 2013

In 2011 is er sprake van een daling van het aantal zorgdagen bij ZZP GGZ-1C en 2C. Bij de ZZP's vanaf GGZ 3C is sprake van een stijging. In 2012 is overall sprake van een stijging van zo'n 15%, behalve bij het aantal zorgdagen ZZP 1C en 2C, deze dalen met respectievelijk 25 en 16%.

Tabel 7.14. Volume overig (in duizenden)

Categorie	2010	2011	2012
Kinderen en jeugd, aantal zorgdagen	123,9	147,2	129,3
Per dag ZZP klinisch intensieve behandeling	33,9	48,1	61,0
Volledig pakket thuis	41,0	71,4	142,9
Totaal	198,8	266,7	333,2

Bron: NZa peildatum: januari 2013

Het aantal zorgdagen kinderen en jeugd is in 2012 weer terug op het niveau van 2010, het aantal dagen klinische behandelingen stijgt een kwart en volledig pakket thuis is bijna verdubbeld.

7.2.3 Prijsontwikkeling langdurende GGZ

In 2010 kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren afspraken maken binnen de vastgestelde bandbreedte van 2% van het NZa-tarief GGZ B en C pakketten. In 2011 is deze bandbreedte verruimd naar 6%, in 2012 is deze gelijk gebleven. Binnen zowel het P-model als het Q-model is de methode van prijsvaststelling een belangrijk sturingsinstrument voor het zorgkantoor.

In de volgende tabel wordt de korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde, die gemiddeld in de 32 zorgkantoorregio's is afgesproken, weergegeven. Tevens is gekeken in welke zorgkantoorregio de hoogste en in welke zorgkantoorregio de laagste korting is gegeven. Deze staan opgenomen onder de minimale en maximale korting. Verder is de gemiddelde prijs weergegeven. Dit is de gemiddelde prijs die is afgesproken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder, ten opzichte van de maximale NZa-beleidsregelwaarde. 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 7.15. Gemiddelde korting over de 32 zorgkantoorregio's

Categorie ZP's		2010	2011	2012
ZZP GGZ-B	Minimum	0,00%	0,00%	0,00%
	Gemiddelde	0,51%	1,06%	1,54%
	Maximum	1,66%	2,00%	3,47%
ZZP GGZ-C	Minimum	0,00%	0,00%	0,00%
	Gemiddelde	0,52%	1,24%	2,01%
	Maximum	1,45%	4,25%	4,05%

Bron: NZa peildatum: januari 2013

In 2010 hebben de zorgkantoren gemiddeld een prijskorting gehanteerd van 0,51% op het voortgezette verblijf met behandeling. In 2011 betrof dit 1,06% en in 2012 1,54%. Het zorgkantoor met de hoogste prijskorting heeft 1,66% op maximale NZa tarieven gekort in 2010. In 2011 is dit 2,00% en in 2012 3,47% voor de GGZ-B-pakketten.

Voor het beschermd wonen met begeleiding (ZZP-C) is de gemiddelde korting in 2010 vergelijkbaar met de gemiddelde korting van de GGZ-B pakketten. In 2011 ligt deze op 1,24% en in 2012 op 2,01%. Het zorgkantoor met de hoogste prijskorting heeft 1,45% op de maximale tarieven gekort in 2010.

Voor 2011 is deze – na het verruimen van de bandbreedte – gestegen naar 4,25%. Dit is vergelijkbaar met 2012, waar dit 4,05% betreft.

In de volgende tabel wordt de prijs die gemiddeld in de 32 zorgkantorregio's is afgesproken voor de geleverde zorg gepresenteerd. Tevens is gekeken in welke zorgkantorregio de hoogste en in welke zorgkantorregio de laagste prijs is afgesproken, deze staan opgenomen onder de minimale en maximale prijs.

Tabel 7.16. Gemiddelde prijs over de 32 zorgkantorregio's (in €)

Categorie ZP's		2010	2011	2012
ZZP GGZ-B	Minimum	138,81	163,42	126,00
	Gemiddelde	174,56	186,13	203,27
	Maximum	202,69	225,60	235,82
ZZP GGZ-C	Minimum	100,30	106,83	115,88
	Gemiddelde	114,01	118,62	129,57
	Maximum	126,14	128,41	138,41

Bron NZa peildatum: januari 2013

Bijlage 1. Keurmerken/certificaten

Keurmerken/certificaten	
HKZ	De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling (HKZ) stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sectoren zorg en welzijn (incl. kinderopvang). Deze worden in de vorm van <i>certificatieschema's</i> beschikbaar gesteld aan het werkveld. Er zijn al schema's voor o.a. apotheken, thuiszorg, ambulancezorg, dialysecentra, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, algemeen maatschappelijk werk, verzorgingshuizen, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en fysiotherapiepraktijken. De certificatieschema's van HKZ zijn afgeleid van ISO 9001, de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Een organisatie met het HKZ-keurmerk is daardoor ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ ten opzichte van ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt.
ISO 9001: 2000	Een veel gebruikte richtlijn voor het leveren van kwaliteit is de internationale norm ISO 9001 (ook wel: ISO 9000). Organisaties die een ISO 9001 certificaat hebben verworven schermen hiermee soms richting consument. Deze kan hier echter weinig mee, omdat ISO 9001 certificering meer zegt over constante kwaliteit dan over hoge kwaliteit. Ook een bedrijf dat doelbewust producten van minimale kwaliteit maakt, kan een ISO certificaat verwerven. Het certificaat wordt namelijk niet verleend voor de geleverde producten of diensten, maar voor de interne bedrijfsprocessen.
NIAZ-accreditatie	Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) verleent accreditaties aan ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Voor <i>accreditatie</i> kan in dit geval beter <i>certificatie</i> worden gelezen. De beoordelingscriteria zijn afgeleid van het INK-model, de Nederlandse variant van een internationaal model voor kwaliteitsmanagementsystemen, waardoor de NIAZ-accreditatie voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreft.
TOP GGz	De stichting Topklinische GGz heeft het keurmerk TOPGGz ontwikkeld. Elke gespecialiseerde GGz-afdeling kan dit keurmerk verwerken. Instellingen die beschikken over dit keurmerk voldoen aan criteria die betrekking hebben op de topklinische functies zoals gespecialiseerde, innovatieve patiëntenzorg, toegepast wetenschappelijk (patiëntgebonden) onderzoek en onderwijs en opleiding.
Blik op Werk	Het Blik op Werk Keurmerk is ontwikkeld voor dienstverleners die bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van werkenden, niet-werkenden en inburgeraars in Nederland. Het keurmerk is bedoeld voor re-integratiebedrijven, arbodiensten, loopbaancoaches, outplacementbureau's of opleidingsinstituten en biedt een kwaliteitsgarantie aan gemeenten, werkgevers, UWV, werkenden en niet werkenden.

Bron: www.keurmerk.nl

Bijlage 2. Zorgzwaartepakketten GGZ

In totaal kent de GGZ 13 ZZP's. Er zijn zeven pakketten voor cliënten die gebruik maken van voortgezet verblijf (B-categorie) en zes ZZP's voor cliënten die verblijven met ondersteuning (C-categorie).

Iemand die voortgezet verblijf met behandeling nodig heeft, krijg een B-pakket. Dit pakket krijgen mensen die langer dan 1 jaar in een GGZ-instelling verblijven. Een B-pakket bestaat uit de onderdelen behandeling, verblijfszorg en dagbesteding.

Iemand die een beschermde woonomgeving met begeleiding nodig heeft, krijgt een C-pakket. Behandeling maakt géén deel uit van dit pakket, zondig kan de zorgverlener een psychiater consulteren.

De zorgzwaartepakketten lopen op in zorgzwaarte. De prestatiebeschrijvingen van de ZZP's GGZ, zoals vastgesteld door de Minister van VWS, zijn uitgewerkt in het document Zorgzwaartepakketten Sector GGZ, versie 2011. In dit document worden per pakket het cliëntprofiel, functies en tijd per cliënt per week en de verblijfskenmerken onderscheiden. In onderstaand schema uit dit document is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en +++++ = overname.⁵⁸

Intensiteitverschillen tussen de GGZ-ZZP's voor voortgezet verblijf

ZZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psychosociaal functioneren	Verzorging	Verpleging	Probleemgedrag	Verblijf vanwege behandeling
GGZ 1B	+	+	+	0	0	Ja
GGZ 2B	++	+	+	0	++	Ja
GGZ 3B	+++	++	++	0	++	Ja
GGZ 4B	+++	+++	+++	+	+++	Ja
GGZ 5B	++++	+++	+++	+	++++	Ja
GGZ 6B	++++	++++	++++	+++	+++	Ja
GGZ 7B	+++++	+++	+++	++	+++++	Ja

Bron: Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011

Intensiteitverschillen tussen de GGZ-ZZP's voor verblijf met ondersteuning

ZZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psychosociaal functioneren	Verzorging	Verpleging	Probleemgedrag	Verblijf vanwege behandeling
GGZ 1C	+	+	+	0	0	Nee
GGZ 2C	++	++	+	0	++	Nee
GGZ 3C	+++	+++	++	0	++	Nee
GGZ 4C	+++	+++	+++	+	+++	Nee
GGZ 5C	++++	++++	+++	+	++++	Nee
GGZ 6C	++++	++++	++++	+++	+++	Nee

Bron: Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011

⁵⁸ Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011, 2010, www.rijksoverheid.nl

Bijlage 3. Bronnen & 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.

