



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Zorgmarkten Cure

Telefoonnummer
0900 7707070

E-mailadres
vragencure@nza.nl

kenmerk
0107447/0149981

Onderwerp
Beleidsbrief marktscan GGZ

Datum
19 november 2014

Mevrouw de Minister,

Hierbij bieden wij u de Marktscan GGZ 2014 (deel A) aan. In dit deel behandelen we de betaalbaarheid van de GGZ en de toegankelijkheid in de periode 2009-2014. Het tweede deel van de marktscan (deel B) verschijnt in de eerste helft van volgend jaar. Daarin kijken we onder meer naar het contracteringsproces in de GGZ in 2014 en de transparantie van de kwaliteit van zorg.

Belangrijkste bevindingen en acties NZa

Uit de marktscan blijkt dat bij sommige aanbieders in de gespecialiseerde GGZ de wachttijden de Treeknorm overschrijden. Hoewel de wachttijden in de gespecialiseerde GGZ in 2014 over de gehele markt bezien niet zijn toegenomen ten opzichte van 2010, vinden wij dit een risico voor de invulling van de zorgplicht door verzekeraars. Wij doen daarom nader onderzoek naar hoe aanbieders en verzekeraars in de GGZ met wachttijden omgaan.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om verzekerden te helpen in geval van te lange wachtlijsten. Daarnaast heeft ook de zorgaanbieder een taak; hij moet de patiënt tijdig informeren over de bestaande wachttijden voor zorg. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten weinig informatie of hulp krijgen. Wij zijn dan ook van plan om zorgaanbieders te verplichten om patiënten erop te wijzen dat zij, bij een te lange wachtlijst, de verzekeraar om bemiddeling naar een andere aanbieder kunnen vragen. Ook de verzekeraar moet verzekerden daarover informeren, daarbij helpen en zo nodig bemiddelen.

Hieronder lichten wij onze bevindingen over betaalbaarheid en toegankelijkheid toe. We gaan daarbij ook in op de voornemens in onze vorige beleidsbrief. De meeste voornemens zullen echter in het volgende deel van de marktscan (deel B) aan de orde komen.

Betaalbaarheid van de GGZ

In 2012 werd een eigen bijdrage in de GGZ ingevoerd. Dat zorgde ervoor dat er 8% minder patiënten naar GGZ-aanbieders gingen. Een deel van de daling werd veroorzaakt doordat behandelingen in 2011 werden gestart in plaats van in 2012. Een andere verklaring voor de daling is dat de samenstelling van het verzekerde basispakket wijzigde. Zo werden aanpassingsstoornissen uit het pakket gehaald.

Kenmerk
0107447/0149981Pagina
2 van 5

De kosten daalden in 2012 in de gespecialiseerde GGZ minder dan het aantal patiënten; van 4,3 miljard euro naar 4,1 miljard euro. Dit betekent dat de kosten per patiënt toenamen. Uit onze analyse blijkt dat er in 2012 vooral minder kortdurende behandelingen waren.

Opvallend is dat in 2012 de omzet van 'nieuwe' aanbieders voor het eerst daalde. Bij deze aanbieders, die in de oude budgetsystematiek geen budget hadden, was de omzet in de jaren daarvoor steeds gestegen. Het jaar 2013 laat naar verwachting een stijging zien naar 4,3 miljard euro, het uitgavenniveau is daardoor gelijk aan dat van 2011. In onze vorige marktscan rekenden we nog op een daling in 2013 op basis van prognoses van de schadelast.

In de voorlopige prognose voor 2014 zoals gepubliceerd door Zorginstituut Nederland staat een verwachte schadelast die lager is dan de schadelast in 2013. De overheveling van de jeugd-GGZ naar gemeenten draagt daaraan bij. Hierdoor dienen aanbieders alle openstaande jeugd-GGZ DBC's te sluiten en te factureren op 31 december 2014, ook als de behandeling nog doorloopt in 2015. De kosten van de behandeling vanaf 2015 horen daardoor niet meer bij de schadelast 2014.

In de langdurende GGZ was er in 2013 een daling van de uitgaven na een groei van 11,7% in de periode 2010 - 2012. Voor 2014 zijn er nog geen betrouwbare uitgaven en volumecijfers beschikbaar. Wel zijn de prijzen 2014 bekend. Hier is een lichte nominale stijging zichtbaar. Het aantal lichte ZZP's is afgenomen terwijl de uitgaven aan de zwaardere pakketten zijn toegenomen. Dat geldt zowel voor de ZZP's met behandeling als die met begeleid wonen. Bij de ZZP's met begeleid wonen valt op dat het aantal indicaties fors hoger ligt dan het aantal patiënten in zorg. Wij kunnen dat niet geheel verklaren en adviseren u om daar in verband met de overheveling van deze zorg naar de Wet Maatschappelijk Ondersteuning verder onderzoek naar te doen.

De uitgavenstijging 2011-2012 wordt voornamelijk veroorzaakt door een prijsstijging als gevolg van het beschikbaar stellen van de zogeheten Agema-gelden. Deze maatregel is in 2013 weer teruggedraaid. In de periode 2011 tot en met 2014 zijn de gemiddeld afgesproken prijzen van de ZZP's 2 tot 3% procent lager dan de maximumtarieven.

In onze beleidsbrief bij de vorige marktscan GGZ wezen wij op de invoering van de basis-GGZ en dat we de effecten zouden volgen. In deze marktscan hebben wij nog geen analyse uitgevoerd naar de mate van substitutie tussen de basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De basis-GGZ is dit jaar ingevoerd en de eerste declaratiegegevens zijn pas sinds kort beschikbaar. Er zijn daardoor op dit moment onvoldoende declaratiegegevens beschikbaar om daar inzicht in te geven.

Voor een eerste kwalitatief beeld van ervaringen uit het veld verwijzen wij naar de Monitor Basis GGZ die het adviesbureau KPMG in uw opdracht uitvoert.

Kenmerk
0107447/0149981

Pagina
3 van 5

Uit de marktscan blijkt dat wij steeds beter in staat zijn om de ontwikkeling van de uitgaven te verklaren op basis van volume- en prijsontwikkelingen. In onze beleidsbrief bij de vorige marktscan constateerden wij dat het dataproces verbeterd kan worden. Het is vooral van belang dat declaratiegegevens eerder beschikbaar komen. In de komende maanden gaan wij samen met veldpartijen verder na of dat het beste kan door een aanpassing van de productstructuur, verkorting van de doorlooptijden van de huidige DBC's of andere maatregelen.

Toegankelijkheid van de GGZ

In deze marktscan staan wij in het bijzonder stil bij wachttijden in de (ambulante) gespecialiseerde GGZ. Uit ons onderzoek blijkt dat de wachttijden in 2014 niet zijn toegenomen ten opzichte van 2010. Dit onderzoek is gebaseerd op de websites van GGZ-aanbieders. GGZ-aanbieders moeten hun wachttijden op basis van regelgeving van de NZA op hun website vermelden. In 2014 heeft een groot deel van de aanbieders op de verschillende locaties een wachttijd die korter is dan de Treeknorm. Hoewel bij veel locaties de wachttijd korter is dan de Treeknormen zijn er vooral in de jeugd-GGZ een groot aantal locaties waar de wachttijden langer zijn.

In deze marktscan vergelijken wij de door aanbieders geregistreerde aanmeld- en behandelwachttijden met de Treeknormen. De Treeknorm voor de aanvaardbare wachttijd voor het eerste zorgcontact (ook aanmeldingswachttijd genoemd) is bij GGZ vier weken. De Treeknorm die vervolgens geldt voor de wachttijd voor de diagnose is vier weken. De Treeknorm voor de wachttijd voor behandeling vanaf het moment van diagnose is zes weken. In de scan gebruiken we als (gecombineerde) Treeknorm voor de periode tussen het eerste zorgcontact en de behandeling (ook wel behandelingswachttijd) in totaal 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.

Medio 2014 was bij circa 46% van de GGZ-locaties die zich richten op jeugd-GGZ de wachttijd voor een intakegesprek (oftewel het eerste zorgcontact) langer dan vier weken. Bij 25% van de locaties duurde de periode tussen de intake en de behandeling langer dan tien weken. Bij volwassenen was de wachttijd tot de intake op 29% van de locaties langer dan vier weken. 11% van de locaties had een wachttijd tussen de intake en de behandeling van meer dan tien weken (de (gecombineerde) Treeknorm). Bij de zorg voor ouderen en de verslavingszorg is het aandeel van de locaties met een lange wachttijd lager.

Om te lange wachttijden tegen te gaan, moet de achtergrond daarvan helder zijn. Er kunnen verschillende redenen zijn dat patiënten lang op een wachtlijst staan. Het kan zijn dat er een tekort is aan specifieke capaciteit of behandelkennis in een regio. Ook kan het zijn dat patiënten er zelf voor kiezen om niet naar een aanbieder te gaan met een kortere

wachttijd omdat zij bij een specifieke aanbieder behandeld willen worden.

Kenmerk
0107447/0149981

Pagina
4 van 5

Het Landelijk Platform GGz (LP GGz) heeft onlangs een meldactie uitgevoerd onder patiënten over wachttijden in de GGZ. LP GGz constateert dat de overgrote meerderheid (82%) niet weet dat de verzekeraars wettelijk verplicht zijn om ervoor te zorgen dat verzekerden binnen een bepaalde tijd een behandeling kunnen krijgen. Patiënten krijgen daarnaast volgens het onderzoek weinig hulp van hun huisarts als ze geconfronteerd worden met lange wachttijden bij GGZ-aanbieders.

Wat nu te doen? Ten eerste: zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit betekent dat patiënten binnen een redelijke termijn recht hebben op zorg. Daarom hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. De NZa heeft in de afgelopen maanden signalen ontvangen die betrekking hebben op te lange wachttijden in de GGZ. Dat vormt samen met de uitkomsten van de enquête van de LP GGz en ons onderzoek naar de wachttijden aanleiding om in de komende maanden nader onderzoek te doen naar de manier waarop verzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht.

Ten tweede, het is belangrijk dat patiënten weten wat hun rechten zijn als het om wachttijden gaat. Zowel aanbieders als verzekeraars moeten patiënten daarover goed informeren. In het geval van een naturaverzekering moet de zorgverzekeraar de zorg tijdig (laten) leveren aan zijn verzekerden. In geval van een restitutieverzekering moet de zorgverzekeraar zich desgevraagd inspannen om de verzekerde te bemiddelen naar een zorgaanbieder. Die inspanning moet erop zijn gericht om de verzekerde te bemiddelen naar een aanbieder die de zorg tijdig kan verlenen.¹ Naast de individuele medische omstandigheden zijn de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden, in dit geval de Treeknormen, bepalend voor de vraag wat tijdig is.

Wij zijn dan ook van plan om aanbieders die een te lange wachtlijst hebben te verplichten om patiënten te melden dat zij bij hun zorgverzekeraar kunnen informeren naar alternatieve behandelmogelijkheden. Op de websites van aanbieders staat al informatie over de wachttijden. Dat is dan ook de meest logische plek om de patiënt te informeren over zijn rechten en andere behandelmogelijkheden.

Daarnaast zijn wij van plan om verzekeraars een verplichting op te leggen over het informeren van hun verzekerden. Zij moeten consumenten op hun website informeren over de Treeknormen en de hulp die de verzekeraar kan bieden bij het zoeken van een behandelaar als er sprake is van een te lange wachttijd.

Tot slot

Over enkele maanden publiceren wij het tweede deel van deze marktscan. Daarin nemen we een nadere analyse van de wachttijden op. Meer en diepgaander onderzoek is nodig om de wachttijden goed te kunnen duiden.

¹ Zie voor een toelichting de Beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), te vinden op www.nza.nl.

In onze vorige marktscan schreven wij dat mede door de transities en veranderingen in de bekostiging de GGZ volop in beweging is. Dat zien we vooral terug in het contracteringsproces. Dit proces staat centraal in deel B van de marktscan die naar verwachting in het eerste kwartaal van 2015 uitkomt.

Kenmerk
0107447/0149981

Pagina
5 van 5

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Marktscan en beleidsbrief

Geestelijke Gezondheidszorg

Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden
2009-2014

november 2014

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscan	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Inleiding	13
2.1.1 Indeling in zorgsoorten en bekostigingsvormen	13
2.1.1.1 Indeling 2009-2013	13
2.1.2 Eigen bijdrage	15
2.1.3 Vervallen representatiemodel	15
2.1.4 Aanscherpingen basispakket zorg	16
2.1.5 Privacyregeling GGZ	16
2.1.6 Bestuurlijk Akkoord GGZ	17
2.1.7 Risicoverevening GGZ	17
2.1.8 Beoogde aanpassing Artikel 13 van de zorgverzekeringswet	17
2.1.9 Overige ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw)	18
2.1.10 Overige ontwikkelingen in de langdurige GGZ (AWBZ)	18
2.2 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg?	19
2.2.1 Patiënten in de curatieve GGZ	19
2.2.2 Personen met een CIZ-indicatie in de LGGZ	21
2.3 Wie leveren geestelijke gezondheidszorg?	22
3. Marktstructuur	23
3.1 Aantal zorgaanbieders	23
3.2 Omvang GGZ-instellingen	24
4. Uitgaven	26
4.1 Uitgavenontwikkeling GGZ 2009-2013	27
4.2 Uitgavenontwikkeling GGZ Zvw 2009-2013	28
4.2.1 Overgang van boekjaar naar schadelastjaar: éénmalige financieringshobbel	30
4.2.2 Eigen bijdragen GGZ Zvw 2009-2013	30
4.3 Schadelast 2014	30
4.3.1 NZa-uitvraag: schadelast 2014	31
4.3.2 NZa uitvraag: Contractvormen 2014	32
4.4 Uitgavenontwikkeling langdurige GGZ 2010-2013	33
4.4.1 Kapitaallasten langdurige GGZ	34
4.5 Overhevelingen GGZ per 2015	35
4.5.1 Overhevelingen GGZ (AWBZ en Zvw)	35
4.5.2 Rijksbegroting VWS 2015	37
4.6 Financiële waarde DBC-verblijf	37
5. Volume	38
5.1 Tweedelijns curatieve GGZ: DBC-volume 2011-2012	38
5.1.1 DBC-volume naar type aanbieder en leeftijd	39
5.1.2 Openen van DBC's rond de jaargrens	39
5.1.3 DBC-volume naar diagnosegroep	41
5.1.4 Totale tijd per DBC	42
5.2 Verblijf	42
5.2.1 Verblijfsdagen	42
5.2.2 Verblijf bij de jeugd	44
5.3 Zorgvraagzwaarte	45

5.4	Volumeontwikkeling Langdurige GGZ	46
5.5	Totaal aantal GGZ verblijfsdagen (Zvw +AWBZ)	48
6.	Prijs	49
6.1	Prijsonwikkeling curatieve GGZ	49
6.1.1	Tariefsontwikkeling DBC's 2009-2014	50
6.1.2	Prijsonwikkeling (voormalig) gebudgetteerde aanbieders	50
6.1.3	Prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders	51
6.2	Prijsonwikkeling langdurige GGZ	51
7.	Wachttijden ambulante tweedelijns GGZ	53
7.1	Wachttijden Eerstelijns psychologische zorg (ELP)	54
7.2	Wachttijden websites tweedelijns curatieve GGZ	54
7.2.1	Gemiddelde wachttijden per circuit 2010 en 2014	55
7.2.2	Gemiddelde wachttijd per locatie 2014	56
7.2.3	Percentage locaties met wachttijd hoger dan de Treeknorm	57
7.3	Wachttijden DIS tweedelijns curatieve GGZ	58
7.3.1	Gemiddelde wachttijden per circuit per jaar	58
7.3.2	Gemiddelde wachttijd per zorgaanbieder 2012	59
7.3.3	Percentage patiënten dat langer wacht dan de Treeknorm	61
	Bijlage 1. Bronnen en Methoden	63
	Bijlage 2. Referentietabellen diagnosegroepen naar leeftijdsklasse	73
	Bijlage 3. Schadelastcijfers ZiNL 2009-2013	75
	Bijlage 4. Beleidsbrief bij marktscan	76

Vooraf

Voor u ligt de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2014 deel A. 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 de marktstructuur en het marktgedrag.

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,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

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 recentere jaren (2012-2014, voor zover data beschikbaar is). De marktscan GGZ is gesplitst in twee delen: In deze scan (deel A) ligt de focus op de betaalbaarheid en de fysieke toegankelijkheid (wachttijden). Deel B (gepland voor het eerste kwartaal 2015) zal ingaan op de zorginkoop en de (transparantie van) kwaliteit van zorg.

De scan begint met een beschrijving van de markt, en geeft een overzicht van de diverse ontwikkelingen in de markt van de afgelopen jaren, zowel die voor de curatieve GGZ als voor de langdurige GGZ. De belangrijkste voor de curatieve GGZ zijn: de overstap op DBC's (prestatiebekostiging) met vangnet van één jaar, het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met afspraken over uitgavengroei en invoering van de Basis-GGZ, de (voorgenomen) aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de (voorgenomen) afschaffing van de ex-post compensaties in de risicoverevening. Voor de GGZ in zijn geheel vormen de overhevelingen per 1 januari 2015 als gevolg van de Hervorming Langdurige Zorg een grote verandering.

Hierna volgen drie hoofdstukken over de uitgavenontwikkeling in de GGZ en de bijbehorende volume- en prijsontwikkelingen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de segmenten curatieve GGZ (Zvw) en de langdurige GGZ (AWBZ). De resultaten van deze drie hoofdstukken worden hier per segment chronologisch beschreven en met elkaar in verband gebracht. Tot slot bevat deze marktscan ook een analyse van de (fysieke) toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ.

Onderstaande tabel toont de uitgavenontwikkeling in de GGZ.

Totale GGZ uitgaven 2010-2013 naar financieringsbron (in miljoenen €)

	2010	2011	2012	2013
POH GGZ Zvw	14	23	29	45 ^{1*}
GGZ Zvw	3.988	4.294	4.112	4.272
GGZ AWBZ	1.917	2.074	2.316	2.307
GGZ Totaal	5.919	6.391	6.457	6.624
% ten opzichte van voorgaand jaar		+8,0%	+1,0%	+2,6%

¹ Voor 2013 zijn de beschikbare middelen voor POH-GGZ in het hulsartsenkader weergegeven omdat de NZa niet over actuele declaratiegegevens beschikt.

Betaalbaarheid Curatieve GGZ (Zvw)

Tot en met 2011 was er een forse stijging van de uitgaven. In 2012 is er een reeks maatregelen in werking getreden om de uitgavengroei te matigen. Zo werd in de tweede lijn een eigen bijdrage ingevoerd, en werd behandeling van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket gehaald. Ten slotte zijn de budgetten verlaagd met een kortingsmaatregel. Onafhankelijk van deze maatregelen werd door het CVZ duidelijk gemaakt dat behandeling van werk- en relatieproblemen niet tot het basispakket behoorden. Door de maatregelen en pakketverduidelijking daalden de Zvw GGZ uitgaven, en binnen de groep niet-gebudgetteerde aanbieders stabiliseerde de uitgaven, waar deze eerder nog met circa 30-40% per jaar groeiden. Dit ging gepaard met een volumedaling, waarbij circa 8% minder patiënten werden behandeld. Deze daling was geconcentreerd bij volwassenen en ouderen en bij diagnosegroepen aanpassings-stoornissen, "andere problemen reden voor zorg" (hieronder vallen de werk- en relatieproblemen) en verslavingszorg. Uit deze scan blijkt dat eind 2011 meer patiënten dan verwacht in behandeling zijn gekomen, en begin 2012 minder dan verwacht op basis van eerdere jaren, waarschijnlijk als gevolg van de invoering van de eigen bijdrage op 1 januari 2012. Daarmee is het waarschijnlijk dat eind 2012 ook een groep patiënten heeft gewacht tot begin 2013 met het starten van een behandeling, vanwege het afschaffen van de eigen bijdrage in de 2e lijn per 1 januari 2013. Ook is in 2012 het aantal verblijfsdagen verder gedaald, met circa 8% ten opzichte van 2011. Bij deze daling zal de eigen bijdrage bij verblijf waarschijnlijk ook een rol gespeeld hebben. Doordat de budgetten niet evenredig met het DBC-volume daalden, heeft de volumedaling tot een de facto prijsstijging bij gebudgetteerde aanbieders geleid. Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders is de prijs in 2012 verder gedaald tot circa 87% van het maximumtarief. Dit betreft een mix van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Medio 2012 is het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2013-2014 tot stand gekomen. Hierin werd onder meer afgesproken dat prestatiebekostiging zou worden ingevoerd, de rol van de huisarts en praktijkondersteuner (POH) GGZ zou worden versterkt, de basis-GGZ zou worden ingevoerd en de macrobudgettaire ruimte voor verzekeraars leidend zou worden bij de zorginkoop. Tegen deze achtergrond dienen de ontwikkelingen na 2012 gezien te worden. Zo is er met de POH GGZ functie in 2013 circa 46 mln euro gemoed, een aanzienlijke toename ten opzichte van eerdere jaren.

Deze scan bevat een actualisatie van de geraamde GGZ Zvw uitgaven voor 2013. Het blijkt dat deze ten opzichte van 2012 naar verwachting zullen stijgen, met circa 4% tot 4,3 miljard euro. Over volumes en prijzen 2013 is nog weinig bekend, deze worden medio 2015 verwacht. Ook zijn er als gevolg van de vele ontwikkelingen in de sector nog geen jaarrekeningen 2013 beschikbaar.

Per 1 januari 2014 is de basis-GGZ ingevoerd. Een deel van de patiënten in de tweede lijn zal voortaan in de basis-GGZ behandeld worden. De zorg die in de gemiddeld zwaardere tweede lijn wordt geleverd wordt aangeduid als gespecialiseerde GGZ. Voor 2014 wordt er circa € 300 miljoen aan basis-GGZ uitgaven verwacht, en circa € 3,7 miljard aan gespecialiseerde GGZ uitgaven, samen circa € 4,0 miljard. Dit is lager dan de € 4,3 miljard euro van 2013. De daling wordt grotendeels veroorzaakt door de overheveling van de jeugd-GGZ naar de jeugdwet per 1 januari 2015. Hierdoor dienen alle jeugd-GGZ DBC's gesloten te worden op 31 december 2014 en gefactureerd, ook als de behandeling nog doorloopt in 2015. Een relevante ontwikkeling is dat na

kostenonderzoek van de NZa de maximum-tarieven voor behandeling per 1 januari 2014 gemiddeld zijn gestegen met circa 10% (de maximum-tarieven voor verblijf zijn gemiddeld gelijk gebleven). Net als voor 2013 zijn er nog geen volumes en prijzen 2014 beschikbaar.

Betaalbaarheid Langdurige GGZ (AWBZ)

In de langdurige GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen twee groepen patiënten. De eerste groep betreft 'voortgezet verblijf met behandeling', (ZZP-B), dit zijn patiënten die langer dan een jaar in de Zvw intramuraal zijn behandeld en waarvan de behandeling nog niet is afgesloten. De tweede groep betreft cliënten die vanwege een indicatie met een psychische grondslag begeleiding nodig hebben. Deze groep valt uiteen in ambulante begeleiding (wonen zelfstandig), en intramurale begeleiding (begeleid wonen/beschermd wonen). De intramurale begeleiding wordt via de ZZP-C prestaties gedeclareerd.

De uitgaven aan langdurige GGZ zijn in de periode 2010-2012 jaarlijks gestegen en in 2013 gedaald. De uitgavenstijging 2010-2011 wordt voornamelijk veroorzaakt door zorgverzwaring (minder lage ZZP's, meer hoge ZZP's) en een volume-stijging in dagen bij de ZZP-C prestaties (zorg die met name door Regionale instellingen voor Beschermd wonen (RIBW's) wordt geleverd). Opvallend is dat de daadwerkelijk geleverde ZZP-C zorg (in dagen), circa de helft betreft van de hoeveelheid ZZP-C zorg die je verwacht op basis van het aantal indicaties voor deze zorg. Deels komt dit doordat indicaties (nog) niet leiden tot zorggebruik, maar deels ook doordat de ZZP-C indicatie niet voor een ZZP-C wordt 'verzilverd', maar door bijvoorbeeld een PGB, een ander type ZZP (V&V of GHZ) of als extramurale zorg. De uitgavenstijging 2011-2012 wordt voornamelijk veroorzaakt door een prijsstijging als gevolg van het beschikbaar stellen van de zogeheten 'Agema-gelden'. Deze maatregel is in 2013 weer teruggedraaid. De uitgavenontwikkeling 2012-2013 valt daarmee uiteen in een volume-daling en een prijsdaling. Voor 2014 zijn er nog geen betrouwbare uitgaven en volumecijfers beschikbaar. Wel zijn de prijzen 2014 bekend. Hier is een lichte nominale stijging zichtbaar.

