

Bijlage bij Voortgangsrapportage Landelijke afspraken wachttijden in de ggz

Omzetplafonds bij vrijgevestigden en
wachttijden in de gespecialiseerde ggz

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen	8
2.1 Verschillen in zorgaanbod	8
2.2 Verschillen in wachttijden	9
2.3 Conclusie ten aanzien van verschillen vrijgevestigden versus instellingen	9
3. Effect omzetplafonds op instroom nieuwe patiënten	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Vulling van de omzetplafonds	11
3.3 Terugloop van het aantal nieuwe patiënten	12
3.4 Conclusie instroom nieuwe patiënten	13
4. Conclusie	14
4.1 Duiding van de resultaten	14
4.2 Aanbevelingen	15
Bijlage 1. Definitie vrijgevestigde	17
Bijlage 2. Aandeel basis-ggz	18
Bijlage 3. Diagnosegroepen instellingen vs vrijgevestigden	19
Bijlage 4. Lengte van behandeling instelling vs vrijgevestigden	21

Samenvatting

De NZa heeft onderzocht in hoeverre er vanwege omzetplafonds bij vrijgevestigden in de gespecialiseerde ggz capaciteit onbenut blijft waardoor patiënten langer op zorg moeten wachten. Dit onderzoek maakt deel uit van de Landelijke Afspraken omtrent wachttijden in de ggz, waarbij is toegezegd dat de NZa onderzoek zou uitvoeren naar het effect van omzetplafonds van vrijgevestigden op de capaciteit. Om deze vraag te beantwoorden hebben wij met behulp van declaratiedata en gegevens van zorgverzekeraars onderzocht hoeveel gespecialiseerde ggz de vrijgevestigden leveren. Ook hebben wij naar patronen gezocht die wijzen op een afname van productie ten gevolge van omzetplafonds. Tenslotte hebben wij informatie opgevraagd bij vier zorgverzekeraars en met een achttal vrijgevestigden gesprekken gevoerd, bedoeld om de uitkomsten van de data-analyses verder te duiden¹.

Vrijgevestigden declareren 13% van het aantal dbc's in de gespecialiseerde ggz. Het percentage van de omzet is lager, aangezien vrijgevestigden vaak kortere behandeltrajecten aanbieden. Vrijgevestigden leveren over het algemeen monodisciplinaire zorg, zonder verblijfszorg aan een patiëntpopulatie die – in vergelijking met instellingen – minder complex is.

Aan vier grote zorgverzekeraars is gevraagd inzicht te geven in het aantal vrijgevestigden dat tegen een omzetplafond aanloopt. Uit de aangeleverde informatie bleek dat zo'n 3% van de gecontracteerde aanbieders een omzet heeft gedeclareerd dat in de buurt komt van het omzetplafond (waarbij tussen de 90% en 100% van het omzetplafond werd gedeclareerd), maar dus niet het plafond heeft overschreden. Een overgrote meerderheid van de vrijgevestigden benadert daarmee niet het afgesproken omzetplafond (en blijft minimaal 10% onder het plafond). Bij ongeveer 2,5% van de vrijgevestigden is daadwerkelijk meer dan 100% van het omzetplafond gedeclareerd en werd de overproductie teruggevorderd. Ook zijn er gevallen waarbij overproductie niet wordt teruggevorderd, wat gezien kan worden als een (impliciete) verhoging van het omzetplafond. De kans is echter reëel dat een deel van de vrijgevestigden op het omzetplafond anticipeert, waardoor dit niet snel zichtbaar wordt in feitelijke overproductie.

We verwachten dat op het moment dat door omzetplafonds capaciteit onbenut blijft, een afname van productie zichtbaar wordt gedurende het jaar, op het moment dat het omzetplafond wordt benaderd. Dit zal met name bij nieuwe patiënten gelden, aangezien lopende behandelingen niet zonder meer en om financiële redenen afgebroken kunnen worden. Om een helder beeld te krijgen van een mogelijke daling van het aantal nieuwe patiënten, hebben wij over het meest recente uitgedeclareerde jaar (2015) een vergelijking gemaakt tussen de eerste helft en de tweede helft van het jaar. Als het omzetplafond knelt dan is het aannemelijk dat dit vooral in de tweede helft van het jaar gebeurt. In

¹ De declaratiedata zijn afkomstig van Vektis. De analyses gaan - tenzij anders vermeld - over het jaar 2015 en over heel Nederland. Voor de gesprekken hebben we een aantal vrijgevestigden benaderd in een regio waar zowel instellingen als vrijgevestigden werkzaam zijn. Het zijn vrijgevestigden die gespecialiseerde ggz leveren en op zijn minst met een deel van de zorgverzekeraars contracten hebben gesloten. In bijlage 1 is beschreven welke definitie wij hanteren voor vrijgevestigden ten behoeve van data-analyse.

deze analyse zijn de maanden december en januari uitgesloten². De uitkomsten worden in onderstaande tabel getoond.