– 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 2008, 2009, 2010 en 2011 100% van de data over de gebudgetteerde instellingen uit realisatiecijfers bestaat. Voor 2012 geldt dat gebruik is gemaakt van productieafspraken (exclusief de aanvullende productieafspraken zoals deze in september en oktober 2012 zijn ingediend tenzij anders vermeldt).

Langdurende GGZ

Voor de cijfers over de langdurende GGZ geldt dat voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 minimaal 90% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor zover dit laatste niet mogelijk is, is gebruikgemaakt van de meest recente productieafspraken. Voor 2012 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 zorgkantorregio'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 maken met het zorgkantoor. De zorgaanbieders worden vanwege het registratiesysteem bij de NZa als aparte zorgaanbieders gezien, terwijl zij feitelijk tot hetzelfde concern behoren.

– Vektis

Vektisgegevens worden gebruikt voor marktstructuur- en betaalbaarheidsanalyses voor eerstelijns psychologische zorg en niet-gebudgetteerde aanbieders.

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 31 maart 2012.

- Voor 2008 en 2009 is alle schade opgenomen (= 12 kwartalen).
Schade over 2008 die na 31 december 2010 is binnengekomen wordt meegeteld met de schade van 2009 en schade over 2009 die na 31 december 2011 is binnengekomen wordt meegeteld met de schade van 2010.
- Voor 2010 geldt dat er voor maximaal 8 kwartalen aan schade is opgenomen. De verwerkte schade varieert echter nog per verzekeraar.
- Verzekeraars kunnen gedurende 2012 nog schade aanleveren over 2010. Schade die binnenkomt na 31 december 2012 wordt toegerekend aan de schade 2011.
- Voor de eerstelijns is ook gebruik gemaakt van 2011. Hierbij geldt dat er voor maximaal 4 tot 5 kwartalen aan schade is opgenomen, twee verzekeraars hebben echter nog niets aangeleverd.

De dekkinggraad 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. De zorgkosten in bevatten bij een groot deel van de verzekeraars ook de kosten van aanvullende verzekeringen. De CVZ gegevens zijn echter exclusief de kosten van aanvullende verzekeringen. Hierdoor kan het aandeel verwerkte kosten hoger uitvallen dan de verwachte zorgkosten op basis van de CVZ gegevens.

Wanneer in de marktscan wordt opgeschat, wordt dit gedaan op basis van de dekking van het aantal verzekerden, maar niet op basis van de door het CVZ verwachte zorgkosten. Dit betekent dat de uiteindelijke kosten mogelijk hoger uit kunnen komen.

ELP	2008	2009	2010	2011
Dekking ELIS ELP bestand op basis van het aantal verzekerden	61,4%	91,7%	93,1%	79,8%
ELP zorgkosten in bestand, in euro's	34.360.661	97.919.249	112.578.041	93.842.990
ELP zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ jaarstaat)	47.928.852	99.146.438	109.407.785	120.203.424
Aandeel verwerkte zorgkosten ELIS ELP	71,7%	98,8%	102,9%	78,1%
DBC's	2008	2009	2010	2011
Dekking DBC GGZ bestand op basis van het aantal verzekerden	78,5%	92,8%	93,1%	80,0%
DBC's zorgkosten in bestand, in euro's	2.837.457.973	3.962.000.637	3.509.002.939	814.851.659
DBC's zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ jaarstaat, excl. 2007 schade)	3.006.514.880	4.249.392.931	4.144.050.844	4.298.256.965
Aandeel verwerkte zorgkosten DBC's GGZ	94,4%	93,2%	84,7%	19,0%

- 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 in het hoofdstuk marktgedrag en voor de contractprijzen in het hoofdstuk betaalbaarheid zijn de contracten en informatie over de contracteergraad, het type afgesloten contracten en de verwachte schadelast opgevraagd bij zorgverzekeraars. De analyses hebben plaatsgevonden op de ontvangen data van zorgverzekeraars. 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 cliënten in de curatieve GGZ is afkomstig van APE. De gegevens zijn gebaseerd op de data die zorgverzekeraars op 1 juni moeten aanleveren bij CVZ t.b.v. de risico-verevening. De peildatum voor de cijfers uit 2008 betreft half mei 2010, de peildatum van de cijfers uit 2009 betreft half mei 2011 en de peildatum van de cijfers uit 2010 betreft half mei 2012. Hiermee zijn de cijfers gebaseerd op ruim 9 kwartalen.

Onderstaande analyses behoeven een nadere uitleg op de gebruikte methoden.

– 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. 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. Categorie 95xx is aangeduid als overige vrijgevestigden (orthopedagogen etc.). De overgebleven AGB codes zijn aangemerkt als niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders, waarbij ook aanbieders meegerekend zijn die alleen dyslexie zorg leveren.

Opmerkingen:

- Tot 31 december 2011 konden er nog declaraties binnenkomen bij Vektis over 2009. Het aantal eerstelijns zorgaanbieders, niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde aanbieders is derhalve hoger uitgevallen dan in de marktscan 2011.
- Tot 31 december 2012 kunnen nog declaraties binnenkomen bij Vektis over 2010. Het aantal eerstelijns zorgaanbieders, niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde aanbieders kan derhalve nog hoger uitvallen.

Toe- en uittreeders 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 toetreders. 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 uittreders. Het onderscheid tussen de aanbieders is gemaakt conform de methode beschreven onder 'Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ'.

Opmerkingen:

- Tot 31 december 2011 konden er nog declaraties binnenkomen bij Vektis over 2009. Hierdoor wijkt het aantal toe- en uittreders 2009 af van het aantal gepubliceerd in de marktscan GGZ 2011.

Aantal toegetreden curatieve niet-gebudgetteerde GGZ-instellingen en omzetpercentage

Bron: NZa en Vektis

Methode: Het aantal toegetreden instellingen is bepaald op basis van Vektisgegevens (zie ook de methode 'Toe- en uittreders curatieve GGZ'). Voor het bepalen van het percentage van hun omzet is de omzet van de toegetreden niet-gebudgetteerde instellingen afgezet tegen de totale omzet van alle curatieve GGZ-instellingen. Het betreft hier de omzet van de reeds bestaande instellingen (gebudgetteerde en het jaar t-1 toegetreden instellingen) en de toegetreden instellingen in dat jaar.

Opmerkingen:

- Van de toegetreden niet-gebudgetteerde instellingen is het aanbod in kaart gebracht (zie tabel 3.7 voor het aanbod toegetreden instellingen).

Financiële positie aanbieders

Bron: DigiMV

Gebuurkte 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

Gebuurkte data: verantwoordingsdocument DBC GGZ omzet 2008, 2009, 2010 en 2011 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 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 en Vektis

Methode: De omzetten voor de gebudgetteerde aanbieders zijn voor de jaren 2008 tot en met 2011 gebaseerd op nagecalculeerde NZa budgetten. Het jaar 2012 is gebaseerd op de productieafspraken (exclusief de aanvullende productieafspraken). Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Vervolgens zijn de declaratiebedragen gesommeerd en opgeschat naar het totaal van de verzekerdenpopulatie.

Opmerkingen:

- De Vektis gegevensset bevat ook gedeclareerde zorg met onbekende of ongeldige AGB code, deze zorg is in de marktscan 2012 niet meegenomen. In de marktscan 2011 is deze zorg onder de noemer 'Omzet niet toe te wijzen (onbekende AGB-code)' in de tabel opgenomen.

Aandeel Omzet en Volume per DBC stoornis

Bron: Vektis

Gebuurkte data: beschikbare declaratiegegevens van DBC's en de NZa-lijst met AGB codes van gebudgetteerde zorgaanbieders.

Methode: De declaratiecodes zijn gekoppeld aan productgroepen via een koppeltabel (Afkomstig van DBC Onderhoud, CL_Tarief_GGZ_v20091001_correctie (2011)). Vervolgens wordt een subset van de data gemaakt op basis van AGB code (gebudgetteerde zorgaanbieders of niet-gebudgetteerde aanbieders) zie ook de methode bij 1. Via de declaratiecodes worden ook de NZa tarieven geldig in het openingsjaar van de DBC aan de DBC's gekoppeld. Vervolgens zijn per productgroep categorie/groep (dit wordt ook wel 'behandelgroep' genoemd) de DBC-omzetten berekend en door de totale omzet gedeeld om een percentage aandeel te verkrijgen. Voor het volume per DBC stoornis is dezelfde procedure gevolgd, maar dan op basis van aantallen DBC's in plaats van omzet op basis van tarieven.

DBC Omzet en Volume niet-gebudgetteerde aanbieders per deelmarkt

Bron: Vektis

Gebuurkte data: beschikbare declaratiegegevens van DBC's en de NZa-lijst met AGB codes van gebudgetteerde zorgaanbieders.

Methode: Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Deze zijn vervolgens opgeschat naar het totaal van verzekerdenpopulatie.

Binnen de DBC-systematiek kunnen DBC's worden toegewezen aan de deelmarkten Kinderen en Jeugd, en Volwassenen & Ouderen.

DBC Omzet en Volume niet-gebudgetteerde aanbieders klinisch en ambuland

Bron: Vektis

Gebruikte data: beschikbare declaratiegegevens van DBC's en de NZa-lijst met AGB codes van gebudgetteerde zorgaanbieders.

