

Bijlage bij Marktscan ggz 2016

Bronnen en methoden

Inhoud

Inleiding	5
1. Bronnen	7
1.1 NZa-gegevens	7
1.2 Budgetten langdurige ggz	7
1.3 Vektis	7
1.4 DIS (dbc-informatiesysteem)	7
1.5 Zorginstituut Nederland	8
1.6 Websites wachttijden	8
1.7 GIP databank	8
2. Methodes	11
2.1 Hoofdstuk 2: Patiënten en patiëntstromen	11
2.1.1 Aantal patiënten Wlz/ZZP-B in de Zvw	11
2.1.2 Ontwikkeling gemiddelde uitgaven per patiënt 2013-2014	12
2.1.3 Analyses Crisis	13
2.2 Hoofdstuk 3: Zorggebruik en uitgaven	13
2.2.1 Achterliggende cijfers uitgaven curatieve ggz 2012-2016	13
2.2.2 Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg	15
2.2.3 Uitgaven ggz-gerelateerde geneesmiddelen	16
2.2.4 Uitgaven Zvw basis-ggz naar product en gespecialiseerde-ggz naar dbc-productgroep	17
2.2.5 Analyse dbc-prijzen ten opzichte van maximumtarieven	17
2.2.6 Uitgaven Wlz: Budgetten langdurige ggz	17
2.2.7 Tariefs- en prijsontwikkeling langdurige ggz	18
2.3 Hoofdstuk 4: Wachttijden	18
2.3.1 Analyse wachttijden websites	18
2.3.2 Verdeling aanmeldwachttijd gespecialiseerde-ggz	20
2.3.3 Aanmeldwachttijd per regio	21
2.3.4 Analyse langste wachttijden gespecialiseerde ggz	22
2.3.5 DIS-wachttijden 2010-2014 op patiëntniveau	22
2.4 Hoofdstuk 5: Oorzaken van en oplossingen voor de wachttijden in de ggz	24
2.5 Hoofdstuk 7: Zorgaanbieders	25
2.5.1 Aantal aanbieders/instellingen	25
2.5.2 Beroepeninzet	25
2.6 Hoofdstuk 8: Financiële ontwikkelingen	26
2.7 Hoofdstuk 9: Contracteerproces vrijgevestigde zorgaanbieders van ggz	28

Inleiding

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte bronnen. Na een beschrijving van de gebruikte bronnen volgt per hoofdstuk een toelichting op de gebruikte methoden bij de analyses.

1. Bronnen

1.1 NZa-gegevens

Voor marktstructuur-, marktgedrag- en betaalbaarheidsanalyses van gebudgetteerde aanbieders is gebruik gemaakt van NZa-gegevens. De NZa verwerkt de budgetten van gebudgetteerde zorgaanbieders in een rekenstaat. Dat gebeurt in een systeem dat Menza is genoemd. Hierin worden de productie- en nacalculatieafspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars (curatieve ggz) dan wel zorgkantoren (lggz) in het budget verwerkt.

1.2 Budgetten langdurige ggz

Hiervoor zijn alle AWBZ-/Wlz-prestaties geselecteerd die betrekking hebben op de langdurige ggz. Toeslagen zijn hierbij niet meegenomen, omdat deze niet specifiek betrekking hebben op de ggz.

1.3 Vektis

Vektis-declaratiegegevens worden gebruikt voor de marktstructuur- en betaalbaarheidsanalyses. Het gaat om bestanden die betrekking hebben op de volgende deelsectoren:

- eerstelijns-ggz (elp 2009 t/m 2013)
- tweedelijns-ggz (OG 2009 t/m 2013)
- basis-ggz (2014 en 2015)
- gespecialiseerde ggz (2014 en 2015)
- AWBZ-ggz (2012 - 2014)
- Wlz-ggz (2015)
- poh-ggz uit Vektis huisartsenzorg, te herkennen aan prestatie S104 (2010-2015). Merk op dat hierin alleen de ggz van de praktijkondersteuner van de huisarts is opgenomen, dus niet de ggz die de huisarts zelf levert.

1.4 DIS (dbc-informatiesysteem)

Zorgaanbieders zijn verplicht om elke gedeclareerde dbc aan te leveren aan het DIS. De gegevens in het DIS bevatten aanvullende informatie over de dbc die niet op de factuur zichtbaar is zoals de registreerde tijd en de diagnose van de patiënt. Patiëntgegevens worden via een 'trusted third party' gepseudonimiseerd. Dan is wel zichtbaar welke dbc's bij dezelfde patiënt horen, maar de patiënt is zelf niet meer te identificeren. Voor deze marktscan zijn declaraties uit de tweedelijns-ggz (2009 t/m 2013) en gespecialiseerde ggz (2014 en 2015) gebruikt.

Het DIS is niet volledig gevuld (zie ook eerdere marktscans). Om een indruk te krijgen van de vulling hebben we het aantal dbc's gesloten in 2014 en 2015 vergeleken tussen DIS en Vektis, naar type AGB-code. Dis heeft als peildatum 1 mei 2016, Vektis heeft als peildatum 1 juni 2016. Deze peildatum is bepaald door te kijken naar de meest recente dbc sluitdatum aanwezig in de dataset.

Tabel 1. Vergelijking DIS en Vektis aantal gesloten dbc's 2014

DIS 2014 gesloten		Vektis 2014 gesloten		
INSTELLING_STRATUM	dbc	INSTELLING_STRATUM	dbc	
ggz-instelling	485.652	ggz-instelling	549.302	88%
PAAZ/PUK/PP	46.227	PAAZ/PUK/PP	52.788	88%
psychiater	22.634	psychiater	43.352	52%
psycholoog	42.032	psycholoog	55.158	76%
overig	14.020	overig	46.468	30%

Bron: DIS, Vektis

Tabel 2. Vergelijking DIS en Vektis aantal gesloten dbc's 2015

DIS 2015		Vektis 2015		
INSTELLING_STRATUM	dbc	INSTELLING_STRATUM	dbc	
ggz-instelling	390.469	ggz-instelling	471.956	83%
PAAZ/PUK/PP	29.559	PAAZ/PUK/PP	51.399	58%
psychiater	17.303	psychiater	35.152	49%
psycholoog	29.649	psycholoog	36.113	82%
overig	13.163	overig	30.062	44%

Bron: DIS, Vektis

Omdat beide bestanden een specifieke peildatum hebben is dit een momentopname.

Let op: hier is de jaartoe wijzing gebaseerd op de sluitdatum van de dbc.

In de marktscan echter worden dbc's op basis van openingsdatum aan jaren toegewezen, Dit om aan te sluiten bij de contractering, en de schadelast cijfers van verzekeraars.

1.5 Zorginstituut Nederland

Zorgverzekeraars leveren zogeheten kwartaalstaten en jaarstaten aan het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Dit gebeurt conform de voorschriften in het Handboek Zorgverzekeraars en betreft ramingen van de schadelast in een door ZiNL voorgeschreven segmentering.

1.6 Websites wachttijden

MediQuest heeft wachttijdgegevens verzameld van de websites van aanbieders. Voor details zie de methoden bij het hoofdstuk wachttijden en de bijsluiter van MediQuest. De wachttijden worden als open dataset beschikbaar gemaakt op GitHub. Ook de broncode van de statistische analyses (R-scripts) is hier te vinden.

1.7 GIP databank

De gegevens van het Genees- en hulpmiddelen Project (GIP) zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelen zorg afkomstig van 25 (van de 26) zorgverzekeraars. Het gaat daarbij om

geneesmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven en vervolgens zijn afgeleverd door een apotheker of leverancier van hulpmiddelen en op grond van de Zorgverzekeringswet (basispakket) door de zorgverzekeraar zijn vergoed. De gegevensbestanden zijn gebaseerd op het gebruik van genees- en hulpmiddelen van circa 16,4 miljoen verzekerden; dit betekent een dekking van 98% van het totale aantal verzekerden in Nederland. Sinds 2004 zijn de gegevensbestanden van het GIP op een voor iedereen toegankelijke manier ontsloten via www.gipdatabank.nl.