Tabel 1. Gemiddeld aantal nieuwe patiënten per maand over 1^e en 2^e helft van 2015

Maandelijks aantal nieuwe patiënten	Instellingen	Vrijgevestigden
eerste helft (feb-juni)	21.121	3.847
tweede helft (jul-nov)	21.525	3.584
verschil per maand	404	-263
procentueel verschil	1.9%	-7.3%

Bron: declaratiedata Vektis

Uit bovenstaande Tabel 1 blijkt er bij instellingen sprake te zijn van een lichte toename van nieuwe patiënten van zo'n 2%. Bij vrijevestigden is een duidelijke afname te zien van het aantal nieuwe patiënten dat zij maandelijks in behandeling nemen. Het betreft een afname van ruim 7% in de tweede helft van het jaar. Deze daling kan niet eenvoudig aan andere oorzaken gelinkt worden en wijst daarom op een beperkende rol van het omzetplafond. Wanneer wij deze effecten vertalen naar concrete aantallen patiënten, is onze schatting dat in de tweede helft van het jaar maandelijks ongeveer 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijevestigden indien deze capaciteit vrijgemaakt wordt. Het totaal aantal nieuwe patiënten in de gehele gespecialiseerde ggz (dus zowel instellingen als vrijevestigden) betreft ongeveer 25.000 per maand. Een toename met 263 nieuwe patiënten betreft een stijging van ongeveer 1% per maand in de tweede helft van het jaar. Op jaarbasis zou dit betekenen dat de capaciteit met 0,5% toeneemt.

Op basis van voorgaande analyses wijzen op een beperkende rol van het omzetplafond. Indien dit het geval is, zouden er op jaarbasis zo'n 1600 patiënten extra in behandeling kunnen worden genomen door vrijevestigden. Op het moment dat capaciteit voorhanden is en omzetplafonds voor de gespecialiseerde ggz verruimd worden, kan dit ook betekenen dat capaciteit voor basis-ggz (en/of jeugdzorg) afneemt. Doorstroom vanuit de gespecialiseerde ggz zal om die reden mogelijk worden gehinderd. De 0,5% groei in productievolume in de gespecialiseerde ggz moet daarom gezien worden als een maximum.

Hoewel de effecten op macroniveau beperkt zijn, betekent het wel dat er een aantal patiënten onnodig lang wachten. Het is onwenselijk dat zij wachten terwijl er tegelijkertijd capaciteit onbenut blijft. Betekent dit nu dat omzetplafonds als zodanig geen bestaansrecht meer hebben? Nee, maar we concluderen wel dat dit instrument voor kostenbeheersing een licht beperkend effect heeft op de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz. We zien in deze specifieke markt dat de balans tussen waken over betaalbaarheid en toegankelijkheid voor een aantal patiënten dat wacht op behandeling in de gespecialiseerde ggz ongunstig uitvalt. Ons advies is daarmee niet om omzetplafonds zonder meer te verruimen. Bij de vraag of verruiming nodig is gaat het erom dat er extra patiënten geholpen kunnen worden die anders op een wachtlijst zouden staan. Daarnaast moet verruiming alleen mogelijk zijn voor vrijevestigden die ook daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen. Zonder aan deze randvoorwaarde te voldoen is het niet erg aannemelijk dat extra financiële middelen ten goede komen aan de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz.

² De maanden januari en december kennen van oudsher respectievelijk een zeer sterke piek en dal. De vakantie periode in december speelt hier onder andere een belangrijke rol in.

1. Inleiding

De wachttijden in de ggz overschrijden al langere tijd de Treeknormen. Mensen krijgen hierdoor niet op tijd de zorg die zij nodig hebben en waar zij recht op hebben. Dit kan leiden tot een verslechtering van de gezondheidssituatie en kan daardoor tot een nog grotere zorgvraag leiden.

Om de wachttijden in de ggz terug te dringen zijn er verschillende initiatieven opgezet. De landelijke afspraken die zijn gemaakt om wachttijden terug te dringen gaan over diverse thema's, waaronder:

- de effectieve inzet van beschikbare capaciteit van ggz-behandelaren (en de uitbreiding daarvan);
- de inzet van e-health;
- de verbetering van samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de ggz;
- de beschikbaarheid van ambulante zorg, acute ggz en beveiligde ggz.

Een onderdeel van de afspraken die zijn gemaakt betreft voorliggend onderzoek dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is uitgevoerd naar het effect van omzetplafonds bij vrijgevestigden op het ontstaan van wachttijden in de gespecialiseerde ggz. Meer concreet onderzoeken wij de vraag of het aannemelijk is dat omzetplafonds dermate laag worden vastgesteld dat capaciteit om wachtlijsten weg te werken onbenut blijft. Dit onderzoek is gestart naar aanleiding van de Landelijke Afspraken omtrent wachttijden in de ggz³, waarbij is toegezegd aan de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) dat de NZa voorliggend onderzoek zou uitvoeren.

Zoals de NZa in verschillende rapportages over wachttijden in de ggz heeft toegelicht, ligt er aan wachttijden een scala van oorzaken ten grondslag⁴. Deze oorzaken beïnvloeden elkaar en zijn niet altijd goed kwantificeerbaar. Om die reden is het vaststellen van een causaal verband tussen omzetplafonds bij een deel van de zorgaanbieders en wachttijden in een gehele sector zeer lastig.