Methode: Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Deze zijn vervolgens opgeschat naar het totaal van verzekerdenpopulatie. Het onderscheid wordt gemaakt door te kijken naar DBC's met en zonder verblijf. De omzet van DBC's zonder verblijf wordt als ambulante DBC omzet opgevoerd, de omzet van DBC's met verblijf wordt als klinische omzet opgevoerd. De omzet van DBC's waar bij verblijf onbekend is, zijn hierin niet meegenomen.

Aandeel klinisch en ambuland 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. Er heeft hierbij bijschatting naar het totaal van de verzekerdenpopulatie plaatsgevonden. Indien verblijf onbekend was, is dit niet meegenomen.

Omzetontwikkeling klinisch en ambuland gebudgetteerde aanbieders

Bron: NZa

Gebruikte data: de gerealiseerde productie zoals opgenomen in het nacalculatieformulier (incl. niet-gehonoreerde overproductie).

Methode: Onder de ambulante GGZ vallen alle gerealiseerde productie voor behandelingen en deeltijdbehandeling (zie beleidsregel 'extramurale zorg GGZ Zvw' met kenmerk CU-5049). Onder de klinische GGZ vallen de productieafspraken voor verblijfsdagen en de verblijfskosten (zie beleidsregel 'intramurale GGZ Zvw: loon- en materiële kosten' met kenmerk CU-5050).

Aantal bezette bedden per deelmarkt

Bron: NZa

Gebruikte data: productieafspraken 2008 tot en met 2012

Methode: Gebudgetteerde aanbieders dienen jaarlijks bij de NZa in het budgetformulier hun productieafspraken voor het komende jaar in. Onderdeel van deze afspraken vormen het aantal bedden. Voor het maken van afspraken over bedden hebben aanbieders een toelating van het CIBG nodig. Aanbieders kunnen afspraken maken over het aantal bezette bedden en het aantal niet bezette bedden. Voor het aantal bezette bedden wordt een vaste vergoeding per bed bestaande uit loon- en materiële kosten in het budget opgenomen. Daarnaast wordt voor energiekosten, onroerend zaakbelasting en milieuheffing een bedrag in het budget opgenomen per normatieve vierkante meter. Voor een niet-bezet bed krijgt de aanbieder uitsluitend een vergoeding voor het aantal vierkante meters. Er vindt geen nacalculatie plaats op het aantal bedden.

Indexcijfer behandelingen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt + indexcijfer behandelingen/deeltijdbehandelingen

Bron: NZa

Gebruikte data: de gerealiseerde productie zoals opgenomen in het nacalculatieformulier (incl. niet-gehonoreerde overproductie).

Methode: Toeslagen voor contacten buiten de instelling zijn niet meegenomen bij het berekenen van het volume van het aantal behandelingen.

Bijlage 4. Onderzoek KPMG Plexus naar zorgprogrammering in de GGZ

1. Volledigheid doelgroepsegmentatie

Omgang met comorbiditeit verschilt sterk

Per zorgprogramma en instelling wordt verschillend omgegaan met comorbiditeit. Bij depressie hebben drie instellingen comorbide doelgroepen gedefinieerd (depressie en persoonlijkheidsstoornissen). Er zijn geen comorbide doelgroepen met angst-depressie: vanuit de praktijk zien we dat deze vaak in het zorgprogramma Angst worden gedefinieerd. Dit is in deze scan niet onderzocht. Twee instellingen kiezen bij comorbiditeit, depressie als primaire doelgroep (sequentieel). Drie instellingen hebben niet omschreven hoe om te gaan met comorbiditeit.

Bij persoonlijkheidsstoornissen wordt er deels sequentieel en deels geïntegreerd omgegaan met comorbiditeit. Vijf instellingen beschrijven dat indien er ook een stoornis is op As I, deze eerst moet worden behandeld (sequentieel), mits de persoonlijkheidsstoornis niet heel ernstig is. Vier instellingen wegen bij de bepaling van de ernst van de stoornis comorbiditeit mee. Dit impliceert een meer geïntegreerde behandeling van comorbide patiënten. Twee instellingen hebben niet omschreven hoe om te gaan met comorbiditeit.

Instellingen met een psychose/schizofrenie zorgprogramma excluseren psychoses ten gevolge van stemming, persoonlijkheid of verslaving, hetgeen ook conform de richtlijn is. Voor instellingen met een op EPA ingestoken zorgprogramma is comorbiditeit niet expliciet bepalend voor het zorgaanbod. Wel komen modules psychiatrie en verslaving voor.

Scheiding met basis ggz nog weinig expliciet gemaakt

Bij depressie zijn er vier instellingen die voor (een deel van) de lichte doelgroepen aangeven dat deze niet binnen de tweedelijns GGZ thuishoren, maar behandeld kunnen worden in de basis ggz / eerstelijns.

Weinig zorgprogramma's hebben uitstroomcriteria gedefinieerd

Door uitstroom te definiëren wordt ook de achterkant van de doelgroepen binnen zorgprogramma's afgebakend. Weinig zorgprogramma's hebben echter heldere uitstroomcriteria gedefinieerd. Bijna alle instellingen geven dit procesmatig vorm door met enige regelmaat te evalueren. Bij persoonlijkheidsstoornissen heeft geen van de instellingen criteria gedefinieerd wanneer een cliënt kan uitstromen. Bij de EPA-doelgroep definiëren twee instellingen dat wanneer een cliënt een lage zorgvraag op stoornis en participatie heeft, met weinig risico op terugval, deze kan uitstromen.

Doelgroepen waarvoor klinische opname nodig is, zijn in helft van de zorgprogramma's gedefinieerd

Van alle zorgprogramma's die we in detail hebben bekeken is in de helft van de gevallen een doelgroep benoemd waarvoor een crisisopname nodig is. Ook is in de helft van de gevallen een doelgroep gedefinieerd waarvoor een electieve klinische opname nodig is. Dit komt vooral voor bij depressie en persoonlijkheidsstoornissen maar (verrassenderwijs) zelden bij psychose/EPA. Overigens wordt voor deze laatste doelgroep in enkele gevallen wel verwezen naar de FACT-methodiek waar opschalen in geval van crisis natuurlijk wel een onderdeel is of is er een module 'opstellen signalerings en/of crisisplan'.

Hier worden dan geen specifieke criteria voor benoemd. De criteria voor crisis of electieve opnames zijn over het algemeen omschreven in termen van 'crisogeen?' of 'gevaar voor zichzelf of anderen of 'Is de thuissituatie onhoudbaar?'.

2. Vergelijkbaarheid doelgroepsegmentatie

Op basis van de aangeleverde zorgprogramma's voor depressie, persoonlijkheidsstoornissen en psychose/ EPA, is bekeken hoe vergelijkbaar de segmentatie in doelgroepen is tussen instellingen.

Hierbij is gekeken naar:

- Scope van de doelgroep van het zorgprogramma
- Indeling van de doelgroep van het zorgprogramma in meerdere subdoelgroepen

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de uniformiteit tussen doelgroepen binnen de drie bekeken zorgprogramma's beperkt is. De uniformiteit is het laagst bij het zorgprogramma psychose /EPA. Wat verder opvalt, is de rol van de richtlijn. De richtlijn depressie geeft van de drie de meeste structuur in doelgroepen. Toch leidt dit niet tot een substantieel hogere uniformiteit van zorgprogramma's depressie tussen instellingen. Het is niet duidelijk of dit ligt aan de (on)wil om richtlijngetrouw te werken, of dat instellingen bewust afwijken omdat de richtlijn onvoldoende aansluit bij de klinische praktijk, of omdat de definities achter de doelgroepen uit de richtlijn zo veel keuzevrijheid laten dat instellingen als vanzelf een nog ruimere invulling daaraan geven. Hieronder is onze algemene conclusie per zorgprogramma nader toegelicht.

Beperkte uniformiteit tussen doelgroepen binnen zorgprogramma's unipolaire depressie

Deze scan richt zich op unipolaire depressies (de meeste instellingen hebben naast de unipolaire doelgroepen ook aparte doelgroepen bipolaire stoornissen en andere stemmingsstoornissen). Hiervoor heeft de helft van de instellingen een integraal aanbod omschreven (ambulant plus klinisch). Klinische behandelingen worden meestal niet als aparte zorgpaden omschreven, maar als toegevoegde module bij een ambulant zorgpad.

De instellingen hebben 3 tot 14 doelgroepen gedefinieerd voor unipolaire depressie. De meeste instellingen beperken zich tot maximaal 6 doelgroepen, waarbij ze nog de keuze laten in aanbod (farmacotherapie, individuele of groepstherapie etc.), hetgeen kan worden gezien als een 'verborgen' splitsing in subdoelgroepen. Alle instellingen maken een indeling naar ernst van de depressie. Verschillende instellingen hebben daar buiten nog andere doelgroepen. Vijf van de instellingen hebben bijvoorbeeld ook de doelgroepen seizoensgebonden depressie benoemd en vier de chronische depressie.

De uniformiteit tussen de doelgroepen binnen unipolaire depressie is beperkt. Bijna alle instellingen gebruiken de termen licht-matig/ernstig, of de termen licht-matig-ernstig. Om tot deze segmentatie te komen gebruiken ze echter geen eensluidende criteria. Dit geldt voornamelijk voor de scheiding tussen de doelgroepen licht en matig/ernstig.