Wachttijden ambulante tweedelijns cGGZ

Medio 2014 zijn in opdracht van de NZa de wachttijdgegevens van de websites van GGZ-aanbieders verzameld. Dit was voor het laatst in 2010 gebeurd. Deze scan bevat een analyse van deze gegevens. De ruwe data wordt tegelijkertijd met deze Marktscan openbaar gemaakt. Het blijkt dat de landelijk gemiddelde wachttijden medio 2014 niet veel veranderd zijn ten opzichte van 2010. In deze marktscan vergelijken wij de door aanbieders geregistreerde aanmeld- en behandelwachttijden met de Treeknormen. De Treeknorm voor de aanvaardbare wachttijd voor het eerste zorgcontact (ook aanmeldingswachttijd genoemd) is bij GGZ vier weken. De Treeknorm die vervolgens geldt voor de wachttijd voor de diagnose is vier weken. De Treeknorm voor de wachttijd voor behandeling vanaf het moment van diagnose is zes weken. In de scan gebruiken we als (gecombineerde) Treeknorm voor de periode tussen het eerste zorgcontact en de behandeling (ook wel behandelingswachttijd) in totaal 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.

Het blijkt dat kinderen en jeugdigen medio 2014 bij circa 46% van de GGZ-locaties langer dan 4 weken wachten tot de intake (eerste zorgcontact) en bij 25% van de locaties langer dan 10 weken na de intake wachten tot de start van de behandeling. Bij deze locaties worden de Treeknorm gemiddeld genomen dus niet gehaald. Voor volwassenen zijn deze percentages 29% en 11% respectievelijk, bij ouderen 7% en 2% en bij verslavingszorg 8% en 2%. Het blijkt ook dat er grote

verschillen zijn in wachttijd tussen locaties. Zo zijn er ook een groot aantal locaties waar de wachttijd slechts 1 week betreft. In onderstaande tabel worden deze wachttijden weergegeven. Daarbij wordt de meting van 2010 afgezet tegen de meting van 2014.

Wachttijden per circuit in weken

Circuit	Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake januari 2010	Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake 2014	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling januari 2010	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling 2014
Kinderen en jeugd	7	6	8	7
Volwassenen	5	5	5	4
Ouderen	3	3	4	5
Verslavingszorg	3	3	5	3

Bron: marktscan 2010 en websites aanbieders (MediQuest), peildatum juli 2014

Een kanttekening bij het gebruik van de wachttijden zoals vermeld op de websites is dat de segmentering naar doelgroep grofmazig is en er geen informatie op locatieniveau is over op hoeveel patiënten een wachttijd betrekking heeft. De DIS-registratie kan hier uitkomst bieden, maar heeft het nadeel dat de wachttijden met enige vertraging beschikbaar komen. Deze scan bevat een eerste analyse van DIS-wachttijden, waaruit volgt dat er perspectief is om op termijn volledig over te stappen op de DIS als bron voor wachttijden. Hier gaat de NZa meer onderzoek naar doen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

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

Vanaf 2009 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de curatieve GGZ-markt. Vanaf 2011 is hier ook de langdurende-GGZ-markt aan toegevoegd. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht-en reguleringstaken inzet.²

1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen:

- welke productgroepen zij samen neemt in een scan;
- welke geografische gebieden zij bekijkt;
- welke informatie zij over die markten nodig heeft;
- waar en hoe zij die informatie verzamelt.

Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie.

Focus

Deze marktscan heeft betrekking op de jaren 2009 tot en met 2014. In deze marktscan zijn niet alle onderdelen opgenomen die gebruikelijk zijn voor marktscans. Deze marktscan bevat die onderdelen waarvoor nieuwe informatie beschikbaar is. Hierdoor is het mogelijk informatie sneller openbaar te maken en zo een actueler beeld te presenteren. De nadruk van deze marktscan ligt ten eerste op een actualisatie van de betaalbaarheid (uitgaven en een duiding van de ontwikkeling in termen van volume en prijs) en ten tweede op toegankelijkheid in de vorm van wachttijden.

In deze marktscan wordt onderscheid gemaakt tussen de curatieve GGZ en de langdurige GGZ. De strafrechtelijke forensische GGZ wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Hierover is een aparte marktscan uitgebracht.³

² In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

³ http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_Forensische_zorg_in_strafrechtelijk_kader_incl._beleidsbrief.pdf.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de beleidsbrief bij deze scan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor haar beleid.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van de markt en de recente ontwikkelingen. Hoofdstuk 3 gaat in op de marktstructuur. De daarop volgende hoofdstukken gaan over de uitgavenontwikkeling (hoofdstuk 4) en de rol van het volume (hoofdstuk 5) en de prijs (hoofdstuk 6) hierin. Tenslotte bevat hoofdstuk 7 informatie over de wachttijden in de ambulante curatieve GGZ. Het document sluit af met een bijlage waarin de bronnen en methoden van de analyses uit de marktscan worden toegelicht.

2. Omschrijving van de markt

2.1 Inleiding

De GGZ biedt hulp en behandeling bij psychische klachten en ziekten. De afgelopen jaren zijn er veranderingen geweest in de organisatie en bekostiging van de GGZ. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de markt is georganiseerd en wie gebruik maken van de GGZ.

Belangrijkste conclusies:

- Het aantal GGZ-patiënten in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is van 2011 naar 2012 gedaald met circa 7 tot 9%. Deze daling is geconcentreerd in de tweedelijns GGZ bij volwassenen en ouderen.
- Er speelt een groot aantal ontwikkelingen in de sector. De belangrijkste zijn: de volledige overstap op DBC's (prestatiebekostiging), invoering van basis-GGZ, het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met afspraken over volumegroei, de (voorgenomen) aanpassing van Artikel 13, en de afschaffing van de ex-post compensaties en de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) ter vervanging van de AWBZ.

2.1.1 Indeling in zorgsoorten en bekostigingsvormen

Hieronder wordt een kort overzicht gegeven van de verschillende soorten GGZ en hun benaming in de periode vóór 2014. Vanaf 2014 zijn er door de introductie van de basis-GGZ en de overheveling in 2015 van de jeugd-GGZ naar de Jeugdwet veranderingen in deze indeling. Deze worden apart toelicht voor 2014 en voor 2015.

2.1.1.1 Indeling 2009-2013

Geneeskundige eerstelijns GGZ (Zvw)

Dit betreft ambulante eerstelijnszorg waarvoor een verwijzing van de huisarts niet noodzakelijk is. De zorg werd bekostigd via losse consulten.⁴ Alleen de eerste vijf zittingen (sinds 2012, hiervoor waren dit er acht) vallen binnen het basispakket. In dit segment waren de prijzen vrijgegeven.

Geneeskundige tweedelijns GGZ (Zvw)

Het gaat hierbij om:

- Ambulante curatieve (geneeskundige) GGZ
 - Klinische curatieve GGZ (alleen eerste jaar)
- In de curatieve GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen gebudgetteerde zorgaanbieders en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders. Gebudgetteerde zorgaanbieders werden tot 2013 bekostigd via de budgetsystematiek. Zij declareerden weliswaar via de Diagnose Behandel Combinatie (DBC), maar het verschil met het budget werd eenmalig per jaar verrekend.

Niet-gebudgetteerde zorgaanbieders zijn vrijgevestigden en zorgaanbieders die na 2008 zijn gestart met tweedelijnszorg. Deze groep werd ook voor 2013 bekostigd via de DBC-systematiek. Op 1 januari

⁴ Zie voor de prestatiebeschrijvingen eerstelijns GGZ:

<http://www.nza.nl/98174/139255/654366/prestatiebeschrijvingenmap/TB-CU-7052-01.pdf>

2013 is prestatiebekostiging ingevoerd. Vanaf die datum worden alle zorgaanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ bekostigd via DBC's.

Langdurige GGZ (AWBZ⁵)

Langdurige GGZ kan in de volgende onderdelen worden uitgesplitst:

- Ambulante niet-curatieve GGZ⁶
- Intramurale GGZ niet op genezing gericht/zonder behandeling (zorg in RIBW's⁷)
- Intramurale curatieve GGZ (langer dan een jaar)

Intramurale LGGZ wordt bekostigd via zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. In totaal kent de GGZ-sector 13 ZZP's. Er zijn zeven pakketten voor patiënten die gebruik maken van voortgezet verblijf met behandeling (B-categorie): ZZP-1B t/m ZZP-7B. Er zijn zes ZZP's voor patiënten die verblijven met ondersteuning (C-categorie): ZZP-1C t/m ZZP-6C. Voor zowel de B-categorie als de C-categorie geldt: hoe hoger de ZZP, hoe intensiever de zorg.

Naast de ZZP's bestaan de volgende prestaties voor de LGGZ: 'Gespecialiseerde begeleiding (psy)', 'Verpleegdagen kinder- en jeugdpsychiatrie', 'Klinisch intensieve behandeling', 'Volledig pakket thuis' en 'Dagbesteding en vervoer'. Volledig pakket thuis is zorg op basis van een ZZP-indicatie die thuis wordt afgenomen. Het onderdeel dagbesteding bestaat voor een belangrijk deel uit de dagactiviteit 'Langdurig zorgafhankelijk' en de inloofunctie GGZ. Deze laatste twee worden hier verder toegelicht, voor de overige prestaties verwijzen we naar de prestatieomschrijvingen in de beleidsregels.

Dagactiviteit 'Langdurig zorgafhankelijk' (LZA) is dagbesteding in groepsverband gericht op educatie en/of arbeidsmatige activiteit voor mensen die niet maatschappelijk kunnen participeren. Het dagprogramma is bedoeld voor patiënten met een langdurende psychische stoornis en daarmee samenhangende beperkingen (onder meer sociale redzaamheid).

De inloofunctie is ook bedoeld voor personen met een langdurende psychische stoornis, maar dit hoeven geen patiënten te zijn. De inloofunctie is de meest laagdrempelige functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat hierbij dan ook vooral om de beschikbaarheidsfunctie. Er is geen indicatie vereist voor deze prestatie.

Indeling 2014: Invoering generalistische basis-GGZ

Op 1 januari 2014 is de curatieve GGZ (Zvw) omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis-GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats. Uitgangspunt is dat patiënten dicht bij huis en minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld. Patiënten met lichte klachten worden geholpen door de huisarts. Behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische stoornissen vindt plaats in de

⁵ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

⁶ Ambulante zorgproducten die niet binnen de Zvw-aanspraak vallen, bijvoorbeeld dagbesteding.

⁷ Uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.

generalistische basis-GGZ. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de gespecialiseerde GGZ. Voor de basis-GGZ is gekozen voor maximum-tarieven als tariefsoort, net als voor de gespecialiseerde GGZ.

De huisarts krijgt meer ondersteuning voor hulp aan en behandeling van mensen met lichte psychische klachten (via de praktijkondersteuner GGZ van de huisarts (POH GGZ)). Ook kan de huisarts ondersteuning vragen bij het doorverwijzen van patiënten met stoornissen naar de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.⁸

Veranderingen 2015: jeugd-GGZ, Wlz en Wmo 2015

De Wet langdurige zorg (Wlz) zal in 2015 worden ingevoerd ter vervanging van de AWBZ. De belangrijkste verandering is dat maximaal drie jaar van een aaneengesloten klinische opname via de Zvw wordt vergoed en het eventuele vervolg via de Wlz. Tot en met 2014 stroomde een patiënt na een jaar klinische opname door naar de AWBZ.

Ambulante begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen voor psychiatrische patiënten verdwijnen in 2015 uit de verzekerde zorg en worden voortaan door de gemeente geregeld vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast wordt in 2015 ook de jeugd-GGZ overgeheveld van de Zvw en de AWBZ naar de gemeenten. Die zorg wordt dan vergoed op basis van de Jeugdwet.

2.1.2 Eigen bijdrage

Eerstelijns

Vóór 2012 gold er in de eerstelijns psychologische zorg (ELP) een eigen bijdrage van 10 euro per consult. Per 1 januari 2012 is deze eigen bijdrage verhoogd naar 20 euro per consult. Voor een internetbehandelingstraject (e-health) was een eigen bijdrage van 50 euro van toepassing.

Tweedelijns

Per 1 januari 2012 is er ook een eigen bijdrage voor de tweedelijns psychologische zorg ingevoerd, die afhankelijk van het aantal behandelminuten DBC-tijd 100 euro of 200 euro betrof. Ook werd een eigen bijdrage voor verblijf van circa 5 euro per dag geïntroduceerd. Voor kinderen en jeugd tot 18 jaar gold deze eigen bijdrage niet. Ook crisisopvang en bemoeizorg waren uitgesloten van de eigen bijdrage in de tweedelijnszorg. De eigen bijdragen in de tweedelijnszorg is per 1 januari 2013 weer afgeschaft.

Met de introductie van de Basis-GGZ (en daarmee het verdwijnen van de ELP prestaties), waar geen eigen bijdrage voor geldt, zijn er geen eigen bijdragen in de GGZ meer met ingang van 1 januari 2014. Tegelijkertijd is het verplicht eigen risico in de periode na 2011 verhoogd van 170 euro in 2011 tot 360 euro in 2014.

2.1.3 Vervallen representatiemodel

Tot en met 2013 werd alleen door de grootste zorgverzekeraar in de regio onderhandeld met zorgaanbieders en representeerde deze zorgverzekeraar de anderen. De invoering van prestatiebekostiging op 1 januari 2013 betekende het einde van het representatiemodel per 1 januari 2014. Vanaf deze datum moeten de individuele zorgaanbieders afspraken maken met de individuele zorgverzekeraars.

⁸ <http://Invoeringbasisggz.nl/>

Deze ontwikkeling heeft de inkoopgesprekken beïnvloed. Daarom hebben wij in de marktscan GGZ van april 2014 in het bijzonder stilgestaan bij het contracteringsproces. Belangrijke vragen waren daarbij: wie mogen hoofdbehandelaar zijn (en zijn daarmee in staat zorg te declareren) en hoeveel tijd dienen zij te besteden aan de patiënten.

2.1.4 Aanscherpingen basispakket zorg

In 2010 oordeelde het toenmalige CVZ (tegenwoordig Zorginstituut Nederland, ZINL) dat psychoanalyse niet meer behoort tot het basispakket. Na deze uitspraak volgden in 2011 meer pakketafbakening. In 2011 werd door de minister van VWS besloten om de behandeling van aanpassingsstoornissen met ingang van 1 januari 2012 uit het basispakket te schrappen.

In 2012 publiceerde ZINL het rapport 'Geneeskundige GGZ deel 1'. Daarin werd onder andere aangegeven dat V-codes (DBC-diagnosegroep 'andere aandoeningen die reden tot zorg zijn') geen as-I-stoornis bevatten en door ZINL niet beschouwd worden als een psychische ziekte/stoornis. Daarmee is er geen sprake van een indicatie voor geneeskundige GGZ. Per 1 januari 2013 werden de diagnosegroep 'andere aandoeningen die reden tot zorg zijn' en enkele specifiek aangeduide activiteiten expliciet als onverzekerde zorg aangemerkt in de DBC-systematiek.⁹

Per 1 januari 2014 wordt zorg die buiten het basispakket valt niet meer via DBC's gedeclareerd maar via een tweetal overige producten (OVP's). Op deze manier wordt (in de bekostiging) een helder onderscheid gemaakt tussen zorg binnen en buiten het basispakket. In de beleidsbrief bij de marktscan GGZ 2013 is de NZa ingegaan op praktische beperkingen rondom de afbakening van verzekerde en niet-verzekerde GGZ zorg.

2.1.5 Privacyregeling GGZ

De NZa biedt in haar declaratieregels binnen de GGZ¹⁰ de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen het vermelden van de diagnose op de factuur. Patiënten en zorgaanbieders kunnen dat aangeven via een privacyverklaring (ook wel 'opt-out regeling' genoemd).

In 2013 heeft de NZa deze privacyregeling geëvalueerd.¹¹ De conclusie is dat er ten tijde van de evaluatie geen directe noodzaak was om de regeling aan te passen. Hiervoor werd er te weinig gebruik gemaakt van de regeling.

Begin 2014 is de privacyregeling in een Zembla-aflevering behandeld omdat die niet goed door zorgverzekeraars zou worden toegepast. Tegelijkertijd heeft de NZa hierover een aantal signalen ontvangen. Naar aanleiding van deze klachten heeft de NZa de zorgverzekeraars hierop aangesproken, de signalen voorgelegd en de regeling nogmaals uitgelegd. De zorgverzekeraars is gevraagd welke maatregelen zij hebben getroffen om te zorgen dat de regeling correct wordt toegepast. De zorgverzekeraars hebben hierop aangegeven de regeling juist toe te zullen passen en in een enkel geval de procedures aan te scherpen.

⁹ http://www.dbconderhoud.nl/doc_download/3874-factsheet-onverzekerde-zorg-in-de-ggz/menu-id-2258

¹⁰ <http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/curatieve-ggz/NR-CU-548>

¹¹ http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Evaluatie_privacyregeling_GGZ.pdf

Wanneer de NZa verdere klachten blijft ontvangen over zorgverzekeraars die de regeling niet goed toepassen zal handhavend worden opgetreden.

2.1.6 Bestuurlijk Akkoord GGZ

Partijen (VWS, ZN, Landelijk Platform GGZ en de brancheverenigingen van aanbieders) hebben in het Bestuurlijk Akkoord afspraken gemaakt, die vervolgens verder worden uitgewerkt.¹² Het gaat daarbij om bijvoorbeeld het versterken van doelmatige zorg, ambulantisering, afbakening van het hoofdbehandelaarschap en het doorvoeren van verbeteringen in de DBC-systematiek. Daarnaast worden ook afspraken gemaakt over de jaarlijkse uitgavengroei.¹³

2.1.7 Risicoverevening GGZ

Risicoverevening houdt in dat de zorgverzekeraar een bijdrage krijgt die is afgestemd op het risicoprofiel van zijn verzekerden, om zo risicoselectie te voorkomen. Bij ex ante risicoverevening zijn de bijdragen onafhankelijk van de gerealiseerde kosten van de zorgverzekeraar. Bij ex post risicoverevening zijn bijdragen gebaseerd op de gerealiseerde kosten van de zorgverzekeraar, waardoor de doelmatigheidsprykkels worden verminderd. In het regeerakkoord is vastgelegd dat de zorgverzekeraars voor de GGZ vanaf 2017 geen ex-post compensaties meer krijgen. Dit houdt bijvoorbeeld in dat verzekeraars achteraf geen vergoeding meer krijgen voor verzekerden met uitzonderlijk hoge kosten, waardoor ze dus meer risico gaan lopen over deze kosten. Om risicoselectie te voorkomen is daarom een ex-ante risicovereveningsmodel nodig dat een goede voorspelbaarheid van GGZ-kosten in een verzekerdenpopulatie heeft.

Op basis van onderzoek zijn zogeheten 'diagnose kostengroepen psychische aandoeningen' toegevoegd aan het model voor 2014 en is de minister van plan om per 2015 de ex-post compensatie 'Hogekostencompensatie' (poolen van hoge kosten per verzekerde door zorgverzekeraars onderling) af te schaffen en te vervangen door een 'Meerjarige hoge kosten' criterium in het ex-ante model. De ex-post compensatie 'Bandbreedteregeling' (het resultaat per verzekerde dat buiten de bandbreedte valt, wordt gedeeltelijk vergoed of afgeroomd) zal blijven bestaan tot 2017.

2.1.8 Beoogde aanpassing Artikel 13 van de zorgverzekeringswet

In artikel 13 van de Zvw is vastgelegd dat zorgverzekeraars een vergoeding moeten geven voor niet-gecontracteerde zorg. De zorgverzekeraar kan daarbij uitgaan van een korting op de vergoeding. Deze korting mag echter niet zodanig hoog zijn, dat deze een "feitelijke hinderpaal" vormt voor verzekerden om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De minister heeft een wetsvoorstel ingediend om de wet zo aan te passen dat verzekeraars, in het geval van een naturaverzekering, volledig vrij worden om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen en er zelfs voor kunnen kiezen om geen vergoeding te geven. Hierop zal een aantal uitzonderingen gelden. De in het wetsvoorstel opgenomen mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om geheel zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen geldt o.a. voor de Basis GGZ

¹² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>

¹³ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/16/kamerbrief-over-onderhandelaarsresultaten-bepanking-uitgavengroei-curatieve-zorg.html>

en de specialistische GGZ, maar onder meer niet voor de huisartsenzorg. De Tweede kamer heeft op 27 juni 2014 het wetsvoorstel aangenomen, het wetsvoorstel wordt nu behandeld in de Eerste kamer.

2.1.9 Overige ontwikkelingen in curatieve GGZ (Zvw)

- Per 1 januari 2013 is het macrobeheersingsinstrument (MBI) voor de GGZ ingevoerd. Op aanwijzing van de Minister stelt de NZa voorafgaand aan jaar t een omzetgrens vast voor jaar t. Inmiddels heeft de NZa voor de jaren 2013 en 2014 een omzetgrens vastgesteld. Of het MBI zal worden ingezet is aan de Minister.
- In de AWBZ is per 1 januari 2012 de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd. In de periode 2012-2018 is een overgangsregime van kracht. Per 1 januari 2013 is de NHC ook in de Zvw ingevoerd, waarbij deze gekoppeld is aan de deelprestaties verblijf.
- De DBC-tarieven van 2014 zijn herijkt op basis van een kostprijsonderzoek dat in 2013 is uitgevoerd.
- De NZa heeft de regelgeving rondom DBC-registratie en -declaratie op verschillende punten verder aangescherpt. Dit gold onder andere voor eisen voor hoofdbehandelaarschap en informatie op de factuur. Tevens werd de zorgvraagzwaarte-indicator toegevoegd aan de DBC-systematiek en diende deze op de factuur te worden vermeld. In september 2014 is de verplichting om de zorgvraagzwaarte-indicator op de factuur te vermelden in opdracht van het ministerie van VWS tijdelijk opgeschort.
- In 2013 is het tussenrapport zorgfraude gepubliceerd, met daarin ook aandacht voor de GGZ. In 2014 publiceert de NZa het vervolg hierop.
- In 2014 werd een zogenaamde 'audit alert' afgegeven. De termijn waarop jaarrekeningen kunnen worden ingeleverd is uitgesteld tot 1 oktober 2014.
- Veldpartijen zijn momenteel bezig met de door-ontwikkeling van de productstructuur en verbetering van de zorgvraagzwaarte-indicator.

2.1.10 Overige ontwikkelingen in de langdurige GGZ (AWBZ)

- Om te bezien welke mogelijkheden er zijn om de administratieve last in de zorg weg te nemen, is het kabinet een experiment met regelarme zorginstellingen gestart. De NZa faciliteert dat experiment. Het 'Experiment regelarme instellingen' is verlengd tot 1 januari 2015.
- Per 2014 is een korting doorgevoerd op de maximum tarieven van de ZZP's, inclusief alle GGZ-ZZP's.
- Met de NZa-beleidsregel 'Overheveling GGZ-budget AWBZ-Zvw' is het ook in 2014 mogelijk om regionale contracteerruimte (AWBZ) naar inkoopruimte (Zvw) over te hevelen of vice versa.
- Vanaf 1 januari 2012 wordt voor bestaande zorgaanbieders de budgetgarantie voor de kapitaallasten stapsgewijs afgebouwd en vervangen door de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Dit is een productiegebonden vergoeding voor gebouwen. In 2014 is 70% van de vergoeding gebaseerd op het oude kapitaallastensysteem en 30% op de nieuwe NHC.
- Vanaf 2014 is prestatiebekostiging ingevoerd voor de inventariskosten. De nieuwe norm heet 'normatieve inventariscomponent' (NIC) en sluit aan bij het ingroeitraject voor de NHC. Voor bestaande zorgaanbieders geldt vanaf 2015 het ingroeitraject NIC. Nieuwe zorgaanbieders gaan vanaf 2015 volledig over op het NIC-tarief, zonder ingroeitraject.
- Door de overhevelingen van zorg uit de AWBZ komt per 2015 een aantal prestaties te vervallen: ZZP-C pakketten, verpleegdagen

kinderen en jeugd, inloopfunctie GGZ en dagactiviteit langdurig zorgafhankelijk.

2.2 Wie maken gebruik van geestelijke gezondheidszorg?

Op de markt voor de eerstelijns curatieve GGZ hebben patiënten lichte psychologische problemen. Zij zoeken daarvoor zelf hulp of worden doorverwezen voor deze hulp. De patiënten op de markt voor tweedelijns curatieve GGZ zijn de patiënten die een verwijzing hebben voor deze zorg. In de LGGZ zijn de patiënten degenen met een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ, vanaf 18 jaar) of het Bureau Jeugdzorg (BJZ, tot 18 jaar, indicatie maximaal geldig tot 23 jaar).

Voor de LGGZ zijn geen nieuwe cijfers over patiëntenaantallen in de AWBZ opgevraagd. Wel zijn er indicatiebesluiten van recentere jaren beschikbaar (t/m 1 januari 2014). De NZa is van plan om meer inzicht te krijgen in de zorgkosten op patiëntniveau in de AWBZ/Wlz.

2.2.1 Patiënten in de curatieve GGZ

Omdat de Vektis-gegevens voor 2012 nog niet compleet zijn (circa 8% van de schadelast ontbreekt nog)¹⁴ is het moeilijk om de ontwikkeling in het aantal patiënten 2011-2012 goed te bepalen. Op basis van een analyse van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2012 schat de NZa in dat er in 2012 circa 7 tot 9% minder patiënten in de tweede lijn zijn behandeld. De daling zit naar verwachting voornamelijk bij de groep 'Volwassenen en ouderen', omdat er voor deze groep in 2012 een eigen bijdrage is ingevoerd. Deze eigen bijdrage gold niet voor 'Kinderen en jeugd'. Daarbovenop was er een extra groep kinderen die in aanmerking kwam voor dyslexiezorg.