In dit onderzoek bekijken we in hoeverre het aantal nieuwe patiënten in de tweede helft van het jaar terugloopt. Dit kan immers een indicatie zijn dat het omzetplafond wordt benaderd en vrijgevestigden als gevolg daarvan minder nieuwe patiënten in behandeling nemen. Om deze vraag te beantwoorden hebben wij een analyse uitgevoerd van declaratiedata. Daarnaast hebben wij informatie opgevraagd bij vier zorgverzekeraars en met een achttal vrijgevestigden gesprekken gevoerd. De gesprekken zijn vooral bedoeld om de uitkomsten van de data-analyses verder te duiden, we suggereren met deze gesprekken niet een representatief beeld van de sector te geven.

³ Zie onder andere:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/07/13/kamerbrief-over-afspraken-wachttijden-ggz>

⁴ Zie onder andere: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_210611_22/1/

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 maken we een vergelijking tussen de zorg die geleverd wordt door instellingen en vrijgevestigden. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de effecten van omzetplafonds onderzocht. In hoofdstuk 4 worden de resultaten nader geduid en worden conclusies getrokken. We sluiten af met een aantal aanbevelingen.

2. Verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen

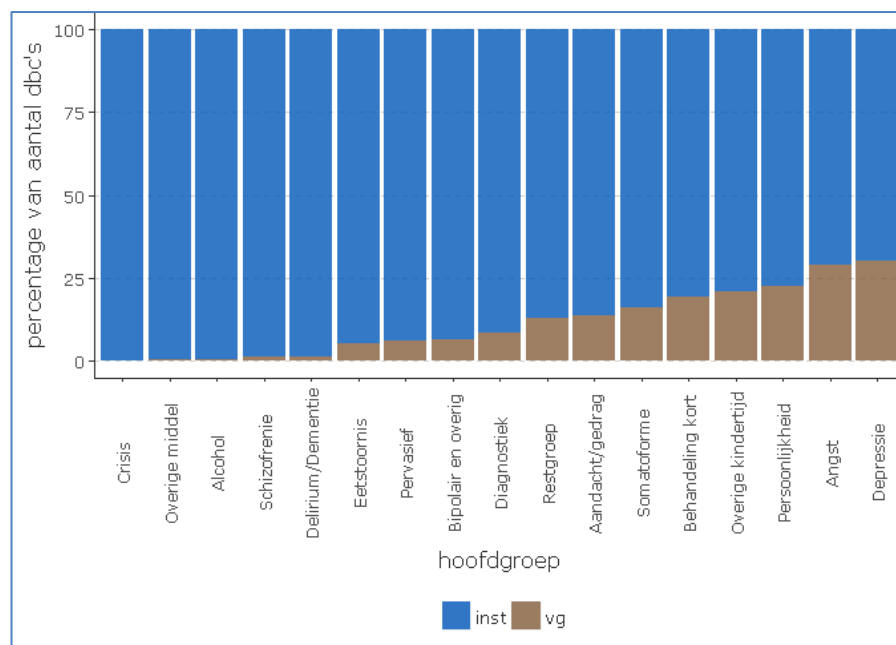
2.1 Verschillen in zorgaanbod

Het soort zorg dat vrijgevestigden leveren, verschilt van de zorg die instellingen leveren. Het aandeel basis-ggz ten opzichte van de totale omzet van vrijgevestigden ligt met 35% veel hoger dan het aandeel basis-ggz bij instellingen. Bij instellingen is het aandeel basis-ggz nog geen 10%.

Vrijgevestigden declareren 13% van het totaal aantal dbc's in de gespecialiseerde ggz, de instellingen de overige 87% (zie ook bijlage 2, 3 en 4). Het percentage van de omzet is lager, aangezien vrijgevestigden vaak kortere behandeltrajecten zonder verblijfszorg aanbieden.

De behandeltrajecten van vrijgevestigden zijn voornamelijk gericht op specifieke patiëntgroepen, terwijl instellingen vaak een breder palet aan behandelingen aanbieden. Vrijgevestigden declareren relatief weinig dbc's voor behandeling van verslaving, schizofrenie, autisme en crisis ggz. Angststoornissen, depressie en persoonlijkheidsstoornissen worden daarentegen relatief vaak gedeclareerd door vrijgevestigden. In onderstaande figuur geven we de verhoudingen per hoofddiagnose grafisch weer. In bijlage 3 zijn de absolute aantallen te vinden.

Figuur 1. Percentage van het totaal aantal dbc's dat door een instelling/vrijgevestigde wordt gedeclareerd per hoofdgroep



Bron: declaratiedata Vektis

Als het aantal minuten in de dbc als maatstaf voor intensiteit en zwaarte van de behandeling wordt gezien, blijkt dat vooral instellingen zware behandelingen leveren (zie bijlage 4). De gemiddelde totale tijd is bij vrijgevestigden zo'n 17 uur korter (1.000 minuten) dan bij instellingen. Uit bovengenoemde analyses blijkt dat vrijgevestigden een andere patiëntpopulatie behandelen dan instellingen, zowel wat betreft het soort

aandoeningen dat wordt behandeld als de zwaarte ervan. Vrijgevestigden leveren over het algemeen monodisciplinaire zorg aan een patiëntpopulatie die – in vergelijking met instellingen – minder complex is. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de voorzieningen die een instelling kan bieden, zoals verblijfszorg, crisis zorg en multidisciplinaire invulling van de behandeling, die een vrijgevestigde logischerwijs niet kan bieden. Overigens zegt dit niets over de mate van specialisatie of het kwaliteitsniveau van een vrijgevestigde.