2. Methoden

2.1 Hoofdstuk 2: Patiënten en patiëntstromen

De analyses van dit hoofdstuk zijn zoveel mogelijk gebaseerd op Vektis data met peildatum 1 juni 2016 (zie paragraaf 1.3 voor meer informatie). Voor enkele analyses is DIS-data gebruikt, omdat informatie op activiteitsniveau nodig was. Het gaat hierbij om analyses die gedaan zijn in figuur 3 'Kortdurende ggz-behandelingen in de gespecialiseerde-ggz' en figuur 4 'Aantal patiënten met een crisis-dbc'.

Vektis-data van 2015 was nog niet compleet op peildatum 1 juni 2016. Uitzondering hierop betreft de Vektis-data van de poh-ggz. Poh-ggz declaraties kennen een kortere doorlooptijd dan de declaraties voor basis-ggz en gespecialiseerde ggz.

Wanneer we kijken naar het aantal patiënten per echelon dient opgemerkt te worden dat het totaal aantal patiënten niet overeenkomt met de optelsom van het aantal unieke patiënten per echelon. In 2014 gaat het bijv. per echelon om $368.315 + 281.597 + 710.020 (= 1.359.932)$ patiënten, terwijl het totaal (over alle echelons heen) om 1.232.103 unieke patiënten gaat. Dit betekent dat 127.829 patiënten in meerdere sectoren zorg hebben ontvangen (10,4% van het totaal).

2.1.1 Aantal patiënten Wlz/ZZP-B in de Zvw

Bron: Vektis AWBZ/Wlz

Patiënten zijn aangemerkt als zzp-b (voortgezet verblijf vanwege de behandeling) of zzp-c (beschermd wonen) voor jaar t wanneer deze in het desbetreffende jaar een prestatie zzp-b (zzp-codes beginnend met een 2) dan wel zzp-c/vpt-c prestatie hebben (zzp-/vpt-codes beginnend met een 3).

Bron: Vektis Zvw declaratiegegevens

Patiënten zijn aangemerkt als zzp-b (voortgezet verblijf vanwege de behandeling) wanneer Vektis deze declaratie als 'lggz'-declaratie heeft aangemerkt (declaratiecodes 270010 t/m 270022). De Zvw omzet voor deze prestaties is opgeteld bij de Wlz zzp-b uitgaven voor 2015 om tot een gecombineerd totaal te komen.

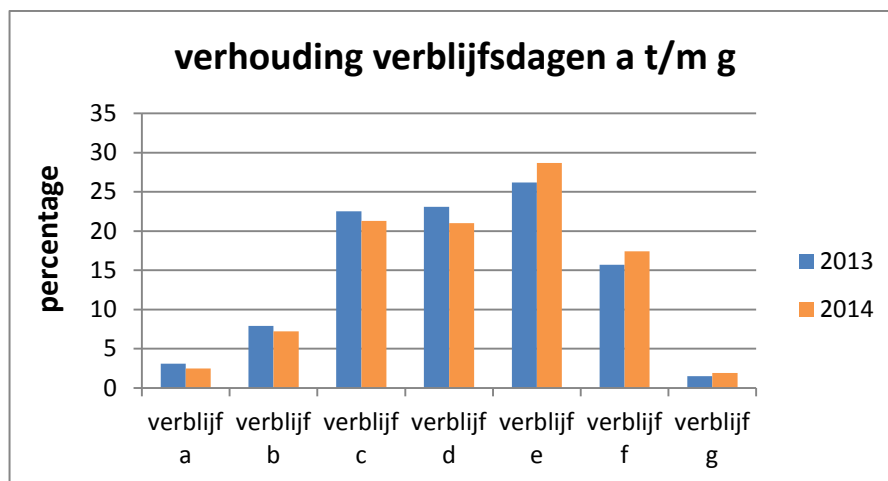
Ten aanzien van de analyses die in hoofdstuk 2 ('Verzwaren gespecialiseerde ggz') zijn gedaan, dient het volgende te worden opgemerkt. Doordat in 2015 jeugd-ggz is overgeheveld, werden zorgtrajecten voor deze doelgroep op 31 december 2014 afgesloten. Omdat deze ingreep een groot aantal korte dbc's veroorzaakte is ervoor gekozen de analyse op 18+ uit te voeren. Ook zijn 176 declaraties uitgesloten omdat die een extreem hoog aantal verblijfsdagen hadden (met soms 15.000 dagen op één dbc).

Tenslotte wordt in dit hoofdstuk aangegeven dat de gemiddelde prijs per verblijfsdag is gestegen. De reden hiervan is dat relatief vaker de zwaardere verblijfsdagen zijn gedeclareerd. In tabel 3 is voor de jaren 2013 en 2014 voor de verblijfsdagen a t/m g uitgesplitst wat de verhouding was.

Tabel 3. Verhouding voorkomen van verblijfsdagen t.o.v. totaal verblijfsdagen

jaar	percentage verblijf a	percentage verblijf b	percentage verblijf c	percentage verblijf d	percentage verblijf e	percentage verblijf f	percentage verblijf g
2013	3,1%	7,9%	22,5%	23,1%	26,2%	15,7%	1,5%
2014	2,5%	7,2%	21,3%	21%	28,7%	17,4%	1,9%
verschil	-19,4%	-8,9%	-5,3%	-9,1%	9,5%	10,8%	26,7%

Bron: Vektis

Figuur 1. Verhouding voorkomen verblijfsdagen t.o.v. totaal verblijfsdagen

2.1.2 Ontwikkeling gemiddelde uitgaven per patiënt 2013-2014

Bron: Vektis

Methode: Er is bij de analyses gerekend met de vergoede bedragen uit Vektis, er is niet gecorrigeerd voor tariefffecten. In de marktscan ggz 2015 deel a¹ is beschreven dat de maximumtarieven voor behandeling in 2014 ongeveer 10% en voor verblijf 1,5% zijn gestegen. Niet iedere verzekeraar heeft de stijging van de NZa-tarieven op eenzelfde manier vertaald in de contractering. In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat de geconstateerde stijging van gemiddelde uitgaven per patiënt 2013-2014 van 15,0% hoger is dan de gemiddelde stijging van de maximumtarieven in die jaren.

Onderstaande tabel toont ook aan dat er gemiddeld genomen ook daadwerkelijk meer tijd is besteed per patiënt en de verzwaaring niet alleen uit de tariefstijging kan worden verklaard. Elke dbc valt in een tijdsinterval. Dit interval heet een start en eind aantal minuten. Dit noemen we startinterval en eindinterval. In de tabel wordt het gemiddelde startinterval getoond van gedeclareerde dbc's (in doelgroep 18+) in 2013 en 2014.

Tabel 4. Gemiddelde startinterval van gedeclareerde dbc's

Jaar	Gemiddelde start interval per dbc in minuten
2013	1.246
2014	1.790
verschil	43,7%

