



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Marktscan ggz 2015



Deel A

# Inhoud



**Samenvatting**



**1 Ontwikkelingen in de ggz**



**2 Patiënten en  
zorgaanbieders**



**3 Uitgaven en  
prijsontwikkeling in de ggz**



**4 Uitgaven curatieve ggz**



**5 Gebruik en kosten  
langdurige ggz**



**6 Wachttijden gespecialiseerde  
ggz zonder verblijf**



**7 Zorg voor mensen met een  
ernstige psychische aandoening**





# Samenvatting

1

In deze marktscan beschrijft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De scan is gemaakt op basis van de cijfers die beschikbaar waren in 2015. Voor de gebruikte bronnen en methoden verwijzen we naar de bijlage. 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 zal ingaan op de zorginkoop en de (transparantie van) kwaliteit van zorg.

2

3

4

## Ontwikkelingen in de ggz

De afgelopen jaren zijn veel veranderingen doorgevoerd met grote impact op de sector. Het gaat hierbij onder andere om de invoering van de basis-ggz, de Wet langdurige zorg (Wlz) en het afschaffen van het representatiemodel. Aanbieders moeten met meer partijen onderhandelen, wat als een toegenomen administratieve last wordt ervaren. Het plan is om in 2019 een verbeterd bekostigingsmodel van de ggz in te voeren. Zo wordt de medische herkenbaarheid van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) beter, omdat naast de diagnose ook psychosociale factoren een plek krijgen in de indeling van patiëntgroepen. De NZa heeft bovendien geadviseerd om het verkorten van de doorlooptijd van dbc's te verwerken in het nieuwe bekostigingsmodel, tegelijkertijd met de andere verbeteringen.

5

6

7

Deze kortere doorlooptijd van dbc's in de ggz zorgt ervoor dat informatie over de ggz-uitgaven eerder beschikbaar komt en patiënten sneller hun nota krijgen.

## Patiënten en aanbieders in de ggz

De gewenste uitbreiding van ggz in de huisartsenpraktijk (poh-ggz) is zichtbaar in de cijfers. Het aantal ggz-patiënten dat bij de huisarts behandeld wordt, neemt fors toe in de periode 2010 - 2014. Het is evenwel mogelijk dat sommige van deze patiënten beter af zouden zijn in de basis- of gespecialiseerde ggz. Dit punt wordt meegenomen in de monitor generalistische basis-ggz die in opdracht van het ministerie van VWS wordt uitgevoerd door KPMG. In 2013 steeg het aantal volwassen patiënten in de tweedelijns-ggz met 4% - 5%. Het jaar ervoor daalde dit aantal met 20%. In 2013 is de eigen bijdrage ggz afgeschaft. Het eigen risico steeg toen van € 220 naar € 350. In 2014 waren er ongeveer evenveel patiënten in de basis-ggz als in voorheen de eerstelijns ggz (maar mogelijk met een iets zwaardere zorgvraag). Het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz nam in 2014 af met ongeveer 20% tot 680.000. Een eerste beeld suggereert dat twee derde hiervan is gesubstitueerd naar de basis-ggz. Daarnaast zien we een grote stijging bij de poh-ggz, waarvan een deel naar verwachting substitutie vanuit de tweedelijns zal zijn. Het aantal personen met een indicatie voor verblijf met behandeling (zzp-b), steeg tot 1 januari 2013 maar daalt sindsdien. Het aantal personen met een indicatie voor beschermd/begeleid wonen (zzp-c) stijgt over de gehele periode 2011 - 2015, maar de stijging is aanzienlijk





1

afgevlakt na 1 januari 2013. Het geheel overziend concluderen we dat de patiënten-aantallen in lijn zijn met de gewenste veranderingen (meer poh-ggz, verschuiving van gespecialiseerde ggz naar basis-ggz, minder bedden). De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse ggz-segmenten nader te onderzoeken. Een belangrijke vraag hierbij is in hoeverre er bij de poh-ggz substitutie heeft plaatsgevonden uit de tweede lijn.

2

3

Het aantal ggz-instellingen steeg licht van 2012 op 2013. In 2013 was circa 70% van de totale ggz-uitgaven (curatieve en langdurige ggz samen) geconcentreerd bij 36 instellingen.

4

#### **Uitgaven aan ggz**

De uitgaven aan curatieve ggz zijn in 2013 ongeveer gelijk aan de uitgaven 2012. Rekening houdend met de inflatie en loonindexatie kan dit bij zorgaanbieders krimp tot gevolg hebben. De financiële dbc-waarde steeg in 2013 met 7%, hierbij is gecorrigeerd voor tariefwijzigingen. De stijging wordt veroorzaakt door meer patiënten en (iets) hogere kosten per patiënt. Met de invoering van dbc-bekostiging in 2013 kunnen sectorbreed prijzen vergeleken worden. Het blijkt dat de voormalig gebudgetteerde aanbieders in 2013 een hoger prijsniveau hadden dan de andere zorgaanbieders. Bij de voormalig gebudgetteerde aanbieders was voor 6% van de totale dbc-omzet een max-max-prijs afgesproken (de prijs lag tussen de 1% en 5% boven het maximumtarief).

5

6

7

In 2013 zijn de budgetten veelal vervangen door contracten met omzet- en prijsplafonds. Voor verzekeraars is dit een manier om de uitgaven te beheersen. Als neveneffect volgt dat monitoren op prijzen anders moet worden ingericht. De NZa gaat hierover met het Zorginstituut en zorgverzekeraars in gesprek. Zorgverzekeraars verwachten voor 2015 dat circa 3,5% van de uitgaven niet-gecontracteerde zorg betreft. Dit percentage is vergelijkbaar met eerdere jaren.

De uitgaven aan gespecialiseerde ggz in 2014 zijn nog onzeker, de verwachting is dat deze lager liggen dan in 2013 vanwege de invoering van de basis-ggz. In de basis-ggz was voor 2014 het gemiddelde prijsniveau 90% van het maximumtarief, behalve voor het product 'chronisch', waar de prijs hoger lag.

In 2014 verwachten we € 230 miljoen aan uitgaven voor de basis-ggz. Dit is ruwweg 2,5 keer zoveel als de uitgaven aan ggz in de voormalige eerstelijns. Hoewel het aantal patiënten ongeveer gelijk is gebleven, worden er in de basis-ggz in vergelijking met de voormalig eerstelijns meer uren zorg per patiënt geleverd tegen gemiddeld een iets hogere prijs per uur. Een mogelijke verklaring is een zwaardere zorgvraag. Dit is echter nog niet onderzocht. De NZa zal dit de komende tijd blijven monitoren.





1

### Wachttijden in de ggz

De norm voor een aanvaardbare aanmeldwachttijd is 4 weken. De aanmeldwachttijd voor gespecialiseerde ggz zonder verblijf voor volwassenen, steeg van 4,5 weken in 2014 tot 5,6 weken in 2015. Eind 2015 waren de wachttijden niet hoger dan medio 2015. Eventuele inkoopafspraken zoals omzetplafonds zorgen dus niet voor een toename van de wachttijden aan het einde van het jaar.

3

In de jaren 2010 - 2012 bleven de aanmeldingswachttijden voor volwassenen-ggz stabiel rond de 4,5 weken en daalden de behandelingswachttijden licht. In 2013 was een lichte stijging zichtbaar. Patiënten met de diagnoses autismespectrum, bipolaire stoornis, schizofrenie of persoonlijkheidsstoornissen moeten gemiddeld het langste wachten tot het eerste zorgcontact. Deze resultaten, gecombineerd met signalen uit het veld zijn voor de NZa aanleiding om verdiepend onderzoek te gaan doen naar lange wachttijden bij autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen. Zie ook de brief 'inzicht in wachttijden' die de NZa hierover onlangs aan het ministerie van VWS stuurde.

4

5

6

7

De wachttijd vanaf de intake tot de behandeling is meestal korter dan de norm. Dit geldt niet voor patiënten met ADHD of een autismespectrum stoornis, waar de gemiddelde wachttijd tot de behandeling lager is dan de norm, maar er wel dicht tegen aan zit. Patiënten met de diagnoses schizofrenie en andere psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen, hebben gemiddeld de kortste

wachttijd tot de behandeling. Dit kan overigens ook komen doordat de diagnosefase voor deze groepen korter is dan voor andere groepen, waardoor de behandeling sneller kan starten.

Verder blijkt dat weinig patiënten op de hoogte zijn van de normen voor de wachttijden, hun recht op tijdige zorg en de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar. De NZa treft maatregelen om de (aanmeldings-)wachttijden aan te pakken in de ggz. Zo zijn per 1 november 2015 de regels aangescherpt voor de [informatieverstrekking](#) door zorgverzekeraars aan burgers. Ook wordt per 1 april 2016 de gehele ggz-sector (met uitzondering van de crisis-ggz) verplicht om de wachttijden te publiceren. Daarnaast wordt de informatie over de wachttijden duidelijker, zodat die beter zichtbaar is per doelgroep. De NZa vindt dat zorgverzekeraars zelf beter en proactief inzicht moeten krijgen in de wachttijden die voor hun verzekerden gelden, zodat zij snel kunnen anticiperen op wachttijdontwikkelingen en hun verzekerden kunnen begeleiden naar zorgaanbieders met wachttijden onder de norm. De NZa gaat zorgverzekeraars hierop aanspreken. Tenslotte gaat de NZa in de komende periode inventariseren of de Treeknormen in de ggz in de huidige vorm nog adequaat zijn met daaraan gekoppeld de vraag of aanpassing van de Treeknormen gewenst is.





1

### Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties spraken in 2012 af om het aantal opnameplaatsen in de ggz (het 'aantal bedden') met 33% af te bouwen verspreid over een periode van 8 jaar (2012 - 2020). In 2014 zijn er in vergelijking tot het referentiejaar (2008) 16% minder plaatsen in de opname- en verblijfsvoorzieningen. Dit betekent dat de afbouw op schema ligt.

3

Patiënten worden gemiddeld iets minder lang opgenomen voor een behandeling met verblijf in een ggz-instelling. Op basis van de beschikbare gegevens kan nog geen conclusie worden getrokken over het intensiveren van ggz zonder verblijf voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Zowel bij het ministerie van VWS als het Trimbos-instituut lopen initiatieven om hier meer zicht op te krijgen.

4

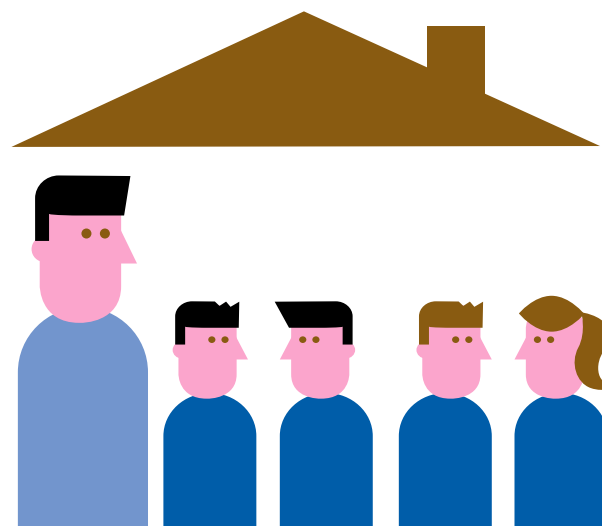
5

Het aantal plaatsen voor beschermd wonen (zpz-c) is in 2014 ruim anderhalf keer zo groot als in 2008. Volgens het Trimbos Instituut hebben gemeenten nog geen concrete plannen voor het op- of afbouwen van ggz. Zij zijn nog bezig met beleidsvorming en richten zich vooral op opvang en minder op participatie en herstel. Er lijkt geen relatie te zijn tussen de signalen over 'verwarde personen' en het afbouwen van het aantal opnameplaatsen in de periode 2011 - 2014. Doordat veel verschillende partijen moeten samenwerken in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening, ziet de NZa hier een risico voor de kwaliteit van zorg.

6

7

Daarnaast ziet de NZa een risico op afwentelgedrag omdat niet altijd duidelijk is wie er verantwoordelijk is, en de zorg vaak uit Zwv, Wlz, Forensische zorg of Wmo betaald kan worden. Ook het 'Aanjaagteam verwarde personen', opgericht door VWS, VenJ en VNG, ziet deze risico's en werkt aan een oplossing.