In onderstaande tabellen wordt het aantal unieke patiënten dat in 2009, 2010, 2011 en 2012 gebruik heeft gemaakt van de curatieve GGZ weergegeven. De cijfers van 2012 zijn voorlopig en nog gebaseerd op een onvolledige declaratieset (zie boven). Dit is aangegeven met een '*'.

Tabel 2.1 Aantal patiënten curatieve GGZ (eerste en tweede lijn)

Leeftijdscategorie	2009	2010	2011	2012*
0-17 jaar	220.037	252.544	276.409	255.793*
18-64 jaar	782.534	846.097	878.859	704.379*
65+	104.002	108.334	110.429	83.405*
Totaal	1.106.574	1.206.976	1.265.698	1.043.578*

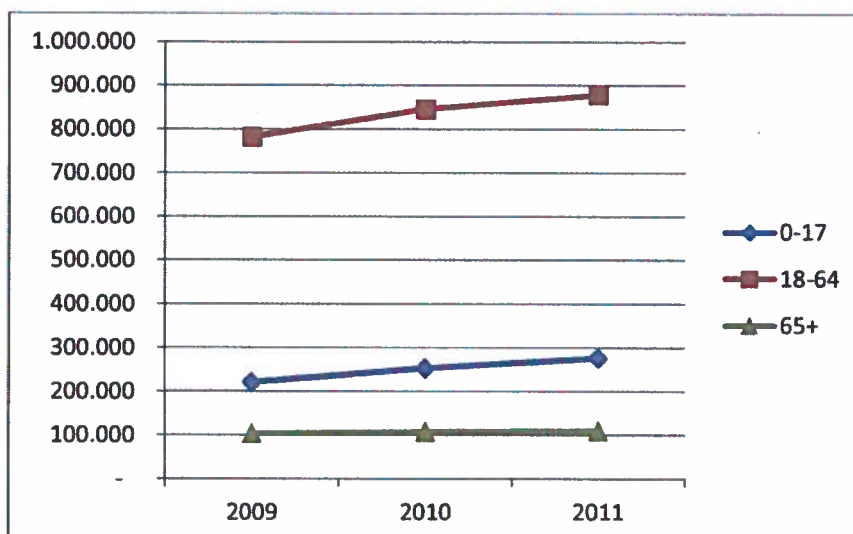
Bron: Vektis, peildatum juni 2014

Op totaalniveau gaat het hier om een daling van 18%. Aangezien zo'n 8% van de schadelast van 2012 ontbreekt, moet dit percentage worden bijgeschat. Als we aannemen dat een evenredig aandeel van patiënten ontbreekt, komt de patiëntendaling in 2012 uit op circa 10%. Dit komt in de buurt van de schatting op basis van het JMV.

De cijfers uit Tabel 2.3 zijn voor de jaren 2009-2011 ook in een figuur weergegeven:

¹⁴ In 2012 is er een nieuwe declaratiestandaard ingevoerd en is de productstructuur aanzienlijk gewijzigd. Doordat in de hele keten ICT-systemen en processen moesten worden aangepast heeft de informatievoorziening over schadelastjaar 2012 aanzienlijke vertraging opgelopen.

Figuur 2.1: Aantal patiënten curatieve GGZ (eerste en tweede lijn)



Bron: Vektis, peildatum juni 2014

In tabel 2.2 en tabel 2.3 zijn de aantallen uitgesplitst naar eerstelijns en tweedelijns GGZ. Door een overlap in de patiëntenaantallen tussen de eerste en de tweede lijn¹⁵ komt het totaal aantal unieke patiënten lager uit dan de optelling van de patiëntenaantallen in de eerste en tweede lijn. Voor 2012 gaat het om zo'n 40.000 patiënten die zowel zorg in de eerste als tweede lijn ontvingen.

Tabel 2.2 Aantal patiënten eerstelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2009	2010	2011	2012
0-17 jaar	51.048	60.003	67.129	65.643
18-64 jaar	210.743	239.408	256.643	244.337
65+	8.166	9.550	11.304	11.857
Totaal	269.958	308.962	335.077	321.838

Bron: Vektis, peildatum juni 2014

Tabel 2.3 Aantal patiënten tweedelijns curatieve GGZ

Leeftijdscategorie	2009	2010	2011	2012*
0-17 jaar	176.699	202.593	220.924	200.040*
18-64 jaar	603.282	644.148	663.907	489.385*
65+	96.871	100.079	100.643	72.684*
Totaal	876.853	946.821	985.475	762.110*

Bron: Vektis, peildatum juni 2014

Ondanks de onvolledigheid van de gegevens kan er voorzichtig wel naar relatieve trends gekeken worden. De meest sterke daling is zichtbaar bij de volwassenen en ouderen in de tweedelijns GGZ. Dit wordt mogelijk

¹⁵ Patiënten die in één jaar zowel in de eerste als tweedelijns curatieve GGZ zijn behandeld.

veroorzaakt door de invoering van de eigen bijdrage voor tweedelijns zorg in 2012.

2.2.2 Personen met een CIZ-indicatie in de LGGZ

In tabel 2.4 wordt het aantal personen met een geldige indicatie voor intramurale GGZ weergegeven op 1 januari 2011, 1 januari 2012, 1 januari 2013 en 1 januari 2014. Het gaat om indicaties voor een ZZP.

Tabel 2.4 Aantal patiënten met geldige AWBZ-indicatie intramurale GGZ

Patiënten met ZZP indicatie	1 januari 2011	1 januari 2012	1 januari 2013	1 januari 2014
GGZ 1B (behandeling)	130	50	25	15
GGZ 2B (behandeling)	585	340	220	120
GGZ 3B (behandeling)	1.580	1.450	1.145	895
GGZ 4B (behandeling)	1.635	1.580	1.485	1.365
GGZ 5B (behandeling)	3.140	3.585	4.050	4.285
GGZ 6B (behandeling)	1.095	1.180	1.150	1.120
GGZ 7B (behandeling)	1.180	1.475	1.750	1.950
Subtotaal GGZ B	9.345	9.660	9.825	9.750
GGZ 1C (begeleiding)	1.640	1.185	815	485
GGZ 2C (begeleiding)	6.510	6.130	5.275	3.850
GGZ 3C (begeleiding)	10.985	14.590	16.960	17.865
GGZ 4C (begeleiding)	4.800	6.185	7.515	8.495
GGZ 5C (begeleiding)	2.640	3.405	4.885	5.975
GGZ 6C (begeleiding)	490	545	690	770
Subtotaal GGZ C	27.065	32.040	36.140	37.440
Totaal GGZ B en C	36.410	41.700	45.965	47.190

Bron: CIZ

Tussen 1 januari 2011 en 1 januari 2014 is het aantal GGZ patiënten met een geldige intramurale AWBZ-indicatie toegenomen met 30%. Deze toename wordt met name veroorzaakt door de stijging van het aantal patiënten met een indicatie GGZ-C (begeleid/beschermd wonen). Deze groep is in drie jaar tijd met 38% gestegen.

Volgens het Sector-rapport 2012 van GGZ-Nederland is er onder de groep cliënten die beschermd wonen (ZZP-C-indicatie) een grote groep patiënten die daarnaast ambulante GGZ bekostigd uit de Zvw ontvangt (DBC's). Deze groep komt niet in aanmerking voor een ZZP-B indicatie, omdat het verblijf niet noodzakelijk is voor de behandeling. Op basis van cijfers van Vektis blijkt dat dit om ongeveer 65% van de patiënten met een ZZP-C gaat (Bron: Sectorrapport GGZ 2012, GGZ Nederland, 2014).

Verder valt op, dat het aantal patiënten met een lage ZZP (GGZ 1C, 2C en GGZ 1B t/m 4B) fors is afgenomen. Het aantal patiënten met een indicatie GGZ 5B en GGZ 7B is daarentegen toegenomen met 36% resp. 65%. Ook het aantal patiënten met een indicatie GGZ 3C t/m GGZ 6C is toegenomen, waarbij GGZ 5C de grootste stijging laat zien (126%).

Indicaties worden zowel door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als door de Bureau's Jeugdzorg (BJZ's) afgegeven. Alleen van het CIZ zijn gegevens bekend. Niet iedereen met een geldige indicatie ontvangt ook

zorg. De aantallen in tabel 2.4 zijn gebaseerd op één peildatum en geven alleen de geldige indicaties weer voor intramurale AWBZ van patiënten boven de 18 jaar.

2.3 Wie leveren geestelijke gezondheidszorg?

GGZ wordt geleverd door verschillende typen zorgaanbieders en verschillende organisatievormen. Binnen de curatieve GGZ zijn zowel aanbieders in de eerste als in de tweede lijn actief. De LGGZ betreft per definitie tweedelijnszorg en wordt uitsluitend geboden door gebudgetteerde zorgaanbieders. In tabel 2.5 is weergegeven wie welke zorg levert en welke indeling er binnen de marktscan wordt gehanteerd.

Tabel 2.5 Typen aanbieders GGZ

Financieringsbron	Eerste lijn	Tweede lijn
Curatieve GGZ (Zvw)	Psychologische zorgverlener (bijv. eerstelijnspsychologen, GZ-psychologen)	Voorheen gebudgetteerde zorgaanbieders
		Niet gebudgetteerde zorgaanbieders ¹⁶
	Overig (bijvoorbeeld psychiaters, orthopedagogen)	Psychologisch zorgverlener (bijv. psychotherapeuten, klinisch (neuro) psychologen)
		Vrijgevestigde psychiater (medisch specialist)
LGGZ (AWBZ)		Gebudgetteerde zorgaanbieders

Bron: NZa

¹⁶ Hier vallen ook aanbieders onder die alleen dyslexiezorg leveren.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de aantallen zorgaanbieders naar type, hun omvang, en een indruk van de marktconcentratie.

Belangrijkste conclusies:

- Er waren in 2012 circa 265 GGZ-instellingen ('concerns') en circa 3000 vrijgevestigde psychologen en psychiaters actief in de tweedelijns curatieve (Zvw) GGZ. De circa 40 psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en UMC's zijn hier meegeteld als instelling.
- Er waren in 2012 circa 80 instellingen ('concerns') met meer dan 1 miljoen euro Langdurende GGZ-omzet die niet actief zijn in de Zvw.
- Circa 70% van de GGZ-uitgaven in 2012 was geconcentreerd bij 37 instellingen (concerns).

3.1 Aantal zorgaanbieders

Onderstaande tabellen laten een raming zien van het aantal GGZ-aanbieders.¹⁷ In het verleden werden NZa en AGB-nummers gebruikt om aanbieders te tellen. Dit leidt echter tot een overschatting van het aantal aanbieders, omdat bedrijfsonderdelen of locaties van één organisatie als meerdere aanbieders gezien werden.

Hier is voor het eerst aangesloten bij het ABR (Algemeen bedrijvenregister) van het CBS. Dit betreft alle ABR-eenheden waar GGZ-budget of DBC-omzet onder valt. Het betreft een raming omdat er meerdere bronnen worden gecombineerd en mogelijk niet alle relaties (correct en volledig) in beeld zijn.

Een ABR-eenheid is een groep ondernemingen die als volgt is gedefinieerd: de meest omvattende verzameling van in Nederland gevestigde juridische eenheden waarover zeggenschap kan worden uitgeoefend. Een ondernemingsgroep wordt ook wel aangeduid met concern.

In tabel 3.1 staat voor de eerste lijn het aantal unieke AGB-codes dat in het betreffende jaar één of meer consulten heeft geleverd. Het gaat om circa 6000 verschillende zorgverleners/behandelaren.¹⁸ De NZa heeft voornamelijk beperkt zicht op hoe deze groep zorgverleners georganiseerd zijn.

Voor de tweede lijn zijn, zoals hierboven aangegeven, ABR-eenheden/concerns geteld, waarbij gekeken is of de ABR-eenheid GGZ-budget ontving en/of één of meer GGZ-DBC's heeft geopend en gedeclareerd.

¹⁸ In de vorige marktscan is het aantal ~4000 gerapporteerd. Dit betrof het aantal unieke AGB-codes van de indiener. Declaraties die door patiënten zelf worden ingediend hebben geen AGB-indiener code. Hierdoor is het aantal behandelaren onderschat.

Tabel 3.1 Aantal en soort aanbieders GGZ 2012

Soort aanbieder		Teleenheid AGB code	Teleenheid ABR eenheid
Eerstelijns psychologische zorg (Zvw)	Unieke zorgverleners	6000	
Tweedelijns cGGZ (Zvw)	gebudgetteerde zorgaanbieders		155
	Niet-gebudgetteerde instellingen, geen dyslexie		110
	Vrijgevestigde zorgaanbieders	3000	
	Dyslexie	30-35	
LGGZ	AWBZ-Gebudgetteerde zorgaanbieders, geen Zvw GGZ budget		260

Bron: Vektis, NZa, CBS

Uit tabel 3.1 volgt dat er in 2012 circa 500 concerns actief waren met GGZ-omzet in de tweedelijnszorg (Zvw) en/of langdurende GGZ (AWBZ).

De Zvw-gebudgetteerde aanbieders (180 rekenstaten, behorende tot zo'n 150-160 concerns) vallen uiteen in drie groepen:

- 40-50 ambulante aanbieders niet zijnde een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of UMC;
- 70 aanbieders die zowel ambulante als klinische GGZ (met verblijf, Zvw en AWBZ) aanbieden, niet zijnde een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of UMC;
- 40 psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis of UMC.

Ten slotte is er een groep van circa 260 GGZ-instellingen die geen Zvw GGZ levert maar enkel LGGZ (gefinancierd uit de AWBZ) én mogelijk nog niet-GGZ-zorg levert zoals gehandicapenzorg of ouderenzorg.

Bij de circa 260 instellingen zit ook een grote groep aanbieders die of klein is, of waarvan slechts een klein deel van de omzet uit GGZ-omzet bestaat. Daarnaast zijn er circa 80 instellingen die meer dan 1 miljoen euro omzet uit GGZ-AWBZ-activiteiten halen.

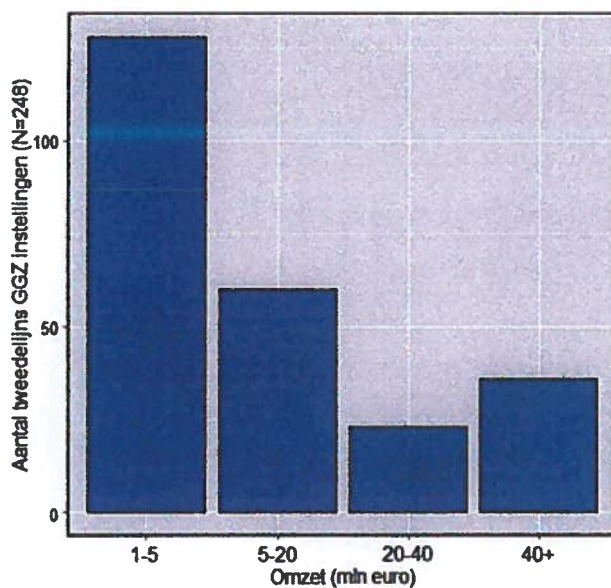
3.2 Omvang GGZ-instellingen

Gemiddeld is de eerstelijnsomzet 2012 per unieke AGB-behandelaar code circa 13.000 euro (77 mln/6000). Daarbij is een grote spreiding zichtbaar. Deze spreiding wordt mogelijk veroorzaakt doordat binnen een praktijk meerdere AGB-codes worden gebruikt. Vanwege het beperkte zicht op de organisatievorm van deze groep richten we ons hier op de grotere GGZ-instellingen.

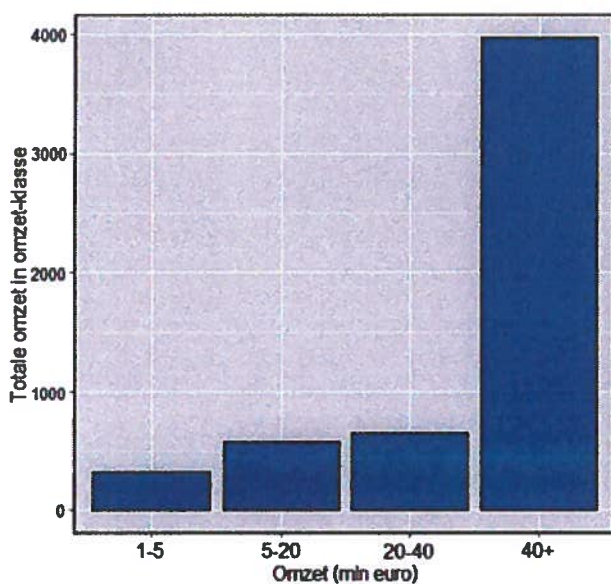
In dit hoofdstuk wordt geen onderscheid gemaakt naar bekostigingsvorm (budget of DBC's) of financieringsbron (Zvw of AWBZ). Via een omzetcriterium maken we onderscheid tussen een vrijgevestigde zorgverlener / kleinschalige praktijk, waarbij we de grens bij 1 miljoen euro leggen. Er blijven dan circa 250 concerns over. Op basis van de totale GGZ omzet is elk concern ingedeeld in een omzet-klasse.

De grenzen zijn hierbij bij 5, 20 en 40 miljoen euro gelegd. Figuur 3.1 laat zien hoeveel instellingen er in elke omzet-klasse zijn.

Figuur 3.1. Aantal GGZ instellingen per omzet-klasse (miljoen euro)



Figuur 3.2. Totale GGZ-omzet per aanbieder omzet-klasse (miljoen Euro)



Uit Figuur 3.1 volgt dat er een grote spreiding is in omvang, waarbij er veel instellingen relatief klein zijn, en weinig instellingen relatief groot. Uit Figuur 3.2 blijkt dat het merendeel van de GGZ-uitgaven zich concentreert bij een relatief kleine groep GGZ-aanbieders. Zo is 4,0 miljard euro aan tweedelijns GGZ-uitgaven geconcentreerd bij 37 concerns (ABR-groepen).

4. Uitgaven

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitgaven aan GGZ zorg. Allereerst wordt er een totaalbeeld voor de gehele GGZ gepresenteerd.

Achtereenvolgens wordt er gekeken naar de uitgaven (ontwikkeling) in de curatieve (Zvw) en de langdurige (AWBZ) GGZ.

Totale GGZ uitgaven 2010-2013 naar financieringsbron (in miljoenen €)

	2010	2011	2012	2013
POH GGZ Zvw	14	23	29	45 ^{19*}
GGZ Zvw	3.988	4.294	4.112	4.272
GGZ AWBZ	1.917	2.074	2.316	2.307
GGZ Totaal	5.919	6.391	6.457	6.624
% ten opzichte van voorgaand jaar		+8,0%	+1,0%	+2,6%

Belangrijkste conclusies:

- De totale nominale uitgaven aan GGZ zorg zijn over de periode 2010-2013 elk jaar gestegen, tot circa 6,6 miljard euro in 2013. Kanttekening is dat hierbij schattingen en voorlopige cijfers zijn gebruikt.

Curatieve GGZ

- boekjaar 2012: De Zvw GGZ-uitgaven zijn in 2012 gedaald met circa 182 miljoen euro (van 4,3 miljard naar 4,1 miljard).
- schadelastjaar 2013: De totale Zvw-uitgaven 2013 komen naar verwachting uit op circa 4,3 miljard. Hiermee zijn deze ruwweg gelijk aan boekjaar 2011.
- schadelastjaar 2014: De schadelast voor 2014 wordt door zorgverzekeraars geschat op 3,9 miljard. Dit is een daling ten opzichte van eerdere ramingen over 2014, waarvan een groot deel technisch van aard is (sluiten van alle jeugd-DBC's op 31 december 2014 t.b.v. overheveling jeugd-ggz).

Langdurende GGZ

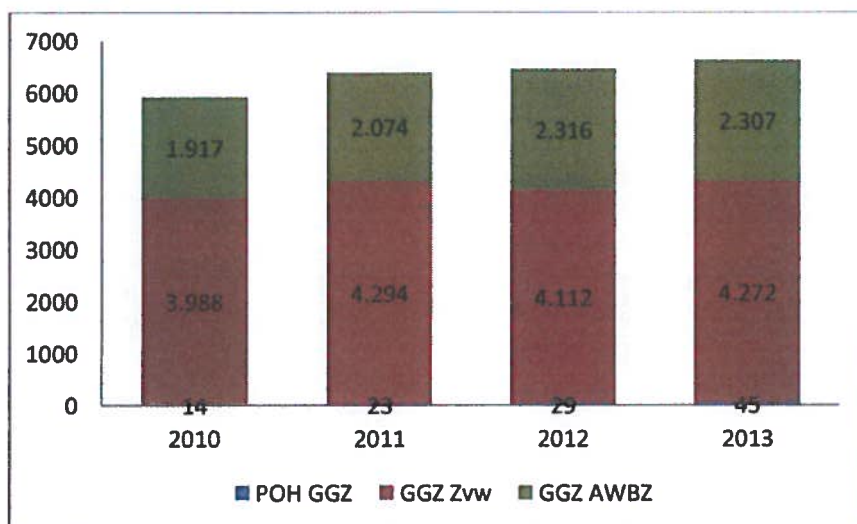
- Totale omzet is in de periode 2010 t/m 2012 gestegen met 11,7% en vervolgens in 2013 gedaald met 0,5%.
- Zorgverzwaring: De omzet van de lichte ZZP's, zowel die met behandeling (ZZP-B) en die met begeleid wonen (ZZP-C) is afgenomen en de omzet van de zwaardere ZZP-pakketten is toegenomen.

¹⁹ Voor 2013 zijn de beschikbare middelen voor POH-GGZ in het huisartsenkader weergegeven omdat de NZa niet over actuele declaratiegegevens beschikt.

4.1 Uitgavenontwikkeling GGZ 2009-2013

In deze paragraaf wordt getracht een zo volledig en actueel mogelijk beeld te schetsen van de totale GGZ-uitgavenontwikkeling voor de periode 2009-2013. Eerst worden de totaalcijfers per financieringsbron gepresenteerd, vervolgens wordt de onderdelen nader toegelicht in aparte paragrafen.

Figuur 4.1 Totale GGZ uitgaven 2010-2013 naar financieringsbron (in miljoenen €)



Te zien valt dat de GGZ uitgaven in de afgelopen jaren elk jaar zijn toegenomen. De daling in 2012 bij de Zvw ging gepaard met een stijging bij de AWBZ. De hier gepresenteerde uitgaven zijn (schattingen van) de uitgaven zoals deze door aanbieders zijn ontvangen, zie paragraaf 4.2 voor een toelichting hierop.

Tabel 4.1 Totale GGZ uitgaven 2010-2013 naar financieringsbron (in miljoenen €)

	2010	2011	2012	2013
POH GGZ Zvw	14	23	29	45 ^{20*}
GGZ Zvw	3.988	4.294	4.112	4.272
GGZ AWBZ	1.917	2.074	2.316	2.307
GGZ Totaal	5.919	6.391	6.457	6.624

Bron: Diversen

Omdat de cijfers voor 2014 (lopende jaar) nog met veel onzekerheid zijn omgeven worden deze alleen bij de detailtabellen getoond.

²⁰ Voor 2013 zijn de beschikbare middelen voor POH-GGZ in het huisartsenkader weergegeven. Vektis heeft aangegeven dat voor 2013 er voor 46 mln aan declaraties inschrijftarieven en consulten POH GGZ is verwerkt.

4.2 Uitgavenontwikkeling GGZ Zvw 2009-2013

In deze paragraaf wordt de actuele stand van de GGZ uitgaven in de Zvw getoond. Vanwege de invoering van prestatiebekostiging, waarbij de zorginkoop draait om afspraken over een schadelastjaar (nieuw te openen DBC's in een kalenderjaar) is er voor gekozen om de uitgavencijfers over 2013 en verder op schadelastjaar te presenteren.

Voor de periode 2009-2012 worden de cijfers nog op boekjaar (kalenderjaar) weergegeven, waarbij de budgetten van instellingen leidend zijn. Om een totaalbeeld te krijgen van de Zvw uitgaven aan verzekerde GGZ dienen cijfers van de NZa, Vektis en ZiNL gecombineerd te worden. Zorg die niet tot het basispakket hoort (niet-verzekerde zorg) wordt weggelaten. Ook eigen bijdragen zijn niet opgenomen in de cijfers.

De gebruikte cijfers voor de periode 2009-2012:

- Voor de gebudgetteerde curatieve GGZ-aanbieders is gebruik gemaakt van budgetgegevens van instellingen zoals deze bij de NZa bekend zijn.
- Voor de niet-gebudgetteerde aanbieders is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis, opgehoogd naar jaarstaten van ZiNL. Deze zijn op schadelastjaar, dit heeft een praktische achtergrond.
- Voor de eerstelijns psychologische zorg en de overige producten GGZ is ook gebruik gemaakt van ZiNL-jaarstaten.

Met de overgang naar prestatiebekostiging zijn er voor 2013 aanvullende cijfers nodig:

- Het verrekenbedrag, dit is het financiële effect van het transitie-model.
- De beschikbaarheidsbijdragen curatieve zorgfuncties GGZ.
- De in het Bestuurlijk akkoord 2013-2014 afgesproken 'kwaliteitsgelden'.
- Het financiële effect van de overgangsregeling kapitaallasten NHC (zie voetnoot 18 voor de berekening).