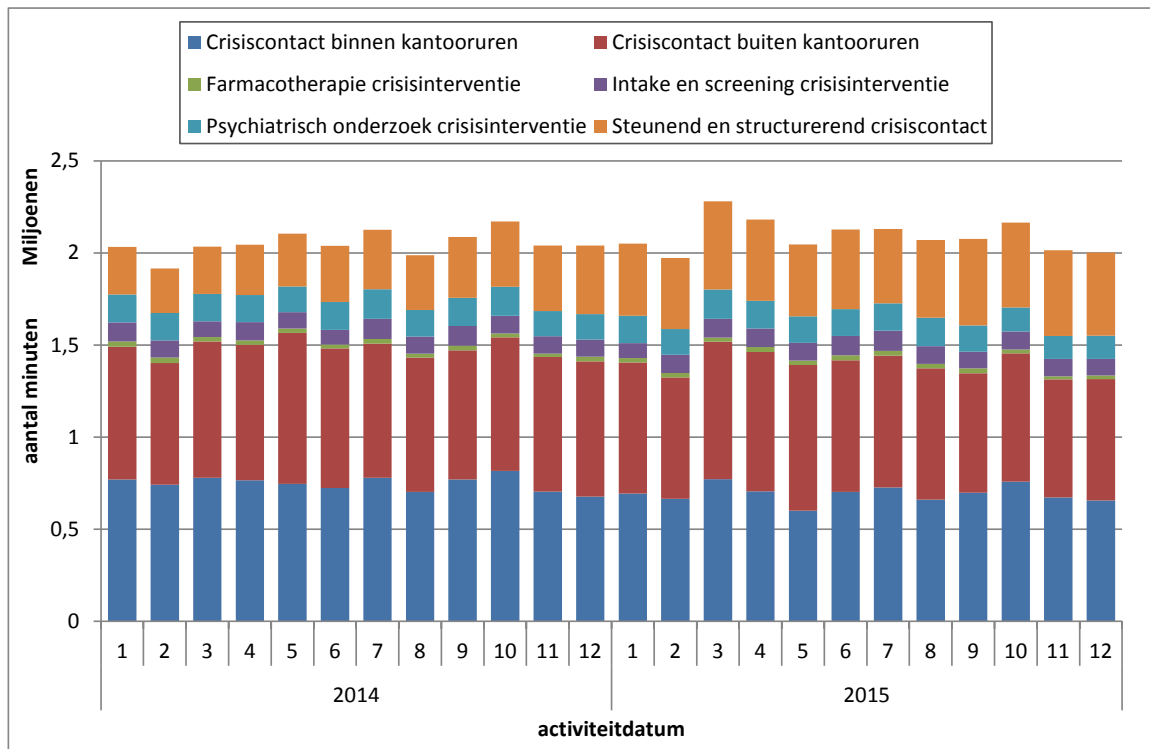
Bron: Vektis

¹ https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2015_deel_A.pdf pagina 40

2.1.3 Analyses Crisis

Onderstaande figuur toont het aantal crisiscontacten per maand. Uit deze analyse blijkt dat het aantal contacten (de hoeveelheid minuten tijdsbesteding aan een crisis) relatief stabiel is.

Figuur 2. Aantal minuten besteed aan crisiscontacten, per maand



Bron: DIS-data aangeleverd tot en met 31 december 2016)

Vektis-data:

Voor het berekenen van totale aantallen en bedragen is de data niet geschoond. Voor het berekenen van gemiddelde bedragen per patiënt zijn records van één dummy-BSN uitgesloten, omdat deze extreem veel zorg en de bijbehorende kosten heeft. Bovendien is voor de gemiddelden de jeugd uitgesloten. Daarvoor selecteren we patiënten die 18 jaar of ouder zijn op de begindatum van de zorgprestatie. Omdat we de exacte leeftijd niet hebben, gebruiken we een benadering aan de hand van het geboortekwartaal.

2.2 Hoofdstuk 3: Zorggebruik en uitgaven

2.2.1 Achterliggende cijfers uitgaven curatieve ggz 2012-2016

Door de invoering van de basis- en gespecialiseerde ggz en door de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten, is een gedetailleerd overzicht van de uitgaven voor de curatieve ggz-complex.

In deze tabel staan de uitgaven aan ggz (poh, curatief (zvw) en langdurig (wlz)) gespecificeerd. Hierbij merken we op dat de uitgaven van de poh-ggz niet onder hetzelfde budgettair macrokader valt als de basis- en gespecialiseerde ggz. Uitgaven in de tabel zijn in miljoenen euro's.

Tabel 6. Onderbouwing uitgaven overige regelingen (in miljoenen €)

Onderbouwing "overige regelingen"				
Beschikbaarheidsbijdragen code 450, Bron: NZa; Gespecialiseerde psychotraumazorg en zorg Joodse oorlogsslachtoffers		4,7	4,2	3,8
Beschikbaarheidsbijdrage GGZ transitiebedragen NHC Bron: NZa		8,5	9,3	5,5
Kwaliteitsgelden		5	5	5
		18,2	18,5	14,3

6) Voor een toelichting zie Marktscan ggz 2015 deel A

Aanvullende toelichting

Zoals te zien in kolom "Hoofdrubriek" is de post "voortgezet verblijf vanwege de behandeling (zzp-b)" een combinatie van posten. Deze regel is een combinatie van alle zorg die via een zzp ggz-b prestatie gedeclareerd wordt (dus alle jaren verblijf met behandeling na het eerste jaar), hetzij uit de AWBZ (tot en met 2014), hetzij uit de Zvw of Wlz (2015 en verder).

Tussen 2012 en 2015 groeiden de uitgaven van zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, terwijl de uitgaven van de overige ggz daalden. Over het geheel bezien waren de ggz-uitgaven in de jaren 2012, 2013 en 2014 ongeveer gelijk aan elkaar.

Toelichting bij 2013

Voor 2013 is de uiteindelijke schadelast nog circa € 60 mln lager uitgevallen dan in de vorige marktscan is gerapporteerd.

Toelichting bij 2014

De cijfers voor 2014 moeten gecorrigeerd worden voor het overhevelen van de jeugd-ggz naar de gemeenten vanwege het "hard" sluiten van alle dbc's die eind 2014 open stonden. Dit verhoogt de onzekerheid voor 2014 cijfers.

Toelichting bij 2015 en 2016

Voor 2015 en 2016 geven we expliciet aan dat er nog veel onzekerheid is, en er nog verschuivingen kunnen optreden. Deze bedragen zijn namelijk nog voor een groot deel gebaseerd op inschattingen van zorgverzekeraars.

2.2.2 Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

Bron: Zorginstituut Nederland, NZa-uitvragen 2011-2014.

Gegevens over de schadelastverdeling naar contractvorm werden voor de jaren 2011-2014 door de NZa uitgevraagd bij zorgverzekeraars. In overleg met VWS en de NZa heeft het Zorginstituut per 2015 de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opgenomen in de kwartaalstaten.

De percentages die worden getoond voor de jaren tot en met 2014 zijn afkomstig uit eerdere scans, het percentage voor 2015 afkomstig uit de tweede kwartaalstaat 2015, en het percentage voor 2016 afkomstig uit de tweede kwartaalstaat 2016.

Zie voor meer informatie inclusief definities de publicatie 'handboek zorgverzekeraars informatie zorgverzekeringwet 2016' van ZiNL. Het gaat hier om een verwachting van verzekeraars, omdat deze gegevens worden opgevraagd op een moment dat de schadelast nog niet definitief is (bijvoorbeeld het bedrag voor 2016 is medio 2016 uitgevraagd, tweede kwartaalstaat ZiNL).

Tabel 7. Specifieke contractinformatie ggz (in miljoenen €)

Specificatie contractinformatie GGZ	
	2016
Contractinformatie GGZ	totaal door zorgverzekeraars gerapporteerd
Anneemsommen	0,0
Plafond	3.145,2
Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondafspraken	0,0
Open einde contracten	137,1
Lopende onderhandelingen	14,1
Niet gecontracteerd	138,6
Aansluitverschillen	0,0
TOTAAL	3.434,9
Dekkingspercentage o.b.v. verzekerdenaantallen	100,0%
Afgesproken maximumomzet plafondcontracten GGZ	3.209,3
Aansluitverschillen	0,0
Dekkingspercentage o.b.v. verzekerdenaantallen	100,0%

Bron: tweede kwartaalstaat 2016

2.2.3 Uitgaven ggz-gerelateerde geneesmiddelen

Bron: ZINL, GIP databank.

De geneesmiddelen zijn gerubriceerd binnen het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem. Er zijn tenminste zeven verschillende ATC-groepen die toegepast kunnen worden bij psychische aandoeningen (psychofarmaca). Dit betreft (met tussen haakjes een raming van de uitgaven 2014 door ZINL):

- middelen bij ADHD (N06B, 27 miljoen);
- antidepressiva (N06A, 100 miljoen);
- antipsychotica (N05A, 84 miljoen, ook ouderenzorg);
- anxiolytica (kalmeringsmiddelen, onder andere voorgeschreven bij angststoornissen) (N05B, 20 miljoen);
- dementiemiddelen (N06D);
- anti-epileptica (N03A, worden soms voor angststoornissen toegepast);
- middelen bij alcoholverslaving (N07B).

Drie groepen geneesmiddelen die vaak bij psychische problemen worden toegepast zijn antidepressiva (100 miljoen in 2014), antipsychotica (€ 84 miljoen) en ADHD-middelen (€ 26 miljoen). In de vorige marktscan heeft de NZa cijfers t/m 2014 gepresenteerd. Hier zijn de cijfers 2015 aan toegevoegd.

Kosten versus vergoeding ggz-gerelateerde geneesmiddelen

In tegenstelling tot de vorige marktscan wordt nu de totale vergoedingen getoond. Dit is een andere definitie dan "kosten".

