

**Marktscan en beleidsbrief**

# **Geestelijke gezondheidszorg 2014**

Deel B

juni 2015



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Financiële positie ggz instellingen</b>	<b>11</b>
1.1 Jaarrekeningen-problematiek curatieve ggz	11
1.2 Concernselectie en indeling	12
1.3 Financiële kengetallen	13
1.3.1 Rentabiliteit ten opzichte van de omzet (winstmarge)	13
1.3.2 Solvabiliteit	16
1.3.3 Weerstandsvermogen	18
1.3.4 Liquiditeit	19
<b>2. Contractering Zvw ggz 2015</b>	<b>21</b>
2.1 Inleiding	21
2.2 Analyse contracten 2015	22
2.2.1 Wie kopen waar op welke manier in?	22
2.2.2 Omzet- en prijsplafonds	23
2.2.3 Prijzen	25
2.2.4 Selectieve inkoop	26
2.2.4.1 Organisatie acute ggz-keten	26
2.2.4.2 Organisatie niet-acute ggz-keten	26
2.2.4.3 Klinische afbouw	27
2.2.4.4 Selectieve inkoop op stoornisniveau	28
2.2.5 Transparantie van kwaliteit	29
2.2.6 Hoofdbehandelaarschap	29
2.2.7 Monitoring & Controle	32
2.2.8 Duur van het contract	32
2.2.9 Afwikkeling van het contract	32
2.3 Nieuwe aanbieders	33
2.4 Inkoop vrijgevestigden	33
2.5 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	34
2.6 Signalen contractering	34
<b>3. Kwaliteit</b>	<b>37</b>
3.1 Routine Outcome Monitoring	37
3.1.1 Inleiding	37
3.1.2 ROM-respons	38
3.1.3 Effectrapportages in BRaM	40
3.1.4 Casemix correctie	41
3.1.5 Gebruik van verschillende ROM-vragenlijsten	41
3.2 Prestatie-indicatoren	43
3.2.1 Totstandkoming prestatie-indicatorenset	43
3.2.2 Inhoud prestatie-indicatorenset	44
3.2.3 Gebruik van de indicatoren	45
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>47</b>
4.1 Signalen	47
4.2 Privacyregeling ggz (opt-out regeling)	49
4.3 Upcoding DBC's rond tijdsgrenzen	50
4.4 Onderzoek onregelmatigheden DIS data	53
4.5 Bemoeizorg en de eigen bijdrage 2012	54
4.6 Toezichtsacties NZa in 2013 en 2014	55
<b>5. Verdiepend onderzoek wachttijden DIS</b>	<b>57</b>
5.1 Wachttijden: definities en normen	57
5.2 Wachttijden afleiden uit DBC's	58

5.3	Factoren die samenhangen met wachttijd	59
5.3.1	Wachttijden per diagnosegroep	59
5.3.2	Verband tussen behandelwachttijd en behandelduur	60
5.3.3	Geen grote verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars	61
5.3.4	Geen verband tussen wachttijd en mate van verstedelijking	62
5.4	Actualiteit van de DIS wachttijden	62
<b>6.</b>	<b>Langdurig zorggebruik in de curatieve ggz</b>	<b>65</b>
6.1	Inleiding	65
6.2	Meerjarig zorggebruik in de tweedelijns-ggz	66
6.3	Diagnoseverdeling binnen de meerjarige ggz groep	67
6.4	Behandelduur binnen een DBC-zorgtraject	67
6.5	Hoe lang is een patiënt al bekend in de ggz?	69
6.6	Conclusie meerjarig zorggebruik in de tweedelijns-ggz	69
	<b>Bijlage 1. Bronnen en methoden</b>	<b>71</b>
	<b>Bijlage 2. ROM-uitkomst in klinisch relevante categorieën</b>	<b>79</b>
	<b>Beleidsbrief</b>	<b>81</b>

## Vooraf

Voor u ligt de Marktscan Geestelijke gezondheidszorg 2014 deel B. Deze marktscan geeft de stand van zaken op deze markt. Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op een gestructureerde manier invulling geven aan haar taken als regelgever, toezichthouder en adviseur.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd over de ontwikkeling van de markt voor geestelijke gezondheidszorg (ggz). De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op een zestal uiteenlopende onderwerpen waaronder de Zvw contractering 2015 en de financiële positie van aanbieders. Deze marktscan dient in samenhang met deel A te worden gezien.

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.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

De NZa heeft een update van de marktscan geestelijke gezondheidszorg (ggz) gemaakt. Het doel van de marktscan is om een beeld van de ggz zorgmarkt te schetsen over de jaren 2009 tot 2014, met de focus op meer recente jaren (2012-2014, voor zover data beschikbaar is). De marktscan is gesplitst in twee delen: In deel A (reeds gepubliceerd in november 2014) lag de focus op de betaalbaarheid en de fysieke toegankelijkheid (wachttijden). Deze scan (deel B) gaat onder meer in op de zorginkoop in de Zvw en de (transparantie van) de kwaliteit van zorg.

### *Financiële positie en jaarrekeningenproblematiek*

De scan begint met een analyse van de financiële positie van ggz-instellingen voor de jaren 2012-2013. 2013 was het eerste jaar waarop aanbieders ook werden bekostigd op DBC's. Het bleek dat accountants bij het opstellen van de jaarrekening over 2013 bij aanbieders van curatieve ggz over het algemeen geen goedkeurende verklaring konden afgeven, omdat de onzekerheid over de DBC-gerelateerde omzet te groot werd geacht. Ook kwamen hierdoor de jaarrekeningen 2013 pas laat in het jaar beschikbaar. In de loop van 2014 hebben de betrokken partijen met elkaar gesproken en eind 2014 een plan van aanpak opgesteld. Het plan bevat procedures en uniforme afspraken die gevolgd dienen te worden om tot een goed onderbouwde jaarrekening 2014 te komen.

Uit analyse van de gedeponeerde jaarrekeningen (met dus in veel gevallen een verklaring met beperking) blijkt dat de gemiddelde winstmarge (resultaat als percentage van de omzet) circa 1% is. Als we naar verschillende groepen aanbieders kijken, valt op dat de winstmarge van grote geïntegreerde ggz-instellingen in 2012 al relatief laag was, te weten 1,3% en dat deze in 2013 verder daalt naar 0,7%. Wat ook opvalt is de sterke financiële positie van instellingen voor Beschermd wonen, waarbij wordt opgemerkt dat de winstmarge in 2013 gedaald is van 4,4% naar 2,3%.

### *Contractering Zvw*

Hoofdstuk twee bevat een analyse van de zorginkoop in de Zvw door afzonderlijke zorgverzekeraars. Hierbij zijn contracten opgevraagd en geanalyseerd. De focus in deze scan ligt op de (grotere) instellingen, omdat we weten dat circa 60% van de totale ggz uitgaven (Zvw en AWBZ gecombineerd) geconcentreerd is bij 37 instellingen. Door de contractering hier gedetailleerd in beeld te brengen hebben we een groot deel van het zorgvolume gedekt. De contractering van vrijgevestigden komt beperkt aan bod (analyse zorginkoopbeleiddocumenten en voorbeeldcontracten).

De opgevraagde contracten van deze grotere instellingen laten zien dat er ruimte is voor maatwerk, in de vorm van addenda waarin wordt afgeweken van de standaardcontracten/modelovereenkomsten die verzekeraars hebben opgesteld.

Wat ook opvalt bij de contract-analyse is dat via constructies als 'uitvoerend hoofdbehandelaarschap' of via 'multi-disciplinair overleg' vrijwel alle beroepen op de Schippers-lijst (9 beroepen) hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde ggz (g-ggz) kunnen zijn in 2015. Dit geldt echter alleen voor instellingen: voor vrije beroepsbeoefenaren geldt dat voor de g-ggz alleen de psychiater, psychotherapeut en klinisch psycholoog hoofdbehandelaar mogen zijn.

Uit de vorige marktscan weten we dat in 2014 circa 97% van de ggz-omzet onder een omzetplafond viel. De opgevraagde contracten voor 2014 en 2015 bevestigen dit beeld. Verzekeraars hanteren naast het omzetplafond aanvullende contractuele instrumenten om te bewerkstelligen dat tenminste evenveel patiënten tegen hetzelfde bedrag worden geholpen als in het verleden. Hiervoor dient het prijsplafond: dit is gebaseerd op de gemiddelde DBC-kosten per patiënt van de instelling uit voorgaande jaren. Wanneer er gemiddeld meer tijd geschreven wordt per patiënt, of DBC's gemiddeld vaker in een hogere tijdsklasse uitkomen, dan zou dit zonder prijsplafond leiden tot hogere kosten per patiënt, waardoor er minder patiënten binnen het omzetplafond behandeld kunnen worden.

De meeste zorgverzekeraars gebruiken prijsopslagen om aanvullende eisen aan zorgaanbieders te stellen/gewenst gedrag te stimuleren. Er geldt bijvoorbeeld een hogere prijs wanneer een aanbieder met zorgpaden werkt, de CQ-index meet en de uitkomst hiervan met de verzekeraar deelt, of wanneer deze een bepaalde hoeveelheid klinische afbouw realiseert. Hierbij wordt gestart met circa 80-85% van het maximum tarief per DBC. Als de verzekeraar dit percentage te laag zet, loopt hij het risico dat er aanbieders zullen zijn die onvoldoende prikkel ervaren om een contract af te sluiten. Deze prikkel wordt mede bepaald door de vergoedingen die gelden voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vergoedingen verschillen per polis, en variëren van 50% van een "marktconform tarief" (het gemiddelde van de door de verzekeraar gecontracteerde prijzen voor die prestatie) tot 100% van het NZa maximumtarief. Een kenmerk van niet-gecontracteerde zorg is dat deze uitgaven niet beheerst zijn door de zorgverzekeraar. Een belangrijk onderdeel van de contracten is een clause waarmee de aanbieder afziet van het declareren van zorg op restitutie-basis buiten het plafond. Dit is ingegeven vanuit het oogpunt van landelijke kostenbeheersing, maar nadelig voor verzekerden met een restitutiepolis die alsnog het risico lopen om niet bij de voorkeursaanbieder terecht te kunnen wanneer deze het plafond heeft bereikt.

Voor het eerst is er per 2015 in de ggz sprake van selectieve inkoop waarbij voor specifieke doelgroepen bepaalde zorgaanbieders worden geselecteerd en anderen uitgesloten. CZ doet dit op basis van eigen kwaliteitsbenchmarks voor ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen. VGZ doet dit voor lichte angst-, depressie- en eetstoornissen, maar beperkt zicht tot een drietal polissen (waarvan er twee door de NZa als "budgetpolis" zijn aangemerkt in de marktscan zorgverzekeringmarkt 2014). Voor patiënten met deze polissen bestaat het gecontracteerde zorgaanbod bij VGZ voor de eerder genoemde stoornissen uit twee landelijk opererende aanbieders. Deze aanbieders kunnen deze patiënten wel doorverwijzen naar andere aanbieders mocht dit nodig zijn.

#### *Stand van zaken rond transparante kwaliteitsinformatie*

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkelingen rond de twee initiatieven in de ggz met betrekking tot het meten van kwaliteit: het meten van behandelresultaten met Routine Outcome Monitoring (ROM) en het meten van de prestaties van aanbieders door middel van prestatie-indicatoren. Hierbij is zichtbaar dat deze twee initiatieven langzaam naar elkaar toegroeien. Zo bevatten de prestatie-indicatoren al een aantal indicatoren die van ROM-metingen zijn af te leiden, en zal Stichting Benchmark GGZ, die al het centrale punt vormt in de ROM-gegevensverzameling, per 2015 ook de prestatie-indicatoren gaan verzamelen. Een andere ontwikkeling is het ontstaan van Zorginstituut Nederland (ZiNL). Het ZiNL speelt inmiddels een zichtbare rol in het proces van het beschikbaar komen van openbare kwaliteitsinformatie. Met betrekking



tot het gebruik van de tot dusver landelijk verzamelde kwaliteitsinformatie (de prestatieindicatoren, zoals cliëntervaringen gemeten met de CQ-index) is de conclusie dat deze informatie niet is ontsloten om als keuze-informatie voor patiënten te kunnen dienen. Ook hebben de indicatorscores geen zichtbare financiële impact in de zorginkoop. Zo is de kwaliteitsbenchmark van CZ gebaseerd op een eigen uitvraag. Een belangrijke stap die bij ROM nog gezet moet worden is het zogeheten "casemixen" waarbij de behandelresultaten vergelijkbaar worden gemaakt door rekening te houden met verschillen in patiëntpopulatie.

#### *Marktgedrag*

In het hoofdstuk Marktgedrag ligt de nadruk op gedragingen van zorgaanbieders en/of verzekeraars. Het bevat een analyse van de signalen die bij de NZa zijn binnen gekomen in 2014 en betrekking hebben op de ggz. Dit betreft diverse onderwerpen, waaronder bijvoorbeeld signalen over hoge tarieven in relatie tot de door de patiënt ervaren bestede tijd. Ook wordt er aandacht besteed aan de privacyregeling van de NZa, waarbij patiënten en zorgverleners samen kunnen aangeven richting verzekeraar dat ze niet willen dat de diagnose op de factuur wordt vermeld. De NZa heeft een aparte uitvraag onder zorgverzekeraars gedaan om een indruk te krijgen van het feitelijk gebruik van deze regeling. Het blijkt dat bij circa 0,1% van alle DBC-declaraties in 2014 een beroep wordt gedaan op deze privacyregeling. Uit een grove inschatting volgt dat dit landelijk om circa 1000 patiënten gaat.

Net als in vorige marktscans wordt ook weer de zogeheten 'upcoding rond de DBC-tijdsgrenzen' zichtbaar gemaakt. Omdat in 2013 DBC-prestatiebekostiging is ingevoerd, kan het voor instellingen die voorheen gebudgetteerd waren ook financieel aantrekkelijk worden om te upcoden. Daarom is specifieke aandacht aan deze groep besteed. Het blijkt dat ook onder (voormalig) gebudgetteerde instellingen upcoding plaats vond in de periode 2011- 2013, zij het op beperkte schaal (circa 1% van alle DBC's die hiervoor in aanmerking komen). Hier lijkt niet direct een link met de invoering van prestatiebekostiging in 2013 te liggen. Een factor die hier mogelijk meespeelt is het feit dat voormalig gebudgetteerde instellingen een vangnet hadden in de vorm van een verrekenbedrag. Dit bedroeg in het algemeen circa 70% van het verschil tussen de DBC-afspraken en de budget-afspraken over 2013.

Ten slotte bevat het hoofdstuk een samenvatting van de onregelmatigheidsanalyses die in het kader van het fraudeonderzoek van de NZa zijn uitgevoerd, inclusief een aanvullende analyse over bemoeizorg.

#### *Verdiepend onderzoek wachttijden*

In de Marktscan 2014 deel A zijn voor de ggz voor het eerst wachttijden vanuit individuele DBC-zorgtrajecten berekend. Doordat er op het niveau van individuele DBC's wachttijden beschikbaar zijn, is het mogelijk om verdiepend kwantitatief onderzoek te doen naar factoren die samenhangen met korte of lange wachttijden. Dit onderzoek heeft de NZa in de afgelopen maanden uitgevoerd, en wordt als bijlage bij deze marktscan gepubliceerd. Hoofdstuk 5 bevat een samenvatting van de belangrijkste resultaten. Het blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in wachttijd wanneer wordt gekeken naar de hoofddiagnose: Zo varieert de aanmeldwachttijd van 3 tot 10 weken, afhankelijk van de hoofddiagnose. Ook is onderzocht hoe lang het duurt voordat de gegevens in DIS een getrouw beeld geven van de landelijk gemiddelde wachttijd op een bepaald moment. Dit blijkt pas na 1,5 jaar te stabiliseren. Het is dus

lastig om op basis van de DIS een actueel beeld van de wachttijd te verkrijgen.

*Langdurig ggz-gebruik in de Zvw*

De scan eindigt met een hoofdstuk over langdurig ggz-zorggebruik in de Zvw. Uit eerder onderzoek blijkt dat er een grote groep mensen is die langdurig gebruik maakt van de ggz, deze groep is echter niet duidelijk zichtbaar in de productstructuur. Omdat patiënten van aanbieder wisselen, een andere hoofddiagnose krijgen, of van verzekeraar wisselen, ontstaat er al snel een gefragmenteerd beeld. Uit hoofdstuk 6 blijkt bijvoorbeeld dat circa 1 op de 4 volwassen ggz-patiënten vier jaar achtereenvolgend gebruik heeft gemaakt van de tweedelijns ggz. Dit gaat om circa 150.000 patiënten.

## 1. Financiële positie ggz instellingen

Dit hoofdstuk bevat een analyse van de financiële positie van ggz instellingen voor de jaren 2012-2013. De vrijgevestigde solo/ groepspraktijken zijn niet meegenomen in deze analyse.

### *Belangrijkste bevindingen:*

- De overstap in 2013 van budget naar bekostiging op DBC's heeft geleid tot onzekerheid over de DBC-opbrengsten in de jaarrekening.
- De winstmarge van geïntegreerde ggz instellingen daalt in 2013 verder van 1,2% naar 0,7%.
- De winstmarge van ambulante ggz instellingen daalt in 2013 van 4,1% naar 3,4%.
- De RIBW's, die een sterke financiële positie hebben opgebouwd, laten een daling van de winstmarge zien in 2013 van 4,4% naar 2,3%.
- Gemiddeld genomen voldoet de sector aan de minimale eisen voor de solvabiliteit (15%) en liquiditeit (100%).
- Er zijn grote verschillen zichtbaar in de kengetallen, met name bij kleine instellingen (< 1 mln omzet en/of balans).
- Grotere concerns hebben gemiddeld een hoger weerstandsvermogen.

### 1.1 Jaarrekeningen-problematiek curatieve ggz

De financiële positie is gebaseerd op de gedeponeerde jaarrekeningen van ggz-instellingen. Met de overgang op 1 januari 2013 naar prestatiebekostiging op basis van DBC's zijn er problemen ontstaan met betrekking tot de DBC-omzetbepaling in de jaarrekening. De zorgaanbieder moet voor de jaarrekening over 2013 de omzet inschatten van DBC prestaties die nog niet afgesloten en/of gefactureerd zijn. Hierbij bestaat het risico dat een DBC ná opstellen van de jaarrekening geheel of gedeeltelijk wordt afgekeurd door de zorgverzekeraar omdat deze niet aan een van de regels voldoet.

Op het moment van schrijven van deze marktscan (Eerste kwartaal 2015) hebben vrijwel alle ggz-aanbieders de jaarrekening over 2013 gepubliceerd. De deadline hiervoor was verschoven van 1 juni 2014, naar uiteindelijk 15 december 2014. Uiteindelijk hebben de meeste c-ggz aanbieders voor 2013 een verklaring met beperking gekregen en zijn inmiddels vrijwel alle jaarrekeningen 2013 gedeponeerde (en daarmee definitief).

In de loop van 2014 hebben GGZ Nederland, Platform Meer GGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) met elkaar gesproken om tot een plan te komen. Onder voorzitterschap van VWS heeft dit uiteindelijk geleid tot een plan van aanpak.<sup>1</sup> Afhankelijk van het succesvol doorlopen van de procedures in dit plan kunnen instellingen voor 1 december 2015 hun jaarrekening 2014 deponeren.<sup>2</sup> Het schadelastjaar 2013 is onderdeel van het zelfonderzoek dat instellingen uitvoeren, en waarvan de uitkomsten vervolgens van invloed kunnen zijn op de jaarrekening 2014.

<sup>1</sup> Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32, 1 december 2014.

<sup>2</sup> Dit was eerst 1 juni 2015, maar de Minister heeft inmiddels uitstel verleend tot 1 december 2015.

## 1.2 Concernselectie en indeling

In de Marktscan ggz deel A, Hoofdstuk 3 zagen we dat er circa 500 concerns actief zijn in de ggz. Een groot deel hiervan levert verantwoordinggegevens over onderwerpen op het gebied van bestuur, bedrijfsvoering, personeel en productie aan het digiMV (zie ook jaarverslagengzorg.nl). Het DigiMV bestand 2013 (versie februari 2015) bevat 387 concerns die aangeven ggz te leveren. Hiervan geven 92 concerns aan van de beperkte jaarverantwoording gebruik te maken, dit betekent dat er geen financiële kengetallen beschikbaar zijn.

Bij de selectie van ggz-concerns in dit hoofdstuk laten we de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en de Psychiatrische Universitaire Kliniek (PUK) buiten beschouwing. De financiële cijfers van een PAAZ en PUK maken integraal onderdeel uit van het ziekenhuis en hebben dus voor het merendeel betrekking op de financiële positie van het ziekenhuis.

Na schoning van 4 concerns wegens onjuiste gegevens (zie ook de Bronnen en methoden), blijven er tenslotte 291 concerns in de analyse.

Bij de concernindeling sluiten we aan bij de indeling uit de Marktscan ggz 2014 deel A (paragraaf 3.1) (onderscheid naar wel/geen klinische ggz), en breiden deze uit met drie specifieke groepen aanbieders, de Regionale Instellingen voor Beschermd en begeleid wonen (RIBW's), aanbieders van dagbesteding en de maatschappelijke opvang/vrouwenopvang (MO/VO). Informatie uit het DigiMV is gebruikt om aanbieders te classificeren (Zie bronnen en methoden voor een beschrijving van de gevolgde procedure om concerns te classificeren).

De volgende ggz aanbieder categorieën worden onderscheiden:

- Ambulante ggz alleen Zvw
- Klinische ggz met/zonder ambulante ggz
- Instellingen voor beschermd/begeleid wonen (RIBW's)
- ggz dagbesteding
- Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang
- Restgroep: Breed activiteitenprofiel, primair GHZ of VVT, of geen informatie over activiteitenprofiel
- PAAZ/PUK ziekenhuispsychiatrie (buiten de analyse gehouden)

Een Excel bestand met voor deze concerns de financiële kengetallen en aanbieder-categorie vormt onderdeel van deze Marktscan.

Tabel 1.1 geeft aan hoeveel omzet er binnen elke groep is verantwoord in het DigiMV:

**Tabel 1.1 Aantal en omzet per concern-categorie**

Concern-categorie	Aantal concerns	Omzet 2013 (mln euro)
Ambulante ggz alleen Zvw	106	451
Klinische ggz met/zonder ambulante ggz	61	3.930
Instellingen voor beschermd/begeleid wonen	17	1.181
ggz-dagbesteding	17	50
Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang	22	872
Overig/niet toe te wijzen	68	2.476
<b>Totaal</b>	<b>291</b>	<b>8.961</b>

Bron: digiMV

### 1.3 Financiële kengetallen

In onderstaande tabel zijn financiële kengetallen weergegeven voor de periode 2012-2013. Het betreft hier gewogen gemiddeldes. In de laatste kolom is de berekeningswijze van het kengetal vermeld.

**Tabel 1.2 Financiële kengetallen 2012-2013**

Indicator	2012	2013	Berekeningswijze
Aantal concerns in analyse	291	291	
Rentabiliteit t.o.v. omzet (winstmarge)	2,1%	1,2%	Resultaat / totale opbrengsten
Solvabiliteit	24,5%	25,9%	Eigen vermogen / balanstotaal
Liquiditeit	111%	120%	Vlottende activa / kortlopende schulden
Rentabiliteit t.o.v. balans	2,7%	1,6%	Resultaat / balanstotaal
Weerstandsvermogen	19,3%	20,3%	Eigen vermogen / totale opbrengsten

Bron: digiMV

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

Hiervoor gebruiken we boxplots waarbij we de mediaan (middelste waarde) en spreiding binnen de groep weergeven. De 'box' wordt gevormd door het eerste kwartiel en het derde kwartiel. Hierbinnen liggen 50% van alle waarnemingen. Uitbijters (waarnemingen die ver van de mediaan liggen) zijn als losse punten weergegeven.

#### 1.3.1 Rentabiliteit ten opzichte van de omzet (winstmarge)

De winstmarge (hier ook rentabiliteit ten opzichte van de omzet genoemd) is gedefinieerd als het netto **resultaat** gedeeld door de **omzet**. De gewogen gemiddelde rentabiliteit lijkt af te nemen. We bekijken het gemiddelde en de spreiding van de rentabiliteit in 2013 nader aan de hand van verschillende aanbieder-groepen.

Uit Tabel 1.2 bleek dat de winstmarge over het geheel genomen is gedaald van 2,1% naar 1,2%. Wanneer we uitsplitsen naar de verschillende aanbieder-groepen (tabel 1.3) blijkt dat deze daling met

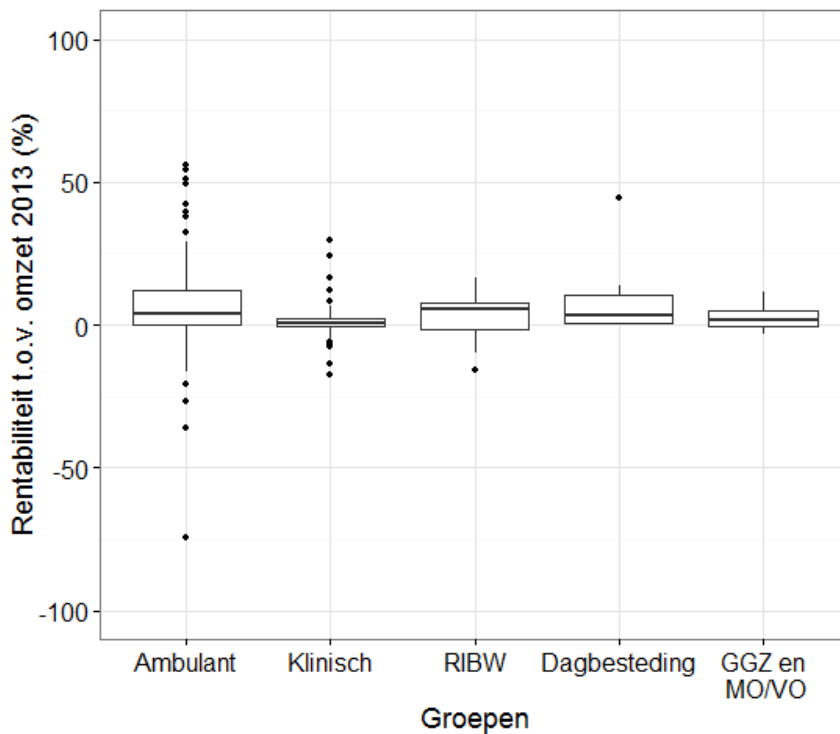
name wordt veroorzaakt door een daling van de winstmarge bij RIBW's en bij de groep 'overig' (hieronder vallen ook concerns die met name gehandicaptenzorg en ouderenzorg doen). De grote geïntegreerde ggz-concerns (die onder klinische ggz met/zonder ambulante ggz zijn geclassificeerd) laten een stabiele, lage winstmarge zien van circa 1%.