In tabel 4.2 wordt de omzetontwikkeling voor de curatieve GGZ weergegeven.

Tabel 4.2 GGZ uitgavenontwikkeling Zvw 2009-2013 (in miljoenen €)

		2009	2010	2011	2012	2013*
Zvw Huisartsen zorg						
Huisartsenzorg	POH-GGZ	6	14	23	29	45 ^{21*}
Zvw GGZ						
Eerstelijnszorg	Eerstelijns psychologische zorg	99	112	122	76	79
Tweedelijns zorg (incl. dyslexie)	Tweedelijns gebudgetteerd	3.403	3.491	3.633	3.546	4.133
	Tweedelijns niet-gebudgetteerd	278	381	534	484	
	Overige producten GGZ	4	4	5	5	18
	verrekenbedrag (70% van transitiebedrag)	-	-	-	-	42
	Beschikbaarheids-Bijdrage curatieve zorgfuncties GGZ	-	-	-	-	5
	BA-kwaliteitsgelden	-	-	-	-	5
	Overgangsregeling ²² kapitaallasten NHC					-10
Totaal Zvw GGZ		3.784	3.988	4.294	4.112	4.272
Totaal Zvw incl POH GGZ		3.790	4.002	4.317	4.141	4.317

Bron: NZa, VWS, Vektis, ZINL

In Tabel 4.2 zijn, om een volledig beeld van de GGZ-keten te geven, ook de uitgaven aan de Praktijkondersteuner GGZ opgenomen. Hierbij wordt opgemerkt dat deze uitgaven onderdeel uitmaken van het huisartsenkader, en dus niet onder de bestuurlijke GGZ-akkoorden vallen.

In de vorige marktscan werd door verzekeraars ingeschat dat voor 2013 de schadelast voor eerste en tweedelijns zorg op 4.085 miljoen euro zou uitkomen. Uit Tabel 4.2 blijkt dat de actuele stand voor 2013 op 4.235 miljoen staat (79 + 4.133 mln), dit betreft een opwaartse bijstelling van +145 miljoen euro ten opzichte van de NZa schadelast uitvraag van vorig jaar. In 2015 zullen de definitieve schadelastgegevens over 2013 bekend worden.

²¹ Voor 2013 zijn de beschikbare middelen voor POH-GGZ in het huisartsenkader weergegeven. Vektis heeft aangegeven dat voor 2013 er voor 46 mln aan declaraties inschrijftarieven en consulten POH GGZ is verwerkt.

²² De nacalculerbare kapitaallasten zijn geschat op circa 140 mln. De NHC-opbrengst via de DBC schadelast is circa 154 mln (Bron: Vraag en antwoord NHC Curatieve GGZ). Voor 2013 geldt 80% van 140 + 20% van 154 = 143 mln. Dit betekent dat er landelijk circa 10 mln terugbetaald moet worden.

4.2.1 Overgang van boekjaar naar schadelastjaar: éénmalige financieringshobbel

Omdat de cijfers voor gebudgetteerde aanbieders tot en met 2012 op boekjaar/kalenderjaar worden weergegeven, en met ingang van 2013 op schadelastjaar, is er een deel van de zorg die geleverd en vergoed is, maar tussen wal en schip valt in de cijferreeks. Dit gaat om een deel van de vergoeding van DBC's die geopend zijn in 2012. Dit deel wordt in jargon 'part B' genoemd en betreft het stuk van de DBC dat in kalenderjaar 2013 valt. Omdat het niet om DBC's gaat die geopend zijn in 2013 wordt dit niet aan schadelastjaar 2013 toegeschreven, en omdat het geen zorg is die geleverd is in boekjaar 2012 wordt het niet aan boekjaar 2012 toegeschreven. Over 'part B' vindt op moment van schrijven een aparte nacalculatie plaats, waarover nog geen definitieve cijfers beschikbaar zijn. Hier zal in een toekomstige Marktscan nog over worden gerapporteerd.

4.2.2 Eigen bijdragen GGZ Zvw 2009-2013

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de diverse eigen bijdragen die golden in de periode 2009-2013. Een schatting van de totale opbrengsten is in tabel 4.3 weergegeven:

Tabel 4.3 Eigen bijdragen GGZ Zvw 2009-2013 (in miljoenen €)

Segment		2009	2010	2011	2012	2013
Zvw	Eigen bijdrage	13	13	13	136	16

Bron: NZa, Vektis, DIS

Op basis van het volume aan geleverde zorg in 2012 gaat het om een bedrag van circa 16 miljoen euro in de eerste lijn (uitgaande van 0,8 mln consulten met 20 euro per consult) en circa 120 miljoen euro voor de tweede lijn. De 'bronnen en methoden' bevat een beschrijving van deze rekensom. De eigen bijdrage is met de introductie van de basis-GGZ per 1 januari 2014 volledig komen te vervallen. Wel geldt nog het eigen risico.

4.3 Schadelast 2014

De schadelastontwikkeling voor de geneeskundige GGZ wordt gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Verzekeraars leveren gegevens aan over werkelijke en nog te verwachten schadelast ('balanspost') aan ZINL. Deze cijfers geven de ontwikkeling in de totale landelijke schadelast weer die ten laste komt van de Zvw. Deze cijfers zijn daarom exclusief eigen bijdrage en uitgaven aan niet-verzekerde zorg.

Schadelastjaar 2014 bestond medio 2014 nog voor 99,6% uit geraamde schadelast, en voor 0,4% uit werkelijke declaraties. Voor 2014 is er een nieuwe indeling in verband met de invoering van de basis-GGZ:

Tabel 4.5 Schadelast GGZ Zvw 2014 (in miljoenen €)

			2014
GGZ Zvw	Gespecialiseerde GGZ	DBC's zonder verblijf	2.180

		DBC's met verblijf	1.651
	Generalistische basis-GGZ		310
		Totaal tweedelij	4.141

Bron: ZINL (2^e kwartaalstaat 2014)

Voor 2014 is de tweede kwartaalstaat 2014 getoond²³, deze geeft de situatie van juni 2014 weer voor heel 2014. De verwachte schadelast is negatief bijgesteld met circa 200-300 miljoen vanwege het sluiten van alle jeugd-DBC's op 31 december 2014 in verband de overheveling naar de jeugd-wet (zie ook paragraaf 4.5.1).

4.3.1 NZa-uitvraag: schadelast 2014

Voor de curatieve GGZ heeft, in samenwerking met ZN, ook een uitvraag bij zorgverzekeraars plaatsgevonden waarbij een opgave is gedaan van de verwachte schadelast 2014. Bij de indiening van de verwachte schadelast 2014 is door één (relatief kleine) verzekeraar aangegeven dat het voor hen niet mogelijk was om de verwachte schadelast te categoriseren naar de vier eerder genoemde onderdelen.

Tabel 4.6 Verwachte schadelast cGGZ 2014 per onderdeel

Sector		Stand september 2014 (x 1 milj. euro)
Generalistische Basis GGZ		290
Gespecialiseerde GGZ	Voorheen gebudgetteerde instellingen	3.082
	Niet-gebudgetteerde instellingen	228
	Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren	245
	Totaal gespecialiseerde GGZ	3.554
Niet uitgesplitste schadelast		63
Totaal GGZ		3.907

Bron: NZa-uitvraag schadelast (september 2014)

Om de consistentie van de cijfers te controleren en eventuele trends te zien is per zorgverzekeraar de schadelast-uitvraag van september 2014 vergeleken met de ZINL cijfers van 1 juli 2014. Hier komt naar voren dat de geraamde schadelast verder is gedaald. Er is een daling zichtbaar bij de basis-GGZ van 310 naar 290 miljoen euro en een daling bij de gespecialiseerde GGZ van 3,8 miljard naar 3,6 miljard euro. Zorgverzekeraars geven aan dat de daling bij de gespecialiseerde GGZ grotendeels het gevolg is van de overheveling jeugd-GGZ. Ook geven verzekeraars aan dat een onzekerheidsmarge op het totaalbedrag gehanteerd moet worden van ongeveer 10%.

²³ Dit betreft de 2^e kwartaalstaat 2014 zoals de NZa deze ontvangt, zónder de ZINL plausibiliteitstoets.

4.3.2 NZa uitvraag: Contractvormen 2014

Naast informatie over schadelast is ook informatie bij zorgverzekeraars opgevraagd over de gehanteerde contractvormen en de contracteergraad. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende vier contractvormen:

- Aanneemsommen: contracten waarbij de aanbieder tegen een vast bedrag voor het jaar de zorg levert.
- Plafondcontracten: contracten die wel een maximumomzet maar geen minimumomzet kennen. Hieronder vallen contracten waarbij zowel de P als de Q is afgesproken. De som van de P*Q wordt dan hierbij opgenomen.
- Nacalculatie bij aanneemsommen en plafondcontracten: dit betreft de 'open einden' die in de aanneemsomcontracten en plafondcontracten zijn opgenomen. Het afgegrensde deel is bij de contractvorm opgenomen en onder deze categorie alleen de inschatting van de uit de nacalculatie verwachte voortvloeiende kosten.
- Open einde contracten: contracten die geen enkele beperking of garantie van de omzet kennen.

Twee verzekeraars gaven aan geen uitsplitsing te kunnen maken naar contractvorm. Gebaseerd op 98,4% van de schadelast (dus exclusief de schadelast van twee verzekeraars) komt hieruit het volgende beeld naar voren:

Tabel 4.7 Overzicht contractvormen cGGZ 2014 (op basis van schadelast)

contractvorm	Basis-GGZ	Gespecialiseerde GGZ			Totaal
		(voorheen) gebudgetteerde instellingen	Niet gebudgetteerde instellingen	Tweedelijs vrijgev. zorgaanbieders	
Aanneesom	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Plafond	62,4%	70,7%	86,7%	68,1%	70,6%
Nacalculatie bij aanneemsommen en omzetplafondcontracten	28,9%	29,1%	0,0%	28,5%	27,9%
Open einde contracten	8,7%	0,2%	13,3%	3,4%	1,5%

Bron: NZa-uitvraag schadelast (september 2014)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 70,6% van de schadelast via een omzetplafond-afsprake is gecontracteerd.

Tabel 4.8 Overzicht contracteergraad cGGZ 2014 (op basis van schadelast)

	Segment	% schadelast gecontracteerd
basis-GGZ	basis-GGZ	95,9%
Gespecialiseerde GGZ	Voorheen gebudgetteerde instellingen	99,6%
	Niet-gebudgetteerde instellingen	62,0%
	Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren	93,3%
	Totaal Gespecialiseerde GGZ	96,7%
TOTAAL		96,7%

Bron: NZa-uitvraag schadelast (september 2014)

4.4 Uitgavenontwikkeling langdurige GGZ 2010-2013

In tabel 4.9 wordt de omzetontwikkeling van de LGGZ getoond voor de periode 2010-2013, inclusief voorlopige cijfers voor 2014. Vervolgens wordt dit per ZZZP uitgesplitst. Daarna wordt de omzet van de overige prestaties die niet tot de ZZZP's behoren weergegeven.

Tabel 4.9 Omzetontwikkeling LGGZ (AWBZ) (in miljoenen €) ²⁴

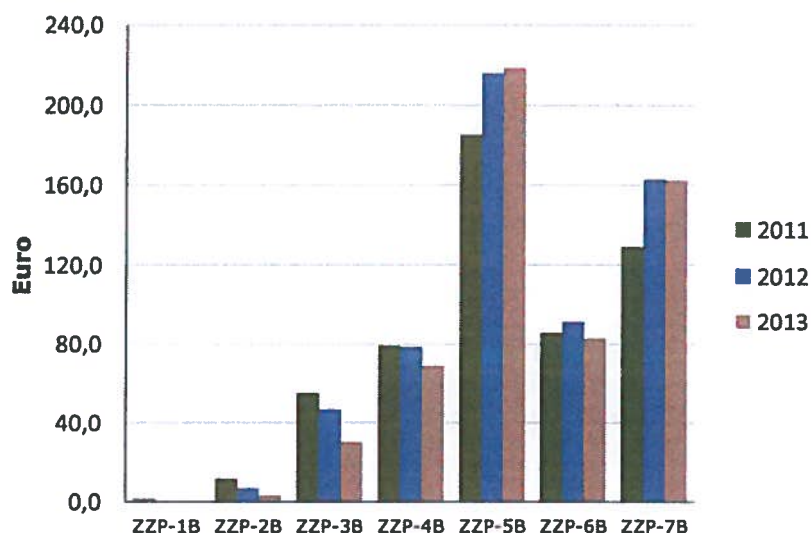
Segment	2010	2011	2012	2013	2014*	
LGGZ	Curatieve klinische LGGZ (zzp b)	534	546	601	565	569*
	Niet curatieve klinische LGGZ (zzp c)	712	813	953	940	931*
	Gespecialiseerde ambulante begeleiding (psy)	186	208	233	251	232
	overig	185	207	229	251	238*
	Kapitaallasten GGZ*	300	300	300	300	300
	Totaal	1.917	2.074	2.316	2.307	2.270*

Bron: NZa rekenstaten, peildatum januari 2014, *) voorlopig, onderschatting

Voor de periode 2010-2012 is er sprake van een omzetstijging (gemiddelde stijging over de periode is 11,7%). In 2013 is er sprake van een trendbreuk en daalt de omzet met 0,5%.

In onderstaande figuren worden de omzetontwikkelingen (exclusief kapitaallasten) per ZZZP getoond voor zowel de ZZZP-B als de ZZZP-C pakketten.

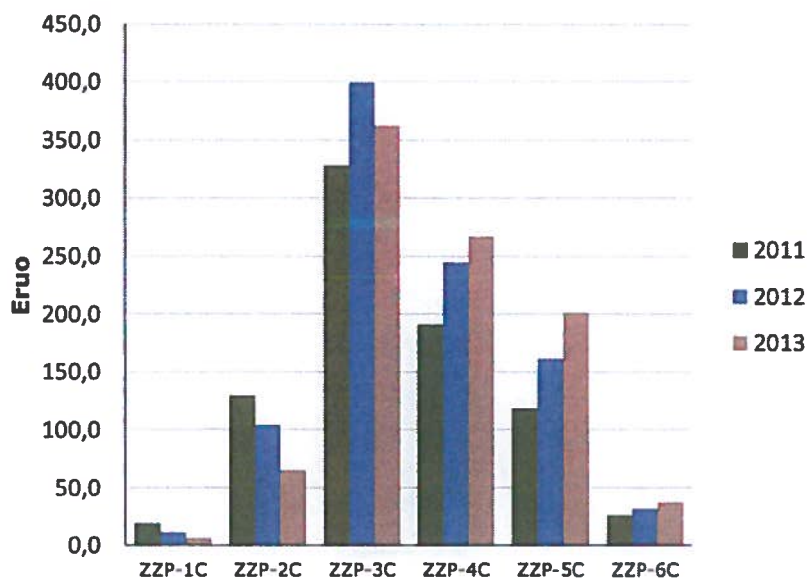
Figuur 4.2 Landelijke omzet Klinische LGGZ (ZZP-B) (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum januari 2014

²⁴ De cijfers 2014 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2014 verwerkt en niet de beschikingsronde 2014. De verwachting is dat de definitieve cijfers hoger uit zullen vallen.

Figuur 4.3 Landelijke omzet Beschermd Wonen (ZZP-C) (in miljoenen €)



Bron: NZa peildatum januari 2014

Uit beide figuren blijkt over het algemeen dat de omzet van de lichtere ZZP-B- en ZZP-C-pakketten afneemt en de omzet van de zwaardere pakketten toeneemt.

In tabel 4.10 wordt de omzetontwikkeling van de categorie 'overig' nader gespecificeerd.

Tabel 4.10 GGZ uitgaven AWBZ overig (in miljoenen €)²⁵

Categorie	2010	2011	2012	2013	2014*
Kinder- en jeugd psychiatrie	64	74	71	70	70*
Per dag ZZP klinisch intensieve behandeling	16	22	33	39	33*
Volledig pakket thuis	4	7	15	28	30*
Dagbesteding & vervoer	101	104	110	114	104*
Totaal	185	207	229	251	237*

Bron: NZa peildatum januari 2014

In 2012 was er een stijging te zien in de omzet voor 'Volledig pakket thuis' van meer dan 100%, in 2013 is deze stijging doorgezet met bijna 87%. Naast 'Volledig pakket thuis' is ook de omzet van 'Klinisch intensieve behandeling' sterk gestegen tot en met 2013. Bij 'Dagbesteding & vervoer' is in dezelfde periode sprake van een lichte stijging.

4.4.1 Kapitaallasten langdurige GGZ

In de cijfers van de ZZP omzetten zitten geen kapitaallasten en inventaris. Dit komt omdat in de oude kapitaallastensystematiek de vergoeding voor kapitaallasten niet aan (GGZ-)productie was gekoppeld en volledig werd nagecalculeerd. Dit verandert met de invoering van de

²⁵ De cijfers van 2014 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2014 verwerkt en niet de herschikkingronde 2014. De verwachting is dat de definitieve cijfers hoger uit zullen vallen.

normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC). Voor de NHC en NIC geldt momenteel een invoertraject, dat loopt tot 1 januari 2018. Het invoertraject is de overgangperiode waarin geleidelijk bekostiging op basis van integrale tarieven (prestatie inclusief NHC en NIC) wordt ingevoerd. Een schatting van de totale kapitaallasten gekoppeld aan de langdurige GGZ via de NHC en NIC op basis van de productieafspraken 2014 komt op circa 300 miljoen euro (zie bronnen en methoden voor details).

4.5 Overhevelingen GGZ per 2015

Per 2015 vinden er aanzienlijke verschuivingen plaats in de financierings- en bekostigingsstromen van de GGZ. Deze paragraaf geeft inzicht in deze verschuivingen, inclusief een ruwe indicatie van de omvang van de verschuiving. Hiervoor worden in paragraaf 4.5.1 historisch cijfermateriaal (uit 2012 en 2013) gebruikt en wordt in paragraaf 4.5.2 de Rijksbegroting VWS 2015 getoond.

4.5.1 Overhevelingen GGZ (AWBZ en Zvw)

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 wordt de LGGZ per 2015 grotendeels overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo, Jeugdwet en de Zvw. Patiënten die drie jaar langdurende op behandeling gerichte intramurale GGZ in de Zvw hebben ontvangen, zullen na deze drie jaar hun zorg vanuit de Wlz ontvangen. De jeugd-GGZ wordt per 2015 overgeheveld van de Zvw naar de Jeugdwet. Verblijf met ondersteuning/begeleiding (ZCP-C) wordt per 2015 overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo.

In tabel 4.11 is weergegeven welke AWBZ-onderdelen worden overgeheveld. Daarbij is ter informatie de omzet 2013 per onderdeel weergegeven. Zo ontstaat een globaal beeld welke bedragen uit de AWBZ gaan. Er is gekozen voor de cijfers van 2013, omdat in die cijfers alle productieafspraken zijn verwerkt (zowel budgetronde als beschikking). Er is een afweging gemaakt tussen 'recent maar onzeker' en 'definitief maar gedateerd' waarbij de middenweg is bewandeld.

Tabel 4.11 Overhevelingen uit AWBZ afgezet tegen omzet 2013 (in miljoenen euro's)

Categorie	Wordt in 2015 overgeheveld naar	Omzet 2013
Niet-curatieve klinische LGGZ (ZCP-C) inclusief 'Volledig pakket thuis' (VPT-C)	Wmo 2015	968
Kinder- en jeugdpsychiatrie	Jeugdwet	74
Dagbesteding & vervoer	Wmo 2015	114
Gespecialiseerde begeleiding (psy)	Wmo 2015	251
Curatieve klinische LGGZ (ZCP B) 2 ^e en 3 ^e jaar	Zvw	300 ²⁶

Bron: NZa peildatum januari 2014

Bij bovengenoemd onderdeel 'volledig pakket thuis' wordt opgemerkt, dat alleen patiënten met een indicatie GGZ-C een volledig pakket thuis kunnen krijgen. In tabel 4.12 is te zien welke onderdelen per 2015 in de Wlz terecht komen.

²⁶ VWS schat dat het verleggen van de grens Zvw/AWBZ van 1 jaar naar 3 jaar verblijf uiteindelijk tot een verschuiving van circa € 300 miljoen richting Zvw zal leiden (VWS-begroting 2015)

Tabel 4.12 GGZ-Wlz-onderdelen per 2015 (in miljoenen €)

Categorie	Omzet 2013
Curatieve klinische LGGZ (ZZP B) Incl. vervoer dagbesteding GGZ	566 ²⁷
Per dag ZZP klinisch intensieve behandeling	39

Bron: NZa pelldatum januari 2014

Bij bovengenoemd onderdeel 'curatieve klinische LGGZ (ZZP B)' gaat per 2015 het een en ander veranderen. De wijzigingen zijn als volgt samen te vatten:

- De huidige AWBZ-patiënten met een ZZP-B-pakket ontvangen deze zorg vanaf 2015 in de Wlz.
- De lage ZZP's (ZZP-B 1 en 2) vervallen in de Wlz voor nieuwe cliënten, maar blijven bestaan voor huidige cliënten indien zij al in een instelling verblijven of in 2015 ervoor kiezen om in een instelling te willen verblijven.
- Vanaf 2015 zullen nieuwe meerderjarige patiënten met een ZZP-B pakket (ZZP-B 3 t/m 7) deze zorg ontvangen vanuit de Zvw. Na drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling zullen deze patiënten overgaan naar de Wlz. Er vindt dus een geleidelijke instroom plaats van patiënten die voor het tweede (2015) en derde jaar (2016) verblijven onder de Zvw. Ultimo 2016 is dan de verschuiving afgerond.

In tabel 4.13 is weergegeven welke GGZ-onderdelen vanuit de Zvw worden overgeheveld naar een ander domein. Daarbij is ter informatie de schadelast 2012 weergegeven. Zo ontstaat een globaal beeld van welk bedrag uit de Zvw verdwijnt voor het leveren van die zorg. Er is gekozen voor 2012 omdat dit het meest recente jaar is waarvoor de NZa een uitsplitsing naar leeftijd kan maken.

Tabel 4.13 Overhevelingen uit Zvw afgezet tegen de geschatte uitgaven 2012 (in euro's)

Categorie	Wordt in 2015 overgeheveld naar	Schatting uitgaven 2012
Jeugd-GGZ (ELP + tweede lijn, inclusief dyslexie)	Jeugdwet	Circa 880 miljoen euro (21,4% van 4112 mln, zie paragraaf 5.1.1 en paragraaf 4.2)

Bron: NZa, Vektis

In tabel 4.14 is te zien welke onderdelen per 2015 in de Zvw vallen.

Tabel 4.14 GGZ Zvw-onderdelen per 2015 (in euro's)

Categorie	Schadelast 2012
Curatieve GGZ voor volwassenen en ouderen (Incl ELP voor volwassenen en ouderen)	Circa 3,3 miljard
Meerjarige patiënten met verblijf	80 - 337 miljoen (Ingroeieffect)*

Bron: NZa; *) Rijksbegroting VWS 2015

²⁷ VWS schat dat het verleggen van de grens Zvw/AWBZ van 1 jaar naar 3 jaar verblijf uiteindelijk tot een verschuiving van circa € 300 miljoen richting Zvw zal leiden (VWS-begroting 2015). Door deze verschuiving blijft uiteindelijk circa € 266 miljoen in de Wlz.

4.5.2 Rijksbegroting VWS 2015

In tabel 4.15 staat de Rijksbegroting van VWS voor het jaar 2015 voor de gehele GGZ voor volwassenen en ouderen, dus Zvw en Wlz, basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. De jeugd-GGZ valt volledig buiten het domein van de NZa (Wet marktordening gezondheidszorg, Wmg) en zal in de toekomst niet meer worden gemonitord door de NZa.

Tabel 4.15 Rijksbegroting GGZ 2015 (in euro's)

Categorie	Begroting 2015
Zvw	
Curatieve GGZ voor volwassenen en ouderen	3,5 miljard
Patiënten met verblijf tussen 1 en 3 jaar	81 miljoen
Wlz	
LGGZ	524 miljoen

Bron: Rijksbegroting VWS 2015

4.6 Financiële waarde DBC-verblijf

In deze paragraaf wordt becijferd welk deel van de Zvw-GGZ uitgaven betrekking hebben op het verblijf, exclusief de behandelcomponent. Dit is niet hetzelfde als de waarde van DBC's met verblijf, welke ook de kosten voor behandeling betreft.

In 2012 is de productstructuur verblijf gewijzigd én zijn nieuwe tarieven bepaald voor de verblijfsproducten. Om meer zicht te krijgen in de financiële waarde van de verblijfsdagen is de productiewaarde voor zowel 2011 als 2012 berekend. Hiervoor zijn maximum-tarieven gebruikt.

Met behulp van deze financiële waarde kan de gemiddelde prijs per verblijfsdag worden berekend. Het resultaat hiervan wordt gepresenteerd in onderstaande tabel.