Bij vijf instellingen wordt deze scheiding gemaakt op basis van het aantal DSM IV symptomen (< 5 of 6 voor licht), bij één instelling op basis van de GAF score. Twee instellingen omschrijven de criteria om de ernst te bepalen niet nader. Naast ernst wegen vier instellingen nog een van de volgende criteria apart mee voor de splitsing licht en matig/ ernstig: functioneren, duur, comorbiditeit en recidiviteit. Deze criteria worden ook in de richtlijn benoemd. Opvallend hierbij is dat een licht depressieve

patiënt met recidief en depressie > 3 mnd bij drie instellingen valt onder de doelgroep licht (conform richtlijn), maar bij één instelling onder matig/ernstig (licht scheidt hier af naar eerstelijns).

Het criterium voor de scheiding binnen matig / ernstig is beperkt uniform. Vijf instellingen gebruiken het criterium van recidiviteit voor de splitsing, hetgeen ook in de richtlijn zo is gespecificeerd. Eén instelling maakt deze splitsing op basis van de GAF score, één op basis van het aantal DSM IV symptomen en één op basis van een (aanbodgedreven) keuze tussen farmacotherapie of psychosociale interventie (wel of niet in groep).

De helft van de instellingen heeft duidelijke beslisregels aan het begin van de beslisboom om cliënten met een lichte depressie naar de eerstelijns door te verwijzen. Cliënten waar bij de depressie een recidief is worden nooit terugverwezen naar de eerstelijns. Voor cliënten met een eerste episode is de duur en de ernst van de depressie het criterium waarop wordt doorverwezen naar de eerstelijns. Bij twee instellingen wordt een cliënt doorverwezen bij een depressie korter dan drie maanden, bij twee instellingen bij een depressie korter dan zes maanden. De andere instellingen hebben geen duidelijke criteria voor doorverwijzing naar de eerstelijns.

Beperkte tot lage uniformiteit tussen doelgroepen binnen zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen

De scope van het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen verschilt tussen instellingen. Niet alle zorgprogramma's beschrijven alle clusters van persoonlijkheidsstoornissen, alle behandelsettings, en zowel curatieve behandeling als begeleiding van chronische patiënten. Borderline persoonlijkheidsstoornissen zijn door alle instellingen uitgewerkt en dat is niet toevallig. Het is een relatief grote groep waarvoor ook de meeste evidence bestaat. Zorgpaden voor patiënten die geen curatieve zorgvraag hebben maar een begeleidingsgerichte zorgvraag zijn beperkt ontwikkeld binnen dit zorgprogramma: twee instellingen hebben dit beschreven. Soms wordt wel verwezen naar de zorgpaden FACT van een ander zorgprogramma.

Als gevolg van de verschillen in scope varieert het aantal doelgroepen van 4 tot 22. De vier zorgprogramma's met min of meer dezelfde scope (alle clusters, alle settings) kennen 16 tot 22 doelgroepen.

De doelgroepen die onderscheiden worden, sluiten deels aan bij de richtlijn. De richtlijn definieert doelgroepen op basis van cluster van persoonlijkheidsstoornissen conform DSM IV, stoornis binnen een cluster conform DSM IV en welke comorbide stoornis op as I. Bij de instellingen zien we hiervan alleen de indeling in cluster terug. Of er wel/geen comorbiditeit op as I is, is soms een uitsluitingscriterium voor het zorgprogramma en soms integraal onderdeel bij de beoordeling van 'mate van ernst', maar dit wordt niet uitgesplitst naar stemmingsstoornis, bipolaire stoornis, OCS etc. zoals in de richtlijn wordt gedaan. Instellingen hanteren wel andere, aanvullende, criteria om tot doelgroepen te komen.

Drie criteria worden door vrijwel alle instellingen gebruikt (ernst, veranderbaarheid, complexiteit). Daarnaast zijn er criteria die door ongeveer de helft van de instellingen gebruikt worden (cluster en fase) en criteria die door slechts een beperkt aantal instellingen gehanteerd wordt (bijvoorbeeld internaliserend versus externaliserend). De exacte definiëring van de criteria echter, verschilt vaak aanzienlijk. Daarnaast gebruiken instellingen verschillende combinaties van criteria en komen

zo ook tot verschillende doelgroepen. De uniformiteit is daarmee beperkt tot zelfs laag. Als je kijkt naar hoe zorgpaden zijn gedefinieerd, is er qua type behandeling redelijke uniformiteit. De criteria die worden gebruikt om patiënten te selecteren voor behandeling zijn echter veel minder uniform.

Lage uniformiteit tussen doelgroepen zorgprogramma's voor de psychose/EPA doelgroep

Instellingen hebben hun zorgprogramma's op grofweg twee verschillende doelgroepen geënt. Vier instellingen hebben een zorgprogramma schizofrenie of psychotische stoornissen. Drie instellingen richten zich op een bredere EPA doelgroep, waarbij bijvoorbeeld ook patiënten met een 'chronische' bipolaire of persoonlijkheidsstoornis zijn geïncludeerd. Een instelling tenslotte combineert beiden door de EPA doelgroep te includeren in de rehabilitatiedoelgroep van psychotische stoornissen. De keuze voor psychotische stoornissen of EPA staat los van de keuze om te werken met FACT. Hier werken alle instellingen mee. Daarnaast zien we dat de helft ook bemoeizorg beschrijft binnen het zorgprogramma.

De helft van de instellingen omschrijft een integraal aanbod (ambulant plus klinisch). Hierbij valt wel op dat het klinisch aanbod summier beschreven is. De keuze van een instelling voor een integrale beschrijving staat overigens los van de keuze van doelgroep (psychotische stoornissen versus EPA-breed).

Het aantal doelgroepen dat is gedefinieerd binnen het zorgprogramma varieert van 1 tot 14. Instellingen met minder doelgroepen maken veelal onderscheid tussen 1^e psychose en overige patiënten met een psychotische stoornis, en bedienen de EPA doelgroep niet. Dit komt overeen met de richtlijn, waar voor de biologische behandeling onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met een eerste psychose (in remissie, en die niet in remissie geraken) en patiënten met recidiefpsychosen. In de richtlijn wordt daarnaast onderscheid gemaakt in 5 subtypen schizofrenie (paranoïde, gedesoriënteerd, katatoon, ongedifferentieerd en rest). Dit onderscheid kwam in geen van de schizofrenie zorgprogramma's terug. De fasering van schizofrenie wordt niet directief omschreven in de richtlijn en komt slechts bij één instelling terug in het zorgprogramma.

Instellingen die meerdere doelgroepen hebben geformuleerd bedienen de brede EPA doelgroep en maken daarnaast ook onderscheid in het beloop en/of de zorgvraag van de patiënt. Hierbij zijn ernst van de ziekte en mate van participatie belangrijke criteria. Opvallend is overigens wel dat instellingen verschillende definities van ernst en participatiegraad hanteren, die door slechts enkele objectief zijn omschreven aan de hand van een HONOS of PANSS score. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat er weinig uniformiteit zit tussen de gedefinieerde doelgroepen in het psychose / EPA zorgprogramma. Uitzondering is de uitsplitsing van eerste psychose.

3. Het zorgaanbod per doelgroep

Het zorgaanbod in de sector is over het algemeen nog onvolledig gedefinieerd.

Voor de eenduidigheid in deze scan, lichten we eerst een aantal veelgebruikte definities kort toe. Een zorgtraject is een opeenvolging van zorgpaden die door dezelfde patiënt worden gevolgd. Een zorgpad bestaat veelal uit een aantal modules, verplicht en/of optioneel. Een module is een afgebakend zorgaanbod, dat indien nodig als onderdeel van een zorgpad ingezet kan worden, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie etc.

In bijna alle gevallen wordt er bij een doelgroep een bijbehorend zorgaanbod geformuleerd. Bij depressie is er één instelling en bij psychose/EPA twee instellingen die wel een aanbod (verschillende modules) definiëren, maar de link met de doelgroep missen.

Bij de uitwerking van het zorgprogramma ligt de focus van de meeste instellingen op ambulante paden. Slechts zelden is een aanbod voor crisisopname uitgewerkt. Bij eenderde van de zorgprogramma's is een electief klinisch pad uitgewerkt.

Of er zorgtrajecten zijn vastgesteld per doelgroep wisselt aanzienlijk tussen de drie zorgprogramma's. Bij depressie hebben zeven van de acht instellingen dit voor bijna iedere doelgroep vastgesteld. Bij persoonlijkheidsstoornissen hebben vijf van de instellingen dit voor bijna iedere doelgroep gedaan, en twee voor geen enkele. Bij psychose/EPA is er maar één instelling die dit voor alle doelgroepen heeft gedaan en één instelling die het voor een deel van hun doelgroepen heeft gedaan. De andere zes instellingen hebben niet gedefinieerd hoe vaak een zorgpad herhaald kan worden of wat mogelijke opeenvolgingen van paden zijn.

Van alle klinische en ambulante zorgpaden is bekeken of ze een doelstelling hebben, de duur en eindigheid is gedefinieerd en of er modules zijn beschreven. De helft van de ambulante paden heeft een doelstelling. Voor tweederde van de paden is de duur vastgesteld, waarbij opvalt dat dit voor psychose/ EPA-zorgpaden maar voor eenderde is gedaan. Bij de helft van alle paden wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten in de evaluatie, bij psychose /EPA is dit zelfs tweederde van de paden. Gek genoeg zien we dat juist bij de psychose/EPA-paden maar in eenderde van de gevallen besprekmomenten ter evaluatie zijn gedefinieerd, terwijl dit bij persoonlijkheidspaden de helft is en bij depressie > 90%. Driekwart van de zorgpaden heeft een afgebakende lijst met modules. Weer driekwart hiervan geeft voor die modules aan of ze optioneel of verplicht zijn in het zorgpad. Slechts bij < 10% van de paden zijn er aparte beslisregels geformuleerd voor de toepassing van een specifieke module.