# 1. Ontwikkelingen in de ggz

1

In dit hoofdstuk beschrijven we de actuele ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg de afgelopen jaren.

2

De structuur van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de afgelopen jaren ingrijpend gewijzigd. De belangrijkste wijzigingen zijn, in chronologische volgorde:

3

- De overstap naar bekostiging via diagnose-behandelcombinaties (dbc's) in 2013.
- De invoering van de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz in 2014. Deze curatieve (op genezing gerichte) ggz valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- De invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) ter vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2015.
- De overheveling van de jeugd-ggz, het beschermd wonen en enkele andere taken naar de gemeenten in 2015.

4

5

## **Van huisarts tot gespecialiseerde ggz**

De rol van de huisarts wordt steeds belangrijker in de ggz. Patiënten kunnen in de huisartsenpraktijk begeleid of behandeld worden door de praktijkondersteuner ggz (de poh-ggz), of doorverwezen worden naar de basis- of de gespecialiseerde ggz. De verwachting is dat als mensen zorg krijgen van behandelaren met de juiste competenties (niet te laag maar ook niet te hoog gekwalificeerd), de zorg beter wordt en betaalbaar blijft.

6

7

## **Verbetering risicoverevening ggz**

Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering, of je nu oud of jong bent, ziek of gezond, rijk of arm. Om deze acceptatieplicht goed te laten werken, worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die meer zorgkosten maken. Voor 2016 staan in opdracht van het ministerie van VWS enkele onderzoeken op stapel om dit vereveningsmodel verder te verfijnen, onder meer door meer rekening te houden met de zwaarte van de gebruikte ggz.

## **Risico zorgverzekeraars neemt toe**

Sinds 2012 lopen zorgverzekeraars elk jaar meer risico over de ggz-uitgaven. In 2016 is het risico dat verzekeraars lopen op ggz-uitgaven gemaximeerd op € 17,50 verlies per verzekerde. Omgekeerd worden winsten hoger dan € 17,50 per verzekerde afgeroomd. Deze bandbreedte is in vier jaar tijd gestegen van € 7,50 per verzekerde naar € 17,50 per verzekerde, daarmee is ook het risico voor de zorgverzekeraar toegenomen.



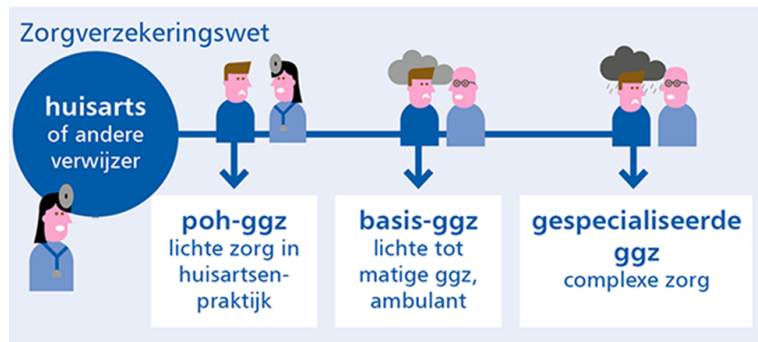


1

Uit een rapportage van het NIVEL blijkt dat in 2014 volgens de huisartsen circa 40% van de patiënten die de poh-ggz bezochten, een psychische stoornis had. Bij de overige patiënten ging het om psychische symptomen of sociale problemen.

2

### De curatieve ggz sinds 1 januari 2014



3

4

5

6

7

Als psychische problemen de competentie van deze zorgverleners te boven gaan, dan moet de huisarts patiënten doorverwijzen naar passende zorg of begeleiding elders. In het nieuwe stelsel gaat het om de basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Voor doorverwijzing is tenminste een vermoeden van een psychische stoornis noodzakelijk. Als vervolgens blijkt dat er toch geen sprake is van een stoornis, is er geen recht op verzekerde zorg.

De zorg voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische aandoeningen valt onder de basis-ggz. Een behandeling in de basis-ggz kan bestaan uit gesprekken met een psycholoog of psychotherapeut, of een digitale behandeling (e-health). Ook de behandeling van stabiele chronische psychische aandoeningen kan plaatsvinden binnen de basis-ggz.

Bij ernstiger psychische problemen wordt de patiënt verwezen naar de gespecialiseerde ggz. Het gaat hierbij om complexe zorg, dikwijls van een multidisciplinair team van behandelaars. Soms is zorg vanuit de thuissituatie niet mogelijk en is behandeling of begeleiding nodig in combinatie met verblijf in een instelling of een beschermde woonsituatie.







1

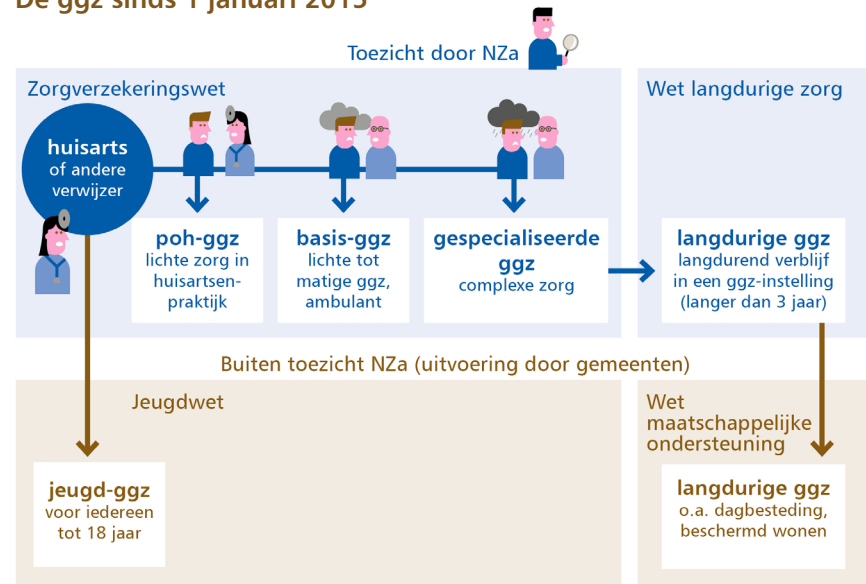
### Afscheid van de eerste en tweede lijn

Met de invoering van de basis-ggz kwam een einde aan de jarenlang gehanteerde indeling tussen eerstelijns en tweedelijns ggz. Voor de eerste lijn was geen verwijzing van de huisarts nodig, tenzij de zorgverzekeraar dit uitdrukkelijk had aangegeven in de polisvoorwaarden. Voor de tweede lijn was wel altijd een verwijsbrief nodig. Strikt genomen valt zowel de basis- als de gespecialiseerde ggz onder de vroegere tweedelijnszorg, want in beide gevallen is een verwijzing van de huisarts vereist. De verwijzing door de huisarts is bedoeld om ervoor te zorgen dat patiënten op de juiste plaats terechtkomen en zo de zorg krijgen die nodig is.

### Invoering van de Wlz

Is de klinische behandeling langdurig (langer dan drie jaar), dan wordt de zorg sinds 2015 gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). In elke regio is een zorgkantoor verantwoordelijk voor de Wlz-zorg. De langdurige ggz wordt bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten. Dat betekent in de praktijk dat de zorgaanbieder een bepaald bedrag per dag in rekening brengt voor de behandeling en het verblijf van de cliënt. Tijdelijk wordt het tweede en derde jaar van de klinische behandeling (sinds 2015 onderdeel van de Zvw) ook met zorgzwaartepakketten bekostigd.

### De ggz sinds 1 januari 2015



### Ggz en de gemeenten

Vanaf 2015 nemen de gemeenten een aantal ggz-taken op zich. Het gaat hierbij onder meer om begeleiding in de thuish situatie, dagbesteding en beschermd wonen. Deze zorg wordt gefinancierd via de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor het beschermd wonen zijn vanaf 2015 de 43 centrumgemeenten verantwoordelijk. Voor mensen die in 2014 al beschermd woonden, geldt een overgangsregeling tot 2020. Ook de jeugd-ggz, de ggz





1

voor personen jonger dan 18 jaar, valt sinds 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De huisartsenzorg en de medicijnen voor deze groep zitten nog wel in het basispakket van de zorgverzekering.

2

### **Invoering diagnose-behandelcombinaties**

In 2013 werden de diagnose-behandelcombinaties definitief ingevoerd in de gehele curatieve ggz. Dit betekent dat nu voor de complete behandeling van een patiënt wordt betaald, in plaats van voor afzonderlijke contacten en opnamedagen. In het eerste jaar van dbc-bekostiging was er een vangnet waarbij 70% van het omzetverschil tussen het oude en nieuwe systeem werd vergoed.

3

4

5

6

7

### **Van AWBZ-budgetten naar dbc's in de Zvw**

Voor veel ggz-instellingen verliep de overgang van de AWBZ naar de dbc's en de Zorgverzekeringswet geleidelijk. In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd, nog zonder de ggz. In 2008 werd de ggz zonder verblijf en de ggz met verblijf tot één jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Vrijgevestigde praktijken en nieuwe instellingen werden al direct bekostigd via dbc's. Instellingen die voor 2008 al actief waren gingen wel dbc's registreren, maar werden nog bekostigd via de oude AWBZ budgetsystematiek. Met ingang van 2013 zijn ook deze aanbieders volledig over op dbc-bekostiging. In deze marktscan wordt deze groep ook wel de 'voormalig gebudgetteerde aanbieders' genoemd.





1

Voor een vijftal zeer gespecialiseerde instellingen is er een apart verlengde overgangsregeling. Voor meer informatie zie de [Monitor zeer gespecialiseerde ggz-instellingen](#).

2

De invoering van de dbc's heeft grote impact gehad op de financiële verantwoording van instellingen. Zo is er in 2014, naar aanleiding van het opstellen van de jaarrekeningen 2013, een 'auditaert' afgegeven door de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA). Naar de mening van de NBA was er een situatie ontstaan waarbij de normen voor correct declareren tot discussies leidden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om thema's als verwijisregistratie en hoofdbehandelaarschap. De termijn waarop de jaarrekeningen 2014 kunnen worden gedeponereerd, werd daarom uitgesteld tot 1 december 2015.

3

4

5

6

7

### Meer onderhandelingen voor zorgaanbieders

De veranderingen in de ggz hebben gevolgen voor de onderhandelingen van zorgaanbieders met andere partijen. Van 2008 tot en met 2013 onderhandelden zorgaanbieders met de grootste zorgverzekeraar in hun werkgebied (representatiemodel). Per 2014 moeten de zorgaanbieders voor de curatieve ggz afspraken maken met alle zorgverzekeraars. Door het overhevelen van de jeugd-ggz en het beschermd wonen moeten sommige aanbieders ook onderhandelen met de gemeenten. Als een aanbieder ook langdurige ggz levert moet er ook onderhandeld worden met het zorgkantoor. Koepelorganisaties en aanbieders zelf geven aan dat hierdoor een toename van de administratieve lasten wordt ervaren.





1

## Verbeteringen in het bekostigingssysteem van de curatieve ggz

Inmiddels wordt vrijwel de volledige curatieve ggz, zowel basis-ggz als gespecialiseerde ggz, bekostigd via integrale (dbc)-zorgproducten. De komende jaren wordt deze bekostiging nog verder verbeterd.

2

## Verbeteren klinische herkenbaarheid via nieuwe productstructuur

Al langere tijd bestaat er kritiek op de dominante rol van de diagnoseclassificatie in de bekostiging van de curatieve ggz en de forensische zorg. Psychosociale en andere factoren die wellicht meer zeggen over de zwaarte van de zorgvraag en de daarbij passende behandeling spelen op dit moment geen rol in de bekostiging.

3

Onder regie van de NZa werken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de patiëntenverenigingen in de ggz aan deze verbeteringen op basis van een model dat in Engeland wordt gebruikt. In 2016 zal bij een aantal instellingen pilots worden uitgevoerd om het nieuwe model te testen. De nieuwe structuur wordt naar verwachting in 2019 ingevoerd. De wijzigingen zijn primair bedoeld voor de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg, maar kunnen ook gevolgen hebben voor de bekostiging van de basis-ggz.