Tijdens de gesprekken die wij met vrijgevestigden voerden werd meerdere keren aangegeven dat zij regelmatig patiënten behandelen die al eerder een langere trajecten in de ggz hebben doorlopen. De vrijgevestigden bieden vervolgens ambulante nabehandelingstrajecten.

2.2 Verschillen in wachttijden

De NZa publiceert regelmatig over de wachttijden in de ggz. Uit de meest recente informatie blijkt dat de totale wachttijd in februari 2018 voor de volgende hoofddiagnosegroepen meer dan 14 weken is: aandachtstekort- en gedragsstoornissen, angststoornissen (waaronder ook trauma), depressieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, pervasieve stoornissen (autisme) en somatofore stoornissen⁵.

Deze informatie gaat alleen over de instellingen. De wachttijden bij vrijgevestigden zijn (nog) niet eerder per hoofddiagnosegroep in kaart gebracht. Uit de gesprekken die wij met vrijgevestigden voerden, blijkt dat de wachttijden bij vrijgevestigden niet veel lager zijn dan bij instellingen. Wachttijden van drie tot zes maanden zijn geen uitzondering. Een opvallend verschil tussen instellingen en vrijgevestigden is dat vrijgevestigden eerder geneigd lijken te zijn om de wachtlijst te sluiten zodra de wachttijden sterk oplopen. Ook zijn er vrijgevestigden die ervoor kiezen om in het geheel geen wachtlijst bij te houden en dit een patiëntenstop noemen. Deze keuze wordt onder meer ingegeven door de (ervaren) verantwoordelijkheid voor mensen op de wachtlijst. Dit betekent ook dat een patiëntenstop bij een vrijgevestigde anders geïnterpreteerd moet worden dan bij instellingen.

2.3 Conclusie ten aanzien van verschillen vrijgevestigden versus instellingen

De in paragraaf 2.1 en 2.2 uitgewerkte verschillen tussen vrijgevestigden en instellingen zijn relevant zodra wordt overwogen om de budgetruimte voor vrijgevestigden te vergroten. Eventuele extra capaciteit bij vrijgevestigden komt namelijk niet automatisch ten goede aan het gehele spectrum aan gespecialiseerde ggz, maar slechts aan de specifieke doelgroepen waar vrijgevestigden zich op richten. In sommige gevallen zal het dan ook betekenen dat er meer capaciteit vrijkomt voor patiëntgroepen waar niet de allergrootste knelpunten bestaan wat betreft wachttijden. Indirect kan er natuurlijk wel een positief effect optreden, bijvoorbeeld als na substitutie meer capaciteit vrijkomt bij zorgaanbieders die zich meer richten op de behandelingen met lange wachttijden.

⁵ Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234406_22/1/

Ten slotte dient vermeld te worden dat vrijgevestigden vaak zowel jeugdzorg, basis-ggz als gespecialiseerde ggz leveren. Uitbreiding van productiecapaciteit bij het ene segment kan ten koste gaan van het andere segment. Een vrijgevestigde die in staat wordt gesteld meer patiënten in de gespecialiseerde ggz te behandelen zal immers minder patiënten in de basis-ggz of jeugdzorg kunnen behandelen, als hij of zij niet bereid is meer uren te werken.

3. Effect omzetplafonds op instroom nieuwe patiënten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk focussen wij op de mogelijke beperkingen van een omzetplafond bij vrijgevestigden en de gevolgen hiervan voor het aantal behandelingen dat zij leveren. We verwachten dat op het moment dat door omzetplafonds capaciteit onbenut blijft, een afname van productie zichtbaar wordt gedurende het jaar, op het moment dat het omzetplafond wordt benaderd. Dit zal met name bij nieuwe patiënten gelden, aangezien lopende behandelingen niet zonder meer en om financiële redenen afgebroken kunnen worden.

3.2 Vulling van de omzetplafonds

Het omzetplafond is een vastgelegde afspraak waarvan zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet zomaar zullen afwijken. De zorgaanbieder zal willen voorkomen dat zij zonder vergoeding werkt en overproductie moet terugbetalen. De zorgverzekeraar op haar beurt zal niet in alle gevallen het omzetplafond gedurende het jaar verruimen.

Aan vier grote zorgverzekeraars is gevraagd inzicht te geven in het aantal vrijgevestigden dat tegen een omzetplafond aanloopt⁶. Uit de aangeleverde informatie bleek dat zo'n 3% van de gecontracteerde aanbieders een omzet heeft gedeclareerd dat in de buurt komt van het omzetplafond (waarbij tussen de 90% en 100% van het omzetplafond werd gedeclareerd), maar dus niet het plafond heeft overschreden. Een overgrote meerderheid van de vrijgevestigden benadert daarmee niet het afgesproken omzetplafond (en blijft minimaal 10% onder het plafond). Bij ongeveer 2,5% van de vrijgevestigden is daadwerkelijk meer dan 100% van het omzetplafond gedeclareerd en werd de overproductie teruggevorderd. Ook zijn er gevallen waarbij overproductie niet wordt teruggevorderd, wat gezien kan worden als een (impliciete) verhoging van het omzetplafond⁷.