Vergoeding:

De vergoeding zijn de kosten die apotheken in rekening brengen exclusief BTW. De feitelijke vergoeding komt tot stand op basis van afspraken tussen verzekeraars en apotheken en kan dus per apotheek verschillen. Bovendien is de vergoeding exclusief het aflevertarief van de apotheek.

2.2.4 Uitgaven Zvw basis-ggz naar product en gespecialiseerde-ggz naar dbc-productgroep

Bron: Vektis declaraties

Toelichting: deze bedragen komen niet overeen met de bedragen die in de totale ggz-uitgaven tabel staan. Dit komt omdat tabel 7a en 8 zijn gebaseerd op microdata (Vektis-declaratievergoedingen) en tabel 4 op o.a. de bedragen die zorgverzekeraars opgeven aan het Zorginstituut. Deze sluiten niet exact aan. Zorginstituut cijfers zijn de beste inschatting van de zorgverzekeraars voor de uiteindelijke schadelast, waarbij rekening gehouden wordt met afwikkeling contracten en nog niet ontvangen declaraties. Vektis-cijfers zijn de daadwerkelijk vergoede bedragen voor declaraties, maar bevatten geen correctie voor contractafwikkeling.

2.2.5 Analyse dbc-prijzen ten opzichte van maximumtarieven

Bron: Vektis

Methode: per jaar worden alle zogeheten "tariefrecords" geselecteerd waarvoor de vergoeding groter dan 0 is en een maximumtarief beschikbaar is. Het prijsniveau wordt berekend als de som van alle vergoedingen gedeeld door de som van de bijbehorende maximumtarieven.

De prijzen en percentages uit de tabel "Daadwerkelijke prijzen voor behandelingen in de basis-ggz" zijn gebaseerd op gewogen gemiddelden.

Prijzen basis-ggz 2016:

We hebben voor deze marktscan een inschatting gemaakt van de prijzen in 2016 door in de 3^e kwartaalstaat 2016 op basis van aantallen en uitgaven per product een gemiddelde prijs per basis-ggz product te berekenen. De berekende prijzen worden vervolgens vergeleken met de in dat jaar geldende maximumtarieven.

2.2.6 Uitgaven Wlz: Budgetten langdurige ggz

Bron: rekenstaten NZa

Hiervoor zijn alle Wlz-prestaties geselecteerd die betrekking hebben op de langdurige ggz. Toeslagen zijn hierbij niet meegenomen, omdat deze niet specifiek betrekking hebben op ggz. Voor de budgetgegevens over de langdurige ggz bestaat voor 2013 minimaal 95% van de data uit realisatiegegevens. Voor 2014 is gebruik gemaakt van de productieafspraken uit zowel de budgetronde als de herschikkingsronde. De ervaring leert dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen de definitieve productieafspraken en de realisatie 10% bedraagt. Voor 2015 is gebruik gemaakt van de cijfers uit de budgetronde en niet de herschikkingsronde. Voor 2016 is gebruik gemaakt van de cijfers uit de budgetronde. De cijfers van 2015 en 2016 zijn daarom nog onzeker en worden als 'voorlopig' gepresenteerd.

Inschatting kapitaallasten Langdurige ggz

Bron: rekenstaten NZa

Op basis van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) tarieven 2014 en het aantal zzp-dagen 2014 ontstaat een beeld van de kapitaallasten- en inventarisvergoeding. Dat beeld gaat uit van 100% bekostiging op basis van NHC en NIC. Voor ggz-b bedraagt de NHC-vergoeding 100 miljoen en de NIC-vergoeding 15 miljoen euro. Voor ggz-c bedraagt de NHC-vergoeding 190 miljoen euro en de NIC-vergoeding 21 miljoen euro. Het totale NHC-bedrag is daarmee 289 miljoen euro en het totale NIC-bedrag is 35 miljoen euro. Dit bedrag gebruiken we om het aandeel van de ggz-kapitaallasten in de Wlz-budgetten te schatten en volumeontwikkelingen hierin te verwaarlozen. Daarom wordt voor de jaren 2012-2014 een bedrag van circa 300 miljoen euro gerapporteerd in de scan. Vanwege de overheveling van de zzp-c naar het gemeentelijk domein wordt dit bedrag vanaf 2015 verlaagd met 2/3 gebaseerd op de verhouding $\frac{\text{NHC} + \text{NIC zzp-b}}{\text{NHC} + \text{NIC zzp-b}} + \frac{\text{NHC} + \text{NIC zzp-c}}{\text{NHC} + \text{NIC zzp-c}}$ in 2014.

2.2.7 Tariefs- en prijsontwikkeling langdurige ggz

Bron: rekenstaten NZa.

Methode: de totale zzp-volumes zijn per jaar per prestatie gekoppeld met maximumbeleidsregelwaarden t en $t+1$. Vervolgens zijn twee omzetten berekend (volume t uitgedrukt in tarief t , volume t uitgedrukt in tarief $t+1$) en met elkaar gedeeld. Dit geeft de procentuele ontwikkeling in de zzp-tarieven. Eenzelfde operatie is ook uitgevoerd met werkelijke prijzen voor jaar t en $t+1$.

In 2016 zijn, ten opzichte van 2015, als gevolg van de budgetneutrale invoering van de prestatie zzp-meerzorg in de ggz de zzp-b maximumtarieven 3,64% verlaagd.

2.3 Hoofdstuk 4: Wachttijden

2.3.1 Analyse wachttijden websites

In 2000 zijn in het Treekoverleg, door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk, normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden. Deze zogenoemde 'treeknormen' worden sinds 2001 breed gehanteerd in de ggz. De normen zijn als volgt:

- Toegangstijd: tot aan eerste consult (intake) – bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken.
- Wachtijd: tot aan diagnose (indicatiestelling) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken.
- Wachtijd: tot aanvang behandeling extramuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken.
- Wachtijd: tot aanvang behandeling semimuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken.
- Wachtijd: tot aanvang behandeling intramuraal - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken.

In 2016 heeft de NZa MediQuest opnieuw gevraagd om wachtijd-gegevens te verzamelen. De meting heeft in september 2016 plaatsgevonden. Zie ook de documentatie van MediQuest met details over de gegevensverzameling, als bijlage gepubliceerd bij deze marktscan ('Methodiek verzameling wachtijd-gegevens ambulante ggz'). De verzamelde ggz wachtijd gegevens zijn gepubliceerd als open dataset, te vinden via het dataportaal van de Nederlandse overheid <https://data.overheid.nl>

Waar de populatie in eerdere marktscans gebaseerd was op het digiMV (met aanvullingen), is er nu voor gekozen om vanuit de Vektis declaratiegegevens een populatie samen te stellen. De steekproef van AGB-codes is als volgt gecreëerd:

Bronbestand op basis van Vektis declaraties 2014

Voor prestaties geopend in 2014 is door de NZa per AGB-code in Vektis het aantal volwassen patiënten basis- en gespecialiseerde-ggz geteld. Ook zijn voor elke AGB code de NAW gegevens uit het AGB-register gekoppeld. Dit gaat niet altijd goed omdat er twee aparte lijsten met AGB-codes zijn, de zorgverlener- AGB-codes, en de zorgaanbieder AGB-codes. Sommige AGB-codes komen in beide lijsten voor, en is daarom in zeldzame gevallen mogelijk dat onjuiste NAW-gegevens worden gekoppeld.

Steekproef samenstelling

Alle AGB-codes met tenminste 500 volwassen patiënten bij basis-ggz en/of tenminste 500 volwassen patiënten bij gespecialiseerde ggz in 2014 zijn aangemerkt als "instelling" en door MediQuest allemaal meegenomen in de website meting.

De overige AGB-codes zijn aangemerkt als "vrijgevestigde praktijk". Hieruit zijn door de NZa apart voor zowel de subpopulatie "tenminste 1 volwassen patiënt basis-ggz" en de

subpopulatie “tenminste één volwassen patiënt gespecialiseerde ggz” twee willekeurige steekproeven van 300 AGB-codes getrokken via de R-functie `sample()`.