**Tabel 1.3 Winstmarge 2012 en 2013 per concern-categorie (omzetgewogen)**

Concern-categorie	Totale omzet 2013 (mln)	2012	2013
Ambulante ggz alleen Zvw	451	4,1%	3,4%
Klinische ggz met/zonder ambulante ggz	3.930	1,2%	0,7%
Instellingen voor beschermd/begeleid wonen	1.181	4,4%	2,3%
ggz-dagbesteding	50	4,4%	4,9%
Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang	872	1,9%	0,0%
Overig/niet toe te wijzen	2.476	2,2%	1,5%
<b>Totaal</b>	<b>8.961</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,2%</b>

Bron: digiMV

**Figuur 1.1: Rentabiliteit (op basis van omzet) per aanbieder-categorie**

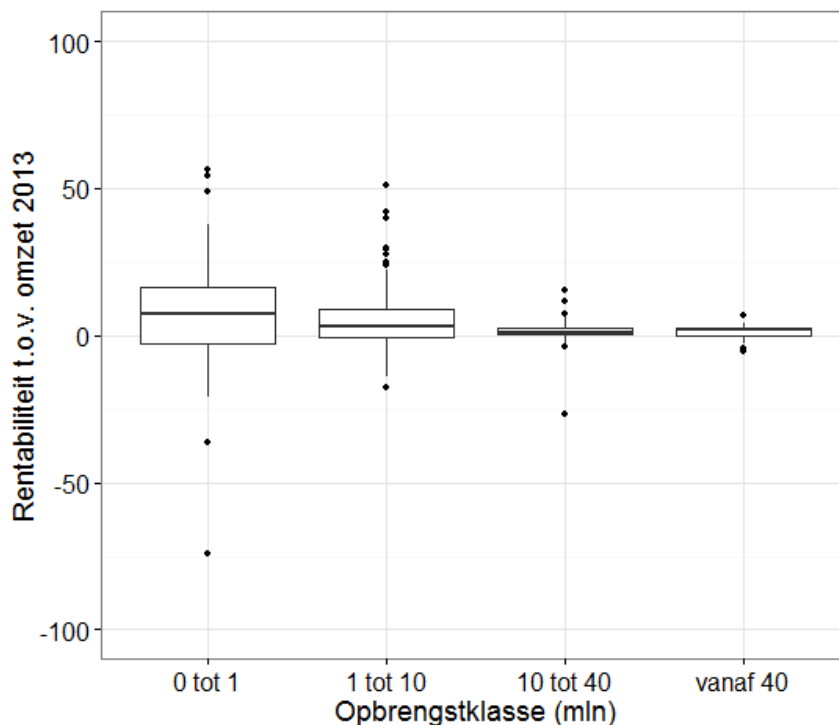


**Tabel 1.4 Rentabiliteit 2013 per groep**

Groep	Mediaan	N =
Ambulant Zvw	4,1%	106
Klinisch ggz	0,8%	61
RIBW	5,7%	17
Dagbesteding	2,6%	17
ggz en opvang	1,8%	22

De ambulante ggz-aanbieders en de RIBW-en hebben een resultaat dat hoger ligt dan bij de overige groepen. Bij de ambulante ggz-aanbieders wordt dit (deels) veroorzaakt worden door de aanwezigheid van vrijgevestigde praktijken waarbij het resultaat uit de jaarrekening het inkomen vormt voor de eigenaren van de onderneming.<sup>3</sup>

Opvallend is de hoge spreiding binnen de ambulante en in minder mate, de klinische aanbieders. In Figuur 1.2 zijn de ggz-concerns in deze twee groepen verdeeld in 4 opbrengstklassen. Hier is te zien dat de groep met de kleinste omzet (omzet < 1 miljoen euro) de grootste spreiding kent. De spreiding in rentabiliteit neemt af naarmate concerns groter worden. Dit is ook in eerdere Marktscans vastgesteld.

**Figuur 1.2: Rentabiliteit (op basis van omzet) per opbrengstklasse aanbieder (ambulant + klinisch)**

<sup>3</sup>Hier zou voor de vergelijkbaarheid een norminkomen per FTE 'eigenaar' gehanteerd kunnen worden. Hier is niet voor gekozen vanwege de geringe impact op de landelijke gemiddeldes.

**Tabel 1.5: Rentabiliteit 2013 per opbrengstklasse (ambulant + klinisch)**

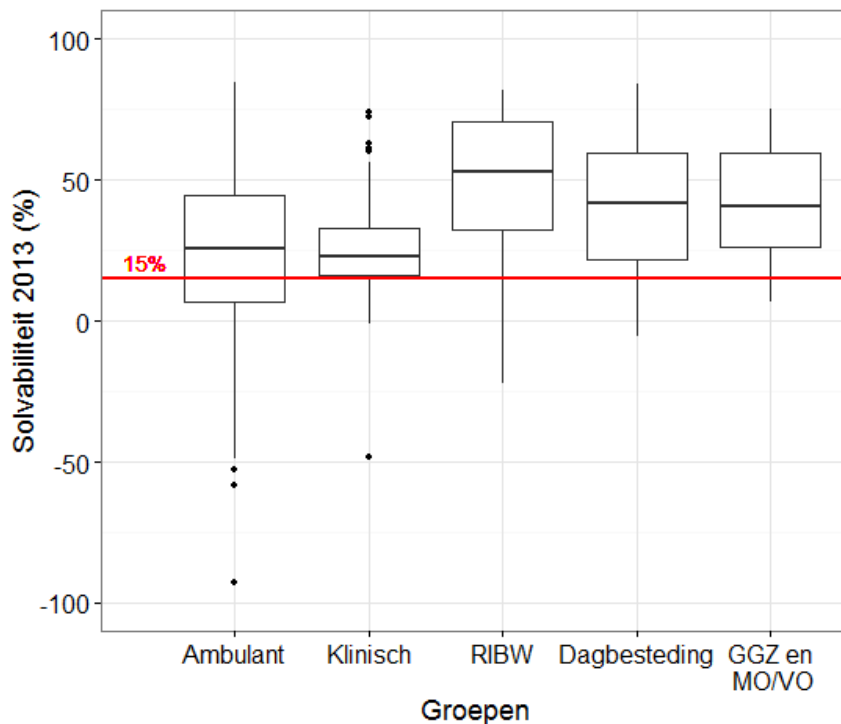
Opbrengstklasse	Mediaan	N=
Tot 1 miljoen	7,3%	41
1 tot 10 miljoen	2,9%	74
10 tot 40 miljoen	0,7%	26
Vanaf 40 miljoen	1,7%	26

Het is zichtbaar dat er ggz concerns zijn die in 2013 een negatief financieel resultaat hadden, zowel in de kleinste als in de grootste omzet-klasse. In berichtgeving over concerns met een negatieve rentabiliteit in de grootste omzet-klasse worden problemen rond leegstand van vastgoed, tegenvallers met vastgoed en de beddenafbouw/ambulantisering genoemd.

### 1.3.2 Solvabiliteit

De solvabiliteit (**eigen vermogen** gedeeld door **balanstotaal**) geeft aan welk deel van de activa gefinancierd is met eigen vermogen (en daarmee dus niet met vreemd vermogen). Wanneer deze negatief is betekent dit dat de waarde van de activa onvoldoende is om aan de (toekomstige) betalingsverplichtingen te voldoen (voorzieningen en vreemd vermogen). Over het algemeen wordt een solvabiliteit van 15% als ondergrens gehanteerd. Figuur 1.3 geeft de solvabiliteit binnen de aanbieder-categorieën weer:

**Figuur 1.3: Solvabiliteit per aanbieder-groep**



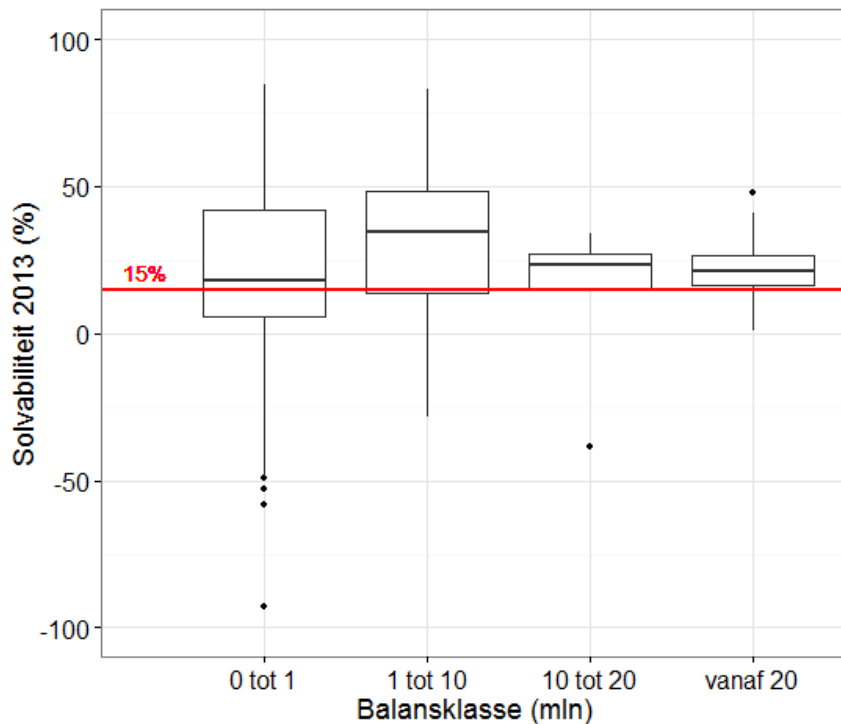


**Tabel 1.6 Solvabiliteit 2013 per groep**

Groep	Mediaan	N =
Ambulant Zvw	25%	106
Klinisch ggz	23%	61
RIBW	53%	17
Dagbesteding	32%	17
ggz en opvang	40%	22

Het blijkt dat de RIBW's de hoogste solvabiliteit hebben (53% mediaan), en de klinische ggz-aanbieders de laagste solvabiliteit (23% mediaan). Ook is weer zichtbaar dat er een grote spreiding is, met uitbijters bij de ambulante en klinische concerns. Omdat de solvabiliteit is gebaseerd op het balanstotaal hebben we deze aanbieders in balanstotaal-classes opgedeeld. Dit is weergegeven in Figuur 1.4:

**Figuur 1.4: Solvabiliteit per balansklasse aanbieder (ambulant + klinisch)**



**Tabel 1.7: Solvabiliteit 2013 per balansklasse**

Balansklasse	Mediaan	N=
Tot 1 miljoen	17%	71
1 tot 10 miljoen	35%	53
10 tot 20 miljoen	23%	11
Vanaf 20 miljoen	21%	32

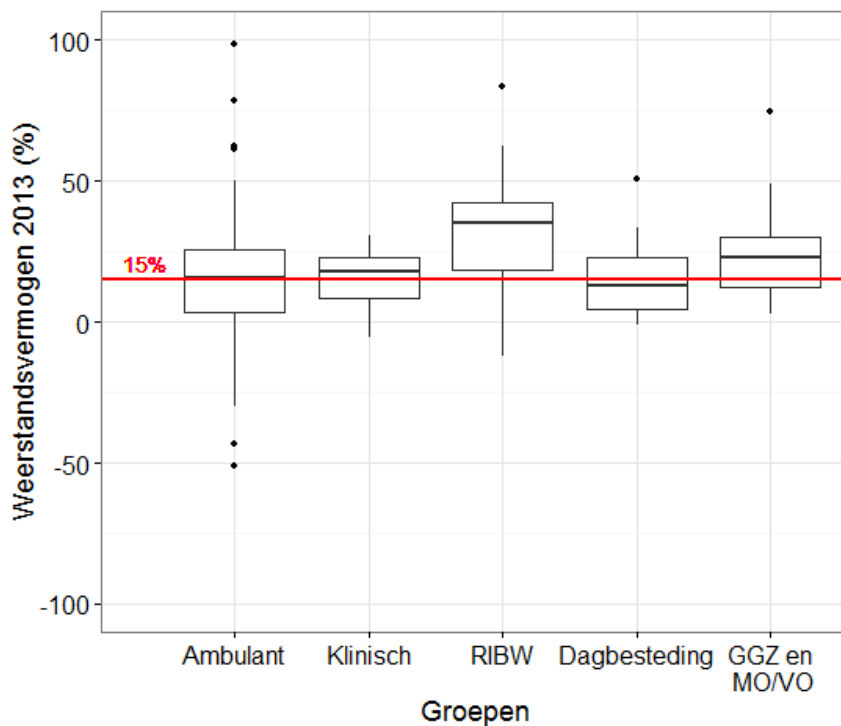
Net als bij de rentabiliteit neemt de spreiding af naarmate de omvang van de balans toeneemt. Alleen de concerns met een balans-totaal tussen 1 en 10 miljoen euro hebben gemiddeld een iets hogere solvabiliteit (statistisch significant). De oorzaak hiervan is ons niet bekend.

### 1.3.3 Weerstandsvermogen

Het weerstandsvermogen meet de mate waarin er voldoende eigen vermogen beschikbaar is om onverwachte financiële tegenvallers op te vangen. Het weerstandsvermogen is gedefinieerd als het **eigen vermogen** als percentage van de **omzet**. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) hanteert voor het weerstandsvermogen een percentage van 15% als veilige ondergrens. Het (gewogen) gemiddelde ligt in 2013 op 20%. Opgemerkt moet worden dat de norm van wat voldoende weerstandsvermogen is, afhangt van de aanwezige risico's bij de activiteiten die de aanbieders ontplooiën. Het kwantificeren en wegen van de diverse risico's in elke deelsector van de ggz is echter niet eenvoudig.

Figuur 1.5 toont het weerstandsvermogen per aanbieder-groep:

**Figuur 1.5: Weerstandsvermogen per aanbieder-groep**



**Tabel 1.8 Weerstandsvermogen 2013 per groep**

Groep	Mediaan	N =
Ambulant Zvw	15%	106
Klinisch ggz	18%	61
RIBW	35%	17
Dagbesteding	11%	17
ggz en opvang	23%	22

Hieruit blijkt het weerstandsvermogen voor alle aanbieder-groepen met uitzondering van dagbesteding gemiddeld genomen op of boven de ondergrens ligt. Ook is weer de forse spreiding bij met name de ambulante aanbieders te zien.

Er blijkt een relatie te liggen tussen weerstandsvermogen en concernomvang. Hoe groter een concern, hoe groter het weerstandsvermogen (niet getoond). Het kan zijn dat de risico's die voor

grotere concerns gelden (minder wendbaar, meer lange-termijn investeringen rondom vastgoed etc) maken dat deze concerns ook meer weerstandsvermogen dienen te hebben.

### 1.3.4 Liquiditeit

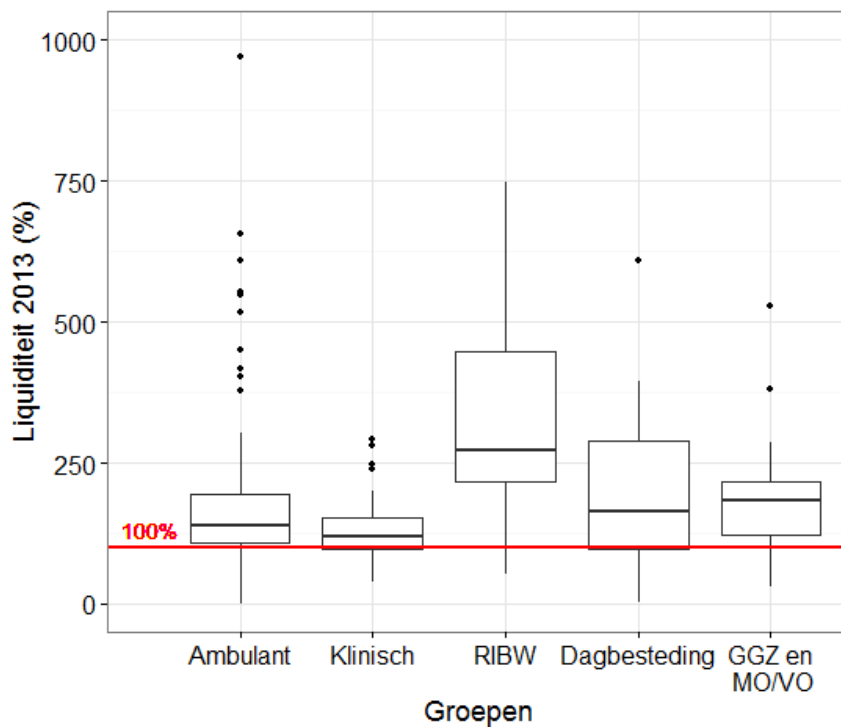
De liquiditeit wordt gemeten door alle **vlottende activa** uit de balans te delen op de **kortlopende schulden**. Deze indicator geeft aan in welke mate de aanbieder in staat is om de kortlopende schulden af te lossen. Deze definitie wordt ook wel "current ratio" genoemd. Als ondergrens wordt wel een percentage van 100% gehanteerd.

Onder vlottende activa vallen: liquide middelen, maar ook 'onderhanden werk' uit hoofde van DBC's, vorderingen vanwege het financieringstekort (b.v. wanneer de opbrengst uit gedeclareerde DBC's minder is dan het toegekende budget) en voorraden.

De kortlopende schulden zijn gedefinieerd als: alle posten op de balans aan de passiva kant die niet onder eigen vermogen, voorzieningen of langlopende schulden vallen. Dit betreffen schulden uit hoofde van de bekostiging (b.v. wanneer de opbrengst uit gedeclareerde DBC's meer dan het toegekende budget), schulden uit hoofde van te verrekenen subsidies (komt zelden voor bij ggz-concerns) en overige kortlopende schulden.

Figuur 1.6 laat de spreiding van de liquiditeit bij de verschillende groepen aanbieders zien:

**Figuur 1.6 Liquiditeit per aanbieder-categorie**



**Tabel 1.9 Liquiditeit 2013 per groep**

Groep	Mediaan	N =
Ambulant Zvw	140%	106
Klinisch ggz	119%	61
RIBW	273%	17
Dagbesteding	164%	17
ggz en opvang	185%	22

Uit Figuur 1.6 blijkt dat de spreiding in liquiditeit hoog is. Er blijken geen significante verschillen te zijn tussen verschillende type aanbieders, met uitzondering van de RIBW's, deze blijken een hogere liquiditeit te hebben. RIBW Alliantie geeft desgevraagd aan dat deze goede financiële positie van RIBW instellingen is veroorzaakt door 'de integrale tarieven voor zorg en vastgoed, in combinatie met een efficiënte bedrijfsvoering'.

## 2. Contractering Zvw ggz 2015

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de contractering van ggz-zorg die onder de Zvw valt. Dit omvat de generalistische basis ggz (basis ggz) en de gespecialiseerde ggz (g-ggz), voor zowel instellingen en vrijgevestigden. De focus van het onderzoek lag bij instellingen.

### *Belangrijkste bevindingen:*

- Vrijwel alle Zvw contracten bevatten een omzetplafond (instelling/vrijgevestigde praktijk) of maximering van het aantal declarabele uren per vrijgevestigde behandelaar.
- In 2015 mogen, voor instellingen, naast psychiater, klinisch psycholoog en psychotherapeut ook de overige zes beroepen 'operationeel' hoofdbehandelaar zijn in de g-ggz. Alleen de verpleegkundig specialist ggz wordt door één verzekeraar niet toegestaan als hoofdbehandelaar in de g-ggz.
- In de basis ggz mogen in 2015 bij alle zorgverzekeraars de g-psycholoog en de psychotherapeut hoofdbehandelaar zijn, en de verpleegkundig specialist alleen bij product 'chronisch'. Bij vrijwel alle (met uitzondering van één) verzekeraars mag de psychiater en klinisch psycholoog ook hoofdbehandelaar zijn in de basis ggz.
- Inkoopgesprekken bieden ruimte voor maatwerk. Deze inkoopgesprekken vinden alleen plaats wanneer de omzet van een verzekeraar bij een aanbieder groot genoeg is.
- De systematiek van omzetplafonds per verzekeraar is gevoelig voor de 'wet van de grote aantallen'. Hoe groter een aanbieder, hoe stabielier de verdeling van de patiënten over de verschillende verzekeraars.

### 2.1 Inleiding

Zorverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders om te voldoen aan de zorgplicht die zij hebben richting hun verzekerden. In de contracten worden afspraken vastgelegd over de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De contracten bevatten zowel zorginhoudelijke als procedurele en administratieve afspraken.

Het hoofdstuk bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat een analyse van de Zvw contractering 2015 met een nadruk op instellingen, waarna de vrijgevestigde praktijken in een aparte paragraaf worden besproken.

Uit de Marktscan ggz 2014 deel A volgt dat circa 60% van de totale ggz-uitgaven (Zvw + AWBZ samen) bij 37 ggz concerns geconcentreerd was.<sup>4</sup> Omdat niet eerder een ggz-contractanalyse is uitgevoerd in het kader van de marktscan, en een relatief klein aantal concerns de meerderheid van de ggz-zorg leveren, heeft het onderzoek zich op de populatie middelgrote instellingen gericht (grootste Zvw contract met een zorgverzekeraar tenminste 10 mln euro). Hierbij zijn van een drietal geïntegreerde ggz-instellingen de contracten opgevraagd en geanalyseerd (zie ook Bronnen en methoden). In de volgende marktscan

<sup>4</sup> Dit percentage volgt uit de Marktscan ggz 2014 deel A: Uit hoofdstuk 3 blijkt dat circa 4 miljard Zvw en AWBZ uitgaven zijn geconcentreerd bij 37 concerns (ABR-groepen). Uit hoofdstuk 4 van dezelfde scan blijkt dat de totale ggz uitgaven (Zvw + AWBZ) samen in 2012 circa 6,5 miljard bedroegen.

zal de Zvw contractering bij de groep vrijgevestigde solo/groepspraktijken op soortgelijke wijze worden onderzocht.

Het tweede deel (paragraaf 2.6) bevat een samenvatting van de knelpunten en signalen die afgelopen jaar in het Platform Contractering zijn besproken.

De informatie gepresenteerd in het eerste deel is gebaseerd op de volgende bronnen:

- Analyse van de zorginkoopbeleiddocumenten 2015 van alle zorgverzekeraars.
- Analyse van een tiental contracten 2014- 2015 en openbare modelovereenkomsten.
- Gesprekken met twee ggz instellingen.
- Gesprekken met twee zorgverzekeraars.
- Gesprekken met drie koepels (LVVP, NIP en GGZ Nederland).

De onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn geselecteerd omdat ze expliciet in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars als thema worden benoemd, of in de gesprekken vaak ter sprake komen. Ze sluiten nauw aan bij de onderwerpen die in deel A bij de recente ontwikkelingen binnen de ggz zijn geschetst (Hoofdstuk 1 van deel A).

De namen van verzekeraars worden alleen expliciet benoemd, wanneer het openbare informatie betreft (zoals zorginkoopdocumenten).

## **2.2 Analyse contracten 2015**

### **2.2.1 Wie kopen waar op welke manier in?**

Er zijn in 2015 negen zorgverzekeringsconcerns actief op de zorgverzekeringsmarkt. Vier hiervan (Eno, Zorg en Zekerheid, ASR en ONVZ) kopen samen ggz-zorg in via de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. De overige vijf concerns kopen afzonderlijk zorg in. Dit zijn Achmea, VGZ, CZ, Menzis en DSW. De Friesland (onderdeel van Achmea) koopt (voor alle Achmea verzekerden) zelfstandig in in Friesland.

Bij de inkoop wordt door alle zorgverzekeraars onderscheid gemaakt tussen instellingen en vrijgevestigden, en tussen aanbieders waar de omzet van de verzekeraar groot is dan wel beperkt is. Bij aanbieders waar de verzekeraar een voldoende grote omzet heeft worden zorginkoopgesprekken gevoerd, waar het marktaandeel beperkt is wordt er met digitale inkoopprocedures gewerkt. Wat voldoende groot is verschilt per verzekeraar en varieert van 300.000 euro (DSW) tot 4 mln euro (Achmea).

De meeste zorgverzekeraars differentieren de zorginkoop verder op type aanbieder. De PAAZ/PUK (ziekenhuispsychiatrie) wordt bij tenminste vijf van de zeven zorgverzekeraars bij de inkoop anders behandeld. Ook onderscheid naar ambulante/klinische of verslavingszorg komt voor.

#### *Zorgcontinuïteit bij het bereiken van 18<sup>e</sup> verjaardag*

Met de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten (Jeugdwet) per 1 januari 2015 is er bij de Zvw ggz-inkoop 2015 door zorgverzekeraars onderscheid gemaakt tussen aanbieders die hoofdzakelijk kinderen en jeugdigen behandelen, en aanbieders die hoofdzakelijk volwassenen behandelen. Aanbieders die hierbij als jeugd-ggz aanbieder zijn aangemerkt, komen niet zonder meer in aanmerking voor een contract voor 18-plussers. Echter, wanneer de patiënt 18 jaar wordt gaat voor de

verzekeraar zorgplicht gelden. Als het voor de lopende behandeling noodzakelijk is dat deze bij de huidige behandelaar wordt voortgezet, kan het zijn dat de zorgverzekeraar voor die patiënt alsnog Zvw zorg moet inkopen bij de desbetreffende aanbieder.

### 2.2.2 Omzet- en prijsplafonds

We onderscheiden in wat volgt omzetplafonds, prijsplafonds, en prijzen. Alle zorgverzekeraars/inkoopcombinaties hanteren in de contracten één of meerdere **omzetplafonds**. Een omzetplafond betekent dat de totale omzet van een aanbieder bij een bepaalde verzekeraar gemaximeerd is. Voor zorgaanbieders geldt dan dat de jaaropbrengst niet automatisch gelijk kan worden gesteld aan de afgesproken prijs per DBC maal het gerealiseerde DBC-volume ( $P \times Q$ ). Een **prijsplafond** betekent dat de gemiddelde prijs per verzekerde of de gemiddelde prijs per DBC gemaximeerd is. De **prijs** van een DBC tenslotte bepaalt in welke mate een DBC bijdraagt aan de omzet (tot het plafond).

Omzetplafond en prijs zijn allebei van invloed op de inkomsten van de aanbieder. De hoogte van het omzetplafond bepaalt in absolute termen de maximum te behalen omzet van de aanbieder, en daarmee dus de inkomsten van de aanbieder waarmee kosten gedekt kunnen worden. Het effect op de totale omzet van een lagere prijs per behandeling kan worden gecompenseerd door een hogere doelmatigheid.

Bij vrijgevestigden wordt er door een aantal zorgverzekeraars geen omzetplafond gehanteerd maar een maximering van het aantal werkbare uren per behandelaar, en afgeleid daarvan een maximum aantal declarabele uren per praktijk. Bijvoorbeeld Multizorg en Achmea.