Op basis van deze informatie zou men kunnen concluderen dat er weinig extra capaciteit voorhanden is, anders zouden de omzetplafonds vaker bereikt worden. De kans is echter reëel dat een deel van de vrijgevestigden op het omzetplafond anticipeert, waardoor dit niet snel zichtbaar wordt in feitelijke overproductie. In enkele gevallen vraagt de zorgverzekeraar aan zorgaanbieders om de toestroom door het jaar heen te spreiden. Uit de gesprekken bleek ook dat met name de vrijgevestigden die eerder met een terugvordering te maken hadden gehad na overproductie aangaven nu meer op het plafond te anticiperen. Een terugloop van patiënten in de tweede helft van het jaar, kan wel een indicatie vormen voor onbenutte productiecapaciteit.

⁶ Hierbij dient vermeld te worden dat niet alle zorgverzekeraars een omzetplafond hanteren voor vrijgevestigden. Daarnaast valt de basis-ggz niet in alle gevallen onder het omzetplafond.

⁷ In dit soort gevallen wordt er soms een 'coulanceregeling' toegepast. Hierbij keurt de zorgverzekeraar overproductie van jaar t goed en hoeft een zorgaanbieder deze niet terug te betalen. Wel wordt deze overproductie vaak in mindering gebracht op het omzetplafond van jaar t+1.

3.3 Terugloop van het aantal nieuwe patiënten

Om een helder beeld te krijgen van een mogelijke daling van het aantal nieuwe patiënten, hebben wij over het meest recente uitgedeclareerde jaar (2015) een vergelijking gemaakt tussen de eerste helft en de tweede helft van het jaar⁸. Als het omzetplafond knelt dan is het aannemelijk dat dit vooral in de tweede helft van het jaar gebeurt. In deze analyse zijn de maanden december en januari uitgesloten⁹. De uitkomsten worden in onderstaande tabel getoond.

Tabel 2. Gemiddeld aantal nieuwe patiënten per maand over 1^e en 2^e helft van 2015

Aantal nieuwe patiënten	Instellingen	Vrijgevestigden
eerste helft (feb-juni)	21.121	3.847
tweede helft (jul-nov)	21.525	3.584
Verschil per maand	404	-263
Procentueel verschil	1.9%	-7.3%

Bron: declaratiedata Vektis

Uit bovenstaande Tabel 2 blijkt er bij instellingen sprake te zijn van een lichte toename van nieuwe patiënten van zo'n 2%. Bij vrijgevestigden is een duidelijke afname te zien van het aantal nieuwe patiënten dat zij maandelijks in behandeling nemen. Het betreft een afname van ruim 7% in de tweede helft van het jaar. Deze daling kan niet eenvoudig aan andere oorzaken gelinkt worden en wijst daarom op een beperkende rol van het omzetplafond. Wanneer wij deze effecten vertalen naar concrete aantallen patiënten, is onze schatting dat in de tweede helft van het jaar maandelijks ongeveer 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijgevestigden indien deze capaciteit vrijgemaakt wordt. Het totaal aantal nieuwe patiënten in de gehele gespecialiseerde ggz (dus zowel instellingen als vrijgevestigden) betreft ongeveer 25.000 per maand. Een toename met 263 nieuwe patiënten betreft een stijging van ongeveer 1% per maand in de tweede helft van het jaar. Op jaarbasis zou dit betekenen dat de capaciteit met 0,5% toeneemt.

Bovenstaande aantallen geven slechts een indicatie van de capaciteit die mogelijk beschikbaar is bovenop het afgesproken omzetplafond. De NZa noch de brancheverenigingen of zorgverzekeraars hebben inzicht in hoeveel uren de vrijgevestigden extra zouden kunnen en ook willen werken, bovenop de huidige formatie. Een deel van de vrijgevestigden kiest er bewust voor parttime te werken. Ook van vrijgevestigden die al fulltime werken kan men redelijkerwijs niet verwachten dat zij extra patiënten in behandeling nemen. Wel kan verondersteld worden dat in ieder geval een deel van de vrijgevestigden zijn of haar capaciteit uit zou willen breiden, indien hier ruimte voor zou zijn binnen een omzetplafond. Dit beeld kwam ook uit onze gesprekken met vrijgevestigden naar voren.

⁸ Vanwege de dbc-systematiek kan het in totaal maximaal drie jaar duren voordat voor een specifiek jaar alle declaraties zijn verwerkt en afgehandeld. Hierdoor zijn 2016 en 2017 op het moment dat dit onderzoek is uitgevoerd nog niet uitgedeclareerd, en kunnen deze voor een vertekend beeld zorgen.

⁹ De maanden januari en december kennen van oudsher respectievelijk een zeer sterke piek en dal. De vakantie periode in december speelt hier onder andere een belangrijke rol in.

