

Marktscan

# Geestelijke gezondheidszorg

Weergave van de markt 2008-2011



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Aanleiding	13
1.2 Totstandkoming marktscan	13
1.3 Leeswijzer	14
<b>2. Omschrijving van de markt</b>	<b>15</b>
2.1 Inhoud en omvang van de GGZ	15
2.1.1 Curatieve en langdurende GGZ	15
2.1.2 Eerste en tweedelijns GGZ	16
2.2 Spelers	17
2.3 Wijze van tarifiering	19
2.3.1 Curatieve GGZ	19
2.3.2 Langdurende GGZ	20
2.4 Ontwikkelingen	21
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>27</b>
3.1 Aantal cliënten	27
3.2 Aantal zorgaanbieders	28
3.2.1 Omvang spelers	29
3.2.1.1 Curatieve GGZ	29
3.2.1.2 Langdurende GGZ	31
3.2.2 Aanbod e-mental health	33
3.3 Toetreding	34
3.3.1 Curatieve GGZ	34
3.3.1.1 Toe- en uittreeders	34
3.3.1.2 Aanbod toetreders en omvang	35
3.3.2 Langdurende GGZ	37
3.4 Financiële positie aanbieders	38
3.4.1 Rentabiliteit GGZ-concerns	38
3.4.2 Solvabiliteit GGZ-concerns	39
3.4.3 Liquiditeit GGZ-concerns	40
3.4.4 Financiële positie GGZ-concerns	41
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>43</b>
4.1 Curatieve GGZ	43
4.1.1 Contractering	43
4.1.1.1 Contracteergraad	43
4.1.1.2 Soort contracten	44
4.1.2 Signalen zorginkoop	45
4.1.3 Bevoorschotting onderhanden werk	45
4.1.4 Overheveling	46
4.1.5 Niet-gehonoreerde overproductie	46
4.1.6 Financiering in DBC's	47
4.1.6.1 Eenmalige verrekening	47
4.1.6.2 Afsproken verrekenpercentages in DBC's	48
4.2 Langdurende GGZ	49
4.2.1 Zorginkoop	49
4.2.2 Signalen zorginkoop	50
4.2.3 Niet-gehonoreerde overproductie	50
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>51</b>
5.1 Kwaliteit van zorg	51

5.1.1	Toezicht IGZ	51
5.1.2	Kwaliteitskeurmerken	51
5.2	Transparantie van zorg	52
5.2.1	Prestatie-indicatoren	52
5.2.2	Routine Outcoming Monitoring	53
<b>6.</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>55</b>
6.1	Wachttijden	55
6.1.1	Curatieve GGZ	55
6.1.2	Langdurende GGZ	55
6.2	Eigen bijdrage	56
6.3	Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg	57
<b>7.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>59</b>
7.1	Omzetontwikkeling totaalniveau	59
7.2	Ontwikkelingen curatieve GGZ	60
7.2.1	Omzet	60
7.2.1.1	Omzet per stoornis	60
7.2.1.2	Omzet per deelmarkt	62
7.2.1.3	Omzet klinisch en ambuland	63
7.2.1.4	Preventie	65
7.2.2	Volume	65
7.2.2.1	Volume per stoornis	65
7.2.2.2	Volume per deelmarkt en volume klinisch en ambuland	67
7.2.2.3	Volume preventie	69
7.2.3	Prijs	70
7.2.3.1	Contractprijzen eerstelijns psychologische zorg	70
7.2.3.2	Contractprijzen niet-gebudgetteerde aanbieders	70
7.2.4	Verdeling afgesloten DBC's	70
7.2.5	Directe en indirecte tijd binnen DBC	71
7.3	Ontwikkelingen langdurende GGZ	73
7.3.1	Omzet	74
7.3.2	Volume	76
7.3.3	Prijs	77
	<b>Bijlage 1. Keurmerken/certificaten</b>	<b>79</b>
	<b>Bijlage 2. Zorgzwaartepakketten GGZ</b>	<b>81</b>
	<b>Bijlage 3. Bronnen &amp; Methodes</b>	<b>83</b>
	<b>Bijlage 4. Beleidsbrief</b>	<b>89</b>

## Vooraf

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

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

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

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

Nederlandse Zorgautoriteit,

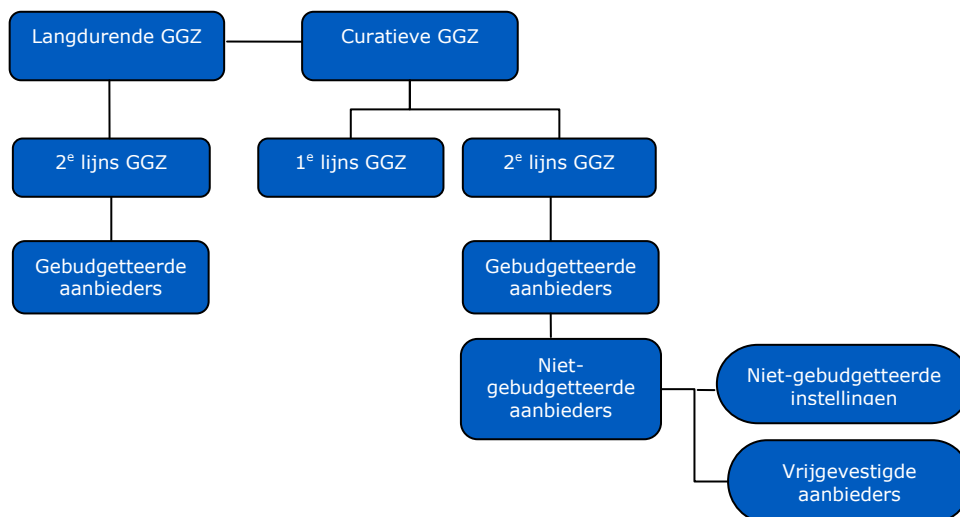
mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In februari 2011 heeft de NZa de monitor curatieve GGZ 2010 gepubliceerd. De marktscan GGZ 2011 is een vervolg hierop. De analyses die zijn gemaakt in de monitor GGZ 2010 zijn aangevuld met nieuw beschikbare data zodat er vergelijkingen over jaren ontstaan. Ook zijn er nieuwe analyses toegevoegd. Zo is er in de marktscan GGZ 2011 ook aandacht voor de langdurende GGZ die wordt bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De marktscan GGZ 2011 bevat feitelijke ontwikkelingen binnen de GGZ. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in de begeleidende brief beschreven.

### Omschrijving van de markt



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

De vrijgevestigde zorgaanbieders en de aanbieders die na 1 januari 2008 curatieve GGZ zijn gaan bieden (niet-gebudgetteerde instellingen) zijn de niet-gebudgetteerde tweedelijns GGZ-aanbieders.

De langdurende GGZ betreft per definitie tweedelijns zorg en wordt uitsluitend geboden door gebudgetteerde aanbieders.

### Marktstructuur

- Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2009 met ca. 9% gestegen ten opzichte van 2008. In de langdurende GGZ stijgt het aantal cliënten met een geldige indicatie voor verblijf in 2011 met ca. 10% ten opzichte van 2010.

- Het aantal aanbieders in de curatieve GGZ stijgt in 2009. Deze stijging is vooral zichtbaar bij de niet-gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ. Het aantal aanbieders langdurende GGZ is in 2011 nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2010.
- In de eerstelijns psychologische zorg is een groot aantal aanbieders actief met een omzet lager dan € 1000. Deze aanbieders leveren slechts incidenteel eerstelijns psychologische zorg. Het aantal vrijgevestigde tweedelijns aanbieders met een omzet tussen de € 100.000 - € 500.000 en met een omzet boven de € 500.000 is in 2009 gestegen. Dit kan duiden op een toename van het aantal praktijken.
- De verschuivingen in 2009 in omvang van tweedelijns curatieve GGZ-instellingen worden vooral veroorzaakt door niet-gebudgetteerde instellingen. In de langdurende GGZ heeft de grootste groep aanbieders een omvang < € 500.000 en een marktaandeel binnen een zorgkantorregio kleiner dan 1%. In 2011 vinden hier geen grote verschuivingen in plaats.
- Er zijn in 2011 36 websites voor behandeling van psychische stoornissen door middel van e-mental health. Deze vorm van zorg wordt door diverse typen aanbieders aangeboden.
- In de eerstelijns declareert een groot aantal aanbieders het ene jaar wel en het andere jaar niet. Het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders dat in 2009 een DBC heeft geopend en gedeclareerd en dat in 2008 niet heeft gedaan, is gestegen. In de langdurende GGZ is nauwelijks sprake van uittreding en het aantal aanbieders dat in 2009 en 2010 voor het eerst GGZ-omzet heeft gedeclareerd, is respectievelijk 18 en 25.
- Het aanbod van toegetreden (niet-gebudgetteerde) instellingen in de curatieve GGZ is divers, hun aandeel in de omzet van curatieve GGZ is nog beperkt.
- De financiële positie van GGZ-concerns is in 2010 verbeterd ten opzichte van 2009. Zowel de gemiddelde rentabiliteit, solvabiliteit als liquiditeit zijn gestegen.

#### *Marktgedrag*

- Bij de eerstelijns psychologen is de contracteergraad 64%, bij de tweedelijns vrijgevestigde aanbieders is dat 80%. Het betreft hier het gemiddeld aantal gecontracteerde aanbieders in 2009 bij de vier grootste zorgverzekeraars ten opzichte van het aantal aanbieders dat in 2009 een DBC-omzet heeft van meer dan € 1000.
- Zorgverzekeraars werken binnen de curatieve GGZ met basisovereenkomsten. Boven op de basisovereenkomsten kan een aanvullende overeenkomst of hoger tarief worden afgesloten indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Het aantal zorgverzekeraars dat naast een basisovereenkomst een aanvullende overeenkomst aanbiedt aan eerstelijns psychologen is toegenomen in de jaren 2009-2011. Het percentage gecontracteerde eerstelijns psychologen met een aanvullend contract fluctueert in deze jaren tussen de 40 en 44%. In de tweedelijns curatieve GGZ wordt in mindere mate gesproken over basis en aanvullende overeenkomsten, maar vindt wel tariefsdifferentiatie plaats. Meer dan de helft van de zorgverzekeraars biedt vrijgevestigde zorgaanbieders en niet-gebudgetteerde instellingen tariefsdifferentiatie op basis van kwaliteitsafspraken.
- Eind 2010 heeft de NZa besloten het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor permanente financiering van onderhanden werk vast te stellen. Hiermee kunnen vrijgevestigden in de GGZ vanaf



1 januari 2011 gebruik maken van permanente bevoorschotting door zorgverzekeraars. Bij acht verzekeraars zijn in 2011 65 nieuwe aanvragen voor bevoorschotting van onderhanden werk van tweedelijns vrijgevestigde aanbieders ontvangen, 47 van deze aanvragen zijn gehonoreerd.

- In 2011 is de regeling 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw' vastgesteld. Deze regeling geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de mogelijkheid een gezamenlijk verzoek in te dienen voor overheveling van middelen van de AWBZ naar de Zvw of vice versa. 25 instellingen hebben van de mogelijkheid gebruik gemaakt. Het saldo totaal overgeheveld budget naar de Zvw is 17,1 miljoen.
- Als gebudgetteerde zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, wordt dit alleen vergoed als zorgverzekeraar en aanbieder dit samen overeenkomen. Als de zorgverzekeraar niet instemt met de overproductie is sprake van niet gehonoreerde overproductie. De niet-gehonoreerde overproductie van de gebudgetteerde instellingen in de tweedelijns curatieve GGZ is in 2009 verdubbeld naar € 63,4 miljoen. In 2010 is een afname te zien naar € 58,8 miljoen.
- Gebudgetteerde zorgaanbieders worden door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie (nagecalculeerd budget) bekostigd. De financiering vindt plaats op basis van DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met het nagecalculeerd budget. Dit betreft de eenmalige verrekening. De eenmalige verrekening laat het bedrag zien dat in het jaar t+1 tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is verrekend. In 2008 hebben gebudgetteerde instellingen minder in DBC's gedeclareerd (exclusief correcties voor verrekenpercentages en niet-gehonoreerde overproductie) dan hun budgetafspraken. Het verschil bedraagt € 298 miljoen. In 2009 is er meer gedeclareerd dan de budgetafspraken, het verschil bedraagt € 353 miljoen. In 2010 is dit verschil verder gestegen naar € 429 miljoen.
- In de langdurende GGZ wordt door de zorgkantoren bij GGZ-verblijfszorg in 2010 nog voornamelijk gewerkt met het 'cliënt volgt geld model', waarbij vooraf met zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het volume per prestatie. In 2011 wordt het 'geld volgt cliënt' principe steeds meer het uitgangspunt voor de zorginkoop. Voor de extramurale zorg wordt nagenoeg door alle zorgkantoren gewerkt met het 'geld volgt cliënt model' (prijsmodel).
- In de langdurende GGZ is de niet-gehonoreerde overproductie in 2009 en 2010 gedaald. Van € 9,7 miljoen in 2008 naar € 5,3 miljoen in 2010.

#### *Kwaliteit*

Voor kwaliteit worden twee aspecten onderscheiden: de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en de transparantie van zorg.

Hoewel de NZa niet zelf de daadwerkelijke kwaliteit van zorg meet, brengt de scan wel een aantal aspecten in beeld die een eerste indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van zorg. Zo gelden er momenteel voor twee vrijgevestigde GGZ-aanbieders corrigerende maatregelen omdat risico's op niet-verantwoorde zorg te hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan. Daarnaast blijkt dat 204 van de 248 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2010 hebben ingevuld, een of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

- GGZ-aanbieders met een Wtzi-erkenning zijn vanaf 2008 verplicht prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (ZIZo) met als doel de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Het aantal aanbieders dat prestatie-indicatoren aan ZiZo aanlevert, neemt in 2009 en 2010 toe. De indicatoren kunnen vooralsnog niet gebruikt worden om uitspraken te doen over kwaliteitsveranderingen binnen de GGZ.
- In 2010 is tussen zorgverzekeraars en GGZ Nederland een convenant gesloten waarbij zorgaanbieders in 2011 voor ten minste twintig procent van hun patiënten uitkomstgegevens (begin- en eindmetingen) gaan aanleveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). Het aantal instellingen dat een overeenkomst heeft afgesloten om uitkomstgegevens aan te leveren aan SBG groeit en betreft momenteel ca. 140 instellingen. Het is nog te vroeg om uitspraken te doen over welk percentage van de behandelingen daadwerkelijk wordt gemeten omdat veel instellingen nog gegevens moeten aanleveren.
- Het aantal vrijgevestigde zorgaanbieders dat gebruik maakt van de ROM-portal van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) betreft ruim 400. Met de portal kunnen zorgaanbieders het effect en verloop van een behandeling meten.

#### *Toegankelijkheid*

- Voor de wachttijden in de tweedelijns curatieve GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar ten opzichte van de monitor GGZ 2010.
- In de eerstelijns psychologische zorg wacht een cliënt in 2010 gemiddeld 20 dagen op hulp, dit is 3 dagen korter dan in 2009.
- Voor de langdurende GGZ geldt dat informatie uit het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem nog onvoldoende betrouwbaar is om uitspraken te doen over de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtenden.
- In de curatieve GGZ wordt in 2012 de eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg verhoogd en wordt een eigen bijdrage voor behandeling en verblijf ingevoerd.
- Het aantal verzekeraars dat 70 à 80% van het marktconforme tarief vergoedt als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde eerstelijns psycholoog gaat, is in 2011 gelijk gebleven. Het aantal verzekeraars dat 60% dan wel 70 à 80% van het wettelijk tarief vergoedt als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde tweedelijns aanbieder gaat is gelijk (tweedelijns klinische GGZ) dan wel nagenoeg gelijk (tweedelijns ambulante GGZ) gebleven.

#### *Betaalbaarheid*

- De omzet curatieve GGZ stijgt in 2009 met ca. 11%.
- De verwachte omzet in de langdurende GGZ ligt in 2011 ca. 10% hoger dan de omzet in 2010.
- De productgroepen schizofrenie, depressie en persoonlijkheidsstoornissen vormen in 2008 en 2009 de grootste omzetgroepen binnen de gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ. Crisis-, delirium- en schizofrenie-omzet is vrijwel uitsluitend aan gebudgetteerde instellingen toe te schrijven. Binnen de niet-gebudgetteerde aanbieders vormen de productgroepen depressie, angst, en andere aandoeningen de grootste omzetgroepen.
- Bij de gebudgetteerde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ is de grootste omzetstijging sinds 2008 zichtbaar op de deelmarkt kinderen en jeugd.
- In de tweedelijns curatieve GGZ daalt het aandeel klinische omzet in de totale omzet. Het aandeel ambulante omzet stijgt.

- De omzet en het volume preventie is in 2009 gedaald.
- De contractprijzen voor niet-gebudgetteerde aanbieders in de curatieve GGZ variëren van 90% tot 95% van het maximum DBC-tarief in 2011. Tarieven voor aanvullende kwaliteitscontracten variëren van 95% tot 100%. Het tarief in de basiscontracten voor eerstelijns psychologische zorg varieert tussen € 76,00 en de € 83,00 in 2011. Het tarief voor aanvullende contracten varieert in 2011 van € 80,00 tot € 87,50.
- De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd. Bij niet-gebudgetteerde aanbieders is bij de productgroep depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen een stijging van het aantal afgesloten DBC's waarneembaar bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief.
- Een behandelaar kan directe en indirecte tijd op een DBC registreren. De directe tijd neemt bij zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde aanbieders af tussen 2008 en 2010. Het percentage directe tijd per productgroep varieert tussen de 43% en 61%.
- In de langdurende GGZ stijgt het totaal volume ZZP's met 7%. Dit wordt veroorzaakt door een stijging van het aantal C-pakketten (beschermde woonomgeving met begeleiding) met 11%. Er is een lichte daling (2%) van het aantal B-pakketten (voortgezet verblijf met behandeling). De omzetstijging bij de ZZP's van 10% wordt voornamelijk veroorzaakt door een omzetstijging van de C-pakketten (15%). De omzet bij de B-pakketten stijgt met 3%.
- Er is sprake van volume- en omzetstijgingen bij kinderen en jeugd, klinische intensieve behandelingen en het Volledig Pakket Thuis. Er zijn geen grote wijzigingen zichtbaar in de totale omzet dagbesteding voor de cliënt in de langdurende GGZ.
- Jaarlijks stelt de NZa bandbreedtetarieven vast voor de verschillende ZZP's. De bandbreedte loopt in 2010 van achtennegentig tot en met honderd procent van de in de beleidsregel opgenomen waarde. In 2011 is de bandbreedte verruimd tot een breedte tussen 94 en 100%. Uit de gegevens over de afgesproken kortingen en prijzen blijkt dat het verruimen van de bandbreedte in 2011 is vertaald in de zorginkoop door zorgkantoren.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Vanaf 2009 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de curatieve GGZ-markt.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet.<sup>1</sup>

## 1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

### *Focus*

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

De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2008 tot en met 2011. Niet voor alle indicatoren is het mogelijk deze gehele periode in kaart te brengen. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de doorlooptijd van DBC's in de curatieve GGZ.

Behalve het globale beeld van de situatie in een markt dat in een marktscan wordt geschetst, geeft de NZa in een zogenaamde begeleidende beleidsbrief de opvallendste zaken weer. Tevens wordt in

---

<sup>1</sup> In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

deze brief aangegeven wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

### **1.3 Leeswijzer**

Zoals hiervoor aangegeven geeft dit document een globaal beeld van de markt. Alvorens dit beeld wordt weergegeven, wordt in hoofdstuk twee een omschrijving van de markt gegeven. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

## 2. Omschrijving van de markt

Voordat wordt ingegaan op het beeld van de markt, wordt in dit hoofdstuk een algemeen beeld van de GGZ geschetst. Er wordt ingegaan op het onderscheid tussen de curatieve en langdurende GGZ en het onderscheid tussen de eerste en tweedelijns. Vervolgens komen de spelers op de markt en de wijze van tarifiering aan bod. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de beleidsontwikkelingen.

### 2.1 Inhoud en omvang van de GGZ

#### 2.1.1 Curatieve en langdurende GGZ

In deze marktscan wordt zowel ingegaan op de curatieve (geneeskundige) GGZ die wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de langdurende GGZ die wordt bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De strafrechtelijke forensische GGZ die wordt bekostigd door justitie wordt buiten beschouwing gelaten in deze marktscan. In de eerste helft van 2012 wordt een aparte marktscan strafrechtelijke forensische zorg uitgebracht.

Tot aan 1 januari 2008 werd de gehele GGZ bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vanaf 1 januari 2008 is een gedeelte van de GGZ ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om deze 'knip' vorm te geven is gekozen voor een jaargrens. Meer precies werd het volgende onderscheid gemaakt:

- Onder de Zvw valt alle ambulante curatieve (geneeskundige) GGZ, dat wil zeggen zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis en het eerste jaar van alle klinische curatieve GGZ.
- Onder de AWBZ valt alle ambulante niet-curatieve GGZ. In AWBZ-functies is dit uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening. Daarnaast valt alle klinische niet-curatieve GGZ (in AWBZ-functies is dit uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening in combinatie met verblijf) en alle klinische curatieve GGZ langer dan 365 dagen onder de AWBZ.

In de AWBZ worden de volgende soorten zorg onderscheiden:

- *Persoonlijke verzorging (PV)*: hulp bij de dagelijkse verzorging, zoals douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
- *Verpleging (VP)*: medische hulp, zoals wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.
- *Begeleiding (BG)*: hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijkse leven. Begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënt te handhaven of te bevorderen. Doel is om verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen.
- *Behandeling (BH)*: behandeling voor het herstel van een aandoening of handicap of om te voorkomen dat de aandoening of handicap erger wordt.
- *Verblijf (VB)*: als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is, zoals een tijdelijk of permanent verblijf in een zorginstelling.

–

Extramurale zorg wordt geïndiceerd in functies en klassen, intramurale zorg in zorgzwaartepakketten.

In de Regeling zorgaanspraken AWBZ is met ingang van 1 januari 2011 vastgelegd dat de intramurale aanspraken bestaan uit de 52 zorgzwaartepakketten.

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen. Het gaat om vormen van zorg of hulp die vaak duur en langdurig zijn. De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg. Om voor langdurende GGZ in aanmerking te komen, is een indicatie nodig. Een indicatie is een beoordeling welke hulp of zorg nodig is, hoeveel zorg nodig is en hoe lang zorg nodig is. Een indicatie wordt afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Voor AWBZ-zorg voor jeugdigen tot 18 jaar, geeft Bureau Jeugdzorg (BJZ) de indicaties af.<sup>2</sup>

Curatieve GGZ valt onder de basisverzekering van de Zvw. Vanuit de basisverzekering worden tot en met 2011 acht sessies eerstelijns psychologische zorg geheel of voor een groot deel vergoed (afhankelijk van contract en tarief aanbieder); vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering worden daar nog vier of meer sessies aan toegevoegd. De vaak langer durende tweedelijns psychotherapeutische en psychiatrische behandeling al dan niet in combinatie met verblijf tot en met 365 dagen worden geheel vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (m.u.v. psychoanalyse).

In 2009 was de omvang van de curatieve GGZ ca. 3,7 miljard en de langdurende GGZ ca. 1,6 miljard.

### **2.1.2 Eerste en tweedelijns GGZ**

Naast het onderscheid in curatieve en langdurende GGZ wordt in de GGZ onderscheid gemaakt in eerstelijns en tweedelijns GGZ.

De eerstelijns GGZ biedt kortdurende psychologische hulp aan patiënten met psychische klachten die veelal korter dan zes maanden bestaan, die zich niet in combinatie met andere fysieke of psychische klachten voordoen en niet eerder behandeld zijn. In de eerstelijns GGZ kan men zowel terecht komen via een verwijzing van de huisarts of rechtstreeks.

Tweedelijnszorg richt zich op complexere problematiek. In de tweedelijns worden cliënten met zwaardere psychische klachten behandeld. Er is sprake van behandeling al dan niet in combinatie met verblijf. Ook kan sprake zijn van langdurig verblijf/woonzorg waarbij de zorg gericht is op begeleiding en geen sprake meer is van behandeling.

Voor de tweedelijns curatieve GGZ is een verwijzing nodig. Meestal wordt deze gegeven door de huisarts.

In 2009 was de omvang van de eerstelijns GGZ ca. 97 miljoen, de tweedelijns curatieve GGZ ca. 3,6 miljard en de gehele tweedelijns GGZ (curatief en langdurend) ca. 5,3 miljard.

---

<sup>2</sup> Jeugdzorg is ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen, die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.



## 2.2 Spelers

De belangrijkste spelers op de GGZ-markt zijn de cliënten, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars (curatieve GGZ) en de zorgkantoren (langdurende GGZ).

### *Cliënten*

Op de markt voor de eerstelijns curatieve GGZ zijn de cliënten de mensen met lichte psychologische problemen die hiervoor zelf hulp zoeken ofwel worden doorverwezen voor deze hulp.

De cliënten op de markt voor curatieve tweedelijns GGZ zijn de cliënten die een verwijzing hebben voor deze zorg. In de langdurende GGZ zijn de cliënten degenen met een indicatiebesluit van het CIZ of het BJJ.

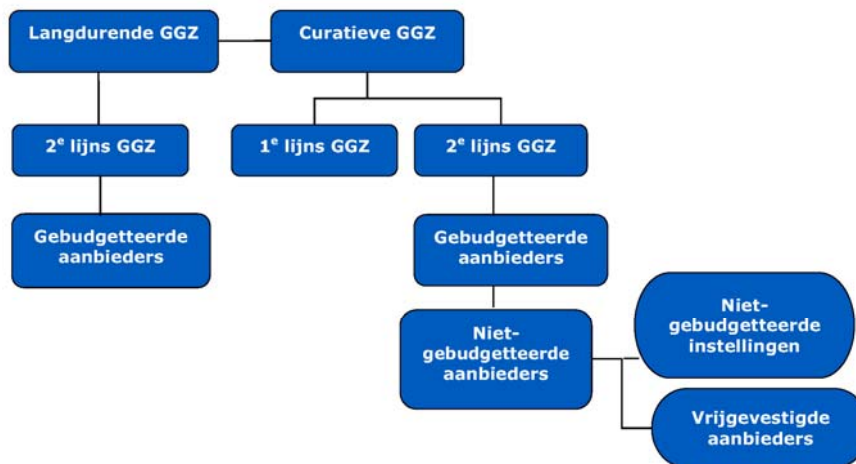
Het aantal zorgvragers in de GGZ stijgt. Het aantal unieke cliënten in de curatieve GGZ betreft in 2008 ca. 1 miljoen en in 2009 ca. 1,1 miljoen. Voor de langdurende GGZ geldt, dat het aantal afgegeven indicaties voor GGZ ZZP's in 2010 ca. 36 duizend is en in 2011 naar ca. 39 duizend stijgt. Zoals beschreven in de monitor GGZ 2009 verandert het profiel van de cliënten in de tijd vrijwel niet. De volgende categorieën worden relatief vaak aangetroffen onder de cliënten in de curatieve GGZ:

- vrouwen, vooral in de volwassenen- en ouderenzorg;
- verzekerden van 18 tot en met 54 jaar;
- verzekerden uit het westen en het noorden van het land;
- verzekerden uit de grote steden;
- verzekerden uit de (zeer) sterk stedelijke postcodegebieden.

### *Zorgaanbieders*

In onderstaand figuur wordt de GGZ-markt en zijn aanbieders zoals deze in dit rapport wordt gehanteerd schematisch weergegeven.

#### De GGZ-markt en zijn aanbieders



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

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

De langdurende GGZ betreft per definitie tweedelijns zorg en wordt uitsluitend geboden door gebudgetteerde aanbieders.

