



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Marktscan ggz 2016 

# Inhoud



Samenvatting



De ggz in vogelvlucht



Patiënten en  
patiëntstromen



Zorggebruik en uitgaven



Wachttijden in de ggz



Oorzaken van en oplossingen  
voor de wachttijden in de ggz



Informatie over de kwaliteit  
van zorg in de ggz



Zorgaanbieders



Financiële positie  
ggz-instellingen



Contracteerproces vrijgevestigde  
zorgaanbieders van ggz





# Samenvatting

1

In deze marktscan beschrijft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De scan is gemaakt met de cijfers die beschikbaar waren in 2016. De gebruikte bronnen en methoden staan in de bijlage. De marktscan ggz was vroeger gesplitst in deel A en deel B. Deze scan is een volledige marktscan.

2

3

4

## Ontwikkelingen in de ggz

De afgelopen jaren zijn veel impactvolle veranderingen doorgevoerd. Voorbeelden zijn de invoering van de basis-ggz en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook zijn de jeugdzorg, beschermd wonen en dagbesteding naar de gemeenten overgeheveld. We werken met partijen in de ggz aan een bekostigingsmodel waarin de zorgvraagzwaarte en de zorgbehoefte van de patiënt voorop staan. Dit model moet er in 2020 zijn.

5

6

7

In de agenda voor gepast gebruik en transparantie staan de afspraken en ambities van zorgpartijen. De kernpunten van de agenda zijn: patiënt voert regie, kwaliteit en doelmatigheid bevorderen, duurzame en herkenbare bekostiging en structureel wetenschappelijk onderzoek.

8

9

In de acute ggz implementeren partijen de professionele standaard voor de acute ggz-keten om tijdige en kwalitatief goede zorg te

garanderen. We hebben de minister geadviseerd om de bekostiging aan te sluiten bij de nieuwe inrichting van de acute ggz.

## Patiënten en patiëntstromen

In de vorige marktscan schreven we dat in 2014 bijna twee keer zoveel patiënten de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) van de huisarts bezochten ten opzichte van 2013. Daarnaast schatten wij toen in dat het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz met ongeveer 170.000 patiënten zou dalen. Deze cijfers komen overeen met de resultaten van deze marktscan.

We hebben de patiëntenstromen in de ggz verder geanalyseerd. We verwachtten dat de patiënten die weg zijn bij de gespecialiseerde ggz vooral terug te zien zijn bij de basis-ggz en in mindere mate bij de poh-ggz. Uit onze analyses blijkt dat het grootste deel van de patiënten (79%) die in 2014 poh-ggz-zorg kregen in 2013 geen ggz kregen. In de gespecialiseerde ggz ging het juist om een minderheid van de patiënten (33%) die het jaar ervoor geen ggz kregen.

We constateren dat patiënten minder vaak meteen bij de gespecialiseerde ggz terechtkomen, maar eerst lichtere zorgvormen ontvangen. Dit past bij de doelstellingen voor de basis-ggz. Daarbij zien we ook minder kortdurende behandeltrajecten in de gespecialiseerde ggz. Dit lijkt aan te geven dat de lichtere zorgvragen eerder bij de poh-ggz en basis-ggz terecht zijn gekomen. Belangrijk is wel dat er gepaste zorg geleverd wordt.





1

De gemiddelde kosten per patiënt zijn in de gespecialiseerde ggz met 15% toegenomen in 2014. Ook zijn de verblijfsintensiteit (zwaarte van een verblijfsdag) en het percentage patiënten met klinische opname in de gespecialiseerde ggz gestegen. Patiënten met een lichtere zorgvraag verschuiven dus inderdaad van de gespecialiseerde ggz naar de basis-ggz en de poh-ggz. Tegelijkertijd wordt de zorgvraag van patiënten in de gespecialiseerde ggz ingewikkelder.

2

3

4

5

6

7

8

9



### Uitgaven aan ggz

In 2014 gaven we nog ongeveer € 6,5 miljard uit aan ggz. In 2015 is dit ongeveer € 4,1 miljard (op basis van voorlopige cijfers). Deze daling komt vooral door de overheveling van beschermd wonen en ambulante begeleiding naar de Wmo, en door de overheveling van de jeugd-ggz naar de Jeugdwet vanaf 2015.

Aan basis-ggz gaven we in 2014 naar schatting € 212 miljoen uit, voor zowel jeugdigen als volwassenen. Vanaf 2015 is de jeugd-ggz geen onderdeel meer van de Zorgverzekeringswet. De uitgaven aan basis-ggz voor volwassenen stegen van € 166 miljoen in 2014 naar ongeveer € 200 miljoen in 2015. Voor 2016 schatten zorgverzekeraars ongeveer 217 miljoen uit te geven.

Zorgverzekeraars verwachten dat in 2016 circa 4,0% van de uitgaven niet-gecontracteerde zorg zijn. Dit percentage is vergelijkbaar met eerdere jaren. Er zijn grote prijsverschillen tussen instellingen en vrijgevestigden in de gespecialiseerde ggz. De gemiddelde prijs is bij instellingen 95% van het maximumtarief en 84% van het maximumtarief bij vrijgevestigden.

### Wachttijden in de ggz

Een aanvaardbare aanmeldwachttijd is maximaal 4 weken. Dit is de wachttijd tot de intake. De aanmeldwachttijd voor gespecialiseerde ggz zonder verblijf voor volwassenen was in 2016 gemiddeld 6 weken bij instellingen. Dit is iets hoger dan in 2015, want toen was





1

het gemiddelde 5,6 weken. Vrijgevestigden hebben een aanmeldwachtijd voor gespecialiseerde ggz van 8,6 weken.

2

De aanmeldwachttijden voor de basis-ggz liggen op of onder de norm van 4 weken bij instellingen en vrijgevestigden. Ook in 2016 wachtten patiënten met de diagnoses autismespectrumstoornis of persoonlijkheidsstoornis gemiddeld het langste tot het eerste zorgcontact.

3

4

De wachttijd vanaf de intake tot de behandeling is meestal korter dan de norm. Dit geldt niet voor patiënten met ADHD of een autismespectrumstoornis, waar de gemiddelde wachttijd tot de behandeling rond de norm ligt. Patiënten met de diagnoses schizofrenie en andere psychotische stoornissen en/of een alcohol- of drugsverslaving hebben gemiddeld de kortste wachttijd tot de behandeling. Dit kan overigens ook komen doordat de diagnosefase voor deze groepen korter is dan voor andere groepen, waardoor de behandeling sneller kan starten.

5

6

7

In de provincies Limburg, Drenthe en Utrecht zijn gemiddeld de langste wachttijden voor de gespecialiseerde ggz. Deze wachttijden zijn het kortste in Zeeland en Groningen.

8

### **Wachttijden in de ggz: oorzaken en oplossingen**

We hebben de oorzaken en mogelijke oplossingen voor de wachttijden in de ggz op een rijtje gezet. Er zijn verschillende mogelijke oorzaken van wachttijden, zoals de verdeling van

9

omzetplafonds en de gemiddelde prijs per patiënt die ze van de zorgverzekeraar krijgen. Ook kan een tekort aan behandelcapaciteit een rol spelen. Door wachttijden in de gehele keten kan de doorstroom stokken en komt de patiënt niet op de juiste plek. Ook een verkeerde verwijzing of screening kan een oorzaak zijn waarom de patiënt niet de juiste zorg ontvangt.

Voor de diagnosegroepen autisme en persoonlijkheidsstoornissen zijn de wachttijden tot de intake het langst. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten actie ondernemen om deze wachttijden terug te dringen. Zorgen voor deskundigere verwijzers en een goede screening kunnen ervoor zorgen dat patiënten sneller de juiste zorg krijgen. Ook moeten er goede afspraken komen over het op- en afschalen van zorg. Behandelingen goed afronden en volgens de richtlijnen werken kan onnodige behandeling voorkomen. Dit blijkt uit ervaringen van zorgaanbieders met kortere wachttijden. Zorgverzekeraars zouden specifieke afspraken moeten maken over deze en andere patiëntgroepen met een complexe problematiek om het financiële risico bij zorgaanbieders te verlagen. Ook de capaciteit bij vrijgevestigde aanbieders kan beter benut worden om zo instellingen te ontlasten.

We zijn al verschillende acties begonnen vanwege lange wachttijden in de ggz. Onder andere hebben we zorgverzekeraars om een plan van aanpak gevraagd voor de zorgplicht in de ggz. In die plannen moeten zorgverzekeraars aangeven hoe zij inzicht krijgen in de





1

wachttijden in de ggz en welke acties zij ondernemen om de lange wachttijden te verminderen. Eind april zijn de voortgangsrapportages van de verzekeraars ingediend bij de NZa. We gaan deze beoordelen in het licht van de nieuwe bevindingen van de marktscan ggz 2016.

2

Een ander voorbeeld van een lopende actie is dat na een recente oproep ruim 60 mensen zich hebben gemeld bij de NZa. Op basis van deze meldingen nemen wij contact op met de zorgverzekeraar zodat deze kan bemiddelen naar tijdige zorg.

3

4

Naast de lopende acties, zal de NZa extra maatregelen treffen voor het terugdringen van de wachttijden.

5

Het wachttijdenvraagstuk is een ingewikkeld probleem waarin verschillende partijen een rol hebben. Alleen in samenwerking kunnen we de problematiek aanpakken. De NZa neemt de regierol en heeft een integraal actieplan opgesteld om de wachttijden in de ggz terug te dringen.

6

### **Informatie over de kwaliteit van zorg in de ggz**

7

In de ggz wordt op verschillende terreinen gewerkt om (inzicht in) de kwaliteit van zorg te verbeteren: de introductie van het kwaliteitsstatuut, het verbeteren en inzetten van ROM-metingen en de ontwikkeling van verschillende zorgstandaarden. Ook komt er een nieuwe website met keuze-informatie voor patiënten. Door deze ontwikkelingen zal er de komende jaren meer informatie beschikbaar komen over de kwaliteit van de ggz. Dit traject kost veel tijd en energie van zorgaanbieders, en zorgt voor zwaardere administratieve

8

9

lasten. Voor de NZa, zorgverzekeraars en andere organisaties zoals de IGZ is het de opdracht om onnodige administratieve belasting te voorkomen.

### **Zorgaanbieders in de ggz**

In 2014 werkten ongeveer 8.250 vrijgevestigde aanbieders/behandelaars in de ggz. Hiervan werkte ongeveer de helft in de basis-ggz en de andere helft in de gespecialiseerde ggz. Dit aantal is lager dan het aantal vrijgevestigden in de jaren voor 2014, al is niet helemaal duidelijk waarom. Ook het aantal instellingen is in 2014 licht gedaald ten opzichte van het aantal in 2013. Dit komt vooral doordat er minder instellingen in de basis-ggz en langdurige ggz zijn. Het aantal instellingen voor gespecialiseerde ggz is juist licht gegroeid. De omvang van de ggz-instellingen varieert. Veel instellingen zijn relatief klein en weinig instellingen zijn relatief groot. In 2014 kwam 70% van de omzet van instellingen van 34 concerns.

De beroepenzet in de jaren 2009-2014 laat enkele trends zien. Zo zijn de vaktherapeut, psychotherapeut en sociaal psychiatrisch verpleegkundige minder ingezet, terwijl de verpleegkundig specialist, klinisch psycholoog, sociaal pedagogisch hulpverlener, gz-psycholoog en verpleegkundige juist meer zijn ingezet. In de basis-ggz wordt meer dan 70% van de tijd geschreven door de gz-psycholoog. In de gespecialiseerde ggz is dit meer verspreid over de beroepen en schrijft de verpleegkundige de meeste tijd (13,5%). De inzet verschilt ook met de duur van de behandeling.





1

2

3

4

5

6

7

8

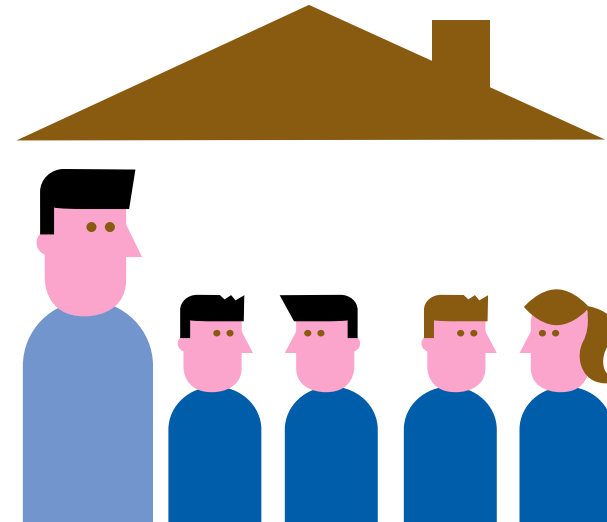
9

### Financiële positie zorgaanbieders ggz

De financiële positie van geïntegreerde en ambulante zorgaanbieders van ggz is van 2013 naar 2014 gelijk gebleven of verbeterd. Dit geldt voor de rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit en het weerstandsvermogen. Ondanks een afname van ongeveer € 60 miljoen in de omzet van geïntegreerde instellingen, is hun financiële positie niet verslechterd. Zij kunnen deze terugval dus goed opvangen. Bij de geïntegreerde instellingen is de spreiding gemiddeld kleiner dan bij ambulante instellingen. Bovendien hebben geïntegreerde instellingen een hoger weerstandsvermogen.

### Contracteerproces vrijgevestigde zorgaanbieders

We onderzochten hoe het contracteerproces van vrijgevestigde aanbieders verloopt. Er zijn veel verschillen tussen zorgverzekeraars in het inkoopbeleid en de eisen in de contracten. Individuele vrijgevestigden hebben geen onderhandelingsmogelijkheden. Zorgverzekeraars kopen vooral in op prijs. De basistarieven liggen bij de meeste verzekeraars ongeveer 20% onder het maximumtarief. Het is mogelijk om een opslag op het basistarief te krijgen als er voldaan wordt aan een aantal criteria. Deze criteria en het percentage van het gecontracteerde maximumtarief verschillen per zorgverzekeraar. Er worden geen max-max tarieven gecontracteerd bij vrijgevestigden. De meeste zorgverzekeraars gebruiken een omzet- of prijsplafond om de zorgkosten te beheersen. Enkele verzekeraars kopen selectief in door extra kwaliteitscriteria te stellen voor zorg aan mensen met bepaalde stoornissen.





# 1. De ggz in vogelvlucht

1

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd is en wat de recente ontwikkelingen zijn.

2

## Hoe is de ggz georganiseerd?

De huisarts heeft een belangrijke rol in de ggz. Patiënten kunnen in de huisartsenpraktijk begeleid of behandeld worden door de huisarts en/of praktijkondersteuner ggz (de poh-ggz), of doorverwezen worden naar de generalistische basis ggz (basis-ggz) of de gespecialiseerde ggz.

4

De zorg voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische aandoeningen valt onder de basis-ggz. Een behandeling in de basis-ggz kan bestaan uit gesprekken met een psycholoog of psychotherapeut, of een digitale behandeling (e-health). Ook de behandeling van stabiele chronische psychische aandoeningen kan plaatsvinden binnen de basis-ggz.

5

Bij complexere psychische problemen wordt de patiënt verwezen naar de gespecialiseerde ggz. Het gaat hierbij om meer gespecialiseerde zorg, deze zorg kan verleend worden door een individuele zorgverlener of een multidisciplinair team van behandelaars. Soms is zorg vanuit de thuissituatie niet mogelijk en is behandeling of begeleiding nodig in combinatie met (langdurig) verblijf in een instelling of een beschermde woonsituatie. Langdurige ggz is voor

7

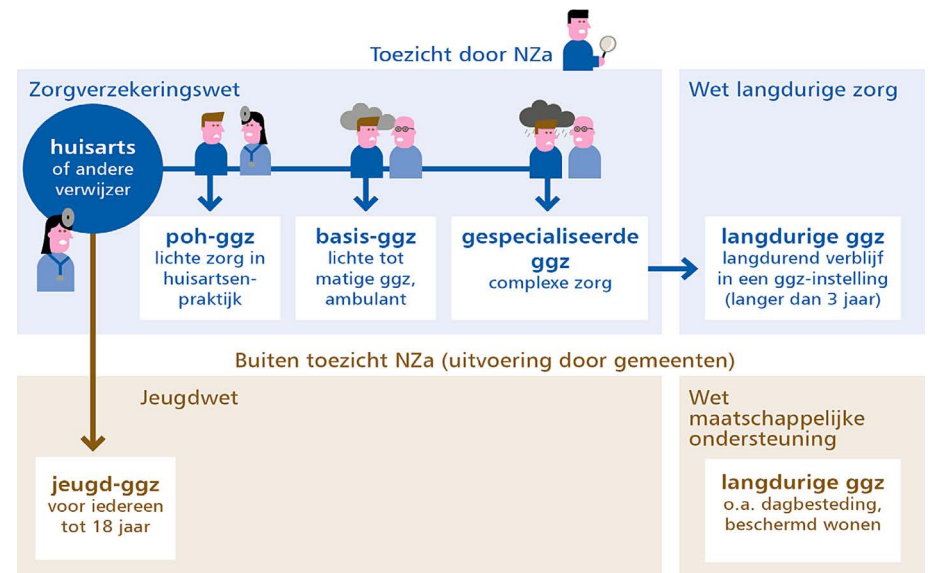
8

9

mensen met een psychische stoornis die na drie jaar geneeskundige zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorg nodig blijven hebben. Deze zorg omvat behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging en verblijf.

De basis-ggz en de gespecialiseerde ggz tezamen noemen we de curatieve ggz. Met langdurige ggz bedoelen we langdurig verblijf (langer dan 3 jaar) met behandeling.

## De ggz sinds 1 januari 2015







1

De ggz wordt uit verschillende bronnen bekostigd. De poh-ggz, de basis-ggz, gespecialiseerde ggz (ambulante zorg en verblijf met behandeling tot en met 3 jaar) wordt bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het langdurige verblijf met behandeling (langer dan 3 jaar) wordt bekostigd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Begeleiding en dagbesteding in de thuissituatie en beschermd wonen valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015). De jeugd-ggz, de curatieve ggz voor personen jonger dan 18 jaar, valt onder de Jeugdwet. Deze marktscan behandelt de zorg in de Zvw en de Wlz.

2

3

4

### Recente ontwikkelingen in de sector

De ggz-sector is de laatste jaren veel in ontwikkeling. Met het bestuurlijk akkoord toekomst ggz lag de focus op de beheersing van uitgaven en de inhoudelijke verbetering van de ggz, zoals de invoering van de hoofdbehandelaar, zorg op de juiste plek, versterking poh, invoering basis ggz, ambulantisering en transparantie. Dit akkoord is opgezegd en is later opgevolgd door de agenda voor gepast gebruik en transparantie. Op enkele onderwerpen waar de NZa bij betrokken is, lichten we hieronder toe. Andere belangrijke onderwerpen voor de sector zijn administratieve lasten, discussies over welke beroepen tijd mogen schrijven en de discussie over personen met verward gedrag.