3.4 Conclusie instroom nieuwe patiënten

Op basis van voorgaande analyses weten we dat het aantal nieuwe patiënten bij vrijgevestigden door het jaar heen terugloopt. Dit wijst op een beperkende rol van het omzetplafond. Indien dit het geval is, zouden er op jaarbasis zo'n 1600 patiënten extra in behandeling kunnen worden genomen door vrijgevestigden. Dit betreft zo'n 0,5% van de totale productiecapaciteit die mogelijk onbenut blijft.

Op het moment dat capaciteit voorhanden is en omzetplafonds voor de gespecialiseerde ggz verruimd worden, kan dit ook betekenen dat capaciteit voor basis-ggz (en/of jeugdzorg) afneemt. Doorstroom vanuit de gespecialiseerde ggz zal om die reden mogelijk worden gehinderd. De 0,5% groei in productievolume in de gespecialiseerde ggz moet daarom gezien worden als een maximum.

4. Conclusie

4.1 Duiding van de resultaten

De verzamelde informatie toont aan dat er sprake is van negatief effect van omzetplafonds op de productiecapaciteit bij vrijgevestigden. Het effect is echter beperkt omdat vrijgevestigden in vergelijking met instellingen slechts een klein deel van de totale capaciteit aan gespecialiseerde ggz leveren. Het uiteindelijke effect van omzetplafonds bij vrijgevestigden op de wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz is om die reden ook niet groot. Het is aannemelijk dat de landelijke behandelcapaciteit met niet meer dan 1% kan toenemen in de tweede helft van het jaar (en 0,5% op jaarbasis).

Daarbij moet ook het volgende ter overweging worden meegenomen:

- Vrijgevestigden zijn deels gericht op een andere groep patiënten dan instellingen. Enkele groepen waarvoor de wachttijden hardnekkig zijn, komen juist veel bij instellingen terecht, omdat zij de faciliteiten en het behandelaanbod hebben.
- Indien vrijgevestigden meer patiënten behandelen, kan dit in ieder geval indirect instellingen ontlasten. Maar het is daarmee niet automatisch zo dat de behandelcapaciteit die bij instellingen vrij komt, direct ingezet kan worden voor diagnoses waar de grootste knelpunten zijn.
- Op het moment dat een zelfstandige niet bereid is of niet de mogelijkheid heeft om meer uren te werken, kan extra productie bij de gespecialiseerde ggz ten koste gaan van productie in de basis-ggz en/of jeugdzorg.
- Omzetplafonds (en afspraken over een gemiddelde prijs per patiënt) worden door zorgverzekeraars onder andere ingezet als kostenbeheersingsinstrument, maar ook om doelmatige zorg te stimuleren en als stimulans om behandelingen tijdig af te sluiten. Zeker op het moment dat er geen duidelijke richtlijnen zijn over gepast gebruik, heeft een zorgverzekeraar weinig inhoudelijke instrumenten om doelmatigheid te bevorderen. Ruimere plafonds kunnen daarbij ook leiden tot langere behandeltrajecten, waardoor het aantal mensen dat extra geholpen wordt, achter kan blijven.
- Een aantal zorgverzekeraars spreekt met vrijgevestigden gecombineerde omzetplafonds af voor zowel de basis- als de gespecialiseerde ggz. In die gevallen is niet te controleren of verruiming van het plafond ten goede komt aan de basis ggz of de gespecialiseerde ggz.

Hoewel de effecten op macroniveau beperkt zijn, betekent het wel dat er een aantal patiënten onnodig lang wachten¹⁰. Het is onwenselijk dat zij wachten terwijl er tegelijkertijd capaciteit onbenut blijft. Betekent dit nu dat omzetplafonds als zodanig geen bestaansrecht meer hebben? Nee, maar we concluderen wel dat dit instrument voor kostenbeheersing een licht beperkend effect heeft op de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz. We zien in deze specifieke markt dat de balans tussen waken over betaalbaarheid en toegankelijkheid voor een aantal patiënten dat wacht

¹⁰ Uiteraard kan het effect per regio verschillen, hier hebben we op basis van de data gering inzicht in. Op regionaal niveau kunnen de zogenaamde Regionale Tafels die in het kader van het Landelijk Actieplan zijn ingesteld een platform bieden om oplossingen verder uit te werken.

op behandeling in de gespecialiseerde ggz ongunstig uitvalt. Ons advies is daarmee niet om omzetplafonds zonder meer te verruimen. Bij de vraag of verruiming nodig is gaat het erom dat er extra patiënten geholpen kunnen worden die anders op een wachtlijst zouden staan. Daarnaast moet verruiming alleen mogelijk zijn voor vrijevestigden die ook daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen. Zonder aan deze randvoorwaarde te voldoen is het niet erg aannemelijk dat extra financiële middelen ten goede komen aan de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz.

Concluderend, uitbreiding van het een individueel omzetplafond is vanuit het oogpunt van toegankelijkheid nodig in de situatie waarin:

- de zorgaanbieder wachttijden langer dan de treeknormen heeft;
- andere zorgaanbieders in de regio deze wachtenden niet kunnen opvangen;
- de zorgaanbieder capaciteit over heeft om meer te werken en
- de zorgaanbieder in kwestie met het extra omzetplafond méér patiënten gaat behandelen die anders op een wachtlijst zouden staan.