We zijn in de inkoopdocumenten en contracten geen gegarandeerde bedragen (lumpsums) tegengekomen.

#### *Geen leververplichting ten aanzien van volume*

Bij met name grotere instellingen worden er productieafspraken met aantallen DBC's per diagnosegroep gemaakt. Dit betekent echter niet dat de instelling een leververplichting heeft, het staat de instelling vrij om minder patiënten te behandelen. Dit leidt dan via het prijsplafond per verzekerde tot een lager omzetplafond.

#### *Aparte plafonds voor basis ggz en gespecialiseerde ggz*

Alle zorgverzekeraars werken voor 2015 met tenminste twee omzetplafonds, één voor de generalistische basis ggz (basis ggz) en één voor gespecialiseerde ggz (g-ggz). Het doel is substitutie naar de basis ggz af te dwingen. Uit de schadelast uitvraag uitgevoerd in september 2014 bleek dat op dat moment voor 2014 een landelijke verhouding basis ggz/g-ggz van circa 7%/93% werd verwacht. Uit de monitor basis ggz van KPMG Plexus (december 2014) blijkt dat er in de eerste helft van 2014 bij een steekproef van ggz aanbieders circa 3% van de omzet van de g-ggz naar de basis ggz is verschoven. Hierbij wordt opgemerkt dat dit niet tot landelijk beeld mag worden veralgemeeniseerd. De NZa heeft geen zicht op hoe landelijk de procentuele verhouding tussen het basis ggz en g-ggz plafond voor 2015 ligt, wel is duidelijk dat dit verschilt per aanbieder. Hoeveel substitutie er in welk tempo mogelijk is hangt ook af van de casemix van een aanbieder, en de ontwikkelingen rondom de POH-ggz en doorverwijzing vanuit de huisarts in de regio.

De overheveling van een deel van de langdurige ggz (l-ggz), 'Voortgezet verblijf' geheten, valt buiten deze plafonds en wordt via een aparte contractafpraak ingekocht. De plafonds zijn gecorrigeerd voor de

overheveling van de jeugd-ggz naar de jeugdwet. Achmea hanteert daarnaast ook een plafond voor verblijfskosten, bepaald door een maximum aantal verblijfsdagen dat wordt ingekocht.

De hoogte van het plafond wordt afgeleid van het plafond in het vorige jaar, rekening houdend met transities (overheveling jeugd-ggz en l-ggz per 1 januari 2015) en groeirimte (Hoofdlijnenakkoord) voor 2015. De (ontwikkeling van) de hoogte van de plafonds zijn niet voor alle aanbieders gelijk. Er wordt gewerkt met spreadsheets waarin het omzetplafond is opgebouwd uit P x Q productieafspraken per DBC diagnosegroep (productgroep). Ondanks deze mechanisch ogende procedures blijkt uit de opgevraagde contracten dat er wel degelijk onderhandeld wordt over omzetplafond en prijzen, waarbij rekening wordt gehouden met lokale omstandigheden.

De meeste eisen die zorgverzekeraars stellen zijn ofwel minimum-contracteisen (nodig om in aanmerking te komen voor een contract) of eisen die een effect hebben op de prijzen. Ook zijn er eisen die verzekeraars stellen die, indien voldaan, invloed hebben op de hoogte van het omzetplafond. Dit gaat bijvoorbeeld over of een bepaalde hoeveelheid klinische afbouw is behaald, of om de mate waarin ROM-uitkomsten aan Stichting Benchmark GGZ worden aangeleverd (Zie b.v. Multizorg VRZ).

#### *Verzekerden mutatie-model*

Omdat verzekeraars en aanbieders veelal een contract sluiten voordat bekend is welke verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar is in de contracten een clause opgenomen dat het omzetplafond na de contractering hiervoor kan worden aangepast. Dit wordt een verzekerden-mutatie model genoemd. Door aanbieders wordt aangegeven dat in 2014 plafonds bij een negatieve verzekerden-mutatie saldo relatief snel werden verlaagd, maar dat bij een positief verzekerden-mutatie saldo de verhoging aanzienlijk moeizamer tot stand kwam. Verzekeraars benadrukken dat een verzekerdenmutatie niet noodzakelijkerwijs een patiëntenmutatie inhoudt. In 2014 hadden niet alle zorgverzekeraars een verzekerden mutatiemodel, in 2015 lijkt dit wel het geval.

#### *Geen zorg buiten het plafond*

Onderdeel van het contract is een clause waarmee de zorgaanbieder afstand doet van de mogelijkheid om zorg *buiten* het omzetplafond te declareren. Het is dus na het tekenen van het contract niet meer mogelijk om dat deel van de productie wat het omzetplafond overstijgt, als niet-gecontracteerde zorg tegen b.v. 75% van de gemiddeld gecontracteerde prijs te declareren.

#### *Prijsplafonds*

Naast omzetplafonds basis ggz en g-ggz bevatten contracten ook prijsplafonds. De prijsplafonds worden vrij breed gehanteerd door meerdere zorgverzekeraars. Verzekeraars proberen zo de mogelijkheid weg te nemen dat aanbieders patiënten langer gaan behandelen/patiënten selecteren die een lange behandeling nodig hebben om zo het omzetplafond te halen. Het gaat dan om een maximum aan de gemiddelde prijs per verzekerde, en/of een maximum voor de gemiddelde prijs per DBC. Hierbij wordt aangenomen dat de casemix van de aanbieder hetzelfde blijft, of dat er tegen hetzelfde geld meer patiënten kunnen worden geholpen. Deze prijsplafonds gaan ook het zogeheten 'upcoding' tegen, waarbij tijd geschreven wordt tot vlak na een tijdsgrens zodat de DBC in een hogere prijs-klasse valt. Menzis hanteert een maximale uurprijs om upcoding tegen te gaan.



*Spreiding over het jaar/geen doorleververplichting*

Zorgverzekeraars proberen de aanbieders er toe aan te zetten de zorg zodanig over het jaar te verspreiden dat het omzetplafond pas aan het eind van het jaar bereikt wordt. CZ spreekt van gelijkmatige spreiding van het volume over het jaar, en het temporiseren via wachtlijsten indien nodig. Ook Menzis benoemt het seizoensgebonden doch gelijkmatig over het jaar verspreiden van de zorg door middel van 'organisatie van het zorgaanbod'. Achmea spreekt van 'dient de zorg zo gelijkmatig mogelijk spreiden over het jaar, rekeninghoudend met het totaalbudget en seizoenspatronen'. Het lijkt hier om een inspanningsverplichting te gaan. Tegelijkertijd wordt expliciet benoemd dat de aanbieder nieuwe patiënten mag weigeren in zorg als er sprake is van een overschrijding. Er is dus geen doorleververplichting na het bereiken van het omzetplafond. Wel dienen lopende behandelingen te worden afgemaakt, ook als hiervoor een vervolg-DBC nodig is (voor zover dit redelijk en billijk is). Omdat deze behandelingen nog onder het omzetplafond vallen hoeft deze behandeling niet door de patiënt zelf betaald te worden.

*Belang van monitoring en prognoses voor de zorgaanbieder*

Wanneer een zorgaanbieder zorg blijft verlenen na het bereiken van het omzetplafond is dit voor eigen rekening. Contracten bevatten veelal een verplichting tot het afmaken van lopende behandelingen als het plafond wordt bereikt. Wanneer een zorgaanbieder te weinig zorg levert wordt mogelijk te weinig inkomsten gegenereerd om de kosten te dekken. Goede monitoring is daarom essentieel voor zorgaanbieders om een sluitende bedrijfsvoering te bereiken.

**2.2.3 Prijzen**

In deel A van de Marktscan ggz 2014 zijn de prijsontwikkelingen zelf zelf (de hoogte ervan) aan bod gekomen, hier ligt de nadruk op de rol die prijzen spelen in de contractering, en hoe de prijzen tot stand komen. De tarieven die de NZa vaststelt voor basis ggz en g-ggz prestaties zijn maximumtarieven. Een aantal verzekeraars hanteert eigen prijslijsten, en gebruikt deze bij de contractering als referentie. Dit is weergegeven in Tabel 2.1:

**Tabel 2.1 Prijzen verschillende verzekeraars in 2015**

Inkoopcombinatie/zorgverzekeraar	NZa-tarieven als referentieprijzen
Achmea	Nee, Achmea-tarieven
De Friesland	Nee, De Friesland tarieven
CZ	Ja
VGZ	Nee, VGZ-tarieven
Menzis	Ja
Multizorg VRZ	Ja
DSW	Ja

De prijzen starten veelal bij 80-85% van het maximumtarief of referentie-prijslijst. Hier worden dan vervolgens weer op- en afslagen op afgesproken. Als de verzekeraar het start- percentage te laag zet, loopt hij het risico dat er aanbieders zullen zijn die onvoldoende prikkel ervaren om een contract af te sluiten. Deze prikkel wordt mede bepaald door de vergoedingen die gelden voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vergoedingen verschillen per polis, en variëren van 50% van een 'marktconform tarief' (het gemiddelde van de door de verzekeraar gecontracteerde prijzen voor die prestatie) tot 100% van het NZa maximumtarief. Zie ook paragraaf 2.5.

Bij alle verzekeraars kunnen de prijzen opgehoogd worden door te voldoen aan bepaalde criteria. Deze criteria relateren aan kwaliteit en/of kosten. Voorbeelden van die criteria zijn:

- gelijkblijvende kosten per verzekerde
- de mate van klinische afbouw
- de mate waarin ROM-gegevens aan SBG worden aangeleverd
- het gebruik/beschikbaarheid van e-health
- beschikbaarheid van zorgpaden
- substitutie vanuit de gespecialiseerde ggz naar de basis ggz
- de ingezette disciplinemix (alleen DSW)
- maximum percentage diagnostiek DBC's (b.v. Menzis)

DSW motiveert verschillende prijsniveau's door te wijzen op het feit dat de tarieven zijn gebaseerd op een bepaalde disciplinemix, en het inzetten van een minder dure disciplinemix in de DBC-systematiek niet automatisch doorwerkt in de tarieven omdat elke geschreven minuut even zwaar meetelt.

## 2.2.4 Selectieve inkoop

Met selectieve inkoop wordt hier bedoeld dat het de verzekeraar vrij staat om bepaalde vormen van zorg wel of niet bij bepaalde aanbieders in te kopen (afwezigheid van contracteerplicht). Onder deze noemer zijn een viertal thema's samengenomen die gemeenschappelijk hebben dat het de organisatie en inhoud van de zorg raken, en hiermee richting geven aan de ontwikkeling van het regionale zorglandschap in de ggz.

### 2.2.4.1 Organisatie acute ggz-keten

Uit de inkoopbeleidsdocumenten blijkt bij een aantal zorgverzekeraars de wens om per regio slechts één aanspreekpunt voor de 24-uurs crisisdienst te contracteren, bijvoorbeeld DSW en CZ noemen dit expliciet. De Friesland geeft aan de 24-uurs crisisdienst bij GGZ Friesland in te (blijven) kopen en geeft aan dat de overige aanbieders zich hieraan moeten commiteren en de samenwerking op dit vlak te zoeken. Het is de NZa niet bekend in hoeverre deze centralisatie per regio reeds heeft plaatsgevonden.

Gerelateerd hieraan is de gewijzigde productstructuur rondom crisiszorg (Zie Factsheet Crisiszorg DBC-O). Met ingang van 1 januari 2013 mogen alleen zorginstellingen die een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie hebben, crisis-DBC's openen en crisisactiviteiten registreren. De regionale functie moet blijken uit afspraken met gemeente en politie. Uit een DIS-analyse blijkt dat in 2013 naast geïntegreerde ggz-instellingen ook PAAZ-en en PUK-en crisiszorg registreren.

### 2.2.4.2 Organisatie niet-acute ggz-keten

De niet-acute ggz keten begint bij de huisarts, en loopt via de praktijkondersteuner ggz (POH ggz) naar de basis ggz en uiteindelijk de specialistische ggz. Bij de zorginkoop ligt sterk de nadruk op het stimuleren van samenwerking tussen de verschillende spelers in de keten. Ook is duidelijk dat verzekeraars zich vooral richten op hun kernwerkgebieden. Verzekeraars stimuleren de organisatie van de eerstelijns-keten op verschillende manieren. Voor een uitgebreid overzicht van de ontwikkelingen rond eerstelijns en huisartsenpraktijk verwijzen we naar het Trimbos rapport 'Versterking van de ggz in de huisartsenpraktijk' (Trimbos-instituut, 2014). Twee opvallende initiatieven worden hier kort toegelicht: Vicino en Mirro. Vicino wordt hier

opgevoerd als voorbeeld van een aantal overeenkomstige initiatieven als Indigo, Provico en Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB).

#### *Vicino*

Vicino NHN noemt zich een eerstelijnsketenorganisatie voor geestelijke gezondheid en welzijn. Vicino heeft POH's ggz in dienst en huurt bij huisartsen een kamer waar de POH werkt. Daarnaast huurt Vicino de huisarts in voor begeleiding van de POH. Vicino heeft samenwerkingsafspraken met zowel basis ggz als gespecialiseerde ggz aanbieders. VGZ heeft Vicino NHN mede helpen oprichten, maar is nadrukkelijk samenwerkingspartner en geen eigenaar. Belangrijk kenmerk van Vicino is dat de eerstelijnsketen onder regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts valt. De Vicino keten wordt bekostigd als experiment dat per 1 januari 2012 onder de NZa beleidsregel Innovatie loopt, en is verlengd tot en met 31 december 2015. Binnen de Vicino keten kan ook behandeling plaats vinden door gecontracteerde eerstelijns psychologen, waarbij het aantal behandelingen gemiddeld niet meer dan 8 gesprekken mag zijn.<sup>5</sup> Omdat dit onder de regie van de huisarts plaats vind worden deze gesprekken als huisartsenzorg aangemerkt en zijn daarmee uitgesloten van het eigen risico. Dit eigen risico geldt wel wanneer de huisarts de patiënt doorverwijst naar bijvoorbeeld de basis ggz of gespecialiseerde ggz. De LVVP meldt op hun website dat basis ggz en g-ggz aanbieders die zich niet aangesloten hebben bij Vicino een "aanzienlijke afname van patiënten zagen"<sup>6</sup>, en relateert dit aan de vrijstelling van eigen risico die binnen de Vicino keten geldt.

#### *Mirro*

Mirro is een werkwijze/concept dat zich richt op ggz in en om de huisartsenpraktijk. Het betreft preventieve online zelfhulp voor consumenten, het werken met een beslissingsondersteunend instrument (screening-tool) en het mirro-keurmerk voor aanbieders van basis ggz. Achmea heeft Mirro helpen oprichten, en zit ook in het bestuur van Mirro. Via de contractering wordt door Achmea via een prijs-opslag van 15% punt (Achmea vergoed dan het maximum NZa-tarief) werken volgens het Mirro-concept (dat tot uitdrukking komt in het voeren van het Mirro keurmerk) gestimuleerd.

#### *Overige initiatieven rond de eerstelijnsketen*

Menzis geeft aan speciale aandacht te hebben voor eerstelijns-samenwerkingsverbanden en stuurt hierop via prijs-opslagen op de basis ggz tarieven. Ook VGZ hanteert deze strategie. CZ heeft het over het Zorg & Welzijn model waarin de samenwerking met de Gemeente op het gebied van welzijn (combinatie van somatische, psychische en/of sociale problematiek) centraal staat. CZ en VGZ zijn samenwerkingspartner bij Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant, die POH-ggz beschikbaar stelt aan huisartsen en hen ondersteunt met zorgprogramma's. Bij Multizorg en DSW zijn er geen vergelijkbare initiatieven bekend.

#### *2.2.4.3 Klinische afbouw*

In 2020 moet het aantal bedden ten op zichte van 2008 met één derde (33%) gereduceerd zijn conform afspraak in de bestuurlijke akkoorden ggz 2013-2014 en 2014-2017 (inmiddels opgezegd door het ministerie van VWS). Dit is een landelijke afspraak. Omdat de bedden capaciteit niet gelijk verdeeld is over het land, hanteren verzekeraars modellen die

<sup>5</sup> Trimbos-instituut, Themarapportage 'Versterking van de ggz in de huisartsenpraktijk', p 153.

<sup>6</sup> <https://www.lvvp.info/nieuws/nieuwsdetail/0/1179>.

aangeven hoeveel capaciteit er waar moet worden afgebouwd. Hierbij wordt gekeken naar indicatoren als het aantal bedden per regio. In de contractering is de beddenafbouw zichtbaar. Achmea gebruikt de praktijkvariatiestudie van Vektis als leidraad om gedifferentieerd per regio en per instelling een afbouwdoelstelling in termen van een maximum aantal te contracteren Zvw 'ligdagen' te bepalen.

#### 2.2.4.4 Selectieve inkoop op stoornisniveau

Uit de contracten blijkt dat er in 2015 bij de inkoop het gesprek op het niveau van de hoofddiagnosegroepen (de circa 15 productgroepen, 'stoornissen') plaats vindt. Er worden aanbieder-specifieke gemiddelde prijzen per productgroep berekend, maar deze hebben geen financiële consequenties. Wel is het zo dat contracten een bepaling bevatten die zegt dat wanneer er op bepaalde (groepen van) DBC's geen afspraken worden gemaakt, deze DBC's niet declarabel zijn. Met uitzondering van de selectieve inkoop van CZ en VGZ (zie onder) is ons niet bekend dat zorg voor bepaalde stoornissen in 2015 opeens niet meer ingekocht wordt bij aanbieders waar deze in 2014 wel werd ingekocht.

##### Selectieve inkoop via kwaliteitsbenchmark CZ

CZ contracteert selectief bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen of een ernstige eetstoornis. 'Ernstig' is door CZ geoperationaliseerd door te selecteren op DBC's met meer dan 3000 minuten geregistreerde tijd. De kwaliteitseisen van CZ bevatten uitsluitend structuur- en procesindicatoren (Bron: Verantwoordingsdocument Selectief inkoopbeleid 2015). CZ spreekt wel de wens uit om uitkomstindicatoren op te nemen in de kwaliteitsbenchmark. Op basis van de benchmark heeft CZ een lijst opgesteld met aanbieders die in vier categorieën zijn ingedeeld. Aanbieders in de categorie 'voldoen niet aan minimale kwaliteitseisen van CZ' worden niet gecontracteerd. Het is ons niet bekend of CZ ook aanbieders heeft gecontracteerd die niet meegenomen zijn in de benchmark.

**Tabel 2.2 Selectieve inkoop ernstige eetstoornissen/ernstige persoonlijkheidsstoornissen**

(Aantal aanbieders)	Ernstige eetstoornissen	Ernstige persoonlijkheidsstoornissen
Beste zorg	6	14
Goede zorg	18	57
Zorg kan beter	18	52
Voldoet niet aan de normen	17	67

##### Selectieve inkoop VGZ

VGZ heeft voor een drietal polissen<sup>7</sup> voor lichte angst-, depressie- en eetstoornissen twee landelijk opererende ggz-aanbieders gecontracteerd. Het gaat om HSK groep/Interapy (onderdeel van HSK) en Mentaal Beter. De overige aanbieders mogen verzekerden met deze polis niet behandelen, maar moeten deze verzekerden wel accepteren als de landelijk opererende aanbieders de verzekerden doorverwijzen.

Gerelateerd is de ontwikkeling dat VGZ met onder andere HSK groep en Mentaal Beter en nog een zestal aanbieders een nieuwe behandeling voor angst- en depressiestoornissen heeft ontwikkeld, die via een vijfde basis ggz prestatie (tussen 1300 en 1800 minuten) wordt gedeclareerd.

<sup>7</sup> Bewuzt Basis, IZA Gezond Samen en Cares Natura Selectief.

Deze vijfde basis ggz prestatie is een experimentele zorgprestatie die door de NZa is toegestaan onder de beleidregel Innovatie. Deze prestatie is mogelijk gemaakt om een bepaalde groep patiënten met een g-ggz zorgzwaarteprofiel in de basis ggz te kunnen behandelen. Hiermee is, binnen het experiment, de basis ggz uitgebreid met complexere problematiek.

In 2015 zal deze prestatie alleen door VGZ bij de acht aangesloten aanbieders ingekocht worden (Bron:psynip.nl).

### 2.2.5 Transparantie van kwaliteit

Binnen dit thema ligt de focus in de zorginkoop primair bij het transparant maken van de kwaliteit van zorg. De effectiviteit van behandeling en/of klanttevredenheid van een aanbieder spelen dus nog geen rol bij de zorginkoop. Het aanleveren van ROM gegevens aan SBG, het openbaar maken van wachttijdinformatie, het meten van klantervaringen met b.v. de CQ-index, het aanleveren van de kernset Prestatie-indicatoren aan het Kwaliteitsinstituut zijn voorbeelden van criteria die in rol spelen bij de zorginkoop. Het voldoen aan de eisen hieromtrent wordt in de contractering gekoppeld aan hogere plafonds en/of hogere prijzen.

### 2.2.6 Hoofdbehandelaarschap

In de Marktscan ggz 2013 schreven wij over de verschillende eisen die zorgverzekeraars stelden aan de hoofdbehandelaar en de tijdbesteding van de hoofdbehandelaar. De discussie rond het hoofdbehandelaarschap speelt al tenminste sinds 2008 toen de curatieve ggz werd overgeheveld naar de Zvw (zie bijvoorbeeld ZN Circulaire 2008-0067).<sup>8</sup>

Inhoudelijk speelt hier een kwaliteits- en een kostenaspect. Het kwaliteits-aspect heeft betrekking op de specifieke kennis en kunde van verschillende beroepen, het kostenaspect heeft betrekking op de DBC-systematiek waar elke geschreven minuut even zwaar telt, ongeacht door welk beroep deze is geschreven.

Over wie wanneer onder welke voorwaarden hoofdbehandelaar kan zijn in de gespecialiseerde ggz en de basis ggz zijn er nog steeds verschillen van mening. Onlangs heeft de Commissie Meurs het advies over het hoofdbehandelaarschap in de ggz gepubliceerd. Deze commissie was ingesteld door de partijen van het bestuurlijk akkoord. Opdracht van de commissie was om een norm te formuleren voor de inhoud van het hoofdbehandelaarschap en voor de beroepsgroepen die het hoofdbehandelaarschap kunnen vervullen. De commissie is van mening dat de regie-rol de belangrijkste taak is van de hoofdbehandelaar, en stelt voor om voortaan van regiebehandelaar te spreken. Het is nog niet duidelijk wat de impact van dit advies zal zijn op de manier waarop zorgverzekeraars in de contractering omgaan met het hoofdbehandelaarschap.

Voor de contractering 2015 speelt het thema 'Hoofdbehandelaarschap' nog steeds. Op verschillende punten in het proces stellen de verzekeraars eisen. Waar iedereen eisen aan stelt is de vraag wie er wanneer hoofdbehandelaar mag zijn. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen basis ggz en g-ggz. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar en operationeel

<sup>8</sup> Het belang van richtlijnen t.a.v. hoofdbehandelaarschap werd duidelijk in discussie rondom de casus 'Europsyche' in 2012.

hoofdbehandelaar, en of behandelaren in een setting van Multidisciplinair overleg (MDO) werken.

Hoe de verschillende zorgverzekeraars hiermee omgaan wordt getoond in Tabel 2.3 (g-ggz en Tabel 2.4 (basis ggz). Voor dit overzicht is niet alleen gekeken naar het zorginkoopbeleid, maar ook naar de modelzorgovereenkomsten.

**Tabel 2.3 Hoofdbehandelaar g-ggz: Inkoopbeleid 2015 instellingen**

	Achmea	CZ	Menzis	VGZ	Multizorg <sup>9</sup>	DSW
Psychiater	√	√	√	√	√	√
Klinisch psycholoog	√	√	√	√	√	√
Psychotherapeut	√	√	√ (UHB, MDO)	√	√	√
GZ psycholoog	√ (MDO)	√ (OPH)	√ (UHB, MDO)		9)	√ (MDO)
Verpleegkundig specialist ggz	<b>NIET</b>	√ (OPH)	√ (UHB, CHR, MDO)	√	9)	√ (MDO)
Klinisch neuropsycholoog		√ (OPH)	niet genoemd	√		√ (MDO)
Verslavingsarts	√ (MDO)	√ (OPH)	√ (UHB, VS, MDO)	√ (VS)	9)	√ (MDO, VS)
Specialist ouderengeneeskunde		√ (OPH)	√ (UHB, OU, MDO)	√ (OU)	9)	√ (MDO, OU)
Klinisch Geriater		√ (OPH)	√ (UHB, OU, MDO)	√ (OU)	9)	√ (MDO, OU)

OPH = operationeel hoofdbehandelaar onder een hoofdbehandelaar zijnde een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut

UHB = uitvoerend hoofdbehandelaar

MDO = hoofdbehandelaar binnen een Multi-Disciplinair Overleg waar ook een Psychiater, Klinisch psycholoog of psychotherapeut deel uit van maken

CHR = voor specifieke chronische doelgroepen

VS = Verslavingspsychiatrie

OU = Ouderenpsychiatrie

Uit Tabel 2.3 volgt dat, voor instellingen in 2015, naast psychiater, klinisch psycholoog en psychotherapeut ook de overige zes beroepen 'operationeel' hoofdbehandelaar mogen zijn in de g-ggz bij tenminste vier inkoopcombinaties/gzorgverzekeraars. De verpleegkundig specialist ggz wordt door één zorgverzekeraar niet toegestaan als hoofdbehandelaar in de g-ggz.

<sup>9</sup> Ook bij de instellingen die gecontracteerd worden door Multizorg VRZ is de MDO-constructie onder voorwaarden toegestaan en opgenomen in de overeenkomst voor 2015. Multizorg VRZ heeft toestemming gegeven om deze (niet-openbare) informatie in deze marktscan op te nemen.

**Tabel 2.4: Hoofdbehandelaar basis ggz 2015 per inkoopcombinatie**

	Achmea	CZ	Menzis	VGZ	Multizorg	DSW
GZ psycholoog	√	√	√	√	√	√
Psychiater	√	<b>NIET</b>	√	√	√	√
Klinisch psycholoog	√	<b>NIET</b>	√	√	√	√
Psychotherapeut	√	√	√	√	√	√
Verpleegkundig specialist ggz	√ (alleen product Chronisch)	√ (alleen product Chronisch)	√ (alleen product Chronisch)	√ (alleen product chronisch)	√ (alleen product chronisch)	√ (alleen product chronisch)

Voor het hoofdbehandelaarschap in de basis ggz is opvallend dat alleen CZ niet toestaat dat psychiaters en klinisch psychologen daar als hoofdbehandelaar optreden. De klinisch neuropsycholoog, verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater worden over het algemeen niet geaccepteerd als hoofdbehandelaar in de basis ggz.