Voor de klinische paden geldt een ander beeld. Bij bijna tweederde van de zorgpaden depressie en persoonlijkheid is een doelstelling en eindigheid gedefinieerd en zijn modules omschreven. Bij de klinische psychose / EPA-paden is dit slechts bij één instelling het geval.

Vervolgens is het aanbod ook op moduleniveau bekeken. Het type therapie (activiteiten) zijn voor bijna alle ambulante modules beschreven. Het doel van een module, het aantal keer en frequentie dat een therapieessie plaatsvindt slechts in eenderde van alle modules. De discipline is in de helft van alle modules beschreven. Voor slechts de helft van de zorgprogramma's zijn klinische modules beschreven. In ruim tweederde van de klinische modules is de doelstelling, duur en frequentie beschreven. Uitzondering hierop zijn de psychose/ EPA-klinische modules waar slechts één instelling dit volledig heeft gedefinieerd.

Gezien de variatie in doelgroep, is vergelijking op uniformiteit van zorgaanbod moeilijk

Onderzoek naar uniformiteit van zorgaanbod is alleen nuttig indien dit per vergelijkbare (dus objectief uniform gedefinieerde) doelgroep kan. Uit het voorgaande bleek al, dat die uniformiteit nog beperkt tot laag is.

4. Methoden

Scoringsmethodiek op de doelgroepsegmentatie

Voor elke instelling zijn zowel de toeleiding naar de zorgprogramma's (van instroom instelling naar zorgprogramma) als de segmentatie binnen de zorgprogramma's gescoord. Dit gebeurde op drie punten:

1. Volledigheid
2. Volwassenheid
3. Uniformiteit

Volledigheid

De volledigheid is getoetst met twee verschillende soorten scores. Ten eerste is de volledigheid gescoord met ja/nee vragen, hiermee wordt getoetst of bepaalde elementen in de zorgprogramma's zijn opgenomen. Met deze vragen is hoofdzakelijk vastgesteld of er comorbide paden gedefinieerd zijn, of er uitstroom gedefinieerd is en of er klinische zorgpaden beschikbaar zijn.

Volwassenheid

Volwassenheid is gescoord op een vijfpuntsschaal (0 t/m 4). Hoe hoger de score hoe objectiever de instelling beslissingen maakt in de segmentatie van de instroom, dit betekent dat de verwachting is dat verschillende behandelaars van verschillende instellingen dezelfde keuzes zullen maken in het segmentatieproces.

De scoring voor de segmentatie naar de zorgprogramma's is een 0 wanneer er geen indeling in zorgprogramma's is, een 1 wanneer er een indeling is maar geen criteria, een 2 wanneer er een indeling is met alleen DSM IV hoofdclassificatie als criterium, een 3 wanneer er een indeling is met andere criteria (eventueel in combinatie met DSM IV hoofdclassificatie) en een 4 wanneer er een indeling is met objectieve criteria (niet zijnde DSM IV hoofdclassificatie).

De scoring voor de segmentatie naar de doelgroepen is een 0 wanneer er geen indeling in doelgroepen is, een 1 wanneer er wel een indeling is maar geen criteria, een 2 wanneer er een indeling is met criteria, een 3 wanneer er een indeling is met criteria en beslisregels en een 4 wanneer er een indeling is met criteria en objectieve beslisregels. Bij het gebruik van beslisregels o.b.v. veelgebruikte lijsten zoals HONOS het een 4 hebben gescoord

Op dezelfde manier zijn ook andere onderdelen van het zorgprogramma getoetst op volwassenheid, bijvoorbeeld de splitsing tussen ambulante en klinische en de toeleiding naar crisis.

De uniformiteit

Voor de scoring van de uniformiteit is gekeken of er uniformiteit is tussen de zorgprogramma's van de verschillende instellingen. Hierbij is gekeken of instellingen dezelfde zorgprogramma's en doelgroepen definiëren.

Typering van de deelnemende instellingen

De deelnemende instellingen zijn geïntegreerde GGZ-instellingen gevestigd in verschillende delen van Nederland. Sommige instellingen zijn zowel actief in de eerste als tweedelijnde. Mensen met psychiatrische, somatopsychiatrische, psychogeriatrische aandoeningen en/of ernstige psychische problemen behoren tot de doelgroep van deze instellingen. Hiervoor bieden de meeste instellingen behandeling, verpleging, rehabilitatie, herstel, verblijf en begeleiding in ambulante, deeltijd en klinische setting. Hun omzet varieert van grofweg €60 tot €225 miljoen.

5. Definities

Zorgprogramma

Een zorgprogramma is een beschrijving van het totale zorgaanbod voor een bepaalde groep patiënten.

Zorgpad

Een zorgpad beschrijft op procesniveau wat er normaliter wordt gedaan voor een patiënt uit een bepaalde doelgroep. Het detailniveau hangt af van het type doelgroep en de doelstellingen die een instelling heeft met het vastleggen van een zorgpad. In een volledig beschreven zorgpad zijn de volgende elementen opgenomen:

- Doelstelling
- Uitkomstmetingen
- Eindmoment
- Overlegmomenten

Te leveren zorg (beschreven in verplichte en optionele modules, eventueel met timing van de modules vastgelegd, soms aparte beslisregels per module)

Zorgtraject

Een zorgtraject is een opeenvolging van zorgpaden die door dezelfde patiënt worden gevolgd in verband met dezelfde diagnose of zorgvraag. Als een patiënt in zorg komt voor een nieuwe diagnose of zorgvraag, wordt ook een nieuw zorgtraject gestart. Het totaal van mogelijke zorgtrajecten voor alle doelgroepen binnen een zorgprogramma wordt weergegeven in het spoorboekje.

Modules

Een module is een afgebakend zorgaanbod, dat indien nodig als onderdeel van een zorgpad ingezet kan worden. Bijvoorbeeld de module running therapie.

Doelgroepen en -labels

Een doelgroep is zoveel mogelijk 'homogeen'. Dat betekent, dat patiënten in dezelfde groep vergelijkbaar zijn op het gebied van patiëntkenmerken (b.v. medische diagnose of andere problematiek/zorgvraag, voorgeschiedenis, voorkeuren), met vergelijkbare doelstellingen en daarmee ook de daartoe benodigde zorg (behandeling, begeleiding/ondersteuning, verzorging). De patiënten in een groep krijgen allemaal hetzelfde 'patiëntlabel' (de naam van de groep).

Beslisbomen en spoorboekje

Een beslisboom verdeelt de patiënten op zo objectief en eenduidig mogelijke wijze in doelgroepen. Het spoorboekje geeft aan, welke (opeenvolging van) zorgpaden mogelijk zijn per doelgroep. Het spoorboekje geeft dus alle toegestane zorgtrajecten weer.

Praktische noten:

- Een instelling gebruikt allereerst een beslisboom voor toewijzing van patiënten aan een zorgprogramma.
- Daarna helpen een beslisboom en het spoorboekje per zorgprogramma bij het bepalen van het eerste zorgpad.
- Indien een vervolg-zorgpad nodig is, geeft het spoorboekje de opties. Indien meer dan één optie mogelijk is, dan helpt een beslisboom bij de keuze. Beslisbomen en spoorboekje moeten dus in samenhang worden gebruikt.

Entry- en exit-criteria

Entry-criteria beschrijven welke patiënten thuis horen in een zorgpad. Dit staat beschreven in een combinatie van de beslisbomen en het

spoorboekje (instellingen kiezen daarbij de meest praktische vorm). Exit-criteria bepalen wanneer een patiënt het zorgpad moet verlaten (bijvoorbeeld voortijdig behalen van de doelstellingen, overschrijding van de maximale doorlooptijd of maximaal aantal consulten, of niet meer voldoen aan bepaalde entry-criteria). De exit criteria staan beschreven in de definitie van het zorgpad.

Praktische noot: vaak is het nuttig, ook per module entry- en exit-criteria op te stellen.

Bijlage 5. Beleidsbrief Marktscan GGZ

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 0900 7707070
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Zorgmarkten Cure

Telefoonnummer
0900 7707070

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
30336/37786

Onderwerp
Beleidsbrief marktscan GGZ

Datum
27 februari 2013

Mevrouw de Minister,

Wij brengen op regelmatige basis een marktscan GGZ uit. Daarin komt zowel de curatieve GGZ (verder: cGGZ) als de langdurende GGZ aan de orde. Publicatie daarvan gaat gepaard met een beleidsbrief. In deze beleidsbrief ga ik in op de belangrijkste bevindingen van de marktscan GGZ en de beleidsmatige conclusies die daaruit te trekken zijn.

Uitgaven curatieve GGZ dalen

De belangrijkste bevinding uit de marktscan is dat de scherpe stijging van de uitgaven aan cGGZ in de periode 2008-2011 (ongeveer 7% per jaar) zich niet lijkt voort te zetten in 2012. De uitgaven aan de curatieve GGZ stegen van 3,4 miljard in 2008 naar 4,0 miljard in 2010. Schadelastprognoses van zorgverzekeraars laten zien dat deze trend zich niet voortzet. Over 2012 is er een verwachte schadelastdaling van 2,8% die vooral veroorzaakt wordt door de omzetontwikkeling van gecontracteerde zorgaanbieders. De schadelast van niet-gecontracteerde zorgaanbieders stijgt in 2012 wel. De grootste daling is zichtbaar bij de eerstelijnszorg die al in 2011 wordt ingezet. In 2012 is een sterke daling te zien van 17 procent ten opzichte van 2011. Bij dit beeld past wel het voorbehoud dat de prognoses voor in het bijzonder de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders onzekerheden kennen.