Dit heeft een lijst van 709 unieke AGB-codes opgeleverd. Deze populatie (lijst met AGB-codes inclusief NAW-gegevens) is door de NZa aan MediQuest verstrekt als basis voor de gegevensverzameling. In overleg met de NZa heeft MediQuest de NAW-gegevens leidend laten zijn bij het koppelen van een AGB-code aan een website van een praktijk of instelling. Dit betekent dat de naam van een behandelaar dan naar een praktijk kan leiden. Zie verder de documentatie van MediQuest.

Abusievelijk zijn voor PsyQ niet alle locaties verzameld. De NZa heeft in oktober deze locaties nog zelf verzameld en toegevoegd. Deze locaties hebben dus peildatum oktober en niet september zoals de overige wachttijden.

MediQuest heeft elke gevonden wachttijd getypeerd als “basis-ggz” of “gespecialiseerde ggz” of beiden. Een deel van de wachttijden kon niet getypeerd worden door MediQuest. De NZa heeft deze wachttijden handmatig gecontroleerd en getypeerd op basis van informatie op de website. Wanneer ook dit geen duidelijkheid bood is de wachttijd getypeerd als “basis-ggz/s-ggz”.

Alle records die betrekking hebben op leesstoornis/dyslexie, forensische zorg en niet-Zvw-zorg (AWBZ-/Wlz-zorg, werk- en relatietherapie, burn-out, arbeidstraining, maatschappelijk opvang, beschermd wonen, verstandelijke beperking, ggz voor doven en slechthorenden), diagnostiek, online ggz zijn handmatig gelabeld en niet meegenomen in de analyses. Deze zijn nog wel aanwezig in het openbare bestand. Ook klinische ggz, acute/crisis-ggz en ggz voor jong volwassenen (adolescenten, 18-23 jaar) is apart gelabeld, deze wachttijden worden wel geanalyseerd, maar worden apart gehouden van de “reguliere” ggz voor volwassenen, ouderen of verslavingszorg.

De door MediQuest opgeleverde bestanden zijn ingelezen in R. Hier zijn vervolgens de data schonings- en verrijkingstappen in geprogrammeerd.

Opmerkingen:

- Wachttijden aantoonbaar ouder dan 1 juli 2016 zijn op “niet actueel” gezet. Wachttijden waarbij geen actualisatiedatum staat zijn als “actueel” aangemerkt.
- Om op het openbare analysebestand de NZa-resultaten te reproduceren moet worden geselecteerd op HEEFT_AANMELD = 1, ACTUEEL = 1 voor de aanmeldwachttijd, en op HEEFT_BEHANDEL=1 en ACTUEEL =1 voor de behandelwachttijd.
- In het gegevensbestand is het veld LOCATIE_ID leidend om een locatie te onderscheiden. Elke unieke combinatie van “Naam zorgaanbieder” en “vestigingslocatie” (ook als deze leeg is), krijgt een unieke LOCATIE_ID.
- Tabel 8 en 9 laten voor de wachttijdmeting 2016 het aantal unieke LOCATIE_ID's (aantal concernlocaties per type aanbieder, circuit en type ggz) zien op basis waarvan de gemiddelde wachttijden voor elke subgroep in de scan zijn gebaseerd.
- Subgroepen met minder dan 20 observaties zijn niet weergegeven in de scan en in onderstaande tabel vanwege de te kleine steekproef.

Tabel 8. Aanmeldwachttijd: Aantal unieke locaties 2016 per subgroep

Circuit	basis-ggz	basis-/gespec. ggz	gespecialiseerde ggz
Instellingen			
Volwassenen	219	137	303
Ouderen	-	-	70
Verslavingszorg	-	-	34
Jong-volwassenen	-	33	29
Vrijgevestigden			
Volwassenen	114	151	51

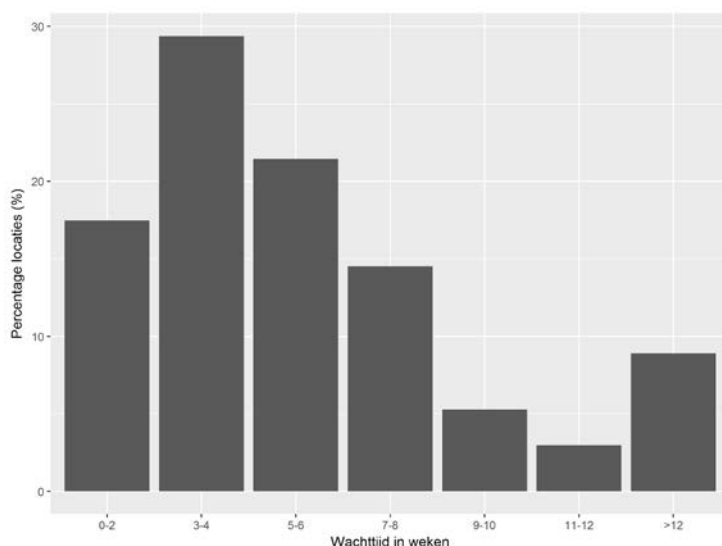
Tabel 9. Behandelwachtijd: Aantal unieke locaties 2016 per subgroep

Circuit	basis-ggz	basis-/gespec. GGZ	gespecialiseerde ggz
Instellingen			
Volwassenen	203	99	281
Ouderen	-	-	67
Verslavingszorg	-	-	31
Jong-volwassenen	-	32	27
Vrijgevestigden			
Volwassenen	62	97	27

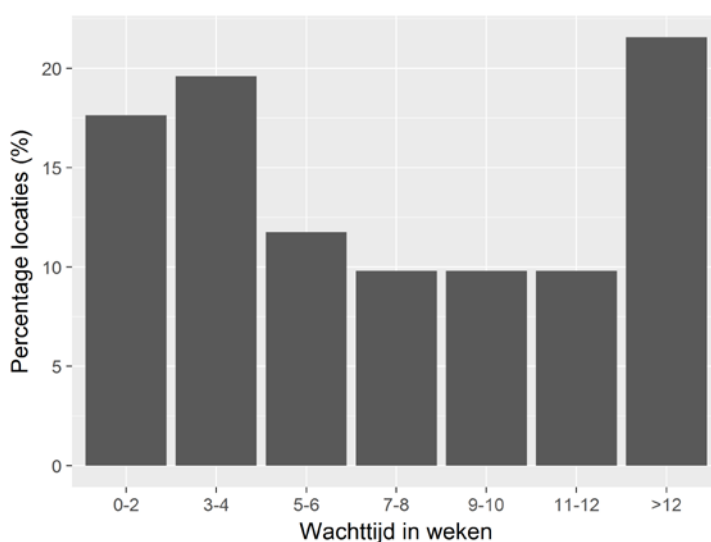
2.3.2 Verdeling aanmeldwachtijd gespecialiseerde-ggz

In de marktscan wordt de gemiddelde wachttijd en het percentage locaties met een wachttijd langer dan de Treeknorm getoond. In aanvulling presenteren we hier de complete wachttijdverdeling voor de aanmeldwachtijd in de gespecialiseerde ggz, voor zowel instellingen als vrijgevestigden.

Figuur 3. Verdeling aanmeldwachtijd 2016 gespecialiseerde ggz bij instellingen



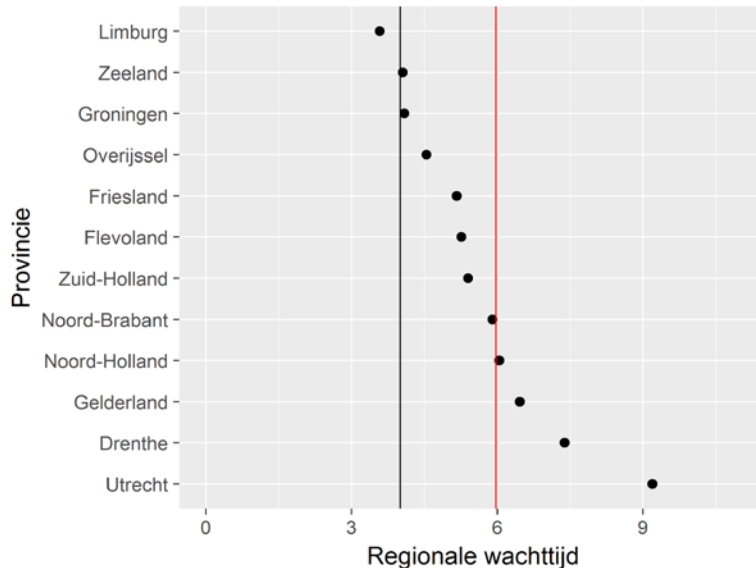
Figuur 4. Verdeling aanmeldwachtijd 2016 gespecialiseerde ggz bij vrijgevestigden



2.3.3 Aanmeldwachtijd per regio

Het landelijk gemiddelde voor de aanmeldwachtijd voor gespecialiseerde-ggz bij een instelling is ongeveer zes weken. We onderzochten of er verschillen zijn tussen regio's in deze wachtijd.