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

Daar waar in deze marktscan wordt gesproken over curatieve GGZ-instellingen en geen uitsplitsing wordt gemaakt in gebudgetteerd en niet gebudgetteerd worden de gebudgetteerde aanbieders en de niet-gebudgetteerde instellingen gezamenlijk bedoeld.

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

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

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

3

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

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

*Zorgverzekeraars (curatieve GGZ)*

---

<sup>3</sup> Van Hoof e.a. Trendrapportage GGZ 2010, Trimbos instituut, 2010, [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

In 2011 zijn er 10 verzekeringsconcerns van in totaal 27 zorgverzekeraars. Vijf van deze concerns omvatten slecht één verzekeraar.

Voor de contractering van gebudgetteerde instellingen bestaat een representatiemodel. Dat betekent dat twee of drie zorgverzekeraars namens de zorgverzekeraars budgetafspraken maken met de instellingen met de hoofdvestiging in de regio. Daartoe heeft Zorgverzekeraars Nederland een aantal non-concurrentieel zorgmarkten benoemd. Deze zorgmarkten worden opgedeeld in regio's. Voor de GGZ wordt uitgegaan van de zogeheten GHOR-regio's<sup>4</sup>. Deze regio-indeling is niet gelijk aan de zorgkantoorregio's zoals weergegeven in onderstaand figuur. Niet-gebudgetteerde instellingen vallen niet onder het representatiemodel. Zorgverzekeraars contracteren hen op individuele basis.

Zorgverzekeraars lopen tot aan 2010 geen risico over de uitgaven voor curatieve GGZ. Vanaf 2010 lopen zorgverzekeraars een beperkt financieel risico. Dit financieel risico bestaat uit het volgende. Als van een verzekeraar het gemiddelde resultaat per premieplichtige voor de kosten van GGZ na toepassing van alle compensatiemechanismen, meer dan € 15 bedraagt, wordt het meerdere voor 100% nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij een tekort op het resultaat van meer dan € 15. Het financieel risico over de uitgaven curatieve GGZ neemt in 2012 toe. Zie hiervoor paragraaf 2.4.

#### *Zorgkantoren (langdurende GGZ)*

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

#### Indeling in zorgkantoorregio's



## 2.3 Wijze van tarifiering

### 2.3.1 Curatieve GGZ

Tweedelijns curatieve GGZ wordt op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) gedeclareerd en eerstelijns psychologische zorg

<sup>4</sup> GHOR staat voor 'geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio'

wordt op basis van consulten met bijbehorende (vrije) tarieven gedeclareerd.

Gebudgetteerde tweedelijns aanbieders declareren in DBC's met vaste tarieven maar ontvangen maximaal het budget<sup>5</sup>, door middel van een verrekenpercentage en een eenmalige verrekening achteraf. De niet-gebudgetteerde aanbieders worden volledig bekostigd op basis van DBC's met maximumprijzen.

Een DBC betreft het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieder consulteert. De DBC's en de bijbehorende tarieven voor de curatieve GGZ zijn vastgelegd in de productstructuur. De productstructuur bestaat uit productgroepen voor verblijf en productgroepen voor behandeling.

#### *Productstructuur verblijf*

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

#### *Productstructuur behandeling*

De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd. In de productstructuur voor behandeling wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een cliënt en de bijbehorende kosten voor behandeling. Er is een productstructuur vastgesteld met daarin voor de langdurende behandelgroepen 14 verschillende hoofdgroepen. Elke hoofdgroep wordt gekenmerkt door een diagnose waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in diverse tijdsklassen. De bijzondere- en kortdurende behandelgroepen hebben geen onderverdeling naar diagnose hoofdgroep wegens beperkingen zoals deze zijn opgelegd door het College bescherming Persoonsgegevens (Cbp).

### **2.3.2 Langdurende GGZ**

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

Extramurale zorg is de AWBZ-zorg zonder verblijf. De extramurale zorg wordt bekostigd op basis van de gemaakte afspraken extramurale zorgprestaties behorende bij één of meer functies. Jaarlijks stelt de NZa maximumbeleidsregelwaarden vast voor de verschillende prestaties binnen de functies. Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen vervolgens over de prijs die zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg in rekening mogen brengen. Hierbij geldt uiteraard de NZa-beleidsregelwaarde als maximum.

Intramurale zorg is de AWBZ-zorg met verblijf. Indicaties met de functie 'verblijf' worden sinds 2010 bekostigd in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Zorgzwaartebekostiging is het bekostigingssysteem voor aanbieders in de verpleging en verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurende GGZ. In dit systeem is de hoogte van het budget van een zorgaanbieder afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten.

---

<sup>5</sup> Het budget wordt bepaald door de (productie) afspraken die zorgaanbieders met verzekeraars maken.

Ook voor de ZZP's stelt de NZa jaarlijks maximumbeleidsregelwaarden vast. Hierbij geldt de NZa-beleidsregelwaarde als maximum. De beleidsregelwaarden voor de ZZP-prestaties in deze beleidsregel hebben echter een bandbreedte. Jaarlijks stelt de NZa deze bandbreedtetarieven vast voor de verschillende ZZP's. Dit betekent dat het door het zorgkantoor en zorgaanbieder overeen te komen tarief slechts door de NZa wordt vastgesteld indien het overeen gekomen tarief binnen de aangegeven bandbreedte valt. De bandbreedte loopt in 2010 van achtennegentig tot en met honderd procent van de in de beleidsregel opgenomen waarde. In 2011 wordt de bandbreedte verruimd tot een breedte tussen vierennegentig en honderd procent. De zorg aan kinderen en jeugd en de klinisch intensieve behandelingen vallen voorsnog buiten de ZZP-systematiek. De bekostiging hiervan vindt voorsnog plaats via de oude budgetparameters.

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

## 2.4 Ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ-markt in de periode 2008-2011. Verder wordt ingegaan op de toekomstige ontwikkelingen vanaf 2012. De ontwikkelingen zijn aan de hand van vijf thema's in kaart gebracht, te weten: ontwikkelingen in het kader van structuurwijzigingen, bekostiging, deregulering, bezuiniging-/pakketmaatregelen en kwaliteit/transparantie. In onderstaand schema worden de ontwikkelingen per thema samengevat. Bij een aantal ontwikkelingen staat geen datum benoemd. Dit betreffen plannen waarbij de politieke besluitvorming nog niet is afgerond.

Structuurwijzigingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curatieve GGZ naar Zvw (2008)</li> <li>- Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars (2013)</li> <li>- Overheveling van de functie extramurale begeleiding naar de gemeenten (2013)</li> <li>- Gefaseerde overheveling jeugd GGZ naar gemeente</li> </ul>
Bekostiging	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaststellen prestatienorm extramurale zorg langdurende GGZ (2008)</li> <li>- Zorgzwaartebekostiging langdurende GGZ (2010)</li> <li>- Bevoorschotting vrijgevestigde curatieve GGZ-aanbieders (2011)</li> <li>- Nieuwe toeslag niet-strafrechtelijke forensische zorg in langdurende GGZ (2011)</li> <li>- Invoering prestatiebekostiging curatieve GGZ (2013)</li> <li>- Normatieve bekostiging huisvesting</li> <li>- Het scheiden van wonen-zorg in langdurende GGZ</li> <li>- Een systeem van resultaatfinanciering voor de gehele AWBZ</li> </ul>
Deregulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afschaffing bouwregime (2009)</li> <li>- Flexibilisering overheveling GGZ-budget AWBZ-Zvw (2011)</li> <li>- Mogelijkheid tot afrekening in DBC's in curatieve GGZ (2012)</li> <li>- Toename financieel risico zorgverzekeraars over curatieve GGZ (2012)</li> <li>- Opheffen contracteerplicht intramurale AWBZ (2012)</li> <li>- Vereenvoudiging indicatiestelling langdurende AWBZ</li> </ul>
Bezuinigings-/pakketmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generieke korting van 1% op maximale tarieven langdurende GGZ (2008)</li> <li>- Maatregelen psychosociale grondslag in de langdurende GGZ (2008)</li> <li>- Beperking van de AWBZ-aanspraak begeleiding in de langdurende GGZ (2009)</li> <li>- Eigen bijdrage voor begeleiding in langdurende GGZ (2010)</li> <li>- Tariefmaatregel curatieve GGZ (2010)</li> <li>- Psychoanalyse verdwijnt uit het basispakket (2010)</li> <li>- Budget-/kortingsmaatregel curatieve GGZ (2012)</li> <li>- Bezuinigingsmaatregelen curatieve GGZ (2012)</li> </ul>
Kwaliteit en transparantie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestatie-indicatoren GGZ en Routine Outcome Monitoring curatieve GGZ (2008)</li> <li>- Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland en ZN over transparantie kwaliteit van zorg en financiering onderhanden werk in curatieve GGZ (2010)</li> <li>- Nieuwe productstructuur voor verblijf in de curatieve GGZ (2012)</li> <li>- Kwaliteitsbevorderende maatregelen in de langdurende GGZ (2012)</li> <li>- Oprichting kwaliteitsinstituut</li> </ul>

### Structuurwijzigingen

- Sinds 2008 wordt alle ambulante curatieve GGZ en het eerste jaar van alle klinische GGZ bekostigd vanuit de Zvw. De financiering (gebudgetteerde aanbieders) en bekostiging (niet gebudgetteerde aanbieders) van de curatieve GGZ vindt sinds 2008 plaats op basis van DBC's. Voor het uitvoeren van de budgetsplitsing AWBZ-Zvw zijn instellingen oktober 2007 gevraagd om aan te geven hoeveel cliënten zij feitelijk in zorg hadden in de Zvw en hoeveel in de AWBZ uitgaande van de peildatum 1 september 2007. Eind 2008 is er nog een mogelijkheid geboden om deze opgave te wijzigen indien sprake was van feiten en omstandigheden die op de peildatum nog niet bekend waren.
- De AWBZ zal per 1 januari 2013 worden uitgevoerd door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. De taken van de zorgkantoren worden overgenomen door de zorgverzekeraars.
- Overhevelen van de functie extramurale begeleiding naar de Wmo per 2013 en laten uitvoeren door de gemeenten. Het kabinet heeft ervoor gekozen om de extramurale begeleiding, die nu nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ, dichterbij de cliënt te organiseren. Daarom wordt de extramurale begeleiding onder de werking van de Wmo gebracht.
- Gefaseerde overheveling jeugd-GGZ naar de gemeenten. Het doel is om alle taken op het gebied van jeugdzorg te bundelen in één wettelijk kader, waardoor de zorg voor jongeren en hun ouders integraal tot stand kan komen.

*Bekostiging*

- Vaststelling prestatienorm extramurale zorg (2008) in de langdurende GGZ. Deze norm is vastgesteld op 35% van het aantal uren dat gemiddeld door een zorgaanbieder binnen de geïndiceerde klassenbreedte wordt geleverd.
- Zorgzwaarte bekostiging (2010). Per 2010 is prestatiebekostiging in de intramurale AWBZ ingevoerd (ZZP's). Instellingen krijgen niet langer een gemiddelde vergoeding per bed, maar een vergoeding per cliënt afhankelijk van zijn zorgzwaarte.
- Bevoorschotting ofwel financiering van onderhanden werk vrijgevestigde curatieve GGZ-aanbieders (2011). Eind 2010 besluit de NZa het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor permanente financiering van onderhanden werk vast te stellen. Hiermee kunnen vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ vanaf 1 januari 2011 gebruik maken van permanente bevoorschotting door zorgverzekeraars.
- Nieuwe toeslag niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie in langdurende GGZ (2011). Op basis van een recent onderzoek is geconcludeerd dat voor specifiek de AWBZ-gefinancierde cliënten in een forensische psychiatrische kliniek (FPK) een toeslag gerechtvaardigd is om de uren meerzorg te kunnen bekostigen.
- Invoering prestatiebekostiging (2013). Het is de inzet van de minister om per 2013 prestatiebekostiging in de curatieve GGZ in te voeren. De NZa heeft hiertoe november 2011 het consultatiedocument 'Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ' uitgebracht.
- Normatieve bekostiging van de huisvesting. Stapsgewijs vervangen van de 100% nacalculatie van de huisvestingskosten door een normatieve bekostiging, waarmee zorgaanbieders worden gestimuleerd tegemoet te komen aan de woonwensen van hun cliënten.
- Het scheiden van wonen en zorg in de langdurende zorg. Bewoners van instellingen krijgen hierdoor meer keuzevrijheid en zorginstellingen zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van cliënten door meerdere huisvestingsvarianten aan te bieden.
- Eén systeem van resultaatfinanciering voor de gehele AWBZ. Een vervolgstap in het cliëntgericht maken van de AWBZ is dat de financiering gekoppeld wordt aan het resultaat van de zorg voor de cliënt. Het geld zal de cliënt moeten volgen en de kwaliteit moet aan de financiering worden gekoppeld.

*Deregulering*

- Afschaffen bouwregime (2009). Per 2009 hebben aanbieders geen toestemming meer nodig van de overheid voor bouw of renovatie.
- Flexibilisering overheveling budget (2011). Om knelpunten die waren ontstaan door de knip in de bekostiging op te lossen, is het voor instellingen, zorgkantoren en verzekeraars mogelijk gemaakt om gezamenlijk een verzoek in te dienen voor overheveling van budget tussen AWBZ en Zvw.
- Mogelijkheid tot afrekening in DBC's in curatieve GGZ (2012). Vanaf 2012 mogen gebudgetteerde instellingen – mits representerende verzekeraars hiermee akkoord zijn – in de GGZ kiezen of zij afrekenen met budgetparameters of via DBC's.
- Risicoverevening (2012). In samenhang met de invoering van de prestatiebekostiging in de curatieve GGZ worden de ex post compensaties uiterlijk in 2015 afgeschaft. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden verzekeraars ook in 2012 volledig nagecalculeerd voor de kosten curatieve GGZ. Voor verzekerden ouder dan 18 jaar wordt het nacalculatiepercentage in 2012 afgebouwd van 100% naar 90% op het deel van de kosten boven de drempelwaarde (€ 10.000).



- Opheffen contracteerplicht intramurale AWBZ vanaf 2012.
- Verder vereenvoudigen van de indicatiestelling: meer ruimte voor zorgaanbieders om zelf indicatie te stellen.

#### *Bezuiniging- en pakketmaatregelen*

- Generieke korting van 1% op de maximale tarieven in de langdurende GGZ (2008).
- Maatregelen psychosociale grondslag in de langdurende GGZ (2008). Door deze maatregelen bestaat in de AWBZ op basis van de grondslag psychosociale problematiek niet langer de mogelijkheid om in aanmerking te komen voor begeleiding en persoonlijke verzorging.
- Beperking van de AWBZ-aanspraak begeleiding (2009). Door de pakketmaatregel in de AWBZ zijn met ingang van 2009 ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling samengevoegd tot nieuwe aanspraken: begeleiding en behandeling. Een deel van de aanspraak activerende begeleiding is overgegaan naar de nieuwe aanspraak begeleiding en een deel is overgegaan naar de aanspraak behandeling. Cliënten komen vanaf 2009 alleen nog in aanmerking voor de nieuwe aanspraak begeleiding als ze matige of ernstige beperkingen hebben. Cliënten die lichte beperkingen hebben komen niet meer in aanmerking voor begeleiding vanuit de AWBZ.
- Eigen bijdrage voor begeleiding in de langdurende GGZ (2010). Sinds 2010 betalen volwassenen een eigen bijdrage voor begeleiding.
- Tariefmaatregel curatieve GGZ (2010). In 2009 ontvangt de NZa een aanwijzing van de Minister van VWS om door middel van een tariefverlaging in de GGZ een macro taakstellingsbedrag van structureel € 119 miljoen te realiseren. November 2009 wordt de beleidsregel Tariefmaatregel GGZ Zvw 2010 vastgesteld. Door de budgetten te korten met een kortingsbedrag wordt het bedrag van € 119 miljoen gerealiseerd.
- De behandeling psychoanalyse vormt geen onderdeel meer van het basispakket (2010).
- Budget-/tariefkorting curatieve GGZ (2012). Augustus 2011 heeft de NZa een aanwijzing van het ministerie van VWS gekregen om € 222 miljoen te korten in de tweedelijns curatieve GGZ.

Bezuinigingen curatieve GGZ (2012). Om de groei van de uitgaven in de zorg af te remmen, treft het kabinet vanaf 2012 de volgende maatregelen in de GGZ:

#### *Eerstelijns psychologische zorg*

- De eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg wordt verhoogd. Het aantal sessies dat vergoed wordt uit de basisverzekering wordt verlaagd van acht naar vijf.

#### *Tweedelijns GGZ*

- Er wordt een eigen bijdrage ingevoerd voor behandeling in de curatieve GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zie ook paragraaf 6.2 voor een nadere toelichting.
- Er wordt een eigen bijdrage ingevoerd voor verblijf in een instelling voor curatieve GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- De behandeling van aanpassingsstoornissen gaat uit het basispakket.
- Het tarief van DBC's van 18.000 minuten en langer wordt begrensd tot het tarief van dezelfde behandeling tot 18.000 minuten.
- Een zorgaanbieder kan in het geval een patiënt niet op zijn afspraak komt, de tijd die hij niet anders kan besteden niet meer registreren in de DBC systematiek. Een aanbieder kan wel rechtstreeks de patiënt een rekening sturen voor de verloren tijd.



*Kwaliteit en transparantie*

- Prestatie-indicatoren (2008). GGZ-aanbieders met een Wtzi-erkenning zijn vanaf 2008 verplicht prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (ZiZo) met als doel de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. ZiZo gaat per 1 januari 2013 op in het kwaliteitsinstituut voor de zorg.
- Routine Outcome Monitoring in curatieve GGZ (2008 en verder). Bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg verschuift de focus steeds meer naar de uitkomsten van zorg. Routine Outcome Monitoring (ROM) is sinds een aantal jaren een veelgebruikte methode om de geleverde zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren. Zie paragraaf 5.2.2 voor een nadere toelichting.
- Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland en ZN over transparantie kwaliteit van zorg en financiering onderhanden werk (2010). In ruil voor meer inzicht in de kwaliteit van zorg gaan zorgverzekeraars instellingen financiële voorschotten geven.
- Nieuwe productstructuur verblijf in de curatieve GGZ (2012). Vanaf 2012 geldt een nieuwe productstructuur voor verblijf. In totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden. Naast de inzet van het VOV-personeel<sup>6</sup> zijn deze prestatiebeschrijvingen van verblijf gebaseerd op de mate van verblijfszorg, de mate van toezicht en de fysieke kenmerken van de setting.
- Kwaliteitsbevorderende maatregelen voor de langdurende zorg. Structureel is vanaf 2012 € 852 miljoen per jaar extra uitgetrokken voor meer zorgpersoneel en opleidingen in de langdurende zorg. Dit extra bedrag komt bovenop de middelen beschikbaar voor de reguliere groei. Dit bedrag is bedoeld voor de aanname en opleiding van 12.000 extra arbeidsplaatsen in de langdurende AWBZ.
- De oprichting van een kwaliteitsinstituut om ondermeer het veld te ondersteunen bij het definiëren van standaarden waaraan de zorg moet voldoen, bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en bij het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen.

---

<sup>6</sup> Verplegend, opvoedkundig en verzorgend personeel.



### 3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen cliënten, aantallen zorgaanbieders, hun omvang, toe- en uittreding en de financiële positie van GGZ-concerns. Daarnaast wordt in paragraaf 3.2.2 aandacht besteed aan het aanbod e-mental health.

#### 3.1 Aantal cliënten

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

##### Aantal cliënten curatieve GGZ

	2008	2009
0-17 jaar	189.588	222.061
18-64 jaar	733.792	782.645
65 +	95.013	101.306
<b>Totaal</b>	<b>1.018.393</b>	<b>1.106.012</b>

Bron: APE

##### Aantal cliënten eerstelijns curatieve GGZ

	2008	2009
0-17 jaar	42.355	54.485
18-64 jaar	185.694	224.395
65 +	6.874	10.028
<b>Totaal</b>	<b>234.923</b>	<b>288.908</b>

Bron: APE

##### Aantal cliënten tweedelijns curatieve GGZ

	2008	2009
0-17 jaar	152.823	175.692
18-64 jaar	574.694	596.512
65 +	88.990	93.507
<b>Totaal</b>	<b>816.507</b>	<b>865.711</b>

Bron: APE

- Door een overlap in de cliëntenaantallen tussen de eerste en de tweedelijns<sup>7</sup> komt het totaal aantal unieke cliënten lager uit dan de optelling van de cliënten aantallen in de eerste en tweede lijn.
- Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2009 gestegen met 8,6%. Het aantal cliënten tussen 0-17 jaar stijgt het meest sterk (17,1%). Deze stijging zou (deels) veroorzaakt kunnen worden doordat per 1 januari 2009 de vergoeding van diagnostiek en behandeling van ernstige, enkelvoudige<sup>8</sup> dyslexie in het basispakket van de zorgverzekering is opgenomen.
- De stijging van het aantal cliënten in de eerstelijns GGZ betreft ca. 23% en in de tweedelijns GGZ ca. 6%.

<sup>7</sup> Cliënten die in één jaar zowel in de eerste als tweedelijns curatieve GGZ zijn behandeld.

<sup>8</sup> Het woord 'enkelvoudig' wil zeggen dat er géén sprake mag zijn van bijkomende stoornissen zoals bijvoorbeeld AD(H)D.

Het aantal cliënten dat daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van de langdurende GGZ is niet bekend. In de volgende tabel wordt het aantal cliënten met een geldige indicatie voor intramurale GGZ weergegeven op 1 januari 2010 en 1 januari 2011.

### Aantal cliënten met geldige indicatie langdurende GGZ

	2010	2011
	35.862	39.310

Bron: CIZ Basisrapportage AWBZ peildatum: december 2011

## 3.2 Aantal zorgaanbieders

Onderstaande tabellen laten een raming zien van het aantal GGZ-aanbieders.<sup>9</sup> Hierbij zijn alle aanbieders die in het betreffende jaar één of meer GGZ DBC's hebben geopend en later gedeclareerd hebben, opgenomen in het overzicht. Er is een grote spreiding in gedeclareerde omzet. Zie paragraaf 3.2.1. Het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders in 2008 ligt hoger dan gerapporteerd in de Monitor GGZ 2010. Tot eind 2010 konden nog declaratiegegevens over 2008 worden ingediend.

### Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ

Soort aanbieder		2008	2009	2010	2011
Eerstelijns psychologische zorg	Psychologische zorgverlener	3.956	4.031	-	-
	Overig (psychiaters, orthopedagogen etc.)	197	174	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>4.153</b>	<b>4.205</b>	-	-
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	182	179	178	181
	Niet-gebudgetteerde instellingen	16	58	-	-
	Psychologisch zorgverlener	1.220	1.518	-	-
	Vrijgevestigde psychiater (medisch specialist)	455	466	-	-
	Onbekende Agb code	1	1	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>1.874</b>	<b>2.222</b>	<b>178</b>	<b>181</b>

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- Over 2010 zijn nog onvoldoende gegevens over het aantal eerstelijns psychologische zorgverleners en het aantal (vrijgevestigde) tweedelijns zorgaanbieders bekend. Tot en met eind 2012 kunnen verzekeraars declaratiegegevens over 2010 bij Vektis indienen.
- De fluctuatie in het aantal gebudgetteerde curatieve GGZ-aanbieders wordt veroorzaakt door fusies van gebudgetteerde aanbieders dan wel afsplitsingen binnen een gebudgetteerde aanbieder.

<sup>9</sup> Voor de gebudgetteerde curatieve en voor de langdurende GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij NZa bekend zijn. Voor de overige aanbieders curatieve GGZ is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis.

- Van de 178 aanbieders curatieve GGZ in 2009 leveren ca. 67 aanbieders ook langdurende GGZ. Dit aantal is in de loop van de jaren nauwelijks gewijzigd.

### Aantal aanbieders langdurende GGZ

	2008	2009	2010	2011
O.b.v. specifieke GGZ-instellingsnummers	136	154		
O.b.v. productie GGZ			469	470

Bron NZa peildatum: december 2011

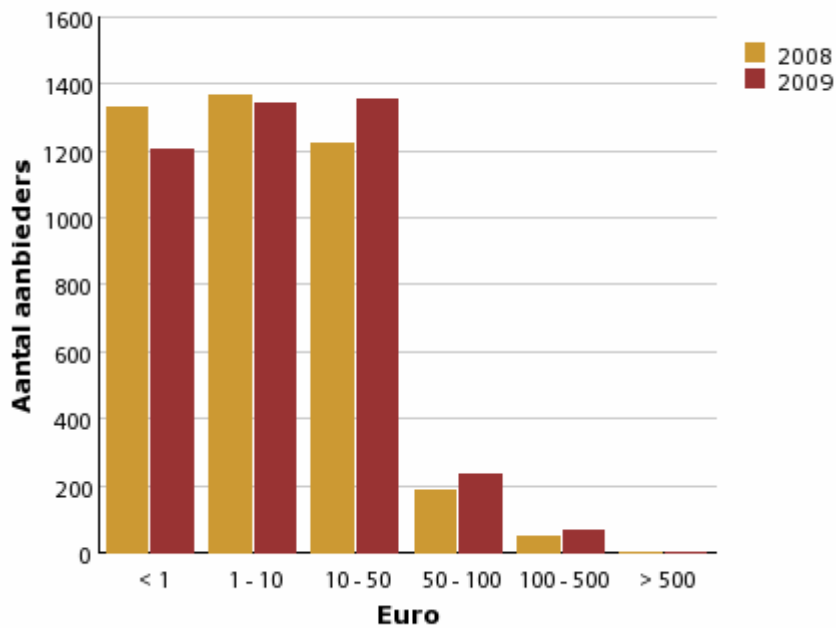
- Voor de langdurende GGZ geldt dat vanaf 2010 de definitie van het aantal aanbieders is gewijzigd. In 2008 en 2009 wordt het aantal aanbieders gebaseerd op het aantal GGZ-aanbieders dat een eigen GGZ-instellingsnummer en daarmee een eigen rekenstaat heeft. In 2010 zijn deze specifieke GGZ-instellingsnummers in de langdurende GGZ losgelaten en wordt het aantal aanbieders bepaald op basis van het aantal aanbieders dat productie heeft in een of meerdere GGZ zorgzwaartepakketten of andere producten langdurende GGZ. Er is een grote spreiding in gedeclareerde omzet. Zie paragraaf 3.2.1. Het aantal aanbieders is in 2011 nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2010.
- De stijging van het aantal langdurende GGZ-aanbieders in 2009 (ten opzichte van 2008) wordt veroorzaakt doordat een aantal bestaande zorgaanbieders verschillende instellingsnummers hebben gekregen per regio. In 2008 was voor de bekostiging (bovenregionale zorginkoop) veelal nog een overheveling tussen de zorgkantoren noodzakelijk. Vanaf 2009 was de zorginkoop voor deze aanbieders opgenomen in de nieuwe rekenstaat behorende bij deze regio.

### 3.2.1 Omvang spelers

#### 3.2.1.1 Curatieve GGZ

In onderstaande grafieken wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de curatieve GGZ weergegeven. De tabellen doen geen uitspraken over de marktconcentratie in de curatieve GGZ. In de monitor curatieve GGZ 2009 wordt ingegaan op de marktconcentratie.