*Minimale inzet hoofdbehandelaren in de basis ggz/vrijgevestigden basis ggz/g-ggz*

In de basis ggz wordt door VGZ een eis gesteld van maximaal 30% geschreven tijd door niet-hoofdbehandelaren, met een uitzondering voor jong-volwassenen ggz (maximaal 50%). Bij VGZ geldt deze eis voor zowel instellingen als vrijgevestigde praktijken. Het betreft het gemiddelde binnen de organisatie, dus niet per patiënt.

De overige zorgverzekeraars (met uitzondering van Menzis en Achmea) hanteren dit type eis alleen voor vrijgevestigden, en niet voor instellingen. CZ geeft aan dat de maximale inzet van 'hulppersoneel' bij vrijgevestigden 15% mag zijn (basis ggz en/of g-ggz). DSW hanteert een maximum van 40% aan ondersteunend personeel bij vrijgevestigden (basis ggz en/of g-ggz), en Multizorg hanteert voor vrijgevestigde praktijken een maximum van 20% aan geschreven tijd door medebehandelaren. Achmea hanteert in 2015 geen percentages meer voor de inzet van hoofd- en medebehandelaren.

*Minimale inzet hoofdbehandelaren in de s-ggz/instellingen*

Wat betreft de disciplinemix in de g-ggz bij instellingen worden er door twee zorgverzekeraars in 2015 eisen gesteld aan de gemiddelde (dus niet voor afzonderlijke DBC's) verdeling hoofdbehandelaren/medebehandelaren. Dit is weergegeven in Tabel 2.5:

**Tabel 2.5 Ondergrens tijdstaandeel hoofdbehandelaren g-ggz in de behandeling**

Inkoopcombinatie / zorgverzekeraar	Eis
Achmea	Geen %, minimaal 1 minuut directe tijd
CZ	Geen %
VGZ	30% hoofdbehandelaar
Menzis	40% ambulante aanbieders, 20% klinische aanbieders
Multizorg VRZ	Geen %
DSW	Geen %

Achmea stelt dat de hoofdbehandelaar aan elke cliënt directe tijd dient te besteden, maar stelt geen eisen aan hoeveel tijd dit dient te zijn. VGZ stelt een ongedifferentieerde eis van gemiddeld minimaal 30% tijdstaandeel hoofdbehandelaren. Menzis differentieert hier naar type instelling (PAAZ/PUK, verslavingszorg, APZ) en naar ambulante versus klinische zorg. Zo wordt bijvoorbeeld door Menzis geëist dat voor een

ambulante ggz-instelling 40% van de totale directe tijd van de instelling geschreven wordt door een hoofdbehandelaar.

Het blijkt dat niet alle instellingen aan de gestelde eisen ten aanzien van inzet hoofdbehandelaren kunnen voldoen. In dat geval worden er lagere percentages afgesproken, en moet de instelling een plan indienen hoe in de toekomst alsnog het vereiste percentage gehaald zal worden.

Uit gesprekken met aanbieders blijkt dat de inzet van verschillende beroepen/disciplines sterk afhangt van het type zorg. Zo blijkt FACT zorg (ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening) in grotere mate geleverd te worden door beroepen die geen hoofdbehandelaar mogen zijn, zoals agogen en verpleegkundigen. Dit geldt ook voor ouderenpsychiatrie.

### **2.2.7 Monitoring & Controle**

Verzekeraars gebruiken de contracten om afspraken te maken over monitoring en controle van het contract. Alle verzekeraars hebben een vorm van productiemonitoring, waarbij maandelijks inzicht gegeven moet worden in de (lopende) productie. Ook de wachttijden (zowel aanmeld-wachttijd als behandelwachttijd) worden periodiek opgevraagd. Technisch zijn de productiemonitors niet gestandaardiseerd over de zorgverzekeraars heen. Er zijn ontwikkelingen gaande om dit te centraliseren en te standaardiseren, mogelijk bij Vektis.

De contracten bevatten uitvoerige clausules met betrekking tot wat er door de zorgaanbieder moet worden geregistreerd (praktijk- en patiëntenregistratie). Ook ten aanzien van de verwijzing worden er uitgebreide afspraken gemaakt, bijvoorbeeld dat deze recent moet zijn, welke gegevens deze minimaal moet bevatten. Hier is ook overlap met publieke regelgeving met betrekking tot rechtmatigheid van het declareren van prestaties ten laste van de Zvw. Ook worden er afspraken gemaakt over controle achteraf. Bijvoorbeeld het proces rondom inzage in medische dossiers door de Medische adviseurs van de zorgverzekeraar.

### **2.2.8 Duur van het contract**

In de inkoopdocumenten wordt gesproken over de contractduur van één jaar. Ook de contracten die wij hebben ingezien hebben allen betrekking op één jaar. Alleen over de klinische afbouw worden meerjaren afspraken gemaakt. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is een landelijke meerjarenafspraken tot 2020 voor de klinische afbouw. Zo heeft Achmea met een tiental aanbieders afspraken gemaakt over versnelde klinische afbouw, waarbij de besparingen die dit oplevert voor een deel aan de aanbieder ten goede komen (vorm van 'shared savings' model). Ook Multizorg geeft aan tweejarige contracten af te sluiten (2015-2016).<sup>10</sup> Het is ons bij deze contracten niet bekend waarover afspraken worden gemaakt.

### **2.2.9 Afwikkeling van het contract**

De afspraken worden gemaakt voor DBC's die geopend worden in 2015. Met een maximale doorlooptijd van één jaar betekent en een periode voor declaratie en verwerking, betekent dit dat in 2017 de afwikkeling

---

<sup>10</sup> <http://www.multizorgvrz.nl/100-ste-ggz-contract-2015-met-paaz-afdeling-van-het-maxima-medisch-centrum/>.



van het contract plaats kan vinden. De contracten bevatten namelijk diverse elementen waarvan de financiële consequentie pas duidelijk is als de gehele DBC productie bekend is.

Dan worden de definitieve prijsplafonds (per verzekerde, per DBC, per minuut) berekend, en kunnen afspraken als een bepaald percentage tijd geschreven door hoofdbehandelaren, een bepaald maximum aan diagnostiek DBC's gecontroleerd worden. Daarmee worden dan ook de definitieve hoogtes van de omzetplafonds bekend en wordt duidelijk wie er aan wie geld schuldig is. De verrekeningen vinden over het algemeen plaats via op- en afslagen over toekomstige declaraties of een eenmalige verrekening (betaling) van zorgaanbieder aan zorgverzekeraar.

### 2.3 Nieuwe aanbieders

Het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is in zijn algemeenheid gericht op bestaande aanbieders. Om in aanmerking te komen voor een contract moet een zorgaanbieder bij verschillende zorgverzekeraars aantonen dat in het voorgaande jaar een bepaald volume aan zorg is geleverd. Voor een nieuwe ggz-instelling betekent dit dat het eerste jaar niet-gecontracteerd gewerkt wordt, om zo aan de vereiste omzet te komen om in aanmerking te komen voor een contract in de toekomst.

**Tabel 2.6: Drempelwaarde instellingen voor het afsluiten van een ggz-contract**

	Achmea	CZ	Menzis	VGZ	Multizorg	DSW
<b>Drempelwaarde</b>	>100.000 Euro (Basis ggz + G- ggz samen)	>25.000 Euro	Geen minimum opgenomen in beleid	Geen minimum opgenomen in beleid	Geen minimum opgenomen in beleid	>25.000 Euro

VGZ geeft aan dat bij een omzet lager dan 250.000 euro voor VGZ verzekerden er een digitale procedure gevolgd wordt, waarbij de beoordelingscriteria voor bestaande en nieuwe aanbieders gelijk zijn, maar er voor nieuwe aanbieders wel een ander beoordelingstraject gevolgd wordt. Multizorg geeft aan dat er een vragenlijst moet worden ingevuld, waarna er een beslissing volgt.

Daarnaast geeft Achmea expliciet aan in welke regio's er nog behoefte aan nieuwe aanbieders is, gegeven het bestaande zorgaanbod. In 26 van de circa 100 PC2 postcodebieden geeft Achmea aan nog ruimte te zien voor nieuwe vrijgevestigde praktijken.

### 2.4 Inkoop vrijgevestigden

Op hoofdlijnen spelen bij de inkoop bij vrijgevestigden dezelfde thema's als bij instellingen: substitutie van g-ggz naar de basis ggz, hoofdbehandelaarschap, effectmeting via ROM, controles etc. Ook bevatten vrijwel alle contracten met vrijgevestigden omzetplafonds of maxima aan het aantal te declareren uren per FTE behandelaar. Hierbij werken verzekeraars met een verwacht/gemiddeld marktaandeel per praktijk/behandelaar/regio. Hierbij wordt bijvoorbeeld uitgegaan van 42 werkbare weken van 36 uur declarabele tijd, een regionaal marktaandeel van 20% en bepaald uurtarief (verschillend voor basis ggz en g-ggz). Achmea geeft aan de g-ggz plafonds te verlagen met 20% om substitutie naar de basis ggz te bewerkstelligen.

Het grote verschil met instellingen lijkt te zijn dat de inkoop via digitale procedures gaat, waarbij geen of beperkt maatwerk mogelijk is.

## 2.5 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Wanneer er geen contract wordt afgesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder kan een patiënt een (deel van) het maximumtarief vergoed krijgen bij de zorgverzekeraar. Deze vergoedingen verschillen per polis, en variëren van 50% van een 'marktconform tarief' (het gemiddelde van de door de verzekeraar gecontracteerde prijzen voor die prestatie, dit ligt in de regel lager dan het maximumtarief) tot 100% van het NZa maximumtarief. Zie ook deel A voor de toelichting bij Artikel 13 Zvw.

## 2.6 Signalen contractering

In het kader van het Bestuurlijk Akkoord is vanuit het ministerie van VWS een platform opgericht waarin branchepartijen van zorgaanbieders en verzekeraars knelpunten in de contractering bespreken. Het voorzitterschap werd door VWS vervuld, en de NZa vervulde het secretariaat.<sup>11</sup>

In de periode 2013-2014 zijn door partijen zo'n 80 signalen ingebracht. Het merendeel van de signalen zijn ingediend door LPGGz, de LVVP, NIP en GGZ Nederland. De signalen kunnen in vier hoofdcategorieën onderverdeeld worden:

- *Financiële ruimte*  
Veel ingebrachte signalen hadden te maken met de financiële ruimte (de hoogte van de omzetplafonds). Een vraagstuk dat hierbij eveneens speelt gaat over de marktaandelen van verzekeraars en de transparantie hierover bij verzekerden mutaties (zie ook paragraaf 2.2.2). Onder ander de volgende onderwerpen kwamen in de signalen aan de orde:
  - Hoogte omzetplafonds;
  - Marktaandelen (bij verzekerde mutaties);
  - Transparantie groeiruimte;
  - Impact van 'knoppensystematiek' met meerdere omzetplafonds.
- *Voorwaarden contractering en verantwoording*  
Vanwege het afschaffen van het representatiemodel onderhandelen zorgaanbieders met individuele verzekeraars. Verzekeraars stellen hierbij voorwaarden die soms verder gaan dan bestaande regelgeving. Hierover zijn veel signalen binnengekomen. Het gaat hierbij o.a. over (verschillende) eisen rondom het hoofdbehandelaarschap en de verwijfsbrief. Een ander vraagstuk betreft de manier waarop al dan niet gedifferentieerd wordt tussen zorgaanbieders – geïntegreerde instellingen, gespecialiseerde instellingen en vrijgevestigden – in bijvoorbeeld de wens tot ambulantisering en/of substitutie naar basis ggz. Onder ander de volgende onderwerpen kwamen in de signalen aan de orde:
  - Eisen rondom hoofdbehandelaarschap;
  - Verwijzing (incl. afhankelijkheid van huisarts);
  - Formele en materiele controles;

---

<sup>11</sup> Met het vervallen van het Bestuurlijk Akkoord in 2015 is ook het platform contractering opgeheven.

- Bij ambulantisering onvoldoende differentiatie naar zorgaanbod;
- Algemeen: administratieve lasten.
  
- *Proces contractering*  
Een aantal signalen had betrekking op het proces waarop contractering verliep. Het gaat hierbij met name om de termijnen waarop NZa regelgeving en het inkoopbeleid van verzekeraars gereed is, de transparantie van het inkoopproces en de flexibiliteit/onderhandelingsruimte. Onder ander de volgende onderwerpen kwamen in de signalen aan de orde:
  - Planning zorginkoop
  - Transparantie /communicatie
  - Onderhandelingsruimte/flexibiliteit
  
- *Veranderingen zorglandschap/transities*  
Een aantal signalen had betrekking op de in 2014 en 2015 doorgevoerde veranderingen in het zorglandschap. Het gaat hierbij o.a. over de invoering van basis ggz, Overheveling van (een deel) van de AWBZ naar de Zvw, invoering Wlz en de overheveling van jeugd ggz naar gemeenten. Een vraagstuk dat hierbij eveneens een rol speelde was de continuïteit van zorg.

Het zwaartepunt van de signalen lag bij de eerste twee hoofdcategorieën: financiële ruimte en contractuele voorwaarden.

Het merendeel van de signalen bevinden zich op het private terrein, de onderhandelingen tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar. De desbetreffende leden van het Platform zijn hierbij primair aan zet. Een aantal signalen zijn ook opgepakt door de NZa, bijvoorbeeld door onderzoek te starten naar de uitvoering van zorgplicht en het onderzoek naar wachtlijsten in de ggz.



## 3. Kwaliteit

Dit hoofdstuk richt zich op de meetbare aspecten van kwaliteit van zorg (indicatoren) in de ggz. Zorgverzekeraars hebben informatie nodig over de verschillen in de kwaliteit van zorg om zorg goed in te kunnen kopen. Verzekerden hebben deze informatie nodig om een goede keuze te kunnen maken tussen de verschillende zorgpakketten. Ook is deze informatie voor patiënten en cliënten nuttig bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder.

Indicatoren over kwaliteit van zorg in de ggz vallen uiteen in twee onderdelen: de prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM). De prestatie-indicatoren betreft een verzameling indicatoren die sinds 2006 jaarlijks worden verzameld en doorontwikkeld. ROM betreft het routinematig meten van behandelresultaten met behulp van vragenlijsten.

Dit hoofdstuk richt zich op recente ontwikkelingen. Het rapport 'Naar transparante kwaliteitsinformatie' van het Trimbos-instituut uit 2012 bevat een meerjaren-overzicht en uitgebreide achtergrondinformatie over de periode 2006-2012.

Voor het onderdeel ROM (paragraaf 3.1) heeft Stichting Benchmark GGZ in overleg met de NZa een bijdrage aangeleverd met analyses rond aanlevering en uitkomsten van ROM-metingen. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van overige prestatie-indicatoren in de ggz.

### *Belangrijkste bevindingen:*

- In het derde kwartaal van 2014 bevatte circa 40% van alle behandelingen van instellingen aangesloten bij SBG een ROM voor en na-meting.
- De ROM scores zijn nog niet gecorrigeerd voor verschillen in patiëntenpopulatie (casemix). In de loop van 2015 zal een eerste correctie voor verschillen in patiëntenpopulatie aan de SBG benchmark-omgeving toegevoegd worden.
- Er worden verschillende vragenlijsten gehanteerd bij ROM, wat de vergelijkbaarheid bemoeilijkt. De mate van uniformiteit hierin verschilt per zorgdomein. Zorgdomeinen zijn een eerste indeling binnen de ggz van patiëntengroepen op basis van behandelingsdoel (cure en care), aard van de aandoening (met en zonder verslaving) en leeftijd.
- De doorontwikkeling van de ggz prestatie-indicatoren zal gelinkt worden aan nog te ontwikkelen ggz kwaliteitsstandaarden per aandoening voor het Register van Zorginstituut Nederland.

## 3.1 Routine Outcome Monitoring

### 3.1.1 Inleiding

Volgens het Trimbos Instituut is het volgende kenmerkend voor Routine Outcome Monitoring:

- Er worden regelmatig gegevens verzameld: aan het begin, tijdens en aan het einde van de behandeling, en soms follow-up metingen na afloop van de behandeling (routine).
- De gegevens hebben betrekking op: de stoornis, de cliënt en effect van de behandeling (outcome).
- Op basis van deze gegevens wordt een beeld gevormd over de ontwikkeling van symptomen, het functioneren en de beschermende

en risicofactoren van de cliënt gedurende de behandeling (monitoring).

Zorgverzekeraars zijn met het ggz-veld overeen gekomen dat benchmarken op basis van de ROM gegevens een manier is om beter zicht te krijgen op de baten van deze zorgsector. De behoefte aan kwalitatief goede informatie van zorgverzekeraars kan vervuld worden met gegevens over de uitkomst van behandeling in de ggz. Dit is één van de redenen dat zorgverzekeraars ROM stimuleren.

Naast de kwaliteitsimpuls die implementatie van ROM met zich mee kan brengen voor de behandeling van de individuele patiënt, leveren geaggregeerde data informatie op over de prestaties van de ggz-sector. Daarnaast is de verwachting dat op termijn prestaties van instellingen met elkaar vergeleken kunnen worden.

ROM heeft als primair doel de behandeling zo goed mogelijk te ondersteunen door herhaaldelijk de toestand van de patiënt te meten en zo periodiek de uitkomst vast te stellen. Naast dit primaire doel van ROM is er nog een andere benutting van ROM gegevens ontwikkeld: gebruik van geaggregeerde ROM gegevens om onderlinge vergelijking of benchmarken mogelijk te maken en zo inzichten te verwerven om de kwaliteit en doelmatigheid van de ggz te verbeteren.

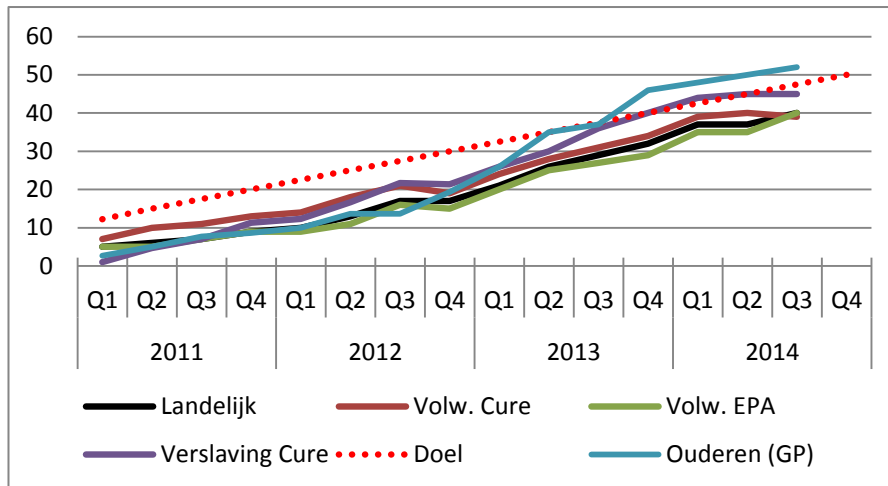
### **3.1.2 ROM-respons**

De mate waarin instellingen ROM toepassen wordt zichtbaar in de ROM-respons, het percentage DBC's waarbij een voor- en nameting is uitgevoerd en die dus evalueerbaar zijn.

Eind 2010 zijn in een bestuurlijk akkoord tussen zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over het groeitempo waarmee uitkomstgegevens bij SBG aangeleverd zouden gaan worden. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen in de ggz evalueerbaar moeten zijn. Voor vrijgevestigden gelden (inmiddels) andere streefpercentages: 15% in 2014, 25% in 2015, 40% in 2016 en 50% in 2017.

De landelijke ontwikkeling van ROM aanleveringen bij instellingen is weergegeven in Figuur 3.1 voor een viertal zorgdomeinen (zie de Bronnen en Methoden voor een omschrijving van de zorgdomeinen die SBG onderscheid):

**Figuur 3.1. De landelijke responsontwikkeling (in %DBC's) weergegeven per kwartaal vanaf 2011 voor alle zorgdomeinen**



Bron: SBG

De responsontwikkeling wordt gemeten door voor de instellingen die gegevens aanleveren aan SBG te kijken naar het aantal DBC's mét ROM meting, en deze te vergelijken met het totaal aantal DBC's dat in aanmerking komt voor een ROM meting (hier worden dan b.v. crisis-DBC's en DBC's zonder directe tijd niet meegeteld). Per 1 januari 2014 zijn hier ook de basis ggz producten bij gekomen, waarmee ook een groot deel van de voormalige eerstelijns psychologische zorg 'in scope' komt voor ROM. Dit is nog niet volledig in de responspercentages verwerkt.<sup>12</sup>

Figuur 3.1 laat zien dat de landelijke implementatie van ROM iets achter ligt op schema (de stippellijn). Maar over de jaren heen is een gestage groei te zien en een duidelijke koers ingezet naar ggz-brede ROM-implementatie. De groei komt dicht in de buurt van de 10% per jaar en bij voortzetting van de huidige trend zal in de tweede helft van 2015 de 50% respons gepasseerd worden.

Instellingen die aan SBG gegevens aanleveren (circa 207 op 26 februari 2015) vertegenwoordigen naar naar schatting circa 80% van het landelijke DBC volume, de resterende 20% wordt uitgevoerd:

- door instellingen die nog niet hun gegevens bij SBG hebben aangeleverd (circa 10% van het DBC volume); of
- door vrijgevestigden die naar schatting 10%<sup>13</sup> van de jaarlijkse productie in de ggz voor hun rekening nemen.

Deze laatste groep is nog niet aangesloten op SBG. Vanwege de omvang van deze groep (3000+ vrijgevestigde behandelaren) en de benodigde personele capaciteit van SBG om één aansluiting te realiseren is gekozen voor een oplossingsrichting waar gewerkt zal worden met een

<sup>12</sup> De basis ggz producten die aangeleverd worden aan SBG zijn meegenomen in deze cijfers. Dit betreft naar schatting circa 5 à 10% van het totale volume. SBG heeft aangegeven dat voor de basis ggz producten het responspercentage 38% was over 2014, en daarmee dus niet sterk afwijkt van het responspercentage op totaalniveau.

<sup>13</sup>SBG heeft vrijwel alle instellingen met noemenswaardige DBC-productie (zowel voormalig gebudgetteerd als de 'nieuwe' instellingen) in beeld, en heeft een schatting gemaakt van het DBC-volume van instellingen dat nog ontbreekt (circa 10%). De NZa heeft op basis van een recent Vektis declaratiebestand (peildatum Q1 2014) het volume aandeel niet-gebudgetteerde aanbieders bepaald op circa 20% van het landelijk DBC-volume. Hieruit volgt dat het volume van vrijgevestigde zorgverleners (niet zijnde een instelling) circa 10% betreft.

'tussenpartij' die de ROM gegevens van vrijgevestigden op één punt kan verzamelen en kan doorleveren aan SBG. Dit traject loopt nog.

### 3.1.3 Effectrapportages in BRaM

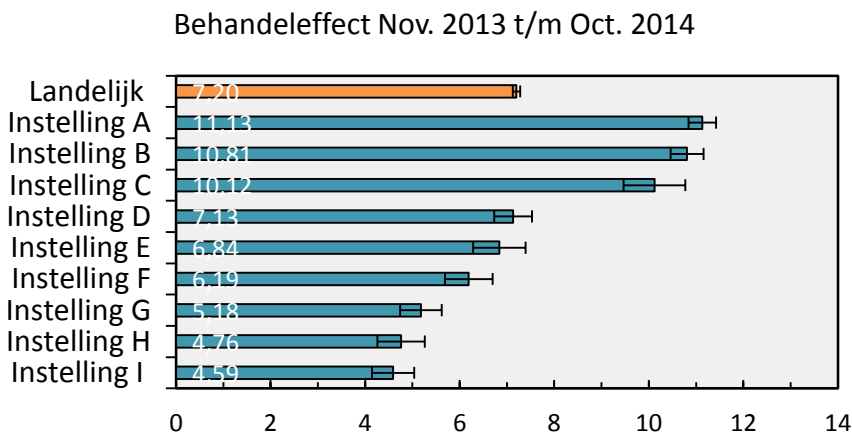
BRaM staat voor 'Benchmark Rapportage Module'. Dit is een landelijke benchmark-omgeving waar instellingen hun gemiddelde 'uitkomst van de behandeling' kunnen spiegelen aan bijvoorbeeld het landelijk gemiddelde. De BRaM omgeving wordt beschikbaar gesteld door Stichting Benchmark GGZ.

De uitkomst van de behandeling wordt gedefinieerd als het verschil (delta) tussen de voor- en de nameting uitgedrukt in een standaardscore (de genormaliseerde T-score). De T-score is gestandaardiseerd op een gemiddelde van 50 met een spreiding van de meetwaarden van 10. Zo betekent een delta-T score van +10 een verschuiving van 1 standaardafwijking richting gezondheid. Ter vergelijking: de IQ-score is ook een indicator die is gestandaardiseerd op een gemiddelde (100) en spreiding (1 standaardafwijking op de IQ schaal is 15 IQ punten).

De uitkomst van de behandeling bij een groep patiënten wordt vergeleken met het landelijk gemiddelde (de behandel-effect benchmark).

In Figuur 3.2 wordt de gemiddelde landelijke uitkomst voor in 2014 afgesloten initiële DBC's (de eerste 12 maanden behandeling of korter) weergegeven van patiënten in ambulante curatieve zorg (Zorgdomein Volwassenen Cure).

**Figuur 3.2. Gemiddelde uitkomst van de behandeling (Delta T), landelijk en bij negen instellingen (Volwassenen Cure)**



Bron: SBG

Uit de figuur volgt dat de landelijk gemiddelde 'uitkomst van de behandeling' Delta T gelijk is aan 7,20. Naast het landelijk gemiddelde is de uitkomst voor negen geselecteerde instellingen (A tot I) weergegeven, inclusief het betrouwbaarheidsinterval. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er statistisch significante verschillen in behandeluitkomst gemeten worden. Echter, omdat er nog geen casemix-correctie heeft plaats gevonden kunnen nog geen uitspraken gedaan worden over verschillen in prestatie.

De Delta T kan ook vertaald worden in klinisch meer betekenisvolle categorieën van behandeluitkomsten. Deze marktscan bevat als bijlage



een beschrijving van de methode die SBG heeft geïmplementeerd om tot dergelijke categorieën te komen. SBG is van plan om deze methode op termijn aan de BRaM omgeving toe te voegen.

### 3.1.4 Casemix correctie

Een vergelijking van behandelresultaten met het landelijk gemiddelde (de uitkomst benchmark) of vergelijking tussen instellingen onderling kan oneerlijk zijn wanneer geen rekening wordt gehouden met specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie van een instelling, de casemix. De kenmerken van de casemix kunnen immers van invloed zijn op het resultaat en het gevaar bestaat dat zo appels met peren worden vergeleken.

SBG doet samen met het veld onderzoek naar potentiële casemix variabelen: achtergrond kenmerken van patiënten, zoals sekse, leeftijd, of opleidingsniveau en klinische kenmerken (zoals ernst, complexiteit of comorbiditeit).

Per 1 januari 2015 is er voor de zorgdomeinen Volwassenen Cure (meetdomein 'Klachten en symptomen') en EPA (meetdomein 'Functioneren') een eerste casemix model versie 1.0 opgesteld.

Er is gebleken dat het gemeten behandelresultaat vooral samenhangt met het beginniveau van de ernst van de klachten (de initiële ROM meting). Hoe hoger het ernstniveau, hoe meer ruimte er is voor verbetering, en dus hoe groter het behandelresultaat. Demografische variabelen of andere klinische variabelen voegen voornamelijk weinig prognostische waarde aan het model toe.

In de loop van 2015 zal SBG de presentatie van de gemiddelde behandelingsuitkomsten van instellingen in de benchmark-omgeving vergezeld doen gaan van het te verwachten behandelresultaat per instelling op grond van de casemix variabelen. Dit betekent dat een instelling vanaf dat moment twee behandeluitkomsten ziet, de ruwe behandeluitkomst, en de verwachte behandeluitkomst. De verwachte behandeluitkomst geeft aan welke behandeluitkomst verwacht kan worden op basis van de patientkenmerken van de betreffende instelling. Door het vergelijken van de werkelijke met de verwachte behandeluitkomst wordt de vraag beantwoord hoe de instelling presteert ten opzichte van de verwachte behandeluitkomst.

In casemixmodel 1.0 wordt de verwachte behandeluitkomst bepaald op grond van het klachtniveau op de voormeting, de score op de GAF, leeftijd en de aanwezigheid van specifieke hoofddiagnoses. Het bleek dat geslacht, sociaal-economische status en urbanisatiegraad onvoldoende samenhangen met het behandelresultaat, en zijn daarom buiten het casemixmodel gelaten.

Het eerste casemix model ziet SBG nog als zeer voorlopig: nog niet alle potentieel belangrijke casemix variabelen zijn vastgesteld en de huidige casemix variabelen worden door instellingen nog niet volledig aangeleverd. Betere aanlevering van gegevens zal SBG de komende jaren in staat stellen de casemix correctie verder te verfijnen.

### 3.1.5 Gebruik van verschillende ROM-vragenlijsten

Bij het ROM-en worden op dit moment verschillende meetinstrumenten gebruikt. Dit maakt het lastiger om prestaties te vergelijken, de uitkomsten van de verschillende meetinstrumenten moeten immers vergelijkbaar gemaakt worden. Het is wenselijk dat er na verloop van tijd

consensus ontstaat over welk instrument voor welk zorgdomein en voor welk meetdomein het meest geschikt is. Om een indruk te geven van de diversiteit aan meetinstrumenten heeft SBG op verzoek van de NZa voor twee zorgdomeinen het gebruik van verschillende meetinstrumenten in kaart gebracht.

Tabel 3.1 bevat een overzicht van de instrumenten binnen twee zorgdomeinen, Volwassenen Cure en Volwassenen EPA.

**Tabel 3.1 Frequentie van gebruik van verschillende vragenlijsten**

Volwassenen Cure		Volwassenen EPA	
naam	%	naam	%
BSI	30%	HoNOS	90%
CORE	8%	CANSAS	10%
DASS21	3%		
DASS42	-		
HADS	-		
KKL	17%		
OQ45	34%		
SCL90	8%		
SQ-48	-		

Bron: SBG

Splitsen we de DBC trajecten van het zorgdomein Volwassenen Curatieve zorg uit naar gebruikt meetinstrument voor het primaire meetdomein 'klachten en symptomen', dan blijkt dat de Outcome Questionnaire (OQ-45) het meest aangeleverd wordt, gevolgd door de Brief Symptom Inventory (BSI), de Korte Klachten Lijst (KKL), de Clinical Outcomes Routine Evaluation (CORE), de Symptom Checklist (SCL-90) en de Depression Anxiety Stress Scales (DASS21). De Symptom Questionnaire (SQ-48) wordt nog niet aangeleverd, maar dat zal in de toekomst veranderen, want een aantal instellingen gaan over op deze gratis vragenlijst. Deze instrumenten zijn niet allemaal exact gelijk in gevoeligheid voor verandering (de Beurs et al, 2012).<sup>14</sup>

In het zorgdomein Volwassenen EPA is voor het meten van het primaire meetdomein 'functioneren' meer uniformiteit bij de instrumentkeuze: de overgrote meerderheid meet met de Health of Nation Outcome Scale (HoNOS) met slechts een bescheiden aandeel voor de Camberwell Assessment of Needs Scale (CANSAS).

Samenvattend is er voor het zorgdomein Volwassenen Cure nog een weg te gaan voordat er één landelijke standaard vragenlijst wordt gehanteerd. Voor het zorgdomein Volwassenen EPA echter blijkt er al een sterke voorkeur voor de HoNOS vragenlijst te zijn in het veld.

<sup>14</sup> de Beurs, E., Barendregt, M., Flens, G., van Dijk, E, Huijbrechts, I., & Meerding, W. J. (2012). Equivalentie in responsiviteit van veel gebruikte zelfrapportage meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 67, 259-264.

## 3.2 Prestatie-indicatoren

### 3.2.1 Totstandkoming prestatie-indicatorenset

Ggz-aanbieders zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zich te verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg.<sup>15</sup> Dit gebeurt door middel van prestatie-indicatoren die jaarlijks moeten worden aangeleverd. Met de oprichting van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) is het proces rond het definiëren, meten, en verzamelen van kwaliteitsindicatoren aanzienlijk gewijzigd.

Er zijn verschillende partijen die een rol spelen bij de prestatie-indicatoren. Dit betreffen:

- Ministerie van VWS (incl. Zichtbare zorg van 2007-2012)
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- GGZ Nederland en overige vertegenwoordigers van aanbieders
- Zorgverzekeraars Nederland
- Landelijk platform GGZ
- Stichting Benchmark GGZ
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO)
- Onderzoeksbureau's

Met betrekking tot de totstandkoming van de indicatoren is er een belangrijke rol weggelegd voor het ZiNL. Het ZiNL stelt namelijk kaders aan het verloop van deze processen.

Zo dienen veldpartijen een gezamenlijk voorstel ('tripartiet', dus door vertegenwoordigers van zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars) voor een prestatie-indicatorenset in te dienen bij ZiNL. GGZ Nederland, Landelijk platform GGZ, en Zorgverzekeraars Nederland<sup>16</sup> hebben op 19 november 2014 de Kernset prestatie-indicatoren 2014 aangeboden aan ZiNL. De Kernset prestatie-indicatoren 2014 is grotendeels gelijk aan de kernset 2013. De kernset 2014 is op enkele punten vereenvoudigd dan wel aangepast, om beter aan te sluiten bij de gegevensverzameling door SBG. De aangeboden indicatorenset is door ZiNL geaccepteerd en opgenomen in het Register. Het Register moet zichtbaar maken wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is. Met betrekking tot het meten en aanleveren van de gegevens zijn afspraken gemaakt die gepubliceerd worden op de Transparantiekalender van ZiNL.

De aanlevering van gegevens aan het ZiNL werkt via een "gegevensmakelaar" (tussenpartij). Hiervoor is gekozen om te borgen dat gegevens op een uniforme, betrouwbare manier wordt verzameld, waarbij richtlijnen rond veilig dataverkeer en bescherming van persoonsgegevens in acht worden genomen. Voor de ggz-indicatorenset heeft Stichting Benchmark GGZ deze rol op zich genomen. Aanbieders leveren gegevens aan het SBG. SBG verzamelt de data of coordineert de dataverzameling en verzorgt eventueel noodzakelijk bewerking van de data. Vanuit SBG wordt het zo ontstane gegevensbestand aan ZiNL geleverd. ZiNL ontvangt deze data en publiceert deze in het Openbaar Databestand (ODB).

De gegevens in het ODB bestand zijn bedoeld om de professionele gebruiker, zoals zorgverzekeraars, zorginstellingen en onderzoekers, van kwaliteitsgegevens te voorzien. Deze gegevens kunnen vervolgens

<sup>15</sup> Uitzondering hierop betreffen vrijgevestigde zorgaanbieders en de eerstelijns.

<sup>16</sup> Stichting Benchmark GGZ heeft een begeleidende rol gespeeld.

worden gebruikt in het toezicht van de IGZ, bij de zorginkoop door zorgverzekeraars, en worden vertaald naar keuze-informatie door bijvoorbeeld patiëntenbelangorganisaties.

#### *Toekomst: integreren meetinstrumenten en zorgstandaarden*

De huidige prestatieindicatorenset staat nog los van de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen die de afgelopen jaren in de ggz zijn ontwikkeld. Op dit moment worden multidisciplinaire ggz-richtlijnen (evidence-based) vertaald naar modulair opgebouwde zorgstandaarden om aangeboden te kunnen worden aan het Register. De zorgstandaarden vormen vervolgens de basis voor zorgpaden en (regionale) zorgprogramma's. Om de toegevoegde waarde van zorgstandaarden (en zorgpaden) inzichtelijk te maken worden per zorgstandaard de relevante uitkomstmaten gedefinieerd. Deze uitkomstenmaten zouden dan de plek innemen van/deels overlappen met de huidige set prestatie-indicatoren.

### **3.2.2 Inhoud prestatie-indicatorenset**

De prestatie-indicatorenset 2014 bestaan uit drie onderdelen, afhankelijk van hoe de gegevensverzameling plaats vindt:

- Effectiviteitsindicatoren (ROM)
- Cliëntervaringsindicatoren (CQ-index)
- Veiligheidsindicatoren (Vragenlijst IGZ)

Op <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/ggz/> is de volledige lijst met indicatoren te vinden. De site van Stichting Benchmark GGZ bevat een overzicht met achtergrondinformatie per indicator. Hier volstaan we met per onderdeel een korte beschrijving van de inhoud.

#### *Effectiviteit van zorg (ROM)*

De indicatoren voor effectiviteit van zorg zijn gebaseerd op de ROM-data die aan Stichting Benchmark GGZ wordt aangeleverd (zie ook Hoofdstuk 3.1). Om tot vergelijkbare cijfers te komen wordt gewerkt met zorgdomeinen (b.v. 'Volwassenen kort'). Ook worden er verschillende meetdomeinen onderscheiden. Het betreft:

- Ernst problematiek
- Dagelijks Functioneren
- Kwaliteit van leven

Per zorgdomein en meetdomein zijn er verschillende meetinstrumenten in gebruik.

#### *Cliëntervaring (CQ)*

Voor het meten van de cliëntervaring wordt voor 2014 gebruik gemaakt van de CQ (Consumer Quality Index) vragenlijsten. Dit heeft betrekking op ZVw-gefinancierde (DBC) zorg.

#### *Veiligheid van zorg (vragenlijst)*

Dit betreft de risico-indicatoren van de IGZ. De benodigde gegevens hebben diverse herkomsten. De indicator 'somatische screening' komt bijvoorbeeld uit het cliëntregistratiesysteem van de aanbieder. Voor het meten van het aantal separaties worden de Argus<sup>17</sup> gegevens gebruikt. Ook de DBC's zelf worden gebruikt, bijvoorbeeld door via de sluitreden 'initiatief bij de patiënt, NIET bij behandelaar' het percentage drop-out te bepalen.

---

<sup>17</sup> Argus is een gegevensset voor vrijheids-beperkende interventies.

### 3.2.3 Gebruik van de indicatoren

#### *IGZ*

De IGZ definieert indicatoren die voor de inspectie essentieel zijn om op risicogerichte wijze toezicht te houden op de ggz, verslavingszorg en forensische zorg. Deze indicatoren betreffen hoofdzakelijk de veiligheidsindicatoren en zijn samen met de overige indicatoren aangeboden aan het Register. Naar alle waarschijnlijkheid neemt SBG de verzameling en aanlevering van deze indicatoren over van de IGZ.

#### *Patiënten/cliënten*

KiesBeter (een website voor keuze-informatie die is opgericht onder het programma Zichtbare Zorg en per 1 januari 2014 onderdeel is van ZiNL) bevat geen ggz-zorg. Op dit moment bevat alleen de website ZorgkaartNederland keuze-informatie voor patiënten/cliënten in de ggz. Deze website bevat reviews/recensies die door bezoekers van de website zijn achtergelaten. Ondanks dat er wel op grote schaal cliëntervaringsgegevens worden verzameld, en voor verslagjaar 2013 en eerder ook openbaar beschikbaar zijn op de website zorginzicht.nl, is deze informatie (nog) niet ontsloten voor patiënten/cliënten. Het Landelijk Platform GGz werkt samen met zorgverzekeraars en SBG samen aan een nieuwe keuzewebsite voor de ggz.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars zijn bij de zorginkoop nog steeds primair gericht op het creëren van transparantie van kwaliteit, waarbij het meten en aanleveren van gegevens zelf wordt gestimuleerd. Het is de NZa niet bekend dat er (met uitzonderlijk van de kwaliteits-benchmarks van CZ voor ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen, die gebaseerd zijn op een eigen uitvraag van CZ) selectief wordt ingekocht op basis van gemeten kwaliteitsverschillen.



## 4. Marktgedrag

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het marktgedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, in relatie tot de naleving van de regels in de curatieve ggz. In paragraaf 4.1 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste signalen die de NZa in 2014 heeft ontvangen. In paragraaf 4.2 wordt ingegaan op de privacyregeling ggz. Hoofdstuk 4.3 gaat in op de problematiek van upcoding bij het tijdschrijven. In hoofdstuk 4.4 wordt nader ingegaan op onregelmatigheden uit het DBC-Informatie systeem (DIS). Hoofdstuk 4.5 behandelt de gevolgen van beleidswijzigingen voor het declaratie gedrag. Tot slot worden in hoofdstuk 4.6 de belangrijkste (toezichts)acties van de NZa besproken.

### *Belangrijkste bevindingen:*

- In 2014 heeft de NZa 290 signalen ontvangen over de ggz. Dit betrof 16% van het totaal aan ontvangen signalen.
- De NZa heeft in 2014 het project correct declareren curatieve ggz uit 2013 gecontinueerd. Dit heeft geresulteerd in wijzigingen van de declaratieregels en diverse toezicht acties.
- In 2014 heeft er ook een discussie gespeeld rond de naleving van de privacy regels door zorgverzekeraars. Naar aanleiding van deze discussie besteedt de NZa bij de review van de vereveningsopgave door zorgverzekeraars extra aandacht aan de naleving van deze regels.
- In 2014 heeft de NZa ook onderzoek gedaan naar onregelmatigheden in de DIS-data.

### 4.1 Signalen

De NZa ontvangt vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevatten. Deze signalen zijn een indicatie waar zich mogelijk problemen voordoen. Deze signalen gebruikt de NZa bij het het bepalen van de prioriteiten in toezicht.

Signalen bieden veel informatie. Zo kan blijken hoe ernstig problemen zijn en wat de structurele aard is van de problematiek. Wij gebruiken de signalen bij onze analyses en bepalen mede op basis daarvan de meest effectieve aanpak. Andere bronnen die daarbij gebruikt kunnen worden zijn bijvoorbeeld het DBC-informatiesysteem. Samenwerking en afstemming met andere toezichthouders, het Openbaar Ministerie, de inspectie SZW en de FIOD is hierbij van groot belang.

In 2013 heeft de NZa van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars ongeveer 240 signalen ontvangen over de ggz. 20 daarvan hadden betrekking op de psychologische zorg in de AWBZ. In 2014 zijn ongeveer 290 signalen ontvangen, waarvan 20 over de AWBZ. Ter vergelijking: In 2014 heeft de NZa over alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk 1830 signalen ontvangen. Zo'n 16% van deze signalen gingen dus over de ggz. Hiernaast heeft de NZa ook van een aantal brancheorganisaties in 2014 meldingen ontvangen over knelpunten. Deze meldingen zijn niet meegenomen in het onderstaande overzicht. Een groot deel van deze meldingen ging over privacy.

Signalen blijken soms over meerdere onderwerpen te gaan. Hieronder zijn de meest voorkomende onderwerpen waarover de NZa in 2014 signalen heeft ontvangen opgenomen:

**Tabel 4.1 Ontvangen signalen ggz 2014**

Onderwerp	Aantal
Hoge tarieven in relatie tot de (ervaren) bestede tijd	85
Rijbewijskeuringen door psychiaters	62
Zorg niet geleverd	25
Onjuiste prestatie gedeclareerd	20
Transparantie/misleiding	18
Zorg niet tijdig geleverd/zorgplicht	17
Kwaliteit	13
Onjuiste vergoeding zorgverzekeraar	8
Verlengde arm constructies	4
Privacy	3
Overig (inclusief AWBZ)	45
<b>Totaal</b>	<b>290</b>

Hieronder wordt kort ingegaan op een aantal van de hierboven genoemde veel voorkomende signalen.

#### *Hoge tarieven in relatie tot de bestede tijd*

Signalen over hoge tarieven in relatie tot de bestede tijd hebben meestal betrekking op het feit dat mensen de relatie tussen de duur van het fysieke contact met de behandelaar en het in rekening gebrachte tarief (gedeclareerde aantal minuten) niet begrijpen. Een oorzaak hiervan kan zijn dat een consument geen inzicht heeft in de indirecte bestede tijd en alleen de feitelijke contacttijd ziet. Deze signalen kunnen soms ook wijzen op upcoding. Van upcoding is sprake wanneer een zorgaanbieder door meer tijd te registreren of net iets meer te behandelen dan nodig is een hoger tarief in rekening kan brengen.

Mede naar aanleiding van deze signalen zijn in 2014 de factureringsregels aangescherpt. Zo is de verplichting opgelegd om de directe en indirecte tijd te vermelden. Hierdoor sluiten de declaraties beter aan bij de zorginhoudelijke vereisten. Onvolkomenheden worden hierdoor beter zichtbaar.

#### *Rijbewijskeuringen door psychiaters*

Klachten over rijbewijskeuringen gaan vaak over de hoogte van de declaratie terwijl het consult soms maar enkele minuten heeft geduurd. Ook zijn er signalen dat het gedeclareerde tarief afwijkt van het door de NZa vastgestelde tarief. Afgelopen jaar heeft de NZa het tarief voor rijbewijskeuringen aangepast. Bovendien is het mogelijk geworden om ook per kwartier te declareren. In 2015 is de NZa een toezichtonderzoek gestart naar de rechtmatigheid van de declaraties voor rijbewijskeuringen.

#### *Niet geleverde zorg*

Niet geleverde zorg betreft declaraties van behandelaars voor zorg die de consument zegt nooit ontvangen te hebben. In enkele gevallen gaat het om declaraties over een periode waarin een behandeling al beëindigd was.

#### *Onjuiste prestatie gedeclareerd*

Bij onjuist gedeclareerde prestaties is wel zorg geleverd, maar is een verkeerde prestatie in rekening gebracht. Oorzaak hiervan kan zijn dat de behandeling niet goed in de prestatie past, onbekendheid met de regels of anderszins.



## 4.2 Privacyregeling ggz (opt-out regeling)

De NZa biedt in haar declaratieregels binnen de ggz<sup>18</sup>, de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen het vermelden van de diagnose op de factuur. Dit wordt ook wel de opt-out regeling genoemd. Patiënten en zorgaanbieders kunnen dat regelen met een privacy verklaring.

### *2013: nog weinig concrete ervaringen opgedaan*

In 2013 heeft de NZa deze privacyregeling geevalueerd.<sup>19</sup> Bij de evaluatie van de privacyregeling ggz zijn patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd naar hun ervaringen en mogelijke verbeteringsuggesties. De evaluatie heeft plaats gevonden in de maand juni 2013. De conclusie van de NZa is dat er ten tijde van de evaluatie geen noodzaak was om de regeling aan te passen: er zijn nog weinig concrete ervaringen opgedaan en de verbeterpunten die de deelnemers aan de evaluatie noemen, kunnen worden gerealiseerd binnen de regeling. Waar zij dat toch wenselijk achten, kunnen branchepartijen bij de NZa concrete wijzigingsvoorstellen indienen.

### *Feitelijk gebruik regeling in 2014*

De NZa heeft in maart 2015 informatie opgevraagd bij zorgverzekeraars over het feitelijk gebruik van de privacyregeling ggz in 2014. Specifiek ging het om het percentage DBC's dat is geopend in 2014, waarbij gebruik is gemaakt van de opt-out regeling. Het blijkt dat bij gemiddeld 0,09% van alle ultimo 1 maart 2015 verwerkte DBC-declaraties geopend in 2014 gebruik is gemaakt van de opt out regeling. Het percentage varieert van circa 0,04% tot 0,13%, afhankelijk van de verzekeraar.

Kanttekening hierbij is dat het percentage is gebaseerd op circa 20-25% van de totale schadelast 2014. Daarnaast is de jeugd-ggz overtegenwoordigd vanwege het vervroegd sluiten van alle jeugd-DBC's eind 2014 in verband met de overheveling naar de jeugdwet. Hierbij is door de NZa een afweging gemaakt tussen het gebruik van recente maar onvolledige data, en volledige maar gedateerde data. Gegeven dat per 1 januari 2014 er aparte declaratiecodes voor de opt out regeling beschikbaar kwamen is er voor gekozen om geen oudere gegevens op te vragen.

### *Signalen niet goed toepassen privacyregeling*

Begin 2014 heeft de NZa enkele signalen ontvangen over het niet goed toepassen van deze privacyregeling. Met name vanuit brancheorganisaties kwam naar voren dat zorgverzekeraars de regelgeving rond de verwerking van persoonsgegevens niet goed na zouden leven. Naar aanleiding van deze klachten heeft de NZa alle zorgverzekeraars in een brief de regeling nogmaals uitgelegd en de zorgverzekeraars gevraagd te bevestigen dat de regeling correct wordt toegepast.

<sup>18</sup> <http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/curatieve-ggz/NR-CU-548>.

<sup>19</sup> [http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport\\_Evaluatie\\_privacyregeling\\_ggz.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Evaluatie_privacyregeling_ggz.pdf).

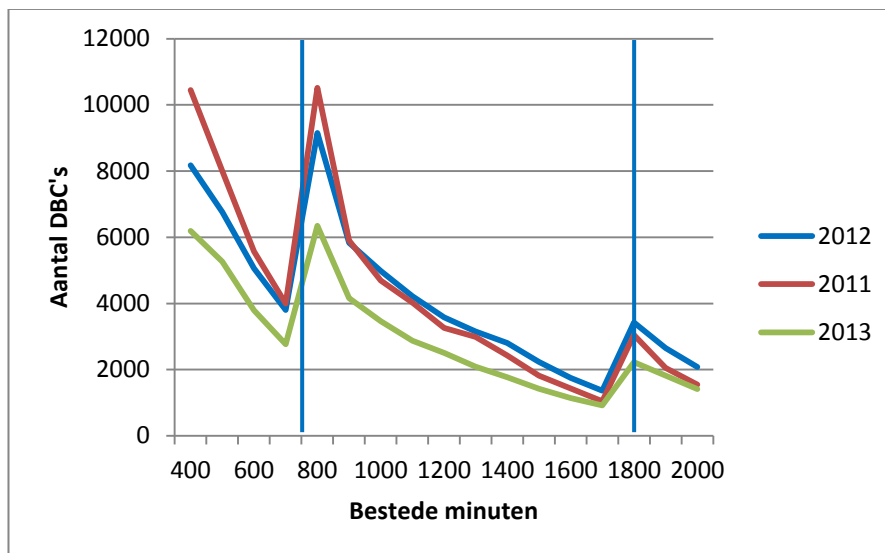
### 4.3 Upcoding DBC's rond tijdsgrenzen

In vorige marktscans werd aandacht besteed aan het zogenaamde 'upcoden' van DBC's in de ggz.<sup>20</sup> Voor zorgaanbieders bestaat er een financiële prikkel om een DBC net na een tijdsgrens te sluiten, aangezien deze vervolgens meer geld oplevert.

In onderstaande figuren staat de verdeling van het aantal DBC's van zorgaanbieders over de verschillende tijdsklassen. Bij de tijdsgrenzen 800 en 1800 minuten kunnen hoger tarieven gedeclareerd worden.<sup>21</sup>

Uit de grafieken blijkt dat er duidelijk 'zaagtanden' zichtbaar zijn, wat erop duidt dat er relatief veel DBC's net na een tijdsgrens worden gesloten, en relatief weinig DBC's vlak voor de tijdsgrens. Hieronder worden deze grafieken weergegeven voor de jaren 2011 tot en met 2013. De zaagtanden zijn bij niet-gebudgetteerde aanbieders (vrijgevestigde praktijken en 'nieuwe instellingen') heel sterk aanwezig. Deze aanbieders werden in tegenstelling tot (voormalig) gebudgetteerde zorgaanbieders al sinds 2008 volledig bekostigd via DBC's.

**Figuur 4.1 bestede tijd niet-gebudgetteerde aanbieders (DBC's geopend 2011-2013)**

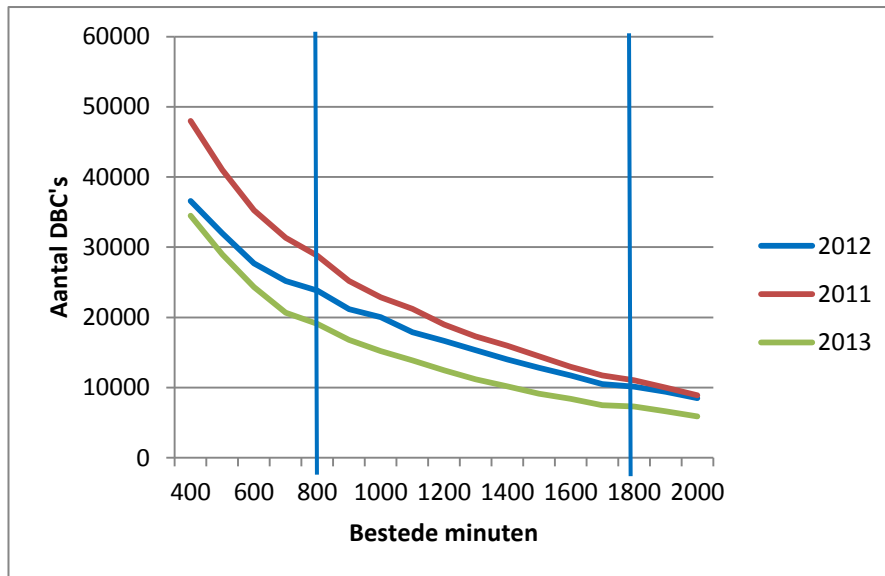


Bron: NZa peildatum 2014

<sup>20</sup> [www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan\\_Geestelijke\\_Gezondheidszorg.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Geestelijke_Gezondheidszorg.pdf).

<sup>21</sup> De twee tijdsgrenzen zijn gemarkeerd met twee verticale lijnen. Deze zijn geplaatst bij 800 en 1800 minuten. Ter verduidelijking: het gaat hierbij om het aantal DBC's binnen tijdsinterval 700-799 minuten (vlak voor de tijdsgrens) en binnen tijdsinterval 800 tot 899 minuten (vlak na de tijdsgrens). Voor 1800 idem dito.

**Figuur 4.2 bestede tijd gebudgetteerde instellingen (DBC's geopend 2011-2013)**



Bron: NZa peildatum 2014

Uit Figuur 4.2 blijkt dat bij (voormalig gebudgetteerde) instellingen de zaagtanden vrijwel afwezig zijn, ook in 2013. In 2013 is prestatiebekostiging ingevoerd waarna ook gebudgetteerde zorgaanbieders volledig worden bekostigd via DBC's. Tot die tijd bestond er voor gebudgetteerde zorgaanbieders geen prikkel tot upcoding (aangezien zij werden bekostigd via de budgetsysteematiek en niet via de DBC's).<sup>22</sup>

*Analyse DBC upcoding op het niveau van afzonderlijke aanbieders*  
Vanwege de invoering van prestatiebekostiging is een extra analyse uitgevoerd bij de (voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieders. Hieruit blijkt dat binnen deze groep aanbieders in 2013, maar ook al in voorgaande jaren, op beperkte schaal (circa 1% van het totaal) upcoding plaats vindt. Deze analyse wordt hieronder beschreven.

De analyse is uitgevoerd door te selecteren op aanbieders met een scheve verhouding van DBC's vlak vóór een DBC tijdsgrens en vlak na de DBC tijdsgrens. Bij afwezigheid van upcoding verwachten we evenveel DBC's voor de tijdsgrens als na de tijdsgrens. Hierbij is rekening gehouden met de rol van toeval.<sup>23</sup> Bij de gehanteerde formule (zie Bronnen en methoden voor details) beschouwen we bij 100 DBC's rond de tijdsgrens een ratio = (aantal DBC's vlak voor tijdsgrens/(aantal DBC's vlak voor + aantal DBC's vlak na de tijdsgrens) van meer dan 0,65 als significant afwijkend.

In Tabel 4.2 staan per jaar het aantal AGB codes<sup>24</sup> dat statistisch significant afwijkt, en daarmee in de analyse als 'upcoder' wordt aangemerkt. Voor aanbieders met grote aantallen DBC's kunnen kleine

<sup>22</sup> In 2014 is door het CPB een onderzoek uitgevoerd naar upcoding: 'Onbedoelde effecten bij de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg': <http://www.cpb.nl/publicatie/onbedoelde-effecten-bij-de-invoering-van-prestatiebekostiging-de-curatieve-geestelijke-ge>

<sup>23</sup> Met 'toeval' wordt rekening gehouden door de grens van wat als 'afwijkend' wordt beschouwd een functie te maken van het aantal DBC's rond de tijdsgrens, en het risico dat we willen lopen om aanbieders met toevallige uitschieters ten onrechte van upcoding te beschuldigen..

<sup>24</sup> Om precies te zijn de combinatie AGB code en 'volgnummer DIS'. Er zijn aanbieders die dit volgnummer gebruiken om onderscheid te maken naar organisatieonderdelen.

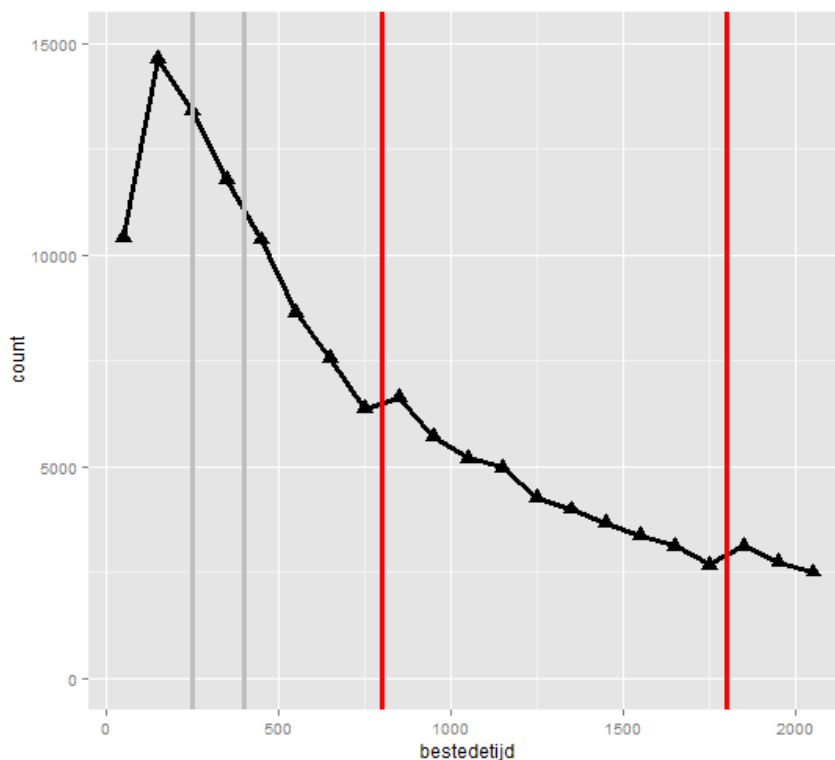
afwijkingen al statistisch significant zijn. Daarom is de grens nog eens met 5% verschoven om de aanbieders te selecteren waar de afwijking relatief groot is. Beide aantallen zijn per jaar weergegeven:

**Tabel 4.2 Upcoding bij (voormalig) gebudgetteerde instellingen 2011-2013**

	2011	2012	2013
<b>Totaal aantal unieke AGB code – 'volgnummer DIS'</b>	227	200	184
Aantal statistisch significant upcoding	60	58	63
Aantal statistisch significant + extra 5% DBC's boven de tijdsgrens	21	24	32

Het blijkt dat in 2013 voor 63 zorgaanbieder AGB-codes er een statistisch significant afwijkend patroon aanwezig is. In Figuur 4.3 is de tijdsverdeling van afgesloten DBC's geopend in 2013 getoond, waarbij alleen zorgaanbieders met de relatief grotere afwijkingen zijn geselecteerd (N=32).

**Figuur 4.3 bestede tijd 32 (voormalig) gebudgetteerde instellingen (DBC's geopend 2013)**



Bron: NZa peildatum 2014

In totaal zijn er in 2013 184 (voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder AGB codes. Bij het overgrote deel van deze groep zijn dus geen zaagtanden waar te nemen, en bij de aanbieders waar het wordt gedetecteerd is de mate waarin upcoding plaats vindt gemiddeld minder sterk (minder hoge pieken) als bij de niet-gebudgetteerde aanbieders.

Van de circa 25.000 DBC's rond 800 minuten vindt er bij circa 250 DBC's mogelijk upcoding plaats: Dit betreft circa 1% van het totale DBC-volume rond 800 minuten. Opvallend is dat er ook in 2011 en 2012 al upcoding plaats vond, en er dus niet direct een link met

prestatiebekostiging zichtbaar is. Mogelijk dat er is geanticipeerd op de komst van prestatiebekostiging op 1 januari 2013, of dat er andere voordelen waren.

Per 1 januari 2014 is het verplicht dat informatie over de werkelijk bestede tijd op de factuur wordt vermeld. Op deze manier zijn verzekeraars beter in staat om dit soort controles uit te voeren.<sup>25 26</sup>

De prikkels tot upcoding zijn afhankelijk van de vormgeving van de contracten. Zo kan de aanwezigheid van een omzetplafond de prikkel tot upcoding verminderen als de waarde van de te verwachten DBC productie boven het plafond uit komt. Er spelen echter nog meer factoren: Het effect van upcoding is dat dit de gemiddelde prijs per verzekerde en DBC verhoogt. Uit hoofdstuk 2 blijkt dat veel contracten een vorm van prijsplafond bevatten op een of meerdere van deze indicatoren. Daarmee zou upcoding alleen aantrekkelijk zijn wanneer de indicator-waarden onder het afgesproken maximum liggen.

Uit een verdere analyse van de gedeclareerde DBC's blijkt nog een aantal opvallende bevindingen. Hieronder worden een aantal van deze bevindingen uiteen gezet.

#### 4.4 Onderzoek onregelmatigheden DIS data

In november 2014 heeft de NZa haar bevindingen gepubliceerd van een verdiepend onderzoek naar tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de ggz.<sup>27</sup> Er zijn vier toetsen uitgevoerd:

– *Upcoding*

Dit betreft een analyse van de hoeveelheid tijd die een zorgaanbieder gemiddeld besteedt aan een patiënt en hoe vaak het voorkomt dat de totale hoeveelheid tijd die men besteedt op een waarde uitkomt die financieel voordelig is. Deze analyse is gelijk aan de haaiëntandanalyse uit paragraaf 4.3 van voorliggende marktscan.

– *Aanpassingsstoornissen*

Dit betreft een analyse van de manier waarop aanbieders zijn omgegaan met patiënten die in 2012 in zorg waren en reeds in 2011 onder behandeling waren met de diagnose 'aanpassingsstoornis' (die in 2012 niet langer tot het verzekerde pakket behoorde).

– *Afwijkingsdetectie op de totale tijd per dag*

Bij deze analyse is een afwijkingsdetectie gedaan op de totale tijd die zorgaanbieders hebben besteed aan patiënten. Hierbij is gekeken naar de totale tijd die men per dag heeft besteed aan een patiënt en is berekend hoeveel er bespaard kan worden als de meest extreme gevallen op een lager niveau uitkomen.

– *Verblijfsprestaties*

Bij deze analyse zijn de verblijfsprestaties 2012 onderzocht. Getoetst is

<sup>25</sup> Zie voor een overzicht van de genomen maatregelen en aanpassingen in regelgeving: [http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport\\_toezichtonderzoek\\_cggz\\_-\\_vervolg\\_Europsyche.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_toezichtonderzoek_cggz_-_vervolg_Europsyche.pdf).

<sup>26</sup> De hier gepresenteerde analyse is uitgevoerd op het DBC informatie systeem (DIS). Verzekeraars hebben hier geen toegang toe.

<sup>27</sup>

[http://www.nza.nl/104107/138040/5\\_\\_Tijdschrijven\\_verblijfsdagen\\_en\\_diagnoses\\_in\\_ggz.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/5__Tijdschrijven_verblijfsdagen_en_diagnoses_in_ggz.pdf).

hoe vaak het voorkomt dat er voor één patiënt op één datum meer dan één deelprestatie 'verblijf' is geregistreerd.

Bij de laatste twee toetsen is gepoogd om een concreet bedrag te koppelen aan de uitkomsten van de DIS-analyses. Hieruit kwam naar voren dat dit om ongeveer 200 miljoen euro gaat dat in 2012 mogelijk te veel is gedeclareerd. Het gaat hier om onregelmatigheden, daarvoor geldt wel dat aanvullend onderzoek nodig is om vast te stellen dat er onrechtmatig is gedeclareerd.

Bovengenoemde analyses zijn op de totale DIS-dataset uitgevoerd om op die manier een beeld te krijgen van de gehele sector. In 2014 is gestart met analyses op instellingsniveau. Deze analyses zijn daarbij ook meer gedetailleerd van aard.

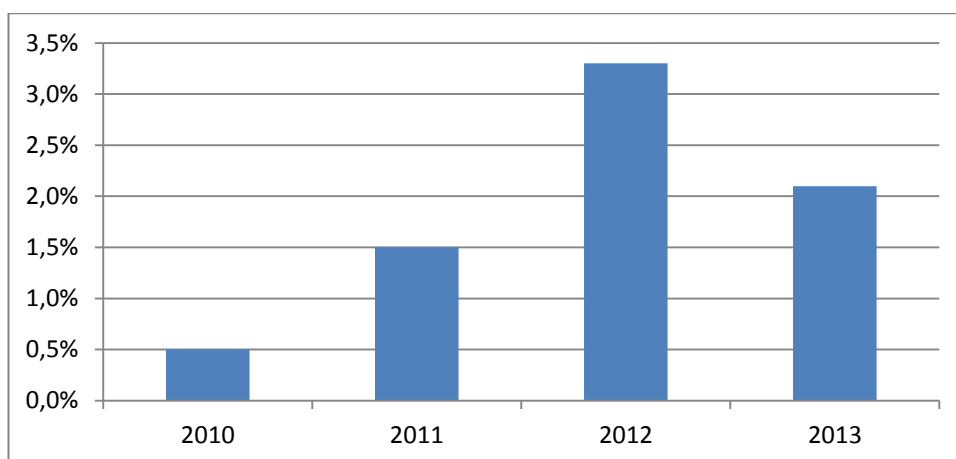
Medio zomer 2015 zullen de uitkomsten van deze analyses worden besproken met de desbetreffende zorgaanbieders.

#### 4.5 Bemoeizorg en de eigen bijdrage 2012

Beleidswijzigingen kunnen sterk van invloed zijn op de manier waarop de zorg wordt geregistreerd. In voorgaande marktscans is de impact van de verandering van aanpassingsstoornissen (die buiten het basispakket werd geplaatst) uitgebreid omschreven. In deze paragraaf wordt de registratie van bemoeizorg beschreven.

In 2012 is voor één jaar een eigen bijdrage ingevoerd. Wanneer het zorgtype 'bemoeizorg' werd geregistreerd, hoefde de eigen bijdrage niet te worden betaald. Uit onderstaande grafiek blijkt dat er in 2012 een sterke toename is van het aantal DBC's met zorgtype bemoeizorg. In 2013 neemt dit aantal weer af.

**Figuur 4.6 Percentage DBC's met zorgtype bemoeizorg t.o.v. totaal aantal DBC's**



Bron: NZa peildatum 2014

## 4.6 Toezichtsacties NZa in 2013 en 2014

De NZa stelt jaarlijks haar toezichtsprioriteiten vast. Dit gebeurt ondermeer naar aanleiding van de signalen die de NZa heeft ontvangen. Een van de prioriteiten betrof voor 2013 en 2014 het correct declareren in de tweedelijns curatieve ggz. Voor deze aandacht zijn twee redenen: Ten eerste is in 2013 in de curatieve ggz prestatiebekostiging ingevoerd. Ten tweede is vanwege de casus Europsyche<sup>28</sup> en de analyses die hieruit voortvloeiden een aantal knelpunten in regelgeving vastgesteld<sup>29</sup> en is in 2013 gestart met het nemen van maatregelen om de effecten van deze knelpunten op te lossen. Zo worden de mogelijkheden tot onregelmatig declareren onderzocht, adviseren we over aanscherping van de regelgeving en spreken we – waar dat nu al mogelijk is – zorgaanbieders en verzekeraars aan op hun declaratiegedrag.

Concreet hebben we in 2013 drie formele handhavingsmaatregelen genomen naar aanleiding van signalen. Het betrof een tweetal aanwijzingen om geen prestaties meer te declareren die niet werden geleverd en een sluitende administratie te voeren. Daarnaast is een last onder dwangsom opgelegd om medewerking te verlenen aan controles door een zorgverzekeraar. Voor 2014 zijn er geen maatregelen opgelegd. Wel zijn enkele onderzoeken gestart in 2014 die in 2015 zullen worden afgerond.

De NZa heeft deze maatregelen op haar website gepubliceerd.<sup>30</sup> De bevindingen van deze onderzoeken zijn voor de NZa aanleiding geweest om wet- en regelgeving aan te passen.<sup>31</sup>

In 2014 is het project correct declareren curatieve ggz voortgezet. Zorgverzekeraars zijn betrokken bij het nieuwe toezichtonderzoek om zo hun eigen rol op te pakken. Daarnaast zijn naar aanleiding van signalen over mogelijke fraude twee strafrechtelijke onderzoeken gestart door het OM, en is het CIZ een onderzoek gestart naar herindicaties. Signalen over medici worden onderzocht door IGZ. Deze samenwerking met ketenpartners leidt tot verhoging van de pakkans.

In 2014 is door de NZa naar aanleiding van onregelmatige declaraties een nieuw toezichtonderzoek uitgevoerd. Daarnaast hebben we vier zorgverzekeraars per brief aangespoord om signalen over vermeende onrechtmatige declaraties beter te onderzoeken en waar nodig daadwerkelijk maatregelen te nemen. Ten slotte hebben wij drie verzoeken van verzekeraars tot inzage (medische) gegevens kracht bijgezet.

---

<sup>28</sup> [http://www.nza.nl/104107/145179/Brief\\_Onderzoek\\_Europsyche-GGZ.pdf](http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_Onderzoek_Europsyche-GGZ.pdf).

<sup>29</sup> [http://www.nza.nl/104107/145179/Brief\\_tussenrapportage\\_Europsyche.pdf](http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_tussenrapportage_Europsyche.pdf).

<sup>30</sup> <http://www.nza.nl/publicaties/Besluiten/Handhavingsbesluiten/>.

<sup>31</sup> [http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport\\_toezichtonderzoek\\_cGGZ\\_-\\_vervolg\\_Europsyche.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_toezichtonderzoek_cGGZ_-_vervolg_Europsyche.pdf).





## 5. Verdiepend onderzoek wachttijden

### DIS

In de vorige Marktscan werden voor het eerst wachttijden getoond die waren afgeleid uit informatie geregistreerd in DBC's afkomstig uit het DBC Informatie systeem (DIS) en afgezet tegen de Treeknormen. De belangrijkste conclusies uit deze analyses waren (jeugd-ggz buiten beschouwing latend):

- Tussen zorgaanbieders is er een grote spreiding in de gemiddelde wachttijd. Er zijn zorgaanbieders die een gemiddelde wachttijd hebben van 2 weken en andere zorgaanbieders die een wachttijd hebben van meer dan 20 weken.
- Circa 29% van alle patiënten in het circuit "volwassenen" moest in 2012 langer dan de Treeknorm wachten tot de eerste afspraak (aanmeldwachttijd).

In deze scan is een verdiepend onderzoek uitgevoerd waarbij de volgende vragen centraal stonden:

- Welke factoren hangen samen met een lange of korte wachttijd?
- Specifiek: Zijn er landelijk verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars?

Hierbij is ook gekeken naar de representativiteit (niet alle DBC's in DIS bevatten bruikbare wachttijden) en actualiteit (het kan meer dan een jaar duren voordat een DBC gedeclareerd en aan DIS geleverd wordt). Het complete onderzoeksrapport wordt als bijlage bij deze marktscan gepubliceerd. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de tweedelijns ggz-zorg. Daarbij zijn in dit onderzoek klinische-ggz, acute-ggz en jeugd-ggz buiten beschouwing gelaten. Belangrijk te vermelden is dat de conclusies betrekking hebben op de periode 2010-2012. Dit in verband met de relatief lange doorlooptijd inherent aan de DBC-systematiek.

- Belangrijkste bevindingen:
  - De aanmeldwachttijd varieert tussen 3 en 10 weken, afhankelijk van de hoofddiagnose
  - Zeer beperkte verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars
  - De behandelwachttijd neemt aanzienlijk af naarmate een DBC meer geschreven behandelijd bevat
  - Geen verschillen in wachttijd tussen stedelijke / landelijke gebieden

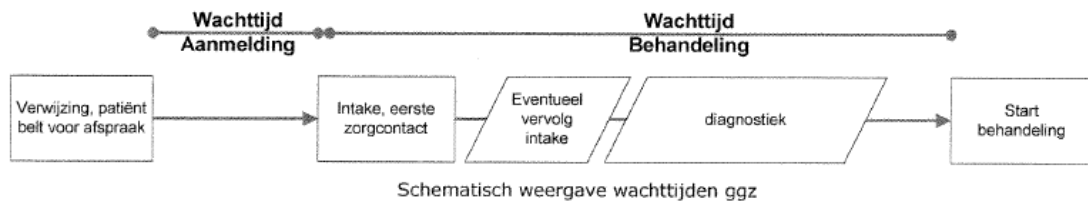
Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: In paragraaf 5.1 worden de definities en normen weergegeven. In paragraaf 5.2 staat de data selectie (en uitval) van records beschreven. In paragraaf 5.3 worden de belangrijkste resultaten getoond. Paragraaf 5.4 tenslotte zoomt in op de vraag hoe actueel DIS-wachttijden kunnen zijn.

#### 5.1 Wachttijden: definities en normen

De wachttijden betreffen uit ambulante zorgtrajecten afgeleide aanmeld- en behandelwachttijden.

In figuur 5.1 staat een schematische weergave van het proces van zorverlening met daarin de twee wachttijden.

**Figuur 5.1 Schematische weergave van wachttijden**



*De aanmeldingswachttijd*

De aanmeldingswachttijd is het aantal weken tussen het moment dat een patiënt (of verwijzer) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact) tot het moment dat de eerste afspraak plaats vindt.<sup>32</sup>

*De behandelingswachttijd*

De behandelingswachttijd is aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact, tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het eerste behandelcontact. In deze periode voorafgaand aan de start van behandeling vindt er typisch diagnostiek plaats.

*Treeknormen*

Het hierboven weergegeven schema van wachttijdmeting vormt de basis voor de wachttijden zoals deze op de websites van aanbieders dienen te worden vermeld. Hierbij worden dus twee wachttijden onderscheiden. Er worden echter drie afzonderlijke Treeknormen onderscheiden voor de ggz:

- De Treeknorm voor de aanvaardbare wachttijd voor het eerste zorgcontact (ook aanmeldingswachttijd genoemd) is bij ggz vier weken (fase 1).
- De Treeknorm die na intake geldt voor de wachttijd voor de diagnose is vier weken (fase 2).
- De Treeknorm voor de wachttijd voor behandeling vanaf het moment van diagnose is zes weken (fase 3).

In de scan gebruiken we als (gecombineerde) Treeknorm voor de periode tussen het eerste zorgcontact en de behandeling (ook wel behandelingswachttijd, fases 2 en 3 samen) een maximum van tien weken.

Dit betekent dat de gehele wachttijd van aanmelding tot het eerste zorgcontact, het wachten op de diagnose en vervolgens de tijd tot de behandeling niet langer mag zijn dan veertien weken.

**5.2 Wachttijden afleiden uit DBC's**

De analyses zijn uitgevoerd met DBC data uit het DIS. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van de data-analyse de Bronnen en methoden van deze Marktscan, als ook het onderzoeksrapport dat als bijlage bij de Marktscan wordt gepubliceerd.

<sup>32</sup> Voor de wachttijden op websites van zorgaanbieder wordt naar lege plekken in het afsprakenregister gekeken. Hierbij bepaalt de derde mogelijkheid in het afsprakenregister van de zorgaanbieder de wachttijd. Voor de wachttijden op websites wordt dus niet naar gerealiseerde wachttijden uit het (recente) verleden gekeken, maar naar de toekomst.

Het blijkt dat niet voor alle DBC's een bruikbare wachttijd bepaald kan worden. Voor de (voormalig) gebudgetteerde aanbieders is dit niet mogelijk voor 27% van de relevante DBC's, en voor de niet-gebudgetteerde aanbieders (waaronder veel vrijgevestigden) geldt dit voor 49% van de relevante DBC's. Deze DBC's zijn bij de analyses buiten beschouwing gelaten.

De LVVP heeft middels een brief aan VWS aangegeven dat veel vrijgevestigde aanbieders pas een zorgtraject openen zodra de patiënt in behandeling komt, en niet wanneer deze zich aanmeldt. Dit verklaart het hoge percentage DBC's dat niet bruikbaar is voor wachttijdmeting bij niet-gebudgetteerde aanbieders.

## 5.3 Factoren die samenhangen met wachttijd

### 5.3.1 Wachttijden per diagnosegroep

Er zijn grote verschillen in gemiddelde wachttijd tussen de diagnosegroepen. In tabel 5.1 staan de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd per diagnosegroep gemiddeld voor de jaren 2010-2012.

**Tabel 5.1 Gemiddelde totale wachttijden per diagnosegroep<sup>33</sup>**

Diagnosegroep	Aanmeld-wachttijd (Weken)	Behandelings-wachttijd (Weken)	Aantal DBC records
Aan middel gebonden stoornissen	3,4	6,0	33060
Somatoforme stoornissen	3,5	5,8	21841
Cognitieve Stoornissen	3,7	7,6	25717
Angststoornissen	3,8	6,3	54458
Aanpassingsstoornissen	3,8	5,6	43079
Depressieve stoornissen	3,8	6,2	102361
Eetstoornissen	4,0	7,7	8688
Restgroep diagnose	4,2	7,8	16996
Geen of ontbrekende primaire diagnose	4,3	6,2	3030
Andere problemen reden voor zorg	4,3	6,7	49286
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,5	6,2	6798
Bipolaire stoornissen	4,7	6,4	3569
Posttraumatische stress-stoornis	4,8	7,8	24716
Persoonlijkheidsstoornissen	4,9	9,0	36574
ADHD	4,9	10,3	25951
Gedrag	5,3	7,0	1176
Kindertijd overig	5,6	9,1	1035
Autismespectrum	9,7	11,6	9436

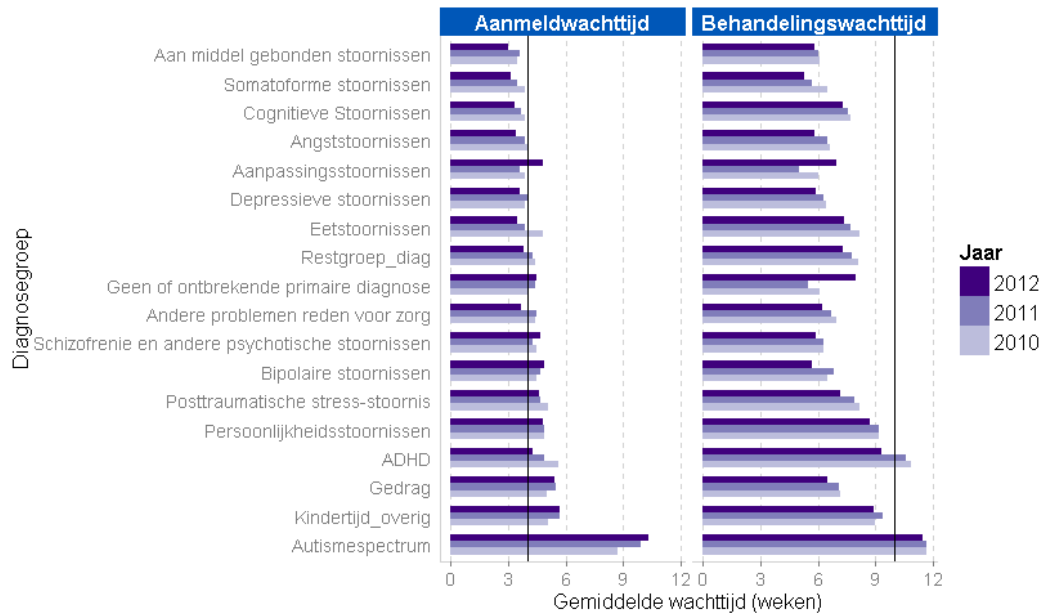
De gemiddelde aanmeldwachttijd ligt tussen de 3 weken en 10 weken. Diagnoses met de laagste aanmeldwachttijd (circa 3-4 weken) betreffen 'aan middel geboden stoornissen' (verslavingszorg), depressie en angst. Schizofrenie, Bipolair, en persoonlijkheidsstoornissen zitten gemiddeld op 5 weken wachttijd, en autismespectrum (hier zijn alleen volwassenen

<sup>33</sup> De Treeknorm voor de aanmeldingswachttijd is vier weken.