Voor de ontwikkeling van de uitgaven in de cGGZ is de volgende achtergrond van belang. Ten eerste bestond voor 2012 een uitgebreid pakket van beheersmaatregelen. Het gaat hierbij vooral om de kortingsmaatregel van 5,55 procent op de tarieven (en budgetten van instellingen), een hogere eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en het invoeren van een eigen bijdrage voor tweedelijns psychologische zorg. Daarnaast zijn voor 2012 diverse pakketmaatregelen doorgevoerd. Zo heeft de overheid aanpassingsstoornissen uit het pakket gehaald en het aantal sessies eerstelijns psychologische zorg in de zorgverzekering verlaagd van acht

naar vijf. Ten tweede lopen de zorgverzekeraars vanaf 2012 een aanzienlijk groter financieel risico vanwege het afschaffen van de macronacalculatie voor de cGGZ. Dit heeft geleid tot een aanscherping van de zorginkoop (zie daarvoor de typering van het marktgedrag van zorgverzekeraars verderop in deze brief).

Kenmerk
30336/37786

Pagina
2 van 10

Vooraf bij niet gebudgetteerde zorgaanbieders is een opvallende stijging te zien in de uitgaven aan diagnostiek en aan 'overige kindertijd'. De beschikbare gegevens laten een nadere analyse in de marktscan niet toe. Zorgverzekeraars hebben aangegeven te veronderstellen dat de stijging van uitgaven aan 'overige kindertijd' veroorzaakt wordt door de sterke groei van vraag naar dyslexiezorg. Wij bekijken momenteel of en hoe het mogelijk is om de uitgaven aan dyslexiezorg (voor marktpartijen) meer transparant te maken. Bij de uitgaven aan diagnostiek speelt mogelijk mee dat een aantal zorgaanbieders diagnoses stelt zonder dat een zorgtraject wordt gestart. Mogelijk hangt dit samen met de aanvraag van PGB's. De NZa doet nader onderzoek hiernaar.

Uitgaven in de GGZ vanaf 2013 beperkt door budgettair kader en omzetgrenzen in de contracten met zorgverzekeraars

Voor de ontwikkeling van de uitgaven in 2013 (en de jaren daaropvolgend) is vooral van belang dat de sector zich heeft verplicht de uitgaven niet harder te laten groeien dan 2,5 procent. De contractering loopt momenteel. Het beeld is dat zorgverzekeraars gemiddeld minder dan 2,5 procent groei toestaan bij de voorheen gebudgetteerde instellingen. Op basis van lopend NZa-onderzoek (uitgevoerd door SiRM) is de verwachting dat de marktpartijen in de komende jaren omzetgrenzen zullen afspreken, zoals zij gewend waren te doen tot aan 2013 binnen de budgetsysteem. Voor 2013 verzorgen wij de nacalculatie; het is echter aan de zorgverzekeraar om overschrijdingen van de omzetgrenzen tegen te gaan. De NZa voert voor de DBC-tarieven een kostprijsonderzoek uit. Wij zullen de uitkomsten ook beoordelen vanuit het oogpunt van een beheerste tariefontwikkeling.

Beperking van de aanspraken op zorg is één van de instrumenten voor de overheid om de kosten in de hand te houden. Het CVZ is bezig met een rapportage over de aanspraken op zorg, deze verschijnt naar verwachting nog dit voorjaar. Daarbij past echter wel de kanttekening dat het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg zo helder mogelijk moet zijn. Dit is onontbeerlijk voor een goede bekostiging en voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw.

Vanuit onze verantwoordelijkheid voor de bekostiging van de cGGZ hebben wij voor 2013 stappen gezet om het risico van onterechte betaling van declaraties te beperken. Het gaat daarbij onder andere om de verplichting dat de hoofdbehandelaar direct-patiëntgebonden tijd heeft besteed aan de cliënt voor wie wordt gedeclareerd. Daarbij dient deze tijd dusdanig te worden geregistreerd dat effectieve controle door een verzekeraar mogelijk is.

Per 2013 wordt door middel van de declaratiecode kenbaar gemaakt of een DBC tot het basispakket behoort. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, te declareren als zorg die tot het basispakket behoort. Daarbij hebben wij voor 2013

een zogenaamde 'kleurensystematiek' ingevoerd waarbij zorg die buiten het basispakket valt, kan worden onderscheiden van zorg die binnen het basispakket valt.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
3 van 10

Wij nemen voor 2014 verdere besluiten om het genoemde risico verder te beperken. Zowel de manier waarop 'aanspraak' in de DBC-systematiek is verwerkt, als de manier waarop transparantie kan worden vergroot staan op onze doorontwikkelagenda voor de productstructuur.

Voor een goede werking van de markt is het verder noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet alleen elkaar maar ook hun patiënten respectievelijk verzekerden, voldoende informeren over verschillende aspecten van de zorg(verzekering) die zij leveren. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over informatie over kosten voor de geleverde zorg(verzekering), eventuele wachttijden en of de zorg wel of niet verzekerd is. We herinneren partijen er in dit kader aan onze richtsnoeren informatieverstrekking zorgaanbieders/zorgverzekeraars.

Langdurende GGZ: uitgaven gestegen met 25 %, verwachte stabilisatie in 2013

In de langdurende GGZ heeft de stijging van de uitgaven zich wel doorgezet in 2012 en is zelfs sterker dan in het jaar daarvoor. De omzet is in twee jaar tijd met ongeveer een kwart toegenomen. De omzetsstijging in 2012 is voor een derde toe te schrijven aan een toename van het volume en is voor twee derde het gevolg van hogere prijzen van de zorgzwaartepakketten (zpz's). De 9% prijsstijging van de GGZ-zpz's is voor een belangrijk deel terug te voeren op de extra middelen van € 636 miljoen die per 2012 in alle AWBZ-zpz-prijzen zijn verdisconteerd. Deze extra middelen zijn beschikbaar gesteld voor verbetering van de kwaliteit van de AWBZ-zorg.

De extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor de GGZ worden voor 2013 weer teruggehaald. De prijzen van de zorgzwaartepakketten voor de GGZ- worden dan ook bijgesteld voor 2013 en komen dan ongeveer 3 procent lager uit dan in 2012. Op basis van de prijsdaling in 2013 en een gelijkmatige volumegroei mag voor 2013 een stabilisatie van de omzet verwacht worden.

Bij de GGZ-zpz's is de groei van de C-pakketten, ofwel zorg in een beschermde woonomgeving met begeleiding, het sterkst. Bij de overige GGZ zorgproducten valt de sterke groei van het Volledig Pakket Thuis op. Binnen de C-pakketten is de sterkste omzetgroei zichtbaar bij de pakketten 3c en 4c, binnen de B-pakketten, GGZ-zorg met een voorgezet verblijf en behandeling is de sterkste omzet groei te zien bij de pakketten 5B en 7B. Zowel bij de B- en C-pakketten is een sterke daling zichtbaar bij de lage zpz's waarbij het erop lijkt dat GGZ-instellingen werk maken van het scheiden van wonen en zorg.

Marktstructuur: lage toetredingsdrempels, klein marktaandeel toetreders

Zowel de markt voor eerstelijnszorg als de markt voor tweedelijnszorg van de cGGZ kent een grote mate van toe- en uittreding. Dit gaat gepaard met een groei van het aantal zorgaanbieders met een kleine

jaaromzet. Er zijn dus geen substantiële toetredingsdrempels. Wel merken we op dat het marktaandeel van toetredende instellingen heel beperkt blijft; de zogeheten gebudgetteerde instellingen behouden – op collectief niveau – hun marktaandeel. Dit wordt in de hand gewerkt door de voorkeur van zorgverzekeraars voor de al langer door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Ook het bestaande 'representatiemodel' werkt een groter marktaandeel van toetreders tegen. Eenzelfde ontwikkeling is zichtbaar bij de langdurende zorg. Ook hier is sprake van een hoge mate van toe- en uittreding van zorgaanbieders met een kleine omzet. Bij de langdurende zorg zijn dit in de meeste gevallen al bestaande zorgaanbieders die voor dat ene jaar een beperkt aantal GGZ-zorgproducten inkopen en het jaar daarna daar weer vanaf zien. Wij beoordelen deze ontwikkelingen vanuit marktperspectief als positief: zij duiden immers op een toename van de toegankelijkheid. Wel zijn we van mening dat ook 'nieuwe' zorgaanbieders in staat moeten zijn een contract af te sluiten met zorgverzekeraars.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
4 van 10

Uit informatie van alle zorgverzekeraars blijkt dat de door hen uitgevoerde materiële controles zich vooral hebben gericht op de 'nieuwe', niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Indien alleen toetreders gecontroleerd worden zullen we nader bekijken of dit het gevolg is van marktmacht op de zorginkoopmarkt.

Een ander aandachtspunt is de relatieve eenvoud waarmee nieuwe niet-gecontracteerde aanbieders een zogeheten WTZi-registratie verkrijgen. Door gebruik te maken van de AGB-code van een dergelijke instelling is het voor zorgverzekeraars moeilijk te controleren of gedeclareerde zorg door bekwame zorgaanbieders is geleverd.