4.2 Aanbevelingen

Tot slot willen we nog een aantal aanbevelingen doen aan zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders in de ggz. Deze aanbevelingen beslaan deels een breder terrein dan enkel de omzetplafonds. De aanbevelingen zijn echter allen gericht op het terugbrengen van de wachttijden in relatie tot de omzetplafonds en passen op hun beurt bij de afspraken die partijen onderling hebben gemaakt over de vervolgaanpak wachttijden¹¹.

Zorgverzekeraars:

- Het is belangrijk dat zorgverzekeraars de capaciteit die beschikbaar is in de ggz ten volle benutten om de wachtlijsten in de ggz weg te werken. Om die reden loont het de moeite om ondanks de geringe effecten te bezien of uitbreiding van het omzetplafond tijdens het lopende jaar in specifieke gevallen noodzakelijk is om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren.
- Bij de uitbreiding van een omzetplafond kan het oormerken van (delen van) het budget een middel zijn om ervoor te zorgen dat het toekennen van extra financiële middelen ook daadwerkelijk betekent dat er extra patiënten in behandeling worden genomen uit die groepen patiënten waarvoor de wachttijden het langst zijn.
- Uit de gesprekken met vrijevestigden blijkt dat het voor hen niet altijd duidelijk is waarom ze een bepaald omzetplafond krijgen. Het is van belang dat zorgverzekeraars hun keuzes kunnen onderbouwen en toelichten en de mogelijkheden voor hogere omzetplafonds bij bijvoorbeeld de diagnoses met de langste wachttijden expliciet benoemen en de randvoorwaarden die ze daarvoor stellen kunnen overbrengen.
- De NZa heeft bij een aantal zorgverzekeraars gegevens uitgevraagd. De vragen hadden betrekking op de overschrijdingen van omzetplafonds en het aantal verzoeken om omzetplafonds te verhogen. Het viel ons daarbij op dat sommige verzekeraars meer moeite hadden om de vragen te beantwoorden dan anderen. Dit lijkt erop te duiden dat bepaalde informatie (zoals de registratie van het aantal verzoeken voor verhoging van omzetplafonds) niet standaard wordt geregistreerd.

¹¹ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/brieven/2018/05/28/vervolgaanpak-wachttijden>

We vragen van zorgverzekeraars een actieve houding bij het terugdringen van de wachttijden. Hierbij past ook dat de zorgverzekeraar actief informatie verzamelt waarmee zij deze taak goed kan uitvoeren. Om wachtenden adequaat te bemiddelen is ook goed inzicht nodig in de beschikbare capaciteit in de regio van de verzekerde.

Vrijgevestigden

- Inzicht in de eigen wachttijden en vollopen van het omzetplafond is cruciaal. Zonder dit inzicht wordt het lastig een gesprek aan te gaan met zorgverzekeraars over eventuele uitbreiding. Zorgaanbieders (zowel vrijgestigden als instellingen) moeten zorgverzekeraars tijdig informeren over het naderen van het omzetplafond om daarmee de kans op een patiëntenstop en belangrijker nog, om de kans op nadelige gevolgen voor de verzekerden van de betreffende verzekeraar te minimaliseren.
- Biedt transparantie en informatie aan patiënten als er sprake is van een wachttijd. Wanneer kan de behandeling wel starten? Zijn er voor zover u weet andere opties voor de patiënt in de regio? Wees ook helder over wat de aanleiding is om iemand (nog) niet te kunnen behandelen: past uw zorgaanbod of behandelmethode niet bij de vraag of speelt het omzetplafond een rol? Verwijs door naar de zorgverzekeraar als het omzetplafond een rol speelt.

Bijlage 1. Definitie vrijgevestigde

In dit onderzoek definiëren we een vrijgevestigde als een zorgaanbieder met een agb-code die begint met 03 (psychiater) of 94 (psychologen), waarop gedurende een jaar minder dan € 300.000 wordt gedeclareerd. Er wordt bij het bepalen van de omzet geen rekening gehouden met (i) zorg geleverd uit de Zvw of aanvullende verzekering, (ii) en de leeftijd van de patiënt.

Instellingen zijn gedefinieerd als zorgaanbieders met agb-codes met een totale omzet van meer dan € 300.000. De grens van € 300.000 wordt aangehouden, om wel een goede afspiegeling van de vrijgevestigden gedurende het jaar te houden.

Naast instellingen en vrijgevestigden blijft een restgroep over. Dit zijn aanbieders met een agb-code die niet begint met 03 of 94 en met een omzet kleiner dan € 300.000. In de figuren in dit document wordt deze groep niet getoond¹².

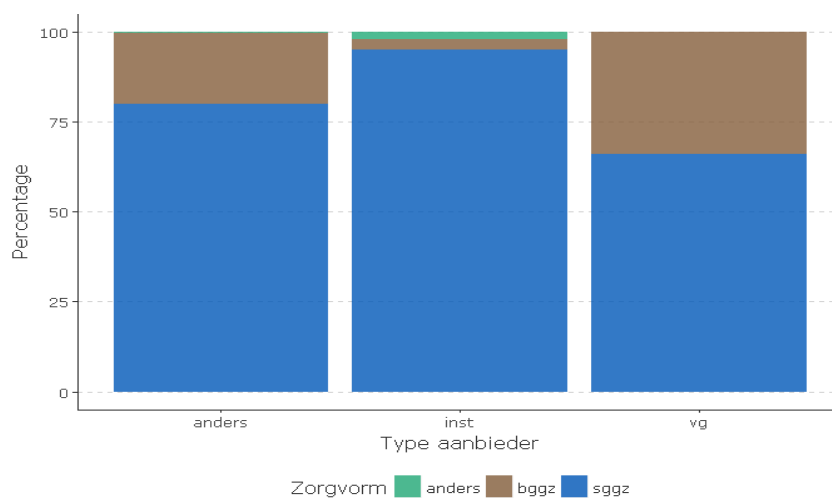
Wanneer deze definitie wordt gehanteerd leidt dat tot 4072 vrijgevestigden en 283 instellingen over het jaar 2015.

¹² Deze definiëring van vrijgevestigden en instellingen is niet de enige die wordt gehanteerd. Zorgverzekeraars hebben vaak een eigen manier om zorgaanbieders in te delen.

Bijlage 2. Aandeel basis-ggz

In figuur 1 splitsen we de omzet van vrijgevestigden en instellingen uit naar zorg uit de basis-ggz (bggz), gespecialiseerde ggz (sggz), en een restgroep (anders) voor het jaar 2015. De restgroep bevat onder andere de omzet waarvan we niet meteen hebben kunnen vaststellen of het bggz of sggz is. Uit Figuur 2 blijkt dat vrijgevestigden naar verhouding meer basis-ggz leveren dan instellingen.

Figuur 2. Uitsplitsing omzet aanbieder naar zorgsoort

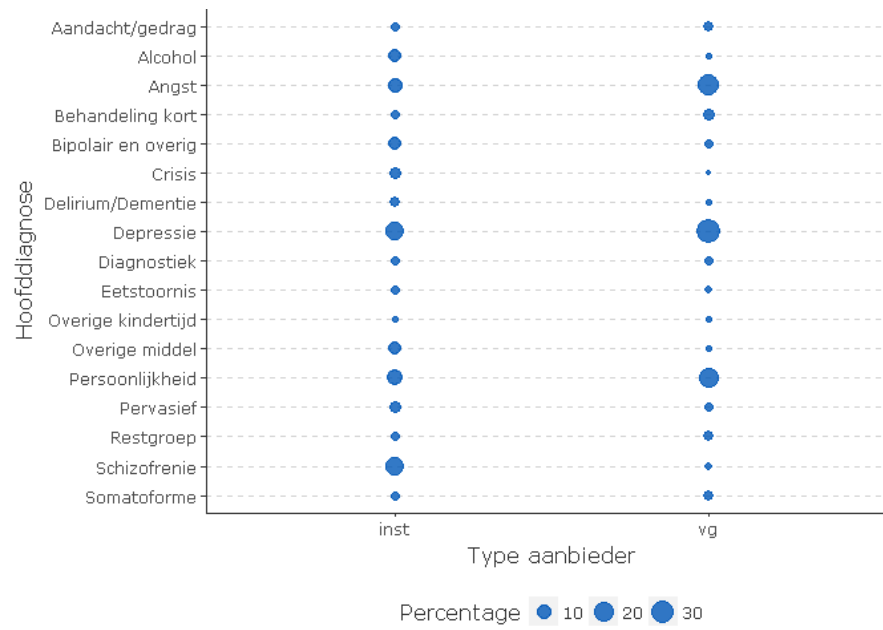


Bijlage 3. Diagnosegroepen instellingen vs vrijgevestigden

Tabel 2. Aantal dbc's per hoofdgroep voor instellingen en vrijgevestigden in 2015

Groepkort	Instellingen	Vrijgevestigden	Percentage vrijgevestigden
Crisis	65293	3	0.00%
Overige middel	22414	84	0.37%
Alcohol	19949	139	0.70%
Schizofrenie	43369	517	1.19%
Delirium/Dementie	12191	183	1.50%
Eetstoornis	6160	330	5.36%
Pervasief	17438	1078	6.18%
Bipolair en overig	19037	1220	6.41%
Diagnostiek	47685	4048	8.49%
Restgroep	10435	1362	13.05%
Aandacht/gedrag	16719	2328	13.92%
Somatoforme	12215	1958	16.03%
Behandeling kort	77605	15106	19.47%
Overige kindertijd	565	118	20.88%
Persoonlijkheid	53524	12013	22.44%
Angst	56838	16434	28.91%
Depressie	75383	22680	30.09%
Totaal	556820	79601	12,5 %

Figuur 3. Uitsplitsing omzet aanbieder naar hoofddiagnose



Bijlage 4. Lengte van behandeling instelling vs vrijgevestigden

Figuur 4. Uitsplitsing naar minuten groepen dbc's