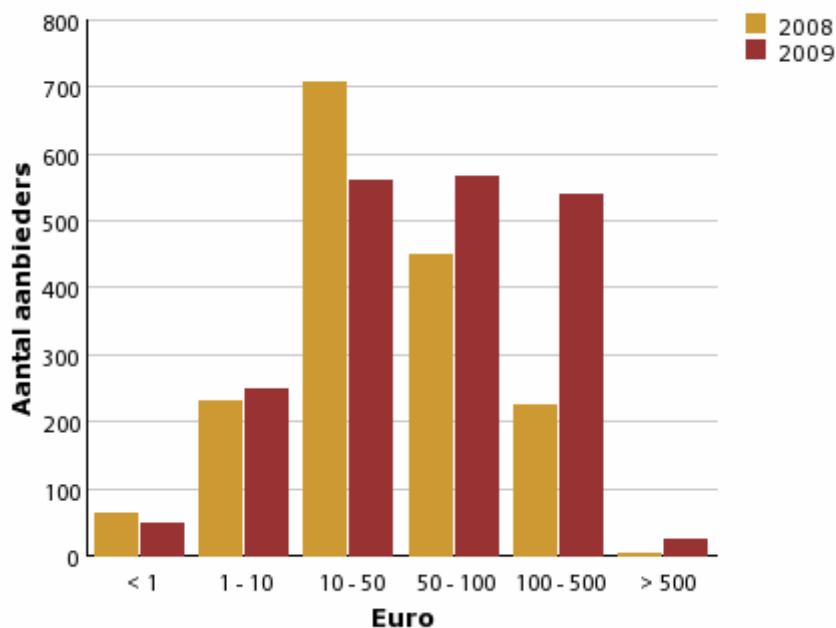
**Omvang aanbieders eerstelijns psychologische zorg (in duizenden €)**



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- In de eerstelijns psychologische zorg is een groot aantal aanbieders actief met een lage omzet (<math>< \text{€ } 1000</math>). Er zijn in de eerstelijns psychologische zorg naast eerstelijns psychologen ook veel andere aanbieders actief zoals orthopedagogen, psychotherapeuten en psychiaters (zie ook hoofdstuk 2) die naast hun werkzaamheden in bijvoorbeeld de tweedelijns curatieve GGZ incidenteel eerstelijns psychologische zorg leveren.

**Omvang vrijgevestigde aanbieders tweedelijns curatieve GGZ (in duizenden €)**

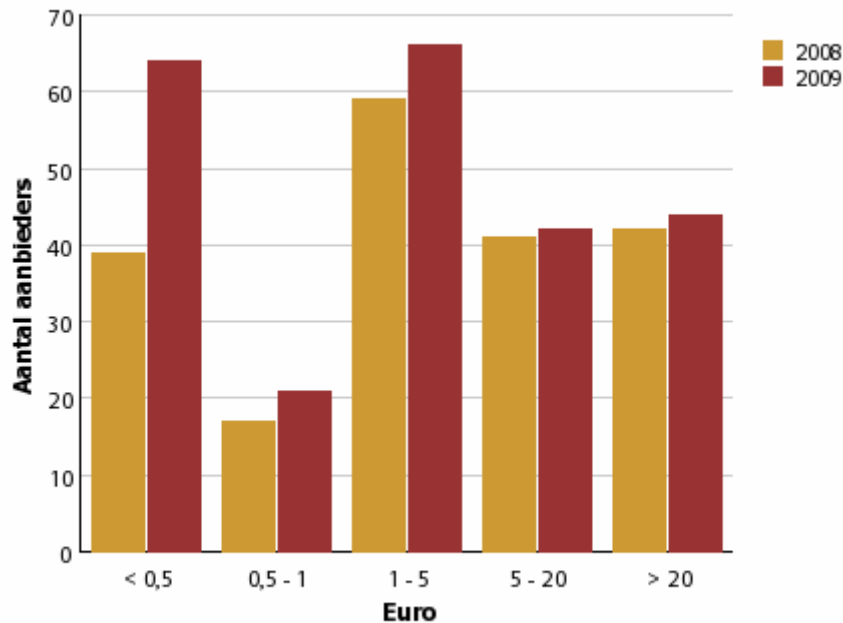


Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- Naast een stijging van het aantal vrijgevestigde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ in 2009 is hun gemiddelde omzet gestegen.

- Een stijging van het aantal aanbieders in de hoogste omzetklassen kan duiden op een toename van het aantal praktijken tweedelijns GGZ.
- Naast deze praktijken zijn er zowel in 2008 als 2009 ca. 50 aanbieders die maar 1 of enkele DBC's (omzet < € 1000) in een jaar openen en declareren. Een groep van ca. 240 aanbieders heeft een omzet tussen de € 1.000 - € 10.000. Dit duidt op aanbieders die slechts gedeeltelijk (parttime) als vrijgevestigde aanbieder in de curatieve tweedelijns GGZ werken.

### Omvang instellingen tweedelijns curatieve GGZ (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

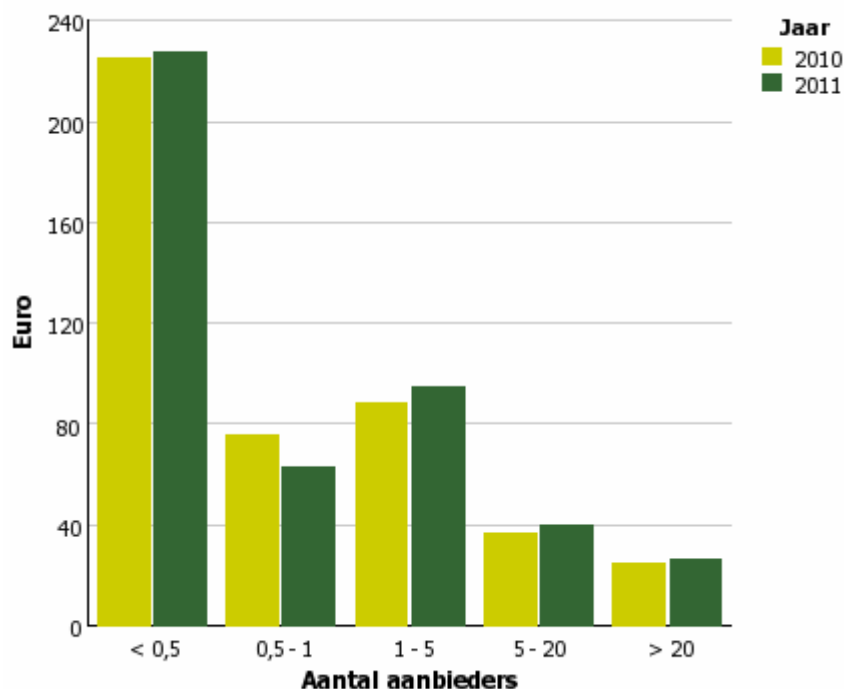
Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- De omvangverschuivingen zoals zichtbaar in bovenstaande tabel worden tot de categorie € 5-20 miljoen voornamelijk veroorzaakt door de toename van niet-gebudgetteerde aanbieders in aantal en hun omzet.
- In de categorie met een omzet van meer dan € 20 miljoen bevinden zich zowel in 2008 als 2009 uitsluitend gebudgetteerde instellingen. Vier instellingen hebben in 2008 een omvang van > € 100 miljoen. In 2009 zijn dit 5 instellingen.

#### 3.2.1.2 Langdurende GGZ

In de volgende tabellen wordt het aantal aanbieders per omzetcategorie voor de langdurende GGZ weergegeven. De tabellen doen geen uitspraken over de marktconcentratie in de extramurale AWBZ. In de marktscan extramurale AWBZ 2011 wordt ingegaan op de marktconcentratie in de extramurale zorg.

### Omvang zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: december 2011

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

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

Onderstaande tabel geeft op totaalniveau aan hoeveel zorgaanbieders langdurende GGZ er in Nederland zijn met een bepaald marktaandeel in een zorgkantoorregio. Het totaalniveau houdt in dat bij elke zorgaanbieder is gekeken naar de totale omzet van de langdurende GGZ.

### Omvang marktaandeel zorgaanbieders langdurende GGZ in een zorgkantoorregio

	< 1%	1 - 25%	25 - 40%	> 40%
2010	229	192	13	29
2011	239	190	15	28

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Uit de tabel blijkt bijvoorbeeld dat er in 2011 229 zorgaanbieders zijn in Nederland die een marktaandeel binnen een zorgkantoorregio hebben van minder dan 1%.
- Uit de tabel blijkt dat er geen grote verschuivingen te zien zijn in de marktaandeelen per zorgkantoorregio op totaalniveau. De grootste groep zorgaanbieders heeft een marktaandeel binnen een zorgkantoorregio kleiner dan 1%.



### 3.2.2 Aanbod e-mental health

In de monitor GGZ 2010 is in kaart gebracht welke zorg aanbieders tweedelijns curatieve GGZ leveren. Deze gegevens zijn niet of nauwelijks gewijzigd. Als aanvulling op de monitor GGZ 2010 geeft de NZa in deze marktscan een overzicht van het aanbod e-mental health zoals dit op kiesbeter.nl voor consumenten toegankelijk is.

Kiesbeter presenteert zogenoemde 'etalage-informatie' waarbij aanbieders zelf de mogelijkheid hebben om aan te geven of zij e-mental health bieden. Aanbieders zijn hierbij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, compleetheid en betrouwbaarheid van de data.

Het Trimbos-instituut ontwikkelt samen met partijen een kwaliteitskeurmerk voor e-health interventies. Met het kwaliteitskeurmerk kan de gebruiker in één oogopslag zien of een e-mental health interventie kwalitatief goed is. Het kwaliteitsinstrument is in het voorjaar van 2012 online beschikbaar.<sup>10</sup>

Uit analyse van het aanbod e-mental health blijkt dat een indeling in drie categorieën kan worden gemaakt:

- Informatie: informatieve websites die naast informatie ook lotgenotencontact en de mogelijkheid tot het stellen van vragen kunnen bieden.
- Behandeling: online-behandeling gericht op herstel en voorkoming van verergering van problemen door een professionele hulpverlener.
- Cursus: een online cursus, training of zelfhulpprogramma waarbij een aantal lessen over een bepaald onderwerp kan worden doorlopen. Er is geen intensief contact met een professioneel hulpverlener.

Een deel van het aanbod richt zich op een diversiteit aan psychische problemen (GGZ algemeen), een ander deel op specifieke psychische problemen, bijvoorbeeld verslavingszorg. In de volgende tabel wordt het aanbod e-mental health (het aantal websites) per stoornis per categorie weergegeven.

#### Aanbod e-mental health per stoornis 2011

	Infor- matie	Behan- deling	Cursus
GGZ algemeen	27	14	4
Verslavingszorg	18	13	2
Depressie	4	5	2
Angststoornissen	2	1	1
Eetproblemen	2	3	0
Overig	10	0	5
<b>Totaal</b>	<b>63</b>	<b>36</b>	<b>14</b>

Bron: Kiesbeter peildatum: april 2011

- Uit bovenstaande tabel blijkt dat er op Kiesbeter 113 websites zijn voor consumenten die informatie, behandeling dan wel een cursus bieden voor psychische problematiek. Het aantal informatieve websites over psychische problemen in het algemeen bedraagt 27.
- Het overgrote deel van het e-mental health aanbod richt zich op psychische problemen in het algemeen en verslavingszorg. Onder verslavingszorg wordt verslaving aan alcohol en drugs, maar ook gokverslaving en roken verstaan. Onder overig valt het aanbod dat zich richt op één specifieke stoornis maar niet valt onder een van de

<sup>10</sup> <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Trimbos-maakt-kwaliteitskeurmerk-emental-health.htm>

genoemde categorieën. Hieronder valt bijvoorbeeld het aanbod dat zich richt op psychotische stoornissen of suïcide.

In onderstaande tabel is in kaart gebracht welke type aanbieders de internetbehandelingen zoals in voorgaande tabel weergegeven aanbieden.

### Aantal e-health aanbieders 2011

Gebudgetteerde instellingen	26
Niet-gebudgetteerde aanbieders	7
Maatschappelijke instellingen	3
<b>Totaal</b>	<b>36</b>

Bron: Kiesbeter peildatum: april 2011

- Het aantal unieke aanbieders dat e-mental health aanbiedt ligt lager dan in bovenstaande tabel is weergegeven, omdat er aanbieders zijn die meerdere internetbehandelingen aanbieden.
- 72% van het aanbod e-mental health dat zich richt op behandeling wordt aangeboden door gebudgetteerde aanbieders al dan niet in samenwerking met andere gebudgetteerde en/of niet gebudgetteerde instellingen.
- Van de 7 niet-gebudgetteerde aanbieders die behandeling via internet aanbieden, richten 4 zich uitsluitend op internetbehandeling.

## 3.3 Toetreding

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aantal toe- en uittreeders. Weinig toetreding kan wijzen op toetredingsdrempels. In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens de toe- en uittreding voor de curatieve en langdurende GGZ in kaart gebracht. Voor de curatieve GGZ wordt ook het aanbod van de toetreders en hun omvang in kaart gebracht.

### 3.3.1 Curatieve GGZ

#### 3.3.1.1 Toe- en uittreeders

In de volgende tabellen wordt het aantal toe- en uittreeders voor de curatieve GGZ in kaart gebracht. Een aanbieder is als toetreder gedefinieerd indien hij productie<sup>11</sup> heeft in 2009 en niet in 2008. Een aanbieder is als uittreder gedefinieerd als hij productie in 2008 heeft, maar niet in 2009.

### Toegetreden zorgaanbieders curatieve GGZ

		2009
Eerstelijns psychologische zorg		968
Tweedelijns GGZ	Niet-gebudgetteerde instellingen	44
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	441

Bron Vektis peildatum: maart 2011

<sup>11</sup> Productie wil zeggen dat een aanbieder een DBC in het betreffende jaar heeft geopend en deze in dat jaar of later heeft gedeclareerd.

**Uitgetreden zorgaanbieders curatieve GGZ**

		2009
Eerstelijns psychologische zorg		916
Tweedelijns GGZ	Niet-gebudgetteerde instellingen	2
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	132

Bron Vektis peildatum: maart 2011

- De grote aantallen toe- en uitgetreders worden veroorzaakt door de gehanteerde definitie. Zoals weergegeven in paragraaf 3.2.1.1 zijn er een groot aantal met name eerstelijns psychologen maar ook vrijgevestigde tweedelijns aanbieders met een kleine omvang. Onder deze aanbieders zijn veel aanbieders die het ene jaar productie hebben en het andere jaar niet. Ook indien de AGB-code van een zorgaanbieder in 2009 wijzigt, wordt hij tot de toe- en uitgetreders gerekend.
- In 2009 hebben 968 eerstelijns psychologen een consult geleverd en gedeclareerd die dat in 2008 niet hebben gedaan. 916 aanbieders hebben in 2008 wel een consult geleverd en gedeclareerd en in 2009 niet. Het aantal aanbieders van eerstelijns psychologische zorg dat in 2009 toe- en uitgetredt ligt dicht bij elkaar waardoor het aantal aanbieders in 2009 beperkt toeneemt.
- In de tweedelijns curatieve GGZ hebben in 2009 485 niet-gebudgetteerde aanbieders een DBC geopend en gedeclareerd die dat in 2008 niet hebben gedaan. 134 aanbieders hebben in 2008 wel een DBC geopend en gedeclareerd, maar hebben dit in 2009 niet gedaan.

**3.3.1.2 Aanbod toetreders en omvang**

Het totaal aantal niet-gebudgetteerde instellingen in de curatieve GGZ kan worden beschouwd als toetreders. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoeveel instellingen dit betreft en wat hun omzet is.

**Aantal en omzetpercentage toegetreden curatieve GGZ instellingen**

	2008	2009
Aantal toegetreden instellingen	16	44
Percentage omzet van toegetreden instellingen	0,3%	1,4%

Bron: Vektis Peildatum: maart 2011

Bron: NZa Peildatum: oktober 2011

- In 2008 betreft het percentage nieuw toegetreden curatieve GGZ-instellingen 16, dit is 8,3% van het totaal aantal GGZ-instellingen. Deze nieuwe toetreders leveren in 2008 0,3% van de totale omzet van GGZ-instellingen.
- In 2009 betreft het aantal nieuw toegetreden GGZ-instellingen 44 (20,1%), zij zijn in 2009 verantwoordelijk voor 1,4% van de totale productie van GGZ-instellingen.

Het aanbod van de toetredende instellingen in 2008 en 2009 (minus de uittrekkers in 2009)<sup>12</sup> wordt weergegeven in de volgende tabel.

### Aanbod toetredende instellingen curatieve GGZ

	Klinisch	Ambulant	Totaal
GGZ algemeen	3	10	13
Kinderen en jeugd		6	6
Verslavingszorg (incl. eetstoornissen)	5	4	9
Arbeid en psyché		3	3
Dyslexie		23	23
Overige gespecialiseerd op specifieke doelgroep	1	3	4
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>49</b>	<b>58</b>

Bron: websites individuele instellingen

- Zorgaanbieders die zich richten op meerdere deelmarkten, bijvoorbeeld een aanbieder die zich richt op algemene GGZ-problematiek en ook op arbeid en psyché, is in bovenstaand tabel weergegeven onder GGZ algemeen.
- Sinds 1 januari 2009 is de vergoeding van diagnostiek en behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen. Dit verklaart de toename van het aantal toetreders op deze markt.
- Onder de categorie 'overig' vallen twee instellingen die zich richten op de ambulante behandeling van psychosomatische aandoeningen, een instelling die ambulante GGZ biedt aan mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking en een instelling die klinisch en ambulante zorg biedt aan slachtoffers van huiselijk geweld.

Voor de deelmarkt verslavingszorg en kinderen en jeugd (incl. dyslexie) is het mogelijk het aantal en de omzet van de nieuw toetredende GGZ-instellingen af te zetten tegen het totaal aantal instellingen op deze deelmarkt en hun omzet. De volgende tabel laat zien hoeveel instellingen in 2008 en 2009 zijn toetredende tot de markt voor verslavingszorg en wat hun omzetpercentage is.

### Aantal en omzetpercentage toetredende curatieve GGZ-instellingen verslavingszorg

	2008	2009
Aantal toetredende instellingen	6	3
Percentage omzet van toetredende instellingen	1,2%	4,8%

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- In 2008 zijn 6 instellingen (16,7%) toetredende tot de markt voor de verslavingszorg. In het totaal van de omzet verslavingszorg van instellingen in dat jaar hebben zij een aandeel van 1,2%. In 2009 is het aantal toetredende instellingen 3 (7,9%) en genereren zij 4,8% van de omzet van verslavingszorg.

<sup>12</sup> Dit betreffen ook wel de niet-gebudgetteerde aanbieders in 2009.

De volgende tabel geeft weer hoeveel instellingen in 2008 en 2009 zijn toegetreten tot de markt voor kinder- en jeugd GGZ en wat hun omzetpercentage is.

### Aantal en omzetpercentage toegetreten curatieve GGZ-instellingen kinderen en jeugd

	2008	2009
Aantal toegetreten instellingen	3	26
Percentage omzet van toegetreten instellingen	2%	1,3%

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- Op de deelmarkt kinderen en jeugd (incl. dyslexie) zijn in 2008 drie instellingen toegetreten (2,6%). Zij zijn verantwoordelijk voor 0,2% van de omzet. In 2009 is het aantal nieuwe toetreders 26 (17,1%) met een omzet van 1,3% van het totaal van de omzet kinderen en jeugd.

### 3.3.2 Langdurende GGZ

Een AWBZ-toetreder wordt in deze marktscan gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst een bepaalde omzet heeft gerealiseerd. Dit betekent dat het hierbij ook kan gaan om een zorgaanbieder die reeds in een andere zorgkantorregio actief is, of een zorgaanbieder die eerder zorg heeft geleverd in opdracht van een andere zorgaanbieder die wel gecontracteerd is door het zorgkantoor (onderaanneming).

#### Toegetreten zorgaanbieders langdurende GGZ

	2009	2010
Extramurale zorg	12	10
Extramurale zorg en Dagactiviteiten	0	6
ZZP-B	0	0
ZZP-C en Kinderen en jeugd	6	9
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>25</b>

Bron: NZa

- Een geringe stijging is zichtbaar in het aantal toetreders langdurende GGZ. Het betreft voornamelijk zorgaanbieders die extramurale zorg en dagactiviteiten aanbieden.

#### Uitgetreden zorgaanbieders langdurende GGZ

	2009	2010
Extramurale zorg	1	1
ZZP-C	0	1
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Bron: NZa

- Er is nauwelijks sprake van uittreding.

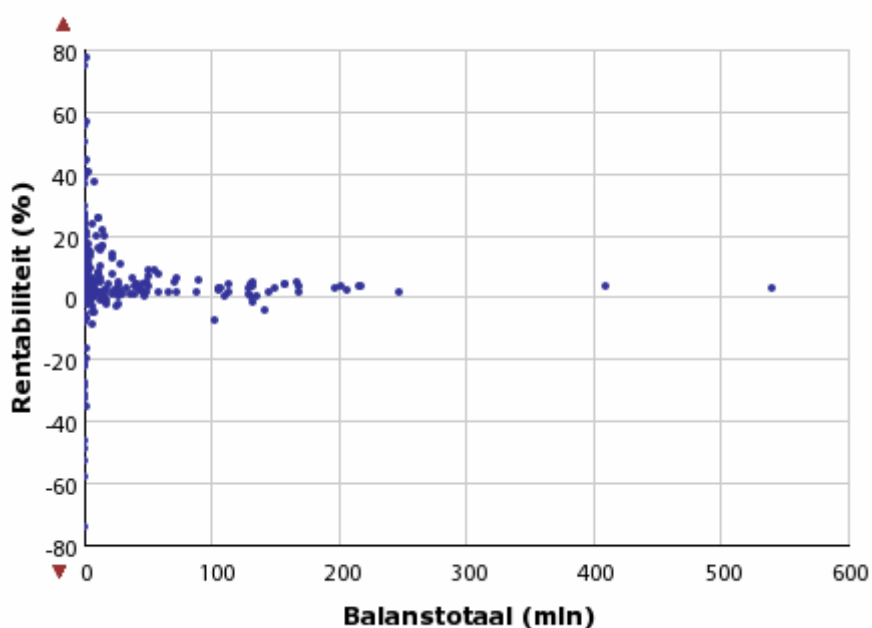
### 3.4 Financiële positie aanbieders

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

In onderstaande figuren zijn de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van concerns die GGZ leveren weergegeven.

#### 3.4.1 Rentabiliteit GGZ-concerns

##### Rentabiliteit 2010



Bron: digiMV

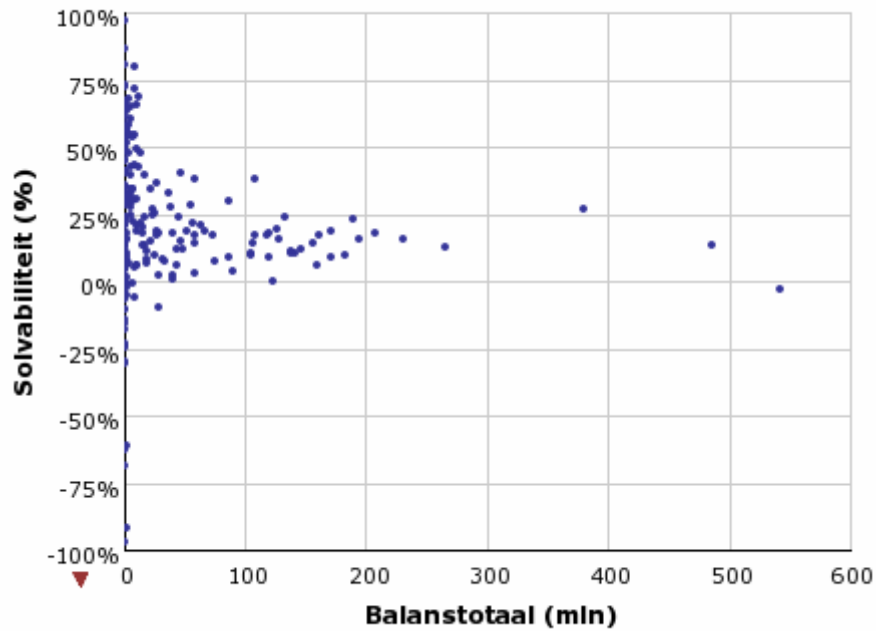
	2007	2008	2009	2010
Rentabiliteit	3,4%	2,8%	3,3%	3,6%

Bron: digiMV

- De gemiddeld gewogen rentabiliteit is in 2010 licht gestegen van 3,3% naar 3,6%.
- Uit de grafiek blijkt dat een negatieve rentabiliteit vooral voorkomt bij kleinere GGZ-concerns.

### 3.4.2 Solvabiliteit GGZ-concerns

#### Solvabiliteit 2010



Bron: digiMV

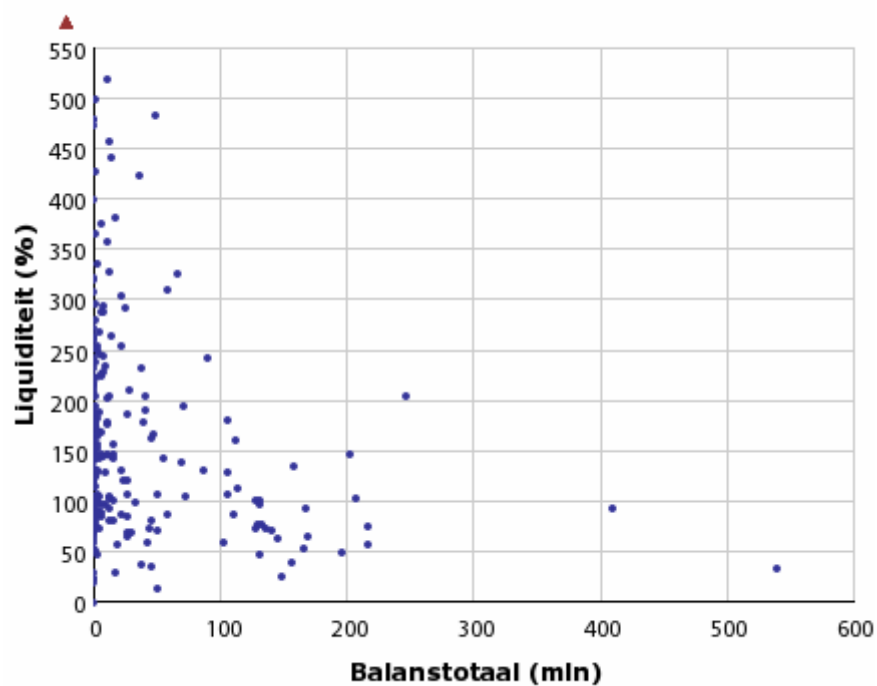
	2007	2008	2009	2010
Solvabiliteit	15,8%	17,2%	15,6%	17,0%

Bron: digiMV

- De gemiddeld gewogen solvabiliteit van GGZ-concerns is in 2010 licht gestegen van 15,6% naar 17%.
- Uit de grafiek blijkt dat een negatieve solvabiliteit vooral voorkomt bij kleinere GGZ-concerns.