5

6

7

8

9

### Agenda voor gepast gebruik en transparantie

Eind 2015 werd de agenda 'Gepast gebruik en transparantie voor de ggz' door de ggz-sector overhandigd aan de minister van VWS. De agenda is een vervolg op het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz. Kern van de agenda is patiënt voert regie, inzet op kwaliteit en doelmatigheid, duurzame en herkenbare bekostiging en wetenschappelijk onderzoek. In de agenda staan afspraken en ambities voor de ggz in de jaren 2016 en 2017. Hieronder vallen onder andere de introductie van het kwaliteitsstatuut, ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, nieuwe bekostigingsstructuur, keuze informatie voor de patiënt, preventie en terugdringen administratieve lasten. In het hoofdstuk kwaliteit beschrijven we een deel van de initiatieven op het gebied van kwaliteit uit de agenda.

### Ontwikkeling nieuwe bekostigingsstructuur

De NZa en partijen in de ggz (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten) werken aan een nieuwe bekostiging voor de curatieve ggz. In de nieuwe bekostiging zullen niet langer – zoals nu bij de dbc's – de DSM-hoofdgroepdiagnose en de tijdsduur van de behandeling leidend zijn, maar de zorgvraagzwaarte en de zorgbehoefte van de patiënt. De ontwikkeling van de nieuwe bekostiging vindt plaats aan de hand van een aantal pilotfasen. De eerste pilotfase is succesvol afgerond. De tweede pilotfase gaat binnenkort van start. De invoering van het nieuwe model staat gepland voor 2020. De minister besluit over de invoering.





1

### Acute ggz

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben een professionele standaard voor de acute ggz-keten ontwikkeld, de generieke module acute psychiatrie. Het doel is tijdige en kwalitatief goede acuut psychiatrische hulpverlening. De NZa heeft de minister van VWS geadviseerd met de nieuwe bekostiging van de acute ggz aan te sluiten bij de nieuwe inrichting van de acute ggz. Aanbieders en andere partijen moeten de generieke module autoriseren en daarna implementeren. De NZa heeft geadviseerd dat de huidige bekostigingsmethodiek tot en met 2018 in stand kan blijven. De verhoogde tarieven die per 2017 gelden voor de acute ggz, bieden ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om passende afspraken over goede zorg te maken. Daarnaast monitort de NZa de implementatie van de generieke module en zal in het najaar 2017 de monitor acute ggz uitbrengen en opnieuw advies geven over het nieuwe bekostigingsmodel.

### Jaarrekeningen

Er is discussie over de noodzakelijke controles en correcties na afloop van een jaar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn het geregeld niet eens over wat er is toegestaan (rechtmatigheid) en wat het financiële effect moet zijn van een constatering uit een controle. Zorgaanbieders wijzen specifiek op de hoge administratieve last van de controles en correcties.

De NZa bemoeit zich actief met deze discussie, onder meer door aan te geven welke controles en correcties noodzakelijk zijn en dit waar nodig te publiceren.

### Veranderingen bekostiging zwaardere zorg

Vanaf 2016 kunnen er meerzorgprestaties worden gedeclareerd in de Wlz voor cliënten in de sectoren V&V en ggz, voorheen was dit alleen opengesteld voor cliënten uit de sector ghz. Een cliënt heeft recht op meerzorg wanneer zijn/haar behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het geïndiceerd zorgprofiel. Dit geldt in de sector ggz voor cliënten met een zzp 6 en zzp 7.





## 2. Patiënten en patiëntstromen

1

Hoeveel patiënten krijgen ggz en hoe doorlopen patiënten de ggz?

2

**Aantal patiënten in basis- en gespecialiseerde ggz en bij de poh-ggz**

Het totaal aantal patiënten dat in 2014 een behandeling kreeg in de basis-ggz, ligt rond de 281.000. In 2014 was er sprake van een

3

4

5

Tabel 1 **Aantal patiënten curatieve ggz en poh-ggz**

Sector	2011	2012	2013	2014	2015
Praktijkondersteuner huisarts (poh-ggz)	95.183	122.716	183.603	368.315	427.482
2011-2013: eerstelijns-psychologie Vanaf 2014: basis-ggz	333.463	322.083	306.413	281.597	-
2011-2013: tweedelijns-ggz Vanaf 2014: gespecialiseerde ggz	979.197	833.124	868.710	710.020	-
<b>Totaal</b>	<b>1.315.244</b>	<b>1.197.987</b>	<b>1.263.668</b>	<b>1.232.103</b>	-

Bron: Vektis (2015 cijfers basis-ggz en gespecialiseerde ggz nog niet beschikbaar)

6

7

8

9

verdubbeling van het aantal patiënten van de huisarts dat tenminste één consult heeft gehad bij de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz). In 2015 is dit aantal verder gestegen, maar was deze stijging minder sterk. In 2015 is het aantal met 16% toegenomen tot ruim 427.000 patiënten. In de gespecialiseerde ggz zijn in 2014 rond de 710.000 patiënten behandeld. Dit is een daling van 18% ten opzichte van 2013.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

In 2014 is in de basis-ggz 22% (62.000) en in de gespecialiseerde ggz 24% (172.000) jonger dan 18 jaar. Door de overheveling van jeugd-ggz wordt de ggz-zorg voor deze groep vanaf 2015 niet meer vanuit de Zvw bekostigd.

### Aantal patiënten in de langdurige ggz

Het aantal patiënten dat in de langdurige zorg verblijft met behandeling ontvangt, daalt. In de periode van 2012 tot en met 2014 is het aantal patiënten dat deze zorg in de langdurige ggz ontving, afgenomen met respectievelijk 3% en 4% per jaar. In 2015 is er ten opzichte van 2014 een sterkere daling van zo'n 15% zichtbaar. Dit kan worden verklaard doordat vanaf 2015 de indicaties voor voortgezet verblijf met behandeling (zpz-b) in de Wlz alleen worden afgegeven na het derde jaar dat de patiënt deze zorg ontvangt. Voorheen met de AWBZ was dit na één jaar. Wanneer we de patiënten, die door deze stelselwijziging langer in de Zvw verblijven met behandeling (zie tabel 2b), bij het aantal patiënten in de langdurige ggz optellen zien we een lichtere afname in aantal patiënten tussen 2014 en 2015 dan tussen 2013 en 2014, namelijk 3%. De patiënten met een indicatie voor beschermd wonen (zpz-c) vallen met ingang van 2015 onder de Wmo.

Tabel 2a Aantal patiënten ggz in de Wlz

Type zorg	2012	2013	2014	2015
Voortgezet verblijf vanwege behandeling (zpz-b)	9.734	9.463	9.068	7.664*
Beschermd wonen (zpz-c)	24.126	24.456	23.705	-

Bron: Vektis AWBZ/Wlz declaraties (\* mogelijk nog niet volledig)

Tabel 2b Aantal patiënten met zpz-b in de Zvw

Type zorg	
Voortgezet verblijf vanwege behandeling (zpz-b)	1.132*

Bron: Vektis Zvw declaraties (\* mogelijk nog niet volledig)

### Aantal patiënten dat geneesmiddelen voor psychische problemen gebruikt

Drie groepen geneesmiddelen die vaak bij psychische problemen worden toegepast zijn antidepressiva, antipsychotica en ADHD-middelen. Bij alle drie de groepen stijgt het aantal patiënten dat deze middelen gebruikt.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 3 **Aantal gebruikers van geneesmiddelen**

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015
Antidepressiva	956.091	968.662	981.189	1.002.855	1.011.313
Antipsychotica	277.832	286.158	292.836	303.960	309.657
ADHD-middelen	164.282	178.059	189.740	204.385	212.564

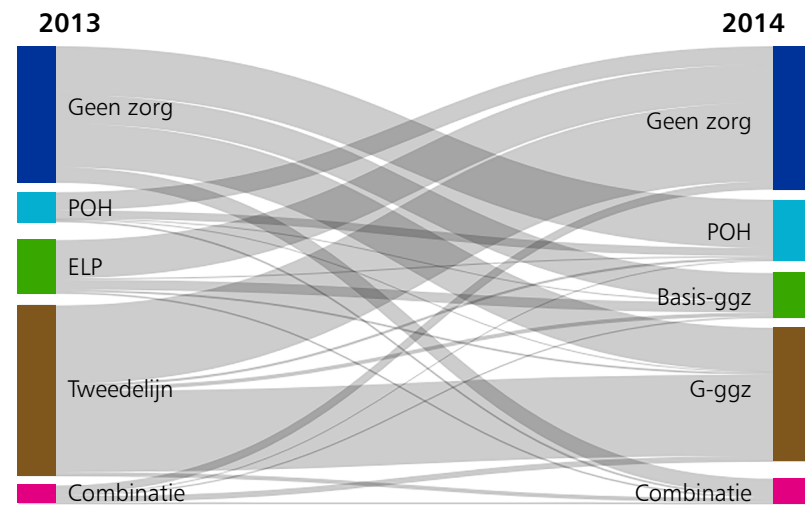
Bron: GIP databank, ZINL

### Patiëntstromen in de ggz

Voor 2014 brachten we in kaart binnen welk echelon patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen. Wij onderscheiden daarbij de volgende mogelijkheden:

- geen zorg ontvangen;
- tweedelijns-ggz (2013) en gespecialiseerde ggz (2014);
- eerstelijns-psychologie (elp) (2013) en basis-ggz (2014);
- poh-ggz;
- combinatie: meerdere echelons (bijv. zowel poh-ggz als tweedelijns-ggz).

Figuur 1 **Doorstroom patiënten die in 2013 of 2014 ggz hebben ontvangen**



Bron: Vektis



1

Uit het figuur blijkt dat het overgrote deel (79%) van de patiënten die in 2014 zorg van de praktijkondersteuner bij de huisarts kreeg, het jaar daarvoor geen geestelijke gezondheidszorg kreeg. Dit zijn dus grotendeels nieuwe patiënten.

2

Van de patiënten die in 2014 basis-ggz ontvingen, kreeg 64% in het jaar ervoor geen ggz-zorg. Patiënten die wel het jaar daarvoor geestelijke gezondheidszorg kregen, kwamen voornamelijk uit de eerstelijns-ggz (22%) of uit de tweedelijns-ggz (9%).

3

4

Ongeveer 60% van de patiënten die in 2014 gespecialiseerde ggz kregen, ondergingen ook in 2013 een behandeling in de tweedelijns-ggz. Een minderheid van de patiënten (33%) ontving geen zorg in het jaar voorafgaand aan de behandeling in de gespecialiseerde ggz.

5

6

Ongeveer 127.000 van de 1,2 miljoen patiënten in de curatieve ggz en poh-ggz 2014 hebben ggz vanuit meerdere echelons ontvangen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om patiënten die vanuit zowel de poh-ggz als basis-ggz zorg hebben ontvangen. Dat betreft een percentage van ongeveer 10% van het totaal aantal patiënten.

7

8

### Hoe beweegt de patiënt door de ggz?

De generalistische basis-ggz is ingevoerd met als doel een passende behandeling op de juiste plaats van mensen met psychische klachten en stoornissen. De huisartsenzorg is er voor de behandeling van lichte klachten en stoornissen, en ook voor begeleiding van patiënten met

9

een gestabiliseerde chronische aandoening. Om de huisarts verder te ondersteunen is de module poh-ggz versterkt. Patiënten met een lichte tot matige niet-complexe stoornis die niet in de huisartsenzorg kunnen worden behandeld, horen thuis in de generalistische basis-ggz. De gespecialiseerde ggz is bedoeld voor patiënten met een hoog risico en/of complexe stoornis. Een deel van de patiënten uit de voormalige tweedelijns kan daarmee in de generalistische basis-ggz behandeld worden.

De introductie van de basis-ggz heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten geestelijke gezondheidszorg zorg tijdig en op de juiste plek krijgen ('matched care') en niet onnodig in de gespecialiseerde ggz terecht komen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het ministerie van VWS dat er een verschuiving van patiënten gaat optreden binnen de ggz-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichterbij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige ggz. Deze verschuiving is wenselijk doordat mensen met lichte psychische problematiek vaak in de gespecialiseerde (tweedelijns-) ggz terecht kwamen en na behandeling te langzaam terugkeerden naar de eerste lijn. Hierdoor was de vraag naar gespecialiseerde ggz zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de ggz onder druk kwamen.

Op basis van data-analyses is het niet mogelijk om te weten of patiënten op de juiste plek zorg ontvangen. Data-analyses kunnen in





1

zijn algemeenheid wel inzicht geven over de verschuivingen die hebben plaatsgevonden. Om hier meer inzicht in te krijgen is een antwoord nodig op de volgende drie vragen:

2

1. Hoe vaak krijgt een patiënt direct gespecialiseerde ggz, zonder dat eerst lichtere behandelingen worden geleverd?
2. Hoe vaak worden korte zorgtrajecten (die wijzen op een lichte zorgvraag) geleverd binnen de gespecialiseerde ggz?
3. Wat zijn de gemiddelde kosten en verblijfsduur per patiënt?

3

4

### 1. Directe instroom in de gespecialiseerde ggz

In de gespecialiseerde ggz stroomde in 2014 zo'n 30% nieuwe patiënten in. Nieuwe patiënten definiëren we hier als patiënten die in de drie jaar daarvoor geen geestelijke gezondheidszorg ontvingen. In 2012 en 2013 werd nog ongeveer de helft van de nieuwe patiënten direct naar de tweedelijns-ggz verwezen. Het aandeel nieuwe patiënten in de gespecialiseerde ggz in 2014 is daarmee veel lager dan het aandeel nieuwe patiënten in de tweedelijns-ggz in 2013. Dit kan een bevestiging zijn dat patiënten vaker eerst lichtere zorgvormen aangeboden krijgen, in plaats van dat patiënten direct naar de gespecialiseerde ggz worden verwezen.

5

6

Afhankelijk van de zorgvraag moet het mogelijk blijven dat een patiënt direct naar de gespecialiseerde ggz wordt verwezen. Dat neemt niet weg dat voorkomen moet worden dat een patiënt onterecht naar de gespecialiseerde ggz wordt verwezen. Het inzetten van lichtere zorgvormen wanneer er sprake lijkt te zijn van een

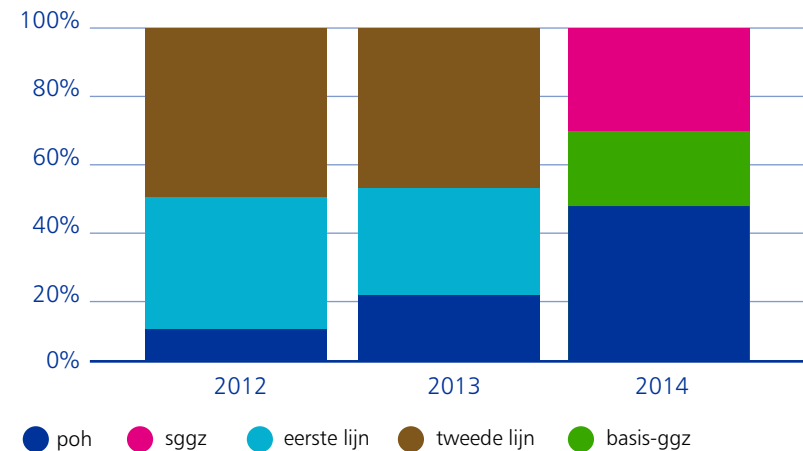
7

8

9

lichtere zorgvraag is in dit kader een gewenste ontwikkeling ('stepped care'). Anderzijds is het natuurlijk ook belangrijk dat een patiënt met een zware zorgvraag niet te lang bij de poh-ggz of basis-ggz in behandeling blijft. De zorgvraag moet uiteindelijk bepalend zijn voor het echelon waarin hij behandeld wordt ('matched care'). Tevens blijkt er een grote toename van het aantal nieuwe patiënten bij de poh-ggz in 2014. Dit kan verklaard worden door een (verdere) verruiming van de regeling voor de poh-ggz in 2014. Het feit dat bij de poh-ggz geen eigen risico hoeft te worden betaald speelt hier mogelijk ook een rol.

Figuur 2 Instroom van nieuwe patiënten in de ggz



Bron: Vektis





1

2

3

4

5

6

7

8

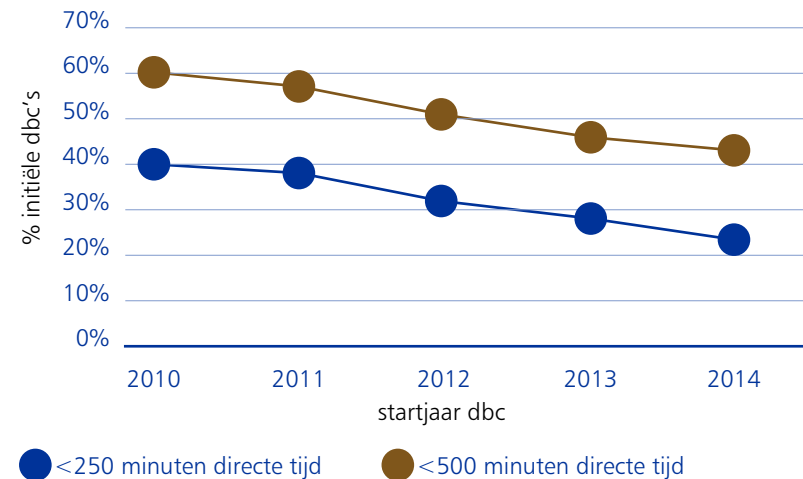
9

## 2. Lichte zorgvraag in de gespecialiseerde ggz

Een andere analyse betreft de vraag in welke sector 'lichte of niet-complexe ggz-zorg' wordt geleverd.

Uit figuur 3 blijkt dat het percentage kortere behandelingen in de gespecialiseerde ggz afneemt. De analyse is uitgevoerd over het percentage kortdurende initiële dbc's (dus geen vervolg dbc die kan aansluiten op een langer durende behandeling). Tot en met 2011 is er sprake van een lichte daling en vanaf 2012 lijkt hier een versnelling in te komen. Uit eerder uitgevoerd onderzoek naar de contractering in de ggz is gebleken dat verzekeraars hier actief op sturen. Bovendien vormde de wens om lichtere zorgvormen uit de gespecialiseerde ggz te houden een belangrijke doelstelling van de invoering van de basis-ggz. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het bij korte behandeltrajecten niet per definitie gaat om lichte zorgvragen. Maar je kunt veronderstellen dat een behandeltraject van maximaal 4 uur directe tijd meestal een lichtere zorgvraag betreft dan langdurige behandeltrajecten.

Figuur 3 Kortdurende ggz-behandelingen in de gespecialiseerde ggz



Bron: DIS-data aangeleverd tot en met 30 september 2016

## 3. Verzwaring gespecialiseerde ggz

Op het moment dat lichtere zorgvormen verdwijnen uit gespecialiseerde ggz, zal de gemiddelde zorgvraag in dit echelon automatisch zwaarder worden. De cijfers bevestigen dit beeld: de gemiddelde kosten voor een behandeling zonder verblijf nemen toe en de gemiddelde kosten van verblijf (ondanks de wens om te ambulantisieren) ook. Hierin is het effect van de invoering van de basis-ggz zichtbaar.