4

## Zvz-indicator

Naast bovengenoemde verbeteringen in de productstructuur in de ggz, is een indicator ontwikkeld om de zwaarte van de zorgvraag in beeld te brengen, de zogenoemde zorgvraagzwaarte-indicator (zvz-indicator). Met deze indicator kunnen zorgverzekeraars beter

inschatten welke zorg zij waar moeten inkopen voor hun verzekerden. Hierdoor kan ook de risicoverevening (de compensatie voor de kostenverschillen in de verzekerdenpopulatie) verbeteren.

Zorgverzekeraars krijgen de informatie over de zorgzwaarte alleen op het niveau van de zorgaanbieder, en niet per individuele verzekerde. Vanaf 2016 wordt deze informatie verzameld door VECOZO. Deze partij maskeert de zorgvraagzwaarte-indicator en stuurt de factuur door naar de zorgverzekeraars. De zorgvraagzwaarte hoeft niet op de 'papier' factuur vermeld te worden.

## Verkorting doorlooptijd

De huidige maximale doorlooptijd van dbc's is 365 dagen. Door deze lange doorlooptijd wordt pas laat inzichtelijk wat de uitgaven zijn in de ggz. De NZa onderzocht in 2013 en 2015 of de doorlooptijd van dbc's in de ggz korter kan en adviseert om deze verkorting onderdeel te maken van de verbetering van de productstructuur in de ggz.

## Extra informatie op de factuur

Met ingang van 1 januari 2014 is er meer informatie op de factuur gekomen. Het betreft informatie over de hoofd- en medebehandelaren en de geschreven tijd van de patiënt. Hierdoor ontstaat voor de verzekeraar en patiënt meer inzicht in de kosten en kwaliteit van zorg en wordt de controleerbaarheid van facturen verhoogd.

7





1

2

3

4

5

6

7

### Bestuurlijk akkoord en toekomstagenda ggz

In de zomer van 2013 ondertekenden het ministerie van VWS en de brancheorganisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders het Bestuurlijk akkoord ggz 2014 - 2017. Deze overeenkomst was een vervolg op een eerder akkoord uit 2012. In het Bestuurlijk akkoord 2014 - 2017 werden afspraken gemaakt over onder meer de jaarlijkse uitgaven, doelmatige zorg, toename van zorg vanuit de thuissituatie en het aanpassen van de financiering. Begin 2015 is het bestuurlijk akkoord opgezegd door de Minister naar aanleiding van discussies rond de vrije artskeuze. Inmiddels is het ministerie van VWS in gesprek met zorgaanbieders, beroepsgroepen en de patiëntenorganisatie in de ggz over een toekomstagenda. Dit heeft in november 2015 geleid tot een door branchepartijen opgesteld plan over de manier waarop transparantie en gepast gebruik in de ggz kan worden bevorderd.





# Conclusies

1

- De afgelopen jaren zijn veel veranderingen doorgevoerd met grote impact op de sector. Het gaat hierbij onder andere om de invoering van de basis-ggz, de Wet langdurige zorg en het afschaffen van het representatiemodel.
- Door de veranderingen moeten ggz-aanbieders met meer partijen onderhandelen. Aanbieders ervaren dit als een verzwaring van de administratieve lasten.
- Het plan is om in 2019 een verbeterd bekostigingsmodel van de ggz in te voeren. Zo wordt de medische herkenbaarheid beter, omdat naast de diagnose ook psychosociale factoren een plek krijgen in de indeling van patiëntgroepen.
- De NZa adviseert om het verkorten van de doorlooptijd van dbc's te verwerken in het nieuwe bekostigingsmodel, tegelijkertijd met de andere verbeteringen.
- De kortere doorlooptijd van dbc's in de ggz zorgt ervoor dat informatie over de ggz-uitgaven eerder beschikbaar komt en patiënten sneller hun nota krijgen.

2

3

4

5

6

7





## 2. Patiënten en zorgaanbieders

1

Hoeveel patiënten krijgen ggz? En hoeveel aanbieders zijn er? In dit hoofdstuk gaan we in op de recente ontwikkelingen op dit vlak.

2

### Aantallen patiënten in de curatieve ggz in 2014

Het aantal patiënten van de huisarts dat tenminste één consult heeft bij de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) in 2014 ligt rond de 390.000. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2013, waar dit nog rond de 200.000 lag. Het aantal patiënten in de basis-ggz in 2014 ligt rond de 310.000.

3

4

Hoeveel patiënten er in 2014 bij de gespecialiseerde ggz zijn behandeld weten we nog niet precies. Op grond van de beschikbare cijfers (op basis van verwachte schadelast en de monitor van [KPMG](#) van instellingen in een drietal regio's schatten we in dat het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz in 2014 daalde met ongeveer 20% (170.000 patiënten) tot 680.000.

5

6

De patiënten die in 2014 zijn 'verdwenen' uit de gespecialiseerde ggz, verwachten we vooral terug te zien bij de basis-ggz, en in mindere mate bij de poh-ggz. Dit beeld komt ook naar voren in de monitor van KPMG (zie bronnen en methoden voor de analyse en de aannames die zijn gemaakt). Hieruit volgt dat ruwweg twee derde van de daling verklaard wordt door substitutie naar de basis-ggz. Het overige deel kan verklaard worden doordat patiënten elders

7

worden behandeld, bijvoorbeeld bij de poh-ggz. Dit is aannemelijk gegeven de aanzienlijke groei van de poh-ggz van 2013 op 2014.

### Afbakening poh-ggz

De verwachting is dat als mensen zorg krijgen van behandelaren met de juiste competenties (niet te laag maar ook niet te hoog gekwalificeerd), de zorg beter wordt en betaalbaar blijft. Het aantal patiënten dat ggz krijgt in de huisartsenpraktijk, nam fors toe in de periode 2010 - 2014. Er is door de huidige bekostiging van de praktijkondersteuner een financiële prikkel om de aanwezige poh-ggz capaciteit bij de huisarts volledig te benutten. Voor de patiënt kan de behandeling in de huisartsenpraktijk eveneens financieel aantrekkelijk zijn, omdat het eigen risico niet geldt voor deze zorg. De NZa ziet hier het risico dat de groei van de poh-ggz niet volledig op zorginhoudelijke gronden plaatsvindt, waardoor patiënten mogelijk niet de zorg krijgen die passend is. Dit risico geldt overigens niet alleen voor doorverwijzing vanuit de huisarts, maar ook voor terugverwijzing vanuit de generalistische basis-ggz of specialistische ggz naar de huisarts. Dit punt wordt meegenomen in de monitor generalistische basis-ggz die in opdracht van het ministerie van VWS wordt uitgevoerd door KPMG.





1

2

3

4

5

6

7

### Aantallen patiënten in de curatieve ggz tot en met 2013

Voor de jaren tot en met 2013 zijn inmiddels complete declaratiegegevens beschikbaar, waar patiëntaantallen uit afgeleid kunnen worden. In die periode gold nog de oude indeling van poh-ggz, eerstelijns ggz en tweedelijns ggz.

Het aantal patiënten in de curatieve ggz vertoonde in de periode 2009 - 2013 schommelingen, om uiteindelijk ongeveer gelijk te blijven. In de eerste lijn nam het aantal patiënten tot 2011 sterk toe, waarna het daalde in de twee daaropvolgende jaren. In de tweede lijn was eveneens sprake van een stijging tot 2011. De daling in 2012 was met ongeveer 145.000 patiënten vervolgens aanzienlijk, terwijl in 2013 weer sprake was van een lichte stijging. Dit hangt vermoedelijk samen met de eigen bijdrage die in 2012 van patiënten werd gevraagd en die in 2013 weer werd afgeschaft. Mogelijk heeft het verhogen van het eigen risico in 2013 de stijging gedempt (zie box Eigen betalingen).

### Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet

De afgelopen jaren nam het verplicht eigen risico van verzekerden toe. Dit eigen risico geldt ook voor andere vormen van zorg dan de ggz, bijvoorbeeld zorg die in ziekenhuizen wordt gegeven. In 2015 bedroeg het eigen risico € 375 per jaar, tegen € 170 in 2011.

In 2012 werd ook een eigen bijdrage ingevoerd voor de tweedelijns ggz. Afhankelijk van de duur van de behandeling ging het om € 100 of € 200. Daarnaast gold een eigen bijdrage voor verblijf van ongeveer € 5 per dag. Kinderen en jongeren tot 18 jaar hoefden deze eigen bijdrage niet te betalen. Ook crisisopvang en bemoeizorg waren hiervan uitgesloten. De eigen bijdragen in de tweedelijnszorg werden in 2013 weer afgeschaft. De afschaffing ging gepaard met een stijging van het verplicht eigen risico. Huisartsenzorg (en daarmee ook de poh-ggz) valt niet onder het eigen risico.







1

De onderstaande tabel laat zien dat het totaal aantal patiënten in de curatieve ggz (eerste en tweede lijn samen, inclusief dyslexiezorg maar exclusief poh-ggz) tussen 2009 en 2013 met enkele duizenden

zeer licht is gestegen. Hierbij tekenen we aan dat de cijfers van 2013 nog voorlopig zijn.

2

Tabel 1 **Aantal patiënten curatieve ggz t/m 2013**

Sector	Leeftijdscategorie	2009	2010	2011	2012	2013
Huisarts /poh ggz	18+	NB	65.000	105.000	146.000	200.000
Eerste lijn	0 - 17 jaar	51.000	60.000	67.000	66.000	67.000
	18 - 64 jaar	209.000	238.000	255.000	244.000	227.000
	65+	8.000	10.000	11.000	12.000	13.000
	<b>Totaal</b>	<b>268.026</b>	<b>307.168</b>	<b>333.374</b>	<b>321.985</b>	<b>306.315</b>
Tweede lijn	0 - 17 jaar	176.387	202.442	220.658	220.918	212.467 *
	18 - 64 jaar	598.534	641.040	659.348	535.236	558.533 *
	65+	95.900	99.747	99.626	78.370	82.711 *
	<b>Totaal</b>	<b>870.821</b>	<b>943.229</b>	<b>979.632</b>	<b>834.557</b>	<b>853.711 *</b>
<b>Curatieve ggz (1e + 2e lijn)</b>	<b>Totaal **</b>	<b>1.098.660</b>	<b>1.201.537</b>	<b>1.258.161</b>	<b>1.112.401 <sup>1</sup></b>	<b>1.115.752 *</b>

Bron: NIVEL, Vektis, peildatum 1 januari 2015, \*) nog voorlopige cijfers \*\*) subtotaal tellen niet op tot totaal, zie bijlage bronnen en methoden

<sup>1</sup> Op basis van 2013 correctie voor dubbel telling: 4% van patiënten zowel eerste lijn als tweede lijn.

3

4

5

6

7





1

2

3

4

5

6

7

Als we de absolute aantallen omrekenen naar percentages, dan wordt duidelijk zichtbaar dat op totaalniveau het aantal patiënten het meeste toenam in 2010 en het meest daalde in 2012. Deze afname vond vooral plaats in de tweede lijn bij volwassen patiënten. De eigen bijdrage speelde hierbij een rol. De afschaffing van de eigen bijdrage in 2013 en de groei van de tweedelijnszorg in datzelfde jaar hangen vermoedelijk eveneens samen.

Deze groei werd overigens voor een belangrijk deel gecompenseerd door een daling van het aantal patiënten in de eerste lijn. Het is daarmee niet gezegd dat patiënten in 2013 vaker in de tweede lijn in plaats van de eerste lijn terecht kwamen: een relatie tussen de daling in de eerstelijnszorg en de stijging bij de poh-ggz ligt meer voor de hand.

### Sterke groei gebruik ADHD-middelen

Van drie in de ggz veel gebruikte geneesmiddelengroepen nam het gebruik tussen 2009 en 2014 toe. De stijging was niet voor alle geneesmiddelen even groot. Het aantal gebruikers van antidepressiva nam toe met ongeveer 3% per jaar, evenals het aantal gebruikers van antipsychotica. Antipsychotica worden overigens niet alleen in de ggz gebruikt, ook in de gehandicaptenzorg en in verpleeghuizen bevinden zich patiënten die antipsychotica gebruiken. Het aantal gebruikers van ADHD-middelen groeide veel sneller, met in totaal bijna 70%.