### 3.4.3 Liquiditeit GGZ-concerns

#### Liquiditeit 2010



Bron: digiMV

	2007	2008	2009	2010
Liquiditeit	57,5%	88,9%	90,7%	96,1%

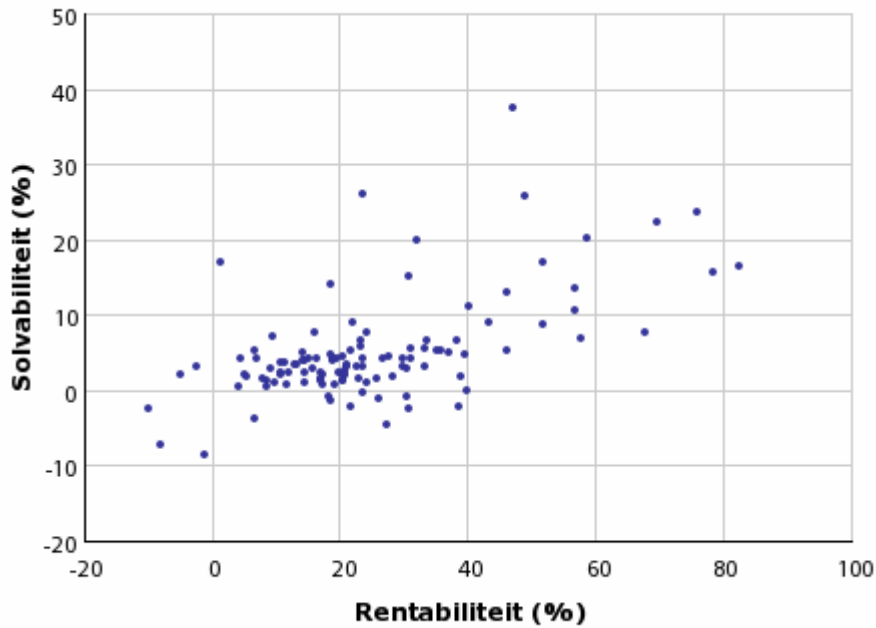
Bron: digiMV

- De gemiddelde liquiditeit is in 2010 licht gestegen van 90,7% naar 96,1%.
- De sterke stijging van de liquiditeit in 2008 is veroorzaakt door de overstap naar DBC-financiering. Hierbij is de DBC onderhandenwerk positie toegevoegd aan de vlottende activa.



### 3.4.4 Financiële positie GGZ-concerns

#### Rentabiliteit vs. Solvabiliteit in 2010



Bron: digiMV

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

Onderstaande tabel zet de cijfers voor de jaren 2008-2010 nog eens op een rij, inclusief het gemiddelde eigen vermogen:

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

Bron: digiMV

- Het gemiddeld eigen vermogen (6,2 mln) is in 2010 vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2009 (6,3 mln).
- Overall is er een verbetering waar te nemen in de financiële positie van concerns die GGZ zorg leveren in 2010 ten opzichte van 2009.



## 4. Marktgedrag

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

Dit hoofdstuk beschrijft daarom aspecten die (mede) bepalen in welke mate marktpartijen hun rol (kunnen) oppakken. Gezien de verschillende indicatoren die gelden voor de curatieve en langdurende GGZ worden deze apart behandeld. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorginkoopmarkt. Het marktgedrag op de zorgverzekeringsmarkt komt aan bod in de marktscan zorgverzekeringsmarkt.

### 4.1 Curatieve GGZ

Een algemene beschrijving over de zorginkoop in de curatieve GGZ is opgenomen in de monitor curatieve GGZ 2009. In deze marktscan worden voor de curatieve GGZ een aantal ontwikkelingen uitgelicht. Er wordt ingegaan op de contracteergraad en het soort afgesloten contracten. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de signalen zorginkoop die in 2011 zijn ontvangen en komt de bevoorschotting van vrijgevestigde tweedelijns aanbieders aan bod waarna wordt ingegaan op de verschuiving tussen AWBZ-Zvw en de niet-gehonoreerde overproductie. Tot slot wordt stil gestaan bij de stand van zaken rondom de financiering in DBC's.

#### 4.1.1 Contractering

##### 4.1.1.1 Contracteergraad

Uit een gegevensuitvraag bij zorgverzekeraars blijkt dat niet alle zorgverzekeraars beschikken over informatie van het aantal niet-gecontracteerde aanbieders. Verzekeraars die wel over gegevens beschikken, brengen het aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders op verschillende manieren in kaart. Dit gebeurt op basis van:

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

Het is dan ook niet mogelijk gebleken de gemiddelde contracteergraad van zorgverzekeraars in kaart te brengen op basis van de ontvangen gegevens van zorgverzekeraars.

Om de contracteergraad van eerstelijns psychologen en tweedelijns vrijgevestigde aanbieders in kaart te brengen is het gemiddeld aantal afgesloten contracten van de vier grootste verzekeraars afgezet tegen het aantal aanbieders zoals weergegeven in paragraaf 3.2.

Aangezien veel aanbieders – vooral aanbieders van eerstelijns psychologische zorg – een beperkte omvang hebben (zie paragraaf 3.2.1) is in de volgende tabellen de contracteergraad op twee manieren weergegeven: de contracteergraad op basis van alle aanbieders en op basis van alle aanbieders met een omzet groter dan € 1000.

### Gemiddelde contracteergraad eerstelijns psychologen bij 4 grootste verzekeraars

	2009
Contracteergraad o.b.v. alle aanbieders	37%
Contracteergraad o.b.v. aanbieders met omzet > €1.000	64%

Bron: Zorgverzekers en Vektis

- Indien de contracteergraad wordt berekend op basis van alle aanbieders die in 2009 een psychologisch consult hebben geopend en vervolgens gedeclareerd leidt dit tot een contracteergraad van 37%. In de eerstelijns psychologische zorg zijn echter veel aanbieders actief met een beperkte omzet (< € 1000). Zie paragraaf 3.2.1. Tevens zijn veel aanbieders actief die het ene jaar wel en het andere jaar geen eerstelijns psychologische zorg leveren (zie paragraaf 3.3.1.1). Indien de contracteergraad wordt berekend op basis van alle aanbieders met een omzet groter dan € 1000 is de contracteergraad 64%.
- Het is nog niet mogelijk de contracteergraad voor het jaar 2010 en 2011 weer te geven, omdat het totaal aantal aanbieders dat in deze jaren een eerstelijns psychologisch consult heeft gedeclareerd nog niet bekend is. Zie paragraaf 3.2.
- Het gemiddeld aantal gecontracteerde eerstelijns psychologen bij de vier grootste verzekeraars neemt in 2010 toe met ca. 15% en vervolgens in 2011 met ca. 3%.

### Gemiddelde contracteergraad tweedelijns vrijgevestigde aanbieders bij 4 grootste verzekeraars

	2009
Contracteergraad o.b.v. alle aanbieders	78%
Contracteergraad o.b.v. aanbieders met omzet > €1.000	80%

Bron: Zorgverzekers en Vektis

- De contracteergraad op basis van alle tweedelijns vrijgevestigde aanbieders en op basis van alle tweedelijns vrijgevestigde aanbieders met een omzet groter dan € 1000 ligt nagenoeg gelijk.
- Het is nog niet mogelijk de contracteergraad voor het jaar 2010 en 2011 weer te geven, omdat het totaal aantal aanbieders dat in deze jaren een eerstelijns psychologisch consult heeft gedeclareerd nog niet bekend is. Zie paragraaf 3.2.
- Het gemiddeld aantal gecontracteerde tweedelijns vrijgevestigde aanbieders bij de vier grootste verzekeraars neemt in 2010 toe met ca. 13% en in 2011 met ca. 7%.

Een deel van de zorgverzekers waarvan gegevens zijn ontvangen heeft geen gegevens aangeleverd van het aantal gecontracteerde niet-gebudgetteerde instellingen in 2009. Van de vier grootste zorgverzekers zijn dit er twee. Voor deze groep aanbieders worden dan ook geen cijfers gepresenteerd.

#### 4.1.1.2 Soort contracten

Zorgverzekers werken binnen de curatieve GGZ met basisovereenkomsten. Boven op de basisovereenkomsten kan een aanvullende overeenkomst of hoger tarief worden afgesloten indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. In de monitor GGZ 2010 wordt weergegeven aan welke voorwaarden zorgaanbieders moeten voldoen

om in aanmerking te komen voor een hoger tarief. Dit betreft bijvoorbeeld klanttevredenheids- of uitkomstmeting (zie hoofdstuk 5). In onderstaande tabel wordt de verhouding tussen het aantal basis en aanvullende contracten voor eerstelijns psychologisch zorg weergegeven.

#### Verhouding basis en aanvullende contracten eerstelijns psychologische zorg

	2009	2010	2011
Basisovereenkomst	56%	60%	57%
Aanvullende overeenkomst	44%	40%	43%

Bron: Zorgverzekeraars

- Van het aantal gecontracteerde aanbieders heeft 57% in 2011 een basisovereenkomst afgesloten en 43% een aanvullende overeenkomst.
- Het percentage basis en aanvullende overeenkomsten schommelt in de jaren 2009-2011. Dit kan worden veroorzaakt door een wijziging van de voorwaarden (criteria) voor een aanvullende overeenkomst.
- Het aantal zorgverzekeraars dat in de jaren 2009-2011 naast een basisovereenkomst een aanvullende overeenkomst aanbiedt aan eerstelijns psychologen is toegenomen. Van de tien zorgverzekeraars waarvan informatie is ontvangen, bieden in 2009 vier zorgverzekeraars een aanvullende overeenkomst aan. In 2010 zijn dit er vijf en in 2011 zeven. Drie zorgverzekeraars bieden geen aanvullende overeenkomst, maar bieden wel tariefsdifferentiatie indien wordt voldaan aan bepaalde eisen.

In de tweedelijns curatieve GGZ wordt in mindere mate gesproken over basis en aanvullende overeenkomsten, maar vindt wel tariefsdifferentiatie plaats. Zo bieden in 2011 zes van de tien zorgverzekeraars vrijgevestigde tweedelijns zorgaanbieders tariefsdifferentiatie op basis van kwaliteitsafspraken. Zeven van de tien zorgverzekeraars bieden niet-gebudgetteerde instellingen tariefsdifferentiatie op basis van kwaliteitsafspraken.

#### 4.1.2 Signalen zorginkoop

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

Het aantal signalen dat de NZa in 2011 heeft ontvangen over het verloop van het zorginkoopproces in de curatieve GGZ is beperkt tot twee signalen. De NZa heeft geen signalen curatieve GGZ ontvangen die noopten tot ingrijpen door de NZa, waarbij zorgverzekeraars zijn gedwongen hun gedrag aan te passen.

#### 4.1.3 Bevoorschotting onderhanden werk

Eind 2010 heeft de NZa besloten het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor permanente financiering van onderhanden werk vast te stellen. Hiermee kunnen vrijgevestigden in de GGZ vanaf 1 januari 2011 gebruik maken van permanente bevoorschotting door zorgverzekeraars.

In de volgende tabel worden de aanvragen voor bevoorschotting die in 2011 door vrijgevestigde zorgaanbieders zijn ingediend weergegeven. Eerder verleende voorschotten die in 2011 opnieuw zijn herijkt, zijn niet opgenomen.

## Aanvragen bevoorschotting vrijgevestigde zorgaanbieders 2011

	N=8
Ontvangen aanvragen	65
Gehonoreerde aanvragen	53
Niet-gehonoreerde aanvragen	12

Bron: Zorgverzekeraars

- Ca. 18% van de ontvangen aanvragen voor bevoorschotting bij acht zorgverzekeraars in 2011 zijn niet gehonoreerd. Eén verzekeraar die gegevens heeft aangeleverd, heeft geen overzicht van het aantal afgewezen aanvragen en is niet meegenomen in bovenstaande telling.
- Redenen voor het niet honoreren van aanvragen zijn:
  - er wordt door de zorgaanbieder niet voldaan aan een verzoek om nadere informatie;
  - het marktaandeel van de zorgaanbieder bij de verzekeraar is te gering en de aanvraag wordt om deze reden afgewezen.
- De NZa heeft geen signalen van vrijgevestigde zorgaanbieders over bevoorschotting ontvangen.

### 4.1.4 Overheveling

In 2011 is de regeling 'Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw' vastgesteld. Deze regeling geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de mogelijkheid tot en met 15 september van het betreffende jaar een gezamenlijk verzoek in te dienen voor overheveling van middelen van de AWBZ naar de Zvw of vice versa. Deze regeling is vastgesteld om op korte termijn meer budgettaire flexibiliteit te bieden tussen de AWBZ en Zvw en extramuralisering (waar deze wordt belemmerd door de knip tussen AWBZ en Zvw) te bevorderen.

In onderstaande tabel wordt weergegeven welk bedrag van de Zvw naar de AWBZ en vice versa is overgeheveld en wat het totale saldo van overheveling naar de Zvw betreft.

### Overheveling budget GGZ AWBZ-Zvw 2011 (in miljoenen €)

Middelen naar AWBZ	3,6
Middelen naar Zvw	20,7
<b>Som totale overheveling naar Zvw</b>	<b>17,1</b>

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

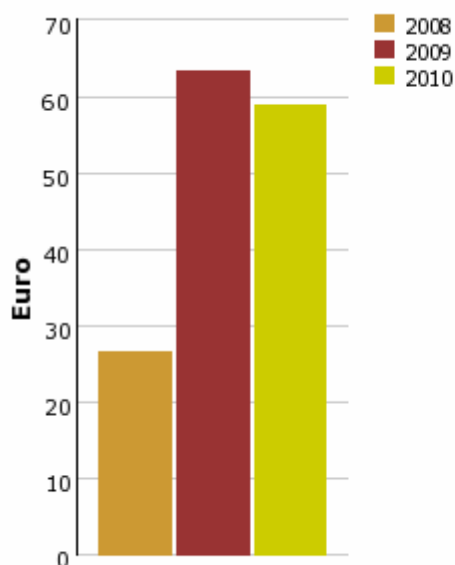
- In totaal hebben 25 instellingen van de mogelijkheid gebruik gemaakt budget over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw of vice versa. Vier instellingen hebben budget overgeheveld van de Zvw naar de AWBZ en 21 van de AWBZ naar de Zvw.
- Het saldo van totaal overgeheveld budget naar de Zvw betreft € 17,1 miljoen.
- Als redenen voor overheveling wordt door zorgaanbieders veelal extramuralisering en de afbouw van bedden genoemd. Zorgverzekeraars geven aan dat zij dit vaak als aanvullende voorwaarden voor overheveling hebben gesteld.

### 4.1.5 Niet-gehonoreerde overproductie

Als gebudgetteerde zorgaanbieders meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, wordt dit alleen vergoed als zorgverzekeraar en

aanbieder dit samen overeenkomen. Als de zorgverzekeraar niet instemt met de overproductie is sprake van niet gehonoreerde overproductie.

#### Niet-gehonoreerde overproductie curatieve GGZ (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: Oktober 2011

- De niet-gehonoreerde overproductie is in 2009 meer dan verdubbeld van € 26,4 miljoen naar € 63,4 miljoen.
- In 2010 is een afname te zien, van de niet gehonoreerde overproductie, t.o.v. 2009 (van € 63,4 miljoen naar € 58,8 miljoen).

#### 4.1.6 Financiering in DBC's

##### 4.1.6.1 Eenmalige verrekening

Gebudgetteerde zorgaanbieders worden door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie (nagecalculeerd budget) bekostigd. De financiering vindt plaats op basis van DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met het nagecalculeerd budget. Dit betreft de eenmalige verrekening. De eenmalige verrekening laat het bedrag zien dat in het jaar t+1 tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is verrekend.

#### Eenmalige verrekening gebudgetteerde zorgaanbieders zorgverzekeraars (in miljoenen €)

	2008	2009	2010
Budget (nagecalculeerd)	3.152,8	3.402,7	3.490,7
DBC-omzet	2.854,6	3.755,5	3.919,8
<b>Eenmalige verrekening</b>	<b>298,2</b>	<b>-352,8</b>	<b>-429,1</b>

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

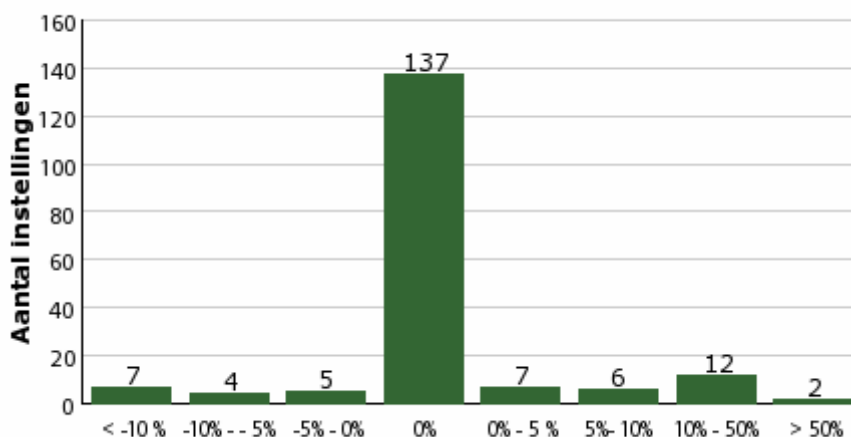
- In 2008 is sprake van een onderdekking van € 298 miljoen. Dit betekent dat zorgverzekeraars in totaal € 298 miljoen aan zorgaanbieders hebben moeten terugbetalen. In 2009 is sprake van een overdekking van € 353 miljoen en in 2010 van € 429 miljoen.
- Verklaringen voor de omslag van onder- naar overdekking zijn hoge verrekenpercentages en betere registratie van instellingen in 2009.
- Net als in 2009 moeten ook in 2010 enkele zorgaanbieders als gevolg van deze overdekking meer dan 50% van hun DBC-omzet terugbetalen aan zorgverzekeraars.

- De eenmalige verrekening is inclusief verrekenpercentages en door de verzekeraar niet-gehonoreerde overproductie. Hierdoor biedt het geen handvat om een zuivere vergelijking te maken tussen productie in DBC's en productie in budgetparameters. Voor een zuivere vergelijking met het nagecalculeerd budget zou het bedrag voor de twee genoemde factoren moeten worden gecorrigeerd. Hierdoor zou het bedrag veel lager komen te liggen. De NZa maakt hier de keuze de totale eenmalige verrekening tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de jaren 2008-2010 weer te geven omdat de correctie op de verrekenpercentages slechts met een aantal aannames te maken is. Er is wel informatie ingewonnen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor een kwalitatief beeld van de achtergronden van de verrekening. Daaruit bleek dat:
  - het huidige systeem met een dubbele administratie waarbij de budgetsystematiek leidend is te weinig prikkels bevat om de verrekeningsverschillen te verkleinen;
  - zowel verzekeraars als instellingen een goed inzicht hebben in de achtergronden en in verschillende gevallen in anticipatie op de invoering van bekostiging op basis van DBC's het een en ander proberen te verbeteren;
  - er instellingen zijn waarbij op voorhand, bij het maken van productieafspraken, duidelijk is dat de productie in DBC's veel hoger zal zijn dan de productie in budgetparameters;
  - zorgverzekeraars bij de overgang naar DBC-bekostiging geen overschrijding van de historisch bepaalde uitgavenniveaus zullen toestaan. Daar waar ze van mening zijn dat instellingen terecht een hogere DBC-omzet hebben zullen ze dit trachten te bekostigen door productie bij andere zorgaanbieders weg te halen of door een goedkopere productmix af te spreken.

#### 4.1.6.2 Afsproken verrekenpercentages in DBC's

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

#### Verrekenpercentages gebudgetteerde instellingen 2011



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- 43 van de 181 gebudgetteerde zorgaanbieders hebben in 2011 een verrekenpercentage afgesproken. 27 zorgaanbieders hebben een positief verrekenpercentage afgesproken.



- Gebudgetteerde zorgaanbieders hebben om uiteenlopende redenen een afspraak gemaakt voor een verrekenpercentage. Als redenen voor het afspreken van een verrekenpercentage groter dan – 10 dan wel + 10% geven zorgaanbieders in het budgetformulier 2011 de volgende redenen op:
  - de verwachte geleverde productie in DBC's ligt hoger of lager dan de afspraak;
  - het verschil in bekostiging van oude budgetparameters ten opzichte van de DBC-systematiek. Individuele componenten die nu zijn opgenomen in het budget in het kader van bestendig beleid zijn niet declarabel in DBC's. Hier wordt door een instelling dienstverlening, maar ook innovatie, opleiding, scholing, onderzoek en voorlichting worden genoemd. Een andere instelling geeft aan dat het verschil in vergoeding voor online-behandelingen de reden vormt voor het afspreken van een verrekenpercentage;
  - de DBC-systematiek sluit niet aan bij behandeling van de specifieke doelgroep waar de zorgaanbieder zich op richt. Het gespecialiseerde aanbod, de zorgwaarde en de inzet van duur personeel leidt tot een hogere kostprijs dan landelijk vastgesteld.
- Er zit geen verschil in het al dan niet afspreken van een verrekenpercentage tussen aanbieders met verblijf en aanbieders zonder verblijf.
- Bij zorgaanbieders met verblijf beïnvloedt de hoogte van de omzet niet de afspraak voor een verrekenpercentage. Bij aanbieders zonder verblijf is dit wel het geval; er wordt vaker een verrekenpercentage afgesproken door aanbieders met een lage omzet (< € 5 miljoen).

## 4.2 Langdurende GGZ

### 4.2.1 Zorginkoop

Zorgkantoren kunnen de prestaties van zorgaanbieders stimuleren door bij de zorginkoop goed te letten op kwaliteit en doelmatigheid van de zorgaanbieder en op cliëntvoorkeuren. Grofweg kan het door zorgkantoren gehanteerde zorginkoopbeleid in twee categorieën worden ingedeeld: het prijsmodel (P-model) en het volumemodel (Q-model). In het prijsmodel onderhandelt het zorgkantoor met de zorgaanbieder met name over de prijs, niet over de productie ('geld volgt cliënt model'). Het zorgkantoor stuurt cliënten daarbij niet of nauwelijks naar bepaalde zorgaanbieders. Om veranderende voorkeuren van cliënten voor zorgaanbieders de ruimte te geven, spreekt het zorgkantoor de eerste productieafspraken met alle zorgaanbieders vaak relatief laag af. Zo blijven nog middelen over voor de tweede productieafspraken met de zorgaanbieders die de meeste cliënten hebben aangetrokken. De contracteerruimte per zorgkantoorregio geldt daarbij als plafond. Het Q-model wordt ook het 'cliënt volgt geld systeem' genoemd. Het zorgkantoor onderhandelt met de zorgaanbieder met name over het volume, en minder over de prijs. Het zorgkantoor kan cliënten zonder voorkeuraanbieder gericht naar bepaalde aanbieders sturen. Zijn er veel cliënten zonder voorkeur, dan is dit effect groot.

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

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

#### 4.2.2 Signalen zorginkoop

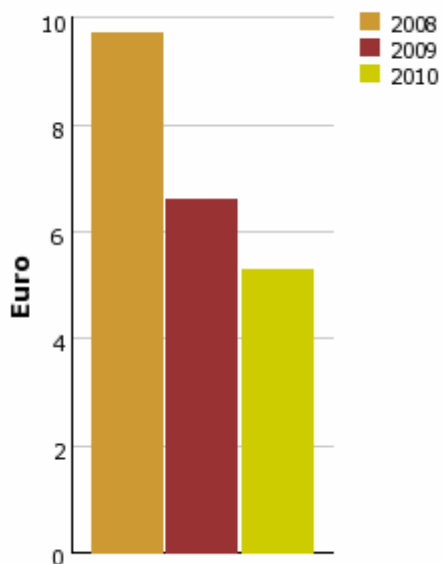
Het aantal signalen dat de NZa ontvangt over het verloop van het zorginkoopproces in de langdurende GGZ is beperkt. Signalen gaan veelal over het inkoopbeleid of zorginkoopproces van een zorgkantoor. De NZa heeft geen signalen ontvangen die noopten tot ingrijpen door de NZa, waarbij de zorgkantoren zijn gedwongen hun gedrag aan te passen.

Naast specifieke signalen heeft de NZa in de afgelopen jaren wel een aantal eenzijdige verzoeken ontvangen van de zorgaanbieders in de langdurende GGZ. Als partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen over de hoogte van de productie en/of de hoogte van de prijzen dan kunnen partijen individueel een eenzijdig verzoek indienen. Deze worden door de NZa in behandeling genomen. In de jaren 2010 en 2011 zijn respectievelijk 9 en 1 eenzijdige verzoeken ontvangen. Van een groot aantal van deze eenzijdige verzoeken zijn na de hoorzitting uiteindelijk tweezijdige productieafspraken ontvangen.

#### 4.2.3 Niet-gehonoreerde overproductie

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

#### Niet-gehonoreerde overproductie langdurende GGZ (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: december 2011

- De niet-gehonoreerde overproductie is in 2009 gedaald van € 9,7 miljoen naar € 6,6 miljoen. In 2010 is de niet gehonoreerde overproductie vervolgens nog 20% gedaald naar € 5,3 miljoen.

## 5. Kwaliteit

Met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- de transparantie van zorg.

### 5.1 Kwaliteit van zorg

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

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

Deze twee indicatoren komen achtereenvolgens aan bod.

#### 5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.<sup>13</sup>

Voor twee vrijgevestigde GGZ-aanbieders geldt momenteel een bevel tot sluiten dan wel een bevel tot neerleggen van de werkzaamheden.

#### 5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg betreft keurmerken. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van keurmerken en certificaten, met daarachter het aantal zorgaanbieders dat over het betreffende keurmerk beschikt. In bijlage 1 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

#### **Keurmerken / certificaten**

	<b>2010</b>
HKZ	165
ISO 9001	18
NIAZ	9
TOP GGZ	3
Blik op werk	8
Overig	22

Bron: DigiMV

Van de 248 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) voor de GGZ hebben ingevuld, geven 204 instellingen aan dat zij een of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

<sup>13</sup> IGZ, IGZ-handboek, *Richtlijn voor transparante handhaving*, Den Haag, 12 december 2008, p. 16

## 5.2 Transparantie van zorg

Deze paragraaf richt zich op de beschrijving van twee onderdelen:

Transparantie van prestatie-indicatoren

Uitkomstindicatoren (ROM)

Naast deze onderdelen vormen ook klantervaringen een onderdeel om de transparantie van zorg in kaart te brengen. Het in kaart brengen van de klantervaringen vormt onderdeel van de prestatie-indicatoren en ook in het kader van het bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland wordt gewerkt aan een landelijk programma voor het structureel meten van klantervaringen.

### 5.2.1 Prestatie-indicatoren

Jaarlijks dienen alle zorgaanbieders de Kernset prestatie-indicatoren aan te leveren aan Zichtbare Zorg (ZiZo).<sup>14</sup> Na aanlevering van de data van alle zorgaanbieders worden deze ter accordering teruggekoppeld aan de zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder akkoord is met de data publiceert ze de resultaten van de prestatie-indicatoren in haar JMV. De prestatie-indicatoren dienen voor 1 juli in het JMV te zijn verwerkt. In onderstaande tabel is te zien dat het aantal instellingen dat prestatie-indicatoren GGZ aan ZiZo aanlevert toeneemt.<sup>15</sup>

#### Aanlevering kernset prestatie-indicatoren ZiZo

	2008	2009	2010
Aantal instellingen	145	178	212

Bron: Mediquest en Zizo

Nieuw ten opzichte van de eindrapportage van vorig jaar is dat er in deze eindrapportage van het verslagjaar 2010 per (sub)indicator, met uitzondering van de cliëntervaringsindicatoren, achtergrond- en contextinformatie is opgenomen. Dit gebeurt in de vorm van signaalvlaggen voor vier methodologische criteria:

- Inhoudsvaliditeit
- Vergelijkbaarheid
- Registratiebetrouwbaarheid
- Statisch betrouwbaar onderscheiden<sup>16</sup>

Een beschrijving van deze criteria is opgenomen in bovengenoemde eindrapportage.

De signaalvlaggen doen nadrukkelijk geen uitspraken over de kwaliteit van de geleverde zorg, maar vormen een indicatie voor de kwaliteit van de (sub)indicator. In hoeverre een indicator aan de kwaliteitseisen voldoet, wordt weergegeven met drie verschillende signaalvlaggen: rood, oranje en groen.

Bij alle (sub)indicatoren waaraan vlaggen zijn toegekend, is een van de vier criteria groen. Bij 38 (sub)indicatoren betreft dit de inhoudsvaliditeit en bij 12 (sub)indicatoren de vergelijkbaarheid. De criteria 'registratiebetrouwbaarheid' en 'statisch betrouwbaar onderscheiden' zijn bij alle indicatoren oranje of rood.

<sup>14</sup> Zorgaanbieders met een WTZI-erkenning.