Figuur 5. Gemiddelde aanmeldwachtijd per provincie



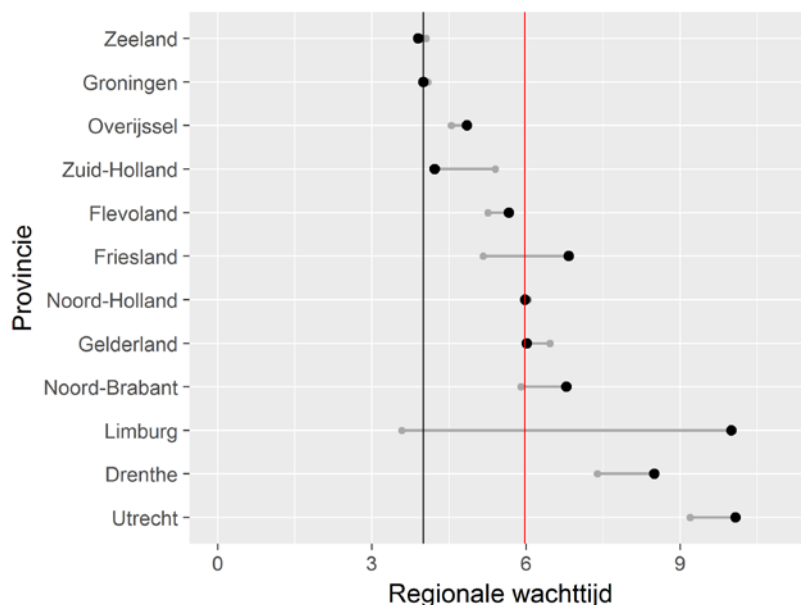
Het blijkt dat locaties van grote instellingen gemiddeld genomen langere wachttijden hebben dan locaties van kleine instellingen. Voor de provincie Limburg blijkt uit de data dat de relatief lage gemiddelde wachtijd voor de gespecialiseerde ggz wordt veroorzaakt door het in gelijke mate meetellen van grote instellingen, en kleine instellingen die zich op bepaalde doelgroepen binnen de sggz richten, en dus niet voor alle doelgroepen beschikbaar zijn.

Uit de landelijke data blijkt dat de wachtijd 2016 voor volwassenen in de sggz een functie is van de omvang van de ggz-aanbieder. De omvang van de ggz-aanbieder is hierbij geoperationaliseerd als het aantal patiënten (ongeacht leeftijd of type ggz) met een ggz-prestatie geopend in 2014. De gemiddelde wachtijd stijgt van gemiddeld vier weken naar zeven weken. Het omslagpunt ligt ongeveer rond de 4900 patiënten.

Wanneer we alleen instellingslocaties van AGB-codes die in 2014 meer dan 4900 patiënten (ongeacht leeftijd of type ggz) hebben gezien (hierna "grote instellingen"), verandert het beeld voor de provincie Limburg aanzienlijk. Voor de overige provincies is het verschil minder groot.

Onderstaande figuur geeft per provincie de gemiddelde wachtijd voor gespecialiseerde ggz bij instellingen weer, zowel wanneer alle locaties worden meegenomen, als wanneer alleen locaties van grote instellingen worden meegenomen. Beide wachttijden zijn verbonden met een lijn segment om aan te geven dat, afhankelijk van de specifieke zorgvraag (binnen de gespecialiseerde ggz), de wachtijd gemiddeld tussen deze twee uitersten ligt.

Figuur 6. gemiddelde wachttijd per provincie alle locaties vs locaties van grote instellingen (zwarte stip)



2.3.4 Analyse langste wachttijden gespecialiseerde ggz

We selecteren (enigszins arbitrair) alle records met een aanmeldwachttijd langer dan 10 weken. Dit zijn 78 records. Vervolgens is elke wachttijd op basis van de nadere typering geclassificeerd als 'utisme-spectrum en/of persoonlijkheidsstoornis', 'Angst en/of depressie stoornis' of 'Overige stoornissen'.

We berekenen de procentuele verdeling over deze drie groepen.

Tabel 10. Verdeling langste wachttijden naar type stoornis

	Autismespectrum & persoonlijkheidsstoornissen	Angst en depressieve stoornissen	Overige stoornissen
	44.8%	14.9%	38.8%

Bron: MediQuest, NZa

2.3.5 DIS-wachttijden 2010-2014 op patiëntniveau

Bron: DIS

Methodie: Geselecteerd zijn de dbc-trajecten geopend in 2010 tot en met 2014. Uitgesloten van de analyse zijn:

- vervolg-dbc's;
- crisis-dbc's;
- jeugd-dbc's;
- dbc's waarvan de openingsdatum van de dbc meer dan twee jaar na de openingsdatum van het zorgtraject ligt;
- dbc's waarvan de datum van het eerste directe contact voor (0,5%) of op (27%) de openingsdatum van het zorgtraject ligt;
- dbc's waarvan de datum van het eerste behandelcontact eerder ligt dan de datum van het eerste intakecontact.

Voor het berekenen van de wachttijden per uniek zorgtraject, instelling en volgnummer instelling is het volgende aangenomen:

- De datum waarop de eerste afspraak wordt gemaakt (aanmelding) is de datum waarop het zorgtraject wordt geopend.
- De datum van intake is de datum waarop de eerste intake-activiteit met directe tijd geregistreerd is in DIS.
- De datum van eerste behandeling is de datum waarop de eerste behandelactiviteit met directe tijd geregistreerd is in DIS.

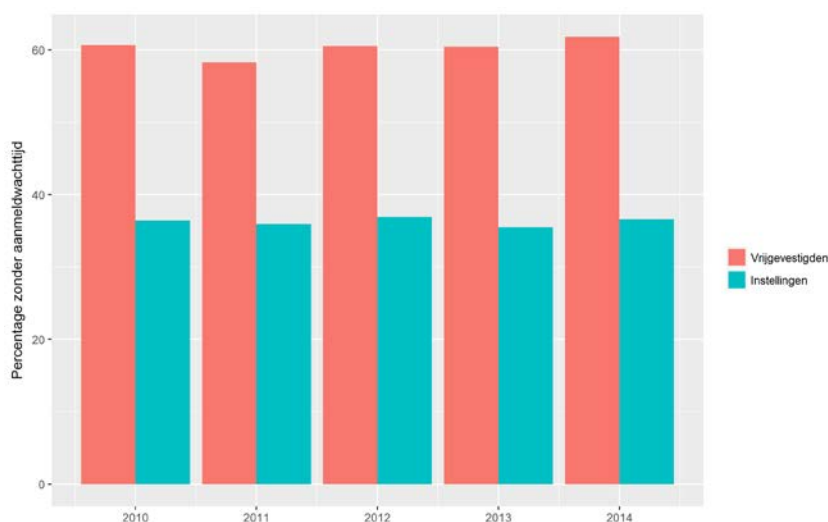
De aannames zijn gebaseerd op de spelregels dbc-ggz.

De aanmeldwachttijden op basis van DIS zijn gebaseerd op het verschil in datum van intake en datum waarop de eerste afspraak wordt gemaakt. De behandelwachttijden zijn gebaseerd op het verschil in datum van de eerste behandelactiviteit en de datum van intake. In de periode waarop deze behandelwachttijden zijn gebaseerd, is de wachttijd tot aan diagnose en wachttijd tot aanvang behandeling samengenomen. De bijbehorende Treeknormen voor deze twee wachttijden zijn respectievelijk vier weken en zes (voor extra- en semimurale zorg) of zeven weken (voor intramurale zorg). In de figuren hebben we deze twee normen samengevoegd tot een enkele norm voor de behandelwachttijd van tien weken.