Tabel 4.16 Financiële waarde verblijf

Beginjaar	Aantal verblijfsdagen	Financiële waarde	Gem. tarief per verblijfs-dag
2011	3,9 mln	1,3 miljard euro	330 euro
2012	3,6 mln	1,0 miljard euro	275 euro
% Verschil:	-7,6%	-23,1%	-16,7%

Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

Uit deze analyse blijkt dat niet alleen het aantal verblijfsdagen is afgenomen (7,6%), maar dat ook het gemiddelde maximum tarief per verblijfsdag sterk is afgenomen (16,7%). Omdat de productstructuur is veranderd en we de productie niet eenvoudig kunnen vertalen van de ene structuur naar de andere kunnen we geen onderscheid maken in een verandering van zorgzwaarte en de tariefswijziging. Als we aannemen dat de volumedaling zich over alle producten (A-G) in gelijke mate zich heeft voorgedaan is de daling in gem. tarief per verblijfsdag volledig toe te schrijven aan de tariefswijziging.

5. Volume

Om de uitgavenontwikkeling zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4 duiden zijn het volume (hoofdstuk 5) en de prijs (hoofdstuk 6) apart geanalyseerd. In dit hoofdstuk wordt cijfermateriaal over het volume (de hoeveelheid zorg) gepresenteerd. Door het volume uit te splitsen naar diagnosegroepen wordt verder inzicht gekregen in de volumeontwikkeling. De focus ligt op de tweede lijn en langdurende zorg, omdat hier het grootste deel van de uitgaven plaatsvindt.

Belangrijkste conclusies:

Curatieve GGZ

- Het DBC-volume is met circa 4% gedaald in de periode 2011-2012. Het blijkt dat deze daling plaatsvindt bij:
 - gebudgetteerde aanbieders
 - circuits volwassenen/ouderen
 - diagnosegroepen 'aanpassingsstoornissen' en 'andere aandoeningen'
 - kortdurende DBC's
- Vlak voor de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns, zijn er opvallend veel DBC's bij de groep Volwassenen & ouderen geopend. Dit vertekent het volumebeeld wanneer we naar schadelastjaar kijken met circa 2-procentpunt, circa de helft van de totale volumeontwikkeling.
- Het aantal Zvw verblijfsdagen is in 2011 met 5,6% gedaald ten opzichte van 2010. In 2012 is het aantal Zvw verblijfsdagen met 7,6% gedaald.
- Het volume van niet-gebudgetteerde aanbieders is gelijk gebleven in de periode 2011-2012.

Langdurige GGZ

- Het volume van de lichtere ZZP-B-pakketten en van de ZZP-C-pakketten is gedaald. Het volume van de zwaardere ZZP-B-pakketten blijft redelijk stabiel. Bij de zwaardere ZZP-C-pakketten is sprake van een volumestijging.
- Hier heeft mogelijk een verschuiving van verblijf met behandeling in de Zvw naar verblijf in de AWBZ met ambulante behandeling (ZZP-C) plaats gevonden. In de curatieve GGZ is het aantal verblijfsdagen in 2012 met ongeveer 300.000 dagen afgenomen. Tegelijkertijd is in de Langdurige GGZ het aantal verblijfsdagen (voor wat betreft ZZP-C) met 400.000 dagen toegenomen. Het totale aantal verblijfsdagen is daarmee toegenomen in de periode 2011-2012.
- Het volume van de ZZP-C-pakketten op totaalniveau is met 1% gedaald in 2013 ten opzichte van 2012. Dit is opvallend gezien de stijging van het aantal indicaties ZZP-C met ruim 10%.

5.1 Tweedelijns curatieve GGZ: DBC-volume 2011-2012

Met behulp van een uitsplitsing naar diagnosegroepen worden de ontwikkelingen in het zorggebruik en uitgavenontwikkeling nader geduid. De vorige marktscan bevatte de ontwikkeling 2010-2011, nu ligt de nadruk op de ontwikkeling 2011-2012. Hiertoe zijn de tariefswijzigingen die per 1 januari 2012 zijn doorgevoerd ook toegepast op DBC's geopend in 2011. Zo wordt het DBC-volume-effect zichtbaar (aangezien het

prijseffect wordt uitgesloten). Net als in de vorige scan is ook hier het DBC-volume gecorrigeerd voor onvolkomenheden in de DIS- en Vektisregistraties. Bij de bronnen en methoden worden hier nader op in gegaan.

5.1.1 DBC-volume naar type aanbieder en leeftijd

Het DBC-volume was 3,9 miljard euro in 2011 (prijspeil 2012). In 2012 daalde dit met 4% naar 3,8 miljard euro. Voor gebudgetteerde instellingen is het DBC-volume met 5% gedaald. De niet-gebudgetteerde aanbieders zijn stabiel gebleven op circa 580 miljoen euro.

Tabel 5.1 DBC-volume-ontwikkeling 2011-2012 (in miljoenen euro's)

DBC-volume	2011	2012	Delta	%
Gebudgetteerde Instellingen	3.364	3.203	-161	-5%
Niet-gebudgetteerde aanbieders (inclusief dyslexie)	577	576	-1	-
Totaal	3.941	3.779	-162	-4%

Bron: DIS opgehoogd naar ZINL, tarieven 2012

Tabel 5.2 DBC-volume-ontwikkeling 2011-2012 (in miljoenen euro's)

DBC-volume	2011	2012	Delta	%
Kinderen en jeugd	769	809	+40	+5%
Volwassenen en ouderen	3.172	2.970	-202	-6%
Totaal	3.941	3.779	-162	-4%

Bron: DIS opgehoogd naar ZINL, tarieven 2012

Voor kinderen en jeugd is het DBC-volume gestegen met 5% van 2011 op 2012.

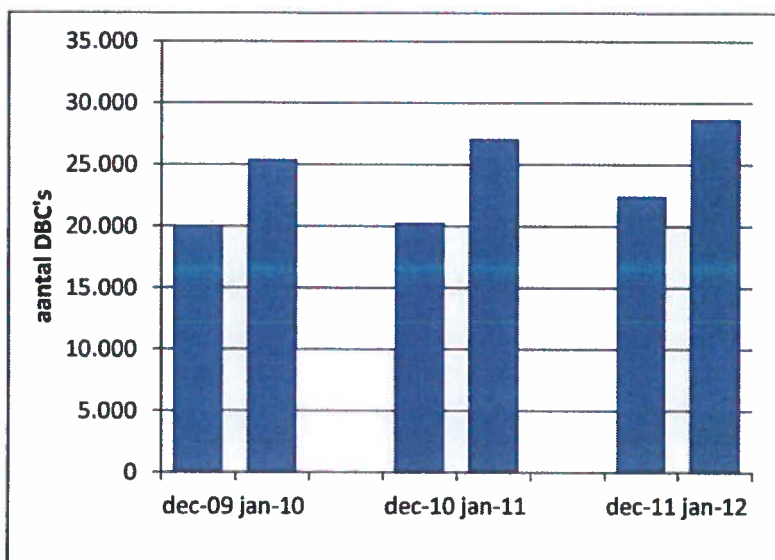
Voor volwassenen en ouderen is het DBC-volume met 6% gedaald. De daling zit vrijwel volledig bij de gebudgetteerde instellingen. De niet-gebudgetteerde aanbieders, die in de periode 2010-2011 nog met circa 40% groeiden, zijn qua volume stabiel gebleven in de periode 2011-2012.

5.1.2 Openen van DBC's rond de jaargrens

Met de introductie van de eigen bijdrage voor volwassenen en ouderen voor de tweede lijn per 1 januari 2012 is de verwachting dat er eind 2011 extra vraag is ontstaan naar tweedelijnszorg, om de per 1 januari ingevoerde eigen bijdrage te vermijden. Dit leidt dan tot extra schadelast voor 2011, terwijl het grootste deel van de zorg in 2012 is geleverd. Dit veroorzaakt een vertekening van de volume-eenheden zoals de financiële waarde van de DBC-diagnosegroepen en het aantal patiënten, die kijken naar het openingsjaar van de DBC's. Hier wordt de omvang van dit effect in kaart gebracht.

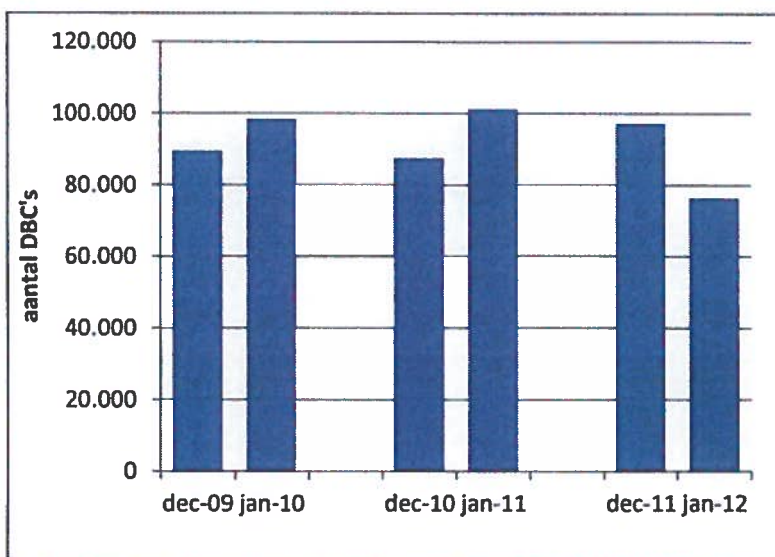
In de volgende figuren staan aantallen DBC's met en zonder verblijf per maand, gesplitst naar jeugd en volwassenen (via het circuit).

Figuur 5.1 Aantal DBC's bij de jeugd, per maand



Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

Figuur 5.2 Aantal DBC's bij volwassenen, per maand



Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

Bij de jeugd is een stijgende lijn te zien. Bij volwassenen en ouderen is het totaal aantal DBC's geopend in januari 2011 hoger dan in december 2010, terwijl het aantal DBC's geopend in januari 2012 veel lager is dan in december 2011. Het lijkt erop dat er een voorkeur was om DBC's alvast in december te openen, wellicht als gevolg van de invoering van de eigen bijdrage begin 2012. Overigens is deze eigen bijdrage vanaf 2013 weer afgeschaft.

Een grove schatting van de financiële waarde van de DBC's die zijn verschoven van 2012 naar 2011 kan als volgt gemaakt worden:
 $1/12$ (één maand) * $1/5$ ($20.000/100.000 =$ aandeel DBC's verschoven bij 18+) * $4/5$ (aandeel 18+ in totale jaaromzet) van de jaaromzet 2012 (= 3,8 miljard euro, DBC's geopend in 2012), dit levert circa 40 miljoen euro. Hiermee kan 50% van de volumedaling (deze was -4%, correctie voor de verschuiving rond de jaargrens leidt tot een volumedaling van -2%) worden verklaard.

5.1.3 DBC-volume naar diagnosegroep

In deze paragraaf presenteren we een onderverdeling van het totale DBC-zorgvolume naar primaire diagnose. Hiermee wordt geprobeerd meer inzicht te creëren in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse ontwikkeling in macro uitgaven aan tweedelijns curatieve GGZ.

De analyse is uitgevoerd voor een clustering van DBC-diagnosecodes in diagnosegroepen, gebaseerd op de DSM-IV (het classificatiesysteem van psychische stoornissen), gesplitst naar kinderen en jeugd (0-17 jaar) en volwassenen en ouderen (18+).

De clustering is gemaakt door het CBS samen met het Trimbos-instituut en het RIVM.²⁸ Voor deze marktscan is een mix gebruikt van fijne en grove diagnosegroepen, specifiek om uitgavenontwikkelingen te duiden. Hierbij zijn relatief kleine diagnosegroepen samengenomen als restgroep en zijn een paar specifieke diagnoses (bijvoorbeeld dyslexie/leesstoornis) als aparte groep weergegeven, omdat hier relatief veel uitgaven mee gepaard gaan.

In tabel 5.3 zijn de ontwikkelingen per diagnosegroep weergegeven.

Tabel 5.3 DBC-volumeontwikkeling 2011-2012 per diagnosegroep (in miljoenen €)

Diagnosegroep	2011	2012	Delta	%
Leesstoornis (o.a. dyslexiezorg)	55	61	6	11%
ADHD	208	219	11	5%
Autismespectrum	268	283	15	6%
Gedrag	61	68	7	11%
Kindertijd overlg	102	139	37	36%
Cognitieve Stoornissen	135	128	-7	-5%
Aan middel gebonden stoornissen	444	427	-17	-4%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	543	549	6	1%
Depressieve stoornissen	598	601	3	1%
Bipolaire stoornissen	148	150	2	1%
Angststoornissen	227	236	9	4%
Posttraumatische stressstoornis	135	144	9	7%
Somatoforme stoornissen	67	67	0	0%
Eetstoornissen	81	80	-1	-1%
Aanpassingsstoornissen	137	5	-132	-96%
Persoonlijkhedsstoornissen	378	383	5	1%
Andere problemen reden voor zorg	216	107	-109	-50%
Overige diagnoses	67	72	5	7%
Geen diagnose beschikbaar	70	60	-10	-14%
Totaal	3.941	3.779	-162	-4%

Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

In de voorgaande marktscan is de doorsnede niet-gebudgetteerd versus gebudgetteerd weergegeven om de volumeontwikkeling 2010-2011 te duiden. Voor de volumeontwikkeling 2011-2012 is een doorsnede kinderen en jeugd versus volwassenen informatief. Dit omdat de eigen

²⁸ Zie ook de CBS-publicatie Gezondheid en Zorg in Cijfers 2013.

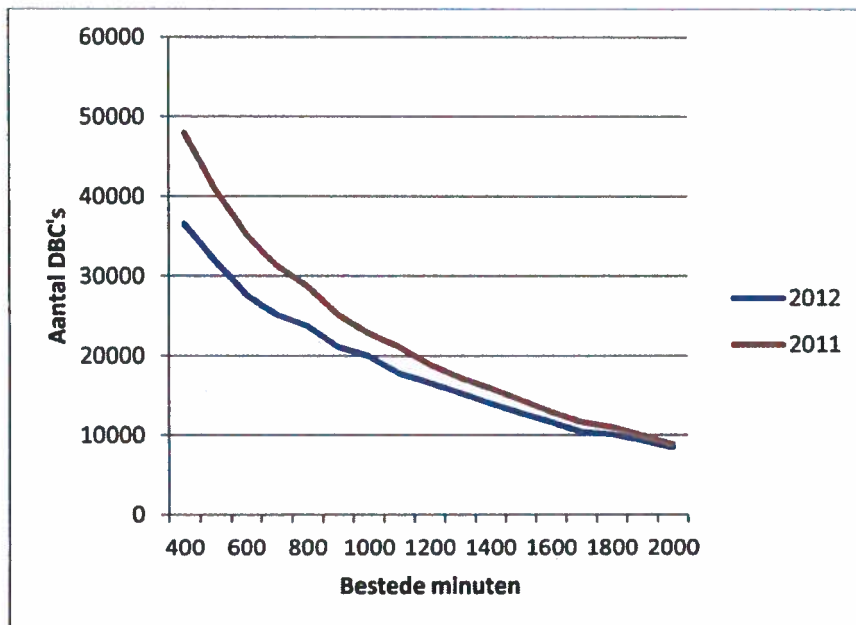
bijdrage 2012 alleen gold voor volwassenen. Deze doorsneden zijn opgenomen als bijlage (tabel B.5 en B.6).

Bij de kinderen en jeugd (tabel B.5) zit de volumestijging bij leesstoornis en/of overige stoornissen in de kindertijd, maar deze is niet "hard" toe te schrijven aan één van deze twee diagnosegroepen. Dit komt doordat in de declaratiegegevens van Vektis de leesstoornis / dyslexiezorg niet zichtbaar is, omdat deze onder 'Overige stoornissen in de kindertijd' werd gedeclareerd. In de analyse per diagnosegroep is de conservatieve aanname gemaakt dat de aanlevering van dyslexie-DBC's aan het DIS 100% compleet is. De onvolledigheid in DIS wordt daardoor grotendeels aan de hoofdgroep 'Overige stoornissen in de kindertijd' toegeschreven.

Uit tabel B.6 blijkt dat de (absolute) afname in DBC-volume bij volwassenen het sterkst is bij de diagnosegroepen aanpassingsstoornissen, andere problemen reden voor zorg en verslaving (aan middelen gebonden stoornis).

5.1.4 Totale tijd per DBC

Figuur 5.3 bestede tijd gebudgetteerde instellingen 2012



Bron: NZa peildatum 2014

Hier is zichtbaar dat in 2012 met name er minder kortdurende DBC's waren.

5.2 Verblijf

5.2.1 Verblifsdagen

In onderstaande tabellen worden de aantallen dagen verblijf met overnachting per type weergegeven. Verblijf zonder overnachting wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat dit tot en met 2012 werd omgerekend naar behandelminuten en meegerekend in de behandel-DBC's. Voor elk jaar zijn de verblifsdagen geteld bij de DBC's geopend in dat jaar, omdat zo de schadelast ook wordt bepaald. In tabel 5.4 staan de totale aantallen verblifsdagen per jaar.

Tabel 5.4 Aantal dagen verblijf

Jaar	Aantal Verblijfsdagen	% verschil
2010	4.168.036	-
2011	3.932.692	-5,6%
2012	3.635.396	-7,6%

Tot en met 2011 werd gebruik gemaakt van een indeling in vijf verblijfsklassen, afhankelijk van de instellingsspecifieke kostprijs van het verblijf op een verpleegafdeling:

- 1: 0-100 euro
- 2: 101-200 euro
- 3: 201-350 euro
- 4: 351-500 euro
- 5: >500 euro

Tabel 5.5 Aantal dagen verblijf met overnachting, geteld op beginjaar van de bijbehorende DBC (2010 en 2011)

Type verblijf	Verblijfsdagen 2010	%dagen 2010	Verblijfsdagen 2011	%dagen 2011
1	244.047	6%	247.997	6%
2	787.129	19%	721.248	18%
3	1.604.146	38%	1.547.522	39%
4	1.141.836	27%	1.069.373	27%
5	390.878	9%	346.552	9%
Totaal	4.168.036	100%	3.932.692	100%

Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

Vanaf 2012 is een nieuwe indeling ingevoerd in zeven verblijfs categorieën, die afgeleid kunnen worden van het aantal FTE verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel (VOV-personeel) op een verpleegafdeling. In tabel 5.5 en tabel 5.6 staan de aantallen verblijfsdagen per categorie per jaar. De verdeling over de verblijfssoorten is ongeveer hetzelfde in 2010 en 2011. De vergelijking met 2012 kan niet gemaakt worden vanwege de nieuw ingevoerde indeling.

Tabel 5.6 Aantal dagen verblijf met overnachting, geteld op beginjaar van de bijbehorende DBC (2012)

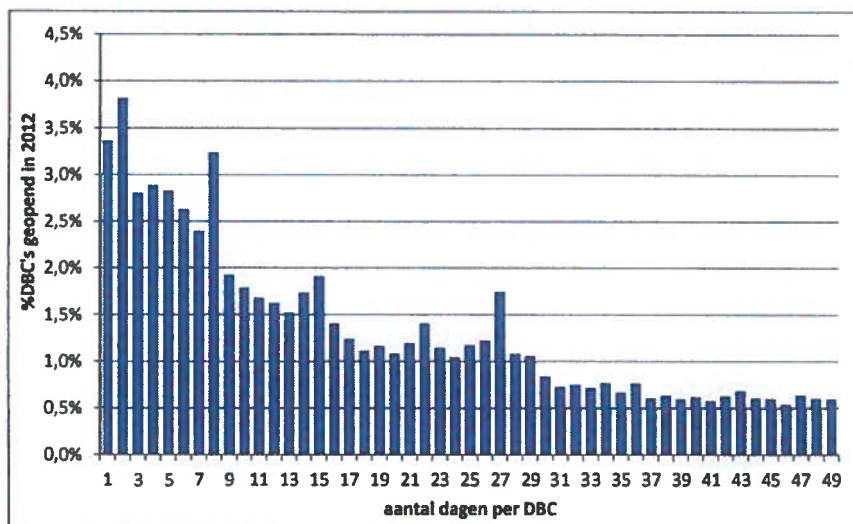
Type verblijf	Verblijfsdagen 2012	%dagen 2012
A (Lichte verzorgingsgraad)	106.234	3%
B (Beperkte verzorgingsgraad)	390.841	11%
C (Matige verzorgingsgraad)	697.514	19%
D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	940.044	26%
E (Intensieve verzorgingsgraad)	947.069	26%
F (Extra Intensieve verzorgingsgraad)	438.926	12%
G (Zeer Intensieve verzorgingsgraad)	114.767	3%
Totaal	3.635.396	100%

Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

De daling van het aantal verblijfsdagen die in 2011 te zien was, heeft zich voortgezet in 2012. De daling in 2012 lijkt zelfs iets sterker te zijn dan 2011. Dit wordt mogelijk verklaard door het relatief grote aantal DBC's dat in december 2011 is geopend.

De verdeling van het aantal verblijfsdagen per DBC staat in figuur 5.4 (Crisis-DBC's zijn niet meegenomen). Er zijn duidelijke pieken te zien bij gehele weken.

Figuur 5.4 Verdeling van het aantal verblijfsdagen per DBC geopend in 2012



Bron: DIS-data mei 2014

In onderstaande tabel staat het gemiddeld aantal verblijfsdagen per diagnosegroep per jaar. Er is behoorlijk wat variatie tussen de groepen, maar bij allemaal is het gemiddelde aantal verblijfsdagen gedaald.

Tabel 5.8 Gemiddeld aantal verblijfsdagen per DBC per diagnosegroep

Diagnosegroep	2010	2011	2012	%klinische DBC's 2012
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	69	66	65	20%
Depressieve stoornissen	54	50	48	16%
Aan alcohol gebonden stoornis	46	45	42	13%
Overige aan een middel gebonden stoornissen	53	52	48	10%
Persoonlijkheidsstoornissen	53	50	49	9%
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	53	52	52	7%
Angststoornissen	51	50	48	6%
Totaal	56	54	53	

Bron: DIS-data mei 2014

5.2.2 Verblijf bij de jeugd

Vanaf 2015 valt de jeugd-GGZ niet meer onder de Zorgverzekeringswet en AWBZ, maar wordt dit door gemeentes ingekocht. In de volgende tabel is de verdeling van het aantal dagen over de zeven types weergegeven voor de jeugd en forensisch jeugd.

Hieruit is te zien dat voor de jeugd meer VOV-personeel per bed wordt ingezet, verblijfsdagen van de jeugd vallen vaker in een zwaardere klasse. Het % aandeel kinderen & jeugd in de verblijfsdagen neemt toe

met de verblijfsintensiteit. Toch zal de verdeling van verblijfsdagen over de verschillende klassen niet heel sterk wijzigen als de jeugd wordt weggelaten, doordat het in totaal gaat om slechts 10% van de verblijfsdagen.

Tabel 5.9 Aantal dagen verblijf met overnachting bij de jeugd in 2012

Type verblijf	Verblijfsdagen 2012	Verblijfsdagen jeugd 2012	%jeugd
A (Lichte verzorgingsgraad)	106.234	1.514	1%
B (Beperkte verzorgingsgraad)	390.841	8.604	2%
C (Matige verzorgingsgraad)	697.514	12.580	2%
D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	940.044	49.660	5%
E (Intensieve verzorgingsgraad)	947.069	120.549	13%
F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	438.926	110.935	25%
G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	114.767	65.367	57%
Totaal	3.635.396	369.209	10%

Bron: DIS-data mei 2014 opgehoogd naar ZINL

5.3 Zorgvraagwaarte

In de GGZ is een breed gedeelde wens dat er informatie beschikbaar komt die verschillen in zorgvraag en de daarmee gepaard gaande behandelintensiteit objectieveert en verklaart. In 2013 is om die reden de zogeheten zorgvraagwaarte indicator ontwikkeld. De zorgvraagwaarte indicator heeft op grond van statistische analyses een (vooralnog beperkte, circa 6% van de variatie) voorspellende waarde wat betreft behandelinzet. Met andere woorden: gegeven de ZVZ-klasse van een DBC is de spreiding in behandelinzet tussen de DBC's groot. Partijen zijn voornemens om de indicator door te ontwikkelen in een lerende omgeving.

De indicator is een getal van 1 tot 7, waarbij 1 een lage zorgvraagwaarte aangeeft en 7 een hoge zorgvraagwaarte.

De indicator is opgebouwd uit vier onderdelen die afgeleid worden uit de binnen een DBC traject door de behandelaar / aanbieder geregistreerde gegevens:

- Aard van de diagnose (licht, middel, zwaar, 1-3 punten)
- Wel/geen nevendiagnose (0 of 1 punt)
- Wel/geen psychosociale factoren (0 of 1 punt)
- Mate van functionele beperking (Global assesment of functioning, functioning, GAF (hoog, middel, laag, 0-2 punten)

De NZa heeft voor alle DBC's geopend in 2009-2012, indien mogelijk, de ZVZ-klasse berekend, en de totale tijd²⁹ per DBC-traject. Hierbij zijn diagnostiek DBC's en CrisisCrisis-DBC's niet meegenomen. In tabel 5.10 is de relatieve verdeling van de DBC's over de ZVZ-klassen weergegeven per jaar.

Tabel 5.10 Analyse ZVZ score per DBC-traject

ZVZ score	2009	2010	2011	2012
1	1%	1%	1%	0%
2	5%	5%	5%	4%
3	17%	16%	15%	15%
4	31%	32%	32%	29%
5	27%	26%	27%	29%
6	10%	10%	10%	11%
7	2%	2%	1%	2%
Geen ZVZ klasse te berekenen	7%	8%	9%	11%

Bron: DIS

Het beeld is dat voor de jaren 2009-2011 de zorgvraagwaarde verdeling constant is, maar dat voor 2012 er een lichte zorgvraagverzwaring plaats vindt. Tegelijkertijd neemt het volume af in 2012 (zie 5.1).