1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 4 Gemiddelde kosten per patiënt in gespecialiseerde ggz

Jaar	Totaal bedrag per patiënt (ambulant + verblijf)	bedrag ambulant per patiënt	bedrag verblijf per klinische patiënt	gemiddeld bedrag per verblijfsdag
2013	€ 4.779	€ 3.346	€ 16.477	€ 262
2014	€ 5.498	€ 3.864	€ 16.709	€ 278
<b>verschil</b>	<b>15,0%</b>	<b>15,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>6,1%</b>

Bron: Vektis

Tabel 4 laat zien dat in 2014 de gemiddelde totale kosten van een patiënt in de gespecialiseerde ggz 15% hoger zijn dan in 2013. Dit bedrag is exclusief indexatie. Daarbij is de analyse gedaan over 18+ patiënten. Doordat 18- patiënten vanwege de overheveling van jeugd-ggz de dbc moesten sluiten, leidde dat tot een (kunstmatig) hoog aantal korte dbc's in 2014. Dit vertekent het gemiddelde. De gemiddelde kosten van een klinische opname stegen licht met 1,4%. De kosten per verblijfsdag zijn met 6,1% toegenomen.

Het gemiddeld aantal dagen dat patiënten in een ggz-instelling verblijven is afgenomen met 3 dagen (zie tabel 5). Dat is een afname van 4,8%. Het percentage patiënten met verblijf is met 0,7 procentpunt toegenomen (dit is een stijging van 8,9%).

Tabel 5 Verblijf in de gespecialiseerde ggz

Jaar	Gem. aantal verblijfsdagen per klinische patiënt	percentage patiënten met verblijf t.o.v. totaal aantal patiënten
2013	63	7,9%
2014	60	8,6%
<b>verschil</b>	<b>-4,8%</b>	<b>8,9%</b>

Bron: Vektis

Doordat bij de klinische behandeling meer kosten per dag worden gemaakt (vanwege intensievere/zwaardere verblijfsdagen), is er sprake van een stijging van de kosten ondanks het feit dat het gemiddeld aantal verblijfsdagen per klinische patiënt afneemt.





1

## Crisis ggz

Het is ook relevant om inzicht te krijgen in crisis in de ggz. Deze analyse hebben wij het aantal crisis-dbc's (bij patiënten die ouder zijn dan 18) in kaart gebracht.

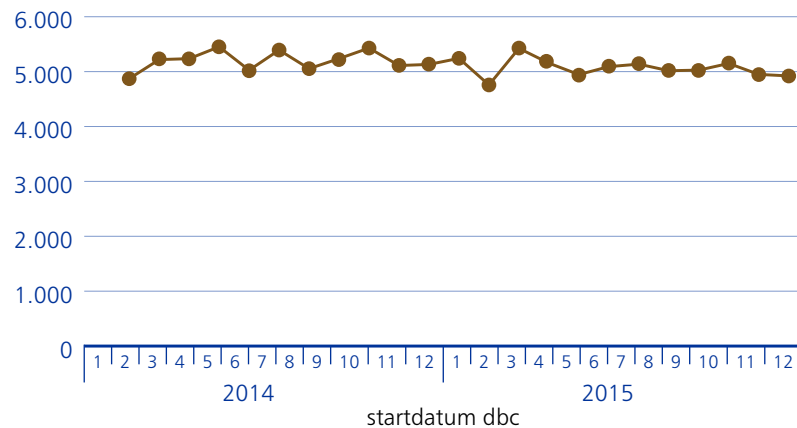
2

Uit de Vektis-data blijkt dat het aantal crisis-dbc's in 2015 licht is gedaald ten opzichte van 2014. Over 2014 werden er gemiddeld 5.204 crisis-dbc's per maand gedeclareerd. In 2015 is dat afgenomen tot gemiddeld 5.068 per maand. Het gaat daarbij om een daling van 2.6%.

3

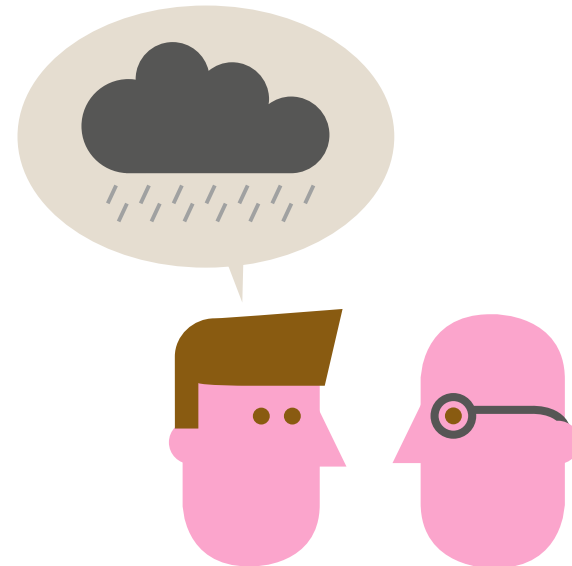
4

Figuur 4 **Aantal crisis-dbc's bij patiënten ouder dan 18 jaar**



Bron: Vektis

Wanneer we de kijken naar de tijdsbesteding per crisis-dbc (gebaseerd op DIS-data), dan blijkt dat het aantal crisiscontacten (en de hoeveelheid minuten per contact) relatief stabiel is.



5

6

7

8

9





# Conclusies

1

Uit de analyses blijkt dat:

- Minder patiënten direct instromen in de gespecialiseerde ggz (vaker wordt eerst een lichtere zorgvorm ontvangen alvorens patiënten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz).
- Kortdurende behandeltrajecten (initiële dbc's), die – gemiddeld genomen – wijzen op een lichtere zorgvraag, minder vaak worden uitgevoerd in de gespecialiseerde ggz.
- De gemiddelde kosten per patiënt in de gespecialiseerde ggz zijn toegenomen. De gemiddelde ambulante kosten zijn met ruim 15% toegenomen. De gemiddelde kosten van verblijf zijn met ruim 1% gestegen. Weliswaar is de gemiddelde verblijfsduur met drie dagen licht gedaald, maar de gemiddelde kosten van een verblijfsdag zijn gestegen. De verblijfsintensiteit is daarmee toegenomen. Het percentage cliënten dat wordt opgenomen in een kliniek is ook gestegen.
- Het aantal crisis-dbc's is licht gedaald en het aantal crisiscontacten is redelijk stabiel gebleven in de jaren 2014 en 2015.

2

3

4

5

6

7

8

9

Aan de hand van deze uitkomsten is er voldoende grond om te veronderstellen dat er daadwerkelijk sprake is van een verschuiving van het aandeel patiënten met lichtere zorgvraag vanuit de gespecialiseerde ggz naar de basis-ggz en poh-ggz. Deze verschuiving ligt in lijn met de doelstellingen rondom invoering generalistische basis-ggz. Een logisch gevolg hiervan is overigens ook dat de gemiddelde patiënt in de gespecialiseerde ggz zwaarder wordt. Een aandachtspunt bij het 'stepped care' principe is dat er altijd gepaste zorg moet plaatsvinden, de zorgvraag moet bepalen welke zorg de patiënt krijgt en vanuit welk echelon ('matched care').





# 3. Zorggebruik en uitgaven

1

In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling in de ggz-uitgaven op hoofdlijnen.

2

## Overzicht totale uitgaven ggz

De totale uitgaven aan ggz bedroegen in 2014 nog zo'n 6,5 miljard euro. In 2015 is dit ongeveer 4,1 miljard (op basis van voorlopige cijfers). De uitgaven voor het jaar 2016 zijn nog niet bekend; daar kunnen we nu alleen een schatting van geven. De totale uitgaven aan

4

5

Tabel 6 **Totale ggz-uitgaven 2012 – 2016 (in miljoenen euro's)**

	2012	2013	2014	2015*	2016*
Praktijkondersteuner huisarts (poh-ggz)	29	47	109	138*	138*
Curatieve ggz (Zvw)	4.114	4.011	3.679+346=4025**	3.241*	3.299*
Voortgezet verblijf vanwege de behandeling (zzp-b)	600	565	556	570*	573*
Overig langdurige ggz (Wlz/AWBZ)	1.714	1.760	1.785	148*	139*
<b>Ggz totaal</b>	<b>6.457</b>	<b>6.383</b>	<b>6.475</b>	<b>4.098*</b>	<b>4.149*</b>
% ten opzichte van voorgaand jaar		-1,2%	1,4%	-36,7%*	1,2%*

Bron: ZINL, Vektis, NZa \*) voorlopige cijfers \*\*) inclusief geschatte correctie voor overheveling jeugd-ggz

ggz dalen, op basis van de voorlopige cijfers, fors tussen 2014 en 2015. Deze daling wordt veroorzaakt door de overheveling beschermd wonen en ambulante begeleiding naar de Wmo en de overheveling van de jeugd-ggz naar de Jeugdwet met ingang van 2015.

Tussen 2012 en 2015 groeiden de uitgaven van zorg door praktijkondersteuners ggz. De kosten van ggz door de huisarts zelf zijn hier niet meegenomen.

7

8

9





1

In de bijlage 'Bronnen en methoden' staat een meer gedetailleerde tabel voor de ggz-uitgaven (tabel 2).

2

### Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

Voor bijna alle curatieve ggz die gedeclareerd wordt, is een contract afgesloten tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieder. In de meeste gevallen (92% van de omzet) was er sprake van een zogeheten plafondcontract. Dit is een contract met een maximum-omzet (omzetplafond), waar de uiteindelijke kosten niet bovenuit mogen komen. Beperkt (4%) komen contracten zonder omzetplafond voor. Het percentage niet-gecontracteerde zorg bleef de afgelopen jaren betrekkelijk stabiel, zo rond de 3-4%. Kanttekening is dat het om een schatting van zorgverzekeraars gaat op een moment dat nog niet alle zorgdeclaraties zijn verwerkt.

4

5

6

Tabel 7 **Percentage uitgaven niet-gecontracteerde ggz**

	2012	2013	2014	2015	2016
Percentage niet-gecontracteerd	3,2%	4,1%	3,3%	3,5%	4,0%

Bron: ZINL (op basis van schattingen zorgverzekeraars)

7

8

9

### Beheersing ggz-uitgaven

In de ggz maakt de minister afspraken met de sector over de jaarlijkse groei van de ggz-uitgaven. Zorgverzekeraars hanteren in de inkoop omzetplafonds om de uitgaven te beheersen. Mochten de jaarlijkse uitgaven het kader voor de ggz-uitgaven overschrijden, dan kan de minister van VWS besluiten om met het Macrobeheersingsinstrument (MBI) de overschrijding van de geraamde uitgaven terug te halen bij zorgaanbieders. In 2013 en 2014 was er een onderbesteding van het budgettaire kader, waardoor er geen geld teruggehaald hoefde te worden. In de Wlz worden de uitgaven voor zorg in natura met de contracteerruimte beheerst. De afspraken tussen de Wlz-uitvoerders (hierna: zorgkantoren) en zorginstellingen over prijs en volume mogen niet boven dit kader uitkomen. Als een zorginstelling meer zorg levert dan afgesproken met het zorgkantoor krijgt de instelling in eerste instantie geen vergoeding. Wanneer er op landelijk niveau binnen het budgettair kader langdurige zorg gebleven wordt, kan dit resterend budget verdeeld worden over de zorginstellingen die in eerste instantie meer zorg hebben geleverd dan afgesproken.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

### Uitgaven poh-ggz

In het stelsel hebben de huisarts en de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) een centrale rol als behandelaar van lichtere klachten en als verwijzer naar verdere zorg. Het aantal patiënten dat een praktijkondersteuner ggz ziet, steeg de afgelopen jaren. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de kosten: die stegen van € 23 miljoen in 2011 tot € 134 miljoen in 2015. De kosten van ggz door de huisarts zelf zijn hier niet meegenomen.

Tabel 8 **Uitgaven praktijkondersteuner huisartsen ggz (poh-ggz), in miljoenen €**

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015
Vergoeding inschrijftarief	17	22	36	87	108
Consult langer dan 20 minuten	5	7	10	22	24
Overige producten	0,5	0,5	1	2	2
<b>Totaal</b>	<b>22,5</b>	<b>29,5</b>	<b>47</b>	<b>110</b>	<b>134</b>

Bron: Vektis HAZ-declaraties

### Vergoeding vanuit het inschrijftarief

De kosten van de praktijkondersteuner ggz worden voor ongeveer 75% vergoed uit het inschrijftarief poh-ggz. Dit is een bedrag dat elke huisarts voor elke ingeschreven patiënt mag declareren bij de zorgverzekeraars. De overige uitgaven zijn in de vorm van een bedrag per consult. Het maximale inschrijftarief voor de poh-ggz was tot 2016 gebaseerd op 0,3 fte per normpraktijk (een door de NZa vastgestelde standaard). In 2016 is deze limiet door de NZa verhoogd naar 1 fte per normpraktijk, omdat huisartsen meer dan 0,3 fte aan praktijkondersteuning willen inzetten en zorgverzekeraars deze zorg ook willen inkopen.

### Uitgaven aan basis-ggz

Tabel 9 op de volgende pagina laat de uitgaven aan basis-ggz zien. De uitgaven voor 2014 betreffen zowel jeugd als volwassenen; vanaf 2015 is het uitsluitend volwassenen-ggz. De uitgaven aan basis-ggz voor volwassenen stijgen van 2014 op 2015. De uitgaven van 2014 zijn uitgesplitst naar de verschillende basis-ggz producten. Het hoge aantal "onvolledige behandeltrajecten" wordt veroorzaakt door een eenmalig invoeringseffect begin 2014. De meeste patiënten ontvangen het product basis-ggz intensief.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 9a uitgaven basis-ggz, in miljoenen €

Jaar	2014	2015	2016
Jeugd basis-ggz	42	-	-
Volwassenen basis-ggz	166	196*	217*
onbekend	4	-	-
<b>Totaal</b>	<b>212</b>	<b>196*</b>	<b>217*</b>

Bron: Vektis, ZINL 3e kwartaalstaat (\* nog voorlopig)

Tabel 9b uitgaven basis-ggz 2014 uitgesplitst naar product, in miljoenen €

Jaar 2014	Uitgaven (mln)	Unieke patiënten
Kort	27	65.948
Middel	56	78.556
Intensief	107	93.072
Chronisch	10	8.862
Onvolledig behandeltraject	8	46.624
Onbekend	4	-
<b>Totaal</b>	<b>212</b>	<b>281.447*</b>

Bron: Vektis, ZINL 3e kwartaalstaat \*) gecorrigeerd voor dubbelstellingen

**Uitgaven aan gespecialiseerde ggz-behandelingen in 2014**

In tabel 10 op de volgende pagina staat het aantal patiënten en de uitgaven per hoofdgroep voor gespecialiseerde ggz-behandeling. In 2014 waren er vijftien diagnosehoofdgroepen en drie speciale groepen: 'diagnostiek', 'crisis' en 'behandeling kort'. Een behandeling wordt 'kort' genoemd als de tijd die een behandelaar contact heeft met de patiënt of zijn/haar naasten maximaal 250 minuten betreft (dit is bijvoorbeeld het geval bij vijf gesprekken van 45 minuten).





1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 10 **Uitgaven aan gespecialiseerde ggz-behandelingen (dbc's) in 2014**

Gespecialiseerde ggz-behandeling (dbc-hoofdgroep)	Aantal patiënten	Uitgaven (mln €)
Diagnostiek	88.534	85
Crisis zorg	50.747	118
Behandeling kort	146.673	90
Aandachttekort- en gedragsstoornissen	45.534	187
Autismespectrumstoornissen	34.745	212
Overige stoornissen in de kindertijd	31.979	98
Aan alcohol gebonden stoornissen	19.336	193
Aan overige middelen gebonden stoornissen	22.106	209
Depressieve stoornissen	102.873	536
Angststoornissen	81.209	357
Somatoforme stoornissen	13.955	65
Eetstoornissen	7.649	63
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	42.759	514
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	19.846	164
Persoonlijkheidsstoornissen	64.241	401
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	13.901	97
Restgroep diagnoses	14.343	78
Niet bekend / overig	2.323	16
<b>Totaal uitgaven gespecialiseerde ggz 2014</b>	<b>709.300*</b>	<b>3.483</b>

Bron: Vektis \*) aantal patiënten telt niet op vanwege dubbeltellingen in de verschillende productgroepen







1

2

3

4

5

6

7

8

9

### Uitgaven ggz in de Wlz

De uitgaven voor de langdurige ggz stegen tot 2014, in de AWBZ, en daalden fors per 2015. Dit komt door de invoering van de Wlz in 2015, de overhevelingen naar de Wmo en een beleidswijziging waardoor patiënten in plaats van alleen het eerste jaar nu de eerste drie jaar zorg met verblijf en behandeling vanuit de Zvw ontvangen. De gespecialiseerde ambulante begeleiding verdwijnt na de overheveling naar gemeenten in 2015 niet volledig uit de cijfers, omdat deze zorg ook gegeven mag worden aan specifieke doelgroepen in de Wlz. Dit zijn patiënten die naast hun somatische, psychogeriatrische of verstandelijke aandoening/beperking een

langdurige psychische stoornis hebben en daarmee samenhangende beperkingen in “sociale redzaamheid” met matig of zwaar regieverlies.

Zzp staat voor zorgzwaartepakket, en mag niet verward worden met de zorgzwaarteproducten die in de basis-ggz worden gebruikt.

### Uitgaven voortgezet verblijf vanwege behandeling per zorgzwaartepakket

Vanaf 2015 valt een klein deel van de zzp-b uitgaven ten laste van de Zvw. In onderstaand figuur zijn de uitgaven voor zzp-b patiënten in de Zvw opgeteld bij de Wlz-uitgaven.

Tabel 11 **Uitgaven ggz in de Wlz (in miljoenen €)**

Onderdeel	2012	2013	2014	2015	2016*
Voortgezet verblijf vanwege behandeling (zzp-b)	600	565	556	516	422*
Kleinschalig wonen (zzp-c)	953	953	956	0	0*
Gespecialiseerde ambulante begeleiding (psy)	233	254	260	5	5*
Overig	228	253	269	43	34*
Kapitaallasten ggz*	300	300	300	100	100
<b>Totaal</b>	<b>2.314</b>	<b>2.325</b>	<b>2.341</b>	<b>664</b>	<b>561</b>

Bron: NZa rekenstaten, peildatum februari 2015, \*) voorlopig, onderschatting.





1

2

3

4

5

6

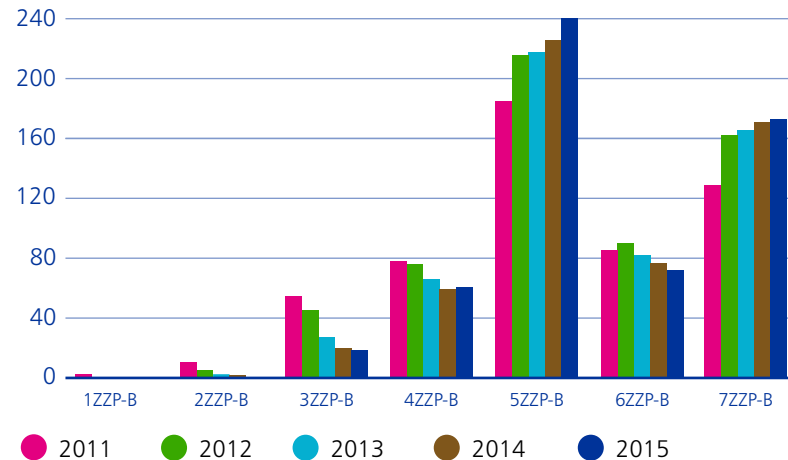
7

8

9

De langdurige ggz kent een onderverdeling van lichte tot zware zorgzwaartepakketten, uitgedrukt in een cijfer. In de uitgaven vindt een verschuiving plaats van lichtere naar zwaardere pakketten. Uit onderstaand figuur blijkt dat de omzet voor de indicaties zzp's 5 en 7 toeneemt. Zzp 5 en 7 zijn tegelijkertijd de indicaties met de hoogste absolute omzet. De uitgaven voor de overige zzp's daalden met uitzondering van zzp 4.