18+ meegenomen) springt eruit met een aanmeldwachtijd van circa 10 weken.

In figuur 5.2 staan de gegevens uit Tabel 5.1 weergegeven, waarbij de jaren afzonderlijk zijn weergegeven.

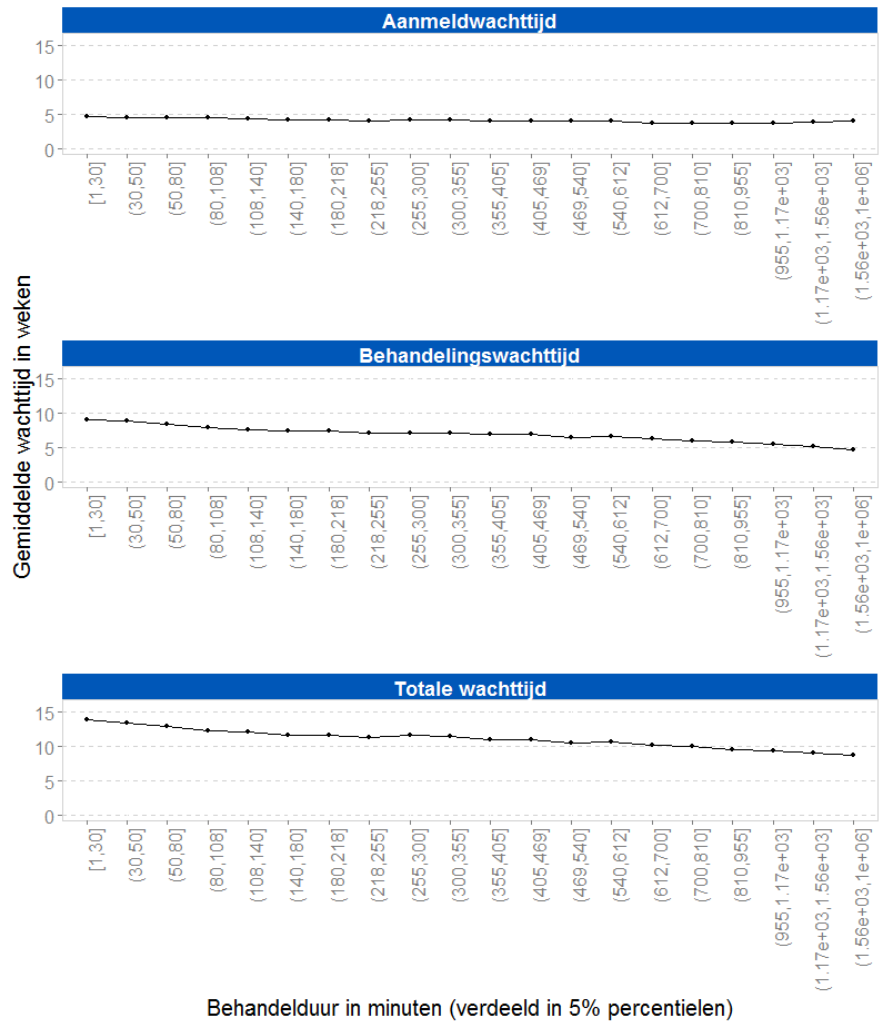
**Figuur 5.2 Gemiddelde wachttijden per diagnosegroep**



### 5.3.2 Verband tussen behandelwachtijd en behandelduur

Het blijkt dat zorgtrajecten met een langere behandelduur (totaal aantal minuten tijd geschreven op behandelactiviteiten in de initiële DBC) een kortere behandelwachtijd hebben. Het verband is fors: Het verschil in behandelwachtijd tussen de 5% DBC's met de kortste behandelduur (tot een half uur geschreven tijd) en de 5% DBC's met de langste behandelduur (meer dan 27 uur geschreven tijd, dus ongeveer 35 consulten als we ervan uitgaan dat een consult 3 kwartier duurt) betreft circa 5 weken. Er is geen verband tussen de aanmeldwachtijd en de behandelduur. Dit patroon is niet diagnose-specifiek, het is bij elke diagnostiek afzonderlijk ook zichtbaar.

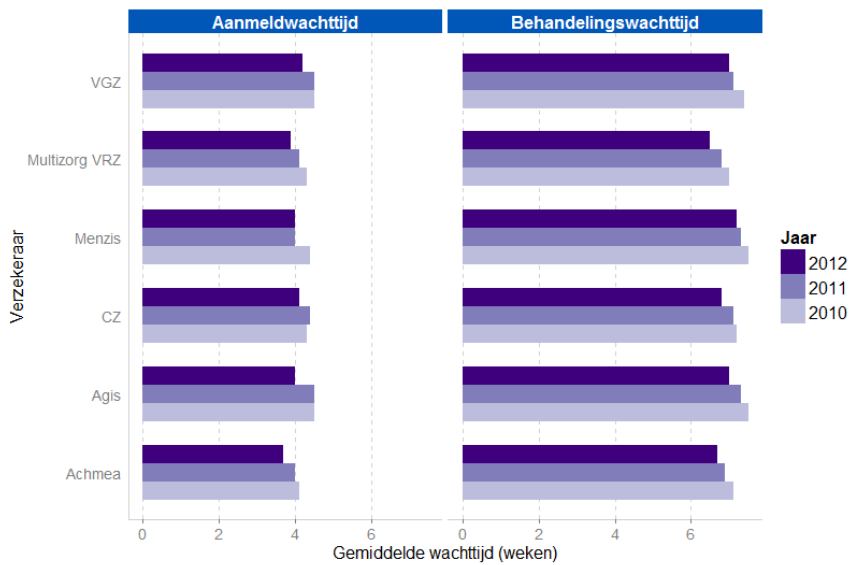
**Figuur 5.4 Gemiddelde wachttijden per behandelduur. De behandelduur is in 20 groepen ingedeeld, dit zijn de 5% percentielen.**



### 5.3.3 Geen grote verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars

In Figuur 5.5 zijn de gemiddelde wachttijden per zorgverzekeraar weergegeven, voor de jaren 2010-2012.

**Figuur 5.5 Gemiddelde wachttijden per verzekeraar / inkoopcombinatie**



Het blijkt dat de gemiddelde wachttijden erg dicht bij elkaar liggen. Kanttekening is dat hier niet is gecorrigeerd voor casemix verschillen tussen zorgverzekeraars, zoals een hoog aandeel patiënten met autismespectrum, die gemiddeld genomen een hogere wachttijd kennen.

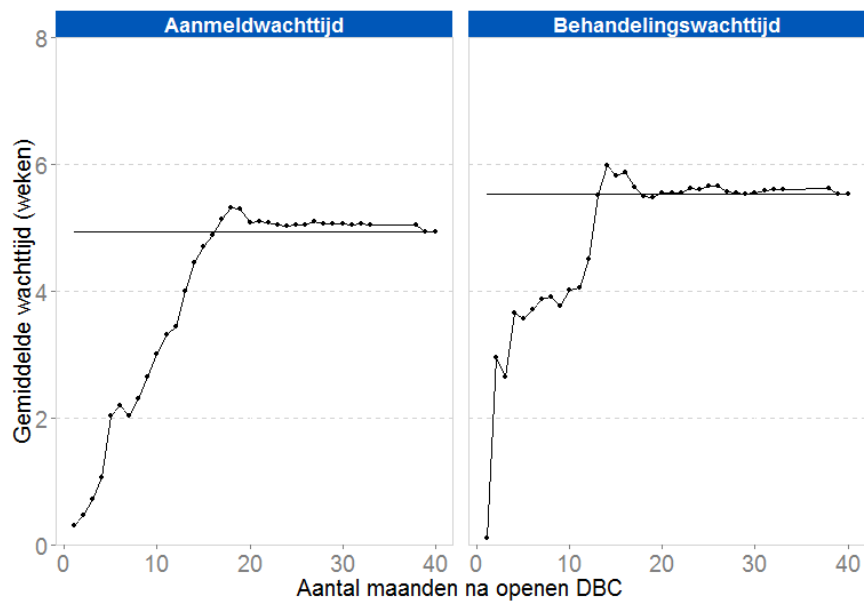
### 5.3.4 Geen verband tussen wachttijd en mate van verstedelijking

Er blijkt nauwelijks een relatie te zijn tussen stedelijkheid van het gebied waar de patiënt woont en de aanmeld- en behandelwachtijd. De verstedelijkings-categorieën zijn gedefinieerd op basis van de eerste vier cijfers van de postcode van de patiënt.

## 5.4 Actualiteit van de DIS wachttijden

Omdat er een aanzienlijke periode kan zitten tussen het openen van een zorgtraject en het beschikbaar komen van deze DBC in de DIS database, is gekeken hoe de gemiddelde wachttijd zich ontwikkelt als functie van het 'vullen' van de DIS database. Figuur 5.6 toont hoe de gemiddelde wachttijd van DBC's geopend in januari 2010 veranderd naarmate er meer DBC's in DIS beschikbaar komen. Elke maand wordt opnieuw de gemiddelde wachttijd berekend, waarbij telkens alle op dat moment beschikbare DBC's worden meegenomen.

**Figuur 5.6 Gemiddelde wachttijd in juli 2011, gemeten in de daarop volgende 40 maanden**



Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde wachttijd na enkele maanden stabiliseert, maar wel langzaam blijft stijgen. Pas na circa 1,5 jaar verandert de wachttijd niet meer. Dit betekent dat DIS-wachttijden pas 1,5 jaar later als 'definitief' kunnen worden beschouwd.

Voor alle jaren zien we dat de gemiddelde wachttijd laag begint en vervolgens blijft stijgen, wat betekent dat DBC's met korte wachttijden sneller worden aangeleverd aan het DIS. We weten niet wat hier achter zit. Omdat DBC's met een lange behandelduur kortere wachttijden hebben (figuur 5.4) en DBC's met een kortere wachttijd eerder worden aangeleverd (figuur 5.6) is er een indicatie dat DBC's met een korte aanlevertijd een lange behandelduur kunnen hebben. Dit is echter niet het geval. DBC's met een korte aanlevertijd hebben gemiddeld niet een langere behandelduur.





## 6. Langdurig zorggebruik in de curatieve ggz

Het is bekend dat binnen de curatieve ggz een groep patiënten langdurig (meerjarig) zorg gebruikt. Deels betreft dit patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Deze groep is niet direct zichtbaar in de DBC-productstructuur. Omdat alleen het meerjarig zorggebruik van eigen verzekerden zichtbaar is voor afzonderlijke zorgverzekeraars, blijft deze groep patiënten deels<sup>34</sup> buiten beeld.

Dit hoofdstuk bevat een onderzoek van de in- en uitstroom van patiënten in de Zvw-gefinancierde zorg. Hiermee ontstaat zicht op de groep die langdurig Zvw-zorg gebruikt.

Met DBC-data verzameld over meerdere jaren kunnen patiënten geanonimiseerd van jaar tot jaar gevolgd worden. Met behulp van Vektis/DIS data worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe lang duurde de behandelingen van het cohort patiënten dat in 2009 aan een nieuw zorgtraject begon?
- Welk percentage van deze patiënten worden de daarop volgende jaren nog of weer behandeld, ongeacht de zorgaanbieder?
- Kijkend naar alle patiënten die nu in de ggz worden behandeld. Hoe lang zijn zij al bekend in de ggz bij de behandelend instelling?

*Belangrijkste bevindingen:*

- 1 op de 4 volwassen ggz patiënten (25%) ontving in alle vier jaren ggz.
- Van alle patiënten die in 2013 in zorg kwamen bij een ggz instelling, was 2 op de 3 al bekend bij deze instelling (in het verleden al eens in zorg geweest).
- 1 op 5 patiënten (20%) was al 10 jaar of langer bekend bij de instelling.

### 6.1 Inleiding

*Omschrijving van de groep langdurig zorgafhankelijken in de ggz*

In de (voormalige) tweedelijns ggz bekostigd uit de Zvw waren er in 2011 circa 664.000 unieke patiënten in de leeftijd 18-65 jaar (Marktscan ggz 2014 deel A). Hieronder bevindt zich een grote groep patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Een kenmerk van EPA patiënten is dat deze vaak langdurig een beroep doen op ggz-zorg (de definitie gaat uit van tenminste meer dan 2 jaar ggz-zorg, zie Delespaul (2013)<sup>35</sup>). Naar schatting gaat dit om circa 160.000 patiënten in de leeftijd 18-65 jaar (25% van het totaal).<sup>34</sup> Deze EPA-groep kan naast ggz-zorg uit de Zvw ook ZZP-B, beschermd wonen (ZZP-C) of ambulante psychiatrische begeleiding ontvangen (allemaal per 2015 overgeheveld uit de AWBZ naar gemeenten).<sup>36</sup> Deze groep is als zodanig niet direct zichtbaar in de DBC-data.

<sup>34</sup> Ggz-patiënten die langdurig bij dezelfde zorgverzekeraar blijven vormen een uitzondering, voor deze groep weet de verzekeraar logischerwijs van het langdurig ggz gebruik.

<sup>35</sup> PH. Delespaul 2013, Tijdschrift voor Psychiatrie 55, 'Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland'.

<sup>36</sup> EPA-vignettenstudie ZN/Vektis (2014) en PH. Delespaul 2013 *ibid*.

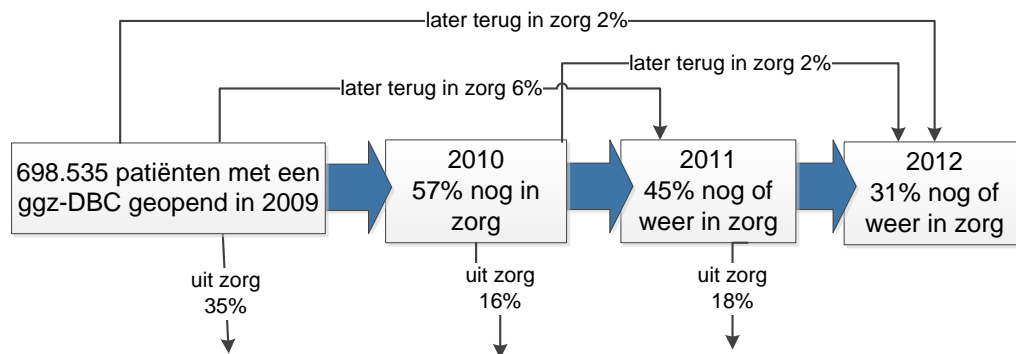
**Doel van het onderzoek**

Kenmerkend voor deze groep is dat de patiënten langdurig (meerjarig) ggz-zorg ontvangen. Het doel van dit onderzoek is een beeld te schetsen van de in- en uitstroom van patiënten in de Zvw-gefinancierde zorg, en hiermee ook zicht te krijgen op de groep die langdurig Zvw-zorg gebruikt. Deze groep bestaat naar verwachting voor een groot deel uit EPA patiënten. Dit onderscheid in patiëntgroepen is relevant voor het goed functioneren van de zorginkoop (b.v. voor het benchmarken van prestaties) en de risicoverevening, kortom de werking van de zorginkoopmarkt.

**6.2 Meerjarig zorggebruik in de tweedelijns-ggz**

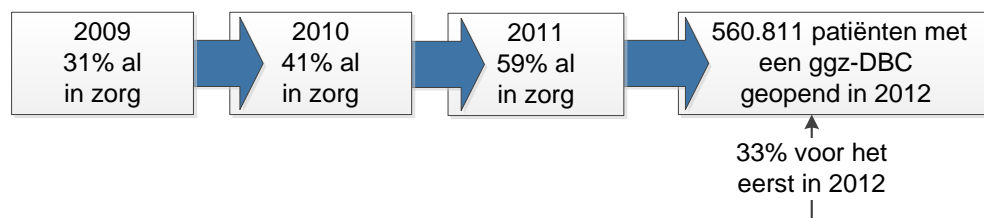
In totaal bevat de Vektisdata 1.527.881 verschillende verzekerden van 18 jaar en ouder met één of meer DBC's geopend in 2009 tot en met 2012. In Figuur 6.1 is van de groep patiënten met een DBC geopend in 2009 (cohort 2009) weergegeven welk deel in volgende jaren weer een DBC heeft. In 2012 is 31% van de patiënten uit 2009 nog of weer in zorg. Voor 25% van de patiënten is in alle vier de jaren een DBC geopend.

**Figuur 6.1: Zorggebruik van patiënten in 2009 in navolgende jaren (databron: Vektis)**



In Figuur 6.2 wordt vanuit 2012 teruggekeken: Welk deel van de patiënten met een DBC in 2012 hadden ook een DBC in voorgaande jaren? De richting van de pijlen geeft hier aan dat de percentages in de jaren 2009-2011 betrekking hebben op het cohort 2012.

**Figuur 6.2: Zorggebruik van patiënten in 2012 in voorgaande jaren (databron: Vektis)**



Van de patiënten in het cohort 2012 had slechts 33% niet eerder zorg gekregen in de drie voorgaande jaren. Wat verder opvalt is dat het patroon erg lijkt op het patroon uit Figuur 6.1. Dit suggereert dat de doorstroompatronen van ggz-patiënten relatief stabiel zijn door de jaren heen.

### 6.3 Diagnoseverdeling binnen de meerjarige ggz groep

Om meer te weten te komen over de groep patiënten die in alle vier de jaren ggz kreeg (2009-2012) is ook in DIS deze subset van patiënten (voor zover dit technisch mogelijk was) geselecteerd. Dit betreft 21% van alle DBC's die in deze jaren zijn geopend. In Tabel 6.2 staat de verdeling van diagnoses van deze groep langdurig zorgafhankelijke (LZA) patiënten.

**Tabel 6.2 Diagnoseverdeling bij volwassen patiënten die vier jaar in zorg zijn (databron: DIS 2009-2012)**

Primaire diagnose	Aandeel in het DBC-volume 2009-2012 binnen de LZA groep
Schizofrenie en bipolaire stoornissen	28%
Depressieve en angststoornissen	27%
Overige stoornissen	17%
Persoonlijkheidsstoornissen	13%
Verslaving	11%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	3%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>

We zien dat de meeste volwassen patiënten met langdurig zorggebruik een diagnose schizofrenie/bipolair hebben, gevolgd door depressie en/of angststoornis, of persoonlijkheidstoornis.

In tabel 6.3 staat welk percentage deze langdurig zorgafhankelijke patiënten uitmaken van alle patiënten die in de jaren 2009-2012 in zorg waren:

**Tabel 6.3 Aandeel LZA patiënten in het totale volume per primaire diagnosegroep**

Primaire diagnose	Aandeel LZA versus niet-LZA in de diagnosegroep (2009-2012)
Schizofrenie en bipolaire stoornissen	52%
Persoonlijkheidsstoornissen	31%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	31%
Verslaving	28%
Depressieve en angststoornissen	19%
Overige stoornissen	9%

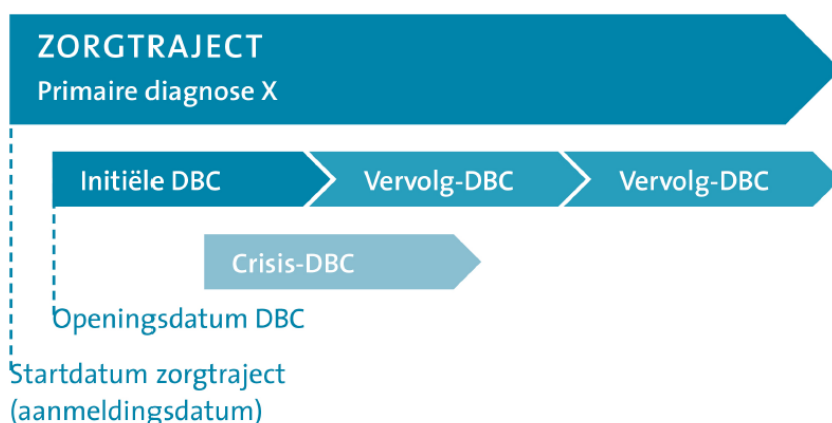
Hierbij is gewogen met het aantal DBC's, omdat een patiënt in de periode van vier jaar van primaire diagnose kan wisselen (Binnen de LZA groep die we hier beschouwen gebeurde dit bij 35% van de patiënten).

Uit tabel 6.3 is op te maken dat circa de helft van de schizofrenie en/of bipolaire stoornis DBC's betrekking heeft op patiënten die vier jaar achter elkaar ggz-zorg ontvangen.

### 6.4 Behandelduur binnen een DBC-zorgtraject

Een DBC zorgtraject bevat de behandeling van een patiënt voor een bepaalde hoofddiagnose bij één zorgaanbieder. Een zorgtraject bevat één of meer DBC-trajecten. Dit is schematisch weergegeven in Figuur 6.3:

**Figuur 6.3: Zorgtraject en DBC-trajecten**



Als een patiënt langer dan een jaar niet is behandeld, wordt het zorgtraject afgesloten.

We kijken naar het cohort nieuw geopende zorgtrajecten in 2009. Dit betreft circa 533.000 zorgtrajecten (circa 10-15% van de patiënten hebben 2 of meer zorgtrajecten per jaar, dus dit zou om circa 480.000 patiënten gaan). Dit is circa 65-70% van alle patiënten met één of meer DBC's geopend in 2009 (Bron: Vektis, zie ook Figuur 6.1). Dit aantal kan niet gelijk gesteld worden aan patiënten 'nieuw' in de tweedelijns-ggz. Het is namelijk mogelijk dat voorafgaand diagnostiek of behandeling bij een andere aanbieder heeft plaats gevonden, of dat er een opname bij een crisis-dienst aan vooraf is gegaan etc. Uit de Vektisdata 2012 blijkt bijvoorbeeld dat van de patiënten met één of meer DBC's geopend in 2012 slechts 33% niet in de drie voorgaande jaren tweedelijns-ggz had ontvangen (Figuur 6.2).

In Tabel 6.4 staat de verdeling van de behandelduur van eerste tot laatste activiteit binnen zorgtrajecten geopend in 2009.

**Tabel 6.4: Behandelduur binnen zorgtrajecten geopend in 2009 (databron: DIS)**

duur behandeling	2009
0-6 maanden	50%
6-12 maanden	22%
12-18 maanden	8%
18-24 maanden	7%
24-30 maanden	3%
30-36 maanden	4%
>= 36 maanden	6%

We stellen hier een gesloten zorgtraject gelijk aan een afgeronde behandeling. Het is echter mogelijk dat een zorgtraject wel wordt afgesloten terwijl de behandeling nog niet 'klaar' is. Dit kan gebeuren als de patiënt niet meer terugkomt ('drop-out') of als de patiënt wordt doorverwezen naar een andere instelling, bijvoorbeeld als specifieke expertise is vereist. We nemen aan dat de meerderheid van de gesloten zorgtrajecten om afgeronde behandelingen gaat.

Het blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten binnen zes maanden 'klaar is' met de behandeling en dat 6% langer dan drie jaar in behandeling blijft voor dezelfde diagnose bij dezelfde aanbieder.

## 6.5 Hoe lang is een patiënt al bekend in de ggz?

In paragraaf 6.3 werd al onderzocht hoe lang patiënten die in een bepaald jaar in zorg zijn al in behandeling zijn. Hier kon op basis van Vektis declaratiegegevens slechts drie jaar terug gekeken worden. In de DIS-data wordt sinds kort het jaar van eerste inschrijving van elke patiënt per zorgaanbieder opgeslagen. Dit maakt het mogelijk om verder terug te kijken.

Deze variabele is beschikbaar voor 89% van alle DBC's geopend in 2013 bij ggz-instellingen. Bij andere soorten aanbieders ligt dit veel lager, daarom wordt voor deze analyse alleen naar de instellingen gekeken. Ter controle is de vergelijking gemaakt van een grote aanbieder, die deze variabele voor alle DBC's goed heeft aangeleverd, met alle ggz-instellingen. De verdelingen van de inschrijfjaren zijn vrijwel gelijk, wat een indicatie is dat deze data betrouwbaar zijn. In Tabel 6.5 staat de verdeling van het eerste inschrijfjaar van patiënten waarvoor in 2013 een DBC is geopend bij een ggz-instelling.

**Tabel 6.5: Eerste inschrijfjaar bij patiënten (18 jaar of ouder) met een DBC geopend in 2013 bij een ggz-instelling**

inschrijfjaar	%patiënten
eerder	20%
2004	3%
2005	3%
2006	4%
2007	4%
2008	4%
2009	5%
2010	6%
2011	7%
2012	11%
2013	32%

Wat hier opvalt is dat van alle DBC's geopend in 2013 slechts 32% nog niet bekend was bij de instelling. Dit spoort ook met de bevinding dat 33% van de verzekerden met een DBC geopend in 2012 niet in voorgaande jaren ggz kregen.

## 6.6 Conclusie meerjarig zorggebruik in de tweedelijns-ggz

Uit de analyse blijkt dat er een grote groep volwassen patiënten is die langdurig ggz ontvangt (vier jaar achter elkaar). Dit betreft circa 1 op de 4 ggz-patiënten in de tweede lijn (paragraaf 6.2 en 6.3).

In de landelijke EPA-vignettenstudie die Vektis in 2014 heeft uitgevoerd (en door ZN is verspreid) vallen alle patiënten met drie jaar achtereenvolgens tenminste één DBC (met enkele uitzonderingen) al in de EPA-doelgroep. De cijfers die in dit onderzoek naar voren zijn

gekomen zijn gevalideerd tegen cijfers van de EPA-groep die bij instellingen bekend zijn in de regio Utrecht en deze cijfers zijn zeer vergelijkbaar. De groep patiënten met vier jaar achter elkaar in zorg is – in de afbakening die in de vignettenstudie is gebruikt – dus vrijwel helemaal EPA. We zien dat in deze groep diagnoses Schizofrenie, Persoonlijkheidsstoornis en Depressie vaker voorkomen (paragraaf 6.3), wat aansluit bij wat er over de EPA-groep bekend is.<sup>34</sup>

Dit meerjarig zorggebruik vindt niet uitsluitend binnen één zorgtraject plaats. Wanneer de primaire diagnose verandert of een patiënt bij een andere aanbieder wordt behandeld, wordt een nieuw zorgtraject geopend. Slechts 6% van alle in 2009 geopende zorgtrajecten loopt langer dan drie jaar (paragraaf 6.4). Dat betekent dat bij het overgrote deel of de primaire diagnose verandert, of dat er tenminste één jaar geen activiteit op het zorgtraject was, of dat de patiënt door een andere aanbieder is behandeld.