<sup>15</sup> De cijfers komen uit de volgende drie bronnen: het rapport 'Visualisering prestatie-indicatoren 2008' van Mediquest (cijfers 2008), het evaluatierapport 'Basisset prestatie-indicatoren GGZ verslagjaar 2009 van ZiZo (cijfers 2009) en de 'Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2010' van ZiZo (cijfers 2010).

<sup>16</sup> Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2010, juli 2011

De stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ geeft aan dat uit de resultaten in de eindrapportage van het verslagjaar 2010 blijkt dat het moeilijk is betrouwbare vergelijkingen tussen instellingen te maken en dat er zorgvuldig en genuanceerd dient te worden omgegaan met de interpretatie van de gegevens en het trekken van conclusies.<sup>17</sup> Ook geeft de stuurgroep in de toelichting bij de eindrapportage aan dat zij momenteel werken aan de doorontwikkeling van zowel de indicatoren als het proces waarmee de gegevens worden verzameld. Het resultaat van de doorontwikkeling van de indicatoren is verwerkt in de Kernset GGZ/Verslavingzorg verslagjaar 2012.

### 5.2.2 Routine Outcoming Monitoring

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

Zoals beschreven in de Monitor GGZ 2010 is tussen zorgverzekeraars en GGZ Nederland een convenant gesloten waarbij zorgaanbieders in 2011 voor ten minste twintig procent van hun patiënten uitkomstgegevens (begin- en eindmetingen) gaan aanleveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). In 2014 moet dat percentage naar 50% gegroeid zijn.<sup>18</sup> Naast de uitkomstenmeting met ROM ontwikkelen GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars een landelijk programma voor het structureel meten van klantervaringen. In 2011 is in opdracht van GGZ Nederland en ZN een diagnosespecifieke uitvraag van de CQ-index voor de ambulante GGZ uitgevoerd.

Zorgverzekeraars gebruiken de uitkomsten uit de ROM en de klantervaringen om een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van de GGZ en om afspraken te kunnen maken over de verbetering van de zorg.

SBG geeft aan dat inmiddels ca. 140 instellingen een overeenkomst hebben afgesloten om uitkomstgegevens aan te leveren en dat dit aantal gestaag groeit. Het is nog te vroeg om uitspraken te doen over welk percentage van de behandelingen daadwerkelijk wordt gemeten, omdat veel instellingen nog geen gegevens hebben aangeleverd bij SBG. Uit gegevens van zorgverzekeraars blijkt dat het eveneens nog niet mogelijk is om aan te geven hoeveel instellingen uitkomstgegevens leveren in ruil voor bevoorschotting.

Zoals beschreven in de monitor GGZ 2010 beschikt de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) per 1 januari 2011 over een ROM-portal. NVVP-leden krijgen inzicht in de eigen praktijkvoering en het NVVP-bureau krijgt de mogelijkheden de meetresultaten op geaggregeerd niveau onderling te vergelijken (benchmarks). Ruim 400 leden van de NVVP maken inmiddels gebruik van de ROM-portal. De NVVP zag dit jaar een toename van haar leden door het aanbieden van de ROM-portal.

<sup>17</sup> Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, Eindrapportage kernset prestatie-indicatoren GGZ en VZ verslagjaar 2010, juli 2011

<sup>18</sup> Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland – ZN over transparantie en financiering onderhanden werk, juli 2010

Er vindt nog steeds doorontwikkeling van de portal plaats. Zo wordt deze het komend jaar gereed gemaakt voor de prestatie-indicatoren zodat leden deze via de portal kunnen toepassen.

## 6. Toegankelijkheid

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

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

Aangezien de NZa ook graag inzicht wil in de reistijd heeft onderzoek plaatsgevonden naar het aantal locaties per zorgaanbieder en het aanbod op deze locaties. Hieruit is gebleken dat het aantal locaties dermate groot is en het aanbod per locatie dermate varieert dat het vooralsnog niet mogelijk is reisafstandenanalyses te maken voor de tweedelijns curatieve GGZ.

### 6.1 Wachttijden

#### 6.1.1 Curatieve GGZ

Alle gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde instellingen alsmede alle vrijgevestigde aanbieders in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg dienen hun wachttijden op hun website te publiceren volgens vaste, landelijke definities. De wachttijpublicatie is alleen van toepassing op ambulante zorgverlening. Deze informatieverplichting is opgenomen in een Nadere Regeling van de NZa en is omschreven op basis van definities en afspraken gemaakt in de 'Werkgroep Wachttijden'. Het hoofddoel van deze regeling is de beschikbaarheid van keuze-informatie voor de cliënt en de verwijzer. Om transparantie van toegankelijkheid in de GGZ te vergroten zou Kiesbeter de wachttijden op de website publiceren. Dit is echter tot op heden niet mogelijk, omdat de indeling in locaties per concern niet strookt met de indeling zoals die door de concerns op hun websites wordt gehanteerd. Voor de wachttijden in de tweedelijns curatieve GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar t.o.v. de gegevens opgenomen in de monitor GGZ 2010.

Gegevens over de wachttijden voor de eerstelijns psychologische zorg zijn beschikbaar bij de Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). Uit het jaarbericht 2010 van de LVE blijkt dat in 2010:

- wachttijd voor de eerstelijns psychologische zorg is ontstaan. Deze wachttijd is sterk afhankelijk is van de regio, plaats en ook de wensen van de cliënt;
- een derde van de mensen die om hulp vraagt binnen een week bij de eerstelijns psycholoog terecht kan;
- cliënten gemiddeld twintig dagen op hulp wachten, drie dagen korter dan in 2009.<sup>19</sup>

#### 6.1.2 Langdurende GGZ

Voor wat betreft de langdurende GGZ geldt dat CVZ als beheerder van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) kwartaalrapportages van alle zorgkantoren ontvangt. In de AZR wordt geregistreerd of een geïndiceerde cliënt inmiddels in zorg is, en zo ja voor welke van zijn

<sup>19</sup> Dat is conform het LVE-beleid, dat uitgaat van maximaal drie weken tussen aanmelding en eerste consult en drie weken tussen eerste consult en vervolg.

geïndiceerde functies. Hieruit kunnen idealiter zowel het aantal wachtenden als de gemiddelde wachttijd worden afgeleid.

Het CVZ acht zijn ruwe wachttijstinformatie echter nog onvoldoende betrouwbaar.

- de reden van het wachten/de wens van de cliënt kan eerst in de nieuwe AZR-release 3.0 worden geregistreerd; thans nog niet;
- uit de kwartaalrapportages van het CVZ blijken tussen zorgkantoren grote verschillen in tijdigheid van het berichtenverkeer. Hierdoor is een vergelijking tussen zorgkantorregio's niet mogelijk.

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

## 6.2 Eigen bijdrage

In onderstaande tabellen wordt de eigen bijdrage voor de curatieve en langdurende GGZ weergegeven. Voor de curatieve tweedelijns GGZ geldt dat vanaf 2012 een eigen bijdrage wordt ingevoerd.

### Eigen bijdrage curatieve GGZ (in €)

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

Bron: ministerie van VWS

- De eigen bijdrage voor de eerstelijns psycholoog wordt in 2012 verhoogd naar € 20. In 2011 werden nog de eerste acht sessies vergoed uit het basispakket, in 2012 zijn dit de eerste vijf sessies. Voor een internetbehandelingstraject (e-health) geldt vanaf 2012 een eigen bijdrage van € 50 in de eerstelijns.
- In de tweedelijns curatieve GGZ geldt vanaf 2012 een eigen bijdrage van € 200 per jaar voor behandelingen die langer dan 100 minuten duren. Voor behandelingen tot 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100 per jaar. De eigen bijdrage behandeling geldt alleen voor DBC's die op 1 januari 2012 of later zijn geopend. Over een kalenderjaar betaalt de verzekerde aan de eigen bijdrage niet meer dan € 200. Dit is exclusief de eigen bijdrage voor verblijf en eerstelijns psychologische zorg. Er geldt geen eigen bijdrage voor behandeling voor cliënten jonger dan 18 jaar en voor cliënten die in een crisis verkeren of gedwongen zijn opgenomen. Er geldt tevens geen eigen bijdrage indien bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC en voor de DBC's indirecte tijd.
- Voor cliënten van 18 jaar en ouder wordt ook een eigen bijdrage voor verblijf in 2012 ingevoerd. De eigen bijdrage gaat in vanaf de tweede maand van verblijf in een GGZ-instelling en bedraagt € 145. De enige uitzondering op de eigen bijdrage voor verblijf is de leeftijdsgrens.



### Eigen bijdrage langdurende GGZ (in €)

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

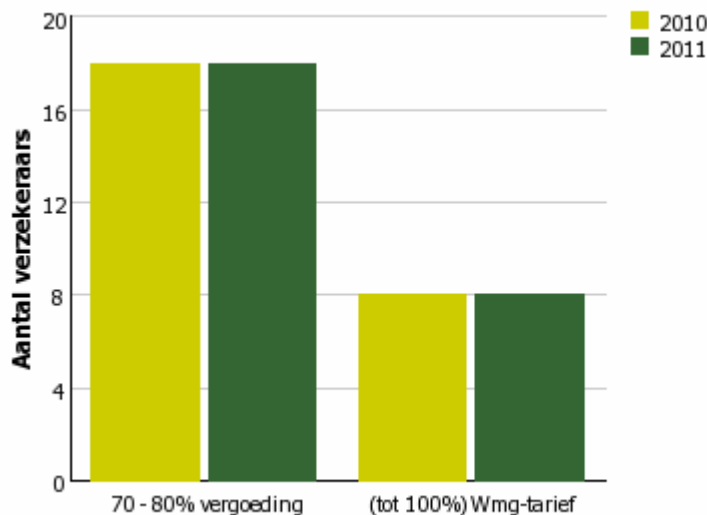
Bron: CAK

- Voor de eigen bijdrage met verblijf is er een hoge en een lage eigen bijdrage. De lage eigen bijdrage is o.a. van toepassing op de eerste zes maanden van verblijf.
- Voor de eigen bijdrage zonder verblijf wordt per periode van vier weken nooit meer betaald dan dit bedrag. De eigen bijdrage is afhankelijk van de gezinssituatie, leeftijd, het inkomen, welke zorg de cliënt ontvangt en in welke gemeente de cliënt woont.

### 6.3 Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg

In de polissen van zorgverzekeraars en op hun websites is vermeld wat de vergoeding is indien verzekerden naar een niet-gecontracteerde curatieve GGZ-aanbieder gaan. In onderstaande grafieken wordt voor de eerstelijns psychologische zorg en de tweedelijns curatieve GGZ weergegeven hoeveel verzekeraars, welk percentage in dat geval vergoeden. Zo laat onderstaande tabel zien dat zowel in 2010 als in 2011 18 verzekeraars 70 à 80% van het marktconforme tarief vergoeden indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat.

#### Restitutie bij niet-gecontracteerde eerstelijns psychologische zorg

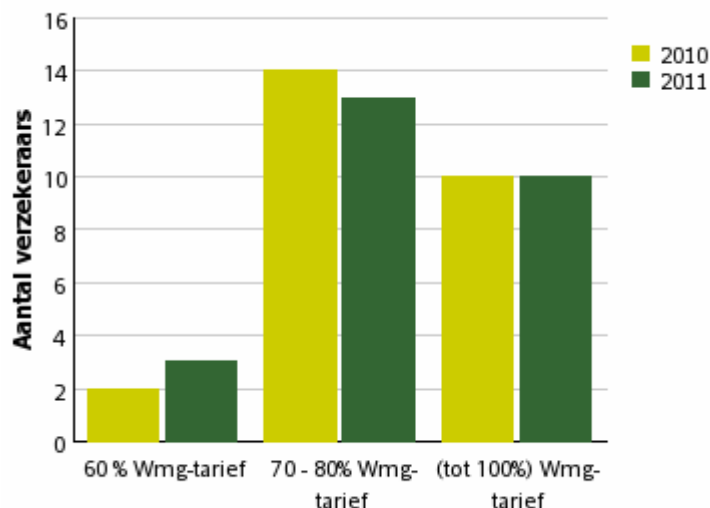


Bron: polissen zorgverzekeraars

- Voor de eerstelijns psychologische zorg vergoeden 18 verzekeraars 70 à 80% van het marktconforme tarief. In 2011 hebben zich hier geen wijzigingen in voorgedaan. Dit betekent dat in 2011 ca. 85% van de verzekerden per consult tussen de € 16 en € 25,- zelf moet betalen als hij naar een niet-gecontracteerde eerstelijns psychologische zorgaanbieder gaat.<sup>20</sup> Dit bedrag is exclusief de eigen bijdrage.

<sup>20</sup> De eigen betaling tussen de € 20,- en € 30,- is een schatting door de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg te vergelijken met de contractprijzen. De eigen betalingen kunnen hoger uitvallen.

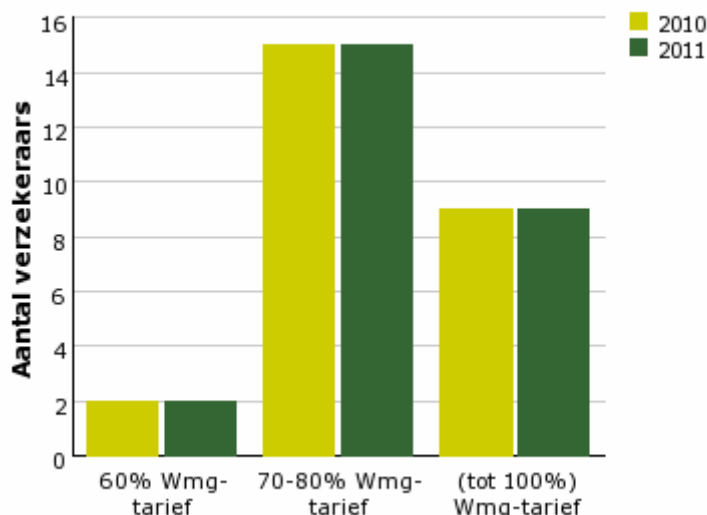
### Restitutie bij niet-gecontracteerde tweedelijns ambulante GGZ



Bron: polissen verzekeraars

- Voor de tweedelijns GGZ gelden percentages van het wettelijk tarief. Het percentage dat verzekeraars vergoeden indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder voor ambulante behandeling gaat, is in 2011 nauwelijks gewijzigd t.o.v. 2010.
- Bovenstaand figuur laat zien dat in 2011 drie verzekeraars 60% van het wettelijk tarief vergoeden indien een verzekerden naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Dit betreft ca. 12% van de verzekerden.
- 13 verzekeraars vergoeden in 2011 70 à 80% van het wettelijk tarief als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Dit betreft ca. 57% van de verzekerden.

### Restitutie bij niet-gecontracteerde tweedelijns klinisch GGZ



Bron: polissen zorgverzekeraars

- Het percentage dat verzekeraars vergoeden indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder voor tweedelijns klinische GGZ gaat is in 2011 niet gewijzigd ten opzichte van 2010.
- Twee verzekeraars vergoeden 60% van het wettelijk tarief indien een verzekerde is opgenomen bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Dit betreft ca. 14% van de verzekerden.
- 15 verzekeraars vergoeden 70 à 80% van het wettelijk tarief. Dit betreft ca. 46% van de verzekerden.

## Betaalbaarheid

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

## 6.4 Omzetontwikkeling totaalniveau

In onderstaande tabellen wordt de omzetontwikkeling voor de GGZ weergegeven. Voor de gebudgetteerde curatieve en voor de langdurende GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij NZa bekend zijn. Voor de overige aanbieders curatieve GGZ is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Tot 31 december 2011 kunnen nog declaraties binnenkomen bij Vektis over 2009. De omzet van niet-gebudgetteerde instellingen, vrijgevestigde aanbieders, niet toe te wijzen omzet en eerstelijns zorgaanbieders kan derhalve nog hoger uitvallen. De omzet van deze groep aanbieders over 2010 is nog niet bekend omdat tot 31 december 2012 nog declaraties bij Vektis kunnen binnenkomen over 2010. De cijfers 2011 betreft de verwachte omzetontwikkeling op basis van de ingediende productieafspraken van aanbieders.

### Omzetontwikkeling curatieve GGZ (in miljoenen €)

		2008	2009	2010	2011
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns psychologische zorg	93,2	96,7	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>93,2</b>	<b>96,7</b>	-	-
Tweedelijns zorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	3.152,8	3.402,7	3.490,7	3.625,1
	Niet-gebudgetteerde instellingen	10,6	51,7	-	-
	Vrijgevestigde aanbieders	116,1	185,0	-	-
	Onbekende AGB-code	6,0	8,2	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>3.285,5</b>	<b>3.647,6</b>	<b>3.490,7</b>	<b>3.625,1</b>

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- De omzet van de niet-gebudgetteerde aanbieders in 2009 betreft de bij Vektis ontvangen declaraties op 31 maart 2011 met een openingsdatum in 2009. Opschatting van de Vektis-gegevens heeft plaatsgevonden op basis van de dekking van het aantal verzekerden, maar niet op basis van de door het CVZ verwachte zorgkosten. Dit verklaart ook het verschil met de cijfers die het Ministerie van VWS heeft opgenomen in haar aanwijzing inzake de tarief- en budgetkorting in de curatieve GGZ waar wel opschatting van de door CVZ verwachte zorgkosten heeft plaatsgevonden.
- De omzet van de gebudgetteerde zorgaanbieders bevat de gehonoreerde productie. Niet-gehonoreerde overproductie, het deel van de omzet binnen de curatieve GGZ welke zorgaanbieders uit eigen zak moeten betalen, is geen onderdeel van deze omzet.
- De totale omzet curatieve GGZ stijgt in 2009 met ca. 11 %.
- De omzet van de gebudgetteerde zorgaanbieders stijgt in 2010 met ca. 2,5% ten opzichte van 2009.
- De stijging van de omzet van de niet-gebudgetteerde aanbieders in 2009 kan worden verklaard door een stijging van het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders. Zie paragraaf 3.2.

## Omzetontwikkeling langdurende GGZ (in miljoenen €)

	2008	2009	2010	2011
O.b.v. specifieke GGZ-instellingsnummers	1.437,0	1.617,0		
O.b.v. productie (excl. ambulante productie)			1.434,8	1.583,1

Bron: NZa peildatum: december 2011

- De daling van de omzet in 2010 bij de langdurende GGZ wordt veroorzaakt door het hanteren van een andere definitie. Zie ook de toelichting onder de tabel 'aantal aanbieders langdurende GGZ' in hoofdstuk 3. Door het loslaten van de specifieke instellingsnummers kan extramurale productie niet meer worden toegerekend aan de langdurende GGZ.
- De verwachte omzet in 2011 ligt ca. 10% hoger dan de omzet in 2010.

## 6.5 Ontwikkelingen curatieve GGZ

In deze paragraaf wordt ingegaan op omzet- en volume-ontwikkelingen in de tweedelijns curatieve GGZ op stornisniveau en per deelmarkt. Uitgelicht worden de ontwikkeling in volume en omzet van preventie bij gebudgetteerde instellingen.

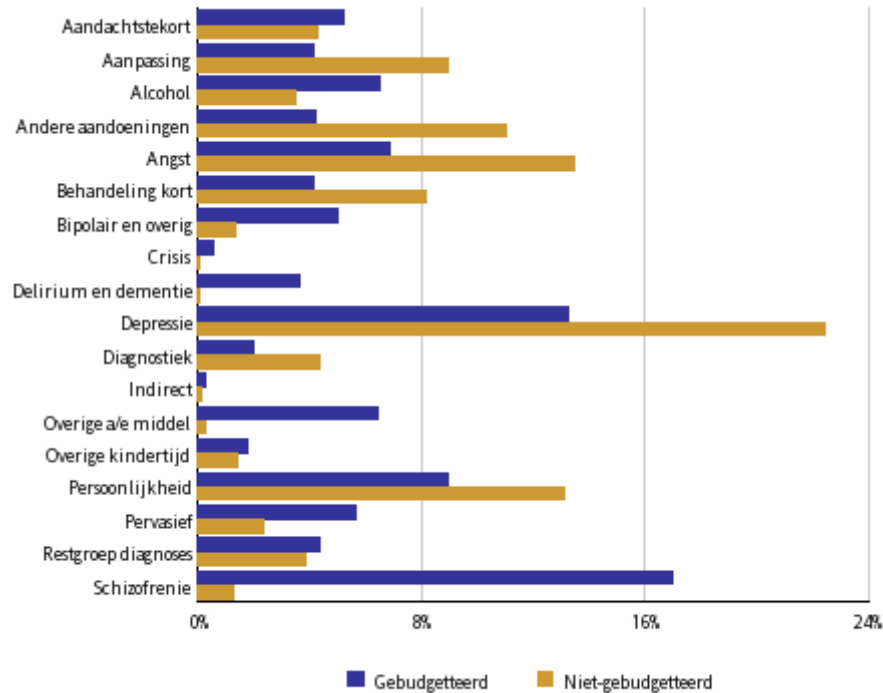
In de laatste twee subparagrafen wordt ingegaan op een tweetal ontwikkelingen binnen de DBC's GGZ, te weten: de verdeling van het aantal afgesloten DBC's binnen een productgroep en de directe en indirecte tijd binnen een DBC.

### 6.5.1 Omzet

#### 6.5.1.1 Omzet per stornis

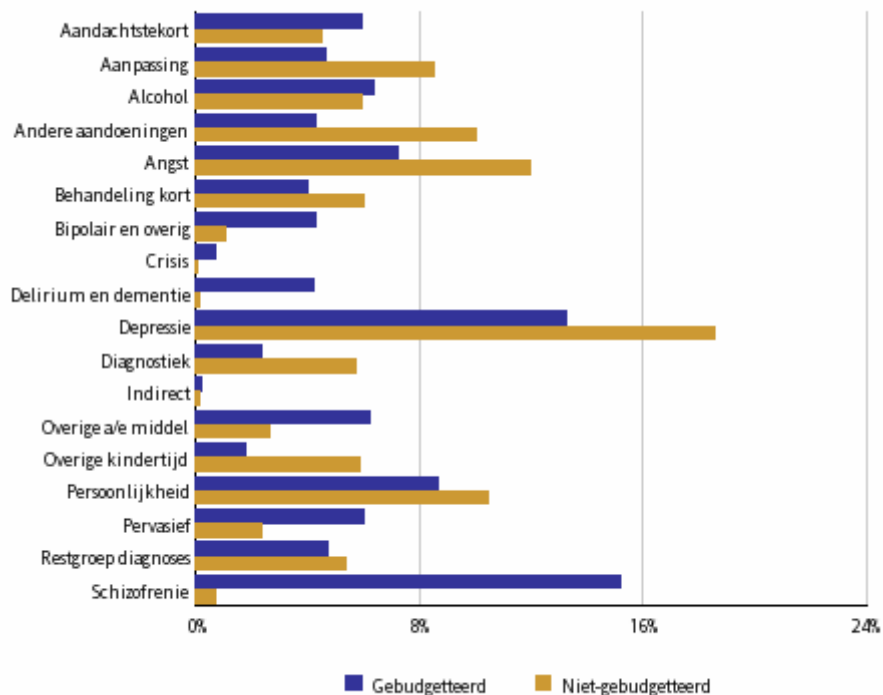
Om inzicht te krijgen in de omzetverdeling per stornis, is aan de hand van de GGZ DBC productstructuur een omzetsplitsing gemaakt. Deze analyse is voor zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde aanbieders voor het jaar 2008 en 2009 gemaakt. De verdeling over de productgroepen is weergegeven als percentage van de totale omzet.

### Omzet per stoornis (2008)



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

### Omzet per stoornis (2009)



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- De productgroepen schizofrenie, depressie en persoonlijkheidsstoornissen vormen de grootste omzetgroepen binnen de gebudgetteerde aanbieders.
- Binnen de niet-gebudgetteerde aanbieders vormen de productgroepen depressie, angst, en andere aandoeningen de grootste omzetgroepen.
- Crisis-, delirium- en schizofrenie-omzet is vrijwel uitsluitend aan gebudgetteerde aanbieders toe te schrijven.
- De percentages voor de gebudgetteerde aanbieders wijzigen in 2009 – behalve bij schizofrenie waar een daling van 1,8% zichtbaar is – nauwelijks (<1%) ten opzichte van 2008.

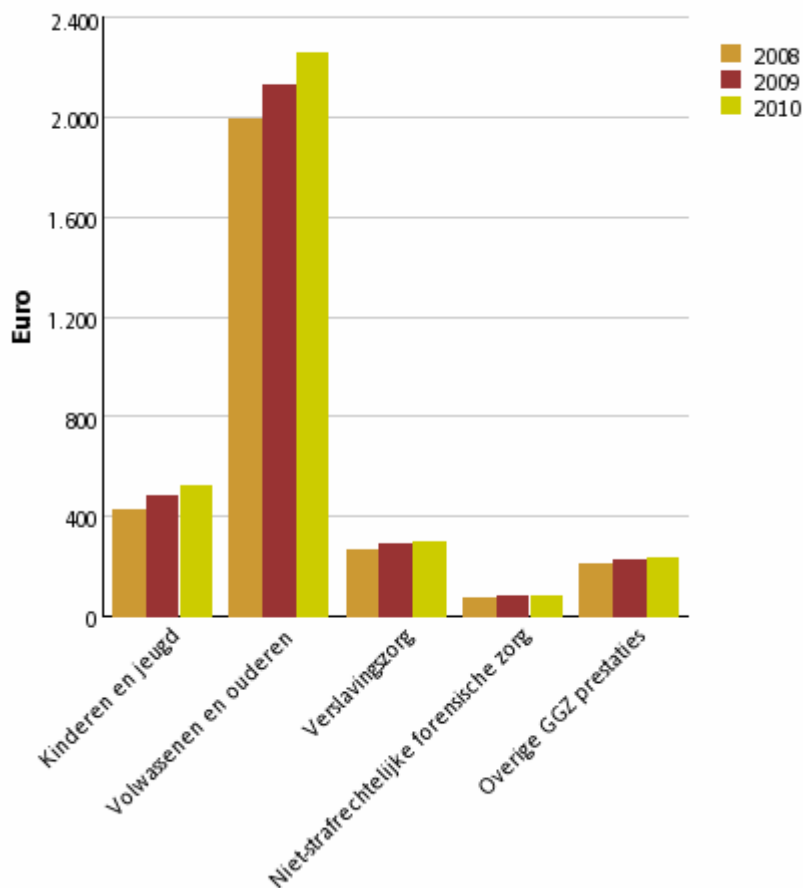
- Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders daalt het percentage omzet depressie met 4%. Het percentage omzet overig kindertijd stijgt met 4,4%.

### 6.5.1.2 Omzet per deelmarkt

In de tweedelijns curatieve GGZ zijn een aantal deelmarkten te onderscheiden: volwassenen en ouderen, kinderen en jeugd, verslavingszorg en niet-strafrechtelijke forensische zorg. Naast het onderscheid in deze deelmarkten kan onderscheid worden gemaakt in ambulante en klinisch GGZ. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens de omzet per deelmarkt en de omzet ambulant en klinisch voor de gebudgetteerde en voor de niet gebudgetteerde aanbieders weergegeven.

Voor de gebudgetteerde zorgaanbieders is op basis van de budgetgegevens een onderscheid te maken in bovengenoemde vier deelmarkten. In het volgende figuur wordt de omzetontwikkeling over deze vier deelmarkten voor de jaren 2008-2010 weergegeven.

#### Omzet gebudgetteerde instellingen naar deelmarkt (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- Onder overig vallen de overige GGZ- prestaties<sup>21</sup> en de post aansluiting aanvaardbare kosten<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Onder de overige GGZ-prestaties vallen de volgende prestaties: activerende psychiatrische thuiszorg, psychiatrische intensieve thuiszorg, psychiatrisch crisisinterventie thuis, gespecialiseerde begeleiding, dagactiviteit GGZ LZa, methadonverstrekking en zorgcoördinatie voor cliënten in casemanagement. Een

- De grootste omzetstijging sinds 2008 is zichtbaar op de deelmarkt kinderen en jeugd (ca. 23%).