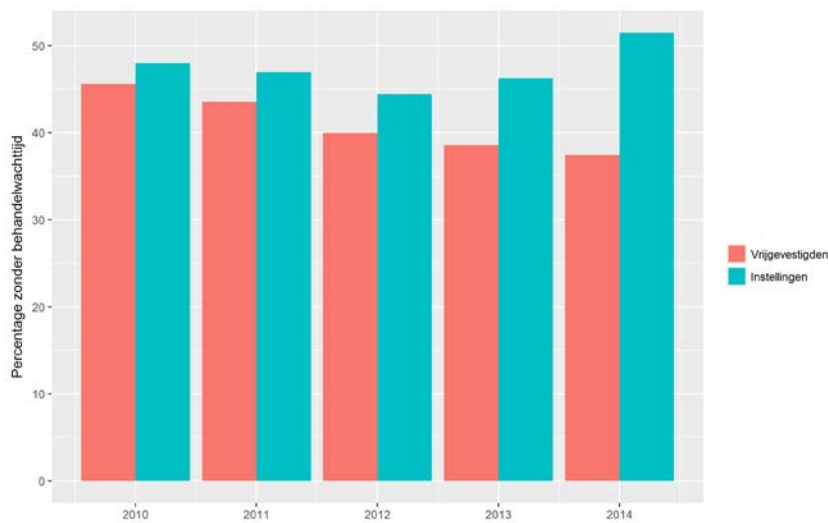
In de analyses zijn voor de volledigheid zowel dbc's met als zonder verblijf meegenomen. De (gecombineerde) behandelwachttijd van tien weken hoeft mogelijk niet te gelden voor dbc's met verblijf. Van de initiële dbc's met verblijf, is er bij 62 procent van de dbc's nog geen sprake van verblijf in de eerste week na de intake. De overige dbc's vormen zo'n klein gedeelte van de totale groep dbc's (2%) dat we niet verwachten niet dat het includeren van deze dbc's een effect zal hebben op de gemiddelde behandelwachttijd.

De gegevens voor datum van intake of eerste behandeling zijn niet altijd beschikbaar. Hierdoor kunnen wachttijden niet goed berekend worden. Deze dbc's worden dan ook geëxcludeerd van de analyse. Het percentage voor dbc's zonder aanmeld- of behandelwachttijd voor vrijgevestigden en instellingen is te zien in de volgende twee figuren:

Figuur 7. Percentage aanbieders zonder aanmeldwachttijd



Figuur 8. Percentage aanbieders zonder behandelwachtijd



In de figuren voor wachttijden per diagnosegroep is een mate van onzekerheid te zien. Deze is berekend door middel van een bootstraphmethode met 1000 samples (m.b.v. het *boot* package voor R). Er wordt op deze manier een standard error van het gemiddelde en een betrouwbaarheidsinterval berekend. Dit betrouwbaarheidsinterval is terug te vinden in de figuren in de marktscan.

2.4 Hoofdstuk 5: Oorzaken van en oplossingen voor de wachttijden in de ggz

We hebben een verdiepend (kwalitatief) onderzoek gedaan naar aanleiding van resultaten uit de vorige marktscan ggz² en signalen uit het veld. Vooral bij autisme en persoonlijkheidsstoornissen bestaan de langste wachttijden, waardoor wij specifiek voor deze groepen meer inzicht willen hebben in de oorzaken. Het onderzoek is in 2016 gestart en bestond uit drie fasen:

- interviews bij 15 ggz-instellingen;
- schriftelijke reactie van brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars, en patiëntenverenigingen;
- rondetafelgesprek met zorgaanbieders en patiëntenverenigingen.

Het onderzoek is gestart met interviews met inhoudelijk deskundigen van 15 instellingen. Omdat we inzicht wilden hebben waarom de wachttijden bij autisme en persoonlijkheidsstoornissen langer zijn dan andere stoornissen, hebben we instellingen benaderd. Vrijgevestigde zorgaanbieders kennen doorgaans geen gedifferentieerde wachttijden voor afzonderlijke diagnosegroepen. Bij ggz-instellingen is in sommige gevallen wel sprake van een langere wachttijd voor autisme en persoonlijkheidsstoornissen (in vergelijking met de andere doelgroepen), waardoor het wel mogelijk is hier nader onderzoek naar te doen. Bij deze interviews stonden twee vragen centraal:

- Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de langere wachttijden bij de twee diagnosegroepen autisme en persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat zijn mogelijke oplossingen om de wachttijden te verminderen?

Vervolgens hebben wij deze uitkomsten schriftelijk voorgelegd aan patiëntorganisaties en branchepartijen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.³ Wij vroegen hen om vanuit hun

² marktscan 2015 deel a. Zie: https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_ggz_2015_deel_A

³ Ippgz (samen met Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), Stichting Borderline, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging, Caleidoscoop en Ypsilon), GGZNL, ZN, NFU, NVVP, PsyNIP, LVVP, NVP

ervaring en vanuit hun invalshoek aanvullende informatie over oorzaken en oplossingen voor de hogere wachttijden bij deze twee doelgroepen te geven.

Tenslotte hebben wij de uitkomsten besproken in een vergadering waarbij branchepartijen van zorgaanbieders en patiëntenverenigingen aanwezig waren. Het ging hierbij niet alleen om de langere wachttijden bij de twee genoemde diagnosegroepen. Tijdens deze bijeenkomsten zijn namelijk ook de resultaten voorgelegd van eerdere onderzoeken die de NZa heeft uitgevoerd rondom wachttijden en de eerste (concept) resultaten van de regionale bijeenkomsten die vanuit het ministerie van VWS zijn georganiseerd. Dit hebben we als input voor de algemene oorzaken van de wachttijden in de ggz gebruikt.

2.5 Hoofdstuk 7: Zorgaanbieders

2.5.1 Aantal aanbieders/instellingen

Bron: Vektis en het Algemeen Bedrijven Register van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS)

Methode: Het aantal aanbieders is gebaseerd op het aantal unieke AGB-codes in Vektis (eerstelijns psychologen, Zvw, poh en Wlz) met een vergoed bedrag van meer dan € 0 per jaar. Deze gegevens hebben we gekoppeld met het Algemeen Bedrijven Register van het CBS. Zorgaanbieders die hierin te vinden waren, zijn gedefinieerd als instelling en gegroepeerd op basis van de ABR-groep (~ ondernemingengroep). Alle overige zorgaanbieders zijn gedefinieerd als vrijgevestigde. In sommige gevallen declareert een zorgaanbieder met verschillende AGB-codes. Door de koppeling met het ABR valt daarvoor te corrigeren voor de instellingen. Voor de vrijgevestigden is dit niet mogelijk en is er waarschijnlijk sprake van een overschatting van het aantal aanbieders.

Om zorgaanbieders toe te wijzen aan één sector hebben we gekeken naar het aandeel van de verschillende sectoren in de totale omzet. Om tot een sector gerekend te worden, moest deze sector minstens 5% van de totale omzet beslaan. Zorgaanbieders waarvan bijvoorbeeld 10% van de omzet gegenereerd wordt door de basis-ggz en 90% door de gespecialiseerde-ggz zijn aan een combinatiecategorie toegerekend. In 2012 was er sprake van één aanbieder waarvan 7% van haar omzet gegenereerd werd door eerstelijns-ggz en de overige 93% door langdurige zorg. Omdat deze combinatie van zorgsectoren na 2012 niet meer voorkwam en gezien het grote verschil in omzetaandeel is deze zorgaanbieder meegenomen bij de langdurige ggz.

2.5.2 Beroepeninzet

Bron: DIS en Vektis

Methode: Voor de beroepeninzet in 2014 is gebruik gemaakt van de tijdschrijfgegevens binnen de basis-ggz en gespecialiseerde ggz van Vektis. Vektis beschikt sinds 2014 over de geschreven minuten per beroep per dbc. Deze minuten zijn per beroep bij elkaar opgeteld om tot de totale aantallen te komen. Voor de informatie m.b.t. geschreven minuten in de jaren voor 2014 is gebruik gemaakt van DIS, omdat Vektis geen informatie over geschreven tijd heeft van die jaren.