Marktgedrag van zorgverzekeraars: aangescherpte zorginkoop en tegengaan van verlengde-armconstructies

Uit de marktscan komt naar voren dat zorgverzekeraars in 2012 hun zorginkoop in de cGGZ aanscherpen. De aangescherpte zorginkoop blijkt vooral uit de weigering van verschillende zorgverzekeraars om akkoord te gaan met een verhoogde doorbelasting van de kapitaallasten als deze gepaard gaat met minder financiële ruimte voor zorgafspraken. Ook maken zorgverzekeraars meer omzetafspraken met vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, iets dat voor 2012 nauwelijks voorkwam. Deze omzetafspraken gaan gepaard met een toename van het gemiddeld aantal gecontracteerde zorgaanbieders vanaf 2011. Een mogelijke prikkel vormt de verlaging van de vergoeding van het gebruik van niet-gecontracteerde zorg die de zorgverzekeraars hebben doorgevoerd. De contractprijzen voor niet-gebudgetteerde aanbieders in de cGGZ variëren van 75% tot 95% van het maximum DBC-tarief in 2012. In 2011 varieerde dit nog tussen de 90% en 95%.

Een andere belangrijke aanscherping bij de zorginkoop betreft de opname van bepalingen in de contracten over hoofdbehandelaarschap, de inzet van ondersteunend personeel, eisen aan cliëntcontact en wie er uren op de DBC mag schrijven. Deze bepalingen zijn gericht op het voorkomen van misbruik van verlengde-armconstructies. De verzekeraar heeft de ruimte om in de polisvoorwaarden deze aanvullende eisen te stellen aan het vergoeden van kosten van specialistische GGZ. Het mogelijke positieve effect hiervan wordt echter beperkt doordat

geleverde zorg wordt gedeclareerd op de AGB-code van de instelling, zodat onduidelijk blijft voor verzekeraars welke hoofdbehandelaar in een voorkomend geval betrokken was.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
5 van 10

Wij onderzoeken op dit moment hoe onze regels verduidelijkt kunnen worden over hoofdbehandelaarschap, inzet van ondersteunend personeel en het schrijven van uren op de DBC. De NZa gaat declaratiebepalingen opstellen waarin duidelijk wordt wat de formele, dwingende regels zijn. Het zogeheten spelregeldocument van DBC-Onderhoud biedt daarnaast (technische) uitleg over hoe gedeclareerd kan worden. Voorheen was soms onduidelijk wat de verhouding was tussen formele regels en uitleg in het spelregeldocument. Voor de aanpassing van onze regels en de samenhang met die van anderen hebben we overleg met de IGZ en CVZ met als doel dat we elk vanuit de eigen bevoegdheid en taak consistente besluiten nemen en adviezen geven. Naar verwachting ronden de IGZ en het CVZ hun adviezen over de cGGZ in het eerste kwartaal af wat ons de gelegenheid geeft onze declaratiebepalingen indien wenselijk tijdig aan te passen.

Een scherpere zorginkoop stimuleert zorgaanbieders tot het leveren van een betere prijs/kwaliteitverhouding en is daarmee in het belang van de zorgconsument. Als zorgverzekeraars het voordeel van scherpere inkoop in de premie doorgeven aan de consument is dit in het belang van de consument. Pas als zorgverzekeraars zodanig scherp inkopen dat zij niet meer aan hun zorgplicht dreigen te voldoen is sprake van een ongewenste situatie en kunnen wij ingrijpen. Dit is momenteel niet aan de orde.

Zoals al eerder in deze brief aangegeven kenmerkt ook de contractering voor 2013 zich door een scherpe inzet van zorgverzekeraars. Niet alleen gaan zij uit van omzetgrenzen – voor zowel gecontracteerde instellingen als vrijgevestigden-, ook willen zij een lager groeipercentage in de afspraken dan 2,5%. Daarnaast krijgen zorgaanbieders te maken met toenemende financiële prikkels om informatie aan te leveren over de inhoud en kwaliteit van het zorgaanbod. Deze financiële prikkels hebben over het algemeen niet de vorm van een bonus- maar wel een malusregeling.

De inzet van zorgverzekeraars voor 2013 kenmerkt de overgang naar een nieuwe fase vanaf 2014 waarin zij individueel en met toenemende financiële risico's zorg moeten contracteren. Door het voortbestaan van het representatiemodel in 2013 wordt de concurrentie nog een jaar van de meest scherpe kanten ontdaan. Maar men is wel aan het voorsorteren. Dat geldt ook voor de pogingen om zorgaanbieders te prikkelen informatie prijs te geven. De afgelopen jaren was het voor vooral de gebudgetteerde zorgaanbieders een veilige aanname dat de in het BKZ toegestane groei zich vertaalde in de jaarlijkse budgetafspraken (uiteeraard afgezien van de budgetkortingen). De contractering voor 2013 wijkt daarvan af, als gevolg van de verscherpte zorginkoop door zorgverzekeraars. Wij zien in deze ontwikkelingen geen reden om te interveniëren.

Marktgedrag zorgkantoren: beperkte aanscherping van de zorginkoopKenmerk
30336/37786Pagina
6 van 10

In de langdurende zorg is aanscherping van de zorginkoop beperkt. In 2012 is er wel meer korting bedongen op de prijzen van de zorgzwaartepakketten dan daarvoor, maar deze korting komt gemiddeld genomen niet boven de 2% uit. Ook zijn er zorgkantoren die helemaal geen korting hebben bedongen, ondanks de ruimte om tot 6% korting. De maximaal bedongen korting bij de C-pakketten is ruim 4%. Voor 2013 is er geen sprake meer van een bandbreedte waarbinnen de korting moet worden afgesproken. De NZa blijft de ontwikkeling van kortingen en daarmee van de zorginkoop nauwgezet monitoren.

Waren vorig jaar binnen de langdurige GGZ de Uitvoering AWBZ door verzekeraars en de resultaatfinanciering nog belangrijke speerpunten, met de komst van het kabinet Rutte II is de focus verlegd en wordt de overgang naar een romp-AWBZ ingezet. Bij deze decentralisatie door overheveling van een deel van de AWBZ zorg naar gemeenten en de langdurende GGZ naar de Zvw en gemeenten blijft goed zicht op de ontwikkeling van markt essentieel. De NZa blijft dan ook de komende jaren investeren in monitoring van de GGZ.

Financiële positie van zorgaanbieders: overall beeld positief, aandacht nodig voor vastgoedbeleid en extramuralisering

Zowel in de cGGZ als in de langdurende zorg voltrekken zich belangrijke systeemwijzigingen, zoals de overgang naar DBC-bekostiging voor gebudgetteerde instellingen in de cGGZ en de overhevelingen naar de WMO en de voltooiing van de prestatiebekostiging in de langdurende GGZ.

Voor de cGGZ valt, te verwachten dat zorgverzekeraars in 2013 waarin het representatiemodel nog geldt, de inkooppraktijk van 2012 continueren. Dat betekent dat zij productieafspraken maken met omzetgrenzen met daarbij afspraken over bevoorschotting. Het contracteringsproces dient uiterlijk 1 maart afgerond te zijn omdat wij dan de productieafsprakenformulieren moeten hebben ontvangen om de transitiebedragen vast te kunnen stellen. Als dit patroon zich voordoet bestaat voor instellingen tijdig meer duidelijkheid over hun liquiditeit in 2013. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierop aan te sturen bij de zorginkoop.

In 2013 gaat de cGGZ over op bekostiging via DBC's voor alle zorgaanbieders. In 2012 werden gebudgetteerde instellingen nog bekostigd door middel van budgetparameters, en gefinancierd door DBC's. De marktscan geeft aan dat het verschil tussen opbrengsten uit budgetparameters en opbrengsten uit DBC's aanmerkelijk kleiner wordt. Bovendien hanteert slechts een klein aantal instellingen (ongeveer 15%) voor 2012 nog een verrekenpercentage. Een even groot percentage instellingen verantwoordt zich al in 2012 geheel op basis van DBC's, daartoe in staat gesteld door onze beleidsregels. Dit alles wijst erop dat de gebudgetteerde instellingen in de cGGZ hun bedrijfsvoering in de afgelopen paar jaar hebben ingesteld op DBC-bekostiging.

Voor het gros van de instellingen geldt dus dat de overgang geen grote bekostigingsveranderingen met zich mee brengt. Bovendien bestaat in 2013 nog een vangnet dat voorziet in een eenmalig transitiebedrag in 2013 ter hoogte van 70% van het verschil tussen budget- en DBC-opbrengsten. Voor zeer sterk gespecialiseerde instellingen waarvoor dat verschil hoger is dan 15% bestaat de mogelijkheid tot compensatie van 95% van het verschil. Bovendien kan voor deze instellingen een kostenonderzoek in 2013 plaatsvinden om de bekostiging vanaf 2014 voor te bereiden. Daarbij past wel de nuance dat tweezijdige productieafspraken het uitgangspunt vormen van een soepele uitvoering van het vangnet en snelle duidelijkheid na 1 maart. In geval van een minder voorspoedig verlopend contracteringsproces in de sector zullen wij ook eenzijdig ingediende productieafspraken moeten beoordelen. Wij richten onze werkprocessen daarop in.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
7 van 10

In de langdurende GGZ komt door de invoering van de integrale tarieven meer ruimte voor maatschappelijk ondernemerschap en daarmee meer ruimte voor een gevarieerder zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van cliënten, nu en in de toekomst. De brancheorganisaties tonen aan zich te realiseren dat de toename van de eigen verantwoordelijkheid van AWBZ-instellingen vergt dat een organisatie zijn belangrijkste bedrijfsmatige risico's kent en deze beheerst.