5.4 Volumeontwikkeling Langdurige GGZ

In de volgende tabellen wordt eerst ingegaan op het totale landelijke volume ZPZ-dagen GGZ. Vervolgens wordt dit per ZPZ uitgesplitst. Daarna wordt het volume van de overige producten die niet tot de ZPZ's behoren weergegeven.

Tabel 5.10 Landelijk volume ZPZ's GGZ (in duizenden dagen)

Categorie ZPZ's	2011	2012	2013	2014 ³⁰
ZPZ GGZ-B	2.949	2.922	2.785	2.723*
ZPZ GGZ-C	6.817	7.265	7.173	6.893*
Totaal	9.766	10.187	9.958	9.616*

Bron: NZa peildatum januari 2014

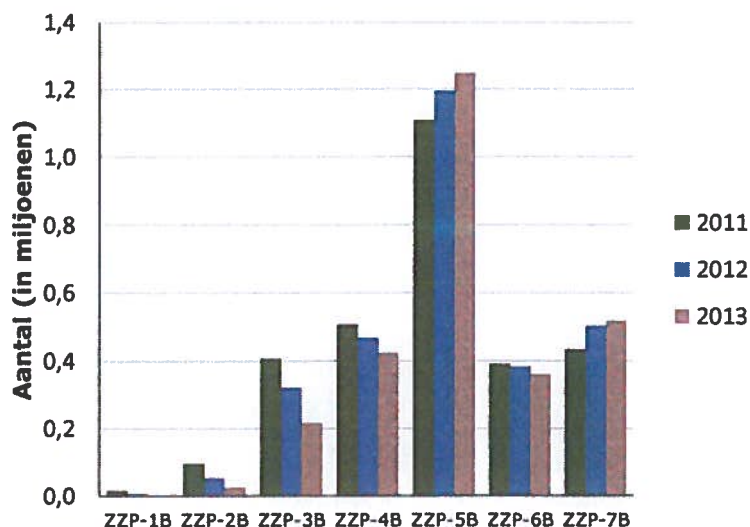
Het totaal volume ZPZ verblijfsdagen stijgt in 2012 met 4,3%, maar daalt in 2013 met 2,2%.

Opvallend is dat de daadwerkelijk geleverde ZPZ-C zorg (in dagen), circa de helft betreft van de hoeveelheid ZPZ-C zorg die je verwacht op basis van het aantal indicaties voor deze zorg (36.000 ZPZ-C indicaties x 365 dagen). Deels komt dit doordat indicaties niet worden verzilverd, maar deels ook doordat de ZPZ-C indicatie niet voor intramurale ZPZ-C zorg wordt 'verzilverd', maar voor bijvoorbeeld een PGB, een ander type ZPZ (V&V of GHZ) of als extramurale zorg (Bron: Bureau HHM).

In onderstaande figuren worden over de jaren 2011 tot en met 2013 de volume ontwikkelingen per ZPZ getoond voor zowel de ZPZ-B- als de ZPZ-C-pakketten.

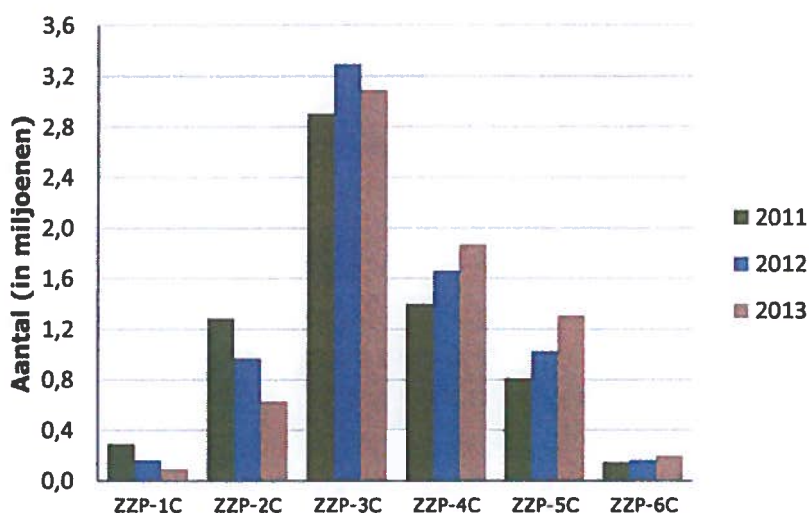
³⁰ De cijfers 2014 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2014 verwerkt en niet de herschikingsronde 2014. Dit is aangeduid met een asterisk.

Figuur 5.5 Landelijk volume per ZZP verblijf vanwege behandeling (ZZP-B) (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum januari 2014

Figuur 5.6 Landelijk volume per ZZP verblijf vanwege begeleiding (ZZP-C) (in miljoenen)



Bron: NZa peildatum januari 2014

Over de periode 2011-2013 blijkt dat het volume van de lichte ZZP-B- en ZZP-C-pakketten daalt. Het volume van de zwaardere ZZP-B-pakketten blijft redelijk stabiel, terwijl de zwaardere ZZP-C-pakketten een volume stijging laten zien.

Tabel 5.11 Volume gespecialiseerde begeleiding (in duizenden)³¹

Categorie	2011	2012	2013	2014*
Gespecialiseerde begeleiding (psy)	2.486	2.693	2.916	2.791*

Bron: NZa peildatum januari 2014

³¹ De cijfers 2014 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2014 verwerkt en niet de herschikkingronde 2014. De verwachting is dat de definitieve cijfers hoger uit zullen vallen.

In de periode van 2011 tot en met 2013 is het volume gestegen met 17%. Deze stijging is gelijkmatig verdeeld over de jaren.

Tabel 5.12 Volume overig (in duizenden)³²

Categorie	2011	2012	2013	2014*
Kinderen en jeugd, aantal zorgdagen	144	126	125	123*
Per dag ZZP klinisch Intensieve behandeling	46	63	72	64*
Volledig pakket thuis	70	140	241	256*
Totaal	260	329	438	443*

Bron: NZa peildatum januari 2014

In 2012 was er een stijging te zien in het volume voor 'Volledig pakket thuis' van bijna 100%, in 2013 is deze stijging doorgezet met 73%. Het aantal zorgdagen 'Kinderen en jeugd' is in 2012 afgenomen met 12% en in 2013 afgenomen met 1%. Het aantal dagen 'Klinische intensieve behandeling' is in 2012 toegenomen met 37% en in 2013 toegenomen met 16%.

5.5 Totaal aantal GGZ verblijfsdagen (Zvw +AWBZ)

In de curatieve GGZ is het aantal verblijfsdagen in 2012 met ongeveer 300.000 dagen afgenomen. Tegelijkertijd is in de LGGZ het aantal verblijfsdagen (voor wat betreft ZP-C) met 400.000 dagen toegenomen. Het totale aantal verblijfsdagen is daarmee toegenomen in de periode 2011-2012. Voor wat betreft 2013 is er in de LGGZ wel sprake van een duidelijke afname van het aantal verblijfsdagen. Voor de cGGZ zijn nog geen cijfers voor 2013 beschikbaar.

³² Zie voetnoot 26.

6. Prijs

Dit hoofdstuk bevat de ontwikkeling in de (maximum) tarieven en prijzen in de curatieve en langdurige GGZ, waarbij voor de curatieve GGZ onderscheid wordt gemaakt naar gebudgetteerde aanbieders en niet-gebudgetteerde aanbieders.

Belangrijkste conclusies:

Curatieve GGZ

- De tarieven in de curatieve GGZ hebben aanzienlijke wijzigingen ondergaan sinds 2011. Zo is het gemiddelde tarief van een verblijfsdag gedaald met circa 16% (2012) en het tarief van behandeling verhoogd met circa 10% (2014).
- Bij de gebudgetteerde aanbieders heeft er in de periode 2011-2012 een nominale prijsstijging plaats gevonden van circa 2,6%.
- Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders heeft er in de periode 2011-2012 een nominale prijsdaling plaats gevonden van circa 6%. Dit cijfer is nog wel met onzekerheid omgeven.

Langdurige GGZ

- De maximumbeleidsregelwaarden (maximum tarieven) hebben sinds 2011 aanzienlijke wijzigingen ondergaan. Zo zijn de tarieven in 2012 met 9% gestegen, in 2013 met 3% gedaald, en in 2014 weer met 3% gestegen.
- De gemiddelde afgesproken prijzen volgen ditzelfde patroon, waarbij de gemiddelde prijs in 2014 circa 2-3% onder het maximum tarief ligt.

6.1 Prijsontwikkeling curatieve GGZ

In de curatieve GGZ is het voor de periode 2010-2012 van belang om bij de analyse van de prijsontwikkeling onderscheid te maken tussen gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders. Bij de gebudgetteerde aanbieders kan de prijsontwikkeling gezien worden als resultante van de budgetontwikkeling (= omzetontwikkeling) en de ontwikkeling in zorgvolume. Hier wordt in paragraaf 6.1.2 nader op ingegaan.

Gecontracteerd vs. Niet-gecontracteerd

Gebudgetteerde aanbieders waren tot 2013 per definitie gecontracteerd, in die zin dat er overeenkomsten met de verzekeraar over prijs, volume en kwaliteit werden gemaakt. Bij de niet-gebudgetteerde aanbieders is dit niet altijd het geval. Als een aanbieder gecontracteerd is, is de contractprijs (die uit te drukken is in een percentage van het maximumtarief) bepalend voor de prijs die door een verzekeraar wordt betaald aan de aanbieder. Voor de jaren 2010-2011 zijn deze prijzen in eerdere marktscans in kaart gebracht. Wanneer een aanbieder niet-gecontracteerd is, zijn de polisvoorwaarden van de patiënt bepalend voor wat de verzekerde vergoed krijgt van de verzekeraar, en daarmee ook voor het deel van de rekening dat door de verzekerde zelf betaald moet worden. Het komt ook voor dat de zorgaanbieder dit deel dat door de zorgverzekeraar niet wordt vergoed voor eigen rekening neemt.

6.1.1 Tariefsontwikkeling DBC's 2009-2014

Om meer zicht te krijgen op de volumeontwikkeling moet rekening gehouden worden met de tariefsontwikkeling van DBC's. Tabel 6.1 geeft een overzicht van de tariefsontwikkeling 2009-2014, uitgesplitst naar behandeling en verblijf:

Tabel 6.1 Tariefsontwikkeling DBC's 2009-2014

Van jaar t op jaar t+1	Toelichting	Tariefs-ontwikkeling	Tariefs-ontwikkeling behandeling	Tariefs-ontwikkeling verblijf
2009-2010	Klink-korting, uniform percentage	-2,4%		
2010-2011	Indexatie	+1,7%		
2011-2012	Nieuwe tarieven o.b.v. kostenonderzoek + Schippers-korting + 18.000+ maatregel		+0,7%	-16% *
2012-2013	Indexatie	2,0%		
2013-2014	Nieuwe tarieven o.b.v. kostenderzoek		+10,2%	0%

Bronnen: Codelijsten DBC-Onderhoud, Circulaire NZa, berekening NZa
*): percentage is een benadering door wijziging productstructuur verblijf

In deze marktscan ligt de focus op de volumeontwikkeling 2011-2012. In 2012 zijn de DBC-tarieven ingrijpend gewijzigd. Hier lag een kostenonderzoek en een nieuwe rekenmethode om tot kostprijzen te komen aan ten grondslag, gevolgd door een uniforme korting en de 18.000+ maatregel (waarbij DBC's met 18.000 minuten of meer hetzelfde tarief kregen als de daar voorliggende DBC 'tot en met 17999 minuten').

6.1.2 Prijsontwikkeling (voormalig) gebudgetteerde aanbieders

De nominale prijsontwikkeling wordt gevonden door de procentuele omzetontwikkeling (bij de gebudgetteerde aanbieders bepaald door de budgetten) te delen door de procentuele volumeontwikkeling in termen van DBC's. Hierbij de kanttekening dat het DBC-volume niet exact aansluit bij het volume dat wordt gedekt door het budget: het DBC-volume kijkt naar openingsdatum van de DBC (hiervoor is gekozen om aan te sluiten bij de schadelast jaardefinitie), terwijl het budget is gebaseerd op de verrichtingsdata van de activiteiten binnen een DBC. Het verschil wordt de 'mutatie onderhandenwerk' genoemd.

Het volume bij de niet-gebudgetteerde aanbieders is in de periode 2011-2012 gedaald met circa 5%, terwijl het budget in diezelfde periode met 2,4% is gedaald. Dit betekent dus een nominale prijsstijging van 2,6%.

6.1.3 Prijzen niet-gebudgetteerde aanbieders

De prijsontwikkeling voor niet-gebudgetteerde aanbieders voor de jaren 2010 en 2011 betrof een reële prijsdaling van circa 1,4%³³. Voor 2012 dient er een inschatting gemaakt te worden van de eigen bijdrage die uit de schadelast is weggelaten. Als we aanname dat dit een vast percentage van de uitgaven betreft ($120 / 4000 \times 100\% = 3\%$) hebben de niet-gebudgetteerde aanbieders in 2012 circa 500 miljoen voor hun DBC-zorg ontvangen. De prijs als percentage van het maximumtarief komt hiermee voor 2012 op circa 87%. De uitgaven in 2011 betroffen circa 534 mln, terwijl het volume ruwweg gelijk gebleven is. Daarmee heeft er dus per saldo een nominale prijsdaling plaatsgevonden van circa 6%.

6.2 Prijsontwikkeling langdurige GGZ

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen afspraken maken die afwijken van de door de NZa vastgestelde tarieven voor de GGZ ZP-B- en C-pakketten. De tabellen 6.2, 6.3 en 6.4 laten achtereenvolgens de ontwikkeling zien van de maximumtarieven van de ZP's, de gemiddelde korting en de afgesproken prijzen. Vervolgens wordt een toelichting gegeven.

Tabel 6.2 Ontwikkeling maximumtarieven ZP's

Van jaar t op jaar t+1	ZP-B	ZP-C	Totaal van ZP-B en ZP-C
2011 - 2012	+8,9%	+9,0%	+9,0%
2012 - 2013	-2,6%	-2,6%	-2,6%
2013 - 2014	+2,86	+2,86	+2,86

Bron: NZa peildatum januari 2014

Tabel 6.3 Gemiddelde korting (in %)

Categorie	2011	2012	2013	2014
Gemiddelde korting ZP-B	1,11%	1,68%	2,13%	2,45%
Gemiddelde korting ZP-C	1,28%	2,23%	2,62%	2,90%

Bron: NZa peildatum januari 2014

Tabel 6.4 Ontwikkeling afgesproken prijzen ZP's

Van jaar t op jaar t+1	ZP-B	ZP-C	Totaal van ZP-B en ZP-C
2011 - 2012	+8,3%	+8,0%	+8,1%
2012 - 2013	-3,0%	-3,0%	-3,0%
2013 - 2014	+2,52%	+2,56%	+2,54%

Bron: NZa peildatum januari 2014

Voor de maximumtarieven golden in 2011 en 2012 ook een minimumniveau van 94% van de in de NZa-beleidsregel opgenomen bedragen. In 2013 is er voor het eerst alleen een maximumtarief en geen bijbehorend minimumtarief in de beleidsregel opgenomen.

Per 2012 zijn de ZP-tarieven GGZ-B en GGZ-C opgehoogd met de extra intensiveringsmiddelen (de zgn. Agema-gelden). Per 2013 zijn de extra intensiveringsmiddelen voor de GGZ beëindigd. Per 2014 is een korting

³³ Zie voor details 'marktscan GGZ: Weergave van de markt 2009-2013'

doorgevoerd op alle ZP-tarieven inclusief GGZ-B en GGZ-C. Daarnaast zijn de ZP-tarieven elk jaar geïndexeerd.

Sinds 2011 zijn de kortingen jaarlijks toegenomen. De korting op de ZP's is een gemiddelde voor alle 32 zorgkantoorregio's. De korting is behoorlijk gelijkmatig verdeeld over alle ZP-prestaties.

De afgesproken prijzen zitten boven het oude minimumniveau van 94% van de beleidsregelwaarde. De prijzen geven een beeld over de doelmatigheid van de zorginkoop door zorgkantoren en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ. De prijscijfers 2014 zijn gebaseerd op de budgetronde 2014. Naar verwachting zullen de prijscijfers niet veel veranderen bij de herschikkingsronde 2014, in tegenstelling tot de volumecijfers.

7. Wachttijden ambulante tweedelijns GGZ

Toegankelijkheid van zorg is één van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de fysieke toegankelijkheid: de wachttijden. Hiervoor is voor het eerst ook wachttijdinformatie uit DIS berekend. Achtereenvolgens komen de wachttijden op de websites en de wachttijden op basis van aan DIS aangeleverde DBC's aan bod. Het hoofdstuk gaat hoofdzakelijk over tweedelijns zorg, recent cijfermateriaal over de eerstelijns is overgenomen van het NIVEL om een meer volledig beeld te schetsen.

Belangrijkste conclusies:

Wachttijden eerstelijns psychologische zorg

- De gemiddelde wachttijd is sinds 2011 gedaald van 21 naar 15 dagen.

Wachttijden websites tweedelijns curatieve GGZ

- Gemiddeld zijn de wachttijden zoals vermeld op de websites van aanbieders medio 2014 niet veel veranderd ten opzichte van 2010.
- De totale treeknorm voor ambulante GGZ van de aanmelding tot de start van de behandeling is 14 weken. Medio 2014 moest er bij circa 46% van de GGZ-locaties bij kinderen en jeugd langer dan 4 weken gewacht worden tot de intake en bij 25% van de locaties langer dan 10 weken na de intake tot het moment waarop de behandeling van start ging. Voor volwassenen zijn deze percentages 29% en 11% respectievelijk, bij ouderen 7% en 2%, en bij verslavingszorg 8% en 2% van de locaties.
- Er zijn grote verschillen in wachttijd. Zo zijn er ook een groot aantal locaties waar de wachttijd slechts 1 week betreft.
- Vrijwel alle GGZ-aanbieders die onder de reikwijdte van de nadere regeling 'Publicatie Wachttijden ambulante tweedelijns GGZ' vallen, publiceren wachttijdinformatie op hun website.

Wachttijden DIS tweede lijns curatieve GGZ

- Het is mogelijk om via het DIS retrospectief wachttijden te berekenen.
- Dit maakt het mogelijk om de wachttijd voor specifieke patiëntgroepen te berekenen. Zo was in 2012 de totale wachttijd (van aanmelding tot start behandeling) voor autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen circa 20 weken. Dat is hoger dan de gemiddelde wachttijd van circa 16 weken bij kinderen en jeugdigen.
- In 2012 moest circa 50% van de kinderen en jeugdigen langer dan de treeknorm wachten tot de intake en circa 36% moest langer dan de treeknorm wachten tot de start van de behandeling. Dit zijn ruwe cijfers die gebaseerd zijn op de DBC's die aan DIS zijn aangeleverd en waarbij het eerste face-to-facecontact niet óp of voor de openingsdatum van het zorgtraject plaatsvond.

7.1 Wachttijden Eerstelijns psychologische zorg (ELP)

Over de jaren 2009 tot en met 2013 zijn de wachttijden voor de eerstelijns psychologische zorg in beeld gebracht door het NIVEL³⁴. Deze wachttijden zijn weergegeven in Tabel 7.1 In de jaren 2009, 2010 en 2011 lag de gemiddelde wachttijd tussen het moment van aanmelden en de eerste sessie bij de eerstelijnspsycholoog rond de 20 dagen. In 2012 is dit gezakt naar 17 dagen en in 2013 was dit nog maar 15 dagen. In 2013 wordt voor 71% van de cliënten de behandeling binnen twee weken gestart.

De oorzaak van de daling van de wachttijd is niet bekend, maar hangt mogelijk samen met een daling van de vraag naar eerstelijns psychologische zorg als gevolg van de verhoging van de wettelijke eigen bijdrage in 2012 (van 10 naar 20 euro per zitting). In 2013 is dit weliswaar weer teruggedraaid, maar is het eigen risico op de basisverzekering verhoogd van 225 naar 350 euro.

Tabel 7.1 Wachttijden eerstelijns psychologische zorg

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013
Totale gemiddelde wachttijd (dagen)	20,3	20,1	20,9	16,8	14,5

Bron: NIVEL

7.2 Wachttijden websites tweedelijns curatieve GGZ

Alle gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde instellingen alsmede alle vrijgevestigde aanbieders in de tweedelijns curatieve GGZ dienen hun wachttijden op hun website te publiceren volgens vaste, landelijke definities. De wachttijdplicatie is alleen van toepassing op ambulante zorgverlening. Deze informatieverplichting is opgenomen in een Nadere Regeling van de NZa. Uit de gegevens die door MediQuest medio 2014 zijn verzameld blijkt dat vrijwel alle grotere GGZ-aanbieders die onder de reikwijdte van de nadere regeling 'publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ' vallen, wachttijden publiceren op hun website.³⁵

Er worden twee soorten wachttijden gemeten, die hieronder worden toegelicht. In de Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden³⁶ in de ambulante curatieve GGZ worden drie fases onderscheiden:

- Fase 1: Toegang tot de zorgverlener (de mogelijkheid tot het eerste zorgcontact)
- Fase 2: Diagnose
- Fase 3: Behandeling

In deze marktscan vergelijken wij de door aanbieders geregistreerde aanmeld- en behandelwachttijden met de Treeknormen. De Treeknorm voor de aanvaardbare wachttijd voor het eerste zorgcontact (ook aanmeldingswachttijd genoemd) is bij GGZ vier weken. De Treeknorm

³⁴ Nivel: <http://www.nivel.nl/NZR/wachttijd>

³⁵ Er is een omzetrempel van 1 miljoen bedrijfsopbrengsten gehanteerd voor het onderzoek.

³⁶ Voor meer informatie over de Treeknormen zie het Toezichtskader Zorgplicht zorgverzekeraars: http://www.nza.nl/137706/406031/TH_BR-009_Toezichtskader_Zorgplicht_Zvw.pdf

die vervolgens geldt voor de wachttijd voor de diagnose is vier weken. De Treeknorm voor de wachttijd voor behandeling vanaf het moment van diagnose is zes weken. In de scan gebruiken we als (gecombineerde) Treeknorm voor de periode tussen het eerste zorgcontact en de behandeling (ook wel behandelingswachttijd) in totaal 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.

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 patiënt hiervoor terecht kan. Voor de bepaling van de wachttijd wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister van de zorgaanbieder.

De Treeknorm voor de aanmeldingswachttijd bedraagt vier weken.

De behandelingswachttijd

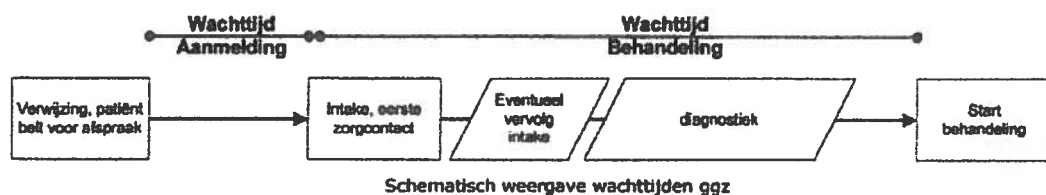
De behandelingswachttijd is aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact, tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het eerste behandelcontact. Deze wachttijd bestaat uit twee componenten:

- het deel tussen de intake en de diagnose: deze maximale wachttijd (Treeknorm) bedraagt vier weken;
- de wachttijd van de diagnose tot de behandeling: deze maximale wachttijd (Treeknorm) bedraagt zes weken. (Voor intramurale zorg is dit zeven weken)

Het betreft de mediane gerealiseerde wachttijd van de laatste twee maanden. De (gecombineerde) Treeknorm voor de behandelingswachttijd bedraagt in totaal tien weken.

In figuur 7.1 staat een schematische weergave van de twee wachttijden.

Figuur 7.1 Schematische weergave van wachttijden



Voor de totale wachttijd van aanmelding tot de start van de (ambulante) behandeling geldt een gecombineerde Treeknorm van 14 weken.

7.2.1 Gemiddelde wachttijden per circuit 2010 en 2014

In tabel 7.2 worden landelijk gemiddelde wachttijden weergegeven. Voor de wachttijden over 2014 is als peildatum medio juli 2014 genomen. Voor de berekening is uitgegaan van de gemiddelde, op de websites gepubliceerde wachttijden per locatie. Vervolgens zijn deze gemiddelde wachttijden per locatie bij elkaar genomen en gedeeld door het aantal locaties. Er is niet gewogen naar de omvang van de locaties of het werkelijk aantal wachtenden, omdat deze informatie niet beschikbaar was. Dit betekent dat de gepresenteerde analyses met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Als bijlage bij deze

marktscan is de onderliggende lijst opgenomen met de gemiddelde wachttijden voor de individuele locaties.

Een soortgelijk onderzoek heeft ook begin 2010 plaatsgevonden. Ter vergelijking zijn deze cijfers hier gereproduceerd.