Figuur 5 **Uitgaven (Zvw en Wlz) verblijf gericht op behandeling (zzp-b, in miljoenen €)**



Bron: NZa / Vektis Zvw declaraties

### Uitgaven aan geneesmiddelen

Drie groepen geneesmiddelen die vaak bij psychische problemen worden toegepast zijn antidepressiva, antipsychotica en ADHD-middelen. De trends zijn:

- langzame stijging van antidepressiva;
- daling in de uitgaven van antipsychotica (maar een toename van het aantal patiënten dat antipsychotica gebruikt, zie hoofdstuk 2);
- sterke stijging van ADHD-middelen.

Tabel 12 **Uitgaven aan geneesmiddelen (in miljoenen €)**

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015
Antidepressiva	45	44	47	49	50
Antipsychotica	102	72	60	60	55
ADHD-middelen	11	11	12	16	18

Bron: GIP databank, ZINL

Tabel 12 bevat geen uitgaven aan geneesmiddelen die in ggz-instellingen worden verstrekt, zie ook de bijlage Bronnen en Methoden.

### Prijsontwikkeling in de ggz

In de ggz kunnen aanbieders en verzekeraars over de tarieven onderhandelen [[zie hoofdstuk 9](#)]. Zorgverzekeraars en aanbieders





1

2

3

4

5

6

7

8

9

spreken dan samen een prijs af voor gecontracteerde zorg. De hoogte van de afgesproken prijs ligt op of onder het maximumtarief van de NZa. Het is in de curatieve ggz mogelijk om een prijs af te spreken van 10% boven het maximumtarief, het zogenaamde max-max tarief. Deze max-max-tarieven mogen alleen in rekening worden gebracht als er een contract is met de zorgverzekeraar. Aanbieders kunnen ook zonder contract met een verzekeraar zorg verlenen. Het vergoede bedrag is dan vaak lager ([zie kader](#)).

De prijsanalyses voor de basis-ggz en gespecialiseerde ggz maken geen onderscheid naar of de zorg gecontracteerd was of niet. Ook wordt er geen rekening gehouden met aanvullende contractafspraken die van invloed kunnen zijn op de definitieve prijs, zoals omzetplafonds, prijsplafonds per verzekerde of een maximumbedrag per uur bestede tijd.

Bij zorg die wordt bekostigd vanuit de Wlz (de langdurige ggz) stelt de NZa op voorstel van een zorgaanbieder en een zorgkantoor een tarief vast, dat ligt op of onder een door de NZa vastgestelde maximumwaarde (hierna: maximumtarieven).

### Prijsontwikkeling poh-ggz

Bij de poh-ggz wordt de prestatie 'consult langer dan 20 minuten' het meest in rekening gebracht. De prijs van dit consult ligt in de periode 2011-2015 stabiel op het maximumtarief van de NZa, rond de 18 euro. Dit tarief is bedoeld om een kwart van de kosten te dekken.

### Prijsontwikkeling basis ggz

Voor de basis-ggz kunnen zorgaanbieders vier soorten zorgvraagzwaarteproducten in rekening brengen: kort, middel, intensief en chronisch. Voor 2015 en vooral voor 2016 zijn de prijzen gebaseerd op een deel van het totaal aantal declaraties, en daarom nog voorlopig. De cijfers laten zien dat de prijzen als percentage van het maximumtarief voor de basis-ggz in 2015 ongeveer gelijk zijn aan de prijzen in 2014. Op basis van de cijfers verwachten we geen grote veranderingen in prijs voor 2016.

Tabel 13 **Daadwerkelijke prijzen voor behandelingen in de basis-ggz**

Product	Prijs 2014	Percentage maximumtarief	Prijs 2015	Percentage maximumtarief	Prijs 2016	Percentage maximumtarief
Kort	€ 406	89%	€ 408	88%	401*	88%*
Middel	€ 694	90%	€ 708	90%	693*	89%*
Intensief	€ 1099	91%	€ 1127	91%	1090*	89%*
Chronisch	€ 1072	96%	€ 1099	96%	1043*	92%*

Bron: Vektis data (2014), Vektis data (2015), 3e kwartaalstaat ZINL (2016) \*) voorlopig





1

2

3

4

5

6

7

8

9

### Prijzontwikkeling gespecialiseerde ggz

In de gespecialiseerde ggz zijn de prijsontwikkeling van de verslavingszorg en de overige productgroepen relevant. Voor de verslavingszorg gelden afwijkende tarieven. Naast het reguliere maximumtarief (het basis-maximumtarief) is een tweede, hoger maximumtarief vastgesteld in 2014. Dit geeft extra ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om voor verslavingszorg prijzen af te spreken (in een contract) die meer dan 10% boven het basis-maximumtarief liggen, maar onder het hogere maximumtarief. De ontwikkelingen in de verslavingszorg geven we daarom apart weer.

Tabel 14 **Prijzen gespecialiseerde ggz ten opzichte van maximumtarief 2014**

	Verslaving*	Overige productgroepen
Instellingen	97%	95%
Vrijgevestigden	87%	84%

Bron: Vektis, \*) prijs is vergeleken met het basis-maximumtarief

Uit de tabel blijkt dat de prijs in 2014 bij instellingen gemiddeld op 95-97% van het maximumtarief lag. Het prijsniveau bij vrijgevestigde praktijken lag gemiddeld 10-12% lager dan bij instellingen.

De prijzen in Tabel 14 zijn prijzen voor de behandeling zelf. Het prijsniveau voor verblijfsdagen (“deelprestaties verblijf”) is apart berekend. Gemiddeld ligt het vergoede bedrag op 97% van het NZa-maximumtarief.

### Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Wanneer een aanbieder geen contract heeft met een verzekeraar ligt het vergoede bedrag doorgaans lager dan wanneer dit wel het geval is. Verzekeraars moeten bij de zogenoemde natura of combinatie polissen wel minimaal een vergoeding bieden van een bepaald percentage van het in de markt gebruikelijke tarief [zie hoofdstuk 9]. Zie ook de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak *CZ - GGZ Momentum*, en het Standpuntendocument 2015 van de NZa. Bij niet-gecontracteerde zorg bepalen de polisvoorwaarden de hoogte van dit bedrag. De patiënt moet het deel dat niet vergoed wordt door de verzekeraar zelf betalen. Sommige zorgaanbieders nemen het deel dat de patiënt niet vergoed krijgt voor eigen rekening. Bij restitutiepolissen vergoeden verzekeraars in principe het volledige bedrag.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

### Verdeling uitgaven gespecialiseerde ggz over prijsklassen

In de volgende tabel is te zien tegen welke percentages van het maximumtarief verzekeraars declaraties hebben vergoed en hoeveel procent van de omzet tegen welk percentage van het maximumtarief (prijsklasse) wordt vergoed. Uit de tabel blijkt een aanzienlijke variatie in prijs in de ggz. Het gaat hier om de vergoeding van de zorgverzekeraar; het deel van de factuur dat de patiënt zelf betaalt is niet zichtbaar in deze cijfers.

Disclaimer: Ook bij deze tabel wordt geen onderscheid gemaakt naar of de zorg gecontracteerd was of niet. Ook wordt er geen rekening gehouden met aanvullende contractafspraken die van invloed kunnen zijn op de definitieve prijs, zoals omzetplafonds, prijsplafonds per verzekerde of een maximumbedrag per uur bestede tijd. Het gaat om de prijzen van de behandeling zelf, zonder de verblijfsdagen (die staan in de tabel onder verblijf).

Tabel 15 **Omzetaandeel dbc's per prijsklasse (als % van het maximumtarief) in 2014**

Prijsklasse (% van het maximumtarief) / omzetaandeel	Vrijgevestigden	Instellingen	Verslavingszorg	Verblijf
0 – 50%	0,3%*	0,0%	0,0%	0%
51 – 60%	1,3%	0,1%	0,8%	0%
61 – 70%	5,2%	0,8%	0,9%	0%
71 – 80%	10,5%	1,8%	4,8%	1%
81 – 90%	38,5%	13,6%	17,6%	4%
91 – 95%	30,6%	22,6%	16,9%	24%
96 – 100%	13,5%	57,0%	33,6%	62%
101 – 110%	0,1%	4,1%	11,7%	9%
111 – 120%	-	-	6,7%	-
121 – 130%	-	-	3,2%	-
131 – 140%	-	-	3,1%	-
141 – 150%	-	-	0,7%	-
<b>Totaal omzet 2014</b>	<b>€ 311 (mln)</b>	<b>€ 2.001 (mln)</b>	<b>€ 248 (mln)</b>	<b>918 (mln)</b>

Bron: Vektis, \*) onvolkomenheden in declaratiegegevens





1

2

3

4

5

6

7

8

9

Een factor die meespeelt bij de hoogte van de vergoeding door de verzekeraar is of de aanbieder gecontracteerd is of niet. Uit tabel 15 volgt dat voor 17% van dbc-omzet bij de vrijgevestigde praktijken de vergoeding tussen de 50% en 80% van het maximumtarief ligt. Dit zal vermoedelijk voor een groot deel zorg zijn die niet is gecontracteerd is door zorgverzekeraars.

De prijzen bij de instellingen liggen hoger dan bij de vrijgevestigde praktijken. Voor 57% van de ggz-behandelingen in deze groep is het prijsniveau gelijk of iets onder het geldende maximumtarief. Voor 4% van de behandelingen zijn er prijzen boven het maximumtarief (maar onder het max-max-tarief) vergoed.

Voor verslavingszorg liggen de prijzen als percentages van het maximumtarief hoger dan voor de overige ggz-productgroepen. Als referentieniveau is gekozen voor het basis-maximumtarief, omdat voor het in rekening brengen van het verhoogde maximumtarief een contract vereist is. Uit de tabel volgt dat er gebruik gemaakt is van het verhoogde maximumtarief, 25% van de verslavingszorgomzet heeft een prijs hoger dan het basis-maximumtarief.

### **Dbc-prijzen bij omzet- en prijsplafonds**

Waar in de periode voor 2013 budgetten afspraken bevatten over maximaal te vergoeden uitgaven per jaar, hebben per 2013 contracten met zogeheten omzetplafonds deze rol overgenomen [zie hoofdstuk 9]. De contracten kunnen naast omzetplafonds ook prijsplafonds bevatten, waarbij een afspraak gemaakt wordt over de maximale gemiddelde prijs per patiënt. Wanneer alle declaraties die onder het contract vallen zijn verwerkt, wordt er een eindafrekening gemaakt. Pas dan wordt een definitieve vergoeding vastgesteld, en daarmee de uiteindelijke prijs.

### **Gebruik van max-max tarieven in 2014**

In 2014 is voor 5,2% van de dbc-omzet (inclusief verblijf) een max-max-tarief afgesproken. Uit een analyse op instellingsniveau blijken verschillende factoren een rol te spelen bij het gebruik van deze ruimte.

Ongeveer tweederde van deze max-max-omzet wordt veroorzaakt doordat Achmea (nu Zilveren Kruis) in 2014 eigen "tarieven" (prijzen) gebruikte die dichter bij de NZa-tarieven van 2013 lagen dan bij de NZa-tarieven van 2014 die waren gebaseerd op nieuw kostenonderzoek. Voor een deel van de dbc's waren de Achmea-tarieven hoger dan de NZa-tarieven van 2014 (en dus als max-max omzet in



1

deze analyse zichtbaar), maar voor een deel waren de Achmea-tarieven ook lager dan de NZa tarieven 2014.

2

Het resterende deel valt uiteen in:

- één instelling met prijzen boven het maximumtarief voor bijna alle zorgverzekeraars;
- één instelling waar de prijzen gedurende het jaar van onder gemiddeld naar bovengemiddeld zijn verhoogd, maar die gemiddeld genomen niet afwijkt;
- enkele aanbieders (waaronder twee psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) waar een deel van de dbc-productie bij specifieke zorgverzekeraars hoger dan het maximumtarief werd gedeclareerd.

3

### **Prijsverschillen tussen zorgverzekeraars in de gespecialiseerde ggz**

Er waren in 2014 aanzienlijke verschillen tussen zorgverzekeraars in de bedragen die vergoed worden aan patiënten en aanbieders (gemiddeld over alle aanbieders): voor de vrijgevestigde praktijken varieerde de gemiddelde vergoeding als percentage van het maximum van 77% tot 89%.

Bij de ggz-instellingen was er minder variatie: het percentage varieert tussen 94% en 97% gemiddeld.

Bij de verslavingszorgaanbieders waren er weer grote verschillen: van 92-93% tot 111% van het maximum. De verzekeraar met de hoogste prijzen heeft aangegeven dat dit komt doordat er in 2013 al met een aantal aanbieders prijsafspraken gemaakt waren voor 2014 op basis

4

5

6

7

8

9

van tarieven die hoger lagen dan de basis maximumtarieven. Prijsverschillen tussen verzekeraars kunnen als gevolg van overige contractafspraken zoals prijsplafonds per verzekerde of uur geschreven tijd nog veranderen bij de afrekening van het contract.

### **Prijsontwikkeling ggz in de Wlz**

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen afspraken maken op of onder de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor de langdurige ggz, in de Wlz (zpz-b- en c-pakketten). De afgesproken prijzen van de zorgzwaartepakketten in de langdurige zorg liggen echter in de praktijk onder de maximumtarieven in de langdurige zorg. Eén verklaring hiervoor is dat zorgkantoren door middel van een prijskorting sturen op kwaliteit. Een andere verklaring is dat er op deze manier ruimte overblijft om gedurende het jaar, daar waar nodig, extra productie mogelijk te maken. Tabellen 16, 17 en 18 op de volgende pagina's tonen achtereenvolgens het percentage van de gemiddeld afgesproken prijzen ten opzichte van de maximumbeleidsregelwaarde, de ontwikkeling van de maximumtarieven van de zpz's en de afgesproken prijzen. Het betreft gewogen gemiddelden van de verschillende zorgprestaties binnen de b- en c-pakketten. Het prijsniveau van de zorgprestaties verschilt onderling niet veel. De cijfers voor 2015 zijn nog voorlopig, maar zullen naar verwachting niet veel veranderen.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

De gemiddelde afgesproken prijzen nemen 5,12% af. Dit wordt voor 3,27% verklaard door de daling van de maximumtarieven. In 2016 zijn, ten opzichte van 2015, als gevolg van de budgetneutrale invoering van “meerzorg” in de ggz de zzp-b maximumtarieven verlaagd. Daarnaast hanteren zorgkantoren per 2016 een basistarief van ongeveer 93 à 94% van het maximumtarief en een landelijk gemaximeerde tariefopslag van 3%. Of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor de tariefopslag – tot maximaal 3% – is afhankelijk van de mate waarin de zorgaanbieder voldoet aan de afspraken die met het zorgkantoor zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. Het effect van deze twee veranderingen is terug te zien in de tabel hiernaast en op de volgende pagina.

Uit een vergelijking van tabel 16 en 17 blijkt dat de ontwikkelingen van de afgesproken prijzen grofweg de ontwikkeling van de maximumtarieven volgt. Toch zien we in tabel 18 dat de afgesproken prijzen, over de tijd, meer afwijken van de maximumtarieven. In 2016 neemt het verschil tussen de maximumtarieven en de afgesproken prijzen meer toe dan in de voorgaande jaren.

Tabel 16 **Ontwikkeling maximumtarieven ggz in de Wlz**

Ontwikkeling tussen de jaren	zzp-b	zzp-c	Totaal langdurige ggz
2011-2012	8,89%	9,08%	9,01%
2012-2013	-2,55%	-2,61%	-2,58%
2013-2014	2,86%	2,86%	2,86%
2014-2015	-0,31%	-	-0,31%
2015-2016	-3,27%*	-	-3,27%*

Bron: NZa, peildatum oktober 2016 \*) voorlopig







1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 17 **Ontwikkeling afgesproken prijzen zorgwaartepakketten ggz in de Wlz**

Ontwikkeling tussen de jaren	zpz-b	zpz-c	Totaal langdurige ggz
2011-2012	8,26%	8,03%	8,12%
2012-2013	-2,99%	-3,00%	-3,00%
2013-2014	2,53%	2,50%	2,51%
2014-2015	-0,83%	-	-0,83%
2015-2016	-5,12%*	-	-5,12%*

Bron: NZa, peildatum oktober 2016 \*) voorlopig

Tabel 18 **Gemiddelde afgesproken prijs ten opzichte van de maximumbeleidsregelwaarde**

Categorie ZP's	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Gemiddelde afgesproken prijs ZP-B van maximum-beleidsregelwaarde	99%	98%	98%	97%	97%*	95%*

Bron: NZa, peildatum oktober 2016 \*) voorlopig





# Conclusies

1

- De uitgaven aan curatieve ggz zijn in 2015 zijn gedaald ten opzichte van de uitgaven 2014. De daling wordt veroorzaakt door de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten.

2

- In 2014 zijn er grote prijsverschillen tussen zorgverzekeraars zichtbaar bij vrijgevestigde praktijken en verslavingszorg.

3

- In 2013 zijn de budgetten veelal vervangen door contracten met omzet- en prijsplafonds. Dit gebruiken verzekeraars om de uitgaven te beheersen. Als neveneffect volgt dat het monitoren op prijzen anders moet worden ingericht. Het onderzoek naar hoe dit het beste vormgegeven kan worden, loopt nog.

4

5

6

7

8

9

- Zorgverzekeraars verwachten voor 2016 dat circa 4,0% van de uitgaven niet-gecontracteerde zorg betreft. Dit percentage is vergelijkbaar met eerdere jaren.
- De ontwikkeling van de prijzen in de langdurige ggz volgen de ontwikkeling van de maximumtarieven in de tijd tot en met 2015. Wel zien we dat het verschil tussen de maximumtarieven en de afgesproken prijs in 2016 meer toeneemt dan in de voorgaande jaren.





# 4. Wachttijden in de ggz

1

Een van de taken van de NZa is het toezicht houden op de toegankelijkheid van de zorg. Hoe snel krijgen patiënten de zorg waar ze recht op hebben?

2

3

We maken in de ggz een onderscheid in de wachttijden voor het intakegesprek (aanmeldingswachttijd), en de wachttijd voor de start van de behandeling (behandelingswachttijd). Tussen het eerste contact en de start van de behandeling vindt diagnostiek plaats. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hebben met elkaar maximale wachttijden afgesproken, de zogenoemde Treeknormen. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te zorgen dat verzekerden binnen die normen de zorg krijgen waar ze recht op hebben [\[meer informatie over zorgplicht\]](#). De Treeknormen voor de

4

5

6

7

8

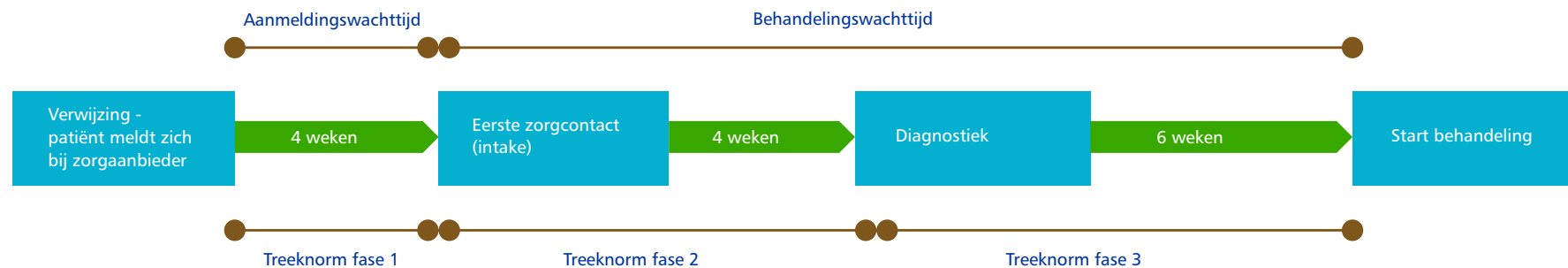
9

ggz zijn voor deze marktscan onderverdeeld in een aanmeldingswachttijd van 4 weken en een behandelingswachttijd van 10 weken (zie voor een toelichting de bijlage Bronnen en Methodes).

## Wachttijden gepubliceerd door zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn verplicht om hun wachttijden periodiek te publiceren. Daarbij gaat het om een zo realistisch mogelijke inschatting van de wachttijd. Als er afwijkende wachttijden gelden voor bepaalde diagnoses of verzekerden van een bepaalde verzekeraar, dan moeten aanbieders die apart vermelden. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Sinds 2016 moeten ook vrijgevestigden hun wachttijden publiceren. De NZa verzamelt deze

Figuur 6 Schematisch overzicht wachttijden





1

2

3

4

5

6

7

8

9

gegevens om de wachttijden in kaart te brengen. Dit jaar zijn de wachttijden bij vrijgevestigde praktijken voor het eerst in kaart gebracht. Het landelijke beeld moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit komt omdat er verschillen zijn in de manier waarop aanbieders de wachttijden berekenen en het niveau waarop gedifferentieerd wordt. Zie ook de bijlage Bronnen en Methoden.

#### Gemiddelde wachttijden ggz in september 2016

Tabel 19 **Aanmeldwachttijden in de ggz in 2016, gemiddeld in weken**

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. ggz	Gespecialiseerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	4,0	4,0	6,0	4
Ouderen			3,1	4
Verslavingszorg			2,2	4
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	3,2	5,3	8,6	4

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Tabel 20 **Percentage locaties met aanmeldwachttijd langer dan de Treeknorm**

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. ggz	Gespecialiseerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	35%	18%	55%	4
Ouderen			21%	4
Verslavingszorg			6%	4
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	19%	41%	63%	4

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Uit de cijfers blijkt dat de aanmeldwachttijd voor basis-ggz voor volwassenen gemiddeld 4,0 weken is bij grotere ggz-organisaties. Bij de vrijgevestigden is de aanmeldwachttijd voor basis-ggz bij volwassenen gemiddeld 3,2 weken. De wachttijden voor de basis-ggz zijn gemiddeld lager dan voor de gespecialiseerde ggz.

Naast wachttijden is procentueel weergegeven hoeveel locaties of praktijken een aanmeldwachttijd langer dan de Treeknorm hebben. Let wel, dit zijn gemiddelde wachttijden. Iemand die sneller dan de norm geholpen wordt kan compenseren voor iemand die langer dan





1

de Treeknorm moest wachten. Dit zegt dus nog niets over het aantal patiënten dat moest wachten, of de lengte van de wachttijd voor een individuele patiënt: dit kan ook één dag langer zijn.

2

De aanmeldwachttijd voor volwassenen in de gespecialiseerde ggz steeg in september 2016 met enkele dagen van 5,7 weken tot 6,0 weken ten opzichte van de vorige wachttijdmeting ([marktscan 2015 deel A](#)). Dit is langer dan de norm. De wachttijdmeting bevestigt het beeld uit de vorige marktscan dat er in de gespecialiseerde ggz bepaalde diagnoses zijn met bovengemiddeld lange wachttijden. De langste wachttijden zijn te vinden voor autismespectrum- en persoonlijkheidsstoornissen. [Hoofdstuk 5](#) gaat in op de oorzaken van de lange wachttijden voor deze behandelingen.

3

4

5

6

7

8

9

Sommige aanbieders geven op hun website ook de wachttijden voor categorie jongvolwassenen (18 tot 23 jaar) weer. Uit de cijfers blijkt een gemiddelde aanmeldwachttijd voor jongvolwassenen van 8,5 weken. Het betreft echter geen volledig beeld, omdat niet alle aanbieders onderscheid maken naar deze doelgroep. Nader onderzoek is nodig om dit verder te kunnen duiden.



Tabel 21 **Behandelwachttijden in de ggz in 2016, gemiddeld in weken**

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. ggz	Gespecialiseerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	1,9	4,2	5,3	10
Ouderen	-	-	3,6	10
Verslavingszorg	-	-	4,4	10
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	0,7	1,0	1,7	10

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Tabel 22 **Percentage locaties met behandelwachttijd langer dan de Treeknorm**

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. ggz	Gespecialiseerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	2%	9%	8%	10
Ouderen	-	-	2%	10
Verslavingszorg	-	-	0%	10
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	0%	1%	4%	10

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)



1

In tabel 21 is te zien dat in 2016 de wachttijd tot de behandeling in de basis-ggz gemiddeld 1 week is bij vrijgevestigden, en 2 weken is bij instellingen. Veel vrijgevestigden in de basis-ggz geven aan dat de behandeling vaak aansluitend aan het intakegesprek plaatsvindt. Bij de gespecialiseerde ggz voor volwassenen is deze wachttijd gemiddeld 5,3 weken. Dit is vergelijkbaar met 2015. Ook voor de behandelwachttijd is het percentage locaties weergegeven dat een wachttijd boven de norm heeft.

2

3

4

Brancheorganisaties in de ggz (GGZ-Nederland en het NIP) publiceerden in oktober 2016 een tweetal onderzoeken naar wachttijden bij ggz-instellingen en vrijgevestigden in de ggz. De patronen die zij waarnemen komen globaal overeen met de metingen van de NZa.

5

6

Sommige zorgaanbieders geven op hun website aan dat er een tijdelijke patiëntenstop is. De tijdelijke patiëntenstop zien we vooral bij kleinschalige praktijken, en enkele kleine instellingen. Op het moment van de wachttijdmeting had 13% van alle actieve praktijken een patiëntenstop.

7

8

Ook zijn er aanbieders waarbij een langere wachttijd of patiëntenstop geldt voor patiënten die verzekerd zijn bij bepaalde verzekeraars. Dit speelt met name bij vrijgevestigde praktijken, 8% maakt onderscheid naar verzekeraar. Deze aanbieders noemen vooral grote verzekeraars waarvoor de toegang beperkter is.

9

### Wachttijden acute ggz

Een aantal aanbieders heeft voor acute ggz de wachttijden apart weergegeven. De cijfers van 2016 (van 6 ggz-instellingen en 4 ziekenhuizen) bevestigen het beeld van eerder onderzoek van de NZa dat in de acute ggz geen of alleen zeer korte wachttijden zijn.

### Aanmeldwachttijd per regio

Het landelijk gemiddelde voor de aanmeldwachttijd voor gespecialiseerde ggz bij een instelling is ongeveer 6 weken. We onderzochten of er verschillen zijn tussen regio's in deze wachttijd.

De wachttijd is gemiddeld het laagst in de provincies Zeeland en Groningen: daar liggen de gemiddelde wachttijden tot de intake bij gespecialiseerde ggz-instellingen op of rond de norm.

De wachttijd in de provincies Drenthe (8 weken) en Utrecht (9 weken) liggen boven het landelijk gemiddelde. Patiënten moeten in de regio Utrecht dus gemiddeld 5 weken langer dan de norm wachten op de intake bij een gespecialiseerde ggz-instelling.

In Limburg (3 tot 4 weken) valt op dat er veel kleinere zorgaanbieders zijn die relatief korte wachtlijsten hebben, en een paar grote zorgaanbieders waar juist lange wachttijden zijn. De kleine aanbieders met korte wachttijden vormen voor sommige doelgroepen geen alternatief. Wanneer deze kleine aanbieders weggelaten worden komt de wachttijd voor Limburg op 10 weken uit, 6 weken boven de norm.





1

### Wachttijden 2010 - 2014 op patiëntniveau

In het DBC-Informatiesysteem (DIS) staat welke zorg er per patiënt geregistreerd is. Dit geeft aanvullende informatie over de wachttijden, ook al is dit informatie uit eerdere jaren dan de informatie in de vorige paragrafen. Hierbij gaat het zoal om informatie over de wachttijden per patiënt en de wachttijd per diagnosehoofdgroep.

2

3

4

In de periode 2010-2014 stijgen de aanmeldingswachttijden voor volwassenen licht. De gemiddelde aanmeldingswachttijd in 2014 ligt net boven de Treeknorm. De behandelwachttijd in de verslavingszorg daalt in deze periode. Voor volwassenen en ouderen blijven de behandelwachttijden redelijk stabiel. In alle sectoren is de gemiddelde behandelwachttijd in 2014 onder de Treeknorm (aangegeven met de horizontale stippellijn).

5

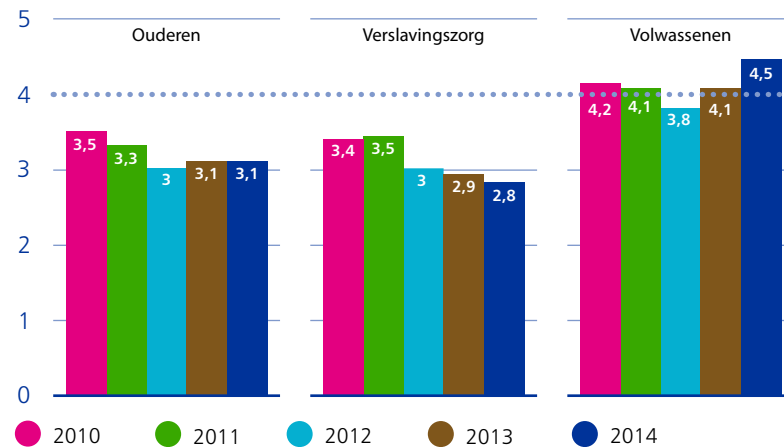
6

7

8

9

Figuur 7 Gemiddelde aanmeldwachttijd in de ggz 2010 - 2014 (in weken)



Bron: DBC-Informatiesysteem





1

2

3

4

5

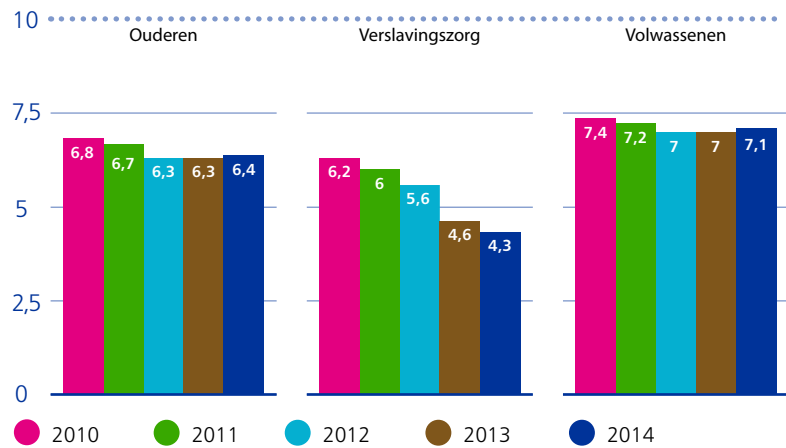
6

7

8

9

Figuur 8 Gemiddelde behandelwachtijd in de ggz 2010 - 2014 (in weken)



Bron: DBC-Informatiesysteem

Tabel 23 Hoeveel patiënten wachten langer dan de norm op een intakegesprek?

Circuit	2010	2011	2012	2013	2014
Volwassenen	33%	31%	27%	32%	36%
Ouderen	26%	25%	21%	22%	22%
Verslavingszorg	27%	24%	20%	17%	16%

Bron: DIS. Peildatum oktober 2016

Tabel 24 Hoeveel patiënten wachten langer dan de norm op een behandeling?

Circuit	2010	2011	2012	2013	2014
Volwassenen	23%	23%	22%	22%	22%
Ouderen	20%	20%	18%	18%	18%
Verslavingszorg	16%	15%	14%	9%	8%

Bron: DIS. Peildatum oktober 2016

Uit de cijfers blijkt dat het percentage patiënten dat langer wacht dan de treeknorm, gedaald is tussen 2010 en 2014, met uitzondering van de aanmeldingswachtijd voor volwassenen. In 2014 wacht 36% van de volwassenen langer dan de norm op een intakegesprek; 22% van de volwassenen wacht langer dan de norm op een behandeling.







1

2

3

4

5

6

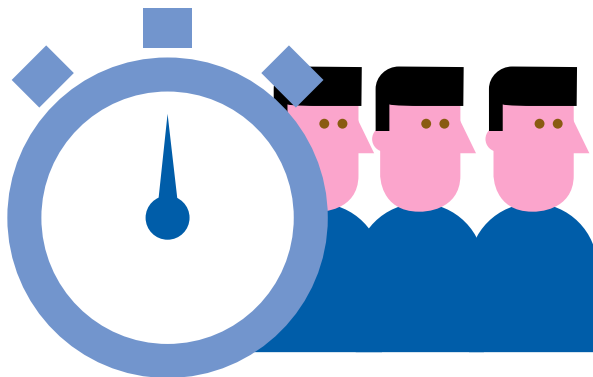
7

8

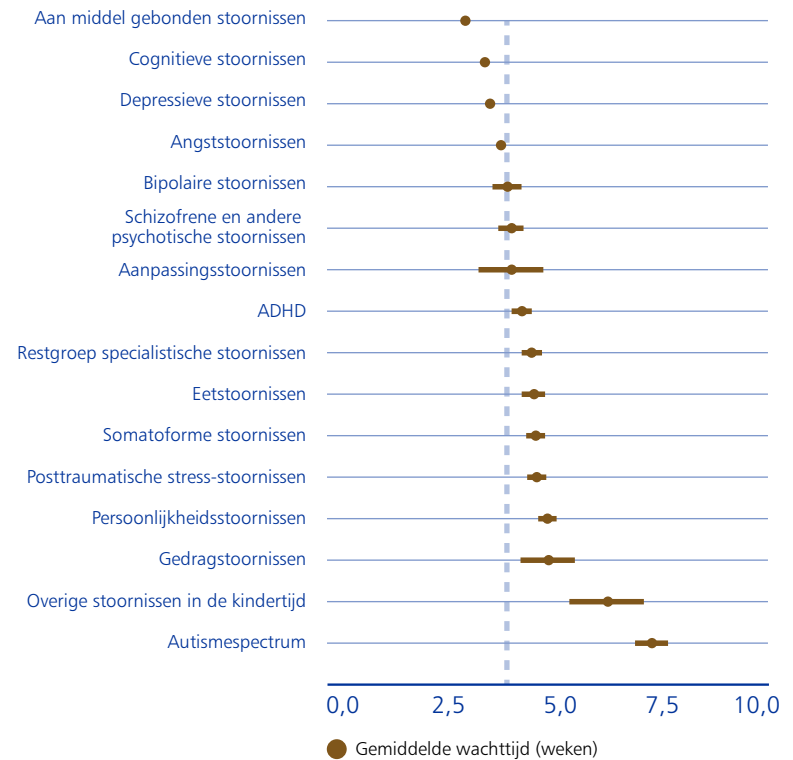
9

### Wachttijden per diagnosegroep

In het figuur hiernaast staat de gemiddelde aanmeldwachtijd in 2014 per diagnosegroep voor volwassenen. De verticale streep is de norm voor de wachttijd, de horizontale streep geeft de onzekerheid van het gemiddelde aan per diagnose. Voor de meeste diagnoses geldt dat de gemiddelde aanmeldwachtijd boven de norm van 4 weken ligt. De diagnoses overige stoornissen in de kindertijd en autismespectrum kennen langere aanmeldwachttijden dan de andere diagnoses.



Figuur 9 Aanmeldwachtijd per diagnose voor volwassenen





1

2

3

4

5

6

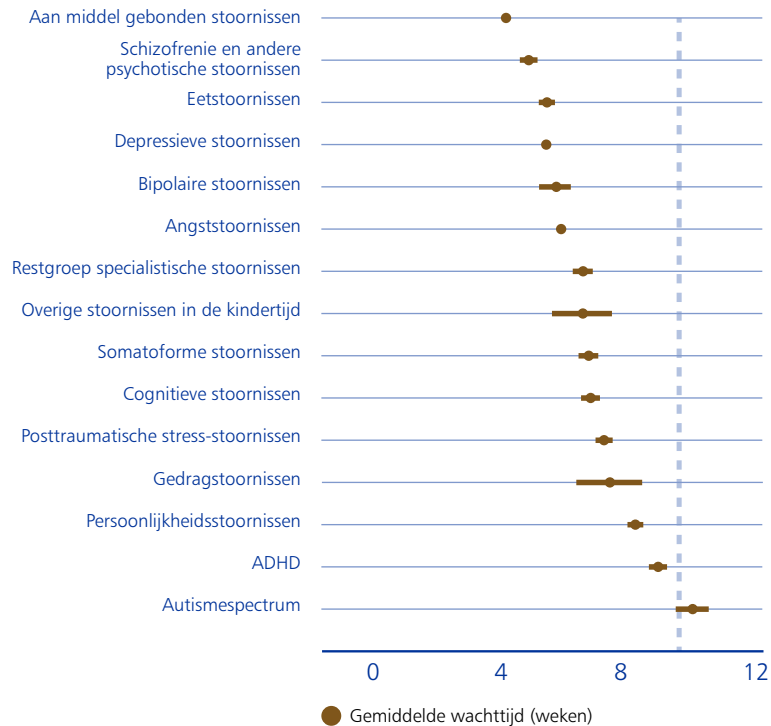
7

8

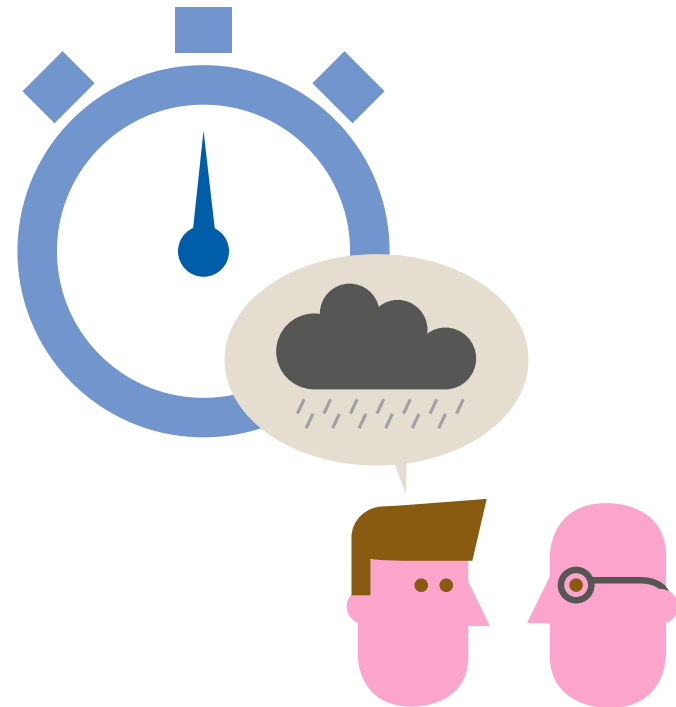
9

In de volgende figuur zien we de gemiddelde behandelwachtijd in 2014 per diagnosegroep voor volwassenen.

Figuur 10 **behandelwachtijd per diagnose voor volwassenen**



De gemiddelde wachtijd tot de ggz-behandeling ligt voor volwassenen meestal (ver) onder de norm. De gemiddelde behandelingswachtijd is het kortst voor aan middel gebonden stoornissen en schizofrenie, terwijl die voor persoonlijkheidsstoornissen, ADHD en autismespectrum het langst is.





# Conclusies

1

In de basis-ggz liggen de wachttijden voor aanmelding en behandeling ongeveer op of onder de Treeknormen. De gemiddelde aanmeldwachttijd bij instellingen ligt rond de norm van 4 weken; bij vrijevestigden is deze iets langer dan 3 weken. De behandelwachttijd is gemiddeld 1 tot 2 weken en ligt daarmee ver onder de Treeknorm van 10 weken.

2

3

In de gespecialiseerde ggz ligt de aanmeldwachttijd doorgaans boven de Treeknorm. De gemiddelde aanmeldwachttijd voor volwassenen is ongeveer 6 weken en is nog hoger bij bepaalde diagnoses of voor jongvolwassenen. De aanmeldwachttijd is langer dan bij de vorige wachttijdmeting. Onderzoek naar regionale verschillen wijst uit dat wachttijden gemiddeld langer zijn in Limburg, Drenthe en Utrecht. De behandelwachttijd in de gespecialiseerde ggz ligt ver onder de Treeknorm met een gemiddelde van 5,3 weken. We hebben ook gekeken naar de wachttijd op patiëntniveau op basis van data uit het DIS. Hiervan is 2014 het meest recente jaar. In dat jaar wachtte 36% van de patiënten langer dan de norm op een intakegesprek. Voor de behandeling wachtte 22% van de volwassenen langer dan de norm in 2014. Voor de meeste diagnoses geldt dat de aanmeldwachttijd in 2014 boven de norm ligt.

4

5

6

7

8

9





1

2

3

4

5

6

7

8

9

# 5. Oorzaken van en oplossingen voor de wachttijden in de ggz

In de [vorige marktscan](#) concludeerden we dat de wachttijden in de ggz het langst zijn voor de behandelingen voor autisme en voor persoonlijkheidsstoornissen. Ook dit jaar concludeerden we dat de wachttijden voor deze type stoornissen het langst zijn. Deze cijfers laten ook zien dat de wachttijden voor de gespecialiseerde ggz in 2016 licht zijn gestegen ten opzichte van 2015. We onderzochten wat de oorzaken en mogelijke oplossingen voor deze wachttijden. Daarvoor spraken we met patiëntenorganisaties, brancheverenigingen en ggz-aanbieders.

## Oorzaken van de wachttijden in de ggz

Er zijn verschillende oorzaken voor de wachttijden in de ggz. Dit blijkt uit onderzoek naar de [zorgplicht van zorgverzekeraars](#) aangevuld met een inventarisatie van oorzaken in bijeenkomsten met brancheverenigingen, aanbieders en patiëntenorganisaties. Daar kwamen de volgende mogelijke oorzaken aan de orde.

- *Beperkt budget of verdeelprobleem?*  
Zorgaanbieders geven aan dat er te weinig geld beschikbaar is. Zorgverzekeraars geven in dat kader aan dat de problematiek rondom wachttijden niet zozeer gelegen is in een algeheel capaciteitsprobleem, of te weinig landelijk budget maar dat er sprake is van een verdeelprobleem. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er onvoldoende informatie is over wachttijden bij verschillende zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat het toepassen van een gemiddelde prijs per patiënt [\[zie hoofdstuk 4\]](#) nadelig is voor patiënten die duurder zijn dan de gemiddelde prijs. Dit betekent voor de zorgaanbieder een extra financieel risico.
- *Budgetten basis-ggz en gespecialiseerde ggz zijn niet uitwisselbaar*  
Zorgaanbieders geven aan dat er voldoende geld beschikbaar is voor de basis-ggz en relatief weinig voor de gespecialiseerde ggz. Budgetten voor de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz zijn niet uitwisselbaar. Met als gevolg dat wachttijden kunnen oplopen door een tekort aan budget.
- *Zorgaanbieders melden niet tijdig dat het omzetplafond bereikt is*  
Verzekeraars maken met aanbieders afspraken over het spreiden van de productie over het jaar. Zorgverzekeraars geven aan dat





1

aanbieders niet tijdig melden dat het omzetplafond bereikt wordt, waardoor tijdig bijsturen voor hen lastig is.

2

- *Te weinig behandelcapaciteit*

Bij sommige diagnoses is er te weinig behandelcapaciteit. Dit roept de vraag op of ook hier sprake is van een verdeelprobleem van behandelcapaciteit tussen zorgprogramma's en/of locaties van een zorgaanbieder. Behandelcapaciteit kun je daarnaast niet los zien van de doelmatigheid van zorg en gepast gebruik. Hier is mogelijk winst te behalen.

4

Ook regels rondom de regiebehandelaars en de (extra) eisen die verzekeraars stellen over de directe tijd die regiebehandelaars besteden aan de behandeling leggen extra druk op de behandelcapaciteit van bepaalde beroepsgroepen.

5

6

- *Patiënten melden zich onvoldoende*

Het blijkt dat weinig patiënten weten wat treeknormen zijn en dat zij recht hebben op tijdige zorg. Daarnaast zijn zij onvoldoende bekend met de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar naar een andere aanbieder. Patiënten die wel bekend zijn met bemiddeling melden zich niet altijd bij de zorgverzekeraar. Redenen hiervoor kunnen zijn dat zij verwachten dat het geen effect heeft, of dat zij worden doorverwezen naar een aanbieder die niet hun voorkeur heeft.

7

8

9

- *Aanbod in de regio onvoldoende inzichtelijk*

Regionaal ontbreekt het aan een overzicht van het complete zorgaanbod in de ggz met de specialisaties en wachttijden van aanbieders. Dit maakt het voor patiënten en verwijzers lastig om een keuze te maken voor de meest geschikte aanbieder. Zorgaanbieders zouden duidelijker moeten aangeven welke patiëntengroepen zij wel en welke zij niet kunnen behandelen. Mogelijk dat het kwaliteitsstatuut hierin een rol kan spelen. Daarnaast moet gezocht worden naar mogelijkheden om deze informatie op een goede manier inzichtelijk te maken.

- *Patiënt niet altijd op de goede plek*

Er zijn wachttijden in de gehele ggz-keten. Dit heeft als gevolg dat een deel van de patiënten in de ggz niet op de juiste plek terecht komt, omdat doorstroom naar een zwaardere of lichtere vorm van zorg of uitstroom naar een beschermd wonen voorziening niet mogelijk is. Ook kan een verkeerde verwijzing of verkeerde screening een reden zijn dat patiënten niet op de juiste plek zitten.

### **Mogelijke oplossingen voor wachttijden bij persoonlijkheidsstoornissen en autisme**

Een belangrijke conclusie is dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars actie moeten ondernemen om deze wachttijden te verhelpen.





1

Wat zorgaanbieders kunnen doen:

- *Betere screening en verwijzing van patiënten*  
Probeer de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg aan te bieden en probeer verkeerde verwijzingen te voorkomen. Deskundigheidsbevordering bij de screening en goede voorlichting bij verwijzers kan veel winst opleveren. Als patiënten worden verwezen naar lichtere vormen van ggz, zorg er dan ook voor dat er snel en efficiënt opgeschaald kan worden naar zwaardere zorg mocht dat nodig zijn. Dit kan door goede afspraken te maken over onderlinge dienstverlening. Daarbij moet ook voorkomen worden dat de patiënt weer opnieuw op een wachtlijst komt te staan, als hij andere zorg nodig heeft.
- *Rond behandelingen tijdig en goed af*  
Zorgaanbieders geven aan dat door het volgen van de Geïntegreerde Richtlijnbehandeling Persoonlijkheidsstoornissen (opgesteld door de beroepsgroep zelf) deze zorg efficiënter en meer kosteneffectief kan worden georganiseerd. Daarbij kan de behandeling in sommige gevallen ook door minder specialistisch personeel worden uitgevoerd. Maak daarnaast concrete afspraken met de patiënt over behandeldoelen en rond de behandeling tijdig af (houd afsluitmomenten goed in de gaten). Onnodige behandeling moet voorkomen worden. Zorgaanbieders met een kortere wachttijd voor deze patiëntengroepen, besteden veel aandacht aan het tijdig afronden van lopende behandelingen.

2

3

4

5

6

7

8

9

- *Verbeteren van processen binnen instellingen;*  
Als wachttijden bij één locatie van een instelling oplopen, kan bijvoorbeeld geschoven worden met personeel van een andere locatie of van zorgprogramma's voor andere aandoeningen. Door het flexibeler inzetten van behandelaars kunnen wachttijden verkort worden. Daarbij moet wel voldoende aandacht zijn voor deskundigheidsbevordering en specialisatie.

Wat zorgverzekeraars kunnen doen:

- *Maak specifieke afspraken over de zorg aan deze patiënten in de contracten*  
Vaak maken zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken over omzetplafonds en een gemiddelde prijs per patiënt (prijsplafond). Het verhogen van deze omzetplafonds helpt niet altijd voldoende om de wachttijden bij deze doelgroepen te verminderen. Dit komt omdat behandelingen van deze patiënten vaak lang duren en door de gemiddelde prijs per patiënt financieel risicovol kunnen zijn voor zorgaanbieders. Specifieke afspraken door bijvoorbeeld geld te oormerken voor deze patiënten, kan dit verhelpen.
- *Benut de capaciteit van vrijgevestigde ggz-aanbieders*  
Zorgverzekeraars kunnen de capaciteit die er is bij vrijgevestigde zorgaanbieders beter benutten voor deze doelgroepen. Te lage omzetplafonds of een selectief inkoopbeleid (vooral voor behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen) bij deze vrijgevestigden kan zorgen voor langere wachttijden bij ggz-instellingen.





1

- *Stimuleer behandeling conform richtlijnen*  
Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zouden ook in hun contracten afspraken moeten maken over het toepassen van

zorgstandaarden en richtlijnen. Aanvullende eisen bijvoorbeeld over de inzet van regiebehandelaars, moeten aansluiten op de richtlijnen.

2

3

4

5

### **NZa pakt wachttijden ggz aan**

De NZa voert een aantal acties uit om wachttijden in de ggz aan te pakken. Zo doen we onderzoek naar de zorgplicht in de ggz en vroegen zorgverzekeraars naar hun plannen van aanpak om de wachttijden in de ggz te verminderen. Zorgverzekeraars moeten in die plannen vermelden hoe ze inzicht krijgen in de wachttijden in de sector en welke acties zij hierop ondernemen. De NZa beoordeelde deze plannen en verzocht de zorgverzekeraars om deze op specifieke onderdelen verder uit te breiden. In mei van dit jaar gaan we de plannen beoordelen en indien nodig verder actie ondernemen.

Ook evalueren we de verplichting voor zorgaanbieders om de wachttijden in de ggz te publiceren op hun websites. In de praktijk doen zorgaanbieders dit op verschillende manieren. In samenwerking met het veld bekijkt de NZa hoe de uitvoering van deze verplichting verloopt en of de berekeningswijze bijvoorbeeld eenduidiger kan.

De NZa controleerde in 2016 of ggz-aanbieders de wachttijden goed op hun website hadden staan. Zorgaanbieders die dit nog niet (helemaal) goed hadden, werden gebeld om de informatie te verbeteren. Zorgaanbieders die de wachttijden correct publiceerden, kregen een compliment.

Na een recente meldactie hebben zich ruim 60 mensen gemeld bij de NZa. Op basis van deze meldingen nemen wij contact op met de zorgverzekeraar zodat deze kan bemiddelen naar tijdige zorg. Tot slot onderzocht de NZa of de Treeknormen voor de wachttijden in de ggz nog adequaat zijn. Na gesprekken met het veld, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Zorginstituut concludeerde de NZa dat niet blijkt dat de Treeknormen niet toereikend of passend meer zijn. De NZa heeft aan de minister van VWS aangegeven dat het mogelijk opportuun is om de Treeknormen te differentiëren, zodat deze mogelijk nog beter aansluiten bij de specifieke zorgbehoefte van bepaalde groepen cliënten.

6

7

8

9





1

### **Integraal actieplan**

Verschillende partijen hebben een verantwoordelijkheid in het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Wij nemen een regierol op ons. Wij hebben per oorzaak van het probleem een instantie aangewezen die een hoofdrol heeft bij de oplossing ervan. Dit kunnen de NZa, VWS, zorgaanbieders (branche-organisaties) en zorgverzekeraars zijn. Daarnaast zullen we onze acties afstemmen met IGZ, Zorginstituut én patiëntenorganisaties. De NZa ziet in samenwerking tussen alle verantwoordelijke partijen de sleutel tot de oplossing.

2

3

4

5

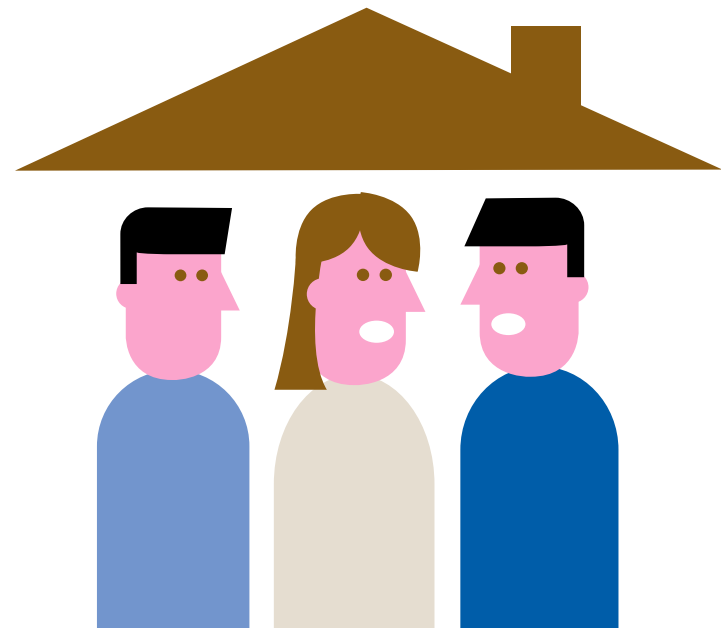
Veel oplossingen hebben tijd nodig. Wel roepen we burgers op om zich bij hun zorgverzekeraar te melden als zij te maken hebben met te lange wachttijden. Verzekeraars hebben de plicht hun verzekerden te bemiddelen naar tijdige zorg. Als burgers nul op het rekest krijgen bij hun verzekeraars kunnen zij dit melden bij ons. Wij zullen vervolgens contact opnemen met de verantwoordelijke verzekeraar. Ook zorgaanbieders met lange wachtlijsten roepen we op hiervan melding te doen bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten actuele wachttijden blijvend monitoren en hun verzekerden die te lang wachten bemiddelen naar tijdige zorg.

6

7

8

9







# Conclusies

1

Voor de wachttijden in de ggz zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Deze liggen zowel bij zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Per regio kunnen de knelpunten en oorzaken verschillen. De NZa heeft al verschillende acties ondernomen om de wachttijden terug te dringen. We hebben een integraal actieplan opgesteld met meer acties gericht op het terugdringen van de wachttijden in de sector.

2

3

4

5

6

7

8

9





1

2

3

4

5

6

7

8

9

## 6. Informatie over de kwaliteit van zorg in de ggz

Patiënten hebben betrouwbare informatie nodig over de kwaliteit en effectiviteit van ggz-behandelingen, om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder. Ook zorgverzekeraars hebben deze informatie nodig om voldoende geestelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit tegen een redelijke prijs te kunnen inkopen voor hun verzekerden.

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van informatie over de kwaliteit van zorg in de ggz.

### **Kwaliteitsstatuut ggz**

Patiëntorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben eind 2015 afspraken gemaakt om meer informatie over de kwaliteit van ggz-behandelingen te geven. Dit gaan zorgaanbieders doen door middel van een, op de organisatie toegeschreven, kwaliteitsstatuut. De veldpartijen hebben gezamenlijk normen voor de kwaliteit van curatieve ggz-behandelingen opgesteld en vastgelegd in het model kwaliteitsstatuut ggz. In dit model staat wat zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit en verantwoording geregeld moeten hebben in hun kwaliteitsstatuut. Per 1 januari 2017 zijn alle zorgaanbieders van curatieve ggz (basis-ggz of gespecialiseerde ggz) onder de Zvw

wettelijk verplicht om een eigen kwaliteitsstatuut te hebben, registreren en na te leven. Zorgverzekeraars stellen dit ook als eis bij de zorginkoop en hebben dit in veel gevallen verwerkt in de polisvoorwaarden. Daarnaast moeten zorgaanbieders het door hen opgestelde kwaliteitsstatuut op hun website publiceren, zodat dit voor iedereen te raadplegen is. Hierdoor kunnen burgers, verwijzers, zorgverzekeraars en toezichthoudende instanties zich een oordeel vormen over de kwaliteit van zorg die een zorgaanbieder aanbiedt.

Zorgaanbieders stellen het kwaliteitsstatuut op, op basis van het voor hen geldende format, en sturen dit ter goedkeuring naar bureau Mediquest. Mediquest beoordeelt vervolgens of het kwaliteitsstatuut van de ggz-zorgaanbieder aan de eisen voldoet. Als het kwaliteitsstatuut is goedgekeurd, dan geeft Mediquest dit door aan het Zorginstituut. De zorgaanbieder publiceert het goedgekeurde kwaliteitsstatuut op haar website.

Het Zorginstituut houdt bij welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben. De NZa toetst of de zorgaanbieders hun kwaliteitsstatuut hebben gepubliceerd. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) benut de informatie uit de kwaliteitsstatuten bij haar toezicht op de kwaliteit van de zorg.





1

### Routine Outcome Monitoring (ROM)

Een ander instrument dat kan bijdragen aan meer informatie over de kwaliteit van de ggz, is Routine Outcome Monitoring (ROM). Dit is een methode om inzicht te krijgen in het effect van een ggz-behandeling. De methode bestaat uit het regelmatig afnemen van vragenlijsten om het verloop van de behandeling in beeld te krijgen en bij te kunnen sturen als dat nodig is. Daarnaast wordt ROM gebruikt door zorgaanbieders om te benchmarken. Op basis van de ROM-scores wordt inzichtelijk hoe zorgaanbieders presteren ten opzichte van andere zorgaanbieders, en waar de aandachtspunten liggen. Zo kunnen zij de kwaliteit van hun zorg verbeteren. Daarnaast kunnen ROM-gegevens gebruikt worden als informatie over de kwaliteit van zorg voor zorgverzekeraars en in de toekomst ook burgers.

2

3

4

5

6

Sinds 2011 zijn er afspraken dat ggz-instellingen ROM-gegevens aanleveren bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Met de invoering van het kwaliteitsstatuut moeten ook vrijgevestigden per januari 2017 een contract met SBG hebben voor de aanlevering van ROM. Zij leveren de ROM gegevens aan via de Stichting Vrijgevestigden ROMmen (SVR), die ervoor zorgt dat de informatie op de juiste manier worden aangeleverd aan SBG.

7

8

9

In 2015 hebben 215 zorgaanbieders van curatieve ggz geldige uitkomstmetingen (ROM) aangeleverd aan SBG. Voor meer dan 93% van de zorgaanbieders die een respons behalen van 25% of hoger, blijkt uit onderzoek dat de data representatief zijn. Dat wil zeggen

dat de groep gemeten patiënten dezelfde kenmerken heeft als de groep niet-gemeten patiënten en de uitkomstgegevens dus iets zeggen over de kwaliteit die geleverd is aan alle patiënten.

In 2015 waren er nog veel verschillende instrumenten om de uitkomsten van ggz-behandelingen te meten. Inmiddels is het aantal toegestane meetinstrumenten voor de curatieve zorg aan volwassenen teruggebracht. Ook voor andere doelgroepen heeft het ggz veld het aantal meetinstrumenten beperkt. Door de verscheidenheid van meetinstrumenten te beperken, kunnen de prestaties van de verschillende zorgaanbieders beter met elkaar worden vergeleken.

Vanaf 2017 zal een kortere versie van de CQ-index, een vragenlijst om patiëntervaringen met de zorg te meten, onderdeel uitmaken van de ROM-aanlevering. Ook wordt er gewerkt aan verfijning van de methodes voor het corrigeren op basis van specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie (de casemixcorrectie), zodat een steeds betere vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk wordt.

Momenteel is er discussie in het veld over het gebruik van ROM als benchmark. De aanleiding voor deze discussie is het rapport van de Algemene Rekenkamer over de bekostiging van de curatieve ggz. Daarin wordt gesteld dat ROM beperkingen heeft voor gebruik in het nieuwe bekostigingsmodel en dat op ROM gebaseerde informatie pas gebruikt kan worden hiervoor als deze informatie sterk verbetert.





1

### **Website met keuze-informatie**

Het landelijk platform ggz (LPGGz) gaat in samenwerking met ZN, GGZ Nederland, Vektis en SBG een website maken met keuze-informatie voor patiënten en hun naasten. Doel van de website is mensen te helpen met het vinden van informatie over hun aandoening, mogelijke behandelingen, behandellocaties, ervaringen met zorg, vergoedingen en wachttijden. Tevens is het doel om 'samen beslissen' te ondersteunen. Er zal zo veel mogelijk gebruik worden gemaakt van al beschikbare informatie. De geplande oplevering is eind 2018.

2

3

4

5

6

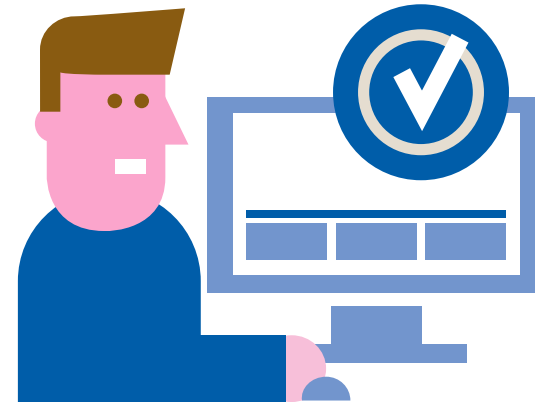
### **Ontwikkeling kwaliteitsstandaarden**

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties spraken met elkaar af om in 2016 en 2017 zorgstandaarden te ontwikkelen (43 in totaal). Deze zorgstandaarden en richtlijnen beslaan 80% van de meest voorkomende aandoeningen en stoornissen. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ondersteunt en begeleidt dit proces. In de zorgstandaarden en richtlijnen staat beschreven wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Waar mogelijk worden criteria voor het op- en afschalen van zorg meegenomen. Ook wordt een cliëntversie ontwikkeld. Als de zorgstandaard klaar is wordt deze geregistreerd in het register van het Kwaliteitsinstituut.

7

8

9





# Conclusies

1

In de ggz wordt op dit moment gewerkt aan het verder verbeteren van (inzicht in) de kwaliteit van zorg:

2

- *Voorafgaand aan de behandeling:* Kwaliteitsstatuut en keuze-informatie: goede beschrijving wat een zorgaanbieder doet en wat de patiënt kan verwachten. De patiënt weet waar hij aan toe is, en kan op basis hiervan keuzes maken.

3

- *Start en doorlopen van de behandeling:* In het traject rondom 'gepast gebruik en transparantie' wordt gewerkt aan verbeteringen rondom shared decisionmaking (gezamenlijk bespreken hoe een behandeltraject wordt opgezet) en zorgstandaarden (welke zorg is doelmatig en bewezen effectief).

4

- *Einde van een behandeling:* Via ROM-metingen en de CQ-index worden behandelresultaten en patiëntervaringen gemeten.

5

- *Informatie over het effect van de behandeling:* Effectmetingen en patiëntervaringen zullen openbaar (op groepsniveau) worden gemaakt, zodat andere patiënten voorafgaand aan hun behandeling, de beste zorgaanbieder kunnen kiezen.

6

7

8

9

Op elk van deze terreinen is het fundament gelegd: de bouwstenen waardoor de komende jaren meer informatie beschikbaar kan komen over de kwaliteit van de ggz.

Dit traject kost veel tijd en energie van zorgaanbieders en brengt ook een verzwaring van de administratieve lasten met zich mee. Hier ligt voor de NZa zelf en voor andere organisaties als de IGZ en de zorgverzekeraars een opdracht om onnodige administratieve belasting te voorkomen.





# 7. Zorgaanbieders

1

## Wie leveren ggz?

Het meest recente jaar waarvan het aantal aanbieders bekend is, is 2014. Sinds 2014 bestaat het onderscheid tussen de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. De getallen uit 2014 worden vergeleken met die uit 2012 en 2013. In die jaren wordt nog de oude indeling gehanteerd van eerste- en tweedelijns-ggz. Hierdoor zijn de getallen niet een-op-een vergelijkbaar. De eerstelijns-ggz bestaat uit een groot aantal zorgverleners en behandelaren (circa 6.000) die zich op uiteenlopende wijze georganiseerd hebben. Een groot deel betreft vrijgevestigde behandelaren met een zelfstandige praktijk, maar er zijn ook grotere organisaties en samenwerkingsverbanden in de eerstelijns-ggz.

2

3

4

5

6

7

8

9

### Soorten zorgaanbieders in de ggz

In de ggz wordt bij zorgaanbieders van oudsher onderscheid gemaakt tussen 'instellingen' en 'vrijgevestigde praktijken'. Kenmerkend onderscheid is de schaal waarop de zorg wordt geleverd en is georganiseerd. Een vrijgevestigde aanbieder is typisch een kleinschalige solo- of groepspraktijk waarbij de behandelaren vaak zelf eigenaar zijn. Grotere ggz-organisaties (in omzet en fte) worden instellingen genoemd.

## Aantal vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz

In 2014 waren er ongeveer 8.250 vrijgevestigde aanbieders/behandelaars werkzaam in de ggz. Van de 8.250 vrijgevestigden werkte ongeveer 44 procent in de basis-ggz en 36 procent in de gespecialiseerde ggz. Zeventien procent declareerde zorg in beide sectoren. De overige drie procent was werkzaam in dyslexiezorg. In 2012 en 2013 waren er tussen 9.000 en 10.000 vrijgevestigde zorgaanbieders werkzaam in de ggz. Het aantal vrijgevestigden is een overschatting, omdat het kan voorkomen dat een vrijgevestigde zorgaanbieder onder verschillende namen zorg declareert. Op basis van geregistreerde kwaliteitsstatuten wordt ingeschat dat er iets meer dan 4.000 vrijgevestigde aanbieders werkzaam zijn in de ggz. Het is onduidelijk waarom het aantal vrijgevestigden in de ggz in 2014 minder is dan in de jaren ervoor. Een mogelijke verklaring kan zijn dat een deel van de vrijgevestigden in de eerstelijnszorg in 2014 als praktijkondersteuner voor de huisarts (POH) werkt. Een andere verklaring kan zijn dat sommige vrijgevestigde aanbieders nu minder vaak onder verschillende namen zorg declareren.

## Aantal instellingen in de ggz

Het aantal instellingen in de ggz is redelijk stabiel gebleven in de jaren 2012 tot en met 2014. Binnen de verschillende sectoren zien we wel verschillen; zo is het aantal instellingen dat tweedelijns- en later gespecialiseerde ggz levert toegenomen in deze periode, terwijl het aantal instellingen dat langdurige ggz levert licht is gedaald. Instellingen die langdurige ggz leveren, bieden onder andere





1

2

3

4

5

6

7

8

9

beschermwd wonen, verblijf met behandeling en/of begeleiding in de thuissituatie. Het kan hier ook gaan om instellingen die naast langdurige ggz ook andere vormen van zorg leveren, zoals gehandicaptenzorg of ouderenzorg (verpleeghuizen). In 2014 zien we dat er een groot aantal instellingen is dat een combinatie van basis-ggz en gespecialiseerde ggz levert, terwijl de combinatie van eerstelijns- en tweedelijns-ggz vrijwel niet voorkwam in de jaren ervoor. Dit verklaart ook de afname in het aantal instellingen dat alleen basis-ggz of gespecialiseerde ggz levert.

Tabel 25 **Aantal en soort instellingen in de ggz 2012 - 2014**

Soort instelling	2012	2013	2014
Basis-ggz (in 2012 en 2013: eerstelijns-ggz)	22	22	16
Gespecialiseerde ggz (in 2012 en 2013: tweedelijns-ggz)	190	214	165
Combinatie basis- / gespecialiseerde ggz	1	1	68
Langdurige ggz	442	426	411
Combinatie gespecialiseerde ggz en langdurige ggz	59	67	60
Combinatie basis-ggz, gespecialiseerde ggz en langdurige ggz	-	-	3
<b>Totaal</b>	<b>714</b>	<b>730</b>	<b>723</b>

Er is een aanzienlijke spreiding in omvang van de ggz-instellingen. Veel instellingen zijn relatief klein, weinig instellingen relatief groot. De grote instellingen zijn verantwoordelijk voor veruit het grootste deel van de uitgaven. In 2014 was 70% van de ggz-omzet van instellingen geconcentreerd bij 35 concerns.

### Beroepeninzet

Sinds 2014 wordt in de ggz vastgelegd wat de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar en is er een lijst met elf beroepen die ingezet mogen worden als hoofdbehandelaar in de basis- en gespecialiseerde ggz. De beroepen die in 2014 en 2015 ingezet mogen worden als hoofdbehandelaar zijn de psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist ggz en gz-psycholoog. Naast deze negen beroepen mogen ook de orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog als hoofdbehandelaar fungeren in de basis-ggz.

Met de invoering van het kwaliteitsstatuut in 2017 is de hoofdbehandelaar vervangen door een regiebehandelaar en is er onderscheid aangebracht in de beroepen die als regiebehandelaar mogen worden ingezet bij vrijgevestigde aanbieders en bij instellingen. De lijst voor vrijgevestigde zorgaanbieders is een selectie van de elf beroepen die als regiebehandelaar kunnen worden ingezet in instellingen. Voor psychiaters geldt dat zij alleen als regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz mogen worden ingezet.





1

Naast deze lijst met regiebehandelaren is er de [beroepentabel van de NZa](#), waarin staat welke beroepen in de ggz tijd mogen schrijven op een dbc.

2

We zien dat in de jaren 2009-2014 de inzet van de vaktherapeut, psychotherapeut en sociaal psychiatrisch verpleegkundige is afgenomen, terwijl de inzet van de verpleegkundig specialist, klinisch psycholoog, sociaal pedagogisch hulpverlener, gz-psycholoog en verpleegkundige juist is toegenomen. In de basis-ggz wordt ongeveer 85 procent van de minuten geschreven door personen die mogen functioneren als hoofdbehandelaar. In de gespecialiseerde ggz is dit 34 procent. Of zij op dat moment ook hoofdbehandelaar waren is niet duidelijk.

3

4

5

6

7

8

9

**Tabel 26 Vijf beroepen die het meeste zorg declareren (tijdschrijven) in de ggz in 2014**

Basis-ggz	Gespecialiseerde ggz
gz-psycholoog (72,2%)	Verpleegkundige (13,5%)
Psycholoog (6,9%)	gz-psycholoog (12,2%)
Psychotherapeut (4,9%)	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (11,2%)
Klinisch psycholoog (3,2%)	Psychiater (10,0%)
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (2,4%)	Psycholoog (9,7%)

Bij kortere ggz-behandelingen (minder dan 800 minuten), zien we vaker inzet van de psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, gz-psycholoog en psychotherapeut. Bij langdurende dbc's (minstens 6.000 minuten) zien we relatief meer inzet van de verpleegkundige, sociaal pedagogisch hulpverlener, maatschappelijk werkende en ggz-agoog. In tabel 27 staan de vijf beroepen die het meeste tijdschrijven bij kort- en langdurende dbbc's in de gespecialiseerde ggz.

**Tabel 27 Vijf beroepen die het meeste tijdschrijven bij kort- en langdurende ggz-behandelingen in de gespecialiseerde ggz in 2014**

Kortdurende dbc's	Langdurende dbc's
Psychiater (20,2%)	Verpleegkundige (21,1%)
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (16,4%)	Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (9,3%)
gz-psycholoog (12,5%)	Psychiater (7,9%)
Psycholoog (8,9%)	Sociaal pedagogisch hulpverlener (7,5%)
Psychotherapeut (8,2%)	gz-psycholoog (7,1%)







1

2

3

4

5

6

7

8

9

## 8. Financiële positie ggz-instellingen

Net als over de jaren 2013 en 2014 kregen zorgaanbieders in de ggz uitstel voor het deponeren van de jaarrekening 2015 (tot 1 december 2016). De problemen om een goedgekeurde jaarrekening te krijgen, waren hiervoor de reden [[marktscan 2014 deel B](#)]. Deze paragrafen bevatten alleen gegevens over 2013 en 2014.

### Welke indicatoren bepalen de financiële positie?

De financiële positie en daarmee de financiële gezondheid van zorginstellingen wordt bepaald aan de hand van een aantal indicatoren. Deze indicatoren zijn rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit en het weerstandsvermogen.

De rentabiliteit maakt duidelijk hoe goed de instelling rendeert. Rentabiliteit kan gezien worden ten opzichte van de omzet en ten opzichte van de balans. Wanneer we spreken over **rentabiliteit** bedoelen we de het resultaat (netto) ten opzichte van de omzet. Wanneer we spreken over **rentabiliteit t.o.v. de balans** bedoelen we het resultaat (netto) ten opzichte van het balanstotaal. Een positieve rentabiliteit betekent dat de opbrengsten hoger zijn dan de kosten. Omdat we uitgaan van het netto resultaat, en niet het bedrijfsresultaat, zijn de rente-uitgaven en renteopbrengsten wel meegenomen.

De **solvabiliteit** laat zien of een instelling op de lange termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen. Dit hangt samen met het eigen vermogen. Een vaak gehanteerde grens is dat het eigen vermogen ten minste 15% bedraagt van het totale vermogen van de instelling.

De **liquiditeit** geeft aan of een instelling aan zijn financiële verplichtingen op de korte termijn kan voldoen. Een liquiditeit groter dan 100% houdt in dat dit in principe mogelijk is. De schulden op korte termijn worden dan gecompenseerd door de kasvoorraad en eventuele bezittingen die binnen een jaar te gelde kunnen worden gemaakt. Het weerstandsvermogen meet de mate waarin er voldoende eigen vermogen beschikbaar is om onverwachte financiële tegenvallers op te vangen. Het **weerstandsvermogen** is gedefinieerd als het eigen vermogen als percentage van de omzet. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) hanteert voor het weerstandsvermogen een percentage van 15% als veilige ondergrens.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tabel 28 **Financiële kengetallen 2013-2014**

Indicator	2013	2014
Aantal zorgaanbieders in analyse	305	305
Rentabiliteit t.o.v. omzet	1,4%	1,5%
Solvabiliteit	24,6%	26,9%
Liquiditeit	122%	131%
Rentabiliteit t.o.v. balans	1,7%	1,9%
Weerstandsvermogen	19,6%	21,4%

Bron: digiMV, dit zijn gewogen gemiddelden

Om meer inzicht te krijgen in deze kengetallen bekijken we de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit in meer detail binnen de verschillende instellings-categorieën.

We onderscheiden in de analyses de volgende categorieën zorginstellingen in de ggz:

- Ambulante ggz: dit zijn zorginstellingen die ggz zonder verblijf leveren (vanuit de Zorgverzekeringswet).
- Geïntegreerde ggz-instellingen (zorgaanbieders die behandeling en verblijf aanbieden).

- Instellingen voor beschermd/ begeleid wonen (RIBW's).
- Zorginstellingen ggz-dagbesteding.
- Restgroep: Zorginstellingen waar geen informatie over beschikbaar is, of die een breed activiteitenprofiel hebben. Dit zijn bijvoorbeeld aanbieders die voornamelijk zorg leveren aan mensen met een handicap of aan ouderen.

In de bijlage Bronnen en Methoden staat de categorie-indeling uitgebreid beschreven. Omdat psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen (paaz) en psychiatrische universiteitsklinieken (puk) integraal onderdeel uitmaken van een algemeen of academisch ziekenhuis, zijn zij buiten de analyse gelaten. De financiële kengetallen zeggen namelijk meer over het ziekenhuis dan over het ggz deel. Vrijgevestigde aanbieders van ggz deponeren geen jaarrekening en vallen om die reden buiten deze analyse.

De tabel op de volgende pagina laat zien hoeveel zorginstellingen er in een bepaalde categorie vertegenwoordigd zijn en wat hun omzet was in 2013 en 2014 (in miljoenen euro's).





1

Tabel 29 **Aantal en omzet ggz-aanbieders per categorie**

Categorie	Aantal zorginstellingen	Omzet 2013 (mln euro)	Omzet 2014 (mln euro)
Ambulante ggz (Zorgverzekeringswet)	124	560	570
Geïntegreerde ggz-instellingen	56	3.769	3.709
Instellingen voor beschermd/begeleid wonen	37	1.143	1.167
Zorginstellingen ggz-dagbesteding	33	95	106
Overig	55	3.531	3.448
<b>Totaal</b>	<b>305</b>	<b>9.098</b>	<b>9.000</b>

2

3

4

5

### De financiële positie van instellingen in de ggz

Hiernaast in tabel 30 geven we de financiële kengetallen weer van de geïntegreerde ggz-instellingen en in tabel 31 op de volgende pagina van zorginstellingen die ambulante ggz aanbieden vanuit de Zorgverzekeringswet. De financiële kengetallen van instellingen van beschermd wonen, dagbesteding en groep 'overig' zijn samen-gevoegd weergegeven in de bronnen en methoden omdat zij voor een groot deel onder de Wmo of de Jeugdwet vallen. De gemiddelde financiële positie van de zorginstellingen in deze groep is goed en verbeterd ten opzichte van 2013.

6

7

8

9

Tabel 30 **Financiële kengetallen van geïntegreerde instellingen**

Kengetal	2013 gemiddelde	2014 gemiddelde
Rentabiliteit	1,4%	1,2%
Solvabiliteit	22%	24%
Liquiditeit	120%	127%
Weerstand	21%	22,0%
Rentabiliteit t.o.v. balans	1,5%	1,3%

Bron: DigiMV, gewogen gemiddelden





1

2

3

4

5

6

7

8

9

De cijfers laten zien dat de financiële positie van deze geïntegreerde ggz-instellingen gemiddeld goed is en verbeterd is in het afgelopen jaar. Dit ondanks de omzetzak van circa 60 miljoen (zie tabel 29). Het lijkt er dus op dat geïntegreerde instellingen in staat zijn geweest het verlies in omzet op te vangen. Door alle veranderingen in de ggz is het ook aannemelijk dat deze instellingen relatief grotere reserves aanhouden, om veranderingen in de toekomst op te kunnen vangen. In tabel 30 op voorgaande pagina is te zien dat de rentabiliteit in 2014 licht gedaald is ten opzichte van 2013. Het bedrijfsresultaat, voor verwerking van financiële baten en lasten ligt in 2014, gemiddeld genomen, aanzienlijk hoger dan het resultaat. Verschillen kunnen verklaard worden door hoge rentelasten en (bijzondere) waardeverminderingen in immateriële en financiële vaste activa. De overige kengetallen zijn daarentegen gestegen: de solvabiliteit, liquiditeit en weerstand zijn in 2014 hoger dan in 2013.

In de omschrijving van de begrippen hebben we aangegeven wat voor solvabiliteit, liquiditeit en het weerstandvermogen een vaak gehanteerde grens is. Van de geïntegreerde zorginstellingen bevinden zich respectievelijk 12,5%, 10,7% en 30,4% van de zorgaanbieders (ongewogen) onder de grens.

Tabel 31 **Financiële kengetallen zorginstellingen ggz zonder verblijf (ambulante ggz, Zvw)**

Kengetal	2013 gemiddelde	2014 gemiddelde	2014 mediaan
Rentabiliteit	0,1%	1,1%	2,8%
Solvabiliteit	19%	20%	24%
Liquiditeit	123%	131%	161%
Weerstand	16%	16%	13%
Rentabiliteit t.o.v. balans	0,1%	1,3%	5,0%

Bron: DigiMV, gewogen gemiddelden en mediaan

De mediaan wordt in de tabel getoond omdat er op sommige kengetallen een (substantiële) afwijking is van het gewogen gemiddelde.

Bij de zorginstellingen die ggz zonder verblijf (ambulante ggz) aanbieden, steeg de rentabiliteit in 2014 ten opzichte van 2013. Ook de andere kengetallen zijn gestegen of ten minste gelijk gebleven. Opvallend is dat de mediaan in het geval van de rentabiliteit en liquiditeit aanzienlijk groter is dan het gewogen gemiddelde. Dit duidt er op dat grotere zorgaanbieders, gemiddeld een lagere rentabiliteit en liquiditeit hebben. Dit is ook in eerdere marktscans vastgesteld. Er blijkt ook een relatie te liggen tussen



1

weerstandsvermogen en concernomvang. Hoe groter een instelling, hoe groter het weerstandsvermogen. Het kan zijn dat de risico's die voor grotere instellingen gelden (minder wendbaar, meer langetermijn investeringen in bijvoorbeeld vastgoed), maken dat zij ook meer weerstandsvermogen nodig hebben.

2

3

In de omschrijving van de begrippen hebben we aangegeven wat voor solvabiliteit, liquiditeit en het weerstandvermogen een vaak gehanteerde ondergrens is. In het geval van de zorginstellingen zonder verblijf bevinden zich respectievelijk 41,1%, 18,5% en 55% van de zorginstellingen zich onder deze grens. Deze cijfers liggen en stuk hoger dan bij de geïntegreerde zorgaanbieders. Zorginstellingen zonder verblijf zijn vaak kleiner (in omzet) dan geïntegreerde zorgaanbieders. Van kleine zorginstellingen is bekend dat zij gemiddeld ongeveer dezelfde cijfers laten zien als geïntegreerde zorgaanbieders, maar dat de spreiding veel groter is.

4

5

6

7

8

9





# Conclusies

1

Gemiddeld genomen is de financiële positie van zorginstellingen in de ggz licht verbeterd tussen 2013 en 2014. Vooral tussen de kleinere zorginstellingen is er veel verschil in de mate waarin zij financieel gezond zijn. De grotere zorginstellingen hebben gemiddeld een hoger weerstandsvermogen. Er zijn verder geen opvallende verschillen tussen soorten zorginstellingen.

2

3

4

5

6

7

8

9





# 9. Contracteerproces vrijgevestigde zorgaanbieders van ggz

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders om te voldoen aan de zorgplicht die zij hebben naar hun verzekerden. In de contracten leggen zij afspraken vast over de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De contracten bevatten zowel zorginhoudelijke als procedurele en administratieve afspraken. Twee jaar geleden hebben we aandacht besteed aan de inkoop bij ggz-instellingen. Nu hebben we gekeken naar het inkoopbeleid en de contracten met vrijgevestigde praktijken in de curatieve ggz. We hebben gekeken naar contractjaar 2017.

## Contracteerproces

Bij de inkoop hanteren de zorgverzekeraars criteria om onderscheid te maken tussen instellingen en vrijgevestigden in de ggz. Elke verzekeraar hanteert een andere definitie van het begrip vrijgevestigde in hun contracten. Het kan voorkomen dat een vrijgevestigde aanbieder bij de ene verzekeraar als vrijgevestigde gezien wordt en bij een andere verzekeraar als instelling met bijbehorende eisen.

Tabel 32 **Definitie van vrijgevestigde per zorgverzekeraar**

Verzekeraar	Definitie van vrijgevestigden in de ggz
Zilveren Kruis	Minder dan vijf regiebehandelaars en een omzetplafond lager dan €100.000. Het plafond mag hoger zijn €100.000 maar dan wordt de grens op vier regiebehandelaars gesteld.
CZ	Niet meer dan vier beroepsbeoefenaren op één locatie
Menzis	Geen specialisten in loondienst. Geen organisatorische verbanden, zorgcoördinatie of verdelen van zorgtaken.
VGZ	Hanteert meerdere contracten voor vrijgevestigde praktijken. De definitie is afhankelijk van het type contract.
Multizorg*	Niet meer dan drie locaties en 8 fte
DSW	Niet meer dan drie regiebehandelaars
De Friesland	Niet verbonden aan een instelling. Elke praktijkhouder werkt voor eigen rekening/risico. Regiebehandelaar/praktijk is in bezit van agb code 94 of 30.

\* Multizorg regelt de zorginkoop en contractering voor de zorgverzekeraars a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid





1

Alle zorgverzekeraars sluiten de contracten met vrijgevestigden af door middel van een digitale inkoopprocedure. Vrijgevestigden die een contract willen afsluiten met een verzekeraar krijgen een 'standaardcontract' aangeboden. De inhoud van het contract per verzekeraar kan op een aantal variabelen verschillen, zoals de hoogte van het percentage van het maximumtarief, het omzetplafond en eventuele kwaliteitseisen voor selectief gecontracteerde zorg. Voor individuele aanbieders zijn er geen onderhandelingsmogelijkheden buiten deze 'standaardcontracten'. Sommige verzekeraars gaan voorafgaand aan een contractjaar in overleg met brancheorganisaties over het inkoopbeleid.

2

3

4

5

Contracten worden over het algemeen voor één jaar aangeboden. Multizorg (2016-2017) en De Friesland (2017-2018) bieden tweejarige contracten. Menzis gaat vanaf 2018 meerjarencontracten afsluiten bij vrijgevestigde zorgaanbieders.

6

7

8

9

### Redenen voor vrijgevestigden om wel/geen contracten af te sluiten

Vrijgevestigden sluiten contracten om verschillende redenen: financiële zekerheid en de praktijk financieel toegankelijk houden voor alle cliënten.

Redenen om geen contracten af te sluiten zijn onder andere de administratieve lasten van het afsluiten van het contract, specifieke inhoudelijke eisen van de zorgverzekeraar over de inhoud van zorg en het niet kunnen/willen voldoen aan de verschillende contracteisen. Daarnaast kunnen ongunstige tarieven/ omzetplafonds en/ of voorwaarden en zorgen over privacy redenen zijn om geen contract af te sluiten [[Rapport NIP: werken als een vrijgevestigde zorgaanbieder in de ggz 2016](#)]. Wanneer er geen of weinig patiënten bij een verzekeraar verzekerd zijn, kan dat ook een reden zijn om geen contract af te sluiten. Tenslotte kan een zorgverzekeraar weigeren een contract af te sluiten omdat zij geen nieuwe aanbieders contracteren of omdat de zorgaanbieder te weinig patiënten bij een bepaalde verzekeraar heeft.

Als verzekerden met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan, krijgen zij tussen de 65% en 90% van het gemiddeld contracteerde tarief vergoed. De vergoeding verschilt per zorgverzekeraar en per verzekeringspolis. Bij een restitutiepolis krijgt







1

de verzekerde het maximum- of marktconforme tarief vergoed. De zorgaanbieder stuurt de rekening rechtstreeks naar de patiënt. Deze moet de patiënt vervolgens declareren bij de verzekeraar. Het komt voor dat vrijgevestigden een betalingsovereenkomst hebben met een zorgverzekeraar of dat de patiënt met een akte van cessie de vordering op de verzekeraar aan de zorgaanbieder overdraagt. Dan kan de rekening rechtstreeks naar de zorgverzekeraar gestuurd worden. Ook gebeurt het dat zorgaanbieders het deel dat de patiënt zelf moet betalen voor eigen rekening nemen.

2

3

4

### Omzetplafond

Alle verzekeraars behalve DSW hanteren in 2017 een omzetplafond. CZ hanteert geen omzetplafond voor aanbieders die alleen basis-ggz leveren. Het omzetplafond van de meeste verzekeraars geldt voor zowel de basis- als de gespecialiseerde ggz. Eén verzekeraar heeft aparte plafonds voor basis- en gespecialiseerde ggz. Multizorg hanteert een plafond in uren in plaats van in euro's. Zilveren Kruis hanteert een omzetplafond van minimaal € 50.000 voor vrijgevestigde praktijken. De Friesland hanteert een minimumplafond van € 20.000 in verband met praktijkvariatie bij vrijgevestigde praktijken die weinig verzekerden van De Friesland behandelen. De meeste verzekeraars bepalen de hoogte van het omzetplafond op basis van realisatie in het verleden. VGZ heeft expliciet opgenomen in het inkoopbeleid dat het plafond naar beneden bijgesteld kan worden als de productie meer dan 10% achterblijft ten opzichte van het plafond of in geval van

5

6

7

8

9

verzekerdenmutaties. Bij alle verzekeraars met omzetplafonds geldt dat zorgaanbieders verleende zorg boven het omzetplafond niet vergoed krijgen.





1

2

3

4

5

6

7

8

9

### Wat doen zorgaanbieders als ze het omzetplafond van een verzekeraar bereiken?

Zorgaanbieders:

- verwijzen patiënten door naar een collega zorgaanbieder die wel ruimte heeft;
- vragen de patiënt contact op te nemen met de zorgverzekeraar om een uitzondering te maken;
- adviseren patiënten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar die ruimere of geen plafonds hanteert. Dit is het geval met patiënten waarmee de aanbieders een langere behandelrelatie hebben of bij patiënten die zich rond de jaargrens aanmelden;
- verwijzen patiënten naar hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling.

### Hoe reageren zorgverzekeraars als het omzetplafond wordt bereikt?

- aanbieders mogen patiënten weigeren als het omzetplafond is bereikt;
- als het plafond wordt bereikt tijdens de behandeling van de patiënt, moet de aanbieder de zorg door blijven leveren aan deze patiënt (zonder vergoeding);
- zorgaanbieders moeten tijdig melden als het omzetplafond in zicht komt. Verzekeraars geven aan dat er ruimte is om in gesprek te gaan en in bepaalde gevallen de zorg boven het plafond alsnog te vergoeden;
- ze bemiddelen een patiënt naar een andere aanbieder.

### Prijzen

Alle verzekeraars hanteren een afslag op het maximumtarief van de NZa of een eigen referentietarief (Multizorg). Het basistarief verschilt van 80% tot 85% van de maximumtarieven. Bij de meeste verzekeraars is het mogelijk om een hoger percentage dan het basistarief af te spreken met criteria die verschillen per verzekeraar. De criteria die verzekeraars gebruiken voor een hoger tarief zijn:

- percentage van patiënten waar ROM toegepast wordt (en besproken wordt met de patiënt);

- aantal opleidingsplaatsen;
- percentage inzet van medebehandelaren;
- bezit van keurmerk Kwaliteit in Basis ggz (KiBG) of visitatie Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)/Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
- samenwerking in een (regionaal) netwerk;
- werken met zorgprogramma's;
- inzet van e-health.





1

Het maximum dat behaald kan worden op basis van de criteria is in de basis-ggz 100% en in de gespecialiseerde ggz 98% van het maximumtarief van de NZa.

2

Menzis hanteert naast het omzetplafond ook een prijsplafond met normatief uurtarief. Als het gemiddelde uurtarief wordt overschreden, dan wordt het meerdere teruggevorderd. Bij de afwikkeling van het contractjaar wordt bekend of er sprake is van een terugvordering. CZ hanteert een productmix in de basis-ggz. Volgens het contract mogen aanbieders hiervan 5% afwijken.

4

Tot slot sluiten sommige verzekeraars prestaties van meer dan 6000 minuten expliciet uit in het contract of hanteren een degressief tarief voor deze prestaties. Menzis sluit parallelle dbc's uit bij vrijgevestigden.

5

### Selectieve inkoop

VGZ en CZ passen selectieve inkoop toe voor bepaalde stoornissen. VGZ hanteert extra kwaliteitscriteria voor alcohol en aan overige middelen gebonden stoornissen, eetstoornissen en dementie in de gespecialiseerde ggz. Om basis-ggz te verlenen aan VGZ verzekerden met een online polis moeten aanbieders in het bezit zijn van het keurmerk KiBG of gelijkwaardig (visitatie LVVP/NIP/NVvP). CZ contracteert complexe persoonlijkheids- en eetstoornissen en dbc's met meer dan 3000 minuten alleen bij bepaalde aanbieders. Deze aanbieders moeten onder andere voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria. Aanbieders die niet gecontracteerd zijn mogen deze zorg niet

6

7

8

9



in rekening brengen voor CZ verzekerden. Daarnaast koopt CZ de prestatie basis-ggz chronisch uitsluitend in bij instellingen.

### Kwaliteitseisen

Alle verzekeraars stellen als eis dat de aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft dat geregistreerd is bij het Zorginstituut. De verzekeraars volgen het kwaliteitsstatuut voor de beroepen die regiebehandelaar mogen zijn. Er zitten wel verschillen in de eisen die verzekeraars stellen aan het aandeel directe tijd door de regiebehandelaar.

Tabel 33 **Ondergrens tijdsaandeel regiebehandelaars in de behandeling**

Inkoopcombinatie / zorgverzekeraar	Eis
Zilveren kruis	Geen eis
CZ	85% door regiebehandelaar
VGZ	Basis-ggz: 30% regiebehandelaar G-ggz: geen eis
Menzis	80% door regiebehandelaar
Multizorg	80% door regiebehandelaar
DSW	60% door regiebehandelaar
De Friesland	Geen eis



1

### **Administratieve lasten**

Vanuit de beleving van de vrijgevestigde zorgaanbieders zorgen de verschillende eisen die verzekeraars stellen bij de inkoop van ggz voor veel administratieve lasten. Selectieve inkoop is een belangrijk onderdeel van het zorgstelsel, maar er moet wel oog zijn voor de administratieve lasten.

2

3

### **Vergelijking met instellingen**

Twee jaar geleden is in de marktscan onderzoek gedaan naar de thema's die spelen bij de contractering van ggz-instellingen. Er zijn veel overeenkomsten in de inhoud van de contracten bij vrijgevestigden en bij instellingen. Zo kopen verzekeraars ook bij vrijgevestigden selectief in en wordt er gebruik gemaakt van omzetplafonds. Het belangrijkste verschil is dat er geen onderhandelingsmogelijkheden zijn voor individuele vrijgevestigden. Wel is het mogelijk om als aanbieder een hoger tarief te krijgen door te voldoen aan aanvullende (kwaliteits)eisen. Daarnaast worden er lagere tarieven dan het maximumtarief gecontracteerd dan bij instellingen. Tot slot komen max-maxtarieven niet voor bij vrijgevestigde zorgaanbieders.

4

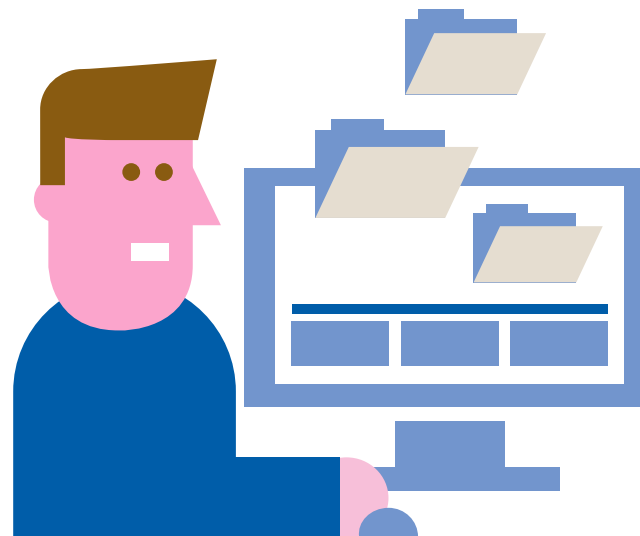
5

6

7

8

9





# Conclusies

1

Inkoop bij vrijgevestigden in de ggz vindt vooral plaats op prijs. De basistarieven voor vrijgevestigde aanbieders liggen rond de 80% van het maximumtarief. Door te voldoen aan criteria die verzekeraars stellen kunnen aanbieders een hoger tarief krijgen. Omzetplafonds worden nog steeds ingezet als instrument om kosten te beheersen.

2

De eisen die verzekeraars stellen in hun contracten verschillen.

3

Sommige verzekeraars kopen zorg voor bepaalde aandoeningen selectief in op basis van kwaliteitscriteria. De invoering kwaliteitsstatuut draagt bij aan de inzicht in de kwaliteit van een aanbieder en het uniformeren van kwaliteitseisen.

4

5

6

7

8

9



## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

### Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

### Vormgeving

Optima Forma bv