Tabel 2 **Ontwikkeling aantallen patiënten curatieve ggz 2009 - 2013 (in %)**

Sector	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013
Poh ggz 18+	NB	+61,1%	+38,4%	+37,1%
Eerste lijn alle leeftijden	+14%	+8%	-3,4%	-4,9% *
Tweede lijn jeugd	+14,7%	+9,0%	0,0%	-3,8% *
Tweede lijn volwassenen 18 - 64	+7,1%	+2,9%	-18,8%	+4,0%
Tweede lijn volwassenen 65+	+4,0%	0,0%	-21,3%	+5,5%
<b>Totaal cggz (1e en 2e lijn)</b>	<b>+9,2%</b>	<b>+4,7%</b>	<b>-11,6%</b>	<b>+0,0% *</b>

Bron: Vektis, peildatum januari 2015, \*) nog voorlopige cijfers





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 3 **Overzicht gebruikers psychofarmaca 2010 - 2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Antidepressiva	935.567	956.091	968.662	981.719	1.010.005
Antipsychotica	272.772	277.832	286.158	292.950	304.815
ADHD-middelen	146.747	164.282	178.059	189.845	206.381

Bron: ZINL, GIPdatabank

### Aantallen patiënten in de langdurige ggz

In de langdurige ggz nam het aantal volwassen personen met een intramurale indicatie tussen 2011 en 2015 toe met bijna 30%. Deze groei wordt vooral veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten met de indicatie zzp-c (beschermd wonen). Sinds 2013 daalt het aantal patiënten met de indicatie zzp-b (verblijf met behandeling).

### Indeling naar zorgzwaartepakket (zzp)

Een zorgzwaartepakket is een manier om aan te geven welke zorg iemand krijgt die niet langer zelfstandig kan wonen. Wie deze zorg nodig heeft, krijgt van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) een zzp-indicatie. De zzp-indeling in de ggz kent letters en cijfers. De indicatie zzp-b geldt voor mensen die in een instelling verblijven omdat dit noodzakelijk is voor hun behandeling. Dit wordt aangeduid met 'verblijf met behandeling'. De indicatie zzp-c geldt voor mensen in een beschermde woonomgeving voor wie behandeling niet meer voorop staat. Dit wordt aangeduid met 'beschermd wonen'. De cijfers van het zorgzwaartepakket geven de zwaarte aan van de benodigde zorg. De indicatie zzp-1c betekent bijvoorbeeld de lichtst mogelijke zorg voor beschermd wonen. De indicatie zzp-c7 betekent de zwaarste zorg voor verblijf met behandeling.





1

2

3

4

5

6

7

### Feitelijk gebruik langdurige ggz ten opzichte van indicatie

Het feitelijk gebruik van langdurige ggz ligt lager dan de geïndiceerde zorg. Niet alle indicaties worden direct benut. Voor verblijf met behandeling (zpz-b) geldt dat van de groep mensen met een indicatie, 90% deze zorg in natura krijgt (Bron: CBS MLZ). De overige 10% kan deze zorg bijvoorbeeld via een pgb krijgen, of pas later benutten, maar daarvan hebben wij geen cijfers.

Bij het beschermd wonen (zpz-c) ligt dit percentage een stuk lager (rond de 55% - 65%, afhankelijk van de peildatum). Ongeveer 20% - 30% van de indicaties wordt benut in de vorm van een pgb of zorg zonder verblijf.

### Verschuiving zichtbaar naar zwaardere zorg met verblijf

Bij de patiënten die een indicatie hebben voor zorg met verblijf (zpz-b en zpz-c), is een verschuiving te zien van lichtere naar zwaardere zorg. Patiëntengroepen met de lichtste zorgvraag (voorheen zpz's 1 en 2) worden nu in de eigen thuish situatie behandeld en krijgen per 2013 geen indicatie meer voor zorg met verblijf. Ook bij zpz 3 is een daling zichtbaar, maar minder sterk. Voor deze groep is behandeling of begeleiding in de thuish situatie niet altijd mogelijk. De indicaties voor beschermd wonen met intensieve begeleiding (zpz 3c) zijn zelfs toegenomen. Ook stijgt het aantal indicaties voor zwaardere ggz met verblijf (zpz 5b en 7b).

Het aantal indicaties voor ggz met verblijf en intensieve verzorging en/of verpleging stijgt de afgelopen jaren. Zpz 5b en 7b laten een voortdurende stijging zien in de periode van 2010 - 2015. Daar staat tegenover dat zpz's 4b en 6b dalen, respectievelijk sinds 2011 en 2012. Voor beide zorgzwaartepakketten geldt dat er naast psychische zorg ook somatische zorg nodig is. We weten niet wat de verklaring voor deze trend is. Mogelijk is er een link met de algehele daling van de bedden capaciteit (zie [ook hoofdstuk 7](#)). Overigens zijn de cijfers van zpz-c per 1 januari 2015 de eindstanden in de AWBZ: deze zorg valt sindsdien onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 4 Aantal 18+-patiënten met indicatie ggz met verblijf

Patiënten met zzp-indicatie	1 jan 2011	1 jan 2012	1 jan 2013	1 jan 2014	1 jan 2015
ggz-1b (voortgezet verblijf met begeleiding)	130	50	25	15	5
ggz-2b (Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding)	585	340	220	120	65
ggz -3b (Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding)	1.580	1.450	1.145	895	645
ggz-4b (Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging)	1.635	1.580	1.485	1.365	1.155
ggz-5b (Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering)	3.140	3.585	4.050	4.285	4.200
ggz-6b (Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging)	1.095	1.180	1.150	1.120	985
ggz-7b (Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding)	1.180	1.475	1.750	1.950	1.970
<b>Subtotaal ggz-b</b>	<b>9.345</b>	<b>9.660</b>	<b>9.825</b>	<b>9.750</b>	<b>9.025</b>
ggz-1c (Beschermd wonen met begeleiding)	1.640	1.185	815	485	295
ggz-2c (Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding)	6.510	6.130	5.275	3.850	2.735
ggz-3c (Beschermd wonen met intensieve begeleiding)	10.985	14.590	16.960	17.865	18.710
ggz-4c (Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging)	4.800	6.185	7.515	8.495	9.025
ggz-5c (Beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering)	2.640	3.405	4.885	5.975	6.495
ggz-6c (Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging)	490	545	690	770	690
<b>Subtotaal ggz-c</b>	<b>27.065</b>	<b>32.040</b>	<b>36.140</b>	<b>37.440</b>	<b>37.950</b>
<b>Totaal ggz-b en -c</b>	<b>36.410</b>	<b>41.700</b>	<b>45.965</b>	<b>47.190</b>	<b>46.975</b>

Bron: CIZ





1

2

3

4

5

6

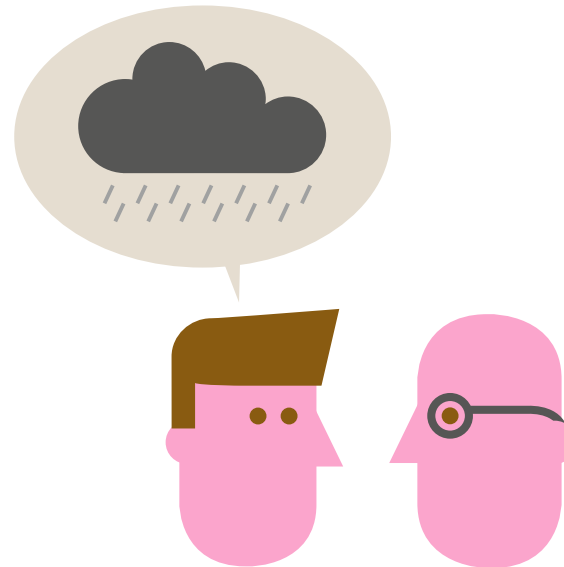
7

## Wie leveren ggz?

Het meest recente jaar waarvan het aantal aanbieders precies bekend is, is 2013. Daarom wordt hier nog de oude indeling gehanteerd van eerste en tweedelijns ggz. De eerstelijns ggz bestaat uit een groot aantal zorgverleners en behandelaren (circa 6.000) die zich op uiteenlopende wijze georganiseerd hebben. Een groot deel betreft vrijgevestigde behandelaren met een zelfstandige praktijk, maar er zijn ook grotere organisaties en samenwerkingsverbanden in de eerstelijns ggz. De NZa heeft beperkt zicht op de manier waarop vrijgevestigde behandelaren georganiseerd zijn.

### Wat zijn vrijgevestigden in de ggz?

In de ggz wordt bij zorgaanbieders van oudsher onderscheid gemaakt tussen 'instellingen' en 'vrijgevestigde praktijken'. Kenmerkend onderscheid is de schaal waarop de zorg wordt geleverd en is georganiseerd. Een vrijgevestigde aanbieder is typisch een kleinschalige solo- of groepspraktijk waarbij de behandelaren vaak zelf eigenaar zijn. Grotere ggz-organisaties (in omzet en fte) worden instellingen genoemd.





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 5 Aantal en soort aanbieders in de ggz 2012 - 2013

Soort aanbieder		Organisatievorm	2012	2013
eerste lijn	unieke zorgverleners	(werkzaam binnen) praktijk of instelling	6000	6000
tweedelijns curatieve ggz (Zvw)	gebudgetteerde zorgaanbieders	ggz-instelling	155	290
	niet-gebudgetteerde instellingen, geen dyslexie	ggz-instelling	100	
	vrijgevestigde zorgaanbieders dyslexiezorg	(werkzaam binnen) solo- of groepspraktijk	3500 - 4000 <sup>2</sup>	3500 - 4000 <sup>2</sup>
langdurige ggz	gebudgetteerde zorgaanbieders	zorgaanbieders (waaronder onderwijsbegeleidingsdiensten)	40	40
		ggz-instelling, instelling voor beschermd wonen of verpleeghuis	270	280

Bron: Vektis Zvw en AWBZ declaraties, NZa, CBS

<sup>2</sup> In de vorige marktscan stond hier 3000 voor 2012. Dit was gebaseerd op het aantal unieke AGB behandelaarcodes in een bestand met Vektis-declaratiegegevens, minus de codes die we als instelling hebben aangemerkt. In de bestanden die dit jaar zijn ontvangen zitten voor 2012 meer AGB-behandelaarcodes.





1

2

3

4

5

6

7

Het aantal instellingen van tweedelijns ggz nam van 2012 naar 2013 toe van 525 naar 570. Hier zitten ook kleine zorgaanbieders bij of instellingen waarvan de ggz slechts een klein deel van de omzet uitmaakt, maar geen vrijgevestigde praktijken.

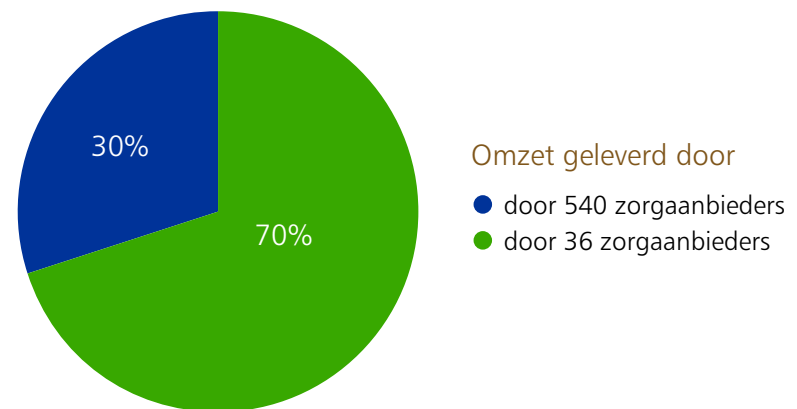
Net als voor de eerstelijns ggz, geldt ook voor de vrijgevestigde tweedelijns ggz dat de NZa beperkt zicht heeft op de wijze waarop de aanbieders georganiseerd zijn. Wel is door een enquête van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) bekend dat in 2015 de meerderheid van deze behandelaars parttime werkt, waarvan 27% minder dan 25 uur per week. In dezelfde enquête meldt circa 60% van de respondenten deel uit te maken van een samenwerkingsverband. De [enquête](#) had zowel betrekking op praktijken die basis-ggz leveren (84%) en/of gespecialiseerde ggz (34%).

Ongeveer 270 tot 280 instellingen leveren geen curatieve ggz maar alleen langdurige ggz. Hieronder vallen instellingen die beschermd wonen, verblijf met behandeling en/of begeleiding in de thuissituatie bieden. Het kan hier ook gaan om instellingen die naast ggz andere vormen van zorg leveren, zoals gehandicaptenzorg of ouderenzorg (verpleeghuizen).

## Omvang ggz-instellingen

Er is een aanzienlijke spreiding in omvang van de ggz-instellingen. Veel instellingen zijn relatief (zeer) klein en weinig instellingen relatief groot. Deze laatste groep is verantwoordelijk voor veruit het grootste deel van de uitgaven. In 2013 was 70% van de ggz-omzet geconcentreerd bij 36 concerns.

Figuur 1 **Aantal ggz-instellingen 2013 per omzetklasse**







# Conclusies en aanbevelingen

1

- Het geheel overziend concluderen we dat de verschuivingen in patiënten-aantallen in lijn zijn met de gewenste veranderingen (meer poh-ggz, verschuiving van gespecialiseerde ggz naar basis-ggz, minder bedden).

2

- Het aantal ggz-patiënten dat behandeld wordt bij de huisarts, neemt fors toe in de periode 2010 - 2014. Op zichzelf is dit een wenselijke ontwikkeling en het gevolg van gemaakte beleidskeuzes. Evenwel moet voorkomen worden dat patiënten met complexe problematiek – vanwege financiële redenen – te lang worden behandeld bij de huisarts. Dit punt wordt meegenomen in de monitor generalistische basis-ggz die in opdracht van het ministerie van VWS wordt uitgevoerd door KPMG.

3

- In 2013 steeg het aantal volwassen patiënten in de tweedelijns ggz met 4 - 5%. Het jaar ervoor daalde dit aantal met 20%. In 2013 is de eigen bijdrage ggz afgeschaft. Het eigen risico steeg toen van € 220 naar € 350.

4

- In 2014 waren er ongeveer evenveel patiënten in de basis-ggz als in voorheen de eerstelijns ggz.
- Het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz nam in 2014 af met ongeveer 20% tot 680.000.

5

- Het aantal personen met een indicatie voor verblijf met behandeling (zzp-b), steeg tot 1 januari 2013 maar daalt sindsdien.

6

7

- Het aantal personen met een indicatie voor beschermd / begeleid wonen (zzp-c) stijgt over de gehele periode 2011 - 2015, maar de stijging is aanzienlijk afgevlakt na 1 januari 2013.
- Het aantal ggz-instellingen steeg licht in 2013.
- In 2013 was circa 70% van de totale ggz-uitgaven (curatieve en langdurige ggz samen) geconcentreerd bij 36 instellingen.





# 3. Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz

In de periode 2008 - 2011 kende de ggz een flinke omzetgroei. Dit had onder meer te maken met onvoldoende prikkels voor kostenbewustzijn bij patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars na de introductie van de ggz in de Zorgverzekeringswet. Vanaf 2012 is er sprake van een trendbreuk in de ggz-uitgaven, onder meer door afspraken met de sector en doordat zorgverzekeraars meer risico dragen. In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling in de ggz-uitgaven op hoofdlijnen.

## Overzicht totale uitgaven ggz

De totale uitgaven aan ggz bedroegen in 2014 circa € 6,6 miljard. Tussen 2012 en 2014 groeiden de uitgaven van zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, terwijl de uitgaven van de overige ggz ongeveer gelijk bleven. De uitgaven in 2013 waren vrijwel gelijk aan de uitgaven 2012. Door inflatie en loonindexatie kan dit voor krimp bij zorgaanbieders zorgen.

Tabel 6 **Totale ggz-uitgaven 2010 - 2014 (in miljoenen euro's)**

	2010	2011	2012	2013	2014
Praktijkondersteuner (poh-ggz)	14	23	29	47	109
Curatieve ggz (Zvw)	3.988	4.294	4.114	4.070	3.775 *
Overheveling jeugd-ggz 2014					346 *
Langdurige ggz (AWBZ/Wlz)	1.917	2.074	2.315	2.323	2.351
<b>Ggz totaal</b>	<b>5.919</b>	<b>6.391</b>	<b>6.458</b>	<b>6.440</b>	<b>6.581 *</b>
% ten opzichte van voorgaand jaar		+8,0%	+1,0%	-0,3%	+2,2% *

\*) voorlopige cijfers





1

2

3

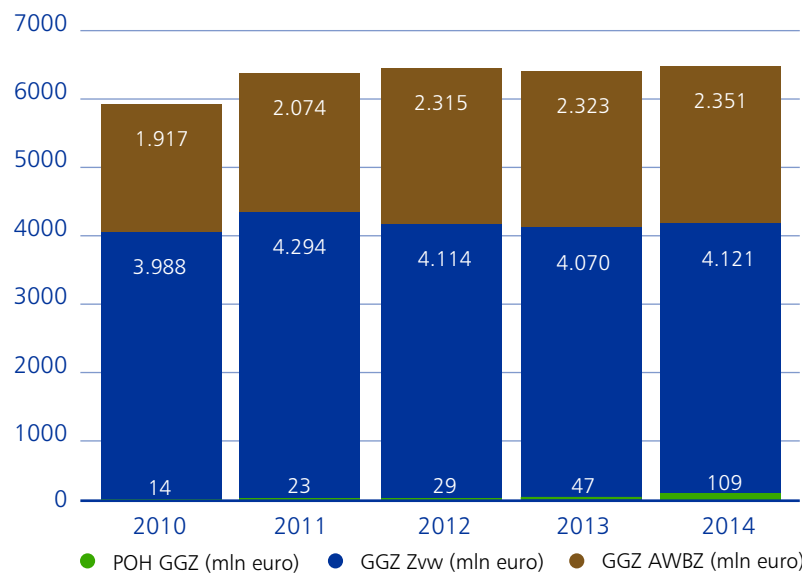
4

5

6

7

Figuur 2 **Uitgaven ggz**



Bron: Vektis, ZINL, NZa

### Kosten huisarts en poh-ggz

In het stelsel van basis-ggz en gespecialiseerde ggz hebben de huisarts en de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) een centrale rol. Zij treden op als behandelaar van lichtere klachten en als verwijzer naar verdere zorg. Het aantal patiënten dat een praktijkondersteuner ggz ziet, steeg de afgelopen jaren. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de kosten: die stegen van € 23 miljoen in 2011 tot € 109 miljoen in 2014.

Tabel 7 **Uitgaven praktijkondersteuner huisartsen ggz (poh-ggz)**

Jaar	2011	2012	2013	2014
	Bedrag	Bedrag	Bedrag	Bedrag
Vergoeding op basis inschrijftarief	17	22	36	86
Consult langer dan 20 minuten	5	7	10	21
Overige producten	0,5	0,5	1	2
<b>Totaal (mln euro)</b>	<b>22,5</b>	<b>29,5</b>	<b>47</b>	<b>109</b>

Bron: Vektis zorgprisma peildatum september 2015. Bedragen in miljoenen





1

2

3

4

5

6

7

### Vergoeding vanuit het inschrijftarief

De ggz-kosten van huisarts en praktijkondersteuner worden voor ongeveer 75% vergoed uit het inschrijftarief. Dit is een bedrag dat elke huisarts voor elke ingeschreven patiënt mag declareren bij de zorgverzekeraars. De overige uitgaven zijn in de vorm van prestatiebekostiging (bedrag per consult). Het maximale inschrijftarief voor de poh-ggz is gebaseerd op 0,3 fte per normpraktijk (een door de NZa vastgestelde standaard). In 2016 wordt deze limiet door de NZa verhoogd naar 1 fte per normpraktijk, omdat huisartsen meer dan 0,3 fte aan praktijkondersteuning willen inzetten en zorgverzekeraars deze zorg ook willen inkopen.

### Aantal behandelingen en prijsontwikkeling poh-ggz

De praktijkondersteuner wordt naast het inschrijftarief vooral bekostigd via consulten langer dan 20 minuten. Het gemiddeld aantal van deze lange consulten per patiënt nam licht toe tussen 2011 en 2014.

Tabel 8 Gemiddeld aantal lange poh-consulten per patiënt

jaar	2011	2012	2013	2014
poh-consult > 20 minuten	3,1	3,1	3,2	3,3

Bron: Vektis zorgprisma peildatum september 2015

De gemiddelde prijs van deze consulten steeg nauwelijks in deze periode, en lag op het maximumtarief van de NZa. Dit tarief is bedoeld om een kwart van de kosten te dekken.

Tabel 9 Prijzen en prijskortingen poh-ggz

Product	2011	2012	2013	2014
Consult > 20 minuten	€ 18,23	€ 18,68	€ 18,45	€ 18,87
Als percentage van het maximum tarief	100%	100%	100%	100%

Bron: Vektis zorgprisma peildatum september 2015

### Volumeontwikkeling ggz

Neemt het aantal behandelingen en het aantal verblijfsdagen in de ggz toe of af? We kijken apart naar de ontwikkeling van het volume in de curatieve ggz en in de langdurige ggz.





1

2

3

4

5

6

7

### Volumeontwikkeling curatieve ggz

In de curatieve ggz zijn meer dan honderd verschillende dbc's, en een patiënt kan meerdere dbc's per jaar hebben. Alle dbc's simpelweg optellen is daarom een weinig informatieve volumemaat.

Voor het volume in de curatieve ggz is daarom gekozen voor de financiële waarde van de dbc's, wanneer alle prijzen gelijk waren geweest aan het maximumtarief. Meer ggz leidt tot meer dbc's of duurdere dbc's. Na correctie voor tariefswijzigingen, kan de verandering in financiële dbc-waarde als volume-ontwikkeling geïnterpreteerd worden. Zie de bronnen en methoden voor een uitgebreide beschrijving.

Samenvattend blijkt dat de financiële waarde van de dbc's van de curatieve zorg in de periode 2012 - 2013 met ongeveer 10% - 12% is gestegen. Na correctie voor tariefswijzigingen volgt een volumestijging van 7% - 9%. Omdat in 2012 een groot deel van de curatieve zorg nog niet met dbc's werd bekostigd is deze stijging niet in de uitgaven terug te zien. In de Vektis-declaratiegevens is de volumestijging 7%, en wordt deels veroorzaakt door meer patiënten (2 - 3%) en deels door meer en/of duurdere dbc's (4 - 5%). Voor een overzicht van de uitgaven voor de diverse productgroepen zie [hoofdstuk 4](#).

### Volumeontwikkeling langdurige ggz

Voor de langdurige zorg kijken we vooral naar het aantal verblijfsdagen (zzp-b en zzp-c). Het aantal verblijfsdagen in de langdurige ggz steeg in 2012 met 4,2% en daalde in 2013 en 2014 met respectievelijk 1,7% en 3,7%. In hoofdstuk 7 gaan we verder in op deze ontwikkeling (zie [ook hoofdstuk 7](#)).

### Prijzontwikkeling curatieve ggz

In de curatieve zorg spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen een prijs af voor de diagnose-behandelcombinaties. Die prijzen mogen wel lager, maar niet hoger zijn dan de maximumtarieven die de NZa vaststelt. In de curatieve ggz gelden daarnaast vanaf 2013 zogenoemde max-max-tarieven: Het gaat dan om de mogelijkheid om prijzen tot 10% boven het maximumtarief af te spreken. Deze max-max-tarieven mogen alleen in rekening worden gebracht als er een contract is met de zorgverzekeraar. De maximumtarieven ondergingen sinds 2011 aanzienlijke wijzigingen, die soms een toename en soms een afname betekenden. Zo daalde het gemiddelde maximumtarief van een verblijfsdag van 2011 op 2012 met circa 16% en steeg het maximumtarief van gespecialiseerde behandeling van 2013 op 2014 met circa 10%.





1

2

3

4

5

6

7

Het feitelijke prijsniveau varieerde. In 2013 lag de prijs bij de [voormalig gebudgetteerde zorgaanbieders](#) hoger dan bij nieuwe en vrijgevestigde aanbieders. Voor 2 - 3% van de omzet in de curatieve ggz werd door zorgverzekeraars een prijs vergoed van 60% - 80% van het maximumtarief. Hiervan is naar verwachting een groot deel niet-gecontracteerde zorg. Er waren daarnaast ook een aantal instellingen waarbij het max-max tarief is gebruikt. Deze prijzen van 100% - 105% van het maximumtarief werden afgesproken bij ongeveer 6% van de dbc-omzet.

### Prijsontwikkeling langdurige ggz

Voor de langdurige ggz geldt net als voor de curatieve ggz dat de maximumtarieven varieerden vanaf 2011. Zo stegen de maximumtarieven in 2012 met 9%, daalden ze in 2013 met 3% en stegen ze in 2014 weer met 3%. De prijzen volgden ditzelfde patroon, waarbij de gemiddelde prijs in 2014 2 - 3% onder de maximumwaarde lag.

In de volgende twee hoofdstukken gaan we dieper in op de uitgaven en prijsontwikkeling voor de [curatieve ggz](#) (hoofdstuk 4) en [langdurige ggz](#) (hoofdstuk 5) en volgen de conclusies.





## 4. Uitgaven curatieve ggz

1

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de uitgaven aan de curatieve ggz. Door de invoering van de basis- en gespecialiseerde ggz en door de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten, is een gedetailleerd overzicht van de uitgaven voor de curatieve ggz complex. Ook de invoering van de dbc's en de invoering en afschaffing van eigen bijdragen spelen een rol.

2

3

### Achterliggende cijfers uitgaven curatieve ggz

In deze tabel staan de uitgaven aan curatieve zorg gespecificeerd. De cijfers voor 2014 moeten gecorrigeerd worden voor het overhevelen van de jeugd-ggz naar de gemeenten. De bronnen en methoden bevat een beschrijving van hoe het financiële effect hiervan (€ 346 mln) is geschat.

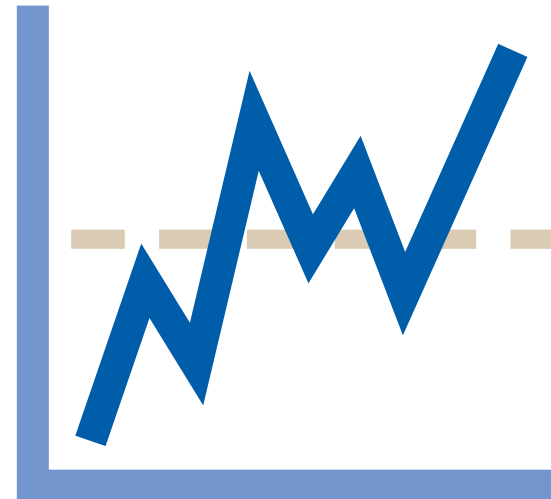
4

De totale uitgaven voor de curatieve ggz zijn in 2013 vrijwel gelijk aan dat van 2012. Ten opzichte van 2012 en 2013 is er in 2014 wel sprake van een verwachte lichte stijging van de uitgaven. Deze cijfers zijn nog met veel onzekerheid omgeven, omdat eindafrekeningen tussen aanbieders en zorgverzekeraars nog plaats moeten vinden. Ook de overheveling van de jeugd-ggz per 2015 verhoogt de onzekerheid voor 2014 cijfers.

5

6

7





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 10 **Uitgaven curatieve ggz 2011 - 2015 (in miljoenen euro's)**

		2011	2012	2013	2014	2015*
<b>Zvw Huisartsenzorg</b>						
Huisartsenzorg	poh-ggz	23	29	47	109	nb
<b>Zvw ggz</b>						
Eerstelijnszorg	Eerstelijns psychologische zorg	122	76	68	-	-
	Generalistische basis-ggz	-	-	-	229*	222*
Tweedelijns ggz (incl. dyslexie)	Tweedelijns ggz gebudgetteerd	3.633	3.549	3.942	3.534*	3.082*
	Tweedelijns ggz niet-gebudgetteerd (incl. dyslexiezorg)	534	484			
	Verblijf met behandeling > 3 jaar Lggz	-	-	-	-	70*
	Overige producten ggz	5	5	11	-	-
	Overgangsregeling prestatiebekostiging	-	-	42	-	-
	Overige regelingen	-	-	6,7	12,2	nb
<b>Totaal Zvw ggz</b>		<b>4.294</b>	<b>4.114</b>	<b>4.070</b>	<b>3.775*</b>	
Schatting effect afsluiten jeugd-dbc's 2014					346*	
<b>Zvw inclusief effect jeugd</b>		<b>4.294</b>	<b>4.114</b>	<b>4.070</b>	<b>4121*</b>	
<b>Totaal Zvw inclusief effect jeugd ggz en poh ggz</b>		<b>4.317</b>	<b>4.143</b>	<b>4.117</b>	<b>4.230*</b>	

Bron: NZa, VWS, Vektis, ZiNL (4de kwartaalstaat 2015), Rijksbegroting \*) voorlopige cijfers







1

De cijfers over 2013 zijn zo goed als definitief. Dit geldt niet voor 2014 en 2015, deze bedragen zijn nog voorlopig. Voor 2014 is 90% van het cijfer gebaseerd op verwerkte declaraties. Het resterende deel is bijgeschat. Voor 2015 zijn de bedragen nog grotendeels gebaseerd op inschattingen van zorgverzekeraars (14% van de verwachte declaraties verwerkt). Tenslotte wordt opgemerkt dat de uitgaven van de poh-ggz niet onder hetzelfde budgettaire macrokader valt als de basis- en gespecialiseerde ggz.

2

3

### Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

Voor bijna alle ggz die gedeclareerd wordt, is een contract afgesloten tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieder. In de meeste gevallen (ruim 94% van de omzet) was er sprake van een zogeheten plafondcontract. Dit is een contract met een maximumomzet (omzetplafond), waar de uiteindelijke kosten niet boven uit mogen komen. Zeer beperkt (1,5%) komen contracten zonder omzetplafond voor. Een beperkt deel van de uitgaven betreft de kosten van zorg bij zorgverleners zonder contract met de zorgverzekeraar. Het percentage niet-gecontracteerde zorg bleef de afgelopen jaren betrekkelijk stabiel, zo rond de 3,5%. Kanttekening is dat het om een schatting van zorgverzekeraars gaat op een moment dat nog niet alle zorgdeclaraties zijn verwerkt.

4

5

6

7

Tabel 11 **Percentage uitgaven niet-gecontracteerde ggz**

	2011	2012	2013	2014	2015
Percentage niet-gecontracteerd	3,2%	3,2%	4,1%	3,3%	3,5%

### Beheersing ggz-uitgaven

De vergoedingen zoals opgenomen in de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg bepalen de prijs, maar niet de totale uitgaven. Omzetplafonds bij gecontracteerde zorg doen dit wel. Naar schatting 94% van de ggz uitgaven in 2015 viel onder een omzetplafond. Mochten de jaarlijkse uitgaven het budgettaire kader voor de ggz-uitgaven overschrijden, dan kan de minister van VWS besluiten om het Macrobeheersingsinstrument (mbi) in te zetten. De overschrijding van de geraamde uitgaven kan dan worden teruggehaald bij zorgaanbieders. Medio juli 2015 liet het ministerie van VWS weten dat deze landelijke omzetgrens in 2013 niet is overschreden. Er hoeft dus voor het jaar 2013 geen geld worden teruggehaald.





1

### Omvang eigen bijdrage

Er vonden tussen 2009 en 2013 diverse aanpassingen plaats in de eigen bijdrage voor de ggz. Vóór 2012 gold in de eerstelijns ggz een eigen bijdrage van € 10 per consult. In 2012 werd deze bijdrage verhoogd naar € 20 per consult. Voor een e-healthtraject gold een eigen bijdrage van € 50. Met de introductie van de basis- en gespecialiseerde ggz in 2014 is de eigen bijdrage voor de eerstelijns ggz weer afgeschaft.

3

In 2012 was de geschatte opbrengst van deze eigen bijdrage met € 136 miljoen het hoogste. Van dit bedrag was € 16 miljoen afkomstig uit de eerste lijn en € 120 miljoen uit de tweede lijn. De eigen bijdrage verviel met de invoering van de basis-ggz in 2014. De eigen bijdrage staat los van het eigen risico in de Zorgverzekeringswet.

4

Tabel 12 **Schatting eigen bijdragen ggz 2009 - 2014**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Zvw	13	13	13	136	16	-

Bron: NZa, Vektis, DIS

6

7

### Uitgaven geneesmiddelen

Drie groepen geneesmiddelen die vaak bij psychische problemen worden toegepast zijn antidepressiva (€ 100 miljoen in 2014), antipsychotica (€ 84 miljoen) en ADHD-middelen (€ 26 miljoen).

Tabel 13 **Overzicht uitgaven psychofarmaca 2009 - 2014 (in miljoenen euro's)**

	2010	2011	2012	2013	2014
Antidepressiva	92	96	95	98	100
Antipsychotica	123	127	97	84	84
ADHD-middelen	18	20	21	22	26

Bron: ZINL, GIPdatabank

De gemiddelde kosten per patiënt bleven van 2010 tot 2014 voor antidepressiva en ADHD-middelen relatief stabiel. Voor de antipsychotica is sprake van een forse daling. Dit hangt samen met het aflopen van het patent op twee veelgebruikte middelen in 2011, waarna er nieuwe, goedkopere versies op de markt kwamen.

Zie ook Tabel 14 op de volgende pagina.





1

2

3

4

5

6

7

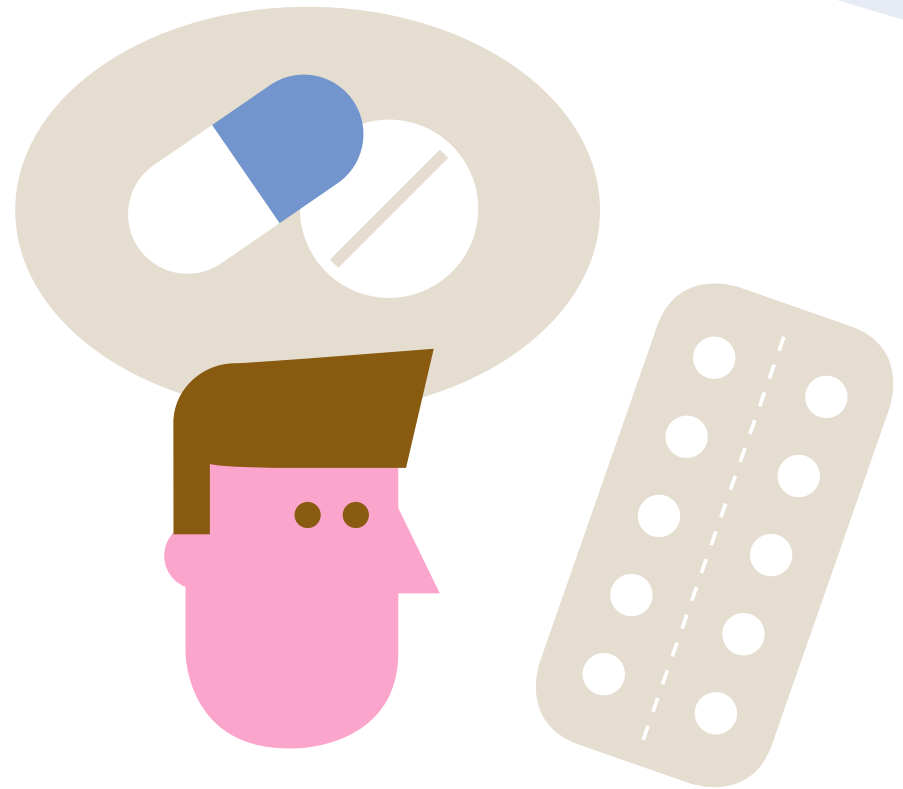
Tabel 14 **Overzicht gemiddelde kosten per patiënt psychofarmaca 2009 - 2014 (in euro's)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antidepressiva	98	98	100	98	100	99
Antipsychotica	452	451	457	339	287	276
ADHD-middelen	114	123	122	118	116	126

Bron: ZINL, GIPdatabank

#### **Uitgaven aan ggz-behandelingen in 2013**

De daadwerkelijke dbc-uitgaven kan worden uitgesplitst naar hoofdgroep. In het bekostigingsmodel van de ggz zijn er 15 hoofddiagnosegroepen. Er zijn daarnaast nog een drietal speciale groepen: 'diagnostiek', 'crisis', en 'behandeling kort'. Een behandeling wordt 'kort' genoemd als de tijd die een behandelaar contact heeft met de patiënt of zijn/haar naasten maximaal 250 minuten betreft (dit is bijvoorbeeld het geval bij 5 à 6 gesprekken van 45 minuten).