De financiële gezondheid van instellingen wordt tegen deze achtergrond belangrijker. Uit de marktscan blijkt dat de financiële positie van de GGZ zorgaanbieders over het algemeen gezond is. Voor de cGGZ in het bijzonder is juist door de verandering in bekostiging een goede liquiditeitspositie de eerste prioriteit. Deze is de afgelopen vier jaar gestegen van bijna 60% naar 100% in 2011 en daarmee geeft de GGZ zorgaanbieder aan zich goed te hebben voorbereid om in staat te zijn voor een korte periode een grotere uitgaande dan inkomende geldstroom op te vangen.

De overall positieve financiële beeld van zorgaanbieders vergt wel een nuance. Met de invoering van integrale tarieven komen de risico's rond het vastgoed bij de instellingen te liggen. Dit zal in veel gevallen leiden tot een bijstelling van het strategisch vastgoedbeleid en in een aantal gevallen tot een andere waardering van het bestaande vastgoed. Dit kan betekenen dat de financiële gezondheid in de komende jaarrekeningen wijzigt. De beleidsregels voor de invoering van de integrale tarieven maken dit effect voor de instellingen hanteerbaar. De NZa zal de voortgang en de effecten van de invoering van de prestatiebekostiging en die van de integrale tarieven blijven volgen in de komende marktscans.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders sturen, in lijn met de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord, voor 2013 en verder aan op extramuralisering in de cGGZ. In de marktscan komt naar voren dat de eerste stappen in de afgelopen jaren al gezet zijn. Ten eerste is de omvang van klinische zorg tussen 2008 en 2011 vrijwel gelijk gebleven wat in een sterk groeiende markt gelijk staat aan een afnemend aandeel in de zorg. Ten tweede neemt het aantal bezette bedden vanaf 2010 substantieel af. Het maken van afspraken over extramuralisering van de zorg is vooral een zaak van marktpartijen. Dit wordt ook zo benoemd in het bestuurlijk akkoord. We hebben in 2011 wel de beleidsregel 'Overheveling GGZ

AWBZ-Zvw' vastgesteld, om meer budgettaire flexibiliteit te bieden tussen de AWBZ en de Zvw, mede met het oog op extramuralisering. De overheveling van budget GGZ van de AWBZ naar de Zvw of vice versa, vertoont sinds 2011 echter een dalende trend. Dit is voor ons een aandachtspunt. Ook voor 2013 bestaat de mogelijkheid om budget over te hevelen. De NZa volgt het gebruik hiervan om te kunnen bepalen of de sector ook na 2013 nog behoefte heeft aan deze mogelijkheid.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
8 van 10

Transparantie: ROM moet aantrekken, de sector ontwikkelt zorgvraagzwaarte

Voor de transparantie van de cGGZ is ROM een belangrijk instrument om geleverde zorg inzichtelijk te maken. De verantwoording in het kader van Zichtbare Zorg is beperkt tot een kernset van indicatoren die nog verder ontwikkeld moeten worden. In het Bestuurlijk Akkoord GGZ staat ROM benoemd als de taal voor de cGGZ. Naast het gebruik van ROM om de behandeling van de patiënt te volgen en te kunnen bijsturen, kunnen ROM-gegevens ook gebruikt worden om op de uitkomst bij groepen patiënten te benchmarken. Via de Benchmark Rapportage Module (BRaM) van Stichting Benchmark GGZ (SBG) kunnen de effecten van een behandeling vergeleken worden met het landelijk gemiddelde of met een referentiegroep. Het aantal evalueerbare DBC's (dat is DBC's inclusief geldige voor- en nameting) dat zorgaanbieders aanleveren blijft achter bij de afspraken voor 2012 (prognose is vooralsnog 9% om 20%). We verwachten dat het aantal aanleveringen op korte termijn aantrekt. SBG heeft inmiddels met een groot aantal zorgaanbieders aanlevercontracten afgesloten. Ook gaat ROM mogelijk een rol spelen bij de ontwikkeling van zorgvraagzwaarte-informatie (zie onder).

De transparantie van de zorg in de cGGZ is gebaat bij het beschikbaar komen bij vergelijkbare gegevens over de doelmatigheid en effectiviteit van de geleverde zorg. ROM kan daaraan een bijdrage leveren. In het Bestuurlijk Akkoord hebben partijen ook afgesproken dat zij met het oog op transparantie inzicht in de zorgvraagzwaarte ontwikkelen. In onze Doorontwikkelagenda GGZ en FZ hebben we het thema van de zorgvraagzwaarte benoemd. De voortrekkersrol ligt vooralsnog bij marktpartijen. De vraag is onder andere hoe informatie over zorgvraagzwaarte terecht komt bij zorgverzekeraars. Voor een mogelijke route via de productstructuur zullen wij hen richtlijnen meegeven waaraan de prestaties dienen te voldoen. Daarbij geven wij ook aan wanneer wat moet worden aangeleverd om nog voor 2014 verwerkt te kunnen worden. Ten slotte is voor transparantie van belang dat ZN en GGZN, met het oog op de productstructuur voor verblijf, bespreken hoe verblijfprestaties meer gekoppeld kunnen worden aan zorgvraagkenmerken. De NZa ontvangt hiervoor indien mogelijk voorstellen van marktpartijen.

Toegankelijkheid: dalende vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, waarschijnlijk jongeren met psychische problemen naar de GGZ voor volwassenen en een afdoende toegankelijkheid

De vergoeding voor niet-gecontracteerde GGZ neemt af. Zorgverzekeraars hebben hun vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde eerstelijns GGZ en voor niet-gecontracteerde tweedelijns ambulante GGZ in 2012 verlaagd ten opzichte van 2011.

Voor de tweedelijns niet-gecontracteerde klinische GGZ is het aantal verzekeraars dat een vergoeding geeft van 60%, gestegen van 3 verzekeraars in 2011 naar 7 verzekeraars in 2012. Artikel 13 Zvw bepaalt dat als een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde aanbieder, de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding ervan mag bepalen. Wij hebben heeft in het voorjaar van 2012 de beleidsregel toezichtkader zorgplicht Zvw verduidelijkt, door hierin op te nemen dat zorgverzekeraars vrij zijn om te bepalen welke vergoeding zij geven bij niet-gecontracteerde zorg. Doel hiervan is het stimuleren van selectieve inkoop. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht door zorgverzekeraars. Als zorgverzekeraars in de cGGZ voldoende zorg inkopen bestaat er geen bezwaar tegen een beperkte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
9 van 10

De langdurige zorg wordt anders georganiseerd. Zij gaat met ingang van 2015 over van de AWBZ naar de ZVW en gemeenten. Ook andere onderdelen zoals de extramurale begeleiding en de jeugd-GGZ worden overgeheveld naar gemeenten. Hierdoor kan meer ondersteuning op maat worden geboden, komt de zorg dicht bij de cliënt en wordt deze beter afgestemd op diens behoeften en lokale mogelijkheden. Op dit moment bestaan er geen leeftijdsgrenzen in de (jeugd)GGZ voor wat betreft de bekostiging. Alle curatieve GGZ wordt vanuit de Zvw bekostigd. In de praktijk zien we wel dat de curatieve GGZ tot 23 jaar vaak in samenhang wordt georganiseerd. Zoals het regeerakkoord aangeeft wordt alle GGZ tot 18 jaar per januari 2015 overgeheveld naar de Jeugdwet. Dit betekent dat aanbieders van jeugd-GGZ tot 23 jaar te maken zullen krijgen met twee wettelijke regimes, als zij ervoor kiezen hun huidige aanbod te handhaven. Er geldt geen doorlooptegeling voor de jeugd-GGZ. Wel is besloten dat de psychofarmaca onderdeel blijft van de Zvw en dat het wenselijk is om te monitoren of hier geen afwenteling (van gesprekstherapie naar psychofarmaca) plaatsvindt.

De eerste stappen voor het scheiden van wonen en zorg zijn gezet en met ingang van 2013 zullen de laagste zvp's niet meer mogen worden geïndiceerd. De NZa zal monitoren of dit tot zorgverzwaring van bestaande cliënten gaat leiden.

In ons toezichtskader zorgplicht zijn de volgende normen opgenomen voor wachttijden in de GGZ, voor zorg die niet spoedeisend is. Voor de periode tot aan het eerste consult (intake) geldt een termijn van maximaal 4 weken (80% binnen 3 weken), voor de diagnose (indicatiestelling) eveneens 4 weken. Voor extramurale en semimurale behandeling staan 6 weken, voor intramuraal 7 weken.

Uit de marktscan blijkt dat in de eerstelijns GGZ een gemiddelde wachttijd bestaat van 3 weken tussen aanmelding en eerste consult. Voor de GGZ blijkt 80% van de respondenten binnen 4 weken bij een zorgaanbieder terecht te kunnen. De meerderheid (62%) van de respondenten is tevreden over deze wachttijd. In de marktscan is niet gevraagd naar crisiszorg. Wij ontvangen geen signalen over toegankelijkheidsproblemen bij de crisiszorg.

De NZa blijft de ontwikkeling van wachttijden volgen maar ziet vooralsnog geen reden om naast het geïntensiveerde toezicht ook aangescherpt beleid te ontwikkelen voor de toegankelijkheid.

Kenmerk
30336/37786

Pagina
10 van 10

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter