

# **(Niet-)Gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg**

Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek



- Datum: 4 juli 2018
- Versie: 1.0
- Auteur: Mischa Buter, Emile Petiet, Lisanne Puijk

## Managementsamenvatting

De afgelopen jaren is een toename aan zorguitgaven bij de niet-gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) geconstateerd. Dit onderzoek verkent de achtergronden en motieven voor het leveren van (niet-)gecontracteerde ggz vanuit het perspectief van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Het doel is het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk te maken. Dit onderzoek is objectief en onafhankelijk uitgevoerd en bevat géén beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen.

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en kwalitatief deel. Het kwantitatieve overzicht biedt een cijfermatig inzicht in de aard en omvang van de (niet-)gecontracteerde ggz. Het kwalitatieve deel geeft de uitkomsten weer van interviews met zorgverzekeraars, verschillende typen zorgaanbieders en patiënten. Het kwalitatieve deel van het onderzoek gaat niet over statistische representativiteit, maar richt zich op het geven van een volledig beeld van alle verschillende houdingen, meningen en gedragingen die bestaan binnen de doelgroepen van het onderzoek.

### Kwantitatief overzicht

Voor het kwantitatieve overzicht is gebruik gemaakt van de data in het informatiesysteem GGZ van Vektis. Hierbij is gekeken naar de declaratiedata over de jaren 2014 tot en met 2016. Uit deze data blijkt dat de niet-gecontracteerde ggz zowel in relatieve als in absolute zin toeneemt tussen 2014 en 2016. Het gaat in 2016 om 187 miljoen euro, oftewel 6,3% van de curatieve ggz. In 2014 ging dat nog om 128 miljoen euro, wat neerkomt op 4,4% van het vergoede bedrag. Deze groei wordt veroorzaakt door een toename in omzet van volledig niet-gecontracteerde aanbieders. Het aandeel deels-gecontracteerde zorg is stabiel, zowel qua aantallen deels-gecontracteerde aanbieders als hun omzet.

Niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz heeft andere kenmerken dan de gecontracteerde zorg:

- Niet-gecontracteerde zorg is anders verdeeld over de type aanbieders. Niet-gecontracteerde zorg wordt voornamelijk door ambulante instellingen, verslavingszorgs- en "overige" zorgaanbieders en vrijgevestigde psychologische zorgverleners geboden. De geïntegreerde instellingen zijn allemaal volledig gecontracteerd.
- De niet-gecontracteerde zorg wordt relatief vaker ambulant behandeld dan in de gecontracteerde zorg.
- De diagnoses somatoforme stoornissen, aandachtstekort en de generalistische basis ggz zijn bovengemiddeld vertegenwoordigd binnen niet-gecontracteerde zorg. Angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen worden zowel door gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders veel behandeld. Diagnoses met langdurige en/of zwaardere zorg komen vrijwel niet voor binnen de niet-gecontracteerde ggz.
- Bijna één op de twee dummycodes (code in verband met privacybezwaren) is afkomstig van niet-gecontracteerde aanbieders. Een verklaring kan niet gegeven worden op basis van de beschikbare data.

Voor het vergelijken van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is omwille van de vergelijkbaarheid gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte. Doordat veel niet-gecontracteerde zorg via papieren nota's wordt ingediend, ontbreekt van 55% van alle niet-gecontracteerde zorg in de gespecialiseerde ggz de zorgvraagzwaarte. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.

Wanneer de kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg worden vergeleken, kunnen verschillen worden waargenomen. De vergoede zorgkosten per patiënt liggen bij een aantal typen zorgaanbieders hoger bij niet-gecontracteerde zorg dan bij de gecontracteerde zorg. Bij psychologische zorgverleners, ambulante instellingen en vrijgevestigde psychiater is dat 15% tot circa 40% hoger.

De toepassing van de correctie voor zorgvraagzwaarte heeft met name effect op de groep “overige” zorgaanbieders en verslavingszorgaanbieders. Bij de groep “overige” zorgaanbieders is er zonder correctie sprake van lagere kosten bij niet-gecontracteerde zorg. Met zorgvraagzwaartecorrectie zijn de kosten bij niet-gecontracteerde zorg juist hoger. Bij verslavingszorgaanbieders is er zonder correctie sprake van hogere kosten bij niet-gecontracteerde zorg. Wanneer er gecorrigeerd wordt voor zorgvraagzwaarte is er geen verschil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Wanneer wordt gekeken naar diagnoses zijn er eveneens verschillen. De ongecorrigeerde grafiek toont dat veel diagnoses in de ambulante behandeling goedkoper zijn bij niet-gecontracteerde aanbieders. Toepassing van zorgvraagzwaartecorrectie verandert niet veel aan dit beeld.

In tegenstelling tot dit beeld liggen de vergoede zorgkosten bij de diagnoses restgroep, alcoholverslaving, verslaving overige middelen, eetstoornissen en somatoforme stoornissen bij niet-gecontracteerde zorg beduidend hoger, ongeacht of wordt gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte.

### **Kwalitatief overzicht**

Voor het kwalitatieve onderzoek is aan de hand van semigestructureerde interviews gevraagd naar het keuzeproces van patiënten, voor- en nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg en ervaren verschillen in kwaliteit en doelmatigheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Verwijzers, kosten (eigen betalingen), wachttijden en een zorgaanbod dat aansluit bij de behoeften van de patiënt zijn van invloed op de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Hierbij speelt voor hen het feit dat partijen gecontracteerd of niet gecontracteerd zijn niet direct een rol. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders noemen op hun beurt hun invloed op de keuze van de patiënt beperkt.

Over de ervaren verschillen in kwaliteit en doelmatigheid van zorg tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn de meningen verdeeld, niet alleen tussen de geïnterviewde groepen, maar ook binnen de groepen. Over de kwaliteit van zorg lopen de meningen van zorgaanbieders meer uiteen dan over de doelmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars kunnen door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden hun vermoedens over minder doelmatige en kwalitatieve zorg bij een aantal zorgaanbieders moeilijk hard maken. Patiënten ervaren tenslotte niet of nauwelijks verschillen in doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg tusseneen gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars geven aan dat een deel van de zorg altijd niet-gecontracteerd verleend zal worden. Zij geven hiervoor verschillende verklaringen. Enerzijds komt dit doordat zij niet tot afspraken komen met zorgaanbieders. Anderzijds komt het doordat zij er zelf voor kiezen bepaalde groepen geen contract aan te bieden.

Zorgaanbieders die zelf de keuze maken om geen contract met (een aantal) zorgverzekeraars aan te gaan doen dit veelal om twee hoofdredenen: ze vinden het te veel “gedoe” om een contract aan te gaan en/of ze zijn principieel tegen enige inmenging van zorgverzekeraars als het gaat om

de inhoud van de behandeling. Daarnaast worden de opgelegde omzetplafonds en gedifferentieerde tarieven als grote nadelen gezien bij gecontracteerd werken.

Op een aantal onderwerpen stoken de verkregen inzichten niet met elkaar, of zijn de standpunten van geïnterviewden binnen een interviewgroep verschillend. Deze tegenstellingen zijn het duidelijkst bij:

- *Mogelijkheden om te contracteren / contracteringsproces*: zorgverzekeraars willen niet-gecontracteerde zorg tegengaan, terwijl ze zelf ook kiezen om aanbieders niet te contracteren. Aanbieders geven juist aan dat de groei van niet-gecontracteerde zorg wordt ingegeven door administratieve lasten rondom de contractering.
- *Zorgkosten en groei van de markt*: zorgverzekeraars en (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders verschillen van mening over de noodzaak om de groei van de markt te beperken, in relatie tot onder andere de wachttijden binnen de ggz. Ook hebben zij andere beelden of de toename van niet-gecontracteerde zorg gepaard gaat met stijgende kosten.
- *Relatie met zorgverzekeraar*: de bereikbaarheid, de relatie die kan worden opgebouwd en de rol die zorgverzekeraars spelen binnen het zorgproces wordt door zorgaanbieders erg verschillend ervaren. Dit verschil zit niet alleen tussen vrijgevestigden en instellingen, maar ook binnen deze groepen. Sommigen geven aan dat zorgverzekeraars bereid zijn mee te denken en benaderbaar zijn, anderen noemen de relatie moeizaam of geven aan geen relatie te ervaren.
- *Kwaliteit en doelmatigheid*: er bestaat tussen zorgaanbieders onderling geen eenduidigheid over het ervaren verschil tussen kwaliteit en doelmatigheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars ervaren hierin wel verschillen, maar geven aan dit niet goed te kunnen onderbouwen, omdat de zorgstandaarden voor hen niet (voldoende) normerend zijn. Patiënten geven aan dat ervaren verschillen in kwaliteit en doelmatigheid voor hen geen direct verband houden met de contractstatus van de aanbieder.

## Inhoudsopgave

<b>1. Aanleiding en achtergrond</b>	<b>6</b>
<b>2. Onderzoeksvragen</b>	<b>8</b>
<b>3. Theoretische basis</b>	<b>9</b>
3.1. Contractonderhandelingen	9
3.2. Declaratie en controle	11
<b>4. Kwantitatief overzicht</b>	<b>15</b>
4.1. Beschrijving van de gebruikte data	15
4.2. Algemeen beeld	15
4.3. Kenmerken van (niet-)gecontracteerde zorg	17
4.4. Overeenkomsten en verschillen	20
<b>5. Kwalitatief overzicht</b>	<b>28</b>
5.1. Bevindingen interviews	28
5.2. Geconstateerde tegenstrijdigheden	35
<b>6. Beantwoording onderzoeksvragen</b>	<b>36</b>
6.1. Waarom kiezen patiënten voor niet-gecontracteerde zorg?	36
6.2. Wat is de invloed van zorgverzekeraar / zorgaanbieder?	37
6.3. Ontvangen patiënten voldoende informatie?	37
6.4. Waarom kiezen zorgaanbieders voor niet-gecontracteerde zorg?	38
6.5. Waarom kiezen zorgverzekeraars ervoor niet te contracteren?	39
6.6. Wat is het ervaren verschil in kwaliteit en doelmatigheid?	39
<b>7. Contact</b>	<b>41</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses</b>	<b>46</b>
<b>Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 4: Interviewleidraden</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 5: Begrippenlijst</b>	<b>65</b>

## 1. Aanleiding en achtergrond

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft als doel om psychische en/of psychiatrische aandoeningen te voorkomen dan wel te behandelen en genezen. Daarbij is het uitgangspunt om patiënten zo veel mogelijk te laten (blijven) meedraaien in de maatschappij.

De ggz wordt gefinancierd vanuit verschillende domeinen. Ondersteuning, begeleiding en beschermd wonen vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Jeugd ggz (tot 18 jaar) wordt eveneens door gemeenten gefinancierd, vanuit de Jeugdwet. De geneeskundige (of curatieve) ggz voor volwassenen valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wanneer patiënten langer dan 3 jaar klinisch zijn opgenomen in de curatieve ggz, vindt er een overheveling van de financiering plaats naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarnaast bestaat er nog forensische ggz voor volwassenen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden<sup>1</sup>.

Dit onderzoek richt zich alleen op het deel van de ggz dat vanuit de Zvw wordt gefinancierd; de curatieve ggz. In dit stelsel is het de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om voldoende en kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden in te kopen. Hiertoe sluiten zij contracten met zorgaanbieders. Niet alle zorgaanbieders hebben contracten met alle zorgverzekeraars. Dit kan een keuze zijn van de zorgverzekeraar en/of van de zorgaanbieder. Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders gelden in verreweg de meeste gevallen andere (vergoedings)voorwaarden.

De curatieve ggz is sinds 2014 verdeeld naar generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Patiënten met niet-complexe klachten worden (eerst) geholpen in de huisartsenzorg. De huisarts kan ook besluiten een patiënt door te verwijzen naar de generalistische basis ggz of naar de gespecialiseerde ggz. In de generalistische basis ggz worden lichte tot matige psychische problemen behandeld. Patiënten met zwaardere psychische problemen worden geholpen in de gespecialiseerde ggz<sup>2</sup>. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn 'dichtbij huis', 'zo licht als mogelijk' en 'zo zwaar als nodig' behandelen. Deze uitgangspunten dragen ook bij aan de betaalbaarheid van de ggz. Dit heeft de laatste jaren onder andere geresulteerd in een afbouw van de klinische capaciteit, waarbij patiënten minder snel en minder lang worden opgenomen en meer vanuit de thuissituatie worden behandeld ('ambulantisering').

De afgelopen jaren is een toename aan zorguitgaven bij niet-gecontracteerde zorg geconstateerd. In de ggz is het percentage niet-gecontracteerde zorg van de totale kosten van de curatieve ggz in de periode 2014 - 2016 gestegen<sup>3</sup>. Percentages verschillen per type ggz-aanbieder. Zo is bij de geïntegreerde instellingen het aandeel niet-gecontracteerde zorg het kleinst en bij vrijgevestigde behandelaren het grootst<sup>3</sup>.

De coalitiepartijen hebben in 2017 in het regeerakkoord opgenomen te willen "onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden"<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Forensische ggz wordt bekostigd vanuit het Interim Besluit Forensische Zorg totdat de Wet Forensische Zorg (WFz) in werking treedt.

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>

<sup>3</sup> [http://celsustalma.nl/download/publicaties/onderzoeksrapporten/171229\\_Niet-gecontracteerde\\_zorg.pdf](http://celsustalma.nl/download/publicaties/onderzoeksrapporten/171229_Niet-gecontracteerde_zorg.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst/Regeerakkoord+%27Vertrouwen+in+de+toekomst%27.pdf> – pagina 15

Dit onderzoek geeft hier invulling aan door de achtergronden en motieven van (niet-)gecontracteerde zorg vanuit verschillende perspectieven te belichten. In de wijkverpleging is een dergelijke onderzoeksopzet reeds uitgevoerd.<sup>5</sup>

Het ontbreken van een dergelijk onderzoek in de ggz is de aanleiding geweest voor dit huidige onderzoek. Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de context alsmede de ervaringen, redenen en motieven bestaat het onderzoek uit een kwalitatief en een kwantitatief deel.

Het kwantitatieve deel biedt een overzicht van het veld waarbinnen de kwalitatieve onderzoeksvragen zich begeven. Dit onderdeel van het onderzoek is uitgevoerd door Vektis Intelligence (hierna: Vektis). Door de analyses ontstaat een integraal beeld van de (niet-)gecontracteerde ggz.

Ten behoeve van het kwalitatieve deel van dit onderzoek zijn interviews afgenomen met zorgverzekeraars, instellingen, vrijgevestigden en patiënten. In hoofdstuk 5 staan de belangrijkste bevindingen per interviewgroep beschreven.

---

<sup>5</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/12/13/niet-gecontracteerde-zorg-in-de-wijkverpleging>

## 2. Onderzoeksvragen

Dit onderzoek verkent de achtergronden en motieven voor (niet-)gecontracteerde zorg vanuit het perspectief van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Het doel *is het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg inzichtelijk te maken*. Dit inzicht wordt in kaart gebracht door beantwoording van onderstaande onderzoeksvragen.



Figuur 1: Schematische weergave onderzoeksvragen (Arteria Consulting, 2018)

Dit onderzoek wordt objectief en onafhankelijk uitgevoerd en bevat géén beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen. De scope van het onderzoek is beperkt tot de Zvw-gefinancierde curatieve ggz.

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief overzicht en een kwalitatief overzicht. Representativiteit in kwalitatief onderzoek is gericht op het geven van een volledig beeld van alle verschillende houdingen, meningen en gedragingen die bestaan binnen de doelgroep van het onderzoek. In de steekproeftrekking wordt ondanks dat er niet dezelfde getalsmatige verhoudingen terugkomen als in de populatie, rekening gehouden met alle relevante verschillen binnen de populatie. Het gaat daardoor niet om statistische representativiteit, maar om variatiedekkende representativiteit als basis voor generaliseerbaarheid.

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld onder voorzitterschap van het ministerie van VWS. De deelnemers zijn partijen die ook deelnemen aan bijeenkomsten die belegd worden in het kader van de Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie (AGGT)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Te weten: MIND, Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ Nederland, Landelijk Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Platform MEERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en P3NL, aangevuld met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa. AGGT-leden InEen en LHV hebben uit eigen beweging besloten niet deel te nemen.



### 3. Theoretische basis

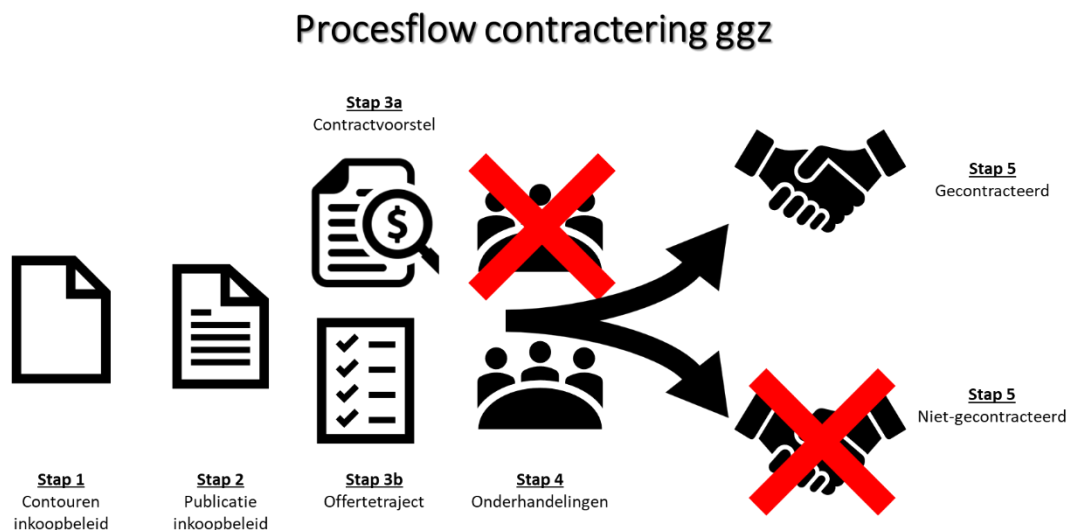
Om een goed beeld te krijgen op welke onderdelen de ervaringen, redenen en motieven ten aanzien van (niet-) gecontracteerde zorg betrekking hebben, wordt in dit hoofdstuk de theorie van het contracteringsproces in de curatieve ggz nader toegelicht. Daarbij worden de belangrijkste onderdelen van het zorgproces die de contractering in de ggz raken nader uitgewerkt: contractering, declaratie en controles. Er is daarbij aandacht voor het proces dat doorlopen wordt bij gecontracteerde zorg en bij niet-gecontracteerde zorg.

#### 3.1. Contractonderhandelingen

Voordat een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gesloten wordt, dient een aantal stappen te worden doorlopen. In deze paragraaf worden deze stappen omschreven en schematisch weergegeven in een procesflow. Hierbij wordt uitgegaan van de meest voorkomende procesflow. Uitzonderingen hierop worden daar waar nodig toegelicht.

Om in aanmerking te komen voor een contract, moeten zorgaanbieders aantonen dat zij voldoen aan de minimale contractvereisten die gesteld worden door de zorgverzekeraar. De contractvereisten komen voort uit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars (stap 1). Deze eisen hebben onder andere betrekking op wet- en regelgeving (bijvoorbeeld kwaliteitsstatuut), doelmatigheid, wachttijden, patiënttevredenheid, certificering, visitatie en samenwerking. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars criteria voor omzetplafonds en tarieven.

Zorgverzekeraars zijn verplicht om elk jaar voor 1 april hun inkoopbeleid voor het aankomende jaar te publiceren (stap 2). Dit inkoopbeleid betreft in ieder geval het kwaliteitsbeleid dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop hanteert en de minimumeisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract<sup>7</sup>.



Figuur 2: Procesflow contractering ggz (Arteria Consulting, 2018).

De volgende stap in het proces is het aanbieden van een contract door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder (stap 3a: het contractvoorstel). In het algemeen is het de praktijk dat

<sup>7</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_1887\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_1887_22/1/)

zorgverzekeraars de zorgaanbieders waarmee zij in het lopende jaar een overeenkomst hebben afgesloten, ook voor het aankomende jaar een contractaanbod zullen doen.

Wanneer een zorgaanbieder géén contract heeft, moet de aanbieder zelf actie ondernemen:

- Veelal kan via de website van de zorgverzekeraar een contractvoorstel worden aangevraagd. Sommige zorgverzekeraars hanteren één instapmoment per jaar; bij anderen is instroom op meerdere momenten per jaar mogelijk.
- Het is mogelijk dat er aan nieuwe zorgaanbieders extra eisen worden gesteld, bijvoorbeeld wanneer zorgverzekeraars op het standpunt staan al voldoende zorg te hebben ingekocht in de betreffende regio. Te denken valt aan aantoonbare innovatieve ideeën of het bedienen van een nichemarkt.

De aard en omvang van het offertetraject (stap 3b) is afhankelijk van de omvang van de aanbieder en het specifieke beleid van de zorgverzekeraar. Hieronder lichten we de meest voorkomende situaties toe. In de praktijk bestaan er nuanceverschillen per zorgverzekeraar.

1. Toesturen van een niet-onderhandelbaar contractvoorstel. Naast dit contract dient (in de meeste gevallen) aangegeven te worden of er wordt voldaan aan een aantal eisen, gebaseerd op wet- en regelgeving en het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar.
2. Uitnodiging tot het indienen van een offerte. In deze offerte kunnen zorgaanbieders onder andere aangeven welke productieomvang zij verwachten, tegen welk tarief zij willen contracteren en welke gemiddelde prijs per patiënt zij overeen willen komen. In de meeste gevallen verbinden zorgverzekeraars voorwaarden en inkoopcriteria aan deze parameters.

Variante 1 wordt door zorgverzekeraars veelal gebruikt voor het contracteren van vrijgevestigden<sup>8</sup> en kleine instellingen<sup>9</sup>. De contractering vindt veelal digitaal plaats en kent een standaardcontract en -tariefvoorstel van de betreffende zorgverzekeraar. In de meeste gevallen bevat het contract ook een voorgesteld omzetplafond. Sommige zorgverzekeraars hanteren voor bepaalde onderdelen geen omzetplafond; bijvoorbeeld voor de generalistische basis ggz.

Bij variante 1 is geen tot beperkt sprake van onderhandeling. Stap 4 wordt dus overgeslagen. Indien de zorgaanbieder de voorwaarden en condities van de zorgverzekeraar accepteert, is de zorgaanbieder in het aankomende jaar gecontracteerd. De zorgaanbieder kan uiteraard om moverende redenen niet op het contractvoorstel in gaan en overgaan tot het leveren van niet-gecontracteerde zorg (stap 5).

Grote(re) ggz-instellingen worden meestal via variante 2 gecontracteerd. Hierbij is individuele afstemming over een contract en tarieven met een zorgverzekeraar mogelijk (stap 4). Deze onderhandelingen vinden telefonisch of face-to-face plaats. Bij de onderhandelingen worden afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar contractueel vastgelegd. Er worden onder andere afspraken gemaakt over de hoogte van het omzetplafond, het tarief, het volume en/of gemiddelde prijs per patiënt. Voor de gespecialiseerde ggz en voor geïntegreerde ggz-instellingen geldt in bijna alle gevallen een omzetplafond.

Aan het eind van de onderhandelingen komen zorgverzekeraar en zorgaanbieder al dan niet tot een akkoord. Dit resulteert in dan wel het sluiten van een contract dan wel het leveren van niet-gecontracteerde zorg (stap 5).

<sup>8</sup> Hieronder worden in dit rapport ook groepspraktijken verstaan

<sup>9</sup> De definitie van een 'kleine instelling' en de mate van een standaardcontract kan per zorgverzekeraar verschillen en is afhankelijk van het zorginkoopbeleid en inkoopcontract.

### 3.2. Declaratie en controle

De geleverde zorg die binnen de Zvw valt, wordt door de zorgverzekeraar vergoed. Hoe dit proces verloopt, is afhankelijk van de contractstatus en de soort verzekeringspolis van de patiënt. Hierbij zijn twee variabelen van belang:

- Ten eerste of de patiënt een natura- of restitutiepolis heeft
- Ten tweede of de zorgaanbieder wel of geen contract met de zorgverzekeraar van de patiënt heeft.

Bij een naturapolis wordt alleen de zorg van zorgverleners met wie de verzekeraar een contract heeft volledig vergoed. Bij een naturapolis betaalt de zorgverzekeraar de zorgkosten direct aan de zorgaanbieder. De essentie van een restitutiepolis is dat de verzekerde zonder beperking alle zorgkosten die binnen het basispakket vallen, vergoed krijgt. Hierdoor heeft de verzekerde vrije keuze naar welke zorgverlener hij of zij gaat. Zorgverzekeraars mogen bij restitutie alleen een marktconform tarief vergoeden, ongeacht de contractstatus<sup>10</sup>.

De combinatie van verzekeringspolis en contractstatus bepaalt dus de hoogte van de vergoeding en de wijze waarop dit wordt verwerkt<sup>11</sup>. In onderstaande tabel is dit nader uitgewerkt.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Naturapolis	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor patiënt <sup>12</sup> .	Aanbieder ontvangt 75% <sup>13</sup> ; van gemiddeld gecontracteerd tarief verzekeraar declaratie wordt via patiënt ingediend bij zorgverzekeraar <sup>14</sup> ; patiënt betaalt resterend bedrag aan aanbieder <sup>15,16</sup> .
Restitutiepolis	Aanbieder ontvangt gecontracteerde tarief van verzekeraar; declaratie wordt rechtstreeks (digitaal) door aanbieder bij verzekeraar ingediend; geen resterende kosten voor patiënt.	Aanbieder ontvangt restitutietarief van verzekeraar <sup>17</sup> ; declaratie wordt via patiënt ingediend bij zorgverzekeraar <sup>13</sup> ; geen resterende kosten voor patiënt.

Tabel 1: Overzicht vergoeding geleverde zorg (Arteria Consulting, 2018)

De hoofdtekst in de tabel betreft een theoretische weergave. In de praktijk wordt hiervan afgeweken. Op welke wijze dit (voornamelijk) gebeurt staat beschreven in de voetnoten bij deze tabel. In de onderstaande sub- paragrafen wordt het overzicht van Tabel 1 en het werkproces voor de declaratie en controle van zorg uitgewerkt voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Hierbij wordt nader ingegaan op de benoemde nuancerings.

<sup>10</sup> Vektis definities herschreven. Bron: <https://www.zorgprismapubliek.nl/veelgestelde-vragen/zorgverzekeringen/wat-zijn-de-definities-van-de-verschillende-polistypen/>

<sup>11</sup> Hier wordt alleen het vergoedingsproces van zorg die onder de basisverzekering wordt vergoed beschreven. Eventuele additionele kosten (bijvoorbeeld hotelkosten) worden buiten beschouwing gelaten.

<sup>12</sup> Met uitzondering van het eigen risico van de patiënt, inclusief eventueel vrijwillig eigen risico

<sup>13</sup> Dit percentage kan per zorgverzekeraar en per polis verschillen. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

<sup>14</sup> Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk om als niet-gecontracteerde zorgaanbieder de declaratie rechtstreeks (digitaal) in te dienen. Dit kan via een akte van cessie of betaalovereenkomst.

<sup>15</sup> De patiënt moet het verschil tussen het gecontracteerde en niet-gecontracteerde tarief betalen aan de zorgaanbieder. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde van 25%.

<sup>16</sup> Er zijn zorgaanbieders die, ondanks de verplichting het verschil tussen declaratiebedrag en vergoed bedrag in rekening te brengen bij de patiënt, dit verschil kwijtschelden.

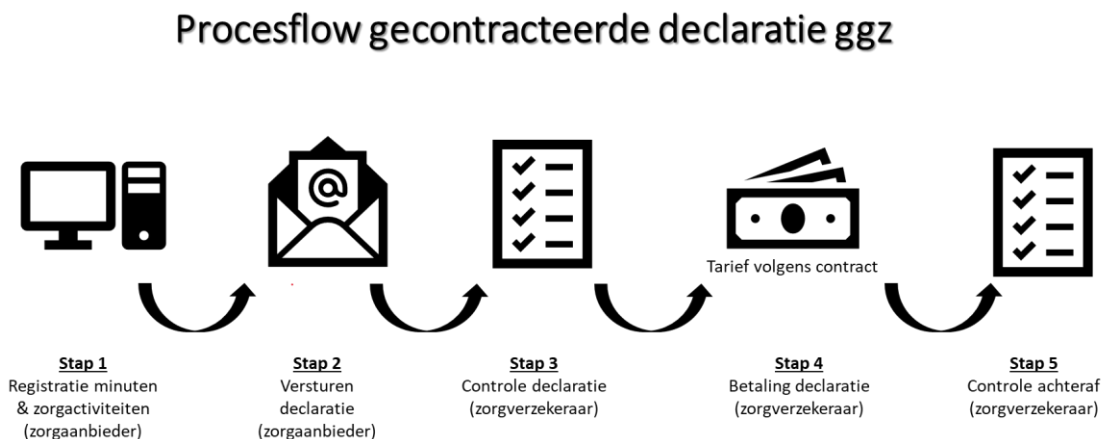
<sup>17</sup> Dit tarief verschilt per zorgverzekeraar, veelal is dit tarief gelijk aan het maximum NZa-tarief.

### 3.2.1. Declaratieproces bij gecontracteerde zorg

Het declaratieproces voor gecontracteerde zorg is uitgewerkt in onderstaande procesflow (Figuur 3) en begint met de registratie. De behandelaar registreert inhoudelijke (behandelplan en zorgactiviteiten) en financiële informatie (geleverde zorg in minuten) in een elektronisch patiëntendossier (stap 1), conform wet- en regelgeving.

Wanneer de behandeling is afgerond, wordt de declaratie opgesteld door de zorgaanbieder en (meestal via VECOZO) elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar. De declaratie dient in de meeste gevallen binnen een maand nadat de zorg is geleverd te worden ingediend (stap 2).

Zorgverzekeraars kunnen op de ontvangen declaratie vooraf ('formele') controles uitvoeren alvorens zij deze betalen (stap 3). Hierbij kan gedacht worden aan een check op vereisten vanuit wet- en regelgeving, of de verzekerde bij hen bekend is, of het juiste tarief gebruikt is en of gedeclareerde zorgprestatie binnen de Zvw-verzekerde zorg valt. Daarnaast kan er op instelling specifieke contractbepalingen worden gecontroleerd.



Figuur 3: Procesflow gecontracteerde declaratie ggz (Arteria Consulting, 2018)

Bij de betaling van de declaratie (stap 4) is het overeengekomen tarief leidend, ongeacht het type verzekering (natura of restitutie) dat de patiënt heeft afgesloten. Het afgesproken tarief is vrij onderhandelbaar tussen de 0% en 110% van het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarief. Dit varieert per zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Na betaling van de declaratie kunnen zorgverzekeraars in een later stadium bepaalde achterafcontroles uitvoeren, zoals materiële controles naar de rechtmatigheid van zorg (stap 5).

Samenvattend kan gesteld worden dat de soort verzekeringspolis van de patiënt geen invloed heeft op wijze van declareren en betalen. Voor alle patiënten geldt hetzelfde tarief, de patiënt heeft geen actieve rol in het declaratieproces en er zijn geen extra kosten voor de patiënt<sup>18</sup>.

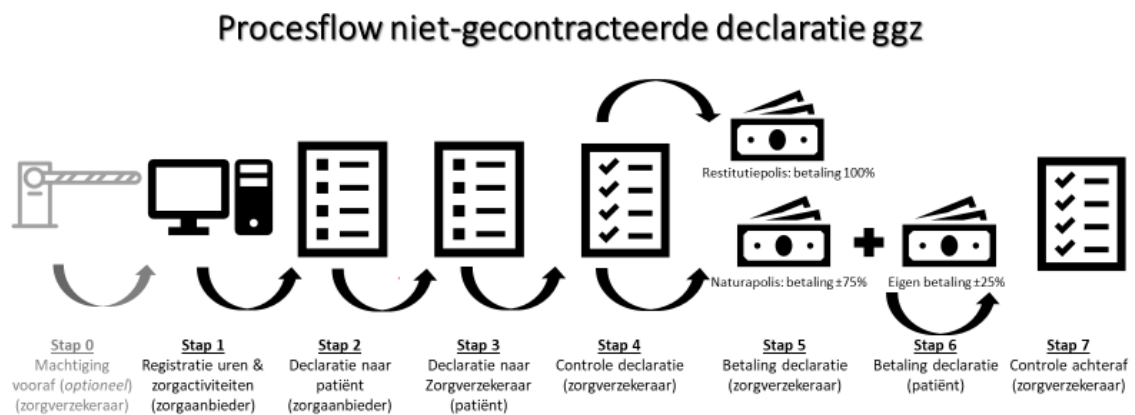
### 3.2.2. Declaratieproces bij niet-gecontracteerde zorg

Het declaratie- en controleproces van niet-gecontracteerde zorg wordt beïnvloed door zowel de soort verzekeringspolis als het individuele beleid van de zorgverzekeraar. Dit proces wordt grafisch weergegeven in Figuur 4.

<sup>18</sup> Met uitzondering van het eigen risico van de patiënt, inclusief eventueel vrijwillig eigen risico

Uiteraard vormt ook hier de registratie van de tijd en zorgactiviteiten (stap 1) de basis voor de declaratie. In sommige gevallen is echter een machtiging van de zorgverzekeraar vooraf vereist om de zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoed te krijgen (stap 0). Deze stap is optioneel en afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar. De meest voorkomende machtigingsgrond binnen de curatieve ggz is klinisch verblijf in het buitenland.

Voor niet-gecontracteerde aanbieders is het meestal niet mogelijk bij zorgverzekeraars om direct te declareren. De declaratie moet ingediend worden door de verzekerde. Hiervoor stelt de zorgaanbieder een (papieren) nota op, gericht aan de patiënt (stap 2). De patiënt dient de nota in bij zijn of haar zorgverzekeraar (stap 3).



Figuur 4: Procesflow niet-gecontracteerde declaratie ggz (Arteria Consulting, 2018)

Zoals in Tabel 1 vermeld, bestaan er verschillende praktijkvariaties ten aanzien van stap 2 en 3. Bij een aantal zorgverzekeraars is het mogelijk dit proces (deels) te verkorten door middel van een 'akte van cessie'. Hierbij geeft de verzekerde een machtiging af aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, waarmee de niet-gecontracteerde zorgaanbieder de declaratie rechtstreeks kan indienen bij de zorgverzekeraar. Daarnaast is het bij een aantal zorgverzekeraars mogelijk om, als niet-gecontracteerde zorgaanbieder, rechtstreeks te declareren bij de zorgverzekeraar. In deze gevallen loopt de declaratie buiten het zicht van de patiënt om. Stap 2 vervalt dan.

Net als bij gecontracteerde zorg, voert de zorgverzekeraar een aantal controles uit (stap 4). Hierbij wordt alleen op wettelijke eisen gecontroleerd, aangezien er geen contractuele overeenkomst is.

Na controle gaat de zorgverzekeraar over tot betaling (stap 5). De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van welk type zorgverzekeringpolis is afgesloten. De bijkomende kosten voor de verzekerde zijn afhankelijk van de soort polis die is afgesloten. In het algemeen vergoeden zorgverzekeraars circa 75%<sup>19</sup> van het gemiddeld gecontracteerde tarief bij een naturapolis en 100% van het NZa-tarief bij een restitutiepolis. De premiekosten voor een restitutiepolis zijn voor een verzekerde doorgaans hoger dan bij een naturapolis.

Bij zowel een restitutiepolis als naturapolis geldt dat, indien er geen akte van cessie of betaalovereenkomst is, de zorgverzekeraar het bedrag aan de patiënt uitkeert. De patiënt dient vervolgens het van de zorgverzekeraar ontvangen bedrag over te maken aan de zorgaanbieder (stap 6). In de praktijk geldt dat patiënten met een restitutiepolis meestal geen resterende kosten hebben, buiten het eigen risico. Zij kunnen de nota zonder eigen betaling voldoen aan de

<sup>19</sup> Dit percentage kan per zorgverzekeraar en per polis verschillen. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde betaling van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

zorgaanbieder. Voor patiënten met een naturapolis zijn er wel resterende kosten. Deze leiden tot een eigen betaling van gemiddeld 25%<sup>20</sup> van het declaratiebedrag.

Er wordt door zorgaanbieders verschillend omgegaan met de eigen betaling bij patiënten met een naturapolis. De eigen betaling kan doorberekend worden door de zorgaanbieder naar de patiënt of de zorgaanbieder kan ervoor kiezen dit verschil in kosten (deels) kwijt te schelden. In dit laatste geval accepteert de zorgaanbieder een lagere vergoeding voor de geleverde zorg dan er is gedeclareerd.

Samenvattend kan gesteld worden dat het declaratie- en controleproces bij niet-gecontracteerde zorg meer stappen kent en een actievere rol van de patiënt vraagt. Zowel de zorgverzekeraar (akte van cessie of betaalovereenkomst) als zorgaanbieder (kwijschelding eigen betaling bij naturapolis) beschikken over mogelijkheden om de patiënt te ontzien in dit proces.

---

<sup>20</sup> Dit percentage kan per zorgverzekeraar en per polis verschillen. In dit onderzoek wordt rekening gehouden met een gemiddelde betaling van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

## 4. Kwantitatief overzicht

Dit hoofdstuk biedt een kwantitatief overzicht van de (niet-)gecontracteerde ggz. Dit beeld wordt geschetst aan de hand van analyses die zijn gemaakt door Vektis. De grafieken en tabellen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, maken onderdeel uit van een uitgebreid kwantitatief overzicht van de curatieve ggz. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste en opvallendste analyses getoond, waarmee de context waarbinnen de kwalitatieve onderzoeksvragen zich voordoen wordt geschetst. Ten behoeve van een volledig overzicht worden de overige grafieken, inclusief toelichting, getoond in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses.

Het kwantitatieve overzicht schetst eerst een algemeen beeld van de ggz-markt, inclusief trends ten aanzien van niet-gecontracteerde zorg. Daarna wordt gekeken naar eventuele verschillen tussen type aanbieders, diagnoses, de verhouding ambulante versus klinische zorg en zorgvraagzwaarte met betrekking tot niet-gecontracteerde zorg. Tot slot wordt ingezoomd op overeenkomsten en verschillen in behandelminuten en kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz.

### 4.1. Beschrijving van de gebruikte data

Voor dit overzicht is gebruik gemaakt van de data in het informatiesysteem GGZ van Vektis, met declaratiegegevens die zorgverzekeraars hebben verwerkt tot en met april 2018. Hierbij is gekeken naar de declaratiedata over de jaren 2014 tot en met 2016. De data van 2014 en 2015 zijn compleet, en voor 2016 is ongeveer 95% van de verwachte zorg ondertussen afgesloten, gedeclareerd en verwerkt. De onderwerpen van de analyses zijn samengesteld in samenspraak met Arteria Consulting en de begeleidingscommissie van dit onderzoek (zie hoofdstuk 2).

De contractinformatie van een aantal kleinere verzekeraars is niet meegenomen in de analyse. Dit omdat het sterke vermoeden bestaat dat de contractinformatie niet volledig beschikbaar is bij Vektis. De uitspraken zijn daarmee gebaseerd op ongeveer 90% van de vergoede ggz<sup>21</sup> en geven daardoor een goed beeld van de ontwikkelingen op het gebied van niet gecontracteerde zorg. Een complete beschrijving van de data is terug te vinden in Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses.

### 4.2. Algemeen beeld

Het vergoede bedrag aan niet-gecontracteerde zorg in de curatieve ggz is de afgelopen jaren gestegen. Het gaat in 2016 om 187 miljoen euro, oftewel 6,3% van de curatieve ggz. In 2014 ging dat nog om 128 miljoen euro, wat neerkomt op 4,4% van het vergoede bedrag. Gemeten in aantallen patiënten neemt het aandeel toe van 6,1% naar 8,5%<sup>22</sup>.

#### **Ontwikkeling contracteergraad per aanbieder**

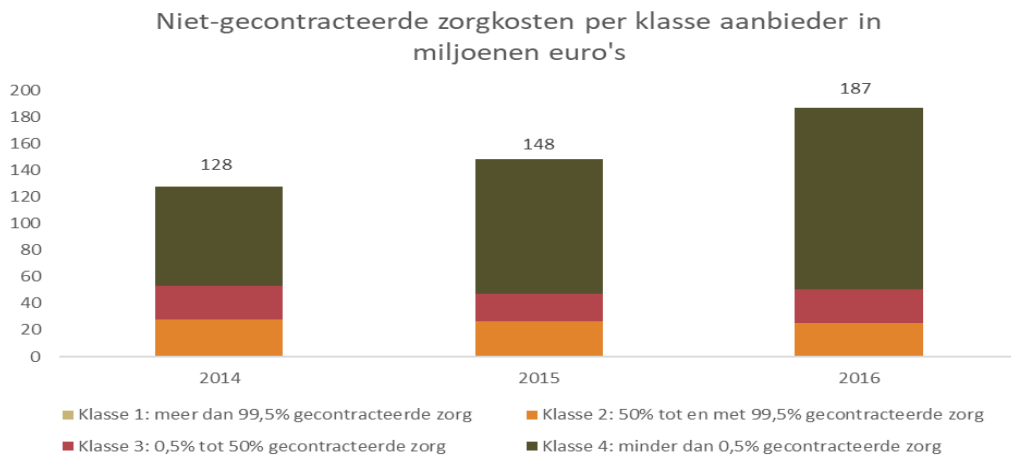
Gecontracteerde zorg kent verschillende gradaties: van volledig niet-gecontracteerd tot volledig gecontracteerd. Om trends binnen de curatieve ggz in kaart te brengen wordt een onderscheid in vier groepen zorgaanbieders gemaakt. Deze groepen lopen van volledig gecontracteerd (>99,5% omzet uit gecontracteerde zorg) via grotendeels gecontracteerd (tussen 50% en 99,5%) en deels gecontracteerd (tussen 0,5% en 50%) tot volledig niet-gecontracteerd (<0,5% omzet uit

<sup>21</sup> Niet opgenomen zijn declaraties van ENO, Zorg en Zekerheid, ONVZ, a.s.r. en DSW

<sup>22</sup> Zie Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses voor de grafieken met percentuele verdeling niet-gecontracteerde ggz in omzet en patiëntaantallen

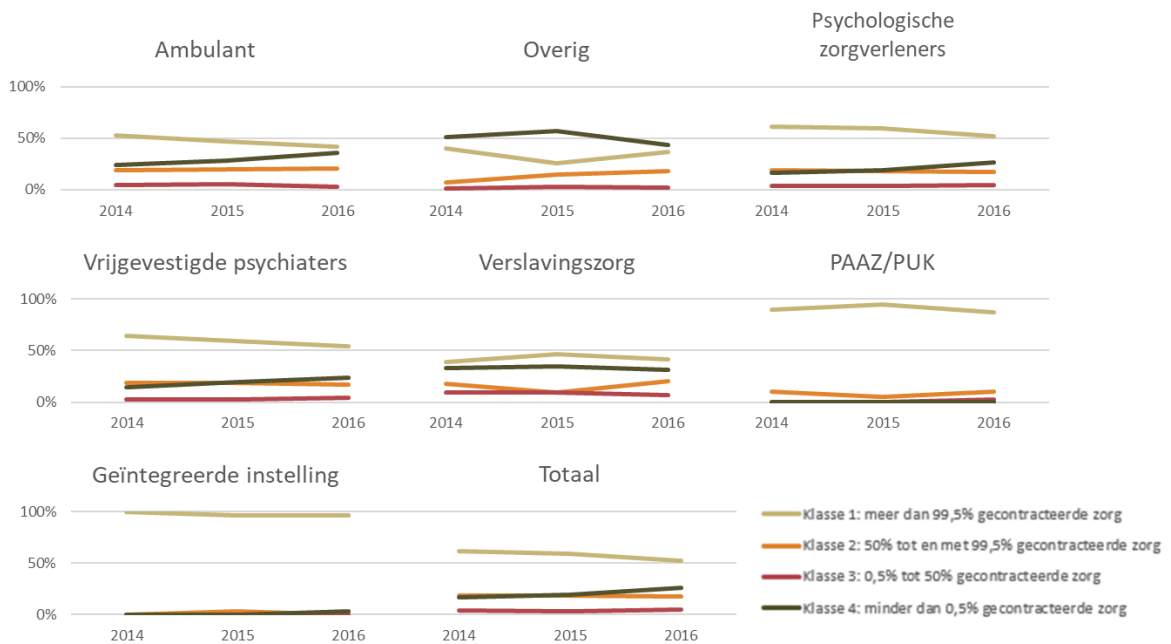
gecontracteerde zorg). Iedere zorgaanbieder is ingedeeld in één van deze vier categorieën. Dit onderscheid maakt inzichtelijk of zorgaanbieders selectief contracteren of kiezen voor volledig (niet-)gecontracteerd.

In Figuur 5 wordt dit grafisch uiteengezet. Het aandeel van de groepen ‘deels gecontracteerd’ is stabiel over de jaren heen. De groei zit in volledig niet-gecontracteerde zorg.



Figuur 5: Trend niet-gecontracteerde zorgkosten 2014 – 2016 per klasse aanbieder (Vektis, 2018)

De trend in contracteergraad verschilt per zorgaanbieder. In onderstaande grafieken is de trend per type zorgaanbieder te zien<sup>23</sup>:



Figuur 6: Trend in contracteergraad per klasse per type zorgaanbieder 2014 – 2016 (Vektis, 2018)

<sup>23</sup> Voor een gedetailleerde definitie van de verschillende type zorgaanbieders, zie Tabel 4 (Bijlage 2) Gezien de kleine omzet (< 1% van totale curatieve ggz) is de groep K&J-aanbieders niet apart getoond.



Uit Figuur 6 blijkt dat geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen vrijwel altijd gecontracteerd zijn. Het aandeel van volledig gecontracteerde aanbieders vormt de grootste groep bij ambulante instellingen, (vrijgevestigde) psychologische zorgverleners en psychiaters, en de verslavingszorg. Bij de “overige” zorgaanbieders zijn er meer volledig niet-gecontracteerde aanbieders dan volledig gecontracteerde aanbieders.

Onder ambulante instellingen, vrijgevestigde psychologische zorgverleners en psychiaters is het contractvrij werken toegenomen tussen 2014 en 2016. Bij ambulante instellingen is er een toename van 24% naar 36%. Het percentage psychologische zorgverleners en psychiaters dat volledig contractvrij werkt stijgt van 15-16% in 2014 naar 25-26% in 2016. Het aandeel deels gecontracteerd blijft gelijk over de jaren. Bij de groep “overige” zorgaanbieders daalt het percentage volledig niet gecontracteerd van 57% in 2015 naar 43% in 2016.

De ontwikkeling in vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg per diagnosegroep, is grafisch weergegeven in Figuur 18 tot en met Figuur 22 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses.

#### **Samenvattend algemeen beeld:**

Niet-gecontracteerde ggz neemt zowel in relatieve als in absolute zin toe tussen 2014 en 2016. Het gaat in 2016 om 187 miljoen euro, oftewel 6,3% van de curatieve ggz. In 2014 ging dat nog om 128 miljoen euro, wat neerkomt op 4,4% van het vergoede bedrag. Deze groei komt met name door een toename in omzet van volledig niet-gecontracteerde aanbieders. Het aandeel deels-gecontracteerde zorg is stabiel.

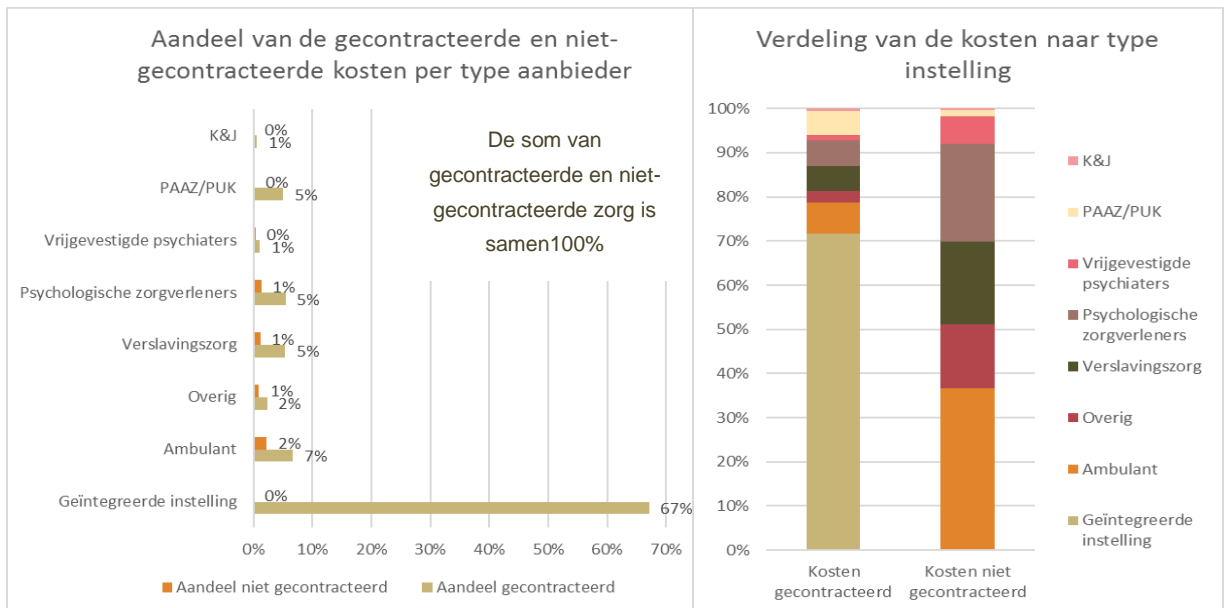
De top drie met het hoogste percentage niet-gecontracteerde aanbieders in 2016 zijn ambulante instellingen (36%), “overige” zorgaanbieders (43%) en verslavingszorginstellingen (31%). De ontwikkelingen per type aanbieder verschillen sterk. Het percentage psychologische hulpverleners en vrijgevestigde psychiaters dat werkt zonder contract loopt op van circa 15% naar 25% tussen 2014 en 2016. Bij ambulante instellingen is er een toename van 24% naar 36%. Bij de groep “overige” zorgaanbieders daalt het percentage volledig niet gecontracteerd van 57% in 2015 naar 43% in 2016. De geïntegreerde instellingen zijn allemaal volledig gecontracteerd.

### **4.3. Kenmerken van (niet-)gecontracteerde zorg**

In deze grafieken wordt een aantal kenmerken van (niet-)gecontracteerde zorg in de ggz nader onderzocht. Hierbij wordt gekeken naar het aandeel niet-gecontracteerde zorg bij verschillende groepen aanbieders en bij verschillende diagnoses, verschillen tussen ambulante en klinische zorg en zorgvraagzwaarte.

#### **Verdeling van de kosten naar type zorgaanbieder**

Zoals bleek uit paragraaf 4.2 komt 6,3% van de kosten in de curatieve ggz voort uit niet-gecontracteerde zorg; daarmee 93,7% uit gecontracteerde zorg. Ongeveer 67% van de totale kosten komt voor rekening van geïntegreerde instellingen, die bijna altijd volledig gecontracteerd zijn (zie Figuur 7). Van de ongeveer 6% aan niet-gecontracteerde zorg komt een derde, dus 2% van de totale kosten, voor rekening van ambulante instellingen. Verslavingszorgs- en “overige” zorgaanbieders zijn beide goed voor 1 procentpunt, evenals de vrijgevestigde psychologische zorgverleners. De laatste procentpunt is verdeeld over de andere typen zorgaanbieders.



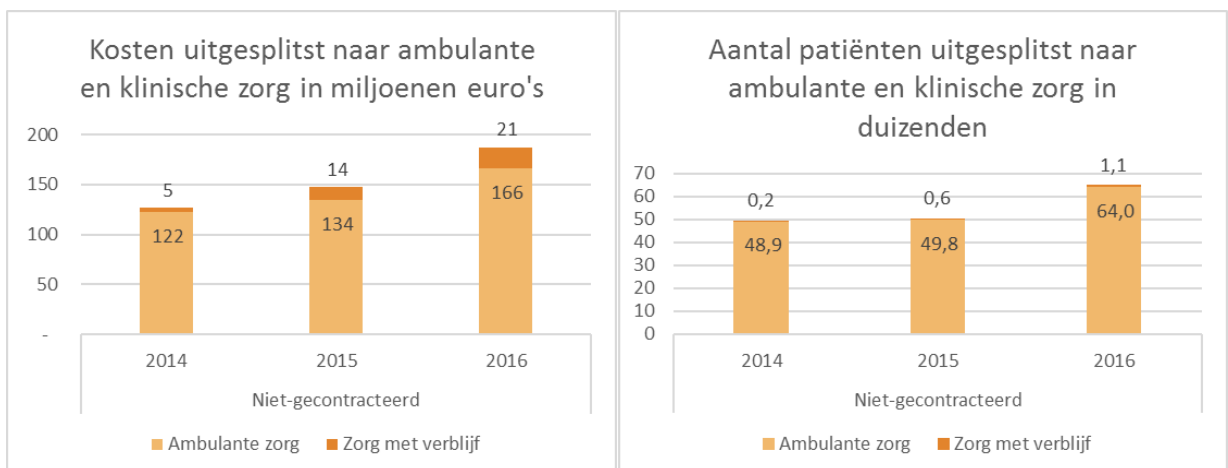
Figuur 7: Aandeel (niet-)gecontracteerde zorg per type aanbieder en verdeling kosten naar type aanbieder 2016 (Vektis, 2018)

In de rechter balkgrafiek van Figuur 7 is zichtbaar dat de omzetverdeling bij niet-gecontracteerde aanbieders verschilt van de gecontracteerde aanbieders. De twee balken geven het aandeel van de typen aanbieders aan binnen de niet-gecontracteerde zorg en de gecontracteerde zorg afzonderlijk. Ambulante instellingen en psychologische zorgverleners hebben het grootste aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg.

### Verdeling van de kosten naar ambulante en klinisch

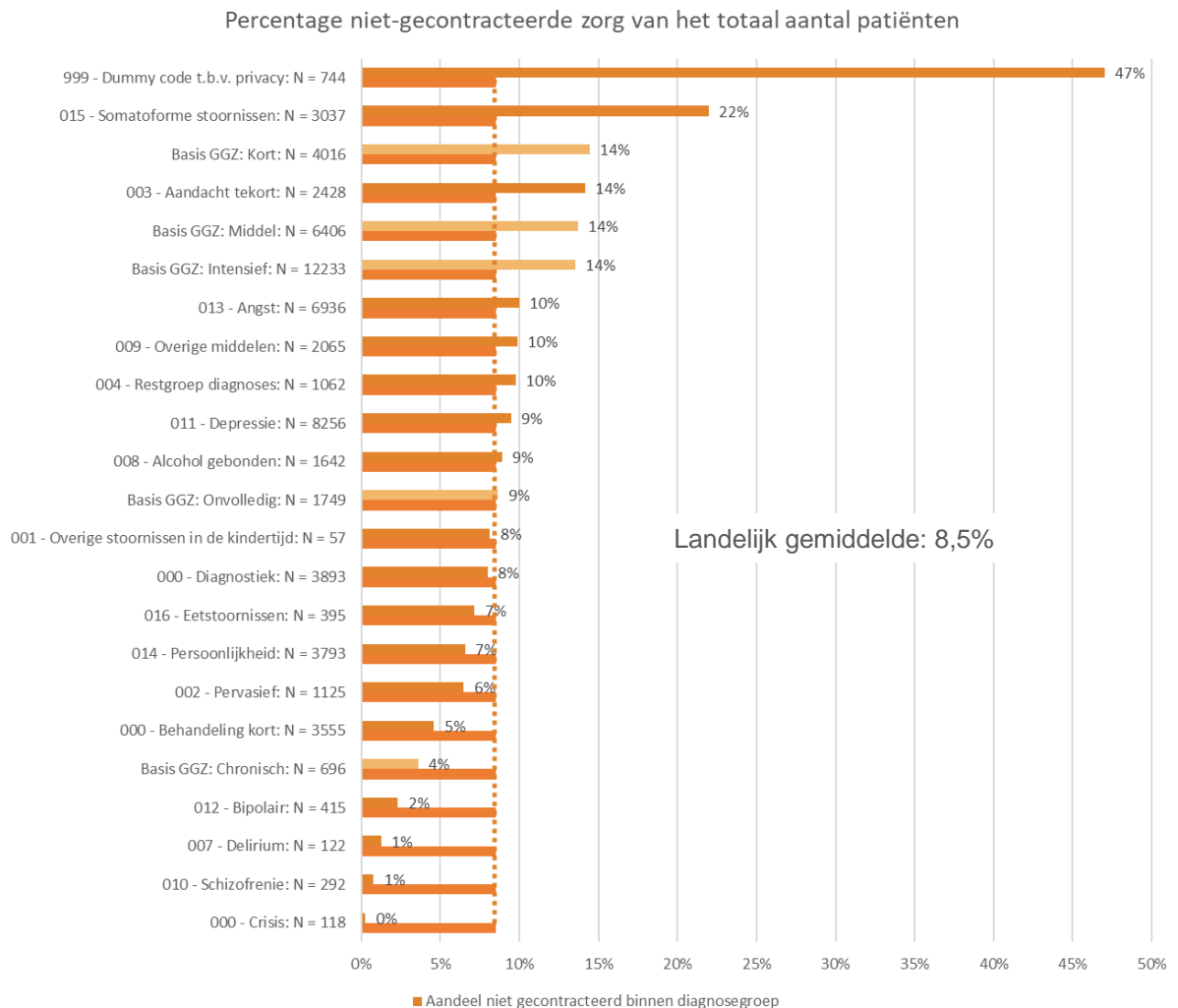
Uit onderstaande grafieken (Figuur 8) blijkt dat het aandeel klinische zorg in de niet-gecontracteerde ggz beperkt is. Het aandeel klinische zorg stijgt echter wel van 0,4% naar 1,7% tussen 2014 en 2016. In absolute zin groeit de verblijfszorg binnen de niet-gecontracteerde zorg van 5 naar 21 miljoen euro.

In 2016 was het aandeel patiënten met klinische zorg binnen de niet-gecontracteerde zorg ongeveer 2%, tegen 7% binnen de gecontracteerde zorg. Het kostenaandeel van de klinische zorg is 11% bij niet-gecontracteerde zorg tegen 43% binnen de gecontracteerde zorg. Het aandeel van de klinische zorg is daarmee groter binnen het gecontracteerde deel dan binnen het niet-gecontracteerde deel.



Figuur 8: Kosten en patiënten ambulante en klinische zorg (niet-)gecontracteerde ggz 2014 – 2016 (Vektis, 2018)

## Verdeling van de patiënten over de diagnoses bij niet-gecontracteerde zorg



*Figuur 9: Percentage patiënten met niet-gecontracteerde zorg t.o.v. totale aantal patiënten per diagnosegroep 2016 Vektis, 2018)*

In 2016 wordt ongeveer 8,5% van alle patiënten behandeld door niet-gecontracteerde zorgaanbieders<sup>24</sup>. Gekeken naar de verschillende diagnoses (Figuur 9), zien we dat deze patiënten niet gelijk verdeeld zijn over de verschillende hoofdiagnosegroepen. De verticale stippellijn toont het gemiddelde van 8,5%. De balken en percentages laten zien hoeveel van de zorg met die stoornis niet-gecontracteerd is behandeld.

Alhoewel in totale omvang zeer gering (744 niet-gecontracteerde behandelingen in 2016), is het opvallend dat bijna één op de twee dummycodes (code in verband met privacy bezwaren) afkomstig is van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De oorzaak van deze cijfers is niet uit de beschikbare data af te leiden. Het aantal dummycodes loopt wel op. In 2014 betrof dit 393 behandelingen.

De hoofdgroepen somatoforme stoornissen en aandachttkort zijn binnen de niet-gecontracteerde ggz veel sterker vertegenwoordigd dan het gemiddelde van 8,5%. Uit de grafiek blijkt dat 22% van alle somatoforme stoornissen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geleverd. Bij

<sup>24</sup> Zie Figuur 16 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses

aandachttekort is dit 14%. De generalistische basis ggz producten, met uitzondering van het product chronisch, zitten ook ruim boven de 8,5%.

Hoofddiagnosegroepen crisis, delirium, schizofrenie en bipolaire stoornis komen daarentegen zelden tot nooit voor binnen de niet-gecontracteerde zorg.

### **Ontwikkeling zorgkosten per stoornis bij niet-gecontracteerde zorg**

De zorgkosten van de niet-gecontracteerde zorg nemen tussen 2014 en 2016 voor de meeste diagnoses toe. De vier hoofdgroepen met het hoogste aandeel niet-gecontracteerde zorg zijn depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen. In de gecontracteerde ggz heeft de zorg op het gebied van depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen ook een groot aandeel. De hoofdgroep somatoforme stoornissen wijkt af. Ook bij eetstoornissen, verslaving, behandeling kort, diagnostiek en in de generalistische basis ggz komt relatief veel niet-gecontracteerde zorg voor.

Deze negen groepen tezamen vertegenwoordigen samen 86% van de totale omzet *niet-gecontracteerde* ggz in 2016. In de gecontracteerde ggz is dit 63%.

De verdeling van de totale curatieve ggz over de verschillende diagnoses en de generalistische basis ggz is te vinden in Figuur 23 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses.

### **Samenvattend kenmerken (niet-)gecontracteerde ggz:**

Niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz heeft andere kenmerken dan de gecontracteerde zorg:

- Niet-gecontracteerde zorg is anders verdeeld over de type aanbieders. Niet-gecontracteerde zorg wordt voornamelijk door ambulante instellingen, verslavingszorgs- en “overige” zorgaanbieders en vrijevestigde psychologische zorgverleners geboden. De geïntegreerde instellingen zijn allemaal volledig gecontracteerd.
- In de niet-gecontracteerde zorg wordt relatief vaker ambulant behandeld dan in de gecontracteerde zorg.
- De diagnoses somatoforme stoornissen, aandachtstekort en de generalistische basis ggz zijn bovengemiddeld vertegenwoordigd binnen niet-gecontracteerde zorg. Angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen worden zowel door gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders veel behandeld. Diagnoses met langdurige en/of zwaardere zorg komen vrijwel niet voor binnen de niet-gecontracteerde ggz.
- Bijna één op de twee dummycodes (code in verband met privacybezwaren) is afkomstig van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Een verklaring kan niet gegeven worden op basis van de beschikbare data.

## **4.4. Overeenkomsten en verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg**

In deze paragraaf wordt nader gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz. Hierbij wordt gekeken naar type aanbieders c.q. diagnoses waarbinnen de meeste niet-gecontracteerde zorg valt (zie paragraaf 4.3).

De vergelijking tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg wordt zowel uitgevoerd zonder correctie als gecorrigeerd voor de zorgvraagzwaarte<sup>25</sup>. De zorgvraagzwaarte-correctie is een middel om verschillen in geleverde zorg bij verschillende groepen te helpen verklaren. Door

<sup>25</sup> De zorgvraagzwaarte-indicator in de GGZ is ontwikkeld om de verwachte zorgvraag van een patiënt weer te geven, gebaseerd op informatie die voorafgaand aan de behandeling bekend is. <https://www.vektis.nl/actueel/ggz-instellingen-krijgen-eerste-inzicht-in-zorgvraagzwaarte>.

te corrigeren voor zorgvraagzwaarte worden eventuele verschillen die ontstaan door verschillen in de zwaarte van de zorgvraag van de patiëntenpopulatie verkleind.

In 2015 is bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte-indicator vastgesteld dat deze indicator onder bepaalde condities ingezet kan worden:

- In de “Handreiking Gebruik zorgvraagzwaarte-indicator GGZ”<sup>26</sup> wordt nader ingegaan op de bruikbaarheid van zorgvraagzwaarte. In dit rapport wordt voorgesteld de zorgvraagzwaarte (een schaal van 1 tot en met 7) te clusteren in drie categorieën: licht (klasse 1 tot en met 3), middel (4 en 5) en zwaar (6 en 7).
- De verklaarde variantie op groepsniveau is 38%. Daarmee wordt een deel van de variatie in zorggebruik (behandelminuten en kosten) verklaard, maar niet alle variatie.
  - Het is niet mogelijk alleen op grond van de zorgvraagzwaarte de zorg te voorspellen van een patiënt, of een specifieke declaratie af te wijzen op grond van zorgvraagzwaarte.
  - Het is wel mogelijk (bij voldoende grote aantallen) de verwachting van gemiddelde hogere zorg naarmate de zorgvraagzwaarte toeneemt te staven.
  - De zorgvraagzwaarte is nog niet geschikt om iets te zeggen over individuele vrijgevestigden. Daarvoor zijn de aantallen per praktijk/ zorgverlener te klein. In onze analyse zijn daarom alle vrijgevestigden samengenomen in een groep. De aantallen DBC's van deze geaggregeerde groep zijn voor de meeste diagnoses groter dan voor een individuele instelling.
  - In dit onderzoek houden we N = 100 aan als een minimaal aantal DBC's waarover we uitspraken doen in relatie met zorgzwaarte-correcties.
- De inzet van de zorgvraagzwaarte-indicator in dit rapport valt binnen de gestelde gebruiksdoelen.

### Toepassing van correctie voor zorgvraagzwaarte

Aan de hand van een klein voorbeeld met fictieve cijfers leggen we de correctie voor zorgvraagzwaarte uit. Voor zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde zorg worden patiënten ingedeeld naar zorgvraagzwaarteklassen per te beschouwen subgroep. Dit kan bijvoorbeeld voor een bepaalde zorgaanbiedersgroep of een diagnose, of alleen de ambulante DBC's met een specifieke diagnose.

Per klasse wordt het aantal unieke patiënten geteld, met het door de zorgverzekeraars vergoede bedrag aan de zorgaanbieder. Eventuele eigen betalingen van de patiënt zijn niet meegenomen hierin.

		Laag	Midden	Hoog	Totaal
Gecontracteerd	Aantal Patiënten	1.000	2.000	1.000	<b>4.000</b>
	Vergoed bedrag totaal	1.000.000	4.000.000	3.000.000	<b>8.000.000</b>
	Gemiddeld per patiënt	1.000	2.000	3.000	<b>2.000</b>

		Laag	Midden	Hoog	Totaal
Niet Gecontracteerd	Aantal Patiënten	200	200	50	<b>450</b>
	Vergoed bedrag totaal	160.000	500.000	150.000	<b>810.000</b>
	Gemiddeld per patiënt	800	2.500	3.000	<b>1.800</b>

		Laag	Midden	Hoog	Totaal
Verwacht	Aantal Patiënten	200	200	50	<b>450</b>
	Vergoed bedrag totaal	200.000	400.000	150.000	<b>750.000</b>
	Gemiddeld per patiënt	1.000	2.000	3.000	<b>1.667</b>

Tabel 2 Fictief voorbeeld correctie zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

<sup>26</sup> Bijlage F uit rapport “Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarteindicator GGZ - Eindrapportage fase 2” (Capgemini i.s.m. leden werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ, september 2016). Beschikbaar via Vektis.

De verwachte kosten worden berekend door per groep het gemiddelde bedrag van de gecontracteerde zorg toe te passen op het aantal patiënten in de niet-gecontracteerde zorg.

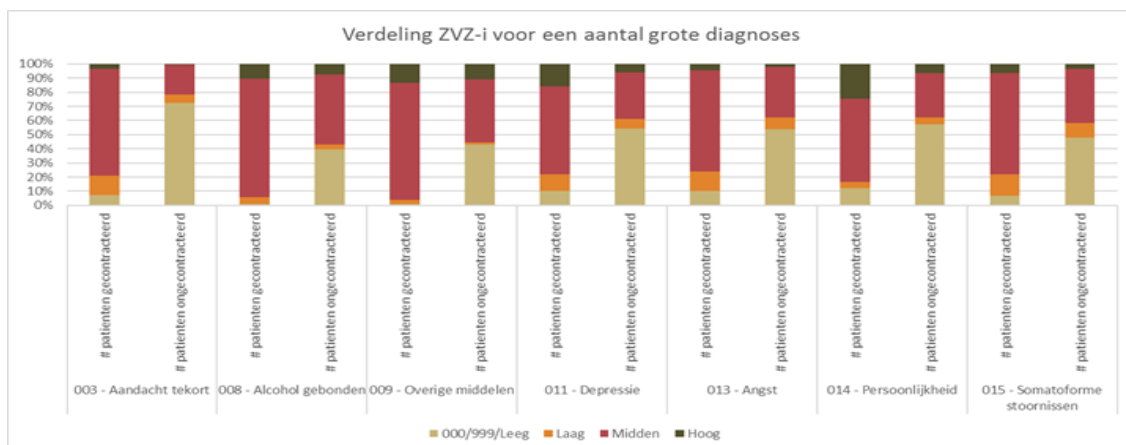
In dit voorbeeld kost de niet-gecontracteerde zorg per patiënt 1.800 euro. Zonder correctie is dat 200 euro per patiënt minder dan de gecontracteerde zorg. Rekening houdend met de verschillen in zorgvraagzwaarte zijn de verwachte kosten lager: 1.667 euro. Dit komt in dit voorbeeld doordat de verwachte kosten in de middengroep (200 mensen, met 2.000 euro per patiënt in plaats van 2.500 euro per patiënt) lager uitvallen.

### Verdeling over de zorgvraagzwaartes

Gekeken is of de patiënten binnen de gecontracteerde zorg een afwijkende zorgvraagzwaarte hebben van patiënten binnen de niet-gecontracteerde zorg. Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz:

- In de generalistische basis ggz is er geen zorgvraagzwaarte-indicator, maar geven de producten zelf al een zwaarte van de zorgvraag aan. Binnen de gecontracteerde zorg is het aandeel chronisch hoger dan bij de niet-gecontracteerde zorg. De mix verschilt verder niet veel tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. De bijbehorende grafiek is te vinden in Figuur 17 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses.
- De zorgvraagzwaarte-indicator wordt voor de gespecialiseerde ggz afgeleid van kenmerken die zorgaanbieders vastleggen van hun patiënten. Uit onderzoek is gebleken dat een hogere zorgvraagzwaarte gemiddeld tot hogere zorgkosten leidt<sup>27</sup>.

In de grafiek is de verdeling getoond tussen patiënten met zorgvraagzwaartes laag, midden, hoog of niet bekend (000/999/leeg), voor een aantal hoofdgroepdiagnoses waar niet-gecontracteerde zorg in absolute zin veel voorkomt. In de niet-gecontracteerde zorg is bij de getoonde diagnoses 40% tot 70% van de declaraties geen zorgvraagzwaarte bekend (000/999/leeg). Een oorzaak is dat niet gecontracteerde aanbieders declareren via papieren nota's waar geen zorgvraagzwaarte op mag staan<sup>28</sup>.



Figuur 10 Verdeling van de zorgvraagzwaarte voor een aantal veel voorkomende diagnoses, uitgesplitst naar gecontracteerd en niet-gecontracteerd (Vektis, 2018)

Doordat van de meerderheid van de patiënten in de niet-gecontracteerde zorg geen zorgvraagzwaarte bekend is, is het niet mogelijk om voor de hele groep een uitspraak te doen of de gemiddelde zorgvraag hoger of lager is dan bij de gecontracteerde zorg.

<sup>27</sup> Zie voor een voorbeeld Figuur 15 in Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses

<sup>28</sup> Zie Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ; <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037208/2016-01-01>

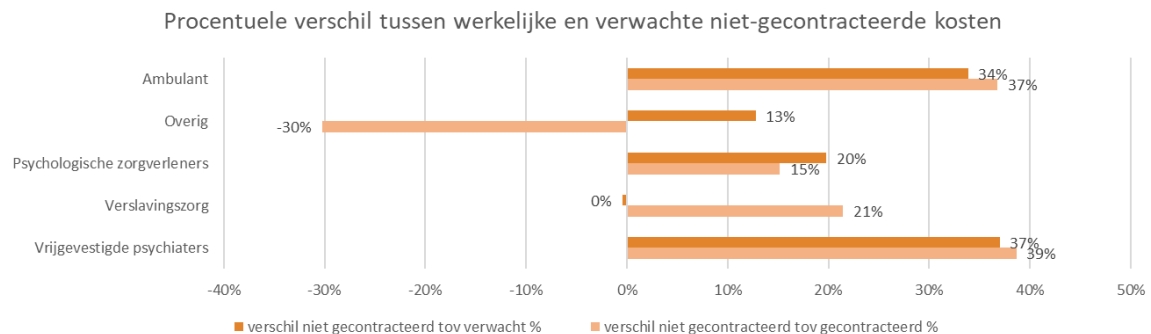
### Toepassing zorgvraagzwaartecorrectie in dit onderzoek: hoe vergelijkingen te interpreteren

De kosten per patiënt worden onderling vergeleken voor patiënten met dezelfde bekende zorgvraagzwaarte. De patiënten waarvan geen zorgvraagzwaarte bekend is worden niet in die vergelijking betrokken. Daarom worden zowel de grafieken waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte als de grafieken waarbij geen correctie is toegepast getoond.

In dit onderzoek zijn mensen zonder bekende zorgvraagzwaarte uit de correctiemethodiek weggelaten, omdat deze groep, door toedoen van papieren nota's, zeer kosten-inhomogeen is geworden. Deze groep is bij de verzekerde zorg een groep mensen met vaak een korte DBC (behandeling kort, of diagnostiek). Bij de niet gecontracteerde zorg komen daar mensen bij met een reguliere behandeling waarvan de zorg via een papieren nota is gedeclareerd. Deze groep zal – naar verwachting – een zwaardere zorgvraag hebben dan bij de gecontracteerde zorg. Dat betekent voor de niet-gecontracteerde zorg dat de gecorrigeerde uitkomsten gebaseerd worden op ongeveer 45% van de patiënten.

Daarom is het belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, om te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan, waarbij de vergelijking plaats vindt op dezelfde patiëntengroep (met bekende zorgvraagzwaarte). Als er een verschil is tussen niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg zonder zorgvraagzwaartecorrectie, en dat verschil blijft na zorgvraagzwaartecorrectie ongeveer gelijk, dan kan geconcludeerd worden dat zorgvraagzwaarte geen belangrijke verklaring is voor het gevonden verschil. Dat geeft een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.

### Vergelijking tussen zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar type zorgaanbieder



*Figuur 11: Vergelijking totale zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)*

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

Bovenstaande grafiek toont het verschil tussen kosten per patiënt voor gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg over 2016. Er is zowel gekeken naar het verschil zonder rekening te houden met verschillen in populatie, als het verschil in werkelijke en verwachte zorgkosten, waarbij

gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte <sup>29</sup>. Achterliggende redenen c.q. verklaringen voor de geconstateerde verschillen vallen buiten de scope van dit onderzoek.

De vergoede zorgkosten per patiënt liggen gemiddeld hoger bij niet-gecontracteerde zorg dan bij de gecontracteerde zorgaanbieders. Bij de psychologische zorgverleners, ambulante instellingen en vrijevestigde psychiaters en is dat respectievelijk 15%, 37% en 39% hoger; niet gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte. De correctie voor zorgvraagzwaarte heeft evenwel weinig effect. Bij de groep “overige” zorgaanbieders zijn de zorgkosten per patiënt lager dan bij de gecontracteerde aanbieders in deze groep. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de groep overig een aantal forensische en hooggespecialiseerde aanbieders bevat, die patiënten met gemiddeld hogere zorgvraagzwaarte zouden kunnen hebben. Zie Tabel 4 in Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses. Gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte heeft de niet-gecontracteerde zorg in de groep “overige” zorgaanbieders 13% hogere zorgkosten per patiënt dan de gecontracteerde zorg.

Bij de niet-gecontracteerde verslavingszorgaanbieders zijn de vergoede zorgkosten per patiënt 21% hoger vergeleken met de gecontracteerde verslavingszorgaanbieders. Gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte zijn de vergoede zorgkosten ongeveer gelijk. Er is echter wel een groot verschil tussen de klinische en de ambulante zorg van verslavingsinstellingen<sup>30</sup>. Bij de klinische zorg zijn er weinig verschillen in de zorgvraagzwaartemix tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorgaanbieders. De gemiddelde kosten per patiënt voor klinische zorg zijn bij niet-gecontracteerde aanbieders ongeveer 10% lager dan bij gecontracteerde aanbieders.

### **Verdiepende analyse zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar type zorgaanbieder per diagnose**

Er zijn vergelijkingen gemaakt van de procentuele verschillen in zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg per type zorgaanbieder en per diagnose. Deze zijn te vinden in Figuur 24 tot en met Figuur 27 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses.

Uit deze analyses blijkt dat de afwijkingen per type zorgaanbieder ingegeven worden door grote afwijkingen bij een beperkt aantal stoornissen. De meeste stoornissen wijken -20% tot +20% af. Sommige stoornissen bij sommige type zorgaanbieders wijken sterk af. De grootste afwijkingen doen zich voor bij restgroep diagnoses bij “overige” zorgaanbieders (Figuur 25), somatoforme stoornissen bij psychologische hulpverleners (Figuur 26) en diagnostiek en restgroep diagnoses bij vrijevestigde psychiaters (Figuur 27).

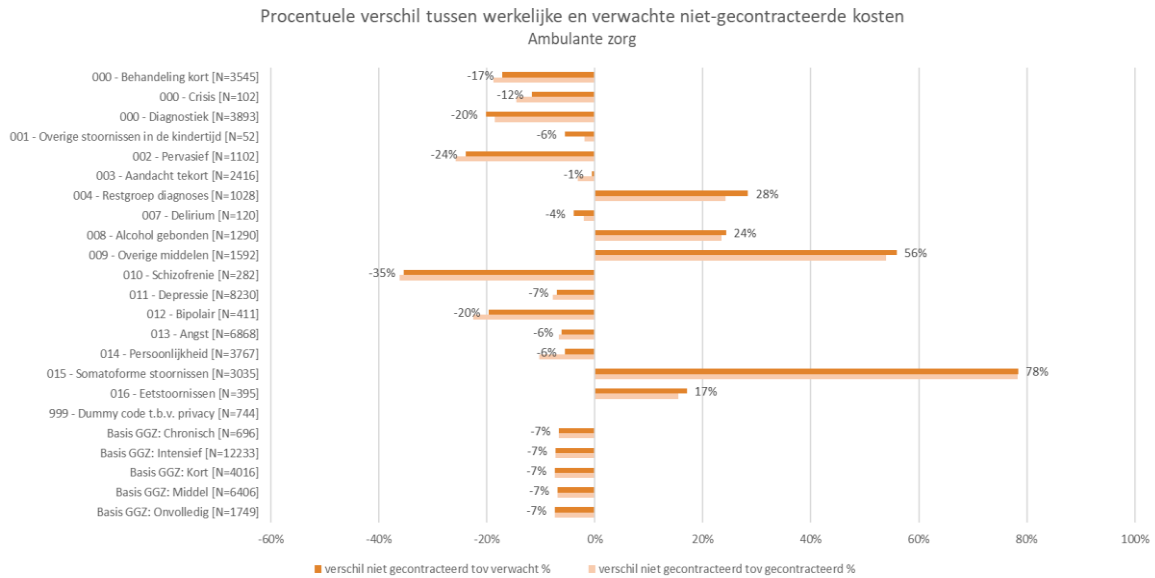
Voor alle vergelijkingen geldt dat de correctie voor zorgvraagzwaarte weinig verandert aan de afwijking van het verschil in kosten.

<sup>29</sup> Hierbij is uitgegaan van de uitbetaalde declaratiewaarde (vergoed bedrag). Dit betekent dat gecontracteerde zorg is meegenomen tegen het onderling gecontracteerde tarief en dat bij niet-gecontracteerde zorg het uitgekeerde bedrag conform de restitutiepols respectievelijk naturapolis (zie stap 5 uit Figuur 4 in paragraaf 3.2.2). Eigen betalingen door patiënten (stap 6) zijn *niet* meegenomen.

<sup>30</sup> Zie Figuur 24 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses



## Vergelijking tussen zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar diagnose



Figuur 12: Procentuele verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde ambulante zorg (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

De verschillen zijn ook per diagnose bekeken, zowel voor ambulante zorg als voor klinische zorg (alleen als het aantal patiënten in de niet-gecontracteerde zorg minimaal 100 is). Er is zowel gekeken naar het verschil zonder rekening te houden met verschillen in populatie, als het verschil in werkelijke en verwachte zorgkosten, waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte<sup>31</sup>.

Bij ambulante behandelingen (Figuur 12) zien we dat, gemeten in kosten per patiënt, niet-gecontracteerde zorg bij de meeste diagnoses in de gespecialiseerde ggz en in de generalistische basis ggz goedkoper is. Het verschil tussen wel en niet-gecontracteerde zorg verandert niet sterk als gecorrigeerd wordt voor de zorgvraagzwaarte.

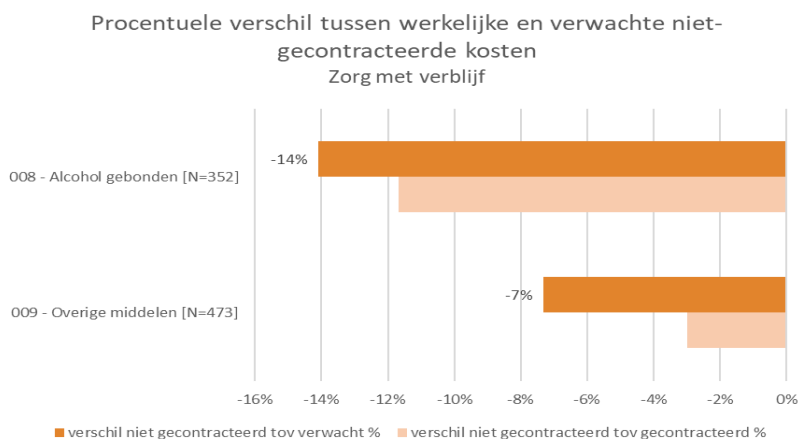
Bij een aantal hoofdgroepen met minder patiënten is het verschil groter. Pervasief, schizofrenie en bipolair zijn 20% tot 35% goedkoper. Ook de kortere behandelingen (kort, crisis, diagnostiek) zijn goedkoper bij niet-gecontracteerde zorg.

Een aantal stoornissen wijkt af de andere kant op. Bij restgroep diagnoses (24-28%) en somatoforme stoornissen (+78%) is niet-gecontracteerde zorg duurder. Deze stoornissen komen vaker dan gemiddeld voor binnen de niet-gecontracteerde ggz (zie Figuur 9).

<sup>31</sup> Hierbij is uitgegaan van de uitbetaalde declaratiewaarde (vergoed bedrag). Dit betekent dat gecontracteerde zorg is meegenomen tegen het onderling gecontracteerde tarief en dat bij niet-gecontracteerde zorg het uitgekeerde bedrag conform de restitutiepolis respectievelijk naturapolis (zie stap 5 uit Figuur 4 in paragraaf 3.2.2). Eigen betalingen door patiënten (stap 6) zijn **niet** meegenomen.

De stoornissen alcoholverslaving (24-25%) en verslaving aan overige middelen (54-56%) zijn ook sterk duurder bij niet-gecontracteerde zorg. Dit in tegenstelling tot de zorg geleverd door verslavingszorgaanbieders. Dit verschil ontstaat doordat niet alle verslavingsbehandelingen worden geboden door verslavingszorgaanbieders.

Voor de groep “dummy code” is geen afwijking te melden in verband met het ontbreken van informatie over de zorgvraagzwaarte bij al deze declaraties.



Figuur 13 Procentueel verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde klinische zorg (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

In de grafiek met klinische zorg (Figuur 13) worden alleen alcohol gebonden stoornissen en verslaving aan overige middelen getoond. Alleen bij deze verslavingsdiagnoses zijn er meer dan 100 behandelingen door niet-gecontracteerde aanbieders geleverd. Voor beide diagnoses kan worden vastgesteld dat de gemiddelde kosten per patiënt bij klinische zorg, zowel met als zonder correctie voor zorgvraagzwaarte, lager zijn bij niet-gecontracteerde zorg.

Eenzelfde analyse is gemaakt naar gemiddeld aantal behandelminuten. In Figuur 28 in Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses is deze analyse te vinden.

### Samenvattend overeenkomsten en verschillen (niet-)gecontracteerde ggz:

Voor het vergelijken van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is omwille van de vergelijkbaarheid gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte. Doordat veel niet-gecontracteerde zorg via papieren nota's wordt ingediend, ontbreekt van 55% van alle niet-gecontracteerde zorg in de gespecialiseerde ggz de zorgvraagzwaarte. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.

Wanneer de kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg worden vergeleken, kunnen verschillen worden waargenomen. De vergoede zorgkosten per patiënt liggen bij een aantal typen zorgaanbieders hoger bij niet-gecontracteerde zorg dan bij de gecontracteerde zorg. Bij psychologische zorgverleners, ambulante instellingen en vrijgevestigde psychiater is dat 15% tot circa 40% hoger.

De toepassing van de correctie voor zorgvraagzwaarte heeft met name effect op de groep “overige” zorgaanbieders en verslavingszorgaanbieders. Bij de groep “overige” zorgaanbieders is er zonder correctie sprake van lagere kosten bij niet-gecontracteerde zorg. Met zorgvraagzwaartecorrectie zijn de kosten bij niet-gecontracteerde zorg juist hoger. Bij verslavingszorgaanbieders is er zonder correctie sprake van hogere kosten bij niet-gecontracteerde zorg. Wanneer er gecorrigeerd wordt voor zorgvraagzwaarte is er geen verschil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Wanneer wordt gekeken naar diagnoses zijn er eveneens verschillen. De ongecorrigeerde grafiek toont dat veel diagnoses in de ambulante behandeling goedkoper zijn bij niet-gecontracteerde aanbieders. Toepassing van zorgvraagzwaartecorrectie verandert niet veel aan dit beeld.

In tegenstelling tot dit beeld liggen de vergoede zorgkosten bij de diagnoses restgroep, alcoholverslaving, verslaving overige middelen, eetstoornissen en somatoforme stoornissen bij niet-gecontracteerde zorg beduidend hoger, ongeacht of wordt gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte.

## 5. Kwalitatief overzicht

### 5.1. Bevindingen interviews

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste feitelijke bevindingen uit de interviews weergegeven per onderzoeksgroep (zie Bijlage 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek). Aan de hand van semigestructureerde interviews is onder andere gevraagd naar het keuzeproces van patiënten, voor- en nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg en ervaren verschillen in kwaliteit en doelmatigheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Afsluitend worden een aantal punten benoemd waarover de opvattingen tussen de onderzoeksgroepen uit elkaar liggen of tegenstrijdig zijn met elkaar.

#### 5.1.1. Patiënten

De bereidheid onder patiënten tot medewerking aan het onderzoek was groot. Een groep van 410 respondenten heeft de enquête ingevuld, waarvan 310 de volledige lijst hebben afgerond. In totaal hebben 50 respondenten ook aangegeven dat zij bereid waren mee te werken aan een kort, aanvullend telefonisch interview met verdiepende vragen. Onder hen is een steekproef getrokken en is bij 14 respondenten een interview afgenomen.

Het overgrote deel van de respondenten (84%) heeft aangegeven via het ggz-panel van MIND benaderd te zijn. De meeste respondenten zijn tussen de 25 en de 49 (47%) of tussen de 49 tot 74 jaar (45%). Van alle respondenten is 48% door de huisarts verwezen naar hun huidige zorgaanbieder; 45% door een andere (ggz-)aanbieder of het ziekenhuis.

Twee derde van de respondenten van de enquête weet dat hun zorgaanbieder is gecontracteerd. Bijna 8% weet zeker dat hun zorgaanbieder geen overeenkomst heeft. De rest weet het niet zeker.

#### Keuze voor aanbieder

Patiënten geven aan dat de afwegingen die zij maken bij de keuze voor een zorgaanbieder veelal te maken hebben met de kosten<sup>32</sup> van de zorg. Andere factoren die meewegen in hun keuze betreffen wachttijden, een specifieke behandelmethode of goede ervaringen met de behandelaar door henzelf, dan wel door een verwijzer. Het overgrote deel van de respondenten uit de patiëntenenquête geeft aan geen keuze-informatie gevraagd te hebben aan de zorgverzekeraar en dit ook niet (actief) te hebben ontvangen.

Aan de patiënten is zowel gevraagd of er voldoende *aanbod* in de ggz-sector is, als ook of er voldoende *gecontracteerd aanbod* is. Op beide vragen zijn de meningen onder patiënten verdeeld. De helft van de respondenten van de enquête beantwoordt deze vraag met “ja”, de andere helft met “nee”. De respondenten die met “nee” antwoordden gaven aan uit niet voldoende specialistisch aanbod te kunnen kiezen, of ervaren wachttijden. De respondenten die “ja” hebben geantwoord, geven als toelichting veelal te vertrouwen op hun verwijzer. Eén respondent heeft het als volgt verwoord: *“De keuze die ik heb gemaakt, is goed. Binnen die GGZ-instelling is een breed palet aan zorg. Ik heb mij niet echt verdiept in welke keuzes ik nog meer zou hebben. Daar was ik toen ook niet echt toe in staat: ik had zorg nodig!”*

#### Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg

De helft van de patiënten die de enquête via MIND heeft ingevuld, geeft aan géén voordelen van niet-gecontracteerde zorg te kunnen noemen of te weten. Diegenen die wel voordelen benoemen,

<sup>32</sup> Waar in dit hoofdstuk “kosten” staat genoemd in relatie tot de patiënt, worden de eigen betalingen gerelateerd aan het gebruik van niet-gecontracteerde zorg bedoeld. Zie voor een nadere toelichting stap 5 in Figuur 4 in paragraaf 3.2.2

geven vooral aan dat vrijere keuzes voor een behandelaar en type behandeling, meer persoonlijke en kleinschalige voorzieningen en minder wachttijden hen bevalt. Een kleine groep geeft aan dat, naar hun idee, de privacy beter gewaarborgd is bij een niet-gecontracteerde aanbieder. In de verdiepende interviews wordt aanvullend benoemd dat er alleen maar voordelen voor een patiënt zijn, als er géén eigen betaling gemoeid is met het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Voor een zorgaanbieder scheelt het volgens patiënten vooral tijd.

In de interviews zijn steevast de hogere kosten (eigen betalingen) genoemd als nadeel van niet-gecontracteerde zorg<sup>33</sup>. Een aantal patiënten geeft hierover aan dat het voor hen mogelijk was afspraken te maken met de behandelaar over de vergoeding van het eerste jaar en de overstap naar een andere verzekering na dat jaar. Op de tweede plek staat de onzekerheid en de extra administratieve handelingen die hiermee gepaard gaan. Verder wordt het niet hebben van een contract gezien als een beperking van de keuzevrijheid voor patiënten met een naturapolis. Een aantal respondenten maakt zich zorgen over (het gebrek aan controle op) de kwaliteit van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders<sup>34</sup>.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Patiënten kunnen geen eenduidige verschillen in kwaliteit en doelmatigheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg benoemen. Zij geven aan het aanbod van zorg niet in relatie tot contractering te beschouwen. Een groep patiënten maakt zich zorgen over de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst. Zij zien een ontwikkeling waarin de beste zorg uiteindelijk niet-gecontracteerd zal worden geleverd, tegen hoge eigen betalingen. *“Ik ben bang dat mensen die geld hebben op den duur de betere zorg krijgen, die voor ons niet meer betaalbaar is. Met een laag inkomen kan je dan enkel gebruik maken van het reguliere aanbod.”*

#### **5.1.2. Vrijgevestigden**

Bij alle gesproken vrijgevestigden speelt het onderwerp (niet-)gecontracteerde zorg, mede omdat zij het als een steeds groter deel van hun (administratieve) werkzaamheden ervaren. Ze ervaren de inhoud van hun werk als plezierig, maar vinden randzaken zoals contractering belastend.

#### **Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg**

De geïnterviewde zorgaanbieders is gevraagd hoe zij tegenover niet-gecontracteerde ggz staan en welke voordelen zij zien in het niet aangaan van een contract met één of meerdere zorgverzekeraars. Bij de vrijgevestigden zijn daar grofweg twee hoofdredenen voor:

- Zij die het te veel “gedoe” vinden om een contract aan te gaan;
- Zij die principieel tegen enige inmenging van zorgverzekeraars zijn als het gaat om de inhoud van de behandeling.

De meeste vrijgevestigde behandelaren benoemen als voordeel dat je veel meer vrijheid hebt zonder contract. Vrijheid om zelf te bepalen hoe je de behandeling inhoudelijk vormgeeft, waardoor je kunt doen waar je zelf achter staat. Sommige vrijgevestigden benoemen daarbij dat het ook meer vrijheid geeft om een patiënt te betrekken in de behandeling. Eén van hen geeft aan minder no-shows te zien bij patiënten die zijn verzekerd bij een zorgverzekeraar waar geen contract mee is. Dit wordt gekoppeld aan de eigen betaling die vereist is. Een andere vrijgevestigde beaamt dat patiënten gemotiveerder en nauwer betrokken zijn wanneer ze een eigen betaling moeten doen.

Een ander voordeel dat door meerdere vrijgevestigden wordt genoemd is dat niet-gecontracteerd zorg leveren een hoop tijd scheelt. Ze geven aan geen (door hen als zodanig ervaren) onnodige

<sup>33</sup> Wordt genoemd in 188 van de 355 antwoorden

<sup>34</sup> 16 keer genoemd

vragenlijsten af te hoeven nemen en zich minder te hoeven verantwoorden, door het ontbreken van onderliggende contracteisen. Daarnaast scheelt het ergernis en onzekerheid benoemen veel vrijgevestigden.

Voor de gesproken vrijgevestigden zonder contract voelt het niet hebben van een contract als redelijker aan. Je hoeft namelijk niet, zoals bij een contract, geld terug te betalen als je boven het omzetplafond komt. Wanneer er patiënten met een complexe zorgvraag worden behandeld, voelt het voor hen onredelijk om verplicht door te moeten behandelen terwijl ze de zorg niet meer vergoed krijgen, omdat het omzetplafond al is overschreden. De meeste vrijgevestigden ervaren grote verschillen tussen zorgverzekeraars in de bereidheid hierover mee te denken.

Voor vrijgevestigden zijn het ontbreken van financiële zekerheid, de lagere vergoedingen door de zorgverzekeraar, extra administratieve handelingen en onduidelijkheid voor de patiënt de belangrijkste nadelen van niet-gecontracteerd werken. Over de financiële onzekerheid zegt een vrijgevestigde het volgende: *“Heel soms levert deze route problemen op. Dan krijgen mijn patiënten wel geld van de zorgverzekeraar, maar betalen ze mij niet.”*

### **Relatie met zorgverzekeraar**

Het kost de vrijgevestigde behandelaren moeite om zorgverzekeraars te bereiken. Ze ervaren de reactie van zorgverzekeraars vaak als standaardantwoorden. Sommige respondenten geven aan behoefte te hebben aan een inhoudelijk frontoffice. Eén van hen zegt daarover het volgende: *“Vooral de bejegening van zorgverzekeraars ervaar ik als vervelend. De lulligheid in de beantwoording van vragen laat je soms voelen als een minkukel. Er wordt door mensen die er inhoudelijk minder van weten dan ik heel betweterig gereageerd op zaken. Dat creëert vooral ergernis en machteloosheid waardoor ik ieder jaar weer opkijk tegen het contracteerseizoen. Het geeft me emotioneel veel gedoe en ergernis. Dat onderschatten verzekeraars echt.”*

### **Relatie met patiënt**

Volgens de vrijgevestigden wordt er bijna altijd voor de start van de behandeling informatie verschaft rondom eventuele eigen betalingen. De informatie die patiënten van de zorgverzekeraars ontvangen over vergoedingen, is volgens zorgaanbieders niet altijd correct. Zo krijgen patiënten bijvoorbeeld de verkeerde percentages van tarieven door, of worden generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz door elkaar gehaald. Hierdoor komen patiënten wel eens voor verrassingen te staan wat betreft eigen betalingen wanneer zij zich aanmelden bij een behandelaar.

Het feit dat financiën soms leidend zijn boven zorginhoud noemt een aantal van de geïnterviewde vrijgevestigden zorgelijk. Zij proberen hier met patiënten dan ook vaak een oplossing voor te zoeken. Zo adviseren zij patiënten soms over te stappen naar een andere zorgverzekeraar of polis, of nemen ze (een deel van) de eigen betaling voor de patiënt<sup>35</sup> voor eigen rekening. In hoeverre zij dit communiceren naar de patiënt verschilt. Het merendeel kiest voor transparantie en geeft vooraf aan dat een deel van de kosten wordt kwijtgescholden. Een aantal geeft aan de patiënt hier niet mee te willen belasten. Sommige vrijgevestigden geven aan alleen patiënten met een restitutiepolis te behandelen. Toch berekent het merendeel van de geïnterviewde niet-gecontracteerde zorgaanbieders de kosten door naar de patiënt.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Waar gevraagd wordt naar de invloed van een contract op de kwaliteit van zorg, is er een soort driedeling te vinden binnen vrijgevestigden. Het overgrote deel benoemt dat het type contract

<sup>35</sup> Indien er sprake is van een naturapolis; zie Figuur 4 uit paragraaf 3.2.2

geen invloed heeft op de kwaliteit van de behandeling. Een klein aantal vrijgevestigden meent dat het hebben van een contract een positieve invloed heeft, en een klein aantal benoemt een negatieve invloed. Eén van hen gaf het volgende aan: *“Ik denk dat ik mijn beroep beter kan uitvoeren zonder contract. Soms moet ik mijn behandelduur inkorten vanwege de afspraken die zijn gemaakt met de zorgverzekeraar. Daarom stoort het me ook dat in de pers breed wordt uitgemeten dat de kwaliteit minder goed is, want het is maar relatief.”*

Vrijgevestigden zijn over het algemeen van mening dat er geen verschil zit in doelmatigheid tussen gecontacteerde en niet-gecontracteerde ggz. Dat wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende citaat: *“Ik denk niet dat er een verschil is. De druk van wachtlijsten is zo groot dat ondoelmatig behandelen überhaupt niet aan de orde is.”*

### **Toekomstbeeld**

Bijna alle vrijgevestigden voorzien een stijging van de niet-gecontracteerde ggz. Om dit te voorkomen dient het vertrouwen in elkaar te worden hersteld. Vrijgevestigden willen graag op hun inhoudelijke oordeel worden vertrouwd. Door één van de geïnterviewde vrijgevestigden werd dat als volgt onder woorden gebracht: *“De zorgverzekeraars dienen zich niet inhoudelijk met de zorg te bemoeien en zich op te stellen als partner in plaats van als degenen die alles bepalen”*. Daarbij ziet een aantal vrijgevestigden de optie om meer op uitkomsten of patiënttevredenheid te worden beoordeeld. Vrijgevestigden noemen verder nog het vereenvoudigen van contractering, het afschaffen van (verdere) kwaliteitseisen en het betalen van betere tarieven om contracteren aantrekkelijker te maken.

### **5.1.3. Instellingen**

Bij instellingen binnen de ggz wordt verschillend gekeken naar de ontwikkelingen rond niet-gecontracteerde zorg. Ze zien allemaal de worsteling bij zorgverzekeraars rondom het thema. Met de handhaving van artikel 13<sup>36</sup> en het hinderpaalcriterium<sup>37</sup>, verliezen zorgverzekeraars in de ogen van de geïnterviewde instellingen grip en controle.

### **Relatie met zorgverzekeraar**

Bij geïntegreerde instellingen worden de onderhandelingen tussen zorgverkopers en zorgverzekeraars steeds scherper gevoerd. Het is echter voor beide partijen nog wel noodzaak eruit te komen, omdat de impact van niet-contracteren voor beide partijen te groot is. Om de betaalbaarheid van zorg te garanderen vinden zij het wenselijker om een contract aan te gaan met zorgverzekeraars. Zij zien niet-gecontracteerd werken slechts als ultieme uitkomst wanneer er geen gesprek meer mogelijk is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Toch erkennen zij dat het als vrijgevestigde behandelaar of instelling met één type aanbod aantrekkelijker kan zijn om zonder contract te werken. Dan wegen de voordelen op tegen de nadelen.

### **Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg**

Bij niet-gecontracteerde instellingen komen de genoemde voordelen van niet-gecontracteerd werken overeen met die van de vrijgevestigden. Het niet hoeven voldoen aan het budgetplafond wordt vaak genoemd. Een andere instelling geeft aan dat werken zonder contract patiëntgericht is, zonder begrenzing, waarbij het individu en de kwaliteit van zorg voorop staan. Sommige instellingen benoemen dat er een meer divers aanbod is bij niet-gecontracteerde zorginstellingen. De nieuwe initiatieven komen vooral daar vandaan. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat je als instelling kunt groeien, omdat je niet te maken hebt met afrekeningen op budgetplafond en gemiddelde prijs. Eén van de instellingen stelt dat je niet-gecontracteerde zorg moet blijven organiseren ten behoeve van innovatie. Een andere instelling geeft aan dat niet-contracteren als

<sup>36</sup> Zie Bijlage 5: Begrippenlijst voor een definitie

<sup>37</sup> Zie Bijlage 5: Begrippenlijst voor een definitie

pressiemiddel richting de zorgverzekeraar moet blijven bestaan. Ze moeten de mogelijkheid behouden om weg te kunnen lopen als er geen acceptabele afspraken te maken zijn.

Alle instellingen ervaren verschillen tussen zorgverzekeraars. De kleine zorgverzekeraars worden gezien als pluriform: een aantal worden als “fair” ervaren, met andere is het contact lastiger. Ze onderscheiden daarnaast ook zorgverzekeraars “*die met je mee willen denken als het gaat om de ontwikkeling van je behandelaanbod*” en verzekeraars “*die alleen maar naar de financiële kant kijken*”.

Door een enkele instelling wordt het hebben van een contract niet ervaren als nadelig. Bij deze instelling geeft men aan dat participatie in samenwerkingen met zorgverzekeraars juist tot goede resultaten leidt. Een contract maakt deze samenwerking mede mogelijk.

Een aantal instellingen benoemt de verminderde financiële zekerheid bij niet-gecontracteerd werken als nadeel. Zonder financiële druk zouden ze zich beter op het leveren van goede en professionele zorg kunnen richten. Een instelling die jaarlijks afweegt om een contract aan te gaan met zorgverzekeraars, geeft aan dat zij de administratieve omzettingen die komen kijken bij niet-gecontracteerd werken als nadelig ervaren. Het werken met een akte van cessie is onwenselijk voor hun secretariaat, mede omdat er veel verschillende systemen zijn.

Als ander nadeel wordt genoemd de eigen betaling die patiënten moeten doen voor dat deel van de behandeling die ze niet vergoed krijgen (bij een naturapolis). Men vraagt zich af of patiënten daartoe in staat zijn. Er wordt door instellingen actief gecommuniceerd via websites en bij het eerste contact met patiënten. De behandelaar in dienst bij een instelling vraagt zich af of de instroom van patiënten niet zal afnemen als je niet-gecontracteerd werkt, omdat die zorg veel te duur voor hen is. Een geïntegreerde instelling benoemt nog als nadeel van niet-gecontracteerd werken dat de vergoedingen van zorgverzekeraars dusdanig laag zijn, dat ze voor hen niet meer kostendekkend zijn.

Instellingen geven aan dat er bijna altijd voor de start van de behandeling duidelijkheid wordt gegeven over eventuele eigen betalingen voor de patiënt. Een gespecialiseerde instelling zonder contract zegt de kosten voor de patiënt kwijt te schelden, omdat ze hen hier niet mee willen belasten en ze het verschil intern weten op te vangen.

Tegenover de nadelen van niet-gecontracteerde zorg staan de voordelen van het hebben van een contract. Instellingen zien vooral in dat het contracteerproces hen scherp houdt te kijken of ze de behandeling kunnen verkorten, eerder kunnen uitstromen, minder vaak opnemen en regionale verschillen kunnen verklaren. Het is bovendien voor patiënten financieel aantrekkelijker en klantvriendelijker. Tot slot zorgt het voor een betere dynamiek met zorgverzekeraars en opent het deuren om (intensievere) samenwerking op inhoudelijk en financieel vlak te verkennen.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Instellingen kijken heel verschillend naar het onderwerp kwaliteit in relatie tot het hebben van een contract. Er is een groep die aangeeft dat zorgverzekeraars zich veel te veel bemoeien met kwaliteit, terwijl ze zich in hun ogen alleen richten op doelmatigheid in hun doen en laten. Onderhandelen heeft volgens hen niets met kwaliteit te maken. Een instelling geeft stellig aan dat een zorgverzekeraar geen contract nodig heeft om kwaliteit af te dwingen, omdat zij alleen de plicht hebben verzekerde zorg te vergoeden. Een contract garandeert volgens hen niet dat de zorg goed is en andersom zegt geen contract ook niet dat de kwaliteit slecht is. Een andere groep benoemt dat er geen verschillen zijn tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, als het op kwaliteit aan komt. Dan is er nog een groep die aangeeft dat een contract wel van invloed is op de kwaliteit van zorg. Een aantal van hen benoemt dat dit van negatieve invloed is; vanuit de



inhoud maken zij liever geen selectie op wat ze de patiënt wel of niet kunnen aanbieden. Ze zien de vragenlijsten die ze moeten invullen ter verantwoording voor hun behandeling als belastend voor patiënten en het behandelteam. Een andere instelling benoemt dat ze vanwege contractafspraken in uitzonderingsgevallen de behandeling eerder stoppen. Door de afspraken met zorgverzekeraars zijn ze soms genoodzaakt te sturen; ook met het oog op wachttijden.

Een aantal instellingen zet vraagtekens bij het behandelaanbod van sommige niet-gecontracteerde partijen. Zij zien hen als partijen die minder belang voelen voor het leveren van goede zorg en vooral gericht zijn op omzetmaximalisatie. Een zorgverkoper geeft aan dat een bij hem/haar bekende niet-gecontracteerde instelling zinnige, maar geen zuinige zorg levert. Daarentegen is vanuit de niet-gecontracteerde instellingen ook een tegengeluid hoorbaar: *“Zorgkostenstijging komt niet van niet-gecontracteerde partijen. Zij leveren de zorg goedkoper en ze halen klanten weg van gecontracteerden. Dat staat haaks op de groei van zorg.”*

### **Toekomstbeeld**

Instellingen voorzien een stijging van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij zien zij betere tarieven en minder administratieve lasten als oplossing voor het terugdringen van deze stijging. In de interviews wordt meermaals de twijfel benoemd voor het aangaan van contracten. In één van de interviews werd gezegd: *“We hebben als geïntegreerde instelling altijd een contract gehad. Inmiddels zijn we wel op het punt gekomen dat we de huidige tarieven te laag zijn. We hebben intern en met zorgverzekeraars de opties besproken om niet-gecontracteerd te werken. Zorgverzekeraars komen dan met barricades, maar ik denk dat dit meestal niet klopt. Daarbij heb je als organisatie met restitutiepolissen ook veel meer mogelijkheden tot groei, dus het valt te verklaren dat de markt die kant op beweegt”*. Daarnaast wordt ook (het handhaven op) de omzetplafonds van zorgverzekeraars genoemd als aandachtspunt voor de toekomst.

#### **5.1.4. Zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars ervaren niet-gecontracteerde zorg in de ggz als een probleem. Zij proberen de groei hiervan tegen te gaan. Hoe zij hierin de praktijk invulling aan geven, verschilt per zorgverzekeraar.

#### **Voor- en nadelen niet-gecontracteerde zorg**

Het minder kunnen sturen op de kwaliteit en doelmatigheid en hogere kosten zien alle zorgverzekeraars als belangrijkste nadelen van niet-gecontracteerde zorg. Vooral het gebrek aan transparantie omtrent het vormgeven van de behandeling bij niet-gecontracteerde aanbieders stoort hen. Volgens verzekeraars “verschuilen” sommigen zich achter privacyverklaringen. Wanneer zij het gesprek met deze aanbieders aan willen gaan, blijken die zorgaanbieders hier niet toe bereid. Daardoor ontbreekt de mogelijkheid om samen tot afspraken te komen over kwaliteit en de toegevoegde waarde van het zorgaanbod: *“Met een overeenkomst kun je in ieder geval nog een aantal basisafspraken maken zodat je er wel enigszins op kunt sturen.”* Een aantal zorgverzekeraars benoemt dat er bovendien partijen zijn die bewust geen contract willen. Deze partijen steken hun bedrijfsvoering en aanbod richting patiënten “commerciëler” in, aldus de zorgverzekeraars. Deze zorgaanbieders richten zich op een nichemarkt of bieden aantrekkelijke behandelvoorwaarden, zoals behandeling in het buitenland.

Zorgverzekeraars geven aan dat niet-gecontracteerde zorg ruimte biedt aan innovatie, zij het met enige nuance. Eén zorgverzekeraar bracht het als volgt onder woorden: *“Je wil niet alle organisaties contracteren want dat betekent ook dat aanbieders soms niet kunnen groeien. Hoe lager je uurprijs hoe creatiever je wordt als instelling om te innoveren. Je kunt echter niet stellen dat het niet hebben van een contract de motor is tot innovatie.”*

Andere zorgverzekeraars benoemen als voordeel van niet-gecontracteerde zorg de lagere tarieven die worden gehanteerd bij aanbieders die zonder contract werken. Ze begrijpen dat gedifferentieerde contracten nadelig zijn voor zorgaanbieders (en dus een reden voor niet-contracteren kunnen zijn). Een aantal zorgverzekeraars benoemt dan ook positief te staan tegenover het uniformeren van contracten.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Zorgverzekeraars ervaren verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. Dit wordt met namen ingegeven door het ontbreken van inzicht in de processen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Los van de contractering benoemt een aantal zorgverzekeraars het ontbreken van een objectieve meetlat voor kwaliteit in de ggz als een probleem. Zij vinden het ingewikkeld om duiding te geven aan kwaliteit, maar zien hierin vooral een taak voor het veld zelf.

Wat betreft doelmatigheid van de zorg geven zorgverzekeraars aan meer inzicht te hebben bij gecontracteerde zorgaanbieders, omdat daarmee afspraken worden gemaakt in de contracten. Doelmatigheid is bij alle gesproken zorgverzekeraars onderwerp van gesprek met gecontracteerde partijen. Zorgverzekeraars ervaren ook hier dat zij (te) weinig zicht hebben op de ontwikkelingen bij niet-gecontracteerden. Wel meent een groot deel van de zorgverzekeraars dat er een groep niet-gecontracteerde zorgaanbieders ondoelmatige programma's aanbiedt. Volgens een zorgverzekeraar wil dat niet zeggen dat alle ondoelmatigheid enkel bij niet-gecontracteerden ligt. De richtlijnen om te behandelen zijn vaag, wat ruimte geeft voor een eigen invulling omtrent duur, intensiteit en evaluatie van de behandeling.

### **Relatie met patiënt**

De meeste zorgverzekeraars vinden dat zij geen sturende rol horen te hebben in het keuzeprocess van de patiënt. Wanneer patiënten contact met hen opnemen, gaat dit veelal over wachtlijstbemiddeling of om een vergoedingscheck.

### **Relatie met zorgaanbieders**

Meerdere zorgverzekeraars gaven aan het afgelopen jaar hun inkoopbeleid te hebben aangepast om contracteren te stimuleren, onder andere door de administratieve lasten te verlagen of door beperkingen op het gebied van budgetplafond of vestigingsplaats te laten vervallen. Niet alle zorgverzekeraars geven aan zo breed mogelijk te contracteren. Zij kiezen er juist voor extra eisen te stellen, om zo beperking van de groei van de markt te bewerkstelligen.

De meeste zorgverzekeraars hanteren een lijst met zorgaanbieders die zij bewust niet willen contracteren. Dit omdat zij vanuit eerdere ervaringen of andere redenen vraagtekens zetten ten aanzien van zowel kwaliteit als doelmatigheid. Desondanks zijn zorgverzekeraars alsnog verplicht de geleverde zorg (deels) te vergoeden. Hierin ervaren zij onvoldoende handvatten vanuit wet- en regelgeving om dergelijke zorg volledig van vergoeding uit te sluiten.

### **Toekomstbeeld**

De verwachting van alle geïnterviewde zorgverzekeraars is dat het aandeel niet-gecontracteerde ggz gaat stijgen wanneer er niks verandert. Eén zorgverzekeraar koppelt hier expliciet een afname van de regierol van zorgverzekeraars aan vast. Zij vrezen hierbij een verhoging van de premie en onbetaalbare zorg. Het onderwerp vraagt volgens hen om ingrijpen via de landelijke wet- en regelgeving. Iets wat volgens zorgverzekeraars nu nog onvoldoende tot stand komt. Recente jurisprudentie lijkt zelfs een tegenovergesteld effect te bewerkstelligen en meer niet-gecontracteerde zorg in de hand te werken, zo geven zij aan.

Het sturen op uitkomsten wordt ook door enkele zorgverzekeraars genoemd als goede optie voor de toekomst, al worden hierbij wel direct pessimistische geluiden geuit. Een paar zorgverzekeraars zien een oplossing in heldere zorgstandaarden, waarop aanvragen van zorg kunnen worden beoordeeld. Idealiter worden deze standaarden door zorgaanbieders zelf opgesteld en bieden deze standaarden aanknopingspunten om bij het uitvoeren van controles een oordeel te vormen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Andere oplossingen die worden genoemd zijn differentiatie in de tariefsopbouw van de landelijke tarieven, het afschaffen van artikel 13 en daarmee een zuivere scheiding van een restitutie- en naturapolis.

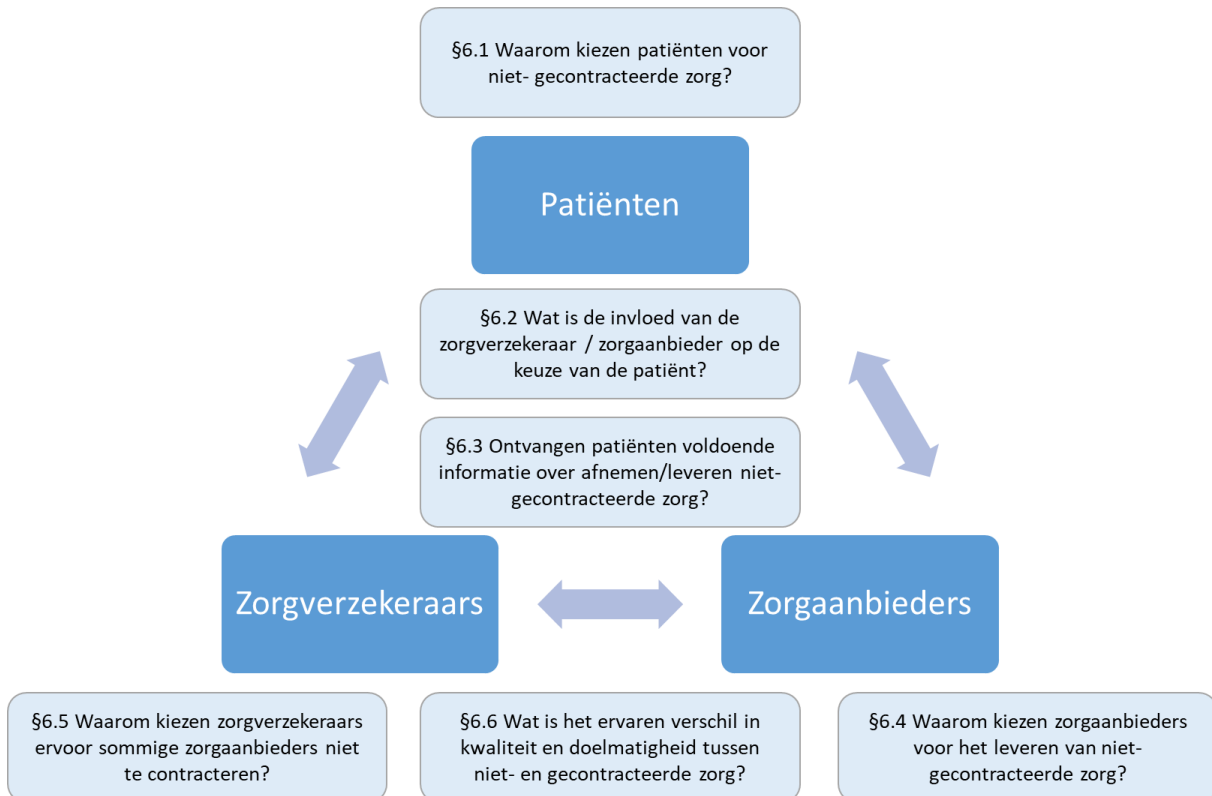
## 5.2. Geconstateerde tegenstrijdigheden

Vanuit het kwalitatieve overzicht per interviewgroep zijn een aantal onderlinge tegenstrijdigheden op te merken. Op een aantal onderwerpen stroken de verkregen inzichten niet met elkaar, of zijn de standpunten van geïnterviewden *binnen* een interviewgroep verschillend. Deze tegenstellingen zijn het duidelijkst bij:

- **Mogelijkheid tot contractering:** Daar waar zorgverzekeraars aangeven niet-gecontracteerde zorg tegen te willen gaan, stellen ze volgens zorgaanbieders soms (onnodige) aanvullende eisen die contracteren niet aantrekkelijk maken. Ook tussen zorgverzekeraars zijn er verschillen. Een aantal zorgverzekeraars zegt de drempel tot contractering te verlagen, terwijl sommigen juist noemen de keuze te maken bepaalde groepen bewust niet te contracteren.
- **Contracteringsproces:** Zorgverzekeraars geven aan de contractering de laatste jaren eenvoudiger te hebben gemaakt. Toch noemen veel zorgaanbieders de administratieve lasten rondom contractering als drempel voor het afsluiten van een contract.
- **Groei van de markt:** Zorgverzekeraars geven aan marktgroei te willen remmen. Een groei, die met het oog op bijvoorbeeld de wachttijden, volgens sommige zorgaanbieders noodzakelijk is.
- **Zorgkosten:** Daar waar zorgverzekeraars vrezen voor een stijging van zorgkosten door niet-gecontracteerde zorg, geven niet-gecontracteerde zorgaanbieders aan dat deze zorg juist bijdraagt aan de betaalbaarheid van zorg.
- **Relatie met zorgverzekeraar:** De bereikbaarheid, de relatie die kan worden opgebouwd en de rol die zorgverzekeraars spelen binnen het zorgproces wordt door zorgaanbieders erg verschillend ervaren. Dit verschil zit niet alleen tussen vrijgevestigden en instellingen, maar ook binnen deze groepen. Sommigen geven aan dat zorgverzekeraars bereid zijn mee te denken en benaderbaar zijn, anderen noemen de relatie moeizaam of geven aan geen relatie te ervaren.
- **Kwaliteit en doelmatigheid:** Er bestaat tussen zorgaanbieders onderling geen eenduidigheid over het ervaren verschil tussen kwaliteit en doelmatigheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars ervaren hierin wel verschillen, maar geven aan dit niet goed te kunnen onderbouwen, omdat de zorgstandaarden voor hen niet (voldoende) normerend zijn. Patiënten geven aan dat ervaren verschillen in kwaliteit en doelmatigheid voor hen geen direct verband houden met de contractstatus van de aanbieder.

## 6. Beantwoording onderzoeksvragen

Aan het begin van dit rapport is onderstaand figuur uitgetekend om de onderzoeksvragen rondom de verschillende onderzoeksgroepen te duiden. De kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksuitkomsten beantwoorden de vragen vanuit ieders perspectief. Deze antwoorden zijn in de onderstaande paragrafen uitgewerkt vanuit het perspectief van de verschillende interviewgroepen uit hoofdstuk 5.



Figuur 14: Schematische weergave beantwoording onderzoeksvragen (Arteria, 2018)

### 6.1. Waarom kiezen patiënten voor niet-gecontracteerde zorg?

**Patiënten** baseren hun keuze voor een zorgaanbieder op een aantal factoren. Zo is de mening van de verwijzer belangrijk, de ervaring van naasten met een bepaalde zorgaanbieder en hun eigen eerdere ervaringen. Hierdoor kunnen ze de keuze maken om ergens opnieuw in zorg te gaan, of juist ergens anders heen te willen. Hierbij lijkt het feit of de partij gecontracteerd is of niet-gecontracteerd niet direct een belangrijke rol te spelen.

De helft van de patiënten die de enquête hebben ingevuld geeft aan geen voordelen te kunnen noemen van niet-gecontracteerde zorg of er geen te weten. Degenen die wel voordelen zien, benoemen dat de grotere (keuze)vrijheid voor hen als patiënt het belangrijkste is. Ook wordt vaak aangegeven dat de zorg als persoonlijker wordt ervaren.

In de interviews wordt de behandelvrijheid het meest benoemd als voordeel van niet-gecontracteerde zorg. De geïnterviewden geven echter aan bij de keuze voor een zorgaanbieder voornamelijk te kijken naar beschikbaarheid en kosten. Voor beschikbaarheid van zorg wordt rekening gehouden met de afstand, maar bovenal met wachttijden. De ervaring van de patiënten

is dat wachttijden bij niet-gecontracteerde zorg veelal korter zijn. Er wordt wel rekening gehouden met de kosten van zorg. Hoge kosten (eigen betalingen) zorgen ervoor dat niet iedereen kan kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Hierbij is door meerdere patiënten de vrees ontstaan dat er een splitsing dreigt tussen rijken en armen en de toegankelijkheid tot (goede) zorg.

**Zorgverzekeraars** zien een grote invloed van verwijzers op de keuze van patiënten. Verwijzers nemen volgens de zorgverzekeraars niet de contractafspraken van een behandelaar mee in de verwijzing, maar hun eigen (zorginhoudelijke) ervaringen met een zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars zien dat sommige niet-gecontracteerde zorgaanbieders een “commerciële” insteek kiezen voor hun zorgaanbod dan gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders richten zich op een nichemarkt of bieden aantrekkelijke behandelvoorwaarden, zoals behandeling in het buitenland. Volgens hen beïnvloedt dit mogelijk de keuze van patiënten. Zij vinden deze ontwikkeling in het kader van innovatie wenselijk, omdat er blijkbaar behoefte is aan een breder en andersoortig aanbod. Anderzijds vragen zij zich af of deze insteek altijd passend is binnen het Nederlandse zorgstelsel.

Bij **instellingen** en **vrijgevestigden** worden met name de eigen betalingen voor patiënten genoemd als invloed op de keuze van de patiënt. Daarnaast wordt ook door een aantal van hen de verwijzer en de eigen ervaringen van de patiënt genoemd.

**Samenvattend** kan worden gesteld dat verwijzers, kosten (eigen betalingen), wachttijden en een zorgaanbod dat aansluit bij de behoeften van de patiënt zijn van invloed op de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Hierbij speelt voor hen het feit dat partijen gecontracteerd of niet gecontracteerd zijn niet direct een rol.

## 6.2. Wat is de invloed van zorgverzekeraar / zorgaanbieder op de keuze van de patiënt?

De directe invloed van **zorgverzekeraars** op de keuze van de patiënt noemen zij beperkt. Wanneer zorgverzekeraars worden geconsulteerd, denken zij wel mee in een passend behandelaanbod. Hierbij verwijzen zij vaak naar hun website, waarin zorgaanbieders staan opgenomen waar zij een contract mee hebben afgesloten. Zorgverzekeraars zien het als hun taak inzicht te krijgen in de afwegingen die hun verzekerden maken ten aanzien van het aanbod dat niet-gecontracteerde aanbieders bieden. Mogelijk dat hun gecontracteerde aanbod niet voldoende aansluit bij de wensen en hier een aanpassing in nodig is.

**Zorgaanbieders** hebben in de interviews benoemd de patiënt niet in zijn keuze voor hen te beïnvloeden. Wel geven zij aan mee te denken met de patiënt op het moment dat zij bij hen in zorg willen komen. Eventuele financiële barrières, wachttijden of het niet aansluiten van hun zorgaanbod bij de behoefte van de patiënt worden besproken en hier wordt in samenspraak met de patiënt een oplossing voor gezocht.

**Samenvattend** ervaren zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hun directe invloed op de keuze van de patiënt als beperkt.

## 6.3. Ontvangen patiënten voldoende informatie over afnemen / leveren van niet-gecontracteerde zorg?

Een groot deel van de **patiënten** geeft aan voor aanvang van een behandeling informatie te vragen bij een behandelaar of hun zorgverzekeraar. Informatie die zij opvragen gaat voornamelijk

over de vergoeding van de zorg of wachttijden. Daarbij is het voor hen minder relevant of een zorgaanbieder gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg levert. Uit de enquête blijkt dat 66% van de patiënten weet dat zijn zorgaanbieder gecontracteerd is en 8% dat zijn zorgaanbieder geen contract heeft. De rest van de respondenten geeft aan dit niet te weten.

**Zorgverzekeraars** geven aan niet proactief verzekerden te kunnen informeren over gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Ze weten immers vaak pas achteraf dat hun verzekerden in behandeling zijn geweest bij de ggz. Wel verschaffen zij informatie op het moment dat hun verzekerden bellen.

De gesproken niet-gecontracteerde **zorgaanbieders** die een eigen betaling vragen voor de behandeling geven aan dat het feit dat zij niet-gecontracteerd zijn altijd onderwerp van gesprek is bij de aanmelding. Zij verklaren hiermee de kosten die zij doorrekenen aan de patiënt. Sommige niet-gecontracteerde zorgaanbieders adviseert patiënten voorafgaand aan de behandeling over te stappen naar een ander soort polis.

Het overgrote deel van niet-gecontracteerde zorgaanbieders die geen eigen betaling vraagt informeren hun patiënten ook. Dit geldt ook voor gecontracteerde zorgaanbieders. Echter maken sommige zorgaanbieders de afweging in hoeverre het nodig is patiënten met contractinformatie te belasten omdat het hebben van wel of geen contract volgens hen geen consequenties heeft voor de patiënt.

Meerdere zorgaanbieders hebben ook iets gezegd over de informatie die patiënten van de zorgverzekeraars ontvangen over vergoedingen. Deze is volgens hen niet altijd correct. Genoemde voorbeelden zijn verkeerde percentages van tarieven en het verwarren van generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Zorgaanbieders geven aan dat patiënten hierdoor wel eens voor verrassingen komen te staan wat betreft eigen betalingen.

**In antwoord op de onderzoeksvraag** kan worden gesteld dat een groot deel van de patiënten informatie opvraagt en ontvangt. Er wordt door sommige zorgaanbieders wel een afweging gemaakt welke informatie relevant wordt bevonden voor de patiënt. Zorgverzekeraars geven aan verzekerden niet proactief te benaderen, maar hen wel van informatie te voorzien wanneer hierom wordt gevraagd. Over de kwaliteit van de gegeven informatie zijn de meningen verdeeld.

#### 6.4. Waarom kiezen zorgaanbieders voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg?

Allereerst is er een groep zorgaanbieders die door gestelde eisen van (een aantal) **zorgverzekeraars** geen contract krijgt aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn nieuw toetredende zorgaanbieders. Paragraaf 6.5 gaat hier nader op in.

Daarnaast zijn er zorgaanbieders die zelf de keuze maken om geen contract af te sluiten. Hierbij is er een groep die eerder contracten had en een groep die nooit gecontracteerd heeft gewerkt. Wanneer **vrijgevestigden** zelf kiezen geen contract aan te nemen zijn er twee hoofdredenen te benoemen:

- Zij die het te veel “gedoe” vinden om een contract aan te gaan;
- Zij die principieel tegen enige inmenging van zorgverzekeraars zijn als het gaat om de inhoud van de behandeling.

Daarnaast worden de opgelegde omzetplafonds en gedifferentieerde tarieven als grote nadelen gezien bij gecontracteerd werken. Door de wachtlijsten in de ggz wordt de begrenzing op budget door hen als onaanvaardbaar gezien.

Bij **instellingen** komen de genoemde redenen voor niet-gecontracteerd werken overeen met die van de vrijgevestigden. Het niet hoeven voldoen aan het budgetplafond wordt hier vaak genoemd. Een andere instelling geeft aan dat werken zonder contract patiëntgericht is zonder begrenzing, waarbij het individu en de kwaliteit van zorg voorop staan. Sommige instellingen benoemen dat er een meer divers aanbod is bij niet-gecontracteerde zorginstellingen. De nieuwe initiatieven en innovatie komt vooral daar vandaan. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat je als instelling kunt groeien, omdat je niet te maken hebt met afrekeningen op budgetplafond en gemiddelde prijs. Eén van de instellingen stelt dat je niet-gecontracteerde zorg moet blijven organiseren ten behoeve van innovatie. Een andere instelling geeft aan dat niet-contracteren als pressiemiddel richting de zorgverzekeraar moet blijven bestaan. Ze moeten de mogelijkheid behouden om weg te kunnen lopen als er geen acceptabele afspraken te maken zijn.

**Samenvattend** is er een beperkt aantal zorgaanbieders dat omwille van zorgverzekeraarsbeleid geen contract heeft. Daarnaast zijn er niet-gecontracteerde zorgaanbieders die contractering te veel gedoe vinden of om principiële redenen niet willen contracteren. Zorgaanbieders zien niet-gecontracteerd werken als mogelijkheid tot innovatie en als pressiemiddel naar zorgverzekeraars om tot acceptabele afspraken te komen.

## 6.5. Waarom kiezen zorgverzekeraars ervoor sommige zorgaanbieders niet te contracteren?

**Zorgverzekeraars** geven aan dat een deel van de zorg altijd niet-gecontracteerd verleend zal worden. Zij geven hiervoor verschillende verklaringen. Enerzijds komt dit doordat ze er in de onderhandelingen niet uitkomen met partijen, of doordat een bepaalde zorgaanbieder een dusdanig kleine groep van hun verzekerden bedient, dat een contract niet nodig wordt geacht. Anderzijds komt het doordat zij er zelf voor kiezen bepaalde groepen geen contract aan te bieden.

Zorgverzekeraars geven een aantal redenen om niet te contracteren:

- **Kwaliteit en doelmatigheid van zorg:** De meeste zorgverzekeraars hanteren een lijst met zorgaanbieders die zij bewust niet willen contracteren. Dit omdat zij vraagtekens zetten ten aanzien van zowel kwaliteit als doelmatigheid.
- **Beïnvloeden van de markt:** Sommige zorgverzekeraars kiezen er bewust voor startende vrijgevestigden geen contract aan te bieden. Hiermee proberen ze een ander ervaren probleem in de ggz tegen te gaan: de uitstroom van behandelaren bij instellingen.
- **Rem op groei:** Niet alle zorgverzekeraars willen breed contracteren. Zij kiezen ervoor extra eisen te stellen, om zo beperking van de groei van de markt te bewerkstelligen.

## 6.6. Wat is het ervaren verschil in kwaliteit en doelmatigheid tussen niet- en gecontracteerde zorg?

Het ervaren verschil in kwaliteit en doelmatigheid is volgens **patiënten** niet gerelateerd aan de contractvorm. Zij zoeken (eventueel samen met hun verwijzer) naar een zorgaanbieder die past bij hun zorgbehoefte.

De meeste **zorgverzekeraars** hanteren een lijst met zorgaanbieders die zij bewust niet willen contracteren omwille van kwaliteit en/of doelmatigheid (zie paragraaf 6.5). Door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden, is het voor zorgverzekeraars lastig om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en hier zorgaanbieders op aan te spreken. Zij vinden het wenselijk dat de zorgstandaarden doorontwikkeld worden door zorgaanbieders, zodat deze meer normerend worden. Wat betreft doelmatigheid van de zorg geven zorgverzekeraars aan meer inzicht te

hebben bij gecontracteerde zorg dan bij niet-gecontracteerde zorg. Ook hier zou een richtlijn wenselijk zijn om inzicht te geven.

Bij zowel **instellingen** als **vrijgevestigden** is een driedeling te vinden ten aanzien van opvattingen rondom kwaliteit. De meningen lopen uiteen van betere kwaliteit bij niet-gecontracteerd, via geen ervaren verschillen tot kwaliteit:

- Het grootste deel van de zorgaanbieders ziet geen verschil in de kwaliteit van de zorg tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg en beredeneert dat dit komt doordat alle behandelaren werken vanuit een gedeelde beroepscode.
- Een aantal zorgaanbieders schrijft een mindere kwaliteit toe aan specifieke groepen zorgaanbieders die zich richten op een nichemarkt of aantrekkelijke behandelvoorwaarden bieden aan hun patiënten.
- Een derde groep benoemt dat niet-gecontracteerd werken zorgt voor meer kwaliteit van zorg. Dit verklaren zij doordat er meer maatwerk geleverd wordt en ze minder genoodzaakt zijn te sturen, ook met het oog op wachttijden.

**Samenvattend** zijn de meningen verdeeld, niet alleen tussen de geïnterviewde groepen, maar ook binnen de groepen. Over de kwaliteit van zorg lopen de meningen van zorgaanbieders meer uiteen dan over de doelmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars kunnen door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden hun vermoedens over minder doelmatige en kwalitatieve zorg bij een aantal zorgaanbieders moeilijk hard maken. Patiënten ervaren tenslotte niet of nauwelijks verschillen in doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg tusseneen gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder.



## 7. Contact

### Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

Mischa Buter | 06 8365 9467 | [mischa.buter@arteriaconsulting.nl](mailto:mischa.buter@arteriaconsulting.nl)  
Emile Petiet | 06 2315 2915 | [emile.petiet@arteriaconsulting.nl](mailto:emile.petiet@arteriaconsulting.nl)  
Lisanne Puijk | 06 2064 0320 | [lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl](mailto:lisanne.puijk@arteriaconsulting.nl)

## Bijlagen

- Bijlage 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek
- Tabel 3 Onderzoeksthema's vanuit de interviewthema's en -leidraden (Arteria Consulting, 2018)
- Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses
- Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses
- Bijlage 4: Interviewleidraden
  - Zorgverzekeraars
  - Zorgaanbieders
  - Behandelaren
  - Patiënten
- Bijlage 5: Begrippenlijst

## Bijlage 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek

In deze bijlage worden achtereenvolgend het onderzoeksdesign en de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek weergegeven. In het design komt naar voren welke onderzoeksmethoden zijn ingezet om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Daarnaast wordt beschreven hoe de representativiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek zijn geborgd.

### Onderzoeksdesign

#### Bureauonderzoek

Het onderzoek start met het definiëren van de ggz-sector en het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Hierbij is aandacht voor het proces wat doorlopen dient te worden voor contracteren, zorgverlening en declareren. Deze definiëring wordt voorafgaand aan het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek uitgevoerd in de vorm van een bureauonderzoek. Vervolgens wordt het bureauonderzoek aangevuld met toevoegingen vanuit het kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoek.

#### Kwantitatief onderzoek

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek zal gebruik worden gemaakt van Vektis-data. Vektis heeft voorafgaand aan dit onderzoek een eerste analyse gemaakt van de niet-gecontracteerde zorg in de ggz. Op basis van input van de begeleidingscommissie en Arteria Consulting zijn aanvullende analyses vastgesteld die nodig zijn om een compleet beeld te krijgen van de ggz. De data geeft een cijfermatig overzicht van de markt.

#### Kwalitatief onderzoek

Bij de offerte-uitvraag voor dit onderzoek heeft het ministerie van VWS concept-interviewleidraden aan Arteria Consulting gestuurd. Deze leidraden komen voort uit de interviewleidraden die zijn gebruikt voor het onderzoek naar (niet-) gecontracteerde wijkverpleging. Arteria Consulting heeft een verdiepingsslag op de leidraden uitgevoerd en waar nodig aangepast ten behoeve van inzet in de ggz. Er zijn leidraden opgesteld voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, vrijgevestigden en patiënten. Door middel van deze leidraden wordt inzicht verkregen in de motieven voor de keuze voor (niet)- gecontracteerde zorg. Deze definitieve leidraden zijn gebruikt om semigestructureerde interviews af te nemen bij de verschillende partijen.

Bij kwalitatief onderzoek staan woorden centraal en gaat het niet om de kwantiteit, maar om de kwaliteit. Representativiteit in kwalitatief onderzoek is gericht op het geven van een volledig beeld van alle verschillende houdingen, meningen en gedragingen die bestaan binnen de doelgroep van het onderzoek. De keuze die gemaakt wordt in de selectie van respondenten voor het onderzoek, is dus gericht op factoren of eigenschappen die invloed hebben op mening, houding en gedrag. In dit onderzoek worden aan de hand van variatiedekkende generaliseerbaarheid van tevoren maatregelen getroffen om een zekere generaliseerbaarheid aannemelijk te maken<sup>38</sup>. In de steekproeftrekking wordt ondanks dat er niet dezelfde getalsmatige verhoudingen terugkomen als in de populatie, rekening gehouden met alle relevante verschillen binnen de populatie. Het gaat daardoor niet om statistische representativiteit, maar om variatiedekkende representativiteit als basis voor generaliseerbaarheid.

#### Onderzoekspopulatie

De populatie waar het onderzoek zich op richt zijn zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. De werving van respondenten heeft plaatsgevonden via de partijen die zitting nemen in de

---

<sup>38</sup> [https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/KW-14-3-2/Generaliseerbaarheid-in-kwalitatief-onderzoek](https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-14-3-2/Generaliseerbaarheid-in-kwalitatief-onderzoek)

begeleidingscommissie<sup>39</sup>. Zij hebben hun leden met een oproep gevraagd mee te werken aan dit onderzoek. In het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken:

1. Persoonlijke interviews van 1 - 1,5 uur op locatie bij de externe partij
2. Telefonische interviews op afspraak van maximaal 1 uur
3. Digitale vragenlijst (met optioneel aanvullend telefonisch interview)

Bij kwalitatief onderzoek wordt het niveau van inhoudelijke verzadiging of saturatie doorgaans bereikt bij zeven interviews, mits de groep voldoende relevante homogene kenmerken heeft<sup>40</sup>. Er wordt dan geen nieuwe relevante informatie meer aangetroffen. In afstemming met de opdrachtgever is daarom bepaald om per homogene onderzoeksgroep uit te gaan van zeven interviews.

Patiënten zijn benaderd via MIND, middels hun ggz-panel en de MIND-nieuwsbrief. Via deze weg is hen gevraagd een digitale vragenlijst in te vullen. De uitkomsten van deze digitale vragenlijst geven inzicht in het keuzeprocess van de patiënt.

### **Uitvoering onderzoek**

#### **Steekproef en spreiding**

Voor het benaderen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de patiënten die aangaven telefonisch geïnterviewd te willen worden, is door Arteria Consulting een gestratificeerde steekproef getrokken om tot de definitieve onderzoekspopulatie te komen. Voorafgaand aan de steekproeftrekking is gekeken naar een aantal voorwaarden. Bij zorgaanbieders is rekening gehouden met regionale spreiding, verdeling per branchevereniging en verdeling tussen gecontracteerd, deels gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Bij zorgverzekeraars is gekeken naar een verdeling tussen grote (> 10% marktaandeel) en kleine zorgverzekeraars. Bij patiënten is eerst beoordeeld of de contactgegevens om hen telefonisch te benaderen meegestuurd waren. Vervolgens is hieruit een lijst ontstaan die gerandomiseerd is geselecteerd.

#### **Interviews en digitale vragenlijst**

De interviewleidraden zijn als bijlage opgenomen in dit rapport<sup>41</sup>. Na overleg met de begeleidingscommissie is besloten de interviewaantallen voor de vrijgevestigde behandelaren te verdubbelen om op hetzelfde aantal te komen als de geïnterviewde instellingen. Bij de zorgverzekeraars meldde één zorgverzekeraar zich vrijwillig aan om geïnterviewd te worden. De uiteindelijke verdeling per onderzoeksgroep is als volgt:

##### **■ Onderzoeksgroep 1: zorgaanbieders**

- Combinatie van persoonlijke en telefonische interviews
- Aandacht voor verdeling volledig/deels/niet-gecontracteerde zorg
- Bij ggz-instellingen: 7 interviews met de verantwoordelijke voor zorgverkoop en 7 interviews met een behandelaar
- Bij vrijgevestigden: 14 interviews

##### **■ Onderzoeksgroep 2: zorgverzekeraars**

- Persoonlijke interviews op locatie
- Bij 4 grote en 4 kleine zorgverzekeraars
- Interviews met ten minste één zorginkoper en een medisch adviseur

<sup>39</sup> Zie hoofdstuk 2

<sup>40</sup> Baarda, De Goede & Teunissen (2013)

<sup>41</sup> Zie Bijlage 4: Interviewleidraden

### ■ Onderzoeksgroep 3: patiënten

- Combinatie van digitale vragenlijst en telefonische interviews
- Digitale vragenlijst via panel MIND en via nieuwsbrief
- Vragenlijst bood de mogelijkheid een e-mail te sturen waarmee men aan kon geven bereid te zijn tot een verdiepend telefonisch interview
- Telefonische interviews bij 14 patiënten

De digitale vragenlijst bestaat uit 29 vragen en bevat een combinatie van gesloten en open vragen. De enquête is in afstemming met MIND opgesteld. Dit heeft geleid tot 410 reacties, waarvan 310 respondenten alle vragen hebben beantwoord. In de vragenlijst is de mogelijkheid tot een optioneel aanvullend telefonisch interview opgenomen. In totaal hebben 50 respondenten aangegeven dat zij bereid waren mee te werken aan een kort, aanvullend telefonisch interview met verdiepende vragen.

### Verwerking gegevens

In verband met de privacy van de deelnemende partijen en het bieden van maximale ruimte om open en eerlijk te antwoorden, is zowel in het rapport als aan de begeleidingscommissie niet kenbaar gemaakt welke individuen en partijen bij het onderzoek zijn betrokken.

De uit de interviews verkregen data zijn door Arteria Consulting verwerkt. Bij de verwerking van de data is gebruik gemaakt van het toekennen van labels c.q. thema's aan tekstfragmenten. Vanuit de onderzoeksvragen is een lijst met thema's opgesteld. De thema's hebben allen een eigen kleur en label toegewezen gekregen. Nadat alle ruwe data zijn doorlopen en labels aan de fragmenten zijn toegekend, zijn de data op label en kleur in codeerschema's opgenomen met behulp van Excel. De codeerschema's zijn vervolgens op onderzoeksgroep uiteengezet. Daarna zijn de schema's uitgewerkt tot resultaten die vanuit de interviewleidraad zijn samengevoegd tot vijf onderzoeksthema's:

Onderzoeksthema	Thema en vragen interviewleidraden
Keuzeproces	Keuzeproces Informatie en advies zorgverzekeraar Informatie en advies behandelaar
Voordelen niet-gecontracteerde ggz	Afwegingen voor het bepalen van contractvorm Voordelen niet-gecontracteerde ggz Nadelen gecontracteerde ggz Verschillen tussen zorgverzekeraars
Nadelen niet-gecontracteerde ggz	Afwegingen voor het bepalen van contractvorm Voordelen gecontracteerde ggz Nadelen niet-gecontracteerde ggz
Kwaliteit en doelmatigheid	In hoeverre verschil in kwaliteit? In hoeverre verschil in doelmatigheid? In hoeverre is contractvorm van invloed op beroepsuitoefening?
Toekomstvisie	Toekomstbeelden rondom niet-gecontracteerde ggz Verbeteringen binnen eigen organisatie en landelijk Droom en gewenste aanpassingen

Tabel 3 Onderzoeksthema's vanuit de interviewthema's en -leidraden (Arteria Consulting, 2018)

## Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses

Voor de analyses in hoofdstuk 4 en Bijlage 3: *Overzicht kwantitatieve analyses* is gebruik gemaakt van data in het informatiesysteem GGZ van Vektis, met declaratiegegevens die zorgverzekeraars hebben verwerkt tot en met april 2018. Hierbij is gekeken naar de declaratiedata over de jaren 2014 tot en met 2016. De data van 2014 en 2015 zijn compleet, en voor 2016 is ongeveer 95% van de verwachte zorg ondertussen afgesloten, gedeclareerd en verwerkt.

Er is gebruik gemaakt van het vergoede bedrag dat de zorgverzekeraar heeft uitgekeerd, zonder eventuele eigen betalingen van de patiënt zelf. Het vergoede bedrag wordt in dit onderzoek ook 'kosten' genoemd, en is het bedrag dat ten laste komt van de Zvw. Alleen declaraties van patiënten die 18 jaar of ouder zijn, zijn meegenomen<sup>42</sup>. De aangeleverde contractinformatie voor de jaren 2014 tot en met 2016 is in 2017 bij verzekeraars uitgevraagd door Vektis. Van een aantal kleinere verzekeraars bestaat het sterke vermoeden dat de contractinformatie niet volledig beschikbaar bij Vektis is. Om die reden heeft Vektis deze verzekeraars niet meegenomen in de analyses. De uitspraken zijn daarmee gebaseerd op ongeveer 90% van de vergoede ggz<sup>43</sup> en geven daardoor een goed beeld van de ontwikkelingen op het gebied van niet gecontracteerde zorg.

De gebruikte dataset kent drie beperkingen, hiervoor is zover mogelijk gecorrigeerd:

- Een groot aantal declaraties van niet gecontracteerden wordt niet elektronisch aangeleverd bij zorgverzekeraars. Vanuit deze 'papieren nota's' is een aantal informatievelden, waaronder het aantal behandelminuten, minder goed bij Vektis beschikbaar. In de analyses naar behandelminuten per patiënt zijn nota's waarbij de behandelminuten niet gevuld zijn, uitgesloten uit de analyse.
- Papieren nota's bevatten geen bovendien geen zorgvraagzwaarte-indicator (ze zijn gevuld met dummycodes 000 of 999). Bij het vergelijken van de kosten per patiënt, gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte, is de groep 000/999 niet in de vergelijking betrokken.
- Bij twee zorgverzekeraars is, bij een beperkt deel van de zorg, de zorgverlener – en niet de praktijk – als indiener van de declaratie vermeld. De contractinformatie is echter aangeleverd op praktijk/instellingsniveau. Hierdoor is het weergegeven aandeel niet-gecontracteerde zorg in met name de generalistische basis ggz te hoog; naar schatting 4 tot 10 miljoen, oftewel 3-7% op het totaal van 128 (in 2014) tot 187 (in 2016) miljoen. Hiervoor is in de analyses in dit hoofdstuk niet gecorrigeerd.

### Type zorgaanbieders

Vektis maakt in haar analyses regelmatig onderscheid tussen verschillende type zorgaanbieders. De afbakening is gemaakt op basis van een aantal harde criteria, input van verzekeraars en aanbieders, en aangevuld met handmatige correcties op basis van terugkoppeling van externe gebruikers van Vektis-informatie (instellingen en zorgverzekeraars).

Iedere zorgaanbieder die declaraties indient bij zorgverzekeraars maakt gebruik van een AGB-code. In het AGB-register zijn aan deze code verschillende kenmerken verbonden, zoals de naam van de aanbieder, maar ook verschillende erkenningen die aan de zorgaanbieder zijn verleend.

<sup>42</sup> De jeugdggz is per 1 januari 2015 overgeheveld van de Zvw naar de Jeugdwet en derhalve niet meegenomen ten behoeve van de vergelijkbaarheid over de jaren heen.

<sup>43</sup> Niet opgenomen zijn declaraties van ENO, Zorg en Zekerheid, ONVZ, a.s.r. en DSW

In de declaratiedata kan Vektis de vergoede zorg per diagnosehoofdgroep bekijken, per AGB-code. Dit kan worden gebruikt om te zien of een aanbieder brede zorg levert of juist zorg voor een beperkt aantal diagnoses.

Voor alle aanbieders geldt dat ze zorg moeten leveren in de ggz. Hierdoor worden bijvoorbeeld alle medisch specialisten die geen ggz leveren buiten beschouwing gelaten, en blijven van de medisch specialisten de vrijgevestigde psychiaters over.

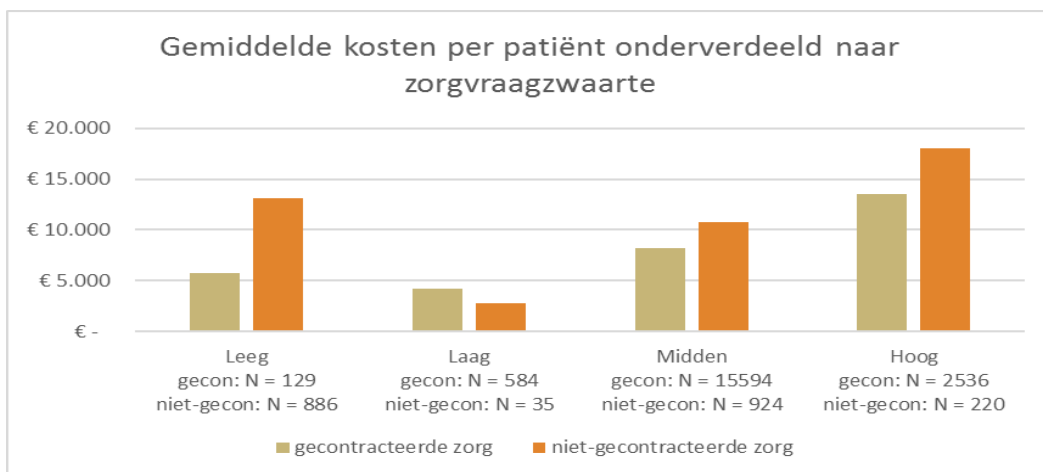
Type	Afbakening	Aantal aanbieders met geleverde zorg (2016)
Psychologische zorgverleners	AGB-code begint met 94 en heeft declaraties in de ggz.	Ongeveer 6.100
Vrijgevestigde psychiaters	AGB-code begint met 03 en heeft declaraties in de ggz.	Ongeveer 1.000
Ambulante instellingen	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg, zonder kliniek. Aantal dagen verblijf is nul of vrijwel nul.	Ongeveer 300
PAAZ/PUK	Criterium is erkenning als PAAZ of PUK vastgelegd in AGB. Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars.	39
Geïntegreerde instelling	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg en kliniek.	29
Verslavingszorg	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Gespecialiseerde aanbieders die het merendeel van de zorg leveren aan patiënten met hoofdgroepdiagnoses verslaving aan alcohol en aan overige middelen.	29
K&J	Aanbieders die vooral zorg leveren aan de doelgroep kind & jeugd. Door de overheveling van jeugdzorg naar gemeentes is het aandeel in de Zvw klein geworden. Het gaat dan nog om mensen die nog zorg krijgen nadat ze 18 jaar zijn geworden. <i>De totale zorgkosten voor 18+ van deze zorgaanbieders bedraagt 20 miljoen per jaar (totaal), waarvan minder dan 1 miljoen niet gecontracteerd. Deze 20 miljoen is dan 1% van de totale ggz-zorgkosten in de Zvw. Daarom zijn K&amp;J-aanbieders niet afzonderlijk getoond in dit onderzoek.</i>	17
Overige zorgaanbieders	Aanbieders die niet (goed) onder een van de bovenstaande criteria vallen. In deze groep vallen o.a.: Enkele forensische instellingen en zeer gespecialiseerde instellingen, declaranten / servicebureaus die zorg declareren namens zorgaanbieders, Enkele gewone ziekenhuizen (die geen dbc's maar overige prestaties leveren), GGZ-instellingen die als 'zelfstandig behandelcentrum' zichtbaar zijn. Vaak aanbieders die in 2008 nog geen GGZ-instelling waren.	44

Tabel 4 Overzicht verschillende type aanbieders t.b.v. analyses (niet-)gecontracteerde ggz (Vektis, 2018)

## Correctie voor zorgvraagwaarte

We hebben in dit onderzoek onder andere gekeken naar de verschillen in kosten per patiënt en behandelminuten per patiënt. Daaruit komen verschillen naar voren tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze verschillen zouden kunnen worden veroorzaakt door verschillen in patiëntenpopulatie. Als de ene groep patiënten met zwaardere problematiek behandelt, verwacht je ook hogere behandelinzet.

Door te corrigeren voor zorgvraagwaarte maak je een vergelijking tussen de werkelijke uitkomsten en de uitkomsten als de populatie op dezelfde manier is opgebouwd. Resterende verschillen worden dan veroorzaakt door iets anders dan populatieverschillen. Zie ook paragraaf 4.4.



Figuur 15 Gemiddelde kosten per patiënt 2016 diagnosegroep verslaving aan overige middelen, onderverdeeld naar zorgvraagwaarte (Vektis, 2018)

Als voorbeeld zijn de gemiddelde kosten per patiënt getoond bij de diagnosehoofdgroep verslaving aan overige middelen, per zorgvraagwaarte. Duidelijk zichtbaar is dat de kosten per patiënt hoger worden als de zorgvraagwaarte oploopt van laag naar hoog. De gemiddelde kosten per patiënt binnen de groep 000/999 zijn bij gecontracteerde aanbieders vrij laag en bij niet-gecontracteerde aanbieders veel hoger. Aangezien het percentage patiënten met een niet gevulde zorgvraagwaarte veel hoger is bij niet gecontracteerde aanbieders (ongeveer 45%) dan bij gecontracteerde aanbieders (ongeveer 1%) telt het kostenverschil zwaar mee in de correctie.

**Aangezien we de onderliggende zorgvraagwaarte niet weten in de groep 000/999 hebben we besloten de kosten per patiënt alleen te vergelijken voor de patiënten waarvoor de zorgvraagwaarte bekend is.**

In de correctiemethode zijn de werkelijke scores afgezet tegen de verwachte scores op basis van de zorgvraagwaarte van de patiënten. Dit wordt gedaan door de gemiddelde uitkomst (kosten of behandelminuten) per patiënt bij gecontracteerde zorg te berekenen, per zorgvraagwaarteklasse, en toe te passen op het aantal patiënten bij niet-gecontracteerde zorg.

De volgende zorgvraagwaarteklassen zijn gebruikt:

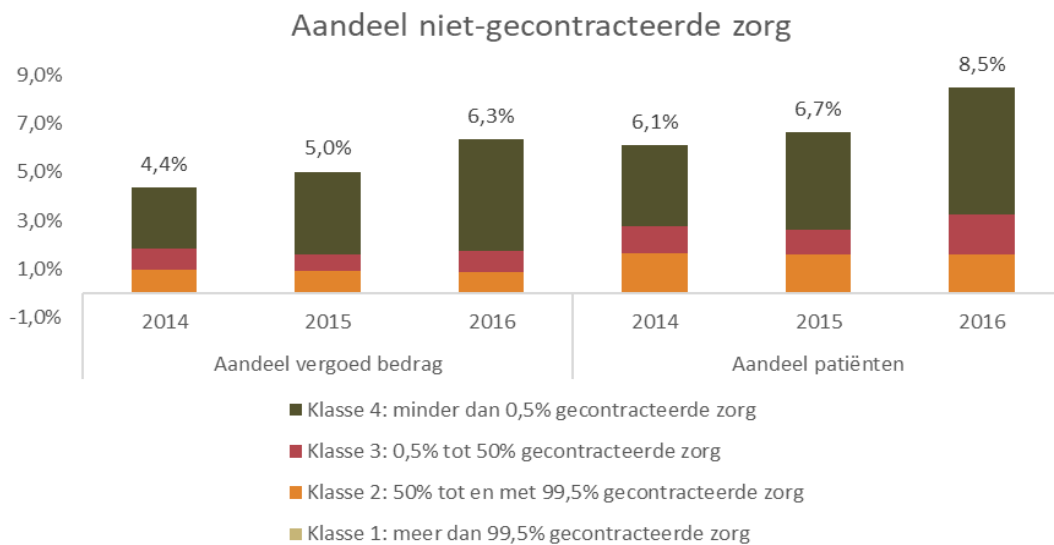
- Licht (zorgvraagwaarte 1 t/m 3)
- Middel (zorgvraagwaarte 4 t/m 5)
- Zwaar (zorgvraagwaarte 6 t/m 7)

Merk op: voor de generalistische basis ggz is er geen zorgvraagwaarte en kan niet gecorrigeerd worden. Daar is wel gekeken naar de gemiddelde prijs per prestatie.



## Bijlage 3: Overzicht kwantitatieve analyses

### Aandeel niet-gecontracteerde ggz in percentage vergoed bedrag en aantallen patiënten



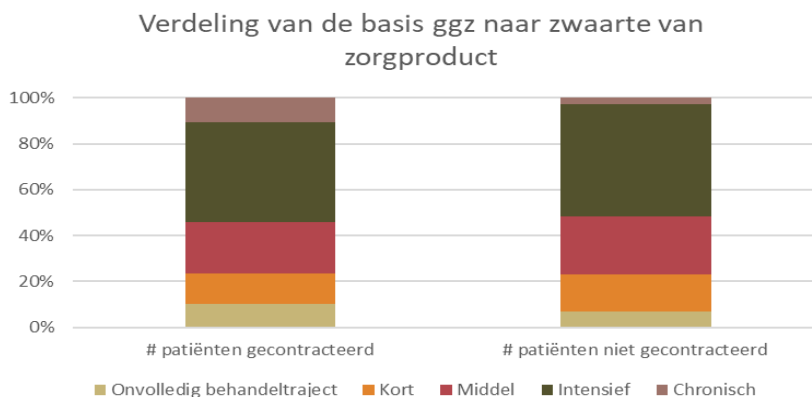
Figuur 16 Aandeel niet-gecontracteerde zorg in vergoed bedrag en aantal patiënten 2014 – 2016 (Vektis, 2018)

Bovenstaande grafiek laat zien dat het aandeel bij de gedeeltelijk gecontracteerden stabiel is over de jaren heen. Het aandeel volledig niet-gecontracteerd neemt echter wel toe. De klasse van volledig gecontracteerde aanbieders komt in de grafiek niet voor, omdat het aandeel niet-gecontracteerde zorg van deze aanbieders ongeveer nihil is.

Het totale kostenaandeel niet-gecontracteerd stijgt tussen 2014 en 2016 van 4,4% naar 6,3% (linkerdeel grafiek). Gemeten in aantallen patiënten neemt het aandeel toe van 6,1% naar 8,5% (rechterdeel grafiek).

### Verdeling casemix generalistische basis ggz (niet-) gecontracteerd

In de generalistische basis ggz is er geen zorgvraagzwaarte-indicator, maar geven de producten zelf al een zwaarte van de zorgvraag aan. Binnen de gecontracteerde zorg is het aandeel product

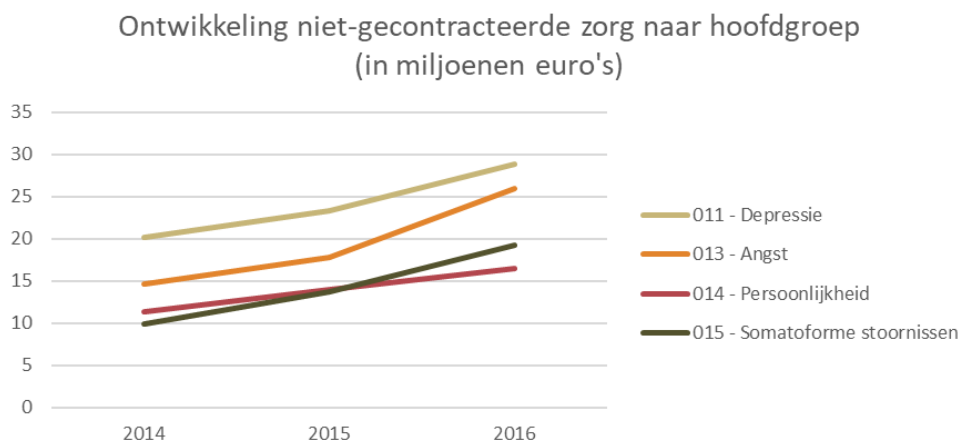


Figuur 17 Casemixverdeling generalistische basis ggz 2016 (niet-) gecontracteerde ggz (Vektis, 2018)

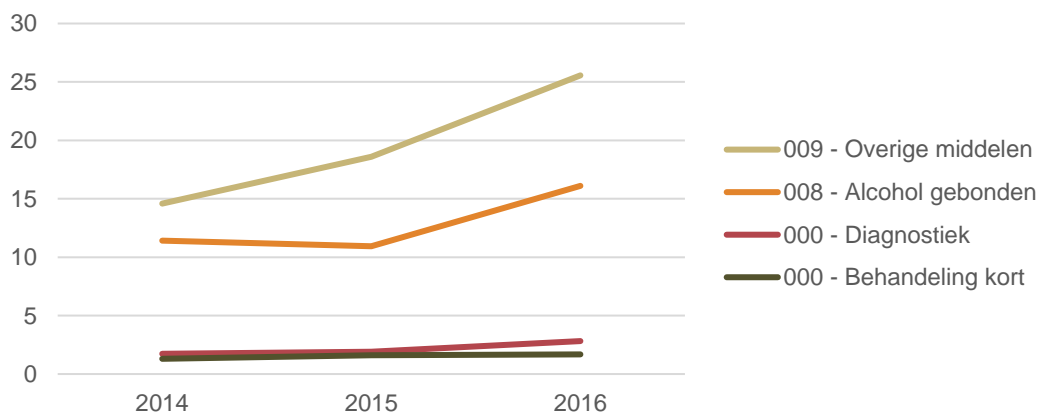
Chronisch hoger dan bij de niet gecontracteerde zorg. De mix verschilt verder niet veel tussen contracteerde en niet gecontracteerde zorg.

### Ontwikkeling van het vergoed bedrag bij niet gecontracteerde zorg per diagnosehoofdgroepen

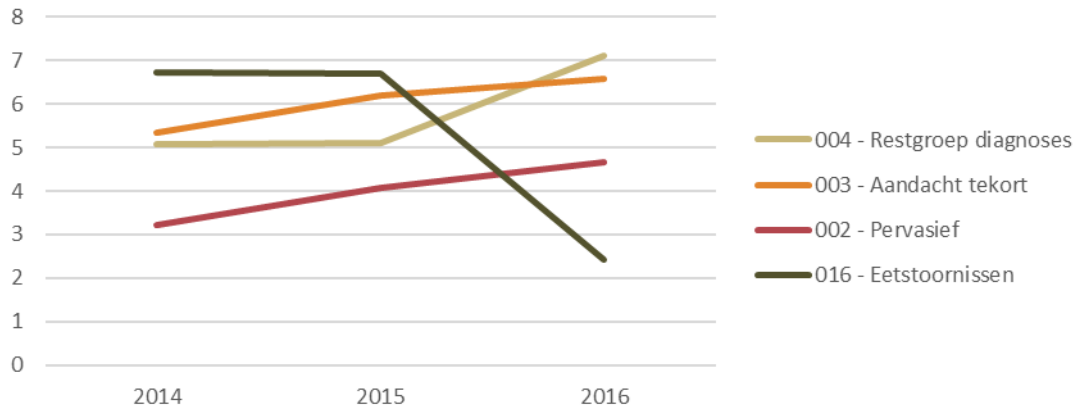
In aanvulling op de tekst in paragraaf 4.2 worden hier de trends van de hoofdgroepdiagnoses met het grootste aandeel niet-gecontracteerde ggz weergegeven. De totale ggz-markt is over de jaren stabiel. De trend voor niet-gecontracteerde ggz is voor de meeste diagnoses echter stijgend, in lijn met het toenemende aandeel niet-gecontracteerde ggz op het totaal. Een aantal diagnoses is stabiel over de jaren heen. Een scherpe daling is zichtbaar bij de hoofdgroep eetstoornissen, waar een aantal specifieke instellingen in 2014 nog geen contract had en in 2016 wel.



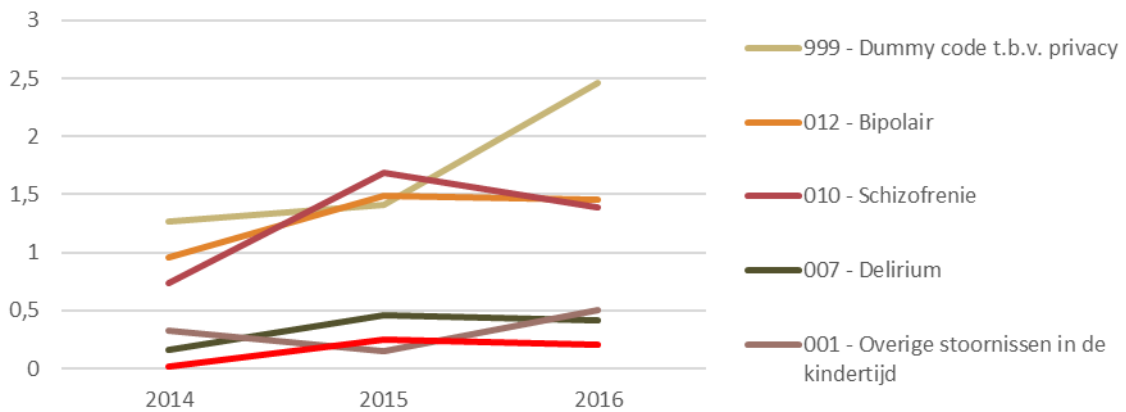
Figuur 18 Vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg depressie, angst, persoonlijkheid en somatoform 2014 - 2016 (Vektis, 2018)



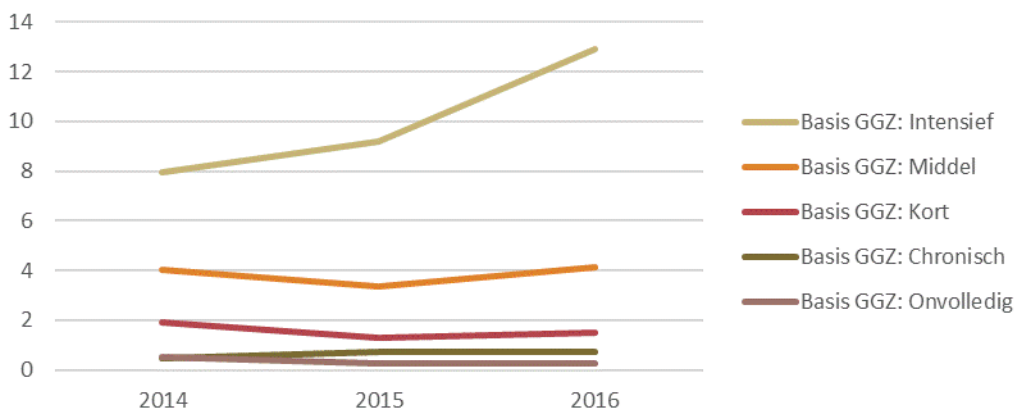
Figuur 19 Vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg verslaving, diagnostiek en behandeling kort 2014 - 2016 (Vektis, 2018)



Figuur 20 Vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg restgroep, aandachttekort, pervasief en eetstoornissen 2014 - 2016 (Vektis, 2018)



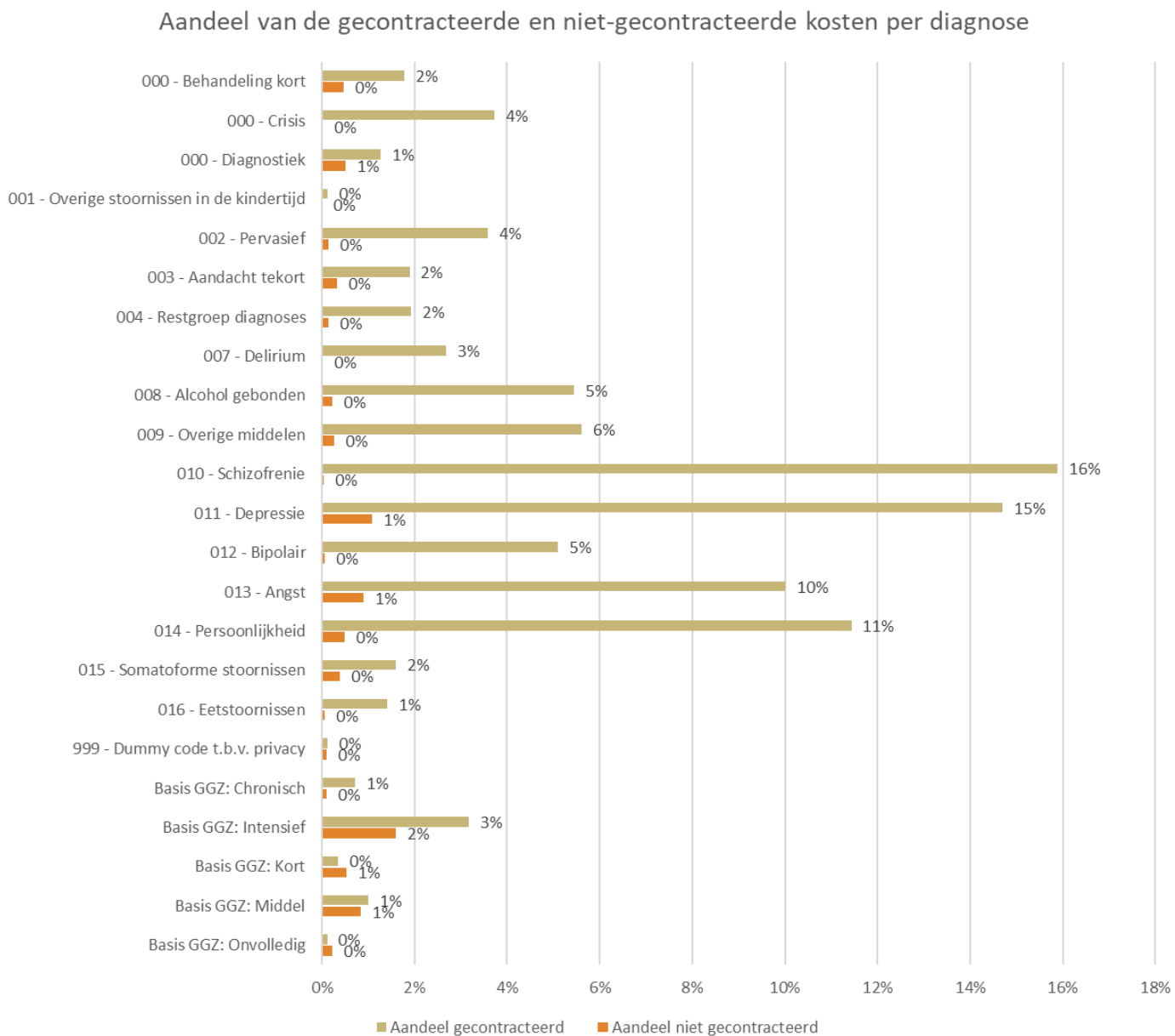
Figuur 21 Vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg dummy code, bipolair, schizofrenie, delirium, overige stoornissen en crisis 2014 - 2016 (Vektis, 2018)



Figuur 22 Vergoed bedrag niet-gecontracteerde zorg generalistische basis ggz 2014 - 2016 (Vektis, 2018)

### Aandeel van (niet-)gecontracteerde zorg over de verschillende diagnoses

Figuur 9 in paragraaf 4.3 toont de verhouding van verdeling van niet-gecontracteerde ggz over de verschillende diagnose, afgezet tegen het gemiddelde. Onderstaande grafiek toont de verdeling van de *totale* curatieve ggz over de verschillende diagnoses en de generalistische basis ggz. Hierbij is gekeken naar het aantal patiënten met een specifieke diagnosehoofdgroep. Van alle prestaties worden depressie, behandeling kort en het product intensief het vaakst gedeclareerd, gevolgd door angst en persoonlijkheid.

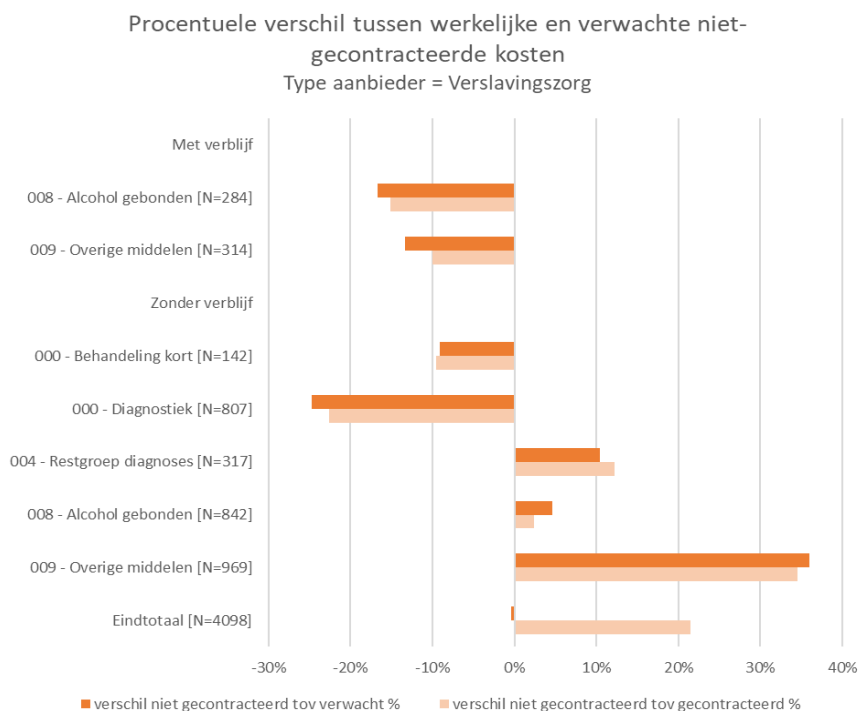


Figuur 23 Aandeel van de (niet-)gecontracteerde kosten per diagnose op totaal van de curatieve ggz 2016 (Vektis, 2018)

## Vergelijking zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, uitgesplitst naar type aanbieder

In aanvulling op paragraaf 0 zijn hieronder enkele aanvullende analyses weergegeven. Wanneer de procentuele verschillen in zorgkosten tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg worden uitgesplitst naar diagnose *binnen* de verschillende type zorgaanbieders, valt op dat de verschillen ontstaan door een beperkt aantal diagnoses. Bij elk type aanbieder zijn er diagnoses die niet-gecontracteerd lagere kosten hebben en die niet-gecontracteerd hogere kosten hebben. Het effect van de zorgzwaartecorrectie maakt bij de meeste diagnoses geen groot verschil.

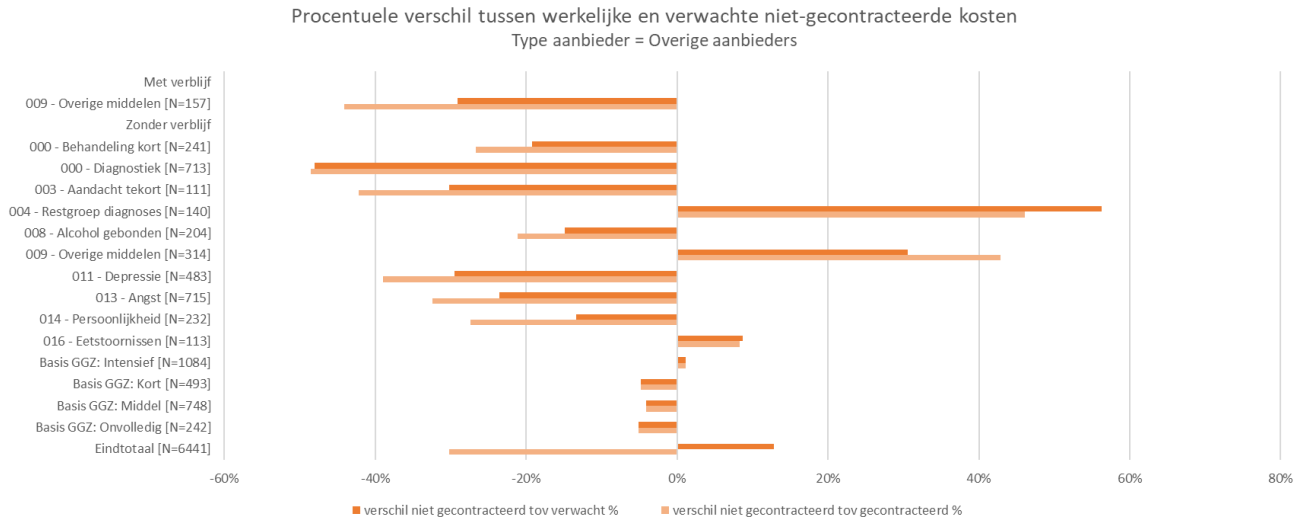
De meeste stoornissen wijken -20% tot +20% af. Sommige stoornissen bij sommige type zorgaanbieders wijken echter sterk af. De grootste afwijkingen doen zich voor bij restgroep diagnoses bij “overige” zorgaanbieders (Figuur 25), somatoforme stoornissen bij psychologische hulpverleners (Figuur 26) en diagnostiek en restgroep diagnoses bij vrijgevestigde psychiaters (Figuur 27).



Figuur 24 Procentueel verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde verslavingszorgaanbieder (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.

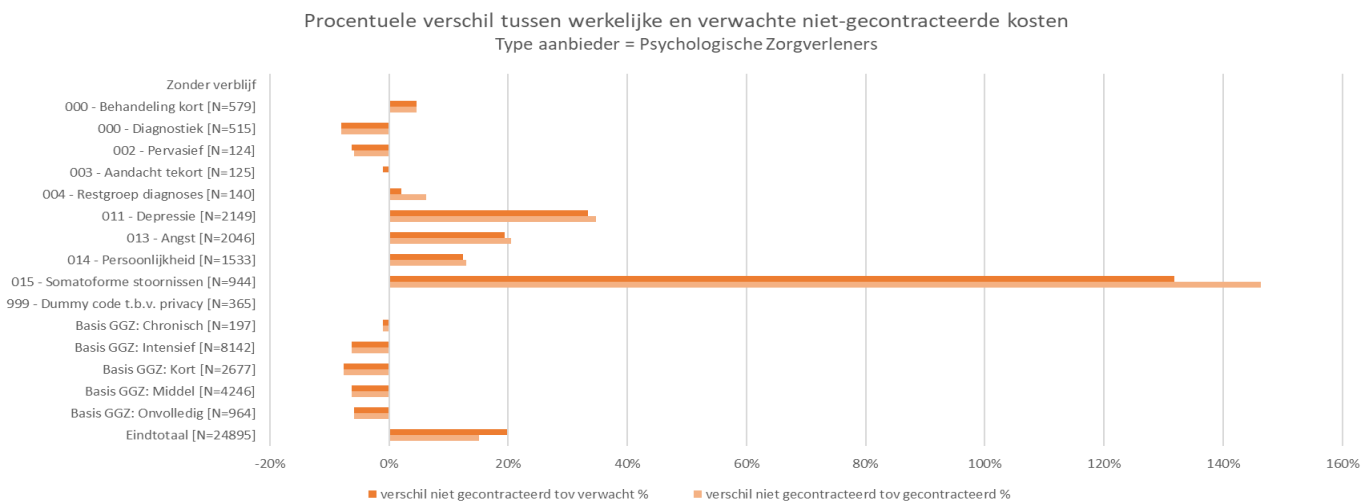
In Figuur 24 is te zien dat de klinische zorg bij niet-gecontracteerde verslavingszorg aanbieders lagere kosten kent. Dit geldt ook voor korte ambulante behandelingen. Ambulante behandeling van verslaving aan overige middelen kent echter meer dan 30% hogere kosten dan gecontracteerd.



**Figuur 25** Procentueel verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde “overige” zorgaanbieders (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

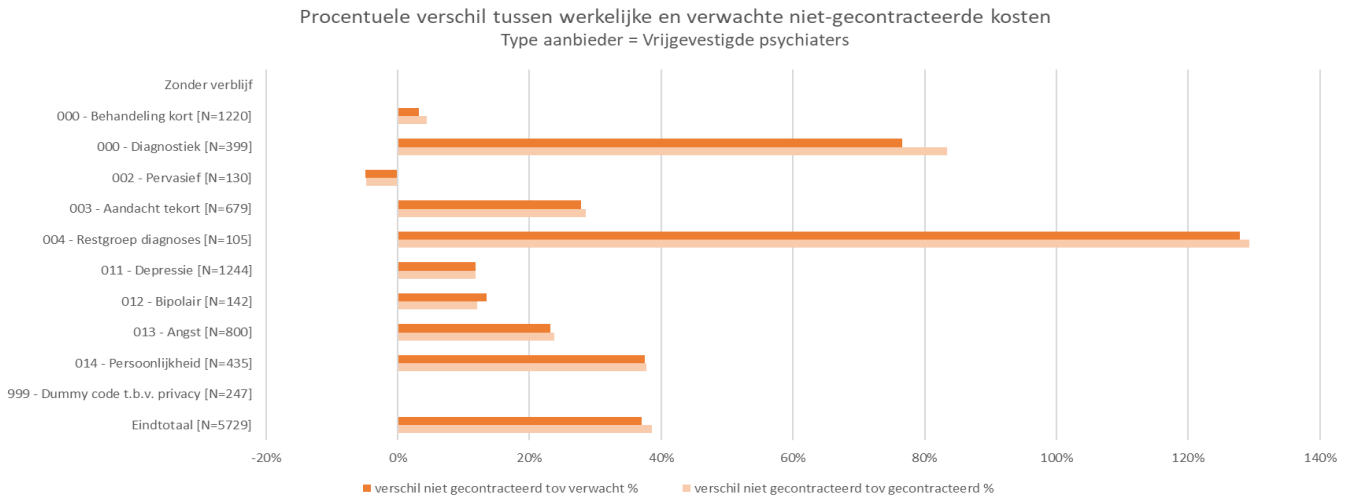
Bij “overige” zorgaanbieders zijn er veel uitschieters naar beide kanten. Dit heeft onder andere te maken met de niet-homogene samenstelling van deze groep aanbieders. Zie hiervoor Tabel 4 in Bijlage 2: Gebruikte data kwantitatieve analyses.



**Figuur 26** Procentueel verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde psychologische zorgverleners (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagzwaarte (Vektis, 2018)

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

Bij psychologische hulpverleners valt vooral de zeer sterke afwijking bij somatoforme stoornissen op. Deze is meer dan 120% duurder. De andere stoornissen wijken, met uitzondering van depressie, minder dan 20% naar één van beide kanten af.



*Figuur 27 Procentueel verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde vrijgevestigde psychiaters (lichte kleur). Donkere kleur toont verschil waarbij gecorrigeerd is voor zorgvraagwaarde (Vektis, 2018)*

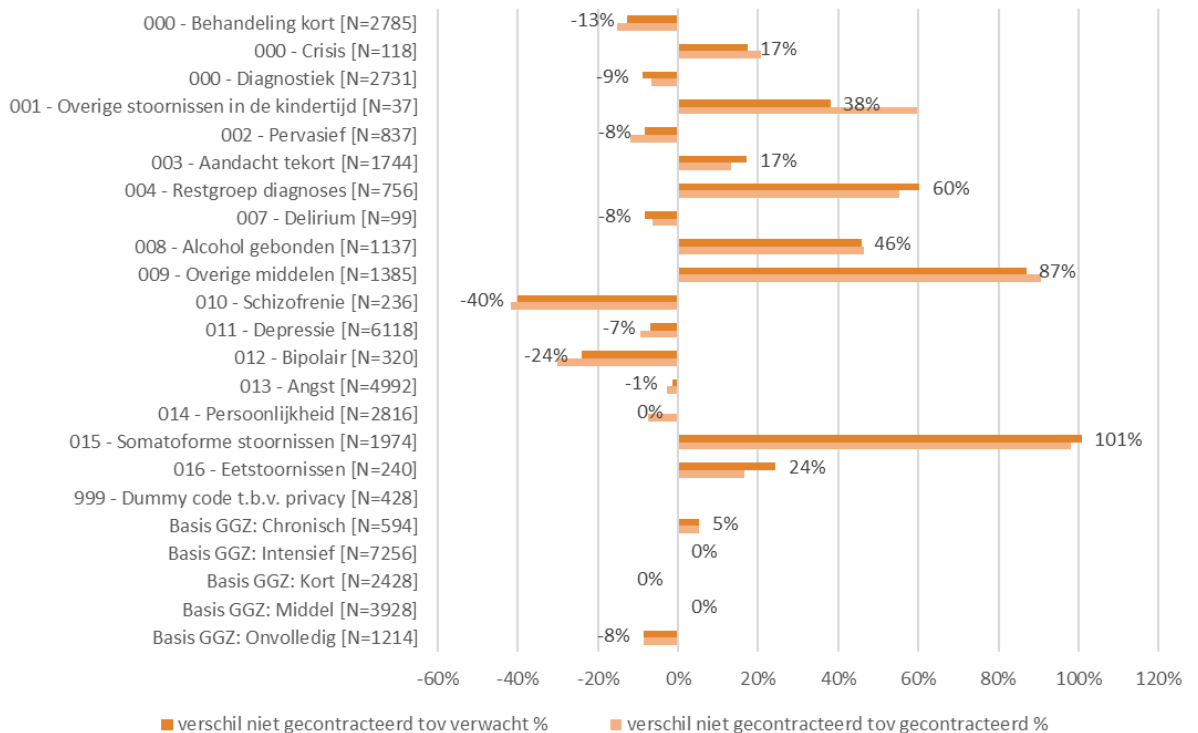
*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

Bij vrijgevestigde psychiaters kennen bijna alle diagnoses hogere kosten. Diagnostiek en restgroep diagnoses wijken hierbij meer dan 70% respectievelijk 120% af.

## Vergelijking werkelijke en verwachte behandelminuten per patiënt

Bovenstaande grafiek toont de verschillen tussen werkelijk en verwacht aantal behandelminuten.

Werkelijke behandelminuten per patiënt bij niet-gecontracteerde aanbieders afgezet tegen verwachte zorg - gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte - en afgezet tegen gemiddelde behandelminuten per patiënt bij gecontracteerde aanbieders.



Figuur 28 Procentuele verschil zorgkosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg 2016 (Vektis, 2018)

*N.B. de uitkomsten zijn gebaseerd op 45% van de patiënten binnen de niet-gecontracteerde ggz. Het is belangrijk om zowel te kijken naar de kostenverschillen met en zonder correctie, en te begrijpen waardoor eventuele verschillen daartussen ontstaan. Als de uitkomsten in lijn zijn met elkaar, dan geeft dat een goede basis om betrouwbare uitspraken te doen over de richting van de gevonden afwijkingen.*

De verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg zijn in deze grafiek met behandelminuten groter dan uitgedrukt in kosten. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de gemiddeld genomen lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg; zie stap 5 in Figuur 4 in paragraaf 3.2.2.



## Bijlage 4: Interviewleidraden

### 1. Zorgverzekeraars

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg in de ggz.

Doel van het onderzoek is om te kijken welke redenen er zijn voor de keuze van het aanbieden van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het interview duurt ongeveer een uur. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van.

Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

#### Type contract

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-) gecontracteerde zorg?
- Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot (niet-)gecontracteerde zorg? Verschilt dit per type zorgaanbieder in de ggz?
- Wat zijn voordelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Hoe verloopt het contracteringsproces met (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders?
- In hoeverre zijn er (groepen) zorgaanbieders die u bewust geen overeenkomst aanbiedt?  
Hoe verloopt het vergoedingsproces bij niet-gecontracteerde zorg?

#### Relatie verzekerde

- In hoeverre informeert u de verzekerden over de verschillen tussen (niet-) gecontracteerde zorg?
  - Op welke momenten?
  - Hoe besteedt u aandacht in een wisseling van contractstatus van een zorgaanbieder?
- In hoeverre informeren verzekerden wel eens bij u over (niet-)gecontracteerde zorg?
  - Op welke schaal?
  - Voorbeelden van vragen?
- In hoeverre ziet u verschillen in de mate van (niet-)gecontracteerde zorg tussen natura en restitutiepolissen?
  - Zo ja, welke?
  - Maakt u gebruik van selectieve inkoop binnen de ggz? Zo ja, in welke vorm en mate?
- In hoeverre heeft u het idee invloed te hebben op de keuze voor een (niet-) gecontracteerde zorgaanbieder die de verzekerde maakt?
- In hoeverre zijn er specifieke kenmerken voor de doelgroep die gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg?

#### Relatie zorgaanbieder

- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in kwaliteit tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Heeft u ervaring met/beelden bij verschillen in doelmatigheid tussen (niet-) gecontracteerde zorg?

- Welke instrumenten zet u in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
  - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Wat heeft u nodig om de uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg te beheersen?
- Welke rol kunt u hier zelf in spelen?
- Wat is uw verwachting rondom de ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?
  - Wat zijn opvallende zaken geweest in de inkoopronde 2018?
  - Verwacht u wijzigingen bij de zorginkoopronde voor 2019? Zo ja, welke?
- In hoeverre heeft u het idee invloed uit te kunnen oefenen op keuze van aanbieders voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg?

#### Overall

- In hoeverre is niet-gecontracteerde zorg een probleem voor uw organisatie?
- Zijn er wijzigingen nodig binnen uw organisatie om deze problemen te ondervangen?
- Zijn er wijzigingen nodig op landelijk niveau om deze problemen te ondervangen?

#### Afsluiting

Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullend opmerkingen of vragen?  
Dank voor uw medewerking.

#### 2. Instellingen

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg in de ggz.

Doel van het onderzoek is om te kijken welke redenen er zijn voor de keuze van het aanbieden van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het interview duurt ongeveer een uur. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van.

Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

#### Organisatie

- Wat was het eerste wat bij u opkwam toen u benaderd werd voor een interview over (niet-) gecontracteerde zorg?
- Wat is het aandeel van Zvw-zorg in uw totale instelling?

#### Leveren ggz

- Levert u gecontracteerd/niet-gecontracteerd/beiden?
- Welke afwegingen maakt u met keuze voor het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
- In hoeverre denkt u dat er verschil in kwaliteit is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- In hoeverre denkt u dat er een verschil in doelmatigheid is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet de zorgverzekeraar in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
  - Hoe worden declaraties/facturaties uitgevoerd bij niet-gecontracteerde deel
  - Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Hoe ziet u de ontwikkelingen voor u voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst?

### Relatie verzekeraars

- In hoeverre voert u gesprekken met verzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
  - Waarom wel/ niet?
  - Ervaart u het als een gelijke keuze om (niet-)gecontracteerde zorg te leveren?
- Wat zijn redenen/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is ervoor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (wensen/dromen)
- In hoeverre ervaart u verschillen tussen zorgverzekeraars?

### Vragen behandelaar in loondienst: Type contract

- Weet u of de organisatie waarvoor u werkt (niet-)gecontracteerd is?
- In hoeverre wordt u hierover geïnformeerd door uw werkgever?
- Wat zijn volgens u voordelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn volgens u nadelen van (niet-)gecontracteerde zorg?
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?

### Relatie met patiënten

- Informeert u uw patiënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende verzekeraar?
  - Informeren patiënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
  - Denkt u dat patiënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
  - Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen patiënten die gebruik maken van (niet-) gecontracteerde zorg?
  - Betalen patiënten een eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorg?
  - Informeert u hen hierover?
- Wat mogen patiënten merken van het wel/niet hebben van een overeenkomst?

## 3. Vrijgevestigden

Allereerst dank voor uw medewerking aangaande ons onderzoek naar niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg in de ggz.

Doel van het onderzoek is om te kijken welke redenen er zijn voor de keuze van het aanbieden van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het interview duurt ongeveer een half uur. De informatie uit het interview wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen terugkoppeling van.

Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan mag u dat ten alle tijden aangeven.

### Kennismaking

- Wat is de reden dat u medewerking wil verlenen aan dit onderzoek?
- Hoelang bent u al werkzaam in de ggz? (andere banen, carrière etc.)
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- Hoe ervaart u het werk?
  - Vroeger/nu verschil?
- Werkt u ook als onderaannemer voor een zorgaanbieder?

- Zo ja, hoe is de contractuele/financiële constructie?

### Vragen vrijgevestigde behandelaar: Relatie met zorgverzekeraar

- Levert u gecontracteerd/niet-gecontracteerd/beiden?
- Voert u gesprekken met verzekeraars over het leveren van (niet-)gecontracteerde zorg?
  - Waarom wel/ niet?
- Wat zijn uw reden/motieven om wel/geen contract af te sluiten?
- Kunt u voordelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Kunt u nadelen noemen voor het wel/niet afsluiten van een contract?
- Wat is ervoor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (Wensen/dromen)
- Wat zijn ervaringen en/of beelden van (niet-)gecontracteerde zorg in relatie tot een goede beroepsuitoefening?
- In hoeverre denkt u dat er verschil in kwaliteit is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- In hoeverre denkt u dat er een verschil in doelmatigheid is tussen (niet-)gecontracteerde zorg?
- Welke instrumenten zet de zorgverzekeraar in om toe te zien op de rechtmatigheid van de declaraties voor (niet-)gecontracteerde zorg?
- Hoe worden declaraties/facturaties uitgevoerd bij het niet-gecontracteerde deel?
- Wat zijn de effecten van de inzet van deze instrumenten (gewenst/ongewenst)?
- Wat is ervoor nodig om volledige gecontracteerde zorg te gaan bieden? (Wensen/dromen)
- In hoeverre ervaart u verschillen tussen zorgverzekeraars? Zo ja, welke?

### Relatie met patiënten

- Informeert u uw patiënten of er wel/geen contract is met de desbetreffende verzekeraar?
  - Informeren patiënten zelf wel eens of de zorg (niet-)gecontracteerd is?
  - Denkt u dat patiënten bewust kiezen voor het een of het ander?
- Welke redenen zitten hier volgens u voor hen achter?
  - Of ervaart u verschillen (in zorgvraag) tussen patiënten die gebruik maken van (niet-) gecontracteerde zorg?
  - Betalen patiënten een eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorg?
  - Informeert u hen hierover?
- Wat mogen patiënten merken van het wel/niet hebben van een overeenkomst?

### Afsluiting

Dit waren mijn vragen voor u. Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen of vragen?

Dank voor uw medewerking.

### 4A. Patiënten – interviewvragen

Dank voor de mogelijkheid contact met u op te nemen naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst. In dit korte telefonische interview willen we graag horen welke bewuste keuzes er worden gemaakt om te komen tot een behandeling. Dit gesprek zal ongeveer een kwartier duren.

De online enquête wordt gebruikt om over een grote groep patiënten te laten zien welke antwoorden het meest gegeven te worden. Omdat de antwoorden uit de vragenlijst anoniem worden verwerkt, is het voor ons niet bekend welke antwoorden u heeft gegeven. Daarom zullen we u een aantal vragen stellen die u ook al heeft beantwoord in de vragenlijst en daar iets dieper op ingaan.

Mocht u op vragen geen antwoord willen geven, dan kunt u dat gewoon aangeven. Ook de antwoorden die u tijdens dit interview geeft worden anoniem verwerkt in het rapport.

### Vragenlijst

- Wat was voor u de reden om de vragenlijst in te vullen?
- Hoe heeft u het invullen van de vragenlijst ervaren?

### Keuzeproces

- Bij welke zorgaanbieder bent u behandeling?
- Hoe bent u tot de keuze gekomen voor uw behandelaar?
  - Welke factoren speelden daarbij een rol? (Denk aan initiatief verwijzer, behandelaar was al bekend, wachtlijsten)
- Bij welke zorgverzekeringsmaatschappij bent u verzekerd?
  - In hoeverre heeft u bewust gekozen voor deze zorgverzekering?
  - Heeft u advies gekregen over het afsluiten van uw zorgverzekering?
  - Heeft u een aanvullende verzekering? (Weet u welke?)
  - Waarom heeft u deze aanvullende verzekering afgesloten?

### Bekendheid met (niet-)gecontracteerde zorg

- Bent u bekend met termen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?
  - Wat betekent het volgens u?
  - In hoeverre is het hebben van een contract van belang voor uw keuze voor een behandelaar?
  - Waarom wel/niet?
- Wist u voorafgaand aan uw behandeling of uw behandelaar een contract had met uw zorgverzekeraar?
  - Door wie bent u hierover geïnformeerd?
  - Heeft u hier zelf navraag naar gedaan?
  - Heeft u bewust gekozen voor een niet-gecontracteerde/gecontracteerde behandelaar?

### Eigen betalingen

- Betaalt u naast uw eigen risico een bijdrage voor uw zorg in de ggz?
  - Zo ja, welke reden heeft uw behandelaar hiervoor gegeven?
  - Zo nee, zou u een andere behandeling kiezen in het geval u extra zou moeten betalen?

### 4B. Patiënten – enquêtevragen

Fijn dat u wilt deelnemen aan ons onderzoek naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in de ggz. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Arteria Consulting, met medewerking van onder andere [MIND, Landelijk Platform Psychische Gezondheid](#).

Met dit onderzoek willen we erachter komen welke redenen er zijn voor het aanbieden van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Dit vragen we aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en aan u als patiënt. **U hoeft deze enquête alleen in te vullen als u een ggz-behandeling heeft (gehad).**

Het invullen van deze enquête duurt ongeveer 15 minuten. De informatie uit deze enquête wordt anoniem verwerkt en u ontvangt hier geen persoonlijke terugkoppeling van. Mochten er vragen bij zitten waar u geen antwoord op kan of wil geven dan kunt u dit aangeven.

Het eindrapport wordt eind juni aan de Tweede Kamer aangeboden. Dit rapport is dan (onder andere) via MIND, [Landelijk Platform Psychische Gezondheid](#) op te vragen.

Als u vragen hebt over dit onderzoek, kunt u een e-mail sturen naar [onderzoek@arteriaconsulting.nl](mailto:onderzoek@arteriaconsulting.nl)

### **Algemene vragen**

1. Hoe bent u benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek?
  - Via het ggz-panel/ Via de MIND-nieuwsbrief/ Via mijn behandelaar/ Anders (toelichting)
2. Wat is uw leeftijd?
  - 0 tot 24/ 25 tot 49/ 50 tot 74/ 75+/ Wil ik niet zeggen
3. Wat is uw geslacht?
  - Vrouw/ Man/ Wil ik niet zeggen
4. In welke provincie woont u?
  - 12 provincies/ Wil ik niet zeggen

### **Uw behandeling**

5. Wanneer is de behandeling bij uw huidige behandelaar begonnen?
  - Voor 2017 /In 2017/ In 2018/ De behandeling moet nog beginnen/ Wil ik niet zeggen
6. Door wie bent u verwezen naar uw huidige behandelaar?
  - Huisarts/ ziekenhuis/ andere ggz-aanbieder/ Wil ik niet zeggen
7. Bij welke verzekeringsmaatschappij bent u op dit moment verzekerd?
  - Alle verzekeraars + labels/ Wil ik niet zeggen
8. Heeft uw huidige behandelaar een contract met uw zorgverzekeraar?
  - Ja/ Nee/ Weet ik niet/ Wil ik niet zeggen

### **Relatie met zorgaanbieder**

9. Bij welke zorgaanbieder bent u in behandeling?
  - Open tekstveld
10. Heeft u eerder ggz-behandelingen gehad?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen
11. Hoe lang krijgt u al ggz-behandeling?
  - Kortere dan 1 jaar/ Tussen de 1 en 3 jaar/ Langer dan 3 jaar/ Wil ik niet zeggen
12. Hoe vaak heeft u een behandelingsafspraken (individueel gesprek of groepstherapie)?
  - Minimaal iedere week/ Minimaal iedere maand/ Anders (toelichting)/ Wil ik niet zeggen

### **Verskil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd + informatie vooraf**

13. Kent u het verschil tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg?
  - Ja, (naar vraag 14)/ Nee (naar vraag 15)/ Wil ik niet zeggen (naar vraag 15)
14. *Wat zijn volgens u de verschillen tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde zorg? (Korte toelichting)*
  - Open tekstveld
15. Wist u voorafgaand aan de behandeling of uw behandelaar een contract had met uw zorgverzekeraar?
  - Ja, (naar vraag 16)/ Nee (naar vraag 17)/ Wil ik niet zeggen (naar vraag 17)
16. *Hoe bent u voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd over het (niet) hebben van een contract? (Korte toelichting)*
  - Open tekstveld

### **Informatie over (niet-) gecontracteerde zorg**

*Met gecontracteerde zorg bedoelen we dat uw behandelaar een contract heeft afgesloten met uw zorgverzekeraar.*

*In zo'n contract staan afspraken over de prijs die de zorgaanbieder krijgt voor een behandeling. Ook staat er vaak in hoeveel behandelingen een zorgaanbieder per jaar mag doen. Er kunnen ook afspraken instaan over de kwaliteit van de zorg of over nieuwe, innovatieve behandelingen.*

*Zo'n contract wordt niet altijd afgesloten, hier kunnen behandelaren en zorgverzekeraars zelf voor kiezen.*

*Wanneer er geen contract is afgesloten, kan de zorg wel geleverd worden. In dit geval spreken we over niet-gecontracteerde zorg.*

17. Heeft u informatie gevraagd aan uw behandelaar of zorgverzekeraar over (niet-) gecontracteerde zorg?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
18. Heeft u informatie ontvangen van uw behandelaar of zorgverzekeraar over (niet-) gecontracteerde zorg?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
19. Heeft u informatie ontvangen over de kosten van zorg die u zelf moet betalen (bijvoorbeeld eigen risico of bijbetaling bij niet-gecontracteerd)? Deze informatie kunt u zowel van uw behandelaar als van uw zorgverzekeraar hebben gekregen.
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)

### **Keuzeaanbod in de ggz**

20. Heeft u met specifieke redenen gekozen voor een (niet-)gecontracteerde behandelaar? (Geef een korte toelichting)
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
21. Ervaart u voldoende keuze binnen het zorgaanbod in de ggz?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
22. Ervaart u voldoende keuze binnen het gecontracteerde zorgaanbod in de ggz?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
23. Adviseert uw zorgverzekeraar u bij de keuze voor een zorgaanbieder?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)
24. Adviseert uw verwijzer (bijvoorbeeld huisarts) u bij de keuze voor een zorgaanbieder?
  - Ja/ Nee/ Wil ik niet zeggen/ Kunt u uw antwoord toelichten? (Optioneel)

### **Voor- en nadelen van niet-gecontracteerde zorg**

25. Kunt u voordelen noemen van niet-gecontracteerde zorg?
  - Open tekstveld
26. Kunt u nadelen noemen van niet-gecontracteerde zorg?
  - Open tekstveld
27. Heeft u wel eens extra geld moeten betalen bovenop uw eigen risico van de zorgverzekeraar?
  - Ja, (naar vraag 28)/ Nee (naar aanvullend interview)/ Wil ik niet zeggen (naar aanvullend interview)
28. Waarvoor moest u extra geld betalen bovenop uw eigen risico? Was dat omdat uw behandelaar geen contract had? Of was er een andere reden? (Geef een korte toelichting)
  - Open tekstveld

### **Aanvullend interview (vrijblijvend)**

Graag zouden we met een aantal mensen nog een telefonisch interview af willen nemen. In dit telefoongesprek willen we aanvullende vragen stellen. We willen ook graag weten hoe u het invullen heeft ervaren.

Dit telefonisch interview zal maximaal 20 minuten duren. Deelname is geheel vrijwillig. Als wij u hiervoor mogen bellen, kunt u uw contactgegevens naar ons mailen. De antwoorden uit de interviews zullen anoniem worden verwerkt.

[Klik hier om een e-mail te sturen voor een aanvullend telefonisch interview](#)

Wij zullen u dan een e-mail sturen om een belafspraak te maken.

**Als u geen interesse heeft, kunt u direct op 'volgende' klikken.**

### **Bedankt!**

29. Is er nog iets dat u wilt vragen of wilt delen?

- Open tekstveld (optioneel)

Dit is het einde van de vragenlijst. Dank voor uw medewerking!

Heeft u nog vragen over deze enquête? Stuur dan een e-mail naar [onderzoek@arteriaconsulting.nl](mailto:onderzoek@arteriaconsulting.nl)



## Bijlage 5: Begrippenlijst

### **Artikel 13**

Door Artikel 13 wordt geborgd dat het door de zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis te bepalen vergoeding voor de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou vormen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden.

### **Hinderpaalcriterium**

Het hinderpaalcriterium is een onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgt ervoor dat de vergoeding die zorgverzekeraars geven, niet zo laag mag zijn dat verzekerden worden belemmerd in de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. Het hinderpaalcriterium dient op deze manier tegelijkertijd als bescherming voor zorgaanbieders die geen contract (kunnen) sluiten met Nederlandse zorgverzekeraars.