Tabel 7.2 Wachttijden per circuit in weken

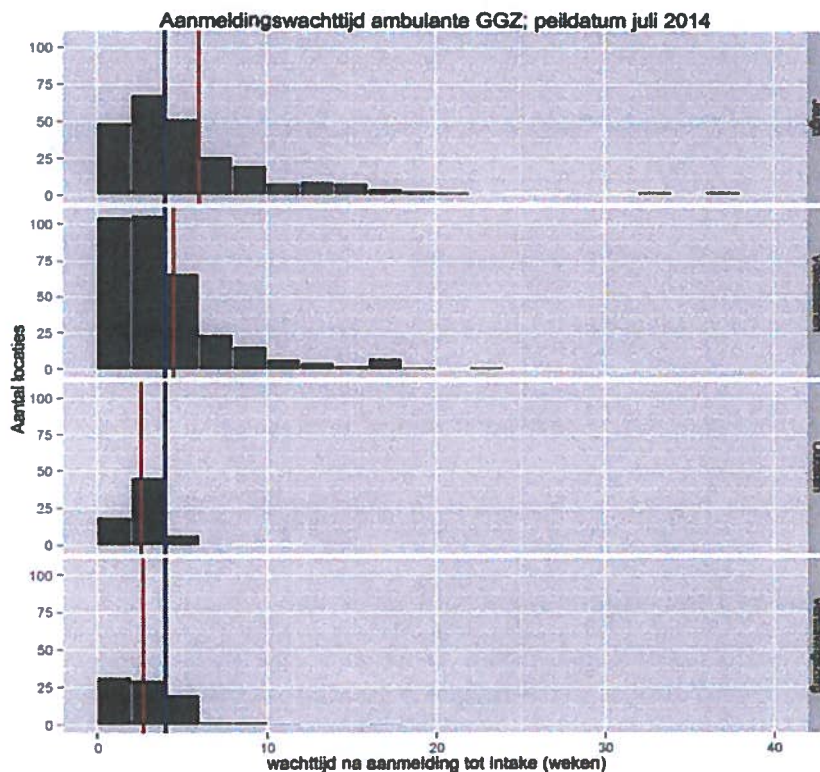
Circuit	Gemiddelde wachttijd tot intake januari 2010	Gemiddelde wachttijd tot intake 2014	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling januari 2010	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling 2014
Kinderen en jeugd	7	6	8	7
Volwassenen	5	5	5	4
Ouderen	3	3	4	5
Verslavingszorg	3	3	5	3

Bron: marktscan 2010 en websites aanbieders (MediQuest), peildatum juli 2014

7.2.2 Gemiddelde wachttijd per locatie 2014

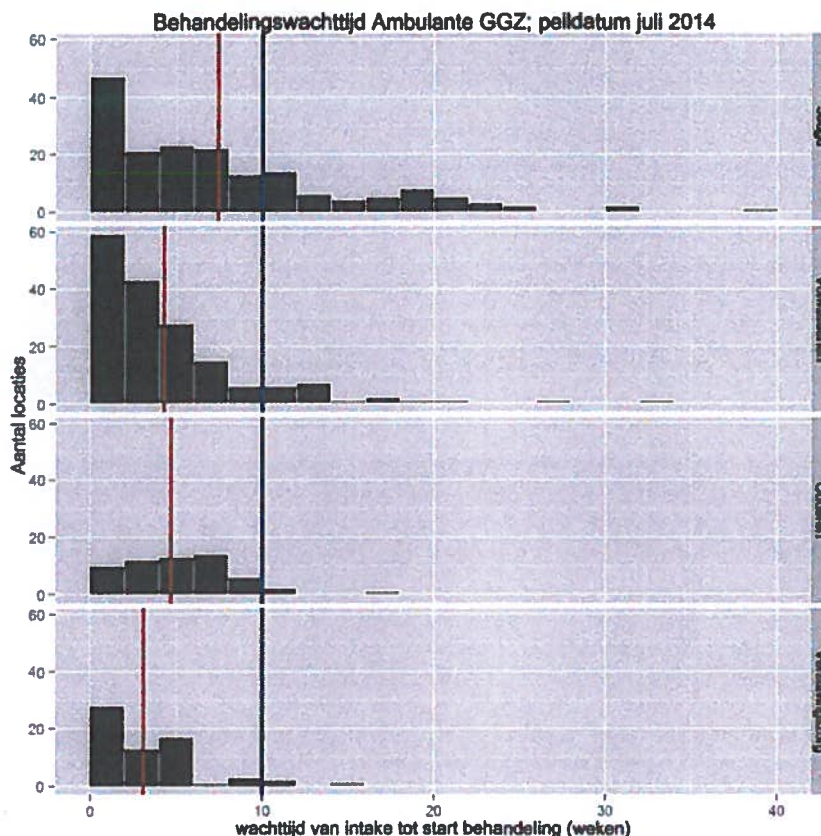
In figuur 7.2 worden de wachttijden na aanmelding tot intake weergegeven in blokken van twee weken. Per twee weken wordt aangegeven hoeveel locaties op de betreffende wachttijd zitten. De rode lijn is de gemiddelde wachttijd. Met de blauwe lijn is de treeknorm weergegeven.

Figuur 7.2 Aanmeldingswachttijd ambulante GGZ



In figuur 7.3 worden de wachttijden na intake tot start behandeling weergegeven in blokken van twee weken. Per twee weken wordt aangegeven hoeveel locaties op de betreffende wachttijd zitten. De rode lijn is de gemiddelde wachttijd. Met de blauwe lijn is de treeknorm weergegeven.

Figuur 7.3 Behandelingswachttijd ambulante GGZ



Uit de gegevens blijkt dat er een grote spreiding is in de wachttijden over de locaties. De wachttijden lopen met name voor kinderen bij enkele locaties op tot soms meer dan twintig weken. De wachttijd is voor met name een grote groep kinderen en jeugd ook ruim langer dan de treeknormen. De wachttijd voor de behandeling ligt gemiddeld genomen wel onder de treeknorm. Het beeld is marginaal beter dan in 2010. GGZ Nederland heeft aangegeven dat 'no-shows' waarbij de patiënt niet naar de intake-afspraak komt, kunnen bijdragen aan langere gemeten wachttijden. Bij Kinderen en Jeugd speelt mee dat de ouders eerst toestemming moeten geven voor de behandeling.

Wanneer op een iets dieper niveau naar de wachttijdinformatie wordt gekeken, blijkt dat de locaties onderling erg verschillen. Ze verschillen zowel per diagnosegroep als per therapie. Gezien de eerdere opmerking over de berekeningswijze van de gemiddelde wachtlijsten en de verschillen tussen de locaties verdient het aanbeveling om de GGZ-wachttijden door te ontwikkelen en een volumeweging in de toekomst mogelijk te maken. Hiermee kan een betrouwbaarder landelijk beeld worden geschetst. Hierbij kan ook worden gekeken naar een aanscherping van de gehanteerde definities.

7.2.3 Percentage locaties met wachttijd hoger dan de Treeknorm

Medio 2014 werd bij circa 46% van de GGZ-locaties bij kinderen en jeugd langer dan vier weken (Treknorm voor aanmeldwachttijd) gewacht tot de intake en bij 25% van de locaties werd na de intake

langer dan tien weken (gecombineerde Treeknorm voor de behandelwachtijd) gewacht tot het moment waarop de behandeling van start ging. Voor volwassenen zijn deze percentages respectievelijk 27% en 11%, bij ouderen 7% en 2% en bij verslavingszorg 8% en 2% van de locaties.

7.3 Wachttijden DIS tweedelijns curatieve GGZ

Deze paragraaf betreft wachttijden die uit de registratie van ambulante DBC zorgtrajecten zijn afgeleid.

7.3.1 Gemiddelde wachttijden per circuit per jaar

In tabel 7.3 staan de gemiddelde wachttijden van aanmelding tot intake en de gemiddelde wachttijden van intake tot start behandeling voor de jaren 2010 tot en met 2012. De analyses zijn gebaseerd op DIS-data 2010-2012. Te zien is dat voor alle circuits en beide soorten wachttijden de gemiddelde wachttijden over de jaren (licht) dalen.

Tabel 7.3 Gemiddelde wachttijden DIS

Circuit	Gemiddelde wachtijd van aanmelding tot intake in weken			Gemiddelde wachtijd van intake tot behandeling in weken		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Jeugd	8,7	7,9	7,1	9,5	9,1	9,1
Volwassenen	4,7	4,7	4,5	6,5	6,4	6,3
Ouderen	3,9	3,8	3,4	5,9	5,9	5,4
Verslavingszorg	3,7	3,8	3,2	5,7	5,7	5,4

In tabel 7.4 staan de aantallen DBC's per circuit en per jaar waarop de gemiddeldes zijn gebaseerd. Over het algemeen is er over de jaren een dalende trend in het aantal DBC's.

Tabel 7.4 Aantal DBC's per circuit per jaar

Circuit	Aantal DBC's met een datum voor intake			Aantal DBC's met een datum voor intake en een behandeling		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Jeugd	72.432	72.766	60.676	54.070	54.932	45.603
Volwassenen	188.377	189.549	118.590	141.682	146.350	92.777
Ouderen	26.658	23.132	15.466	19.788	16.936	11.634
Verslavingszorg	17.350	16.416	10.946	12.565	12.038	8.238

De mediane wachttijden voor de jaren 2010 tot en met 2012 staan in tabel 7.5. Te zien is dat voor alle circuits de mediaan van de wachttijden lager is dan het gemiddelde van de wachttijden. Dit geeft aan dat de verdeling van de wachttijden scheef naar rechts is en dus dat er grote waarden in zitten die het gemiddelde omhoog trekken.

Tabel 7.5 Mediane wachttijden DIS

Circuit	Mediane wachtijd van aanmelding tot intake in weken			Mediane wachtijd van intake tot behandeling in weken		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Jeugd	5,1	4,4	4,1	7,0	6,9	7,0
Volwassenen	2,7	2,4	2,0	4,6	4,6	4,7
Ouderen	2,4	2,4	2,1	4,3	4,1	4,0
Verslavingszorg	2,1	2,0	1,6	4,9	4,9	4,4

De DIS wachttijden kunnen niet één op één vergeleken worden met de wachttijden op de websites:

- De definitie van de wachttijd van aanmelding tot intake is verschillend van de aanmeldtijd zoals gedefinieerd in paragraaf 7.1. Bij de wachttijden van de websites gaat het om de derde mogelijkheid voor een afspraak in het afsprakenregister, terwijl hier de wachttijd de gerealiseerde tijd is tussen de aanmelding en de intake.
- Ook de definitie van de wachttijd van intake tot behandeling is verschillend van de behandelingswachttijd zoals gedefinieerd in paragraaf 7.1. Bij de wachttijden van de websites gaat het om de gerealiseerde wachttijd van de laatste twee maanden, terwijl in dit geval de wachttijd de gerealiseerde tijd is tussen de intake en de behandeling over heel het jaar.
- Ten slotte zijn de wachttijden van de websites en die berekend met DIS-data op een ander aggregatieniveau: de DIS wachttijden zijn op patiënt niveau, terwijl de website wachttijden op locatie niveau zijn.

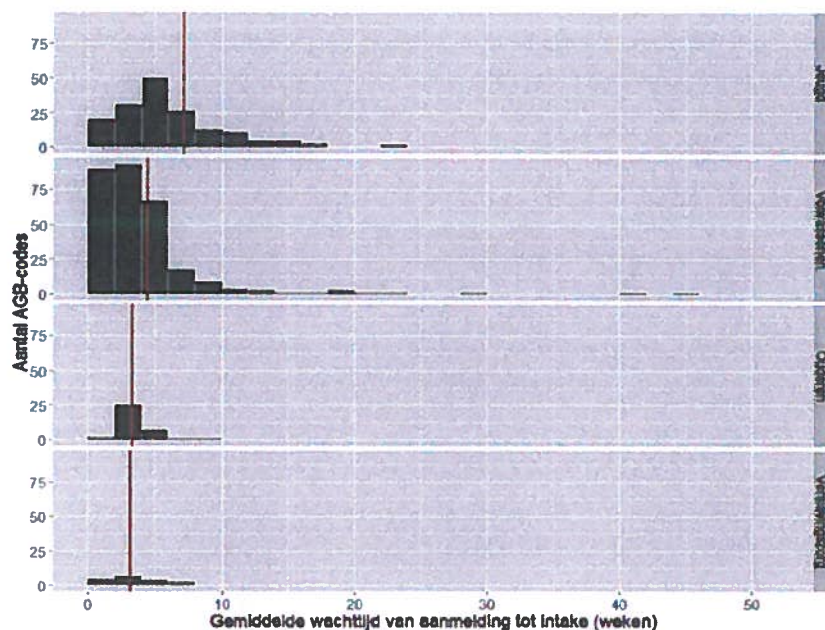
7.3.2 Gemiddelde wachttijd per zorgaanbieder 2012

Figuur 7.4 en 7.5 geven de spreiding van de gemiddelde wachttijden over zorgaanbieders (AGB-codes) in 2012. De figuren laten zien hoeveel zorgaanbieders op de betreffende gemiddelde wachttijd zitten. De rode lijnen geven de gemiddelde wachttijden zoals gepresenteerd in tabel 7.4.

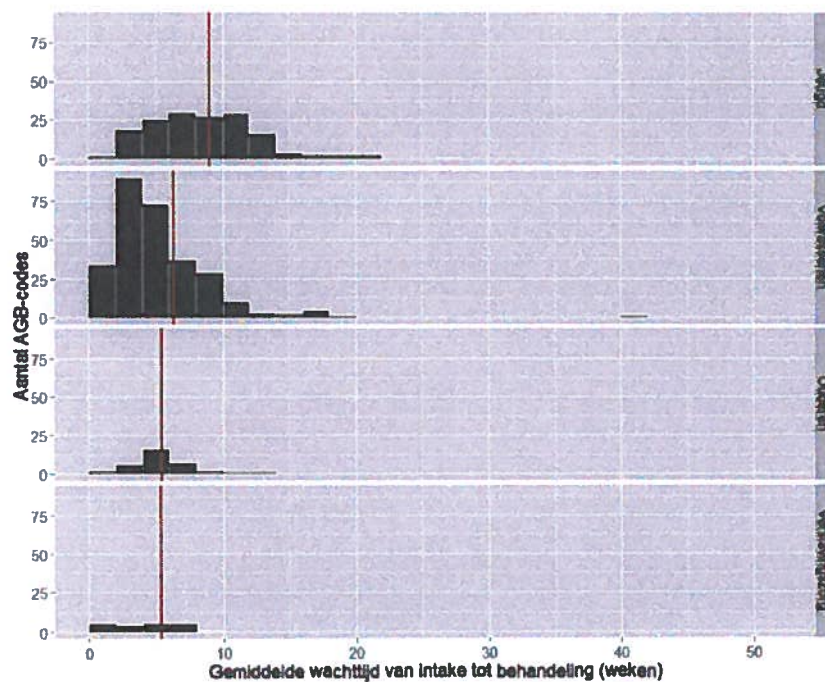
Zowel bij kinderen als bij volwassenen is er een grote spreiding in de gemiddelde wachttijd. Er zijn zorgaanbieders die een gemiddelde wachttijd hebben van 2 weken en andere zorgaanbieders die een wachttijd hebben van meer dan 20 weken. Dit geldt voor zowel de wachttijd van aanmelding tot intake als de wachttijd van intake tot start behandeling.

Wederom kunnen de DIS wachttijden per AGB-code niet direct met de website-wachttijden vergeleken worden. Zo zijn de wachttijden per AGB-code weer gemiddeldes van locaties, die op websites afzonderlijk zijn weergegeven. Desondanks zijn er echter wel overeenkomsten: Ook uit de website-wachttijden blijkt dat de spreiding groot is. In vergelijking met de wachttijden afkomstig van websites wordt een vergelijkbare verdeling van wachttijden gevonden.

Figuur 7.4 Spreiding van de gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake over zorgaanbieders (AGB-code) in 2012



Figuur 7.5 Spreiding van de gemiddelde wachttijd van intake tot behandeling over zorgaanbieders (AGB-code) in 2012



- In 2012 moest circa 50% van de kinderen en jeugdigen langer dan de treeknorm wachten tot de intake, en circa 36% moest langer dan de treeknorm wachten tot de start van de behandeling. Dit zijn ruwe indicaties die gebaseerd zijn op de DBC's die aan DIS zijn aangeleverd en waarbij het eerste face-to-facecontact niet op of voor de openingsdatum van het zorgtraject plaatsvond.

Een van de grote diagnosegroepen binnen jeugd is 'stoornissen in het autistisch spectrum'. In 2012 behoorde 16% van de DBC's voor jeugd bij deze diagnosegroep. In tabel 7.6 staan de wachttijden voor autismespectrum-patiënten. De diagnosegroep autismespectrum heeft vergeleken met de rest van jeugd zowel voor de wachttijd van aanmelding tot intake als intake tot behandeling een hogere gemiddelde wachttijd. De gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake is ongeveer 2 weken langer dan de wachttijd bij de rest van jeugd. De gemiddelde wachttijd van intake tot behandeling is ongeveer 1,5 weken langer dan de wachttijd bij de rest van jeugd. Op basis van statistische toetsen is aangetoond dat er een significant verschil is tussen de wachttijden van de twee groepen.

Tabel 7.6 Gemiddelde wachttijden autismespectrum

Circuit	Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake in weken (Aantal DBC's)			Gemiddelde wachttijd van intake tot behandeling in weken (Aantal DBC's)		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Jeugd:	8,4	7,5	6,8	9,3	8,8	8,8
Exclusief autismespectrum	(60508)	(61622)	(51137)	(44418)	(45667)	(37516)
Jeugd:	10,4	10,0	8,9	10,8	10,4	10,5
Autismespectrum	(11924)	(11144)	(9539)	(9652)	(9265)	(8087)

7.3.3 Percentage patiënten dat langer wacht dan de Treeknorm

In de onderstaande tabel is voor de intake per circuit het percentage opgenomen van patiënten die langer wachten dan de treeknorm.

Tabel 7.7 Percentage overschrijding treeknorm wachttijd van aanmelding tot intake

Circuit	2010	2011	2012
Jeugd	59%	52%	50%
Ouderen	29%	27%	22%
Verslavingszorg	27%	25%	20%
Volwassenen	34%	33%	29%

Bron: DIS

Voor de wachtlijsten tot de behandelingen zijn de overschrijdingen van de treeknormen als volgt:

Tabel 7.8 Percentage overschrijding treeknorm wachttijd van intake tot behandeling

Circuit	2010	2011	2012
Jeugd	38%	36%	36%
Ouderen	19%	18%	16%
Verslavingszorg	15%	15%	14%
Volwassenen	22%	22%	21%

Bron: DIS

In 2012 moest circa 50% van de kinderen en jeugdigen langer dan de treeknorm wachten tot de intake, en circa 36% moest langer dan de treeknorm wachten tot de start van de behandeling. Dit zijn ruwe indicaties die gebaseerd zijn op de DBC's die aan DIS zijn aangeleverd en waarbij het eerste face-to-facecontact niet op of voor de openingsdatum van het zorgtraject plaatsvond.

Bijlage 1. Bronnen en Methodes

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

Bronnen

– 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 rekenstaat informatie systeem (RIS) is genoemd. Hierin worden de productie- en nacalculatieafspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars (curatieve GGZ) dan wel zorgkantoren (LGGZ) in het budget verwerkt.

– Budgetten Curatieve GGZ

Voor de cijfers over de curatieve GGZ geldt dat voor de jaren 2009-2012 100% van de budgetgegevens uit definitieve cijfers ("realisatie") bestaat. Per 1 januari 2013 zijn er geen budgetten meer in de curatieve GGZ.

– Budgetten Langdurige GGZ

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

Voor de budgetgegevens over de LGGZ geldt dat voor de jaren 2010-2012 minimaal 95% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor 2013 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken uit zowel budgetronde als de herschikkingsronde. De ervaring leert dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen de definitieve productieafspraken en de realisatie 10% bedraagt. Voor 2014 is gebruik gemaakt van de cijfers uit de budgetronde en niet de herschikkingsronde.

– Vektis

Vektis-declaratiegegevens worden gebruikt voor marktstructuur- en betaalbaarheidsanalyses voor zowel eerstelijns als tweedelijns curatieve GGZ.

Via Vektis zijn de beschikbare declaratiegegevens van de eerstelijns psychologische zorg (ELP) verzameld. Deze zijn afkomstig uit het informatiesysteem ELIS ELP. Voor de tweedelijns GGZ komen de declaratiegegevens uit het DBC GGZ (DGZ) systeem van Vektis. Voor beide gegevenssets was de peildatum juni 2014.

Naast declaratiegegevens is van Vektis een lijst met AGB-codes ontvangen die door Vektis als gebudgetteerd zijn aangemerkt. Deze lijst is gebruikt om de declaratiegegevens te splitsen in DBC-declaraties van (voorheen) gebudgetteerde aanbieders en DBC-declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders.

De dekkinggraad op basis van het aantal verzekerden, de totale zorgkosten in de gegevensset en de totalen zorgkosten zoals verwacht op basis van ZiNL-gegevens zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Bij ELIS ELP zijn de bedragen opgenomen na aftrek van eigen bijdragen. In tegenstelling tot voorgaande jaren is Vektis ELIS ELP, net als ZiNL, nu ook exclusief de kosten van aanvullende verzekeringen.

Wanneer in de marktscan wordt opgehoogd, wordt dit gedaan op basis van de door ZiNL verwachte zorgkosten. Dit om de meest waarschijnlijke uitkomst in beeld te brengen. Dit betekent wel dat sommige aantallen en/of bedragen uiteindelijk lager of hoger? kunnen uitvallen.

Tabel B.1 Ophogen zorgkosten

ELP	2009	2010	2011	2012
Dekking ELIS ELP bestand op basis van het aantal verzekerden	96,5%	96,5%	98,8%	98,8%
ELP zorgkosten in bestand, in euro's	88.359.397	103.204.164	115.983.929	72.362.456
ELP zorgkosten verwacht, in euro's (ZiNL jaarstaat)	99.146.438	112.856.946	122.346.307	76.830.848
Aandeel verwerkte zorgkosten ELIS ELP	89,1%	91,4%	94,8%	94,2%
DBC's				
Dekking DBC GGZ bestand op basis van het aantal verzekerden	94,2%	96,5%	100,0%	ongeveer 95%
DBC's zorgkosten in bestand, in euro's	3.990.969.350	4.007.791.948	4.070.706.453	3.412.287.904
DBC's zorgkosten verwacht, in euro's (ZiNL-jaarstaat, excl. 2007 schade)	4.115.754.349	4.076.812.600	4.112.628.422	3.612.672.674
Aandeel verwerkte zorgkosten DBC's GGZ	97,0%	98,3%	99,0%	94,5%

Bron: Vektis

Tabel B.1 betreft de dekking van de ruwe declaratiegegevens zoals ontvangen van Vektis, inclusief laboratoriumverrichtingen en OVP's. Deze worden door de NZa geschoond. In overleg met Vektis heeft er voor het schadelastjaar 2012 nog een aanvullende schoning plaats gevonden waarbij schades waarvan zijn verwijderd als het bedrag meer dan vier keer zo hoog ligt als het totale maximum tarief (inclusief deelprestaties verblijf). De resterende DBC-zorgkosten 2012 in het bestand bedragen 3328 miljoen euro. Hiermee bevat het Vektis-declaratiebestand 2012 circa 92% van de verwachte DBC-zorgkosten 2012.

– 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.

Analyse volledigheid DIS GGZ 2009-2012

GGZ-aanbieders die DBC's declareren zijn verplicht om de DBC-gegevens ook aan DIS aan te leveren. Het blijkt in de praktijk dat dit niet altijd gebeurt, of slechts gedeeltelijk. Hierdoor is de DIS-database onvolledig. Voor bepaalde analyses, zoals een landelijke volume-ontwikkeling, is het belangrijk om deze onvolledigheid in kaart te brengen. Dit kan door te vergelijken met de DBC-declaratiegegevens van Vektis (die op hun beurt weer vergeleken worden met totale schadelast van ZiNL). Hiervoor zijn de Vektisdeclaraties via de declaratiecode gekoppeld met de DBC-maximumtarieven. Zo kan er direct een DIS-Vektis vergelijking op DBC-omzet in maximumtarieven gemaakt worden. De resultaten hiervan staan in onderstaande tabel.