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 15 **Uitgaven aan ggz-behandelingen (dbc's) in 2013 per hoofdgroep (in miljoenen €)**

DBC-productgroep	Uitgaven
Diagnostiek	90
Crisis	124
Behandeling kort	104
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	279
Pervasieve stoornissen (autismespectrumstoornissen)	292
Overige stoornissen in de kindertijd	168
Aan alcohol gebonden stoornissen	214
Aan overige middelen gebonden stoornissen	224
Depressieve stoornissen	594
Angststoornissen	395
Somatoforme stoornissen	74
Eetstoornissen	77
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	536
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	167

DBC-productgroep	Uitgaven
Persoonlijkheidsstoornissen	400
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	109
Restgroep diagnoses	90
Andere aandoeningen die een reden voor zorg kunnen zijn	0
Niet bekend / overig	14
<b>Totaal uitgaven ggz-behandelingen (dbc's) in 2013</b>	<b>3.951</b>

Bron: Vektis





1

2

3

4

5

6

7

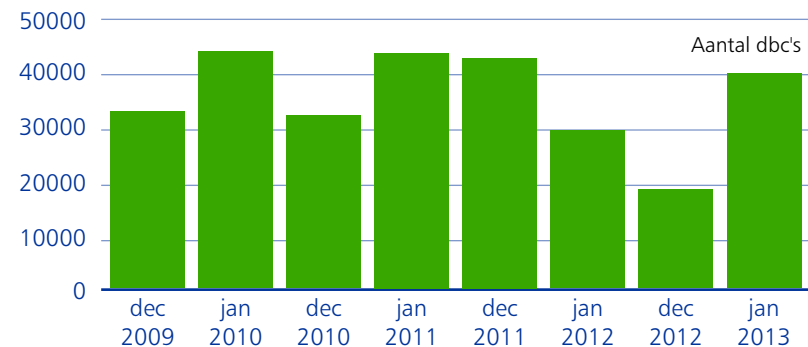
## Omvang curatieve ggz-behandelingen (dbc's) in 2012 - 2013 nader bekeken

Voor deze analyse zijn de dbc's gewaardeerd met de maximum-tarieven, in plaats van de werkelijke prijzen zoals in de tabel met ggz-uitgaven hierboven. De ontwikkeling in deze dbc waarde kan, na correctie voor tariefswijzigingen, opgevat worden als een volumeontwikkeling. De volumeontwikkeling kan opgesplitst worden in een verandering in het aantal patiënten, en een verandering in het aantal en type dbc's per patiënt. Wat de uitgaven voor de curatieve ggz betreft ligt de focus in deze marktscan op de jaren 2012 en 2013. Het dbc-volume in maximumtarieven bedroeg € 3,7 miljard in 2012 en € 4,1 miljard in 2013 (op basis van de maximumtarieven). De stijging van de financiële dbc-waarde was daarmee 12%. Na correctie voor een landelijk gemiddelde tariefstijging van ongeveer 3% volgt het volume-effect. In de Vektis-declaratiegegevens is dit volume-effect 7%. Deze stijging wordt deels veroorzaakt door meer patiënten in 2013, ongeveer 2-3%. Het resterende percentage (4 - 5%) moet dan veroorzaakt zijn door declaratie van meer en/of duurdere dbc's per patiënt. Dit kan deels verklaard worden door de invoering van bekostiging op basis van dbc's in 2013. Diverse instellingen geven in hun jaarverslagen over 2013 aan dat in dat jaar nog een slag gemaakt is met het registreren van activiteiten in factureerbare dbc's.

## Gevolgen eigen bijdrage ggz 2012

Het gevolg van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz in 2012 was dat in december 2011 meer behandelingen werden gestart (meer dbc's werden geopend) dan op grond van eerdere jaren mocht worden verwacht. Eind 2012, toen bekend was dat de eigen bijdrage in 2013 weer afgeschaft zou worden, werden juist minder behandelingen gestart (minder dbc's geopend) dan verwacht. Dit wordt duidelijk uit figuur 3. Uit figuur 4 blijkt dat van een dergelijk patroon in de jeugd-ggz, waar geen eigen bijdrage gold, geen sprake is.

Figuur 3 Aantal initiële dbc's bij volwassenen, per maand



Bron: DIS-data januari 2015





1

2

3

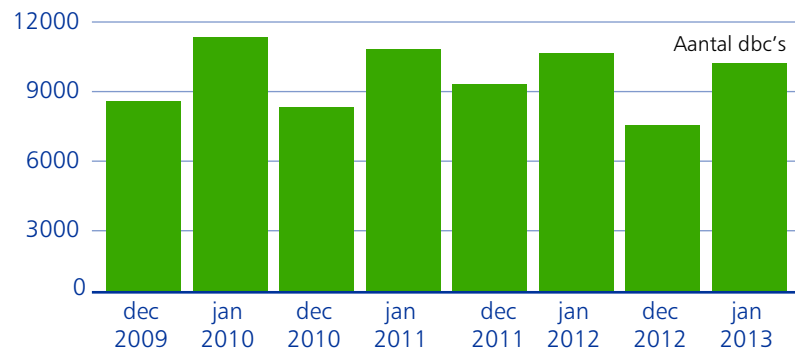
4

5

6

7

Figuur 4 **Aantal initiële dbc's bij de jeugd, per maand**



Bron: DIS-data januari 2015

Deze verschuivingen vertekenen alle cijfers die op de jaren 2011 - 2013 zijn gebaseerd: De extra behandelingen gestart eind 2011 verhogen de 2011 uitgaven voor ggz zorg die feitelijk voor een aanzienlijk deel in 2012 pas is geleverd. Ook verhogen deze gedragseffecten kunstmatig het aantal patiënten in de jaren 2011 en 2013 ten opzichte van 2012 (zie [hoofdstuk 2](#)).

### Toename zorgvraagzwaarte

In 2013 is in de ggz een indicator ontwikkeld voor de zogeheten zorgvraagzwaarte (zvz). Deze indicator biedt zorgverzekeraars informatie over de zorgvraag van een patiëntenpopulatie en de bijbehorende behandelintensiteit. Met deze informatie kunnen zorgverzekeraars ook gecompenseerd worden voor verschillen in verzekerden-populatie (zie [hoofdstuk 2](#)).

Onderstaande tabel laat zien dat tussen 2009 en 2013, en dan vooral in 2012 en 2013, de zorgvraagzwaarte-score geleidelijk toeneemt.

Tabel 16 **Verdeling zorgvraagzwaarte-scores volwassenen-ggz**

ZVZ score	2009	2010	2011	2012	2013
1	2%	2%	2%	1%	0%
2	9%	8%	7%	4%	3%
3	18%	18%	17%	13%	11%
4	27%	27%	27%	27%	27%
5	25%	26%	28%	33%	36%
6	8%	8%	8%	10%	11%
7	1%	1%	2%	2%	2%
Geen zvz-klasse te berekenen	10%	9%	9%	9%	9%

Bron: DIS





1

2

3

4

5

6

7

### Opbouw zorgvraagwaarde-indicator

De indicator is een getal tussen 1 en 7, waarbij 1 een lage zorgvraagwaarde aangeeft en 7 een hoge zorgvraagwaarde.

De indicator is opgebouwd uit vier onderdelen:

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

Op individueel niveau heeft de ZVZ-indicator een beperkte relatie met de behandelintensiteit (circa 6% van de verschillen in intensiteit wordt verklaard). De verklarende kracht neemt toe (naar circa 25%) wanneer naar verschillen in gemiddelde intensiteit tussen zorgaanbieders wordt gekeken.

### Prijzen en tarieven voor curatieve en langdurige ggz

Voor de 'prijs van zorg' zijn er diverse begrippen relevant. Bij de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt (de curatieve ggz) gaat het bij gecontracteerde zorg om prijzen die tussen zorgaanbieder en verzekeraar zijn afgesproken. Deze prijzen mogen niet hoger liggen dan de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Bij zorg die wordt bekostigd vanuit de Wlz (de langdurige ggz) stelt de NZa op voorstel van een aanbieder en een zorgkantoor een tarief vast, dat ligt op of onder een door de NZa vastgestelde maximumwaarde. Vanwege de leesbaarheid spreken we ook hier over prijzen en maximumtarieven.

### Ontwikkeling maximumtarieven curatieve ggz

De dbc-maximumtarieven hebben in de afgelopen jaren een aantal (soms aanzienlijke) wijzigingen ondergaan. Tabel 17 bevat een overzicht van de belangrijkste wijzigingen, waarbij er onderscheid gemaakt is naar tarieven voor behandeling en tarieven voor verblijf. Dit onderscheid wordt pas echt relevant na 2011, wanneer er aparte prestaties voor verblijf komen, die een andere ontwikkeling vertonen.





1

Het betreft hier gewogen gemiddelde tariefswijzigingen. Naast correctie voor prijsinflatie (indexatie) liggen er ook tariefmaatregelen (kortingen) en wijzigingen als gevolg van kostenonderzoeken aan ten grondslag. Zie voor een toelichting per jaar de bronnen en methoden.

2

Tabel 17 **Gemiddelde ontwikkeling maximumtarieven 2009 - 2015**

	2010 tot 2011	2011 tot 2012	2012 tot 2013	2013 tot 2014	2014 tot 2015
dbc-tarieven behandeling	+1,7%	+0,7%	+4,2%**	+10,2%	+1,26%
dbc-tarieven verblijf	+1,7%	-16%*	+0,2%*	+1,5%***	+1,26%

Bron: NZa \*) bij benadering; zie Bronnen en methoden \*\*) dit is inclusief tariefseffect terugdraaien 18.000+ minuten maatregel \*\*\*) voorlopig

5

De (maximum)tarieven voor de basis-ggz zijn van 2014 op 2015 geïndexeerd met 1,8%.

6

#### Prijzen curatieve ggz-behandelingen (dbc's) in 2009 - 2013

Het gemiddelde prijsniveau van dbc's ten opzichte van het door de NZa vastgestelde maximumtarief is zichtbaar in de volgende tabel.

7

Voor 2012 is een bandbreedte weergegeven, omdat voor 2012 vanwege de toen geldende eigen bijdrage het prijsniveau niet exact berekend kon worden.

Tabel 18 **Prijzen curatieve ggz-behandelingen ten opzichte van maximumtarief 2009 - 2013**

Start behandeling (openen dbc)	2009	2010	2011	2012	2013
Niet-gebudgetteerde aanbieders	94,4%	92,8%	91,3%	85-93% *	88,0%
Voormalig gebudgetteerde aanbieders	-	-	-	-	96,0%

Bron: Vektis, \*) zie tekst

Uit de tabel blijkt dat de prijs in 2013 bij voormalig gebudgetteerde aanbieders op gemiddeld 96% van het maximumtarief lag. Het prijsniveau bij niet-gebudgetteerde aanbieders (waaronder vrijgevestigde praktijken) lag gemiddeld 8% lager dan bij de voormalig gebudgetteerde instellingen. Het betreft hier het door de zorgverzekeraar vergoede bedrag. Bij niet-gecontracteerde zorg bepalen de polisvoorwaarden de hoogte van dit bedrag.







1

2

3

4

5

6

7

### Dbc-prijzen bij omzet- en prijsplafonds

Waar in de periode voor 2013 budgetten afspraken bevatten over maximaal te vergoeden uitgaven per jaar, hebben per 2013 contracten met zogeheten omzetplafonds deze rol overgenomen. Zie voor een beschrijving van deze contracten de NZa marktscan 2014 deel B. De contracten kunnen naast omzetplafonds ook prijsplafonds bevatten, waarbij een afspraak gemaakt wordt over de maximale gemiddelde prijs per patiënt. Wanneer alle declaraties die onder het contract vallen zijn verwerkt, wordt er een eindafrekening gemaakt. Pas dan wordt een definitieve vergoeding vastgesteld, en daarmee de uiteindelijke prijs. Hierdoor dient het monitoren van prijzen anders te worden ingericht. De NZa is hierover in gesprek met Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraars.