Voor niet-gebudgetteerde aanbieders wordt gebruik gemaakt van Vektisgegevens en kan uitsluitend onderscheid worden gemaakt in de deelmarkt kinderen en jeugd en volwassenen en ouderen. De cijfers over 2010 zijn nog niet bekend, zorgverzekeraars kunnen tot eind 2012 declaratiegegevens over 2010 bij Vektis indienen. In onderstaande tabel wordt de omzet voor deze deelmarkten weergegeven.

#### Omzet per deelmarkt niet-gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)

	2008	2009
Kinderen en jeugd	17,3	41,1
Volwassenen en ouderen	115,3	203,8

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

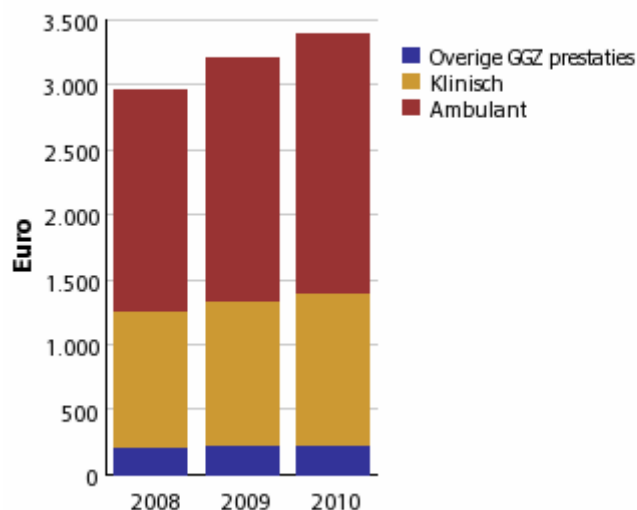
Op beide deelmarkten is sprake van een omzetstijging.

#### 6.5.1.3 Omzet klinisch en ambulante

In de volgende tabellen en grafieken wordt de klinische en ambulante omzet in kaart gebracht. Hierbij is in het bijzonder aandacht voor ambulantisering.

Onderstaande grafiek geeft de verhouding tussen klinische en ambulante omzet voor de gebudgetteerde aanbieders weer.

#### Omzetontwikkeling klinisch en ambulante gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- De omzet voor ambulante behandelingen neemt in drie jaar toe met ongeveer 400 miljoen.
- De klinische omzet blijft over de jaren vrijwel gelijk.

toelichting van deze prestaties is te vinden in de beleidsregel 'Definities geestelijke gezondheidszorg' op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>22</sup> Onder aansluiting aanvaardbare kosten vallen hier de kosten die niet zijn toe te rekenen aan een specifieke deelmarkt dan wel de overige GGZ-prestaties. Dit betreffen de energiekosten, onroerendzaakbelasting en milieueffingen, de opleidingskosten de kosten ten behoeve van kleinschalig wonen.

- Hieruit kan geconcludeerd worden dat relatieve ambulantisering plaats vindt. Meer ambulante behandelingen die niet zorgen voor een afname in budgetparameters van de klinische omzet.
- Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders stijgt zowel de klinische als ambulante omzet. Zie onderstaande tabel. Dit kan worden veroorzaakt door een stijging van het aantal niet-gebudgetteerde aanbieders.

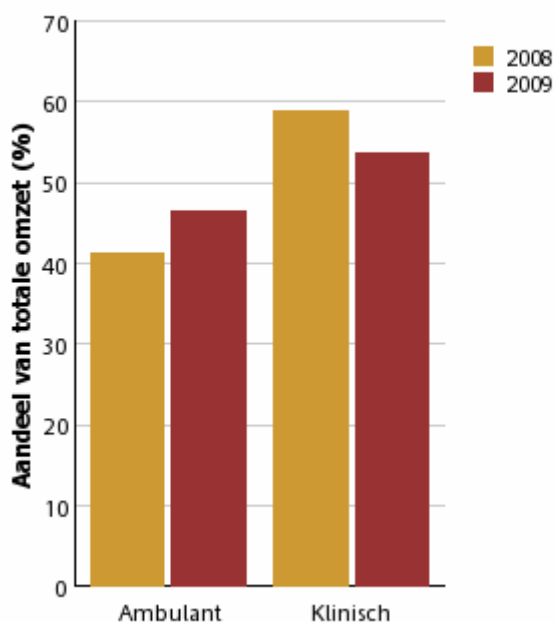
### Omzet klinisch en ambulant niet-gebudgetteerde aanbieders (in miljoenen €)

	2008	2009
Ambulant	127,2	223,8
Klinisch	5,5	21,1

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- De cijfers over 2010 zijn nog niet bekend, zorgverzekeraars kunnen tot eind 2012 declaratiegegevens over 2010 bij Vektis indienen.
- Het beeld van relatieve ambulantisering wordt bevestigd indien het aandeel van de omzet DBC's zonder verblijf (ambulant) wordt afgezet tegen het aandeel van omzet DBC's met verblijf (klinisch). Zie het volgende figuur.

### Aandeel klinisch en ambulant in totale DBC-omzet



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- Het aandeel van DBC's met verblijf in de totale omzet daalt in 2009 met ca. 4%.

Indien naar het aantal bedden zoals opgenomen in de rekenstaat van gebudgetteerde aanbieders wordt gekeken is in 2011 een beperkte reductie van het aantal bedden waarneembaar (1,2%). Zie onderstaande tabel. Indien uitsluitend wordt gekeken naar het aantal bedden wordt echter geen rekening gehouden met de volume- en omzetgroei in de GGZ.



### Aantal bezette bedden per deelmarkt

	2008	2009	2010	2011
Kinderen en jeugd	1.440	1.538	1.681	1.674
Volwassenen en ouderen	9.383	9.508	9.582	9.451
Verslavingszorg	2.113	2.214	2.168	2.108
Niet-strafrechtelijke forensische zorg	168	155	149	153
<b>Totaal</b>	<b>13.104</b>	<b>13.415</b>	<b>13.580</b>	<b>13.386</b>

Bron: NZa peildatum: Oktober 2011

- Sinds 2008 is het aantal bedden volwassenen en ouderen en verslaving nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal bedden kinderen en jeugd is gestegen met 17% en het aantal bedden niet-strafrechtelijke forensische zorg gedaald met 13%.

#### 6.5.1.4 Preventie

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

#### Omzet preventie (in miljoenen €)

	2008	2009	2010
	32,8	31,9	31,3

Bron: NZa peildatum: oktober 2011

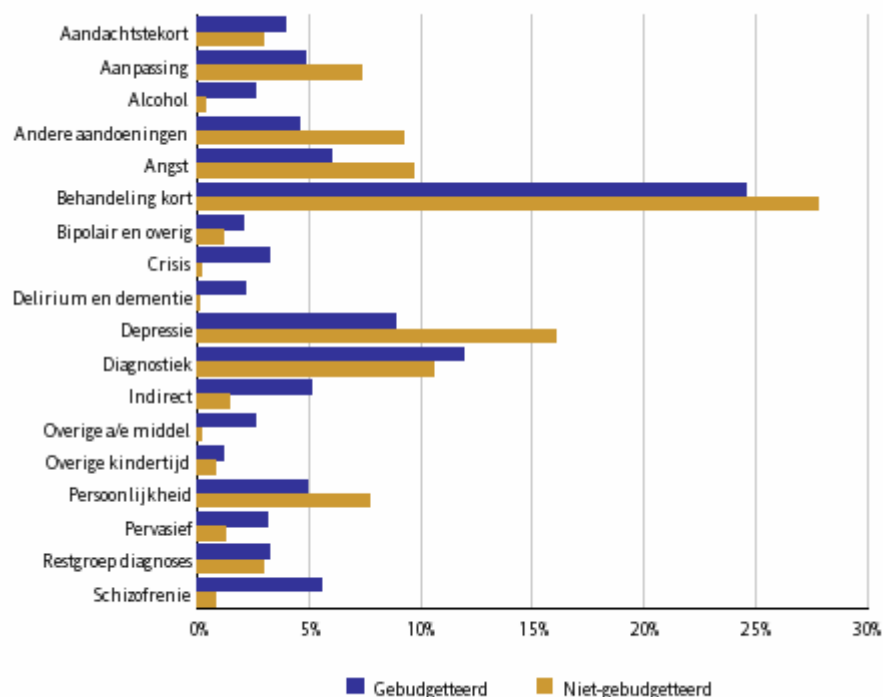
- De omzet preventie is in 2009 met 3% gedaald. In 2010 daalt de omzet verder met 1,7%.

#### 6.5.2 Volume

##### 6.5.2.1 Volume per stoornis

Om inzicht te krijgen in de verdeling van het DBC productievolume per stoornis, is aan de hand van de GGZ DBC productstructuur een uitsplitsing gemaakt. Deze analyse is voor zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde aanbieders voor het jaar 2008 en 2009 gemaakt. De verdeling over de productgroepen is weergegeven als percentage van het totale volume.

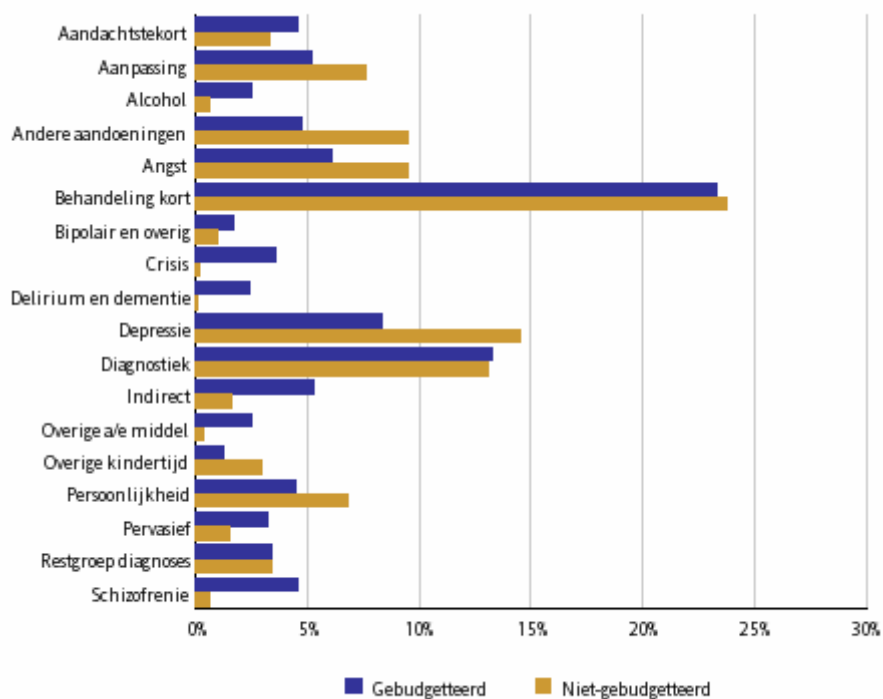
### Volume per stoornis (2008)



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- Niet-gebudgetteerde aanbieders behandelen relatief meer patiënten met depressie-, persoonlijkheids-, angst- en aanpassingsstoornissen dan gebudgetteerde zorgaanbieders. Ook behandelen ze relatief meer DBC's getypeerd in productgroep 'behandelingen kort'. Dit is in lijn met de conclusies getrokken in de Monitor Curatieve GGZ 2010.

### Volume per stoornis (2009)



Bron: Vektis peildatum: maart 2011

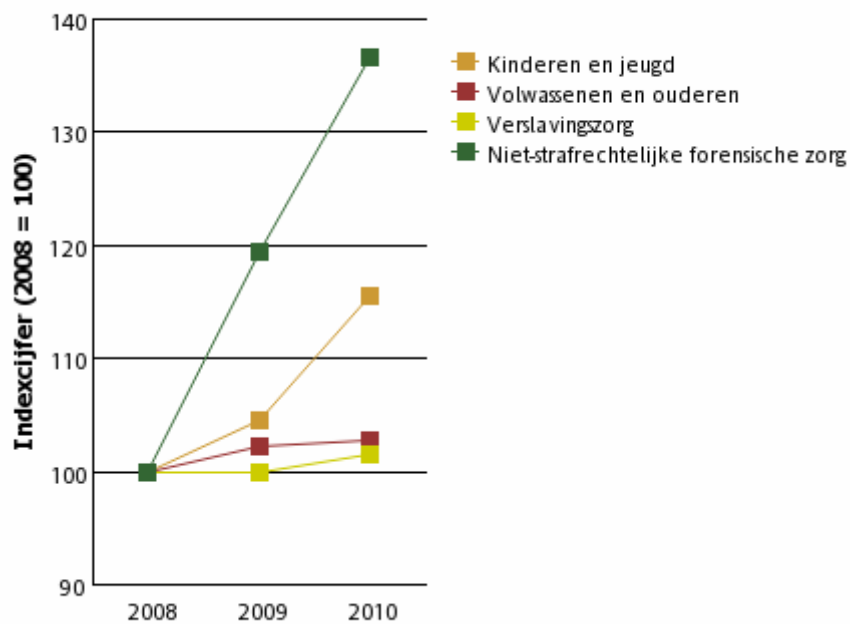
- De relatieve volumes per stoornis in 2009 zijn overeenkomstig in vergelijking met 2008.

- Een opvallende verandering ten opzichte van 2008 is een relatieve toename van Overige kindertijd bij niet-gebudgetteerde aanbieders. Dyslexiezorg – sinds 2009 opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering – wordt onder deze productgroep gedeclareerd.

#### 6.5.2.2 Volume per deelmarkt en volume klinisch en ambuland

Voor de gebudgetteerde aanbieders wordt het volume per deelmarkt in kaart gebracht door een weergave van de procentuele stijging of daling van het aantal verpleegdagen (klinisch) en behandelcontacten (ambuland) per deelmarkt voor de gebudgetteerde aanbieders. Hierbij wordt het jaar 2008 als basis genomen (2008=100) en wordt de procentuele stijging of daling in het jaar 2009 en 2010 zichtbaar.

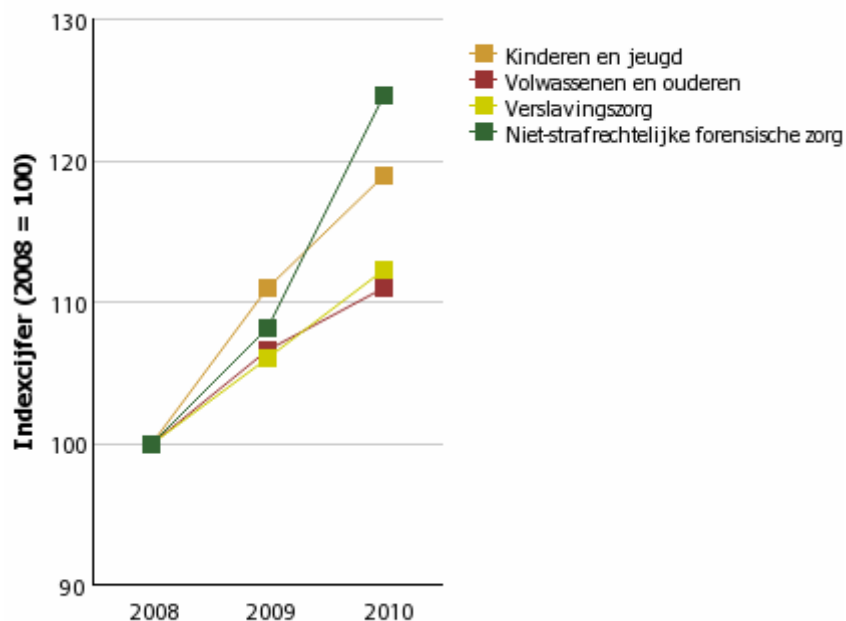
#### Indexcijfer verpleegdagen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- Het aantal gerealiseerde verpleegdagen neemt in de verslavingszorg het minst toe, voor de niet-strafrechtelijke forensische zorg is deze toename relatief het grootst.
- Het gerealiseerde aantal verpleegdagen laat in de periode 2008-2010 op alle deelmarkten een stijging zien.

### Indexcijfer behandelingen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt

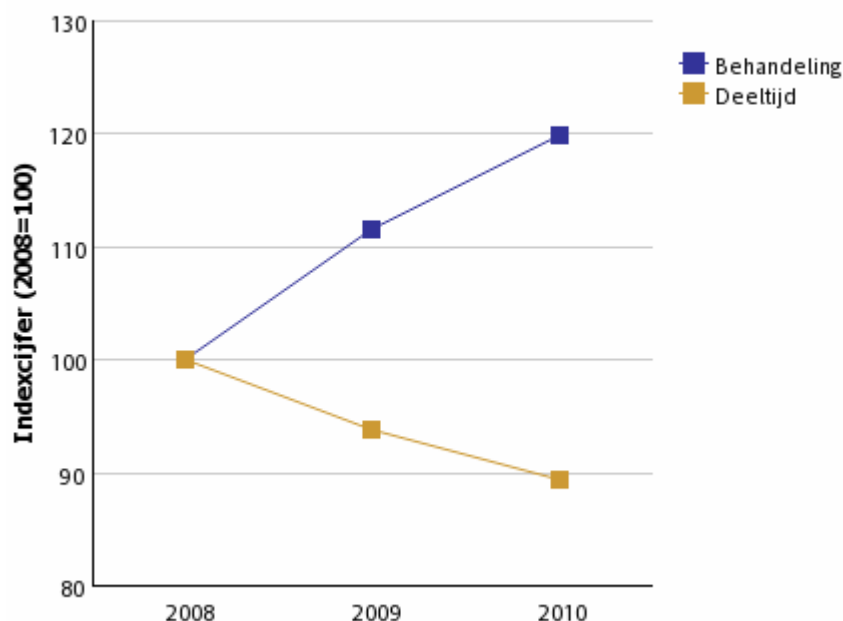


Bron: NZa peildatum: oktober 2011

- In de jaren 2009 en 2010 is het aantal gerealiseerde behandelcontacten op alle deelmarkten toegenomen.
- Voor zowel kinderen en jeugd, verslavingszorg als niet-strafrechtelijke forensische zorg is het aantal behandelcontacten in 2010 met ca. 25% gestegen t.o.v. 2008.

De volgende grafiek laat het indexcijfer van het totaal aantal behandelcontacten en deeltijdbehandelcontacten<sup>23</sup> zien.

### Indexcijfer behandelingen/ deeltijdbehandelingen gebudgetteerde instellingen



Bron: NZa peildatum: oktober 2011

<sup>23</sup> Deeltijd-behandelcontacten ook wel deeltijdbehandelingen genoemd zijn behandelingen die 4-6 uur dan wel 6-8 uur duren.

- In het aantal gerealiseerde behandelcontacten is een stijging (20%) te zien in 2010 t.o.v. 2008.
- In het aantal gerealiseerde deeltijdbehandelingen is juist een daling te zien. In 2010 is er t.o.v. 2008 een daling van 11%.

Voor de niet-gebudgetteerde aanbieders wordt in de volgende tabellen het volume kinderen en jeugd en volwassenen en ouderen weergegeven en het volume ambulant en klinisch.

#### Volume per deelmarkt niet-gebudgetteerde aanbieders (in duizenden)

	2008	2009
Kinderen en jeugd	12,6	22,3
Volwassenen en ouderen	94,5	124,3

Bron: Vektis peildatum: maart 2011

#### Volume klinisch en ambulant niet-gebudgetteerde aanbieders (in duizenden)

	2008	2009
Ambulant	106,6	143,4
Klinisch	0,5	3,3

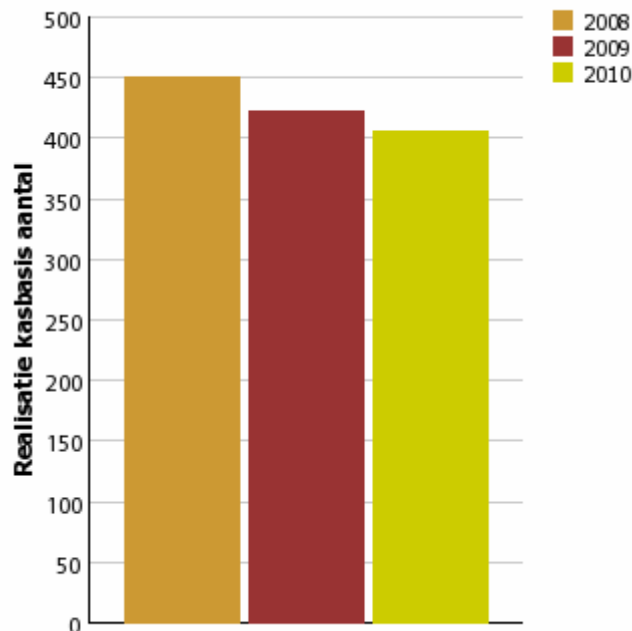
Bron: Vektis peildatum: maart 2011

- Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders stijgen de volumes.

#### 6.5.2.3 Volume preventie

In paragraaf 7.2.1.3 is de omzet van preventie weergegeven over de jaren 2008-2010. Onderstaande grafiek laat het volume preventie zien.

#### Volume preventie (in duizenden uren)



Bron: NZa peildatum: Oktober 2011

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

### 6.5.3 Prijs

Zorgverzekeraars bieden binnen curatieve GGZ niet-gebudgetteerde aanbieders en eerstelijns psychologen basisovereenkomsten aan. Boven op de basisovereenkomsten kan een aanvullende overeenkomst worden afgesloten. In de overeenkomsten zijn ook de contractprijzen opgenomen.<sup>24</sup>

#### 6.5.3.1 Contractprijzen eerstelijns psychologische zorg

Zorgverzekeraars bieden eerstelijns psychologen contractprijzen aan die variëren tussen € 74,80 en de € 83,20 in 2010 voor een individueel eerstelijns psychologisch consult. In 2011 bieden zorgverzekeraars eerstelijns psychologen contractprijzen aan die variëren tussen € 76,00 en de € 83,00 in 2011.<sup>25</sup>

Via aanvullende kwaliteitscontracten is het mogelijk de bedragen te verhogen. De verhoogde bedragen variëren tussen € 78,00 tot € 87,50 in 2010 en in 2011 tussen € 80,00 tot € 87,50.

#### 6.5.3.2 Contractprijzen niet-gebudgetteerde aanbieders

Zorgverzekeraars bieden niet-gebudgetteerde aanbieders contractprijzen aan die liggen onder het maximum tarief. Het percentage varieert in 2011 net als in 2010 van 90% tot 95% van het maximum DBC-tarief.

Via aanvullende kwaliteitscontracten is het mogelijk de percentages te verhogen. De verhoogde percentages liggen in 2010 tussen de 92% en 100% van het maximum tarief en in 2011 tussen de 95% en 100%.

### 6.5.4 Verdeling afgesloten DBC's

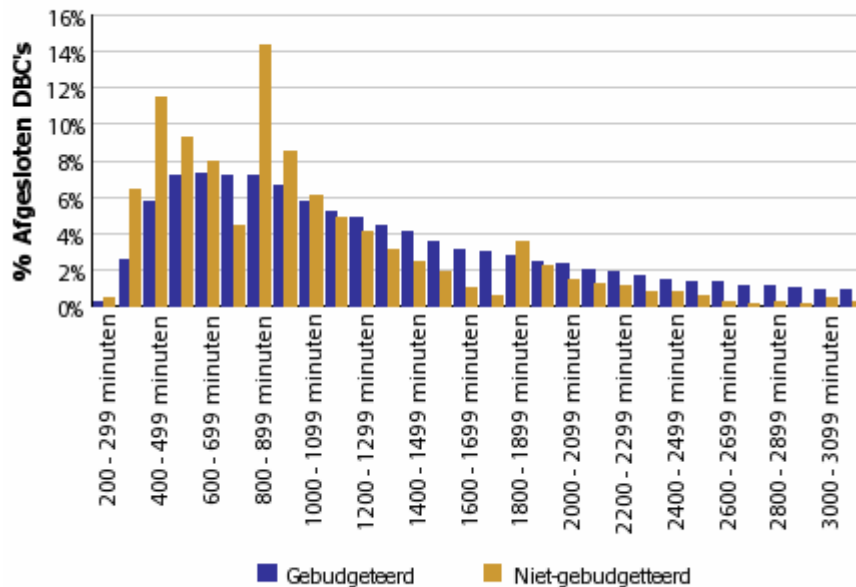
De diagnose en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd. In onderstaand figuur is de verdeling van het aantal afgesloten DBC's 2009 over de verschillende tijdsklassen binnen de productgroep depressie weergegeven. Bij de tijdsgrens 800 en 1800 minuten kan een hoger tarief gedeclareerd worden. Bij 800 minuten is sprake van een tariefstijging van ca. 104% en bij 1800 minuten van 84,5%.

---

<sup>24</sup> De cijfers van de contractprijzen 2010 komen uit de Monitor GGZ 2010

<sup>25</sup> Voor eerstelijns psychologische zorg gelden vrije prijzen.

### Verdeling afgesloten DBC's per tijdsklasse in 2009 voor de productgroep depressie



Bron: DIS peildatum: oktober 2011

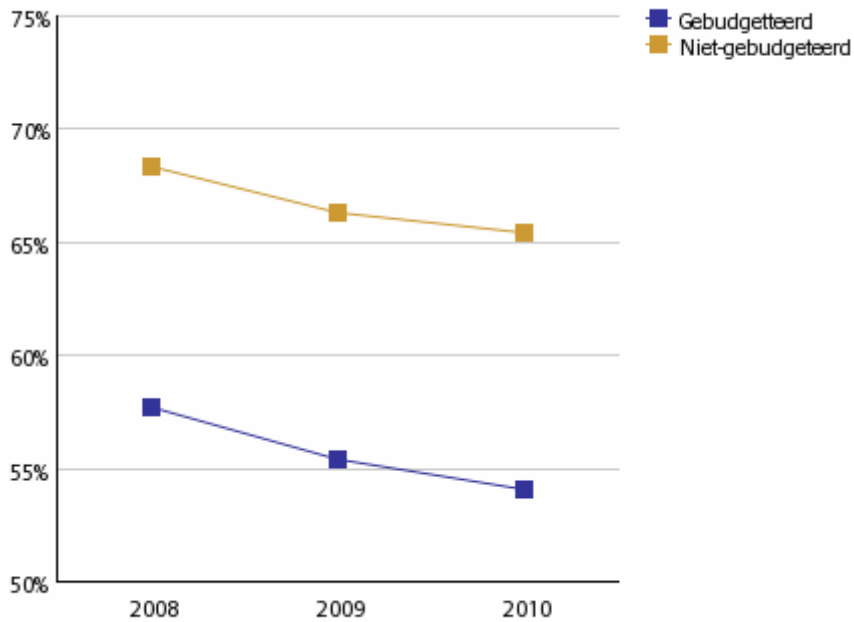
- Uit analyse van het aantal afgesloten DBC's binnen de tijdsgrenzen van de productgroep depressie blijkt dat bij niet-gebudgetteerde aanbieders een stijging waarneembaar is bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief. Bij gebudgetteerde aanbieders is deze stijging niet waarneembaar.
- Bij de productgroepen angst en persoonlijkheid is een vergelijkbare verdeling waarneembaar.
- Voor de afgesloten DBC's in het jaar 2010 is een vergelijkbare trend zichtbaar.

#### 6.5.5 Directe en indirecte tijd binnen DBC

Een behandelaar kan verschillende vormen van patiëntgebonden tijdsbesteding registreren, die grofweg in te delen is in: directe tijd en indirecte tijd. Directe tijd betreft de directe contacttijd die een professional aan een patiënt besteedt bij een activiteit. Indirecte tijd is de tijd die samenhangt met het uitvoeren van een direct patiëntgebonden activiteit, zoals de verslaglegging en administratie in het kader van een activiteit, multidisciplinair overleg en het voorbereiden van een activiteit.