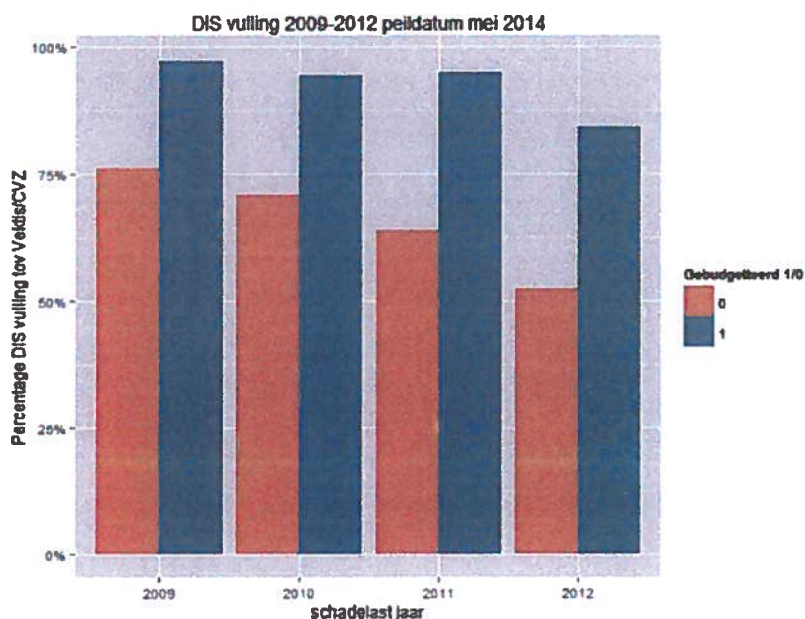
Tabel B.2 DIS-vulling 2009-2012

Jaar van openen DBC	Gebudgetteerd	DIS omzet in maximum tarieven (mln)	Verwachte DIS omzet in maximum tarieven (mln)	% vulling DIS
2009	Nee	228	300	76%
2009	Ja	3393	3489	97%
2010	Nee	296	417	71%
2010	Ja	3316	3518	94%
2011	Nee	375	586	64%
2011	Ja	3370	3551	95%
2012	Nee	302	576	52%
2012	Ja	2691	3200	84%

Bron: DIS/Vektis/CVZ

In figuur B.1 staat per jaar de volledigheid van de DIS-data ten opzichte van de Vektis-gegevens, gesplitst naar gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders. Het blijkt dat in DIS voor 2011 circa 5% van het gebudgetteerde gedeclareerde DBC-volume en circa 36% van het niet-gebudgetteerde gedeclareerde DBC-volume ontbreekt. Voor 2012 ontbreekt circa 16% van het DBC-volume in DIS dat wel gedeclareerd is door gebudgetteerde aanbieders, en 48% van het DBC-volume in DIS dat wel gedeclareerd is door niet-gebudgetteerde aanbieders.

Figuur B.1 DIS vulling 2009-2012



Bron: DIS/Vektis/CVZ

– DigiMV

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

Het DigiMV bevat financiële en inhoudelijke gegevens over zorgaanbieders in een gestructureerde vorm. Deze gegevens worden door de zorginstellingen verplicht aangeleverd aan het CIBG, dat de gegevens gebundeld doorlevert aan onder meer de NZa. Voor deze marktscan is het DigiMV 2012 gebruikt.

– Zorgverzekeraars

Voor een actuele inschatting van de schadelast 2014 heeft de NZa begin september 2014 informatie opgevraagd bij zorgverzekeraars.

– MediQuest

MediQuest heeft wachttijd gegevens verzameld van de websites van aanbieders.

– CBS

CBS heeft een koppelbestand gemaakt die DigiMV-concerns, NZa-budgetnummers en AGB-codes groepeerd naar ondernemingsgroepen³⁷.

Methoden

– Hoofdstuk 2 Omschrijving van de markt

Aantal patiënten curatieve GGZ

Bron: Vektis

Methode: In de Vektis-data met declaratiegegevens per verzekerde is het aantal unieke verzekerden geteld per leeftijdsklasse en jaar. Dit is gedaan voor zowel de ELIS ELP als de DGZ-data voor de jaren 2009-2012. Er is niet opgehoogd. Voor 2012 is de verwachting dat een groot deel (10-15%) van de patiënten nog ontbreekt in de declaratiegegevens van Vektis.

Patiëntontwikkeling curatieve GGZ 2011-2012

Bron: DigiMV

Methode: Voor de ontwikkeling in het aantal patiënten 2011-2012 heeft de NZa naar het JMV/DigiMV 2012 gekeken. Het JMV 2012 bevat voor elk concern een vraag 'Aantal openstaande DBC's op 1 januari 2012' en 'Aantal openstaande DBC's op 31 december 2012'. Er is gefilterd op concerns met tenminste 100 openstaande DBC's. In deze subset stonden er op 1 januari 2012 555.876 DBC's open. Op 31 december 2012 stonden er in dezelfde subset 516.994 open. Hieruit volgt een gewogen gemiddelde daling van 7%. Op 1 januari 2012 zijn er vrijwel alleen DBC's geopend 2011 die open staan (aanname) en op 31 december 2012 zijn het alleen DBC's geopend 2012 die open staan .

Aangenomen dat een patiënt op een bepaald moment bijna altijd hoogstens één DBC open heeft staan, is de procentuele daling van 7% de daadwerkelijke daling van het aantal patiënten die op 31 december 2012 in zorg waren, ten opzichte van het aantal patiënten dat op 1 januari 2012 in zorg was. Deze 7% is het gemiddelde over alle leeftijden. In het circuit 'Kind en jeugd' wordt een stijging verwacht (op basis van de DBC-volumestijging 2011-2012 en de uitbreiding van de groep kinderen die aanspraak kan maken op dyslexiezorg).

Onder de conservatieve aanname dat er geen patiëntenstijging bij 'Kind en jeugd' is (0%), zou die bij volwassenen en ouderen daarmee 9% moeten zijn om in totaal op 7% te komen.

³⁷ Een ondernemingsgroep is een (groep van) onderneming(en), die feitelijk optreedt als financiële transactor. Operationeel wordt de (groep van) onderneming(en) gedefinieerd als de meest omvattende verzameling van in Nederland gevestigde juridische eenheden waarover zeggenschap kan worden uitgeoefend. Een ondernemingsgroep wordt ook wel aangeduid met 'concern'.

– Hoofdstuk 3 Marktstructuur
Aantal en soort aanbieders curatieve GGZ
 Bron: Vektis, NZa en CBS

Methode eerstelijnspsychologen: Voor deze zorgsoort is het aantal unieke behandelaarcodes geteld in de ELP-declaratiegegevens van Vektis. Het gaat om het aantal unieke codes in het veld 'AGB-code behandelaar' waarbij het toegekende bedrag groter dan 0 is. Dit moet geïnterpreteerd worden als het aantal unieke zorgverleners waarvoor een declaratie is ingediend (hetzij door de patiënt, hetzij door een zorgverlener, hetzij door een instelling) en vergoed.

Methode tweedelijns GGZ: Van het CBS is een indeling naar ABR-groepen ontvangen waar alle NZa-rekenstaatnummers en AGB-codes van Vektis (uitgezonderd de vrijgevestigden) zijn gekoppeld aan een ABR-groep (~ ondernemingsgroep). Op basis van een lijst met gebudgetteerde rekenstaatnummers is het aantal ABR-groepen met Zvw-budget geteld. Op basis van de aanwezigheid van een Ziekenhuisbudget (010-nummer) én een GGZ-budget (450-nummer) in dezelfde ABR-groep is het aantal PAAZ/PUK-en geteld. Afhankelijk van of een ABR-groep alleen een 450-nummer bevat (Zvw-GGZ-budget) of ook een 300-nummer (AWBZ-GGZ-budget) is een onderscheid naar ambulante en klinisch gemaakt. Hierbij is aangenomen dat een curatieve-GGZ-aanbieder die alleen Zvw-budget ontvangt en geen AWBZ-budget (primair) ambulante zorg levert.

De niet-gebudgetteerde ABR-groepen zijn geteld door in Vektis de omzet per AGB-code behandelaar te berekenen en de naam van de indiener op te nemen. Vanuit deze lijst is handmatig een indeling gemaakt naar Vrijgevestigd ja/nee, PAAZ/PUK ja/nee, gebudgetteerd ja/nee en dyslexie ja/nee. AGB-codes die op alle vragen 'nee' scoren zijn als niet-gebudgetteerde instellingen in de CBS-ABR-groepentabel opgezocht. Alle unieke CBS-ABR-groepen die zo gevonden worden zijn als niet-gebudgetteerde concerns geteld.

– Hoofdstuk 4 Uitgaven
Omzetontwikkeling curatieve GGZ
 Bron: NZa, Vektis, ZiNL en zorgverzekeraars
 Methode: De omzetten voor de gebudgetteerde aanbieders zijn voor de jaren 2009-2012 gebaseerd op nagecalculeerde NZa-budgetten.

Berekening bedrag schadelast niet-gebudgetteerde aanbieders 2009-2012: Aan de hand van de Vektis-lijst met gebudgetteerde AGB-codes kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Hiervoor is voor de jaren 2009-2011 het veld 'AGB-code behandelaar' gebruikt. Vervolgens zijn de declaratiebedragen gesommeerd en opgeschat naar de door ZiNL verwachte schadelast. Voor 2012 is de structuur van het declaratiebestand veranderd. De records bevatten op prestatieniveau alleen de AGB-code van de indiener, op deelprestatieniveau is er per deelprestatie een AGB-code van de behandelaar beschikbaar. Per prestatie is gekeken naar de bijbehorende deelprestaties en is de meest voorkomende AGB-code behandelaar geselecteerd als AGB-code behandelaar voor de prestatie. Als er geen AGB-code behandelaar beschikbaar is wordt de AGB-code indiener gebruikt. Vervolgens is met deze AGB-codes bepaald welke schadelast gebudgetteerd is (AGB-code komt voor op de lijst). De overige schadelast is daarmee niet-gebudgetteerd.

Opmerkingen:

De Vektis-gegevensset bevat ook gedeclareerde zorg met onbekende of ongeldige AGB-code, deze omzet is meegenomen bij de niet-gebudgetteerde instellingen.

Eigen bijdrage Zvw GGZ

Omdat de eigen bijdragen niet ten laste worden gebracht van de Zvw zijn deze niet zichtbaar in de schadelastcijfers. Om tot een schatting te komen van de totale geïnde eigen bijdrage is de volgende berekening uitgevoerd.

Het totaal aantal ELP declaraties in 2011 was circa 1,3 mln. In de eerstelijns psychologische zorg gold in 2012 een eigen bijdrage van 20 euro per zitting. Uit de Vektisdata komt een volume van 1-2 miljoen zittingen (prestatiecode beginnend met '30') naar voren, dit komt dus uit op 20-40 miljoen eigen bijdrage eerste lijn in 2012.

Voor de tweede lijn gold in 2012 een eigen bijdrage (eenmalig per patiënt) van 100 euro voor behandelingen tot 100 minuten en 200 euro voor behandelingen die langer duren dan 100 minuten. De eigen bijdrage voor verblijf bedroeg 145 euro per maand en gaat in na de eerste 31 dagen verblijf (waarbij verblijfsdagen uit 2011 meetellen).

Als we uitgaan van circa 500.000 patiënten van 18 jaar en ouder in de tweedelijns GGZ voor 2012, blijken er circa 50.000 DBC's met minder dan 100 minuten te zijn en circa 500.000 DBC's met meer dan 100 minuten te zijn, waarbij crisis-DBC's zijn uitgesloten. Het totale bedrag komt dan op circa 100 miljoen euro voor de eigen bijdrage behandeling.

Voor verblijf waren er circa 3,6 miljoen verblijfsdagen in 2012. 90% van alle DBC's met verblijf bevat meer dan 31 verblijfsdagen. De eigen bijdrage voor verblijf is circa 5 euro per dag. Hieruit volgt dat de eigen bijdrage verblijf circa 3 miljoen x 5 = 15 miljoen euro bedraagt.

Inschatting kapitaallasten Langdurige GGZ

Op basis van de NHC- en NIC-tarieven 2014 en het aantal ZPP-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 €102 miljoen en de NIC-vergoeding 15 miljoen euro. Voor GGZ-C bedraagt de NHC-vergoeding 187 miljoen euro en de NIC-vergoeding 20 miljoen euro. Het totale NHC-bedrag is daarmee 289 miljoen euro en het totale NIC-bedrag is 35 miljoen euro.

– Hoofdstuk 5 Volume

Diagnosegroepenanalyse

Bronnen: Declaratiegegevens uit het DGZ-bestand van Vektis; DIS-data; CBS DSM-IV-TR-diagnoseclustering
Gebruikte data: Van DIS is medio 2014 een bestand ontvangen met alle DBC-trajecten verwerkt tot april 2014. Hiervan zijn de DBC- trajecten geopend in de periode 2009-2012 geselecteerd.

Methode: Het DBC-volume is bepaald door de DBC-trajecten te waarderen tegen de maximumtarieven. Dit is niet hetzelfde als omzet: voor gebudgetteerde instellingen betreft dit 'schaduw-uitgaven' omdat deze gebudgetteerd zijn. Voor vrijgevestigden en niet-gebudgetteerde instellingen betreft dit een overschatting, omdat door verzekeraars niet altijd het maximumtarief gehanteerd wordt.

Afbakening diagnosegroepen: De clustering is gebaseerd op de hoofddiagnosegroep op basis van de primaire diagnose, dat is de

diagnose die het meest op de voorgrond staat tijdens de behandeling. Daarnaast is gesplitst op basis van leeftijd: kinderen en jeugdigen versus volwassenen en ouderen. Alle DBC-trajecten zijn aan een diagnosegroep toebedeeld (inclusief speciale productgroepen als diagnostiek/crisis/indirecte tijd en behandeling kort). De restgroep wordt gevormd door DBC-trajecten waarvan de leeftijd ontbreekt (zelden) en/of primaire diagnose. De leeftijd van de persoon waarop het DBC-traject betrekking heeft is de leeftijd per 31 december van het betreffende verslagjaar (want de DIS-data bevat alleen het geboortjaar).

Bijschatten DIS: Voor het bijschatten is een tweetrapsprocedure gebruikt. DIS-aantallen worden opgehoogd naar Vektis-aantallen en vervolgens wordt er gecorrigeerd voor de onvolledigheid van Vektis door verder op te hogen naar ZiNL-aantallen. Het is gebleken dat de mate van DIS-aanlevering aanzienlijk verschilt tussen gebudgetteerde instellingen en niet-gebudgetteerde aanbieders, waaronder de vrijgevestigden. De DIS- en Vektisdata zijn beide gestratificeerd naar DBC-openingsjaar, hoofddiagnosegroep volgens de prestatiecode (posities 4-6, dit zijn 17 diagnosegroepen vanaf 2012) en type aanbieder (gebudgetteerd/niet-gebudgetteerd). De Vektisdeclaraties zijn gekoppeld met de maximumtarieven, waarbij tegenboekingen negatieve maximumtarieven hebben gekregen. Hier is rekening gehouden met openingsjaar. Bij de Vektisdata zijn de hoofddiagnosegroepen voor niet-correcte of ontbrekende prestatiecodes afgeleid uit de declaratiecode of de gemankeerde prestatiecode. Vervolgens is per stratum voor beide bronnen de omzet in maximumtarieven berekend. Daarmee is de ratio tussen de omzet uit Vektis en de omzet uit DIS bepaald per stratum en de resultaten zijn gekoppeld met de DIS-microdata.

Bijschatten diagnosegroep Leesstoornis: De conservatieve aanname is gedaan dat DIS 100% volledig is voor deze diagnosegroep. Dit maakt dat het verschil tussen DIS en Vektis volledig aan de overige diagnoses bij stoornissen in de kindertijd wordt toegeschreven. Per 1 januari 2014 is dyslexiezorg apart zichtbaar in de productstructuur.

DBC-volumeontwikkeling 2011-2012: Om een volumeontwikkeling 2011-2012 te meten zijn de DBC's geopend in 2011 'vertaald' naar de productstructuur 2012 en zijn de tarieven 2012 aan de DBC's van 2011 gekoppeld. Met de wijzigingen in de productstructuur is als volgt omgegaan:

- Het doorvoeren van de extra tijdsgrenzen die zijn aangebracht in 2012: hiervoor is gekeken naar de totale tijd van een DBC, die als input dient voor de afleiding van de DBC naar een productgroep (dit is inclusief tijd voor verblijf zonder overnachting en dagbesteding).
- De nieuwe hoofdgroepen 'Somatoforme stoornissen' en 'Eetstoornissen': DBC's geopend in 2011 die in deze diagnosegroepen vallen zijn aan deze productgroepen toegewezen.

Zorgvraagzwaarte

Bron: DIS

Methode: De VZV-indicator is berekend voor alle DBC's geopend in de periode 2009-2012 in DIS, conform de ICT-beschrijving bij de RG14a concept release van juli 2013.

- Hoofdstuk 6 Prijs

Tariefsontwikkeling DBC's

Bron: Codelijsten DBC-Onderhoud, NZa-circulaires

Methode: Door de productie 2011 (alle DBC's in DIS geopend in 2011) te koppelen aan/te vertalen naar de productstructuur 2012 kan de productie 2011 gewaardeerd worden in maximum-tarieven 2012 en zo

kan een tariefseffect berekend worden (zie boven). Het effect van de wijziging van de behandeltarieven is een stijging van 0,7%. Dit type berekening is door de gewijzigde productstructuur voor verblijf niet mogelijk voor de verblijfstarieven.

Om ook een tariefseffect voor verblijf te berekenen is de volgende aanpak gevolgd: Het totaal aantal verblijfsdagen voor 2011 en 2012 is berekend en gecorrigeerd voor ontbrekende DBC's in DIS. Voor 2011 is het verblijf ook gewaardeerd in maximumtarieven voor verblijf. Voor 2012 is het verblijf (deelprestaties A-G) gewaardeerd tegen de maximumtarieven verblijf 2012. Hier zit nog een volumeffect in. Door te corrigeren voor dit volumeffect wordt tenslotte de tariefsontwikkeling 2011-2012 verblijf gevonden. Dit betreft een daling van de verblijfstarieven van circa 16%.

Tariefs- en prijsontwikkeling ZZP's

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 op 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.

– Hoofdstuk 7 Wachttijden ambulante cGGZ

Analyse wachttijden MediQuest

De NZa heeft MediQuest gevraagd om aan de hand van een lijst met 229 DigiMV-concerns die aangeven in 2012 GGZ te leveren en tenminste 1 miljoen euro totale bedrijfsomzet hebben, de websites te bezoeken en de wachttijden van de ambulante cGGZ te noteren, inclusief de datum van actualisatie. Hierbij is alle informatie op de website overgenomen, dus per circuit per locatie per eventuele diagnosegroep/behandelsoort ('Nadere typering') etc. De meting heeft plaatsgevonden in de periode 15 juli 2014 tot en met 4 augustus 2014.

Hier zijn de volgende schoningen/correcties op toegepast:

- MediQuest heeft aangegeven wanneer een concern geen GGZ bleek te leveren: deze records zijn verwijderd. 193 concerns blijven over.
- Alle records die betrekking hebben op crisis, diagnostiek en verblijf zijn verwijderd.
- Wanneer uit de nadere typering bleek dat het circuit niet correct was aangegeven (bijvoorbeeld circuit jeugd in combinatie met nadere typering verslaving) is het circuit aangepast aan de nadere typering.
- Wachttijden aantoonbaar ouder dan 1 juni 2014 zijn verwijderd. Wachttijden waarbij geen actualisatiedatum staat zijn aangehouden.
- Van de 193 concerns hebben er 103 tenminste één aanmeldwachttijd en 76 tenminste één behandelwachttijd. 73 concerns hebben tenminste één aanmeldwachttijd en één behandelwachttijd.
- Op basis van een visuele inspectie van de concerns die geen wachttijden hebben concluderen we dat het merendeel GGZ betreft die niet onder de nadere regeling 'Wachttijden' vallen. Dit betreft instellingen voor beschermd wonen (RIBW) en instellingen voor forensische zorg.
- Het uiteindelijke analysebestand bevat van 770 circuit-locatie-combinaties een aanmeldwachttijd, en van 470 circuit-locatie-combinaties een behandelwachttijd.

Analyse wachttijden DIS

Bron: DIS

Methode: De selectie is op DBC-trajecten geopend in 2010 tot en met 2012. Uitgesloten van de analyse zijn vervolg-DBC's, DBC's met verblijf, crisis-DBC's en DBC's waarvan de datum van het eerste directe contact eerder is dan de openingsdatum van het zorgtraject. Voor 24% van alle DBC's is de datum van het directe contact gelijk aan de openingsdatum van het zorgtraject en voor 0,6% is dit eerder. Deze records zijn niet meegenomen omdat dit niet plausibel werd geacht.

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.

In tabel B.2 en tabel B.3 worden de wachttijden van de websites vergeleken met de wachttijden die zijn berekend met DIS-data. Te zien is dat de wachttijden per circuit redelijk tot goed overeenkomen. Zoals aangegeven in paragraaf 7.2 zijn de definities van de wachttijden berekend met DIS-data anders dan de wachttijden berekend met de informatie van websites, waardoor deze waarden niet één op één met elkaar te vergelijken zijn.

Tabel B.3 Aanmeldwachttijden DIS versus websites per circuit

Circuit	Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot intake (DIS 2010)	Mediane wachttijd van aanmelding tot intake (DIS 2010)	Aanmeldtijd (Websites 2010)
Jeugd	8,7	5,1	7,0
Volwassenen	4,7	2,7	4,6
Ouderen	3,9	2,4	2,7
Verslavingszorg	3,7	2,1	2,5

Tabel B.4 Behandelingswachttijden DIS versus websites per circuit

Circuit	Gemiddelde behandelingswachttijd (DIS 2010)	Mediane behandelingswachttijd (DIS 2010)	Mediane behandelingswachttijd (Websites 2010)
Jeugd	9,5	7,0	7,6
Volwassenen	6,5	4,6	4,6
Ouderen	5,9	4,3	4,0
Verslavingszorg	5,7	4,9	4,6

Bijlage 2. Referentietabellen

diagnosegroepen naar leeftijdsklasse

Tabel B.5 DBC-volumeontwikkeling per diagnosegroep bij kinderen en jeugdigen (in miljoenen €)

Diagnosegroep	2011	2012	Delta	%
Leesstoornis	55	61	6	11%
ADHD	137	148	11	8%
Autismespectrum	178	183	5	3%
Gedrag	53	61	8	15%
Kindertijd overig	95	130	35	37%
Cognitieve stoornissen	0	0	0	
Aan middel gebonden stoornissen	9	10	1	11%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	7	7	0	0%
Depressieve stoornissen	32	41	9	28%
Bipolaire stoornissen	1	1	0	0%
Angststoornissen	36	41	5	14%
Posttraumatische stressstoornis	21	27	6	29%
Somatoforme stoornissen	4	5	1	25%
Eetstoornissen	16	18	2	13%
Aanpassingsstoornissen	18	1	-17	-94%
Persoonlijkheidsstoornissen	7	7	0	0%
Andere problemen die reden voor zorg zijn	72	39	-33	-46%
Restgroep diagnoses	7	8	1	14%
Geen diagnose-Informatie	21	21	0	0%
Totaal	769	809	+40	+5%

Bron: DIS met ophoogfactoren Vektis/ZiNL

Uit tabel B.5 blijkt dat de (absolute) toename in DBC-volume bij jeugdigen het sterkst is bij de diagnosegroepen depressieve stoornissen, leesstoornis (hier valt dyslexie onder) en angststoornissen.

Tabel B.6 DBC-volumeontwikkeling per diagnosegroep bij volwassenen (in miljoenen €)

Diagnosegroep	2011	2012	Delta	%
Leesstoornis	0	0	0	-
ADHD	72	72	0	0%
Autismespectrum	90	100	10	11%
Gedrag	7	7	0	0%
Kindertijd overig	7	8	1	14%
Cognitieve stoornissen	135	128	-7	-5%
Aan middel gebonden stoornissen	436	417	-19	-4%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	536	542	6	1%
Depressieve stoornissen	566	560	-6	-1%
Bipolaire stoornissen	147	149	2	1%

Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Angststoornissen	191	195	4	2%
Posttraumatische stress- stoornis	114	117	3	3%
Somatoforme stoornissen	63	62	-1	-2%
Eetstoornissen	66	62	-4	-6%
Aanpassingsstoornissen	119	4	-115	-97%
Persoonlijkheidsstoornissen	371	377	6	2%
Andere problemen die reden voor zorg zijn	142	67	-75	-53%
Restgroep diagnoses	60	64	4	7%
Geen diagnose-informatie	49	39	-10	-20%
Totaal	3.172	2.970	-202	-6%

Bron: DIS met ophoogfactoren Vektis/ZiNL

Bijlage 3. Schadelastcijfers ZiNL 2009-2013

Daarnaast is de opbrengstverrekening hierin niet meegenomen, waarbij de opbrengst van gedeclareerde DBC's (evt. inclusief verrekenpercentages) wordt verrekend met de nagecalculeerde budgetten van de gebudgetteerde aanbieders. Dit gold tot en met 2012.

Voor 2013 zijn de schadelastcijfers in principe direct gelijk aan de landelijke uitgaven, omdat de budgetten per 1 januari 2013 zijn komen te vervallen. Verzekeraars wordt gevraagd om zo goed mogelijk rekening te houden met omzetplafonds, lumpsum-afspraken etc. bij het inschatten van de totale schadelast.

Tabel B.7 Schadelastontwikkeling GGZ Zvw 2009-2013 (in miljoenen €)

		2009	2010	2011	2012*	2013*
Eerstelijnszorg	Eerstelijns psychologische zorg	99	112	122	76	79
Tweedelijnszorg	DBC's zonder verblijf	1.910	1.992	2.208	2.078	2.350
	DBC's met verblijf	2.190	2.055	1.899	1.485	1.783
	Overige producten GGZ (ZiNL)	4	4	5	5	18
Totaal eerstelijns + tweedelijns		4.203	4.163	4.234	3.644	4.229

Bron: ZiNL (stand 30-6-2014, 1^e kwartaalstaat), *) 2012-2013: 2^e kwartaalstaat

Bijlage 4. Beleidsbrief bij marktscan