Uit de cijfers blijkt tenslotte dat in een gegeven jaar bij een instelling 1 op de 3 patiënten niet eerder in zorg is geweest bij die instelling, en dat bij ggz-instellingen 1 op de 5 patiënten in dat jaar al tien jaar of langer bekend was bij de zorgaanbieder (paragraaf 6.5).

## Bijlage 1. Bronnen en methoden

Deel A van de Marktscan ggz 2014 bevat een globale beschrijving van gehanteerde databronnen zoals het DBC-informatiesysteem, Vektis declaratiegegevens, en het gegevensbestand maatschappelijke verantwoording ('DigiMV bestand').

### Hoofdstuk 1 Financiële ontwikkelingen

- Bron: De analyses uit Hoofdstuk 1 zijn volledig gebaseerd op openbare informatie uit het digiMV 2013. Hiervoor is het digiMV Excel bestand 2013 versie "40692" gedownload van de website jaarverslagenzorg.nl.
- Bewerkingen van de data: De startpopulatie bestaat uit alle concerns die aangeven ggz-zorg te leveren (N=391). Vervolgens worden concerns zonder balans-totaal of met een balans-totaal van waarde 0 uitgesloten van analyse (resterend: N=298). Vervolgens worden algemene ziekenhuizen en UMC's uitgesloten van analyse (resterend: N=294). Tenslotte worden nog drie concerns verwijderd vanwege uiteenlopende redenen (vrijwel geen omzet, militair commando centrum, en ontbrekende bedrijfslasten) (resterend: 291).
- Classificatie/clustering: Op basis van informatie uit het digiMV over de productie zijn de concerns geclassificeerd in een zestal groepen. De volgende type producten/activiteiten zijn gebruikt:
  - Aantal bedden
  - Aantal geopende DBC's
  - Aantal dagdelen ggz-dagbesteding
  - Aantal dagdelen GHZ-dagbesteding
  - Aantal GHZ ZZP dagen
  - Aantal GHZ extramurale uren
  - Aantal V&V ZZP dagen
  - Aantal V&VT extramurale uren
  - Lidmaatschap Federatie Opvang
  - Maatschappelijke opvang / vrouwenopvang (MO/VO) ja/nee
  - Lidmaatschap RIBW Alliantie

Het idee is om van elke activiteit het relatieve aandeel in de omzet te schatten, en op basis hiervan het concern aan een 'hoofdactiviteit' toe te wijzen. Als dit niet mogelijk is (bijvoorbeeld wanneer er 2 activiteiten zijn die elk de helft van de omzet genereren) wordt het concern aan het cluster 'overig' toegewezen.

Voor een schatting van het omzetaandeel zijn (zeer) grove schattingen van bedragen gehanteerd. Hierbij is het doel een orde van grootte te verkrijgen. De volgende bedragen zijn gekozen: 200 euro voor een ggz/GHZ/VVT ligdag (bed \* 365) of ZZP, 3000 euro voor een DBC, 40 euro voor een dagdeel dagbesteding en 50 euro voor een extramuraal uur. De geschatte omzet is vervolgens geaggregeerd naar vijf productiegroepen en van elke groep het procentuele omzetaandeel berekend:

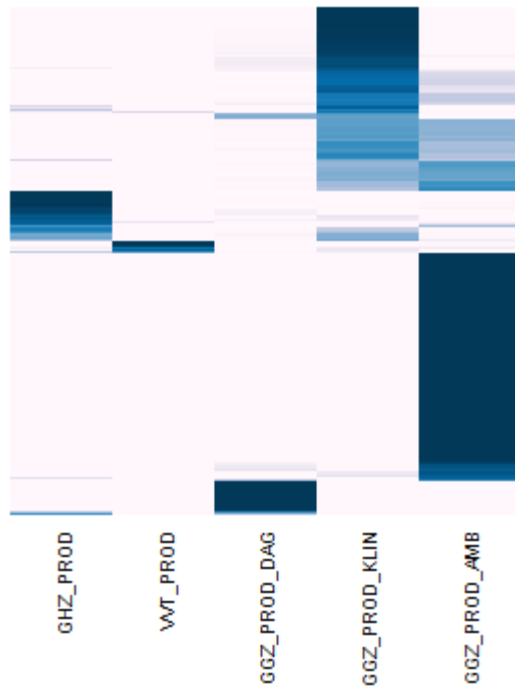
- Omzetaandeel (%) Intramurale ggz
- Omzetaandeel (%) Ambulante ggz
- Omzetaandeel (%) ggz dagbesteding
- Omzetaandeel (%) Gehandicaptenzorg (GHZ)
- Omzetaandeel (%) Verpleging, Verzorging & thuiszorg (VVT)

Er blijken 45 concerns waarvoor geen enkele productie-cijfers beschikbaar zijn. Dit zijn met name kleinere instellingen/groepspraktijken, instellingen die forensische psychiatrie

leveren, aanbieders die brede jeugd-hulp bieden etc. De inschatting is dat het niet meenemen van deze aanbieders in de analyse van financiële kengetallen een geringe impact heeft. Deze aanbieders zijn in de classificatie aan de categorie 'overig' toegevoegd.

De overige concerns zijn vervolgens met een standaard cluster-algoritme (hierarchische clustering met 'complete linkage' en euclidische afstand) geclusterd op omzetaandelen per product en weergegeven in Figuur B.1:

**Figuur B.1 Geclusterde productie-profielen van ggz-concerns (N=246)**



In deze figuur is elke horizontale lijn (regel) één zorgaanbieder, en geeft de intensiteit van de kleur aan wat het omzetaandeel van het desbetreffende product is (wit = 0%, donkerblauw = 100%).

Hier zijn duidelijke 6 groepen in te onderscheiden met als primaire activiteit (in de Figuur van boven naar beneden zichtbaar):

- Intramurale ggz
- Geïntegreerde ggz (zowel klinisch als ambulante)
- Gehandicaptenzorg
- Verpleging, verzorging en/of thuiszorg
- Ambulante ggz
- Ggz Dagbesteding

In de clustering voor Hoofdstuk 1 zijn uiteindelijk intramurale ggz en Geïntegreerde ggz samengevoegd tot de groep 'klinisch met/zonder ambulante ggz'. De GHZ en VVT concerns zijn aan de restgroep 'overig' toegevoegd. Voor de activiteit MO/VO zijn geen cijfers beschikbaar die informatie bevatten over de relatieve omvang. Daarom zijn concerns waarvan we weten dat ze MO/VO bieden naast ggz-zorg, als groep apart genomen. Ditzelfde geldt ook voor beschermd/begeleid wonen, het digiMV bevat geen informatie over de relatieve omvang van deze activiteit. Daarom is het lidmaatschap van RIBW Alliantie (zoals op de website van RIBW Alliantie staat vermeld) gebruikt om een aparte groep RIBW te creëren. Wanneer een aanbieder zowel MO/VO biedt én lid is



van RIBW Alliantie is de aanbieder als RIBW geïntegreerd. De restgroep 'overig' zit wel in het analyse bestand, maar wordt vanwege de heterogeniteit niet als aparte groep geanalyseerd.

De volgende ggz aanbieder categorieën worden zo onderscheiden:

- Ambulante ggz alleen Zvw
- Klinische ggz met/zonder ambulante ggz
- Instellingen voor beschermd/begeleid wonen (RIBW's)
- ggz dagbesteding
- Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang (MO/VO)
- Restgroep 'overig': Breed activiteitenprofiel, primair GHZ of VVT, of geen informatie over activiteitenprofiel
- PAAZ/PUK ziekenhuispsychiatrie (buiten de analyse gehouden)

#### *Hoofdstuk 2: Contracting Zvw-ggz 2015*

- Selectie van aanbieders

Voor dit onderzoek zijn drie relatieve grote geïntegreerde ggz instellingen, op grond van enkele selectiecriteria, willekeurig geselecteerd uit een DIS-gegevensbestand met voor elke aanbieder (AGB-code) de marktaandelen per inkoopcombinatie 2011. Er is gekozen voor DBC's geopend in 2011 op basis van een afweging tussen volledigheid en actualiteit. Hierbij is een selectie gemaakt op (voormalig) gebudgetteerde instellingen. Ook zijn op basis van de DBC-productiegegevens aanbieders geïntegreerd als jeugd-ggz, ambulante volwassenen, verslavingszorg, en geïntegreerd ggz (zowel ambulante als klinisch). Voor het kiezen van de aanbieders is geselecteerd op geïntegreerde ggz-instellingen, en op instellingen waarbij het grootste contract (de inkoopcombinatie met het grootste marktaandeel) tenminste 10 mln euro was. Ook is er zo gekozen dat de drie aanbieders elk verschillende zorgverzekeraars als grootste contract hadden.

### Hoofdstuk 3: Kwaliteit

– SBG Zorgdomeinen:

Door Stichting Benchmark ggz worden de volgende zorgdomeinen onderscheiden:

Zorgdomein	Beoogde prestatie
Volwassenen cure	Curatieve zorg. Prestaties binnen dit zorgdomein wordt primair afgemeten aan de reductie van klachten en symptomen.
Volwassenen EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoeningen, waarbij het primaire behandeldoel doorgaans meer care is dan cure. Prestaties richten zich primair op het functioneren van de patiënt.
Kinderen en Jeugd <sup>1</sup>	Behandelingen die gericht zijn op het behandelen van stoornissen en problemen bij kinderen en jongeren/adolescenten tot 18 jaar.
Verslaving cure	Het behandelen van verslavingsproblematiek met daarin overwegend behandelingen die primair gericht zijn op doorbreken van problematisch middelengebruik of problematisch gokgedrag <sup>2</sup> .
Verslaving care	Het behandelen van verslavingsproblematiek met daarin overwegend behandelingen die primair gericht zijn op stabilisatie van problematisch middelengebruik of problematisch gokgedrag <sup>2</sup> .
Gerontopsychiatrie <sup>2</sup>	Curatieve GGZ zorg bij ouderen.
Psychogeriatric <sup>2</sup>	Dementiezorg, voornamelijk maar niet uitsluitend bij ouderen.
Dyslexie	Specifieke behandelingen gericht op ernstige enkelvoudige dyslexie.
Forensische psychiatrie	Behandelingen gericht op het reduceren van het gevaarsrisico van de patiënt.

(1) Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie is de stelselwijziging per 1-1-2015 leidend geworden. Dit betekent dat alle 18-plussers niet meer onder het zorgdomein kinder- en jeugd aangeleverd kunnen worden.

(2) 'Leeftijd' alleen is onvoldoende indicatie voor de zorgdomeinbepaling tussen volwassenen en ouderen.

### Hoofdstuk 4: Marktgedrag

– Upcoding rond tijdsgrenzen vrijgevestigden versus (voormalig) gebudgetteerde instellingen

Voor een beschrijving van deze analyse zie de Bronnen & Methoden van de Marktscan ggz: weergave van de Markt 2009-2013 (NZa, 2014).

– Upcoding rond tijdsgrenzen per aanbieder

Het doel van deze analyse is om afzonderlijke aanbieders te classificeren als wel/geen upcoding rond tijdsgrenzen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met toevalstreffers, waarbij een aanbieder toevallig meer DBC's vlak na dan voor een tijdsgrens afsluit. Hiervoor is per aanbieder (AGB-code) een statistische bandbreedte bepaald waarbinnen we spreken van toevalstreffers.

In afwezigheid van upcoding verwachten we ongeveer evenveel DBC's met 799 minuten als met 800 minuten (hierbij verwaarlozen we de dalende trend). Wanneer de verhouding tussen het aantal DBC's voor de tijdsgrens en na de tijdsgrens significant afwijkt van deze verwachting classificeren we een aanbieder als upcoding.

Hierbij moeten we kiezen welk risico we willen lopen om een aanbieder ten onrechte als upcoder aan te merken ('false positive'), versus het risico dat we een aanbieder die upcode niet als zodanig aan merken ('false negative'). Voor deze marktscan kiezen we voor een kans van 1 op 1000 dat we een aanbieder ten onrechte als upcoder aanmerken. Gegeven dat we circa 200 aanbieders testen is de kans dus reëel dat er enkele false positives tussen zitten (we vinden uiteindelijk 63 upcoders).

#### *Bepaling van de bandbreedte*

De kansverdeling van een  $N_{tot}$  aantal DBC's om (vlak) voor of na de tijdsgrens uit te komen, in afwezigheid van upcoding (dus kans  $P_{voor}=P_{na}=P=50\%$ ), is gegeven door de binomiale verdeling. Bij  $n > 25$  kan deze benaderd worden door de normaalverdeling. De verwachtingswaarde van het aantal DBC's dat voor de tijdsgrens valt is  $E(X) = P \times N_{tot}$ . Bijvoorbeeld: bij 100 DBC's rond de tijdsgrens verwachten we gemiddeld genomen  $50\% \times 100 = 50$  DBC's voor de tijdsgrens. De spreiding (variantie) wordt gegeven door  $N_{tot} \times P \times (1 - P)$ . Dus voor 100 DBC's is de spreiding in het aantal DBC's voor de tijdsgrens (over verschillende aanbieders, of bij meermaals meten in de tijd)  $100 \times 0,5 \times 0,5 = 25$ . Voor een normale verdeling is bekend dat 99,9% van alle observaties binnen drie standaard deviaties van het gemiddelde valt. De standaard deviatie is de wortel van de variantie, dus  $\sqrt{25} = 5$ . Voor 999 van de 1000 'metingen' (aanbieders) geldt dus dat bij 100 DBC's het aantal DBC's voor de tijdsgrens tussen de 35 en de 65 ligt. En valt er dus 1 op de 1000 metingen bij toeval buiten dit interval van 35-65. Dit is precies onze tolerantie voor 'false positives'. Wanneer we nu bij een aanbieder met 100 DBC's minder dan 35 DBC's voor de tijdsgrens aantreffen, en dus meer dan 65 DBC's na de tijdsgrens, classificeren we deze aanbieder als upcoder. Hieruit volgt dat de functie die de toegestane bandbreedte aangeeft waarbinnen we niet van upcoding spreken:

$N_{voor} = \text{aantal DBC's voor tijdsgrens}$

$N_{tot} = \text{totaal aantal DBC's voor én na tijdsgrens}$

$$\text{Bandbreedte } N_{voor} = \{ \\ (0.5 \cdot N_{tot}) - (3 \cdot \sqrt{0.25 \cdot N_{tot}}), \\ (0.5 \cdot N_{tot}) + (3 \cdot \sqrt{0.25 \cdot N_{tot}}) \\ \}$$

Bij 100 DBC's ligt de bandbreedte die we aan toeval toeschrijven dus tussen de 35 en 65, wat wil zeggen dat het aantal DBC's voor de tijdsgrens tussen de 35 en 65 moet liggen om door toeval veroorzaakt te worden. Bij 1000 DBC's is deze bandbreedte {450,550} etc.

Per AGB-code (hierbij is gekeken naar de combinatie van AGB code en het veld 'volgnummer DIS') is bovenstaande formule gebruikt om op basis van het aantal DBC's rond de tijdsgrens een toegestane bandbreedte te berekenen, en te bepalen of er sprake is van upcoding. Pas als het aantal DBC's na de tijdsgrens buiten (de bovengrens van) de bandbreedte valt classificeren we de aanbieder als upcoder en nemen deze mee in de getoonde grafiek in Hoofdstuk 4. Bij het tellen van DBC's voor en na de tijdsgrens wordt in de range van +/- 100 minuten rond een tijdsgrens gekeken. Dus DBC's met 700-799 minuten tellen mee als DBC's voor de tijdsgrens, en DBC's met 800-899 minuten als DBC's na de tijdsgrens (idem dito rond 1800 minuten etc). Voor de analyses zijn alleen DBC's meegenomen waarbij de totaal geregistreerde tijd binnen de bij de DBC-code behorende tijdsgrenzen valt (een check op interne consistentie van de DBC).

### Hoofdstuk 5: Verdiepend onderzoek wachttijden DIS

- Selectie DBC records voor analyse

Voor de scope van het onderzoek hebben we de volgende selecties op de DBC's van de DIS data gemaakt (Tussen haken staat hoeveel DBC's in de selectie zitten als de betreffende selectie is gemaakt):

- DBC's geopend in 2010, 2011 of 2012 (2.888.021 records in selectie)
- Initiële DBC's met reguliere zorg (1.512.626 records in selectie)
- DBC's zonder verblijfdagen (1.422.017 records in selectie)
- Geen crisis DBC's (1.409.630 records in selectie)
- DBC's niet behorende bij de diagnose-groep dyslexie. (1.384.003 records in selectie)
- DBC's behorende bij patiënten ouder dan 18 jaar. (1.076.186 records in selectie)

Er zijn dus 1.076.186 records in DIS die relevant zijn voor de scope van dit onderzoek.

Gegeven de specifieke definities van de wachttijden moet de data ook aan sommige eisen voldoen om de wachttijden te kunnen berekenen. De kwaliteit van de data moet goed zijn en een intake en een behandelactiviteit moeten geregistreerd zijn om een aanmeldwachttijd en behandelingswachttijd te definiëren. Boven op de selectie van de data voor de scope van dit onderzoek is daarom de volgende selecties gemaakt (Tussen haken staat hoeveel DBC's in de selectie zitten als de betreffende selectie is gemaakt):

- DBC's waarvan de datum van het eerste directe contact tenminste één dag later is dan de openingsdatum van de zorgtraject (757.676 records in selectie).
- DBC's waarvan de datum van de eerste behandelactiviteit op of na de datum van de intakeactiviteit van de zorgtraject is (734.224 records in selectie)
- DBC's waarbij zowel een intake als een behandelactiviteit zijn geregistreerd (456.795 records in selectie). Dit om vertekening van wachttijden uit te sluiten door DBC's waarbij de diagnostiek elders heeft plaats gevonden.

Dus voor 32% van de DBC's is de datum van het eerste activiteit met direct contact eerder of gelijk aan de openingsdatum van het zorgtraject of de datum van de eerste behandelactiviteit voor de datum van de intakeactiviteit, waardoor deze records niet bruikbaar zijn. Voor de gebudgetteerde instellingen is dit het geval voor 27% van de DBC's en voor de niet-gebudgetteerde instellingen geldt dit voor 49% van de DBC's.

De LVVP heeft via een brief aan VWS aangegeven dat veel vrijgevestigde aanbieders pas een zorgtraject openen zodra de patiënt in behandeling komt, en niet wanneer deze zich aanmeldt. Dit verklaart het hoge percentage DBC's dat niet bruikbaar is voor wachttijdmeting bij niet-gebudgetteerde aanbieders.

Aanvullende bronnen en methoden voor dit hoofdstuk zijn te vinden in het rapport 'Verdieping Wachttijden ambulante c-ggz 2010-2012' dat als bijlage bij deze Marktscan is gepubliceerd.

### Hoofdstuk 6: Meerjarig zorggebruik

- Gebruikte databronnen

*Vektis*: In de DBC-declaratie-data van Vektis is het zorggebruik van verzekerden voor de jaren 2009-2012 geanonimiseerd zichtbaar.

Verzekerden kunnen (geanonimiseerd) gevolgd worden over verschillende zorgaanbieders heen. Deze data bevat echter geen volledige informatie over de hoofddiagnosegroep, omdat bij DBC's in de

hoofdgroep 'Behandeling kort' geen diagnosegroep zichtbaar is voor de verzekeraar.

*DBC-informatie systeem:* De DIS-data bevat DBC's geopend in de jaren 2008 tot en met 2013 (voor zover aangeleverd aan het DIS op 1 oktober 2014). Om patiënten te tellen (paragraaf 6.4) in de DIS-data is waar mogelijk de gepseudonimiseerde BSN-code gebruikt en anders het patiëntnummer binnen de instelling. In paragraaf 6.5 is gekeken naar zorgtrajecten. Een zorgtraject bevat de behandeling van een patiënt voor een bepaalde diagnose bij één instelling.

*Selectie op patiënten 18+:* Omdat de NZa de resultaten van dit onderzoek bij toekomstige monitor- en beleidsactiviteiten wil gebruiken, en de jeugd-ggz per 1 januari 2015 is overgeheveld naar de gemeenten, richten de analyses zich op volwassenen.

Deze datasets beslaan allemaal de tweedelijns-ggz en niet de AWBZ, waaruit tot en met 2014 de ggz werd bekostigd van patiënten die langer dan 365 dagen opgenomen waren.

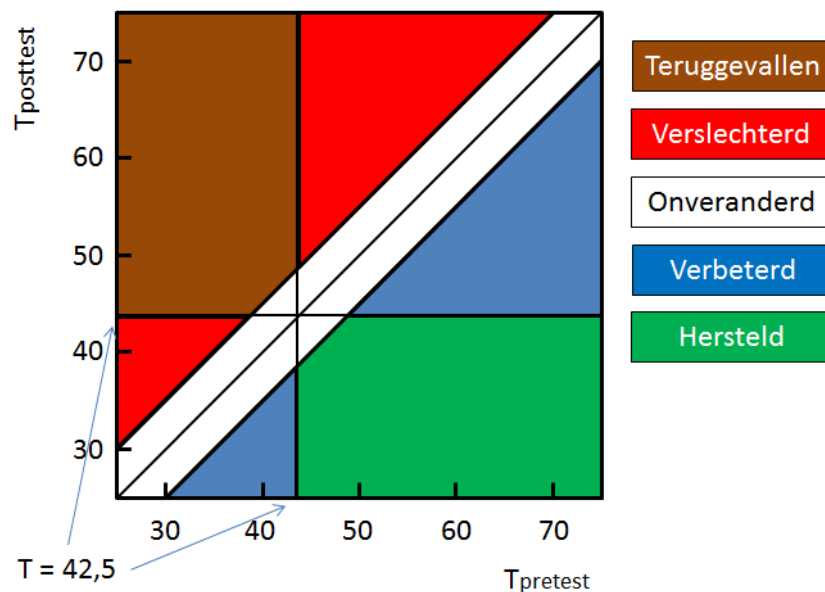


## Bijlage 2. ROM-uitkomst in klinisch relevante categorieën

De Delta T kan ook vertaald worden in klinisch meer betekenisvolle categorieën van behandeluitkomsten. Deze bijlage beschrijft een methode die SBG op termijn aan de Benchmark Rapportage Module (BRaM) wil toevoegen.

Hiervoor is door Jacobson en Truax<sup>37</sup> een methode voorgesteld waarbij op basis van twee criteria (is er sprake van statistische betrouwbare verandering en heeft de patiënt de overgang van ziek naar gezond gemaakt) wordt bepaald wat het resultaat na behandeling is: verslechterd, onveranderd, verbeterd of hersteld. Voor statistische betrouwbare verandering moet de verschillscore (Delta T) groter zijn dan 5; voor de overgang van ziek naar gezond moet een grensscore van  $T = 42,5$  overschreden worden. De categorisering ziet er dan als volgt uit: hersteld ( $\Delta T > 5$  en  $T_{pre} \geq 42,5 \cap T_{post} < 42,5$ ); verbeterd ( $\Delta T > 5$ ); onveranderd ( $-5 \leq \Delta T \leq 5$ ), verslechterd ( $\Delta T < -5$ ), en teruggevallen ( $\Delta T < -5$  en  $T_{pre} < 42,5 \cap T_{post} \geq 42,5$ ).

**Figuur B.2.1. Categorisering in klinisch betekenisvolle categorieën op basis van T-scores bij voor- en nameting**

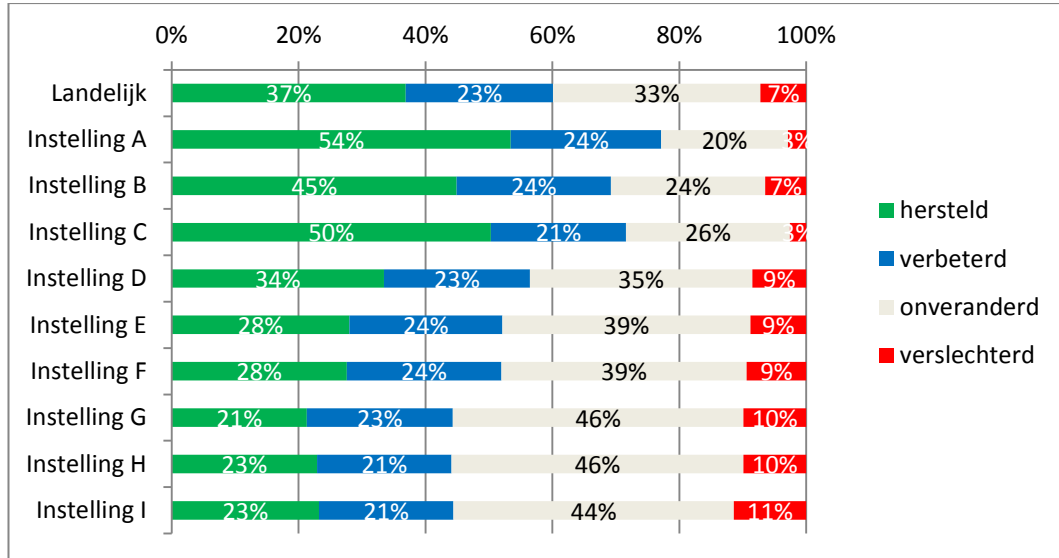


In Figuur B.2.1 is de categorisering schematisch weergegeven. Een gemiddelde patiënt met een voormetingscore van  $T_{pre} = 50$  en een nametingsscore van  $T_{post} = 35$  valt in het groene gebied en is hersteld; een patiënt met een voormeting van  $T_{pre} = 60$  en een nameting van  $T_{post} = 50$  is verbeterd, maar nog niet hersteld, etc. De categorieën verslechterd en teruggevallen worden meestal samen genomen als verslechterd.

<sup>37</sup> Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Figuur B.2.2 geeft weer hoe de vergelijking tussen het landelijk gemiddelde en de negen geselecteerde instellingen uitvalt bij gebruik van deze indeling van behandelingsuitkomst.

**Figuur B.2.2 De uitkomst van de behandeling (na maximaal een jaar in klinisch betekenisvolle categorieën, landelijk en bij negen instellingen**



Uit deze resultaten komt praktijkvariatie in uitkomst van behandeling tussen instellingen naar voren: er blijken aanzienlijke onderlinge verschillen te bestaan. Zo herstelt na maximaal een jaar behandeling bij sommige instellingen zo'n 50% van de patiënten tegen krap 25% bij andere instellingen. Deze verschillen moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zonder kennis over eventuele verschillen in patiëntkenmerken (casemix) of meetmethodiek kunnen we nog niet vaststellen of we hier daadwerkelijk te maken hebben met verschil in kwaliteit van geboden zorg tussen instellingen.