In de volgende grafieken wordt achtereenvolgens het percentage directe en indirecte tijd voor gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders en het percentage directe tijd per productgroep weergegeven.

### Percentage directe tijd

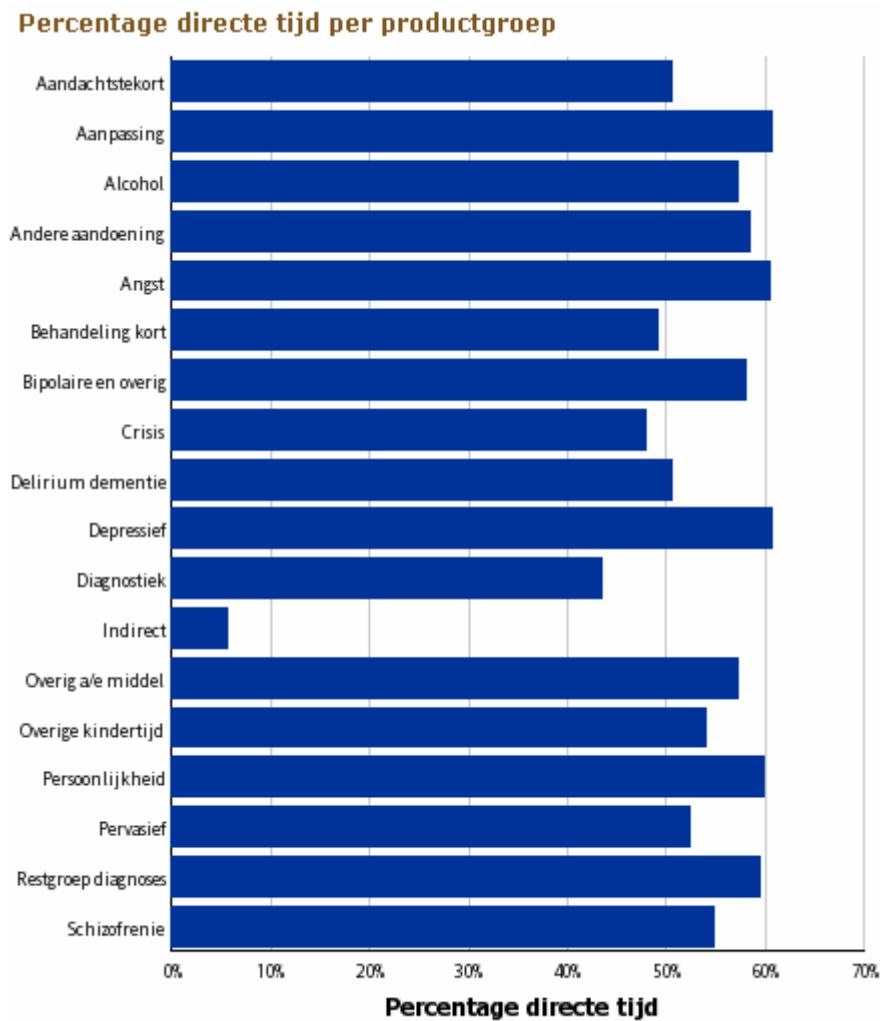


Bron: DIS peildatum: oktober 2011

- De directe tijd ligt over de jaren 2008-2010 bij niet-gebudgetteerde aanbieders gemiddeld 10% hoger dan bij gebudgetteerde aanbieders. Als reden hiervoor wordt aangegeven dat door niet-gebudgetteerde aanbieders vaak lichtere problematiek wordt behandeld, problematiek waarbij minder contact met het systeem noodzakelijk is en minder overleg.<sup>26</sup>
- De directe tijd is zowel bij gebudgetteerde (3,5%) als niet-gebudgetteerde aanbieders (3%) in de periode 2008-2010 afgenomen.

<sup>26</sup> Expertbijeenkomst 7 juli 2011





Bron: DIS peildatum: oktober 2011

- Er is gekeken naar alle afgesloten DBC's in de periode 2008-2010
- De directe tijd van de productgroepen – met uitzondering van de productgroep indirecte tijd – ligt tussen 43 en 61%.

## 6.6 Ontwikkelingen langdurende GGZ

Vanaf 1 januari 2010 wordt de verblijfszorg in de AWBZ bekostigd op basis van ZP's. De bekostiging op basis van budgetparameters is hiermee komen te vervallen. Een uitzondering hierop vormen kinderen en jeugd, de klinische intensieve behandeling<sup>27</sup> en het volledig pakket thuis<sup>28</sup>. Voor deze doelgroep en soorten behandeling vindt de bekostiging nog plaats op basis van de oude budgetparameters. Door het loslaten van de specifieke GGZ-instellingsnummers in de AWBZ zijn de extramurale zorgprestaties niet aan de GGZ toe te wijzen. De extramurale AWBZ-zorg is in kaart gebracht in de Marktscan Extramurale AWBZ, die mei 2011 is gepubliceerd.

Op totaalniveau (zie paragraaf totale omzetontwikkeling) worden de cijfers vanaf 2008 gepresenteerd. Op lager niveau zijn de budgetparameter- en ZP-data echter onvoldoende vergelijkbaar om

<sup>27</sup> Klinische intensieve behandeling wordt uitgevoerd door zorgaanbieders die hiervoor zijn toegelaten. Deze zorgaanbieders nemen tijdelijk cliënten op vanuit andere GGZ-instellingen als zij binnen de verwijzende instantie in een ontworpen behandelingsituatie terecht zijn gekomen. Zie beleidsregel BR/CU-5040 'Definities GGZ Zvw'.

<sup>28</sup> Het leveren van verblijf en overige geïndiceerde zorg aan een cliënt met een ZP-indicatie bij de cliënt thuis. Zie beleidsregel CA-436 'Volledig Pakket Thuis (VPT)'

vergelijkingen tussen de jaren 2008/2009 en 2010/2011 en verder te maken. In de volgende paragrafen worden de ontwikkelingen van de omzet, volume en prijs dan ook vanaf 2010 weergegeven. Voor het jaar 2011 is gebruik gemaakt van de productieafspraken.

### 6.6.1 Omzet

De omzet langdurende GGZ wordt bepaald door de omzet van de ZZP's en overige omzet die specifiek aan de GGZ is toe te wijzen. Dit betreft de omzet kinderen en jeugd, klinisch intensieve behandelingen, volledig pakket thuis en dagbesteding en vervoer. In onderstaande tabellen en grafieken wordt achtereenvolgens de totale omzet voor de ZZP's, de omzet per ZZP en de overige omzet weergegeven.

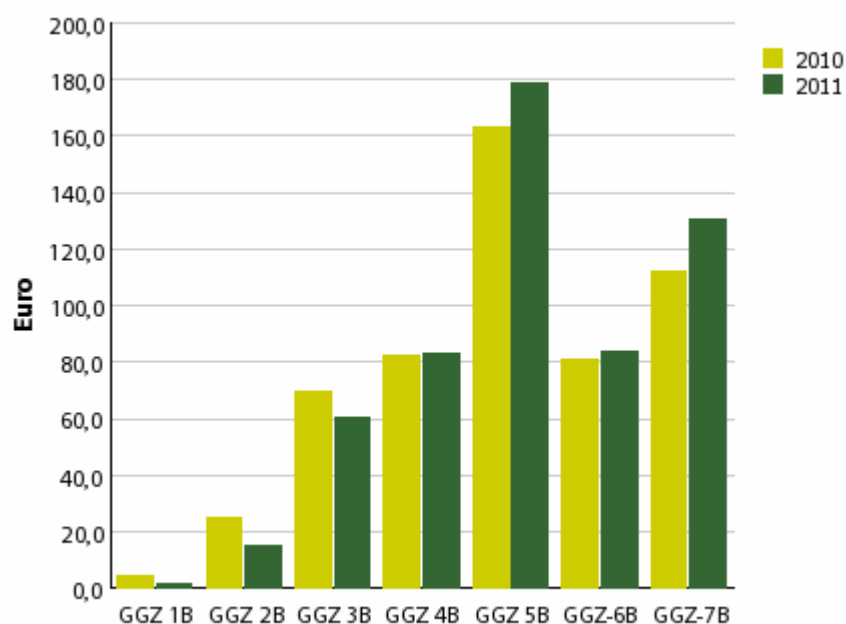
#### Landelijke omzet ZZP's GGZ (in miljoenen €)

	2010	2011
ZZP GGZ-B	538,3	554,0
ZZP GGZ-C	708,3	817,1
<b>Totaal</b>	<b>1.246,6</b>	<b>1.371,1</b>

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Iemand die voortgezet verblijf met behandeling nodig heeft, krijg een B-pakket. Dit pakket krijgen mensen die langer dan 1 jaar in een GGZ-instelling verblijven. Een B-pakket bestaat uit de onderdelen behandeling, verblijfszorg en dagbesteding.
- Iemand die een beschermde woonomgeving met begeleiding nodig heeft, krijgt een C-pakket. Behandeling maakt géén deel uit van dit pakket, zonodig kan de zorgverlener een psychiater consulteren.
- De totale omzetstijging bij in de GGZ-ZZP's van ca. 10% wordt voornamelijk veroorzaakt door de stijging van de omzet bij de GGZ-C pakketten (15%). De omzet bij de GGZ-B pakketten stijgt met 3%.

#### Landelijke omzet per ZZP-B (in miljoenen €)

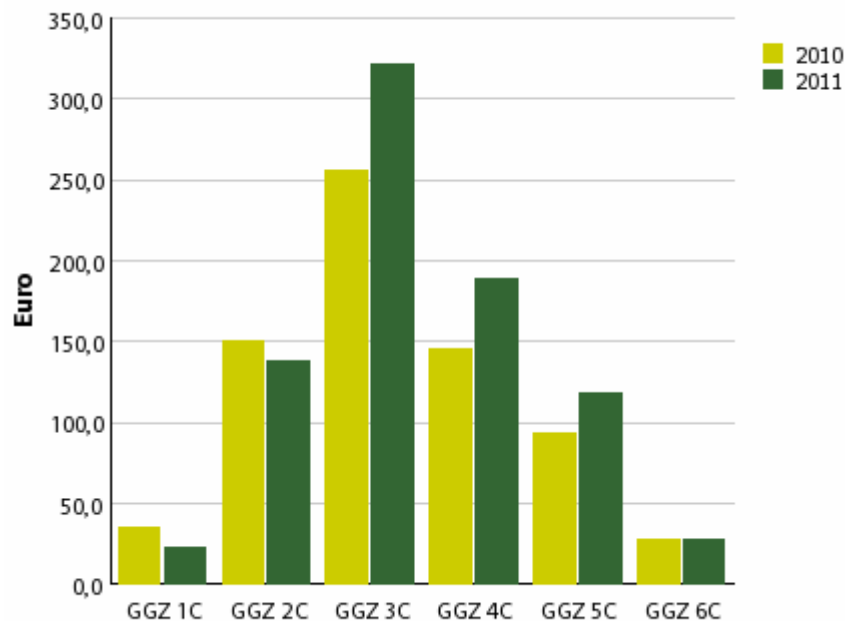


Bron: NZa peildatum: december 2011

- De zorgzwaartepakketten lopen op in zorgzwaarte. Een beschrijving van de verschillende pakketten is te vinden in bijlage 2.

- De omzet in de lage ZP's (1 t/m 3) daalt. Bij de ZP 4 en hoger is sprake van een stijging. Deze stijging is het meest sterk bij ZP GGZ-5B (ca. 9%) en ZP GGZ-7B (ca. 16%).

### Landelijke omzet per ZP-C (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum: december 2011

- De zorgzwaartepakketten lopen op in zorgzwaarte. Een beschrijving van de verschillende pakketten is te vinden in bijlage 2.
- Er is sprake van een daling bij ZP GGZ-1C en 2C. Bij de ZP GGZ 3C tot en met 5C is sprake van een stijging van rond de 25%.

### Omzet overig (in miljoenen €)

	2010	2011
Kinderen en jeugd	64,1	76,7
Klinisch intensieve behandelingen	19,0	23,9
Volledig pakket thuis	4,5	8,1
Dagbesteding en vervoer	100,5	103,2
<b>Totaal</b>	<b>188,2</b>	<b>212,0</b>

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Naast de omzet van de ZP's zijn de omzetten van bovenstaande producten specifiek toe te wijzen aan de GGZ.
- Er is sprake van een omzetstijging bij kinderen en jeugd (19%) en bij de klinische intensieve behandelingen (26%).
- Het Volledig Pakket Thuis (VPT) is een relatief nieuw product bedoeld voor mensen met een indicatie verblijf die eigenlijk zelfstandig willen blijven wonen. Vanaf 2011 kopen zorgkantoren het product steeds meer in bij de zorgaanbieders in de regio, na een aarzelende start na de introductie van het product.
- Geen grote wijzigingen zijn zichtbaar in de totale omzet dagbesteding (en vervoer) voor de cliënt in de GGZ.

## 6.6.2 Volume

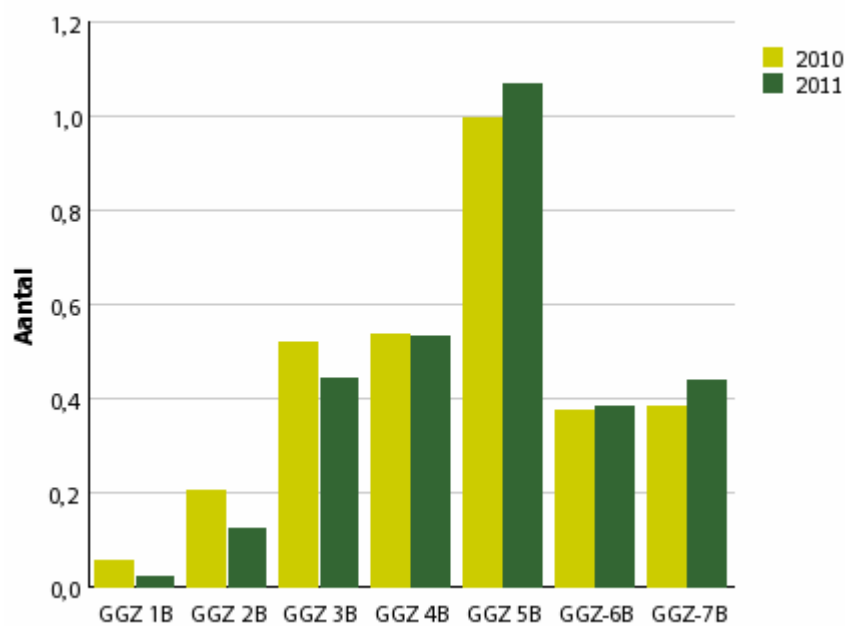
### Landelijk volume ZP's GGZ (in duizenden)

	2010	2011
ZP GGZ-B	3.069,8	3.012,1
ZP GGZ-C	6.178,2	6.852,5
<b>Totaal</b>	<b>9.248,0</b>	<b>9.864,6</b>

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Het totaal volume ZP's GGZ stijgt met ca. 7%. Er is een lichte daling van het aantal B-pakketten zichtbaar (-2%) en een stijging van het aantal C-pakketten (11%).

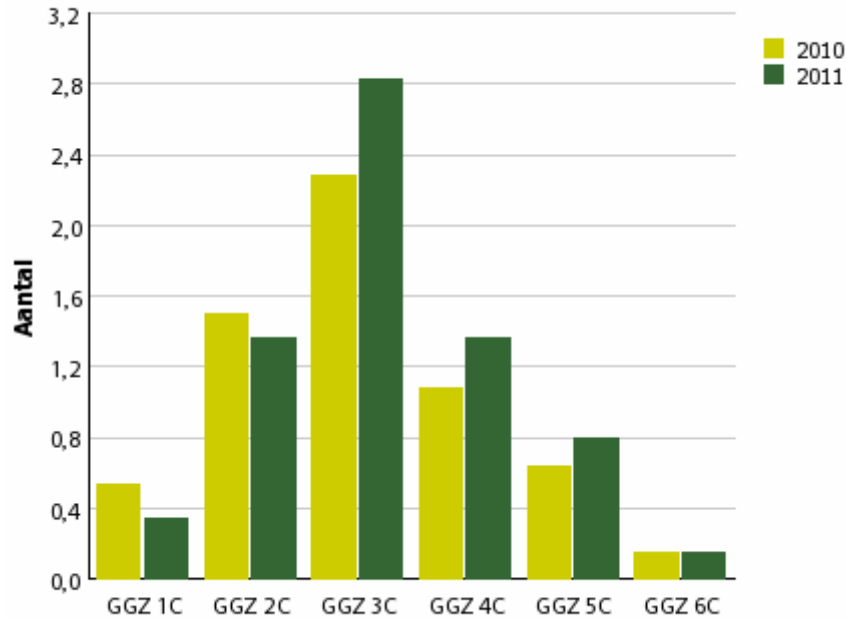
### Landelijk volume per ZP-B (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum: december 2011

- Bij de lage ZP's (1 t/m 3) is een daling van het volume waarneembaar, bij de hoge ZP's (5 t/m 7) een stijging.

### Landelijk volume per ZZP-C (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum: december 2011

- Er is sprake van een daling bij ZZP GGZ-1C en 2C. Bij de ZZP GGZ 3C en tot en met 5C is sprake van een stijging van rond de 25%.

### Volume overig (in duizenden)

	2010	2011
Kinderen en jeugd, aantal zorgdagen	127,5	149,7
Klinisch intensieve behandelingen	39,2	48,8
Volledig pakket thuis	42,1	74,3
<b>Totaal</b>	<b>208,7</b>	<b>272,8</b>

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Het aantal zorgdagen kinderen en jeugd stijgt met ca. 17%, het aantal klinische behandelingen met ca. 24%.

### 6.6.3 Prijs

In 2010 kunnen zorgaanbieders en zorgkantoor afspraken maken binnen de vastgestelde bandbreedte van 2% van het NZa-tarief GGZ B en C pakketten. In 2011 is deze bandbreedte verruimd naar 6%. Binnen zowel het P-model als het Q-model is de methode van prijsvaststelling een belangrijk sturingsinstrument voor het zorgkantoor. Voor de prijs geldt: dit is de prijs die het zorgkantoor betaalt voor de geleverde zorg.

In de volgende tabel wordt de korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde die gemiddeld in de 32 zorgkantoorregio's is verstrekt weergegeven. Tevens is gekeken in welke zorgkantoorregio de hoogste en in welke zorgkantoorregio de laagste korting is gegeven, deze staan opgenomen onder de minimale en maximale korting. De tabel toont over de jaren de gemiddelde afgesproken prijs tussen zorgkantoor en zorgaanbieder ten opzichte van de maximale NZa-beleidsregelwaarde. De prijzen geven een beeld over de doelmatige zorginkoop door zorgkantoren en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ en benodigde prijs voor zorglevering.

### Gemiddelde korting over de 32 zorgkantorregio's

		2010	2011
ZZP GGZ-B	Minimum	0,00%	0,00%
	<b>Gemiddelde</b>	<b>0,51%</b>	<b>1,09%</b>
	Maximum	1,66%	2,06%
ZZP GGZ-C	Minimum	0,00%	0,00%
	<b>Gemiddelde</b>	<b>0,52%</b>	<b>1,24%</b>
	Maximum	1,42%	4,23%

Bron: NZa peildatum: december 2011

- De kortingen geven een beeld over de doelmatige zorginkoop door zorgkantoren en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ en benodigde prijs voor zorglevering.
- In 2010 hebben de zorgkantoren gemiddeld een prijskorting gehanteerd van 0,51% op het voortgezette verblijf met behandeling. In 2011 betrof dit 1,09%. Het zorgkantoor met de hoogste prijskorting heeft 1,66% op maximale NZa tarieven gekort in 2010. In 2011 is dit 2,06% voor de GGZ-B-pakketten.
- Voor het beschermd wonen met begeleiding (ZZP-C) is de gemiddelde korting in 2010 vergelijkbaar met de gemiddelde korting van de GGZ-B pakketten. In 2011 ligt deze op 1,24%. Het zorgkantoor met de hoogste prijskorting heeft 1,42% op de maximale tarieven gekort in 2010. Voor 2011 is deze – na het verruimen van de bandbreedte – gestegen naar 4,23%.

In de volgende tabel wordt de prijs die gemiddeld in de 32 zorgkantorregio's is betaald voor de geleverde zorg gepresenteerd. Tevens is gekeken in welke zorgkantorregio de hoogste en in welke zorgkantorregio de laagste prijs is afgesproken, deze staan opgenomen onder de minimale en maximale prijs. De tabel toont over de jaren de verschillen tussen afgesproken prijs tussen de verschillende zorgkantoren.

### Gemiddelde prijs over de 32 zorgkantorregio's (in €)

		2010	2011
ZZP GGZ-B	Minimum	138,82	163,24
	<b>Gemiddelde</b>	<b>174,07</b>	<b>185,44</b>
	Maximum	202,69	225,60
ZZP GGZ-C	Minimum	100,30	105,85
	<b>Gemiddelde</b>	<b>113,83</b>	<b>118,20</b>
	Maximum	126,27	125,71

Bron: NZa peildatum: december 2011

- Ook uit de gegevens over de afgesproken prijzen voor de geleverde zorg voor het voortgezet verblijf met behandeling en het beschermd wonen met begeleiding is te zien dan het verruimen van de bandbreedte van 2% naar 6% duidelijk is vertaald in de zorginkoop door zorgkantoren.

## Bijlage 1. Keurmerken/certificaten

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





## Bijlage 2. Zorgzwaartepakketten GGZ

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

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

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

De zorgzwaartepakketten lopen op in zorgzwaarte. De prestatiebeschrijvingen van de ZZP's GGZ, zoals vastgesteld door de Minister van VWS, zijn uitgewerkt in het document Zorgzwaartepakketten Sector GGZ, versie 2011. In dit document worden per pakket het cliëntprofiel, functies en tijd per cliënt per week en de verblijfskenmerken onderscheiden. In onderstaand schema uit dit document is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en +++++ = overname.<sup>29</sup>

### Intensiteitverschillen tussen de GGZ-ZZP's voor voortgezet verblijf

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

Bron: Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011

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

ZZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psychosociaal functioneren	Verzorging	Verpleging	Probleem-gedrag	Verblijf vanwege behandeling
GGZ 1B	+	+	+	0	0	Nee
GGZ 2B	++	++	+	0	++	Nee
GGZ 3B	+++	+++	++	0	++	Nee
GGZ 4B	+++	+++	+++	+	+++	Nee
GGZ 5B	++++	++++	+++	+	++++	Nee
GGZ 6B	++++	++++	++++	+++	+++	Nee

Bron: Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011

<sup>29</sup> Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2011, 2010, [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)



## Bijlage 3. Bronnen & Methoden

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

### – NZa-gegevens

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

### *Curatieve GGZ*

Voor de cijfers over de curatieve GGZ geldt dat voor de jaren 2008, 2009 en 2010 100% van de data uit realisatiecijfers bestaat. Voor 2011 geldt dat gebruik is gemaakt van productieafspraken (exclusief de aanvullende productieafspraken zoals deze in september 2011 zijn ingediend).

### *Langdurende GGZ*

Voor de cijfers over de langdurende GGZ geldt dat voor de jaren 2008, 2009 en 2010 minimaal 90% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor zover dit laatste niet mogelijk is, is gebruikgemaakt van de meest recente productieafspraken. Voor 2011 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken. Uit ervaringscijfers blijkt dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen productie en realisatie 10% bedraagt.

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

### – Vektis

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

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

Voor beide gegevensset was de peildatum 31 maart 2011.

- Voor 2008 is alle schade opgenomen (= 12 kwartalen). Schade over 2008 die na 31 december 2010 is binnengekomen wordt meegeteld met de schade van 2009.

- Voor 2009 geldt dat er voor sommige verzekeraars op de peildatum 31 maart 2011 8 kwartalen zijn ontvangen, van sommige verzekeraars 9.
- Verzekeraars kunnen dit gedurende 2011 nog schade aanleveren over 2009. Schade die binnenkomt na 31 december 2011 wordt toegerekend aan de schade 2010.

De dekkinggraad op basis van het aantal verzekerden, de totale zorgkosten in de gegevensset, en de totalen zorgkosten zoals verwacht op basis van CVZ gegevens zijn weergegeven in onderstaande tabel. Wanneer in de marktscan wordt opgeschat, wordt dit gedaan op basis van de dekking van het aantal verzekerden, maar niet op basis van de door het CVZ verwachte zorgkosten. Dit betekent dat de uiteindelijke kosten mogelijk nog hoger uit kunnen komen.

ELP	2008	2009	2010
Dekking ELIS ELP bestand op basis van het aantal verzekerden	61,4%	70,5%	70,8%
ELP zorgkosten in bestand, in euro's	34.360.661	44.030.418	38.874.810
ELP zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ jaarstaat)	47.928.852	67.512.411	86.268.735
Aandeel verwerkte zorgkosten ELIS ELP	71,7%	65,2%	45,1%
DBC's	2008	2009	2010
Dekking DBC GGZ bestand op basis van het aantal verzekerden	78,5%	94,5%	94,6%
DBC's zorgkosten in bestand, in euro's	2.837.457.973	3.403.270.518	451.015.926
DBC's zorgkosten verwacht, in euro's (CVZ jaarstaat, excl 2007 schade)	3.006.514.880	3.974.438.570	4.007.504.929
Aandeel verwerkte zorgkosten DBC's GGZ	94,4%	85,6%	11,3%

#### – DigiMV

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

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

#### – DIS

Zorgaanbieders, zowel gebudgetteerd als niet-gebudgetteerd, die tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg leveren als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn verplicht de Minimale Dataset (MDS) aan te leveren. Aanlevering van de MDS geschiedt aan het DBC informatie systeem (DIS) waarnaar DIS de gegevens doorlevert aan de NZa. DIS verwijzingen duiden op deze bron.

In de monitor GGZ 2010 is geconcludeerd dat DIS niet volledig is. Ook nu is dit nog het geval. Het is dan ook niet mogelijk in de marktscan GGZ 2011 gebruik te maken van DIS om inzicht in totale volumes en totale omzetten te geven. Voor deze informatie wordt gebruik gemaakt van NZa-gegevens (gebudgetteerde aanbieders) en Vektisgegevens (niet-gebudgetteerde aanbieders). Wel is DIS – door het volume aan DBC's in DIS en door het uitvoeren van controles bij de betreffende analyses – bruikbaar gebleken om trends in de directe tijd en het aantal

afgesloten DBC's per tijdsklasse op te nemen. Deze analyses zijn opgenomen in de marktscan GGZ 2011.

– Zorgverzekeraars

Voor diverse analyses in het hoofdstuk marktgedrag en voor de contractprijzen in het hoofdstuk betaalbaarheid zijn de contracten en informatie over de contracteergraad, het type afgesloten contracten en bevoorschotting opgevraagd bij zorgverzekeraars. De analyses hebben plaatsgevonden op de ontvangen data van zorgverzekeraars. Om in kaart te brengen wat de vergoeding is indien verzekerden naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan, is gebruik gemaakt van de polissen van zorgverzekeraars zoals deze vindbaar zijn op hun website.

– APE

De data over het aantal cliënten in de curatieve GGZ is afkomstig van APE. De gegevens zijn gebaseerd op de data die zorgverzekeraars op 1 juni moeten aanleveren bij CVZ t.b.v. de risico-verevening. De peildatum voor de cijfers uit 2008 betreft half mei 2010 en de peildatum van de cijfers uit 2009 betreft half mei 2011. Hiermee zijn de cijfers gebaseerd op ruim 9 kwartalen.

Onderstaande analyses behoeven een nadere uitleg op de gebruikte methoden.