2.6 Hoofdstuk 8: Financiële ontwikkelingen

Bron: De analyses uit hoofdstuk 7 zijn volledig gebaseerd op openbare informatie uit het digiMV 2014. Hiervoor is het digiMV Excel bestand 2014 versie "2359" gedownload van de website jaarverslagenzorg.nl.

Bewerkingen van de data: De startpopulatie bestaat uit alle instellingen die aangeven ggz-zorg te leveren (N=484). Vervolgens worden instellingen zonder balans-totaal of met een balans-totaal van waarde 0 uitgesloten van analyse (resterend: N=314). Vervolgens worden algemene ziekenhuizen en UMC's uitgesloten van analyse (resterend: N=311). Tenslotte worden nog enkele instellingen verwijderd omdat er voor 2014 geen opbrengsten zijn (resterend: 306).

Classificatie/clustering: Op basis van informatie uit het digiMV over de productie zijn de instellingen geassocieerd in een zestal groepen. De volgende type producten/activiteiten zijn gebruikt:

- aantal bedden;
- waarvan bedden ksw (kleinschalig wonen);
- aantal geopende dbc's;
- aantal dagdelen ggz-dagbesteding (geestelijke gezondheidszorg);
- aantal dagdelen ghz-dagbesteding (gehandicaptenzorg);
- aantal ghz zzp-dagen;
- aantal ghz extramurale uren;
- aantal v&v zzp-dagen (verpleging en verzorging);
- aantal v&vt extramurale uren;
- maatschappelijke opvang/vrouwenopvang (mo/vo) ja/nee.

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 twee activiteiten zijn die elk de helft van de omzet genereren) wordt het concern aan het cluster 'overig' toegewezen.

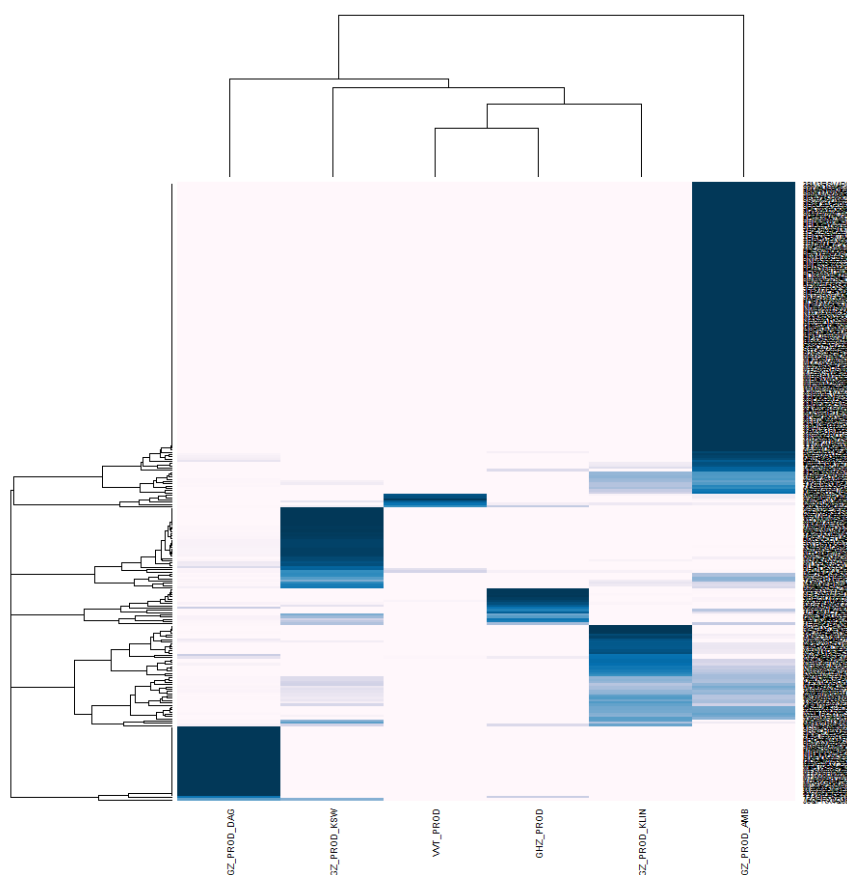
Voor een schatting van het omzetaandeel zijn (zeer) grove schattingen van bedragen gehanteerd. Hierbij is het doel een orde van grootte te verkrijgen. De volgende bedragen zijn gekozen: 200 euro voor een ggz-/ghz-/vvt-ligdag (bed*365) of zzp, € 3000 voor een dbc, € 40 voor een dagdeel dagbesteding en € 50 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 32 instellingen waarvoor geen enkele productiecijfers beschikbaar zijn. Dit zijn met name kleinere instellingen/groepspraktijken, instellingen die forensische psychiatrie leveren, aanbieders die brede jeugdhulp 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 instellingen zijn vervolgens met een standaard cluster-algoritme (hiërarchische clustering met “complete linkage” en euclidische afstand) geclusterd op omzetaandelen per product en weergegeven in figuur 9:

Figuur 9. Geclusterde productie-profielen van ggz-instellingen (N=274)



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):

- ambulante ggz;
- verpleging, verzorging en thuiszorg;
- kleinschalig wonen;
- gehandicapten zorg;
- klinische zorg;
- geïntegreerde ggz (klinisch en ambulante, tussengroep);
- dagbesteding.

In de clustering voor hoofdstuk 1 zijn uiteindelijk klinische ggz en geïntegreerde ggz samengevoegd tot de groep “klinisch met/zonder ambulante ggz”. Tevens zijn hier alle instellingen aan toegevoegd die in eerste instantie tot het cluster ambulante ggz werden gerekend maar die wel aanzienlijke klinische productie hebben. De ghz- en vvt-instellingen zijn aan de restgroep “overig” toegevoegd. Voor de activiteit mo/vo zijn geen cijfers beschikbaar die informatie bevatten over de relatieve omvang. Daarom hebben we deze instellingen verdeeld op basis van hun productie over de andere groepen. Tussen de instellingen die aangeven mo/vo te doen zitten voornamelijk geïntegreerde aanbieders. 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;
- geïntegreerde zorginstellingen;
- instellingen voor beschermd / begeleid wonen (RIBW's);
- ggz-dagbesteding;
- restgroep 'overig': Breed activiteitenprofiel, primair ghz of vvt, of geen informatie over activiteitenprofiel;
- PAAZ/PUK ziekenhuispsychiatrie (buiten de analyse gehouden).

Onderstaande tabel heeft betrekking op de restgroep 'overig'. De overige groepen worden in de hoofdtekst beschreven.

Tabel 11. Financiële kengetallen overige zorgaanbieders

	2013	2014
Kengetal	gemiddelde	gemiddelde
Rentabiliteit	1,4%	1,8%
Solvabiliteit	27%	29%
Liquiditeit	123%	136%
Weerstand	19%	21%
Rentabiliteit t.o.v. balans	2,0%	2,4%

Bron: DigiMV

2.7 Hoofdstuk 9: Contracteerproces vrijgevestigde zorgaanbieders van ggz

Voor het hoofdstuk over het contracteerproces voor vrijgevestigde zorgaanbieders van ggz hebben we gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen:

- zorginkoopdocumenten 2017 van alle zorgverzekeraars;
- tien afgesloten contracten 2017 en (openbare) modelovereenkomsten;
- gesprekken met drie vrijgevestigde zorgaanbieders van ggz;
- gesprekken met twee koepels (LVVP, NIP);
- uitvraag bij alle zorgverzekeraars.

Om een beeld te krijgen van het contracteerproces hebben we de zorginkoopdocumenten en modelovereenkomsten van zorgverzekeraars geanalyseerd. Daarnaast hebben we drie vrijgevestigden benaderd uit drie verschillende steden. We hebben de door hen afgesloten contracten met verzekeraars opgevraagd en geanalyseerd. Ook hebben we interviews gehouden met deze vrijgevestigden om meer achtergrondinformatie te krijgen over het contracteerproces. Bij de selectie hebben we rekening gehouden met het werkgebied van de verschillende verzekeraars. Tenslotte hebben we gesprekken met LVVP en NIP gevoerd. De verzamelde informatie op basis van de zorginkoopdocumenten, contracten en gesprekken hebben we met een uitvraag bij de afzonderlijke verzekeraars gecheckt.

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.