– Hoofdstuk Marktstructuur

*Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ*

Bron: Vektis en NZa

Methode: Het aantal gebudgetteerde aanbieders wordt bepaald op basis van het aantal aanbieders dat een eigen GGZ-instellingsnummer en daarmee een eigen rekenstaat heeft (NZa-gegevens). Voor de eerstelijns psychologen en niet-gebudgetteerde aanbieders (Vektis-gegevens) geldt dat op basis van de AGB code onderscheid is gemaakt naar het soort declarerende aanbieder. Het jaar van openen van de gedeclareerde DBC is bepalend voor deze telling. Hierbij is een lijst met AGB codes van gebudgetteerde zorgaanbieders gebruikt, afkomstig van de NZa. Aanbieders met AGB code 03xx zijn aangemerkt als psychiaters en aanbieders met AGB code 94xx als psychologisch hulpverlener. Categorie 95xx is aangeduid als overige vrijgevestigden (orthopedagogen etc). Na controle op WTZi toelating, voor zover mogelijk, zijn de overgebleven AGB codes aangemerkt als niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders.

Opmerkingen:

- Tot 31 december 2011 kunnen nog declaraties binnenkomen bij Vektis over 2009. Het aantal eerstelijns zorgaanbieders, niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde aanbieders kan derhalve nog hoger uitvallen.

*Toe- en uittreeders curatieve GGZ*

Bron: Vektis

Methode: Voor de eerstelijns psychologen en niet-gebudgetteerde aanbieders, gedefinieerd door een unieke AGB-code in de Vektis gegevensset, die DBC productie geopend in 2009 heeft gedeclareerd, is gekeken of deze ook DBC productie geopend in 2008 heeft gedeclareerd. Als dit niet het geval was wordt deze zorgaanbieder beschouwd als toetreders. Het onderscheid tussen de aanbieders is gemaakt conform de methode beschreven onder 1. Op analoge wijze is gekeken naar elke zorgaanbieder met DBC productie geopend in 2008, of deze ook DBC productie geopend in 2009 heeft gedeclareerd. Als dit niet het geval is wordt deze zorgaanbieder beschouwd als uittreder. Het onderscheid tussen de aanbieders is gemaakt conform de methode beschreven onder 'Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ'.

*Aantal toegetreden curatieve GGZ-instellingen en omzetpercentage (verslavingszorg en kinderen en jeugd)*

Bron: NZa en Vektis

Methode: Het aantal toegetreden instellingen is bepaald op basis van Vektisgegevens (zie ook de methode 'Toe- en uittreders curatieve GGZ'). Hierbij geldt voor 2008 dat het aantal toetreders gelijk is aan het aantal niet-gebudgetteerde instellingen in dat jaar. Voor het bepalen van het percentage van hun omzet is de omzet van de toegetreden instellingen afgezet tegen de totale omzet van alle curatieve GGZ-instellingen. Het betreft hier de omzet van de reeds bestaande instellingen (gebudgetteerde en het jaar t-1 toegetreden instellingen) en de toegetreden instellingen in dat jaar.

Opmerkingen:

- Van de toegetreden instellingen is het aanbod in kaart gebracht (zie ook tabel aanbod toegetreden instellingen op pagina 27 van de marktscanrapportage). Voor de deelmarkt verslavingszorg en kinderen en jeugd is de omzet van de toegetreden instellingen die verslavingszorg leveren afgezet tegen de totale omzet verslavingszorg van toegetreden

*Financiële positie aanbieders*

Bron: DigiMV

Gebuurkte data: De volgende posten uit de concern balans worden gebruikt: Passiva totaal (balans totaal), bedrijfsresultaat, Eigen vermogen, vlottende activa en kortlopende schulden.

Methode: In het DigiMV wordt per concern aangegeven welke zorgtypen worden geproduceerd. Bij de analyse zijn alle concerns betrokken die in het DigiMV aangeven GGZ zorg te leveren. De solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat en lasten gedeeld door het balanstotaal. De liquiditeit is gedefinieerd als het totaal vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden.

Opmerkingen

- Het betreft zowel concerns die alleen GGZ zorg leveren als gemengde concerns. Ook betreft het zowel Zvw als AWBZ zorg. De selectie is gemaakt door alle concerns die in het digiMV aangeven GGZ zorg te leveren te selecteren.
- Om zicht te krijgen op de financiële positie van de wat grotere zorgaanbieders is de populatie op basis van een balanstotaal van 5 miljoen in groot en klein gesplitst. Voor grote zorgaanbieders is vervolgens de combinatie van rentabiliteit en solvabiliteit grafisch weergegeven.

- Hoofdstuk Marktgedrag

*Eenmalige verrekening gebudgetteerde zorgaanbieders zorgverzekeraars*

Bron: NZa

Gebuurkte data: verantwoordingsdocument DBC GGZ omzet 2008, 2009 en 2010 en het nagecalculeerd budget conform nacalculatieformulier (excl. niet-gehonoreerde overproductie);

Methode: Voor de éénmalige verrekening wordt de DBC opbrengst van een zorgaanbieder afgetrokken van het nagecalculeerde budget in 'oude' parameters. Als de DBC opbrengst hoger is dan het budget, moet de zorgaanbieder terugbetalen. Is de DBC omzet lager dan ontvangt de zorgaanbieder het geld van zorgverzekeraars.

Opmerkingen:

- De DBC-omzet is inclusief het verrekenpercentage;
- DBC-omzet = gefactureerde DBC's - onderhanden werk 1 januari + onderhanden werk 31 december.

– Hoofdstuk Toegankelijkheid

*Restitutie bij niet-gecontracteerde zorg*

Bron: polissen verzekeraars

Methode: Op basis van de vergoeding die zorgverzekeraars geven indien hun verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, is het aantal verzekeraars per vergoeding ingedeeld. In het kader van de marktscan Zorgverzekeringsmarkt beschikt de NZa over Vektisgegevens van het aantal verzekerden per verzekeraar. Deze gegevens zijn vervolgens aan elkaar gekoppeld.

– Hoofdstuk Betaalbaarheid

*Omzetontwikkeling curatieve GGZ*

Bron: NZa en Vektis

Methode: De omzetten voor de gebudgetteerde aanbieders zijn voor de jaren 2008 tot en met 2010 gebaseerd op nagecalculeerde NZa budgetten. Het jaar 2011 is gebaseerd op de productieafspraken (exclusief de aanvullende productieafspraken). Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Vervolgens zijn de declaratiebedragen gesommeerd en opgeschat naar het totaal van de verzekerdenpopulatie.

Opmerkingen:

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

*Aandeel Omzet en Volume per DBC stoornis*

Bron: Vektis

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

Methode: De declaratiecodes zijn gekoppeld aan productgroepen via een koppeltabel (Afkomstig van DBC Onderhoud, CL\_Tarief\_GGZ\_v20091001\_correctie (2010)). Vervolgens wordt een subset van de data gemaakt op basis van AGB code (gebudgetteerde zorgaanbieders of niet-gebudgetteerde aanbieders) zie ook de methode bij 1. Via de declaratiecodes worden ook de NZa tarieven geldig in het openingsjaar van de DBC aan de DBC's gekoppeld. Vervolgens zijn per productgroep categorie/groep (dit wordt ook wel "behandelgroep" genoemd) de DBC-omzetten berekend en door de totale omzet gedeeld om een percentage aandeel te verkrijgen. Voor het volume per DBC stoornis is dezelfde procedure gevolgd, maar dan op basis van aantallen DBC's in plaats van omzet op basis van tarieven.

*DBC Omzet en Volume niet-gebudgetteerde aanbieders per deelmarkt*

Bron: Vektis

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

Methode: Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Deze zijn vervolgens opgeschat naar het totaal van verzekerdenpopulatie. Binnen de DBC-systematiek kunnen DBC's worden toegewezen aan de deelmarkten Kinderen en Jeugd, en Volwassenen & Ouderen.

*DBC Omzet en Volume niet-gebudgetteerde aanbieders klinisch en ambulante*

Bron: Vektis

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

Methode: Aan de hand van de lijst met gebudgetteerde AGB codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen

worden. Deze zijn vervolgens opgeschat naar het totaal van verzekerdenpopulatie. Het onderscheid wordt gemaakt door te kijken naar DBC's met en zonder verblijf. De omzet van DBC's zonder verblijf wordt als ambulante DBC omzet opgevoerd, de omzet van DBC's met verblijf wordt als klinische omzet opgevoerd.

*Aandeel klinisch en ambulant in totale DBC-omzet*

Bron: Vektis

Gebuurkte data: beschikbare declaratiegegevens van DBC's  
Methode: In de totale DBC GGZ-omzet (op basis van Vektisgegevens) van gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders is het aandeel van de ambulante DBC's (DBC zonder verblijf) en het aandeel van de klinische DBC's (DBC's met verblijf) voor de jaren 2008 en 2009 berekend. Er heeft hierbij opschatting naar het totaal van de verzekerdenpopulatie plaatsgevonden.

*Omzetontwikkeling klinisch en ambulant gebudgetteerde aanbieders*

Bron: NZa

Gebuurkte data: : de gerealiseerde productie zoals opgenomen in het nacalculatieformulier (incl. niet-gehonoreerde overproductie).  
Methode: Onder de ambulante GGZ vallen alle gerealiseerde productie voor behandelingen en deeltijdbehandeling (zie beleidsregel 'extramurale zorg GGZ Zvw' met kenmerk CU-5035). Onder de klinisch GGZ vallen de productieafspraken voor verblijfsdagen en de verblijfskosten (zie beleidsregel 'intramurale GGZ Zvw: loon- en materiële kosten' met kenmerk CU-5036).

*Aantal bezette bedden per deelmarkt*

Bron: NZa

Gebuurkte data: productieafspraken 2008 tot en met 2011  
Methode: Gebudgetteerde aanbieders dienen jaarlijks bij de NZa in het budgetformulier hun productieafspraken voor het komende jaar in. Onderdeel van deze afspraken vormen het aantal bedden. Voor het maken van afspraken over bedden hebben aanbieders een toelating van het CIBG nodig. Aanbieders kunnen afspraken maken over het aantal bezette bedden en het aantal niet bezette bedden. Voor het aantal bezette bedden wordt een vaste vergoeding per bed bestaande uit loon- en materiële kosten in het budget opgenomen. Daarnaast wordt voor energiekosten, onroerend zaakbelasting en milieuheffing een bedrag in het budget opgenomen per normatieve vierkante meter. Voor een niet-bezet bed krijgt de aanbieder uitsluitend een vergoeding voor het aantal vierkante meters. Er vindt geen nacalculatie plaats op het aantal bedden.

*Indexcijfer behandelingen gebudgetteerde instellingen per deelmarkt + indexcijfer behandelingen/deeltijdbehandelingen*

Bron: NZa

Gebuurkte data: de gerealiseerde productie zoals opgenomen in het nacalculatieformulier (incl. niet-gehonoreerde overproductie).  
Methode: Toeslagen voor contacten buiten de instelling zijn niet meegenomen bij het berekenen van het volume van het aantal behandelingen.



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E.I. Schippers, minister  
Postbus 20350  
2500 EJ 'G-RAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 0900 7707070  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
HLIK/djon/GGZ

**Telefoonnummer**  
0900 770 7070

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
11D0057624

**Onderwerp**  
Beleidsbrief Marktscan geestelijke gezondheidszorg

**Datum**  
22 december 2011

Geachte mevrouw de Minister,

Ook in 2011 brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) weer een marktscan uit over de ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In deze scan is ervoor gekozen om in te gaan op de ontwikkelingen in de curatieve GGZ en de intramurale, langdurende GGZ. Andere onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de extramurale AWBZ-gefinancierde GGZ en de forensische zorg krijgen aandacht in separate marktscans. De marktscan forensische zorg verschijnt naar verwachting in april 2012.

Om het beleid te kunnen baseren op feiten moeten de gegevens aan hoge kwaliteitseisen voldoen. De kwaliteit wordt getoetst aan de criteria juistheid, volledigheid en tijdigheid. Vooral wat betreft de tijdigheid van gegevens kan de datavoorziening nog verbeterd worden. De NZa onderneemt zelf stappen om de kwaliteit en handhaafbaarheid van de gegevens te verbeteren die worden aangeleverd via de Minimale Data Set (MDS). Het meest zichtbare gevolg is dat de NZa kwaliteitscriteria voor de MDS zal opnemen in de beleidsregels voor informatielevering. Samen met DIS zal de NZa vervolgens toezien op naleving van de regels en waar nodig overgaan tot handhaving.

In de marktscan gaat de NZa in op de ontwikkelingen met betrekking tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ. Ook wordt aandacht besteed aan de marktstructuur en het marktgedrag. In deze brief trekt de NZa beleidsmatige conclusies op basis van de feiten uit de marktscan.

De NZa constateert in het algemeen een spanning tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid. Beide publieke belangen in evenwicht houden is volgens de NZa niet alleen een vraagstuk van de overheid, ook verzekeraars en zorgaanbieders spelen hierin een grote rol. Met name van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij verantwoordelijkheid nemen voor goede zorg tegen een redelijke prijs voor hun verzekerden. Daar waar nog onvoldoende randvoorwaarden bestaan, neemt de NZa haar wettelijke verantwoordelijkheid om zowel de betaalbaarheid als

toegankelijkheid te waarborgen. Zo onderneemt de NZa initiatieven om onbedoelde prikkels in de bekostiging weg te nemen en meer doelmatigheid te stimuleren.

Kenmerk  
11D0057624

Pagina  
2 van 8

## **Toegankelijkheid**

### *Groei van de zorgvraag*

De NZa constateert een grote groei in de geconsumeerde hoeveelheid geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het aantal cliënten steeg in 2009 in sterke mate. Dit geldt zowel voor de curatieve GGZ (bijna 9%) als de langdurige GGZ (10%). Bij de langdurige GGZ is met name een stijging in de GGZ-C pakketten zichtbaar.

De trend van een aanzienlijke stijging van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg sluit aan bij de ontwikkeling van de vraag in andere westerse landen. Vergeleken met de vraag naar somatische medisch specialistische zorg is de groei echter groter. De data waarover de NZa beschikt stellen haar niet in staat om dit verschil te verklaren. De NZa neemt zich voor om in de komende marktscan ggz nader in te gaan op de ontwikkeling van de vraag naar ggz in vergelijking met andere soorten van zorg.

Tegelijkertijd met de stijgende vraag is sprake van een grote dynamiek bij het zorgaanbod. Er zijn veel nieuwe toetreders. Hun aandeel in de omzet van de sector is evenwel nog bescheiden. Toetreding vindt plaats in verschillende segmenten van de GGZ, wat duidt op meer specialisatie van de aanbieders. De zorgaanbieders - niet alleen de toetreders - maken gebruik van nieuwe vormen van zorg, zoals e-health. De NZa beoordeelt deze ontwikkelingen als positief, omdat zij duiden op toename van de toegankelijkheid door meer cliëntgerichtheid (voorzien in specifieke zorgvragen) en lage toetredingsdrempels. Tenslotte is het aantal aanbieders op het terrein van de intramurale AWBZ-gefinancierde GGZ nagenoeg gelijk gebleven.

De toegenomen toegankelijkheid heeft een prijs. De kosten van de cGGZ nemen toe (zie onderstaande paragraaf over betaalbaarheid). Het is aan de minister om te bezien hoe de (groeierende) vraag naar geestelijke gezondheidszorg in goede banen is te leiden, waarbij verzekeraars, aanbieders en zorgvragers allen een belangrijke rol hebben. VWS heeft inmiddels voor 2012 maatregelen genomen om de vraag naar cGGZ te remmen, waaronder eigen bijdragen en beperking van de collectief verzekerde aanspraken. Waar nodig zal de NZa uitvoering geven aan maatregelen om de groei van de zorgvraag en daarmee de uitgaven te beheersen.

Met name de ontwikkeling van e-health toont de bovengenoemde twee kanten van de medaille. Aan de ene kant zorgt e-health voor een verlaging van de drempels om zorg te gebruiken, waardoor cliënten sneller en eenvoudiger de hulp van een zorgaanbieder kunnen inroepen. Het is eveneens goed mogelijk dat een behandeling via e-health goedkoper is dan een andere vorm. Aan de andere kant hangt met de vergrote toegankelijkheid een toename van het aantal zorgvragers samen.

*Verschuiving naar extramurale setting*

Uit de stijging van het aandeel ambulante zorg in de totaalomzet en de signalen die de NZa ontvangt over de overheveling van AWBZ naar Zvw blijkt dat extramuralisering een belangrijke trend is in de GGZ.

Aanbieders zijn in staat door andere behandelingen minder verblijf aan te bieden en mogelijk ook een kortere verblijfsduur per patiënt. Door deze ontwikkeling is het mogelijk voor patiënten om zo doelmatig mogelijk een behandeling te ontvangen in de setting die het best past bij hun zorgvraag. De NZa ziet dit als een positieve ontwikkeling, vooral omdat Nederland in vergelijking tot andere landen nog steeds een groot aanbod van klinische GGZ heeft. Overigens heeft de extramuralisering naar alle waarschijnlijkheid ook bijgedragen aan de groei van het aantal cliënten.

Kenmerk  
11D0057624  
Pagina  
3 van 8

De NZa heeft medio 2011 de beleidsregel Overheveling Budget GGZ AWBZ-Zvw vastgesteld. Hiermee kunnen instellingen middelen tussen de AWBZ en de Zvw verschuiven. Belangrijkste reden was dat instellingen in toenemende mate geld tekort bleken te komen bij initiatieven voor extramuralisering, terwijl zij geld overhielden op intramurale zorg. De maatregel heeft volgens de NZa naar tevredenheid gewerkt. Marktpartijen hebben in zeer korte tijd voor ongeveer 20 miljoen gebruik gemaakt van de regeling. Over een structurele oplossing voor de komende jaren brengt de NZa in 2012 een advies aan de Minister van VWS uit.

*Verplaatsen van zorg*

Om de toegankelijkheid van de cGGZ te waarborgen binnen de kaders die het Budgettair Kader Zorg (BKZ) stelt, is het gewenst dat zorgvragen niet onnodig duur behandeld worden. Dat betekent dat lichte, niet-complexe zorgvragen waar mogelijk buiten de specialistische GGZ behandeld moeten worden. Dit vereist een bekostiging die op dit uitgangspunt is toegesneden. De NZa brengt daarover begin 2012 een advies uit. In dit advies over de Basis GGZ staan twee maatregelen centraal om de GGZ-basiszorg (triage/screening, diagnostiek, behandeling/ondersteuning bij klachten, eventueel verwijzing) te versterken: het versterken en flexibiliseren van de GGZ-ondersteuning, en het separaat declareerbaar maken van diagnostiek op aanvraag. Daarnaast adviseert de NZa om de huidige bekostigingssystemen van generalistische GGZ (behandeling van licht tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-ziektes) te vervangen door één uniforme bekostiging.

*De langdurige zorg wordt anders georganiseerd*

De overheid is voornemens de langdurige GGZ-zorg in de komende jaren anders te organiseren om de toegankelijkheid (en betaalbaarheid) binnen de kaders van het BKZ te kunnen blijven garanderen. Onderdelen van de AWBZ worden gedecentraliseerd naar de gemeenten. De extramurale begeleiding en de jeugd-ggz worden overgeheveld naar de gemeenten. Hierdoor kan de ondersteuning meer op maat worden geboden, dicht bij de cliënt en beter worden afgestemd op diens behoeften en lokale mogelijkheden. Met de decentralisatie wordt een efficiencyvoordeel gerealiseerd dat bijdraagt aan een doelmatiger besteding van collectieve middelen en beheersing van de uitgavengroei.

De zorgkantoren worden opgeheven en de uitvoering van de AWBZ wordt in handen gelegd van verzekeraars. Daarnaast worden stappen gezet om wonen en zorg van elkaar te scheiden.

Kenmerk  
11D0057624

Pagina  
4 van 8

## **Betaalbaarheid**

### *Ontwikkelingen in volume en prijs*

De NZa constateert als belangrijkste ontwikkeling de omvangrijke groei van de uitgaven. De groei van de uitgaven is zoals ook uit voorgaande blijkt met name te wijten aan een grote groei van de vraag naar cGGZ. Dat de oorzaak van de macro-uitgaven vooral te zoeken is in de toename van het zorgvolume (zorgvraag) blijkt ook uit de prijsontwikkeling van de vrijgevestigde zorgaanbieders. Zowel voor de eerste lijn als voor de tweedelijnszorg is de maximale hoogte stabiel, bij een licht toenemend tarief bij de laagste prijzen. De NZa concludeert uit deze ontwikkeling dat er sprake is van stabiele prijzen voor de cGGZ die door vrijgevestigde zorgaanbieders wordt geleverd. Daarbij moet worden opgemerkt dat voor de cGGZ maximum-tarieven gelden.

### *Zorginkoop door zorgverzekeraars*

Om de GGZ in de nabije toekomst betaalbaar te houden is het zaak dat zorgverzekeraars doelmatige zorg inkopen. Om dit te bevorderen moeten de prikkels voor zorgverzekeraars geoptimaliseerd worden door het afbouwen van de ex post risicoverevening. Voor 2012 hebben het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bovendien de afspraak gemaakt dat de leden van ZN hun inkoop van de cGGZ aanscherpen en daarmee € 54 miljoen minder uitgeven. Dit gaan de zorgverzekeraars doen door het opvoeren van de contracteergraad, volumeafspraken met vrijgevestigden, verlaging van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg en een beperking van de groei van de productieafspraken met instellingen. De NZa volgt deze ontwikkelingen bij het ontvangen van productieafspraken (maart/april 2012) en in haar monitoringsactiviteiten. Overigens ziet de NZa ook bij de gebudgetteerde instellingen de noodzaak om de zorginkoop te verscherpen. Ook in dat deel van de GGZ neemt het (ambulante) zorgvolume nog steeds toe. Omdat door de gebudgetteerde instellingen het grootste deel van de totale kosten wordt gemaakt, is juist scherpe inkoop voor deze zorg van belang.

Binnen de langdurige GGZ is de Uitvoering AWBZ door verzekeraars een belangrijk speerpunt. In 2013 zullen verzekeraars de AWBZ collectief uitvoeren op basis van een representatiemodel. De NZa zal de regelgeving hiervoor aanpassen. Naast Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onderzoekt de NZa welke aanvullende stappen nodig zijn binnen de prestatiebekostiging om de financiering van de zorg te koppelen aan het resultaat van de zorg voor de cliënt. In een gewijzigde markt met minder regeldruk en meer ruimte voor zorgaanbieders is een goed zicht op de ontwikkeling van de markt essentieel. De NZa zal in de komende jaren dan ook blijven investeren in monitoring van de GGZ.

### *Indirecte tijd*

De NZa ziet een toename van de indirecte tijd, zowel bij de niet- als wel gebudgetteerde instellingen. De hoeveelheid indirecte tijd is in absolute zin wel veel lager bij niet-gebudgetteerde instellingen. Dit kan ook verklaard worden doordat toetreders lichtere stoornissen behandelen.

De NZa zal niet zelf de indirecte tijd normeren om de betaalbaarheid te bevorderen. Het is namelijk niet goed mogelijk om vanuit het oogpunt van doelmatige zorg generiek de hoeveelheid noodzakelijke indirecte tijd vast te stellen. Voor verzekeraars is dit aspect wel relevant bij hun zorginkoop. De DIS-data uit deze marktscan bieden hiervoor aanknopingspunten.

Kenmerk  
11D0057624

Pagina  
5 van 8

#### *Upcoding en downcoding*

De NZa constateert een stijging van het aantal declaraties van een DBC die zijn gesloten net na een tijdgrens, met name bij niet-gebudgetteerde instellingen. Dergelijke declaratiepatronen kunnen duiden op strategisch declaratiegedrag (zoals up- en downcoding).

De NZa ziet hier een taak voor zorgverzekeraars om de juiste zorg tegen de juiste prijs in te kopen. Zij kunnen immers specifiekere dan de NZa beoordelen in welke mate de geleverde zorg doelmatig is ingezet. Hierbij is het ook van belang dat de zorgverzekeraars voldoende financiële prikkels ervaren zodat zij deze taak uitvoeren. Vanwege de mogelijke verkeerde prikkels zal de NZa aan DBC-O verzoeken om een analyse te maken van de tijdsklassen. Hiertoe zal de NZa ook de marktscan verstrekken aan DBC-O.

#### *Tariefonderbouwing*

Om de GGZ ook in de toekomst betaalbaar te houden, zal de NZa bij nieuwe tariefonderbouwingen in de GGZ nadrukkelijk kijken naar manieren waarop de efficiëntie van afhandeling van zorgvragen wordt gestimuleerd, zowel in tijd als in kosten.

#### **Transparantie van kwaliteit**

Eerder in 2011 heeft de NZa de transparantie van kwaliteit nader onderzocht. De bevindingen zijn onder andere opgenomen in het Implementatieplan cGGZ. De algehele conclusie is dat de transparantie kan verbeteren, als de doelstellingen voor met name de ROM-metingen worden gehaald. De NZa ziet geen reden om zelf informatieverplichtingen op te leggen. De verbetering van de transparantie is met name een zaak van marktpartijen zelf, gezien de beschikbaarheid van informatie. Dat betekent ook dat de groei in de toepassing van ROM in de behandelpraktijk gelijke tred houdt met de aanlevering van gegevens voor de benchmarking van de prestaties van zorgaanbieders. Het is nodig dat marktpartijen zich blijven inzetten om de verwachtingen waar te maken.

#### **Financiële positie zorgaanbieders**

De NZa heeft in november 2011 een Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ aan VWS voorgelegd. Uitgangspunt is dat per 1 januari 2013 prestatiebekostiging voor de cGGZ wordt ingevoerd. Voor de continuïteit van zorg is het van belang dat gemiddelde aanbieders in staat zijn financiële fluctuaties op te vangen. De NZa vindt het dan ook positief dat de financiële positie van aanbieders solide is (gebleven) sinds de overheveling van de cGGZ van de AWBZ naar de Zvw. Dit geeft vertrouwen in de aanloop naar prestatiebekostiging.

Belangrijk in dit verband is dat de liquiditeitspositie van instellingen in de cGGZ geborgd is door afspraken tussen marktpartijen over bevoorschotting. Dit heeft ook een positief effect op de

verrekenpercentages die worden afgesproken. Ongeveer 75% van de instellingen werkt in 2011 met een verrekenpercentage van 0%.

Kenmerk  
11D0057624

De NZa merkt ook op dat ondanks de overdekking in DBC's er weinig problemen ontstaan voor zorgaanbieders in hun bedrijfsvoering. Ook dit is bemoedigend, omdat de verzekeraar en aanbieder gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor goede afspraken over de te leveren productie. Dit zal nog belangrijker worden bij een bekostiging louter op basis van DBC's. In de aanloop naar een definitief besluit over de invoering van prestatiebekostiging voorziet de NZa het ministerie van VWS van informatie en achtergronden van de overdekking in DBC's.

Pagina  
6 van 8

Voor 2012 heeft de NZa inmiddels voor instellingen de mogelijkheid geschapen om zich alleen in DBC's te verantwoorden. Instemming van de zorgverzekeraar is daarvoor een vereiste. In maart/april 2012 heeft de NZa een eerste beeld van het aantal instellingen dat hiertoe overgaat.

Voor de vrijgevestigde zorgaanbieders geldt per 2011 een nieuwe beleidsregel waarin is vastgelegd dat het primaat over afspraken over bevoorschotting bij marktpartijen zelf ligt. Uit de marktscan blijkt dat in 2011 weinig nieuwe aanvragen zijn gedaan voor bevoorschotting. De NZa ontvangt van vrijgevestigde aanbieders weinig signalen over problemen rondom bevoorschotting. De NZa ziet dan ook geen reden haar beleidsregels over dit onderwerp aan te passen.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

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