### Verdeling uitgaven per prijsklasse

In de volgende tabellen is de verdeling te zien van de verschillende prijsklassen. Hierbij zijn de prijzen in een bepaald jaar afgezet tegen de maximumtarieven in hetzelfde jaar. Er worden cijfers van 2013 getoond, het jaar van de definitieve invoering van de dbc's.

Tabel 19 Omzetaandeel dbc's per prijsklasse (als % van het maximumtarief) in 2013

Prijsklasse (% van het maximumtarief)	Voormalig gebudgetteerde instellingen	Niet-gebudgetteerde instellingen
0 - 50%	1,3%*	0,6%*
51 - 60%	0,0%	4,5%
61 - 70%	0,1%	0,9%
71 - 80%	0,2%	16,4%
81 - 90%	0,4%	24,9%
91 - 95%	2,6%	28,9%
96 - 100%	89,1%	23,6%
101 - 105% (max-max in 2013)	5,7%	0,0%
106 - 110% (max-max in 2013)	0,3%	0,1%
111% of meer (niet mogelijk)	0,2%*	0,1%*
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Totaal dbc- uitgaven 2013</b>	<b>3.382 (mln)</b>	<b>569 (mln)</b>

Bron: Vektis, \*) betreft onvolkomenheden in declaratiegegevens





1

Uit de tabellen blijkt een aanzienlijke variatie in prijs bij de niet-gebudgetteerde aanbieders. In deze groep ligt voor 16,4% van de dbc-omzet de vergoeding tussen 71 en 80% van het maximumtarief. Voor 5% van dbc-omzet bij deze aanbieders ligt de vergoeding tussen de 50% en 70% van het maximumtarief. Merk op dat de prijs hier de vergoeding van de zorgverzekeraar betreft, het deel van de factuur dat de patiënt zelf betaalt is niet zichtbaar in deze cijfers.

2

3

De prijzen bij de voormalige gebudgetteerde instellingen variëren aanzienlijk minder. Voor bijna 90% van de ggz-behandelingen in deze groep is het prijsniveau gelijk of iets onder het geldende maximumtarief. Voor de rol die dbc-prijzen spelen in de met zorgverzekeraars afgesloten contracten zie het kader 'Dbc-prijzen bij omzet- en prijsplafonds'.

4

Ook zijn er in deze groep prijzen hoger dan het maximumtarief afgesloten: het zogeheten max-max-tarief. Uit de tabel blijkt dat voor circa 6% van de omzet een max-max tarief wordt afgesproken (prijsklasse 101% - 105%). Uit een analyse op instellingsniveau blijkt dat 90% van de dbc-omzet met max-max tarieven in 2013 wordt afgesproken met zes zorgaanbieders.

5

6

7

### Prijzen basis-ggz 2014-2015

Voor de basis-ggz kunnen zorgaanbieders vier soorten behandelingen in rekening brengen: kort, middel, intensief en chronisch. We hebben voor deze marktscan een inschatting gemaakt van de prijzen in

2014 en 2015 op basis van door zorgverzekeraars geaccepteerde declaraties. De berekende prijzen worden vergeleken met de in dat jaar geldende maximumtarieven. Voor 2015 zijn de prijzen gebaseerd op ongeveer één derde van het aantal declaraties, en daarom nog voorlopig. De cijfers laten zien dat de prijzen voor de basis-ggz in 2015 ongeveer gelijk blijven aan de prijzen in 2014, behalve voor de korte behandelingen.

Tabel 20 **Daadwerkelijke prijzen voor behandelingen in de generalistische basis-ggz**

Product	Prijs 2014	Vergelijking NZa max	Prijs 2015	Percentage maximumtarief
Kort	€ 407	90%	€ 397 *	86% *
Middel	€ 695	90%	€ 701 *	89% *
Intensief	€ 1106	91%	€ 1106 *	90% *
Chronisch	€ 1074	96%	€ 1077 *	95% *

Bron: Vektis data (2014), 4<sup>e</sup> kwartaalstaat ZINL (2015) \*) voorlopig

Naast prijzen is er per basis-ggz product bekend hoeveel tijd er is besteed door de behandelaar. Hieruit volgt dat in de basis-ggz er in 2014 circa 95 euro per uur geschreven tijd is vergoed. Dit ligt hoger dan in de eerstelijns ggz in 2013, waar de vergoeding op circa 82 euro per consult lag.





# Conclusies

1

- De uitgaven aan curatieve ggz zijn in 2013 zijn ongeveer gelijk aan de uitgaven 2012. Gegeven inflatie en loonindexatie kan dit bij zorgaanbieders voor krimp zorgen.

2

De financiële dbc-waarde steeg in 2013 met 7%: dit wordt veroorzaakt door meer patiënten (2 - 3%) en iets hogere kosten per patiënt (4 - 5%).

3

- Met de invoering van dbc-bekostiging in 2013 kunnen sectorbreed prijzen vergeleken worden. Het blijkt dat de voormalig gebudgetteerde aanbieders in 2013 een hoger prijsniveau hadden dan de andere zorgaanbieders. Bij de voormalig gebudgetteerde aanbieders was voor 6% van de dbc-omzet een max-maxprijs afgesproken (de prijs lag tussen de 1% en 5% boven het maximumtarief).

4

- In 2013 zijn de budgetten veelal vervangen door contracten met omzeten prijsplafonds. Dit is nodig om de uitgaven te beheersen. Als neveneffect volgt dat het monitoren op prijzen anders moet worden ingericht. De NZa gaat met het Zorginstituut en Zorgverzekeraars in gesprek hierover.

5

- In 2014 verwachten we € 230 mln aan uitgaven voor de basis-ggz. Dit is ruwweg 2,5 keer zoveel als de uitgaven aan ggz in de voormalige eerste lijn. Hoewel het aantal patiënten ongeveer gelijk is gebleven, worden er in de basis-ggz in vergelijking met de voormalig eerstelijns meer uren zorg per patiënt geleverd tegen gemiddeld een iets hogere prijs per uur. Een mogelijke verklaring is een zwaardere zorgvraag.

6

7

- De uitgaven aan gespecialiseerde ggz in 2014 zijn nog onzeker. De verwachting is dat deze lager zullen liggen dan het jaar ervoor vanwege de invoering van de basis-ggz.
- In de basis-ggz was voor 2014 het gemiddelde prijsniveau 90% van het maximumtarief, behalve voor het product 'chronisch', waar de prijs hoger lag.
- Zorgverzekeraars verwachten voor 2015 dat circa 3,5% van de uitgaven niet-gecontracteerde zorg betreft. Dit percentage is vergelijkbaar met eerdere jaren.





1

2

3

4

5

6

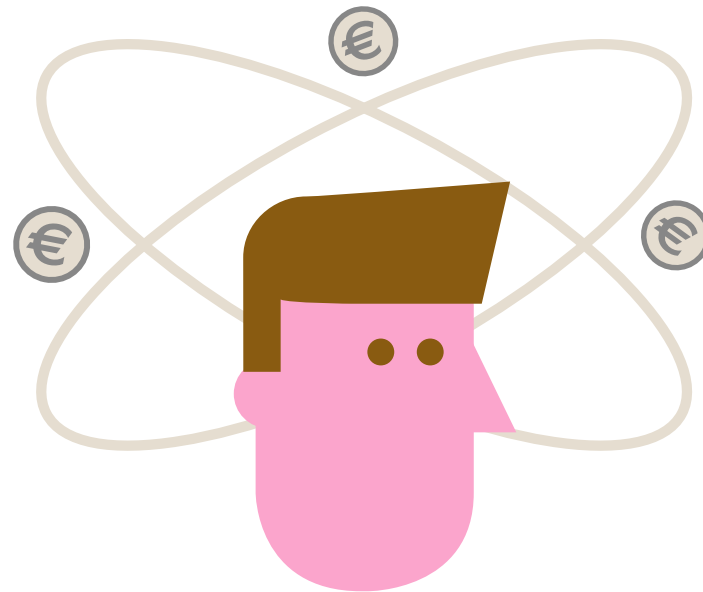
7

## 5. Gebruik en kosten langdurige ggz

De langdurige ggz had de afgelopen jaren met eigen stelselwijzigingen te maken, zoals de afschaffing van de AWBZ en de invoering van Wet langdurige zorg. In dit hoofdstuk gaan we in op enkele recente ontwikkelingen, zoals een afvlakking van de groei van de uitgaven en de daling van het aantal verblijfsdagen in ggz-instellingen.

### Uitgavenontwikkeling

De uitgaven voor de langdurige ggz stegen de afgelopen jaren, blijkt uit de tabel op de volgende pagina. In 2010 ging het om ruim € 1,9 miljard, in 2014 om ongeveer € 2,35 miljard. De groei van de uitgaven neemt af sinds 2013. Van 2010 - 2012 was er sprake van een gemiddelde groei van 9,9%. In 2013 stegen de uitgaven met 0,4% en in 2014 met 1,2%. In 2015 is sprake van een forse daling: dit komt door de afschaffing van de AWBZ en de invoering van de Wmo en Wlz.





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 21 **Uitgaven aan langdurige ggz (in miljoenen €)**

Segment	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	
Lggz	Voortgezet verblijf vanwege behandeling (zpz b)	534	546	600	565	560	493*
	Kleinschalig wonen (zpz c)	712	813	953	953	948	0
	Gespecialiseerde ambulante begeleiding (psy)	186	208	233	253	260	9*
	overig	185	207	228	252	283	41*
	Kapitaallasten ggz*	300	300	300	300	300	100
<b>Totaal</b>	<b>1.917</b>	<b>2.074</b>	<b>2.314</b>	<b>2.323</b>	<b>2.351</b>	<b>643*</b>	

Bron: NZa rekenstaten, peildatum februari 2015, \*) voorlopig, onderschatting.

De gespecialiseerde ambulante begeleiding verdwijnt na de overheveling naar gemeenten in 2015 niet volledig uit de cijfers, omdat deze zorg ook gegeven mag worden aan specifieke doelgroepen in de Wet langdurige zorg (Wlz).

### Uitgaven per zorgzwaartepakket

In de langdurige ggz wordt zoals eerder vermeld een onderscheid gemaakt tussen de categorieën zpz-b en zpz-c. Zpz-b is zorg met verblijf, gericht op behandeling. Bij zpz-c gaat het om beschermd wonen, een vorm van zorg die vanaf 2015 door de gemeenten wordt gefinancierd via de Wmo.

Beide categorieën kennen een onderverdeling van lichte tot zware zorgzwaartepakketten, uitgedrukt in een cijfer. In de uitgaven vindt een verschuiving plaats van lichtere naar zwaardere pakketten. In de categorie zpz-b groeit de omzet voor de indicaties zpz's 5 en 7. Dit zijn tegelijkertijd de indicaties met de hoogste absolute omzet. De uitgaven voor de overige zpz's (1 - 4 en 6) daalden.





1

2

3

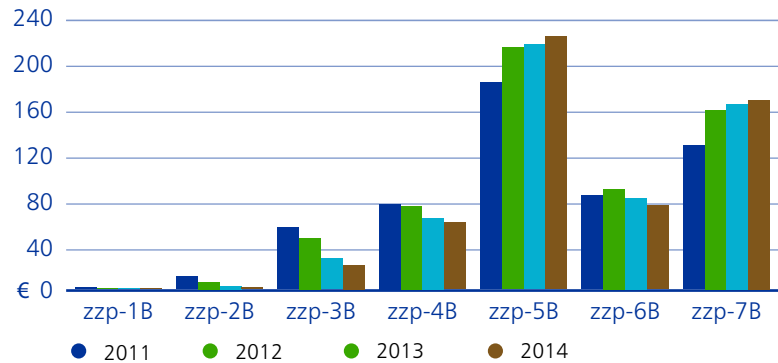
4

5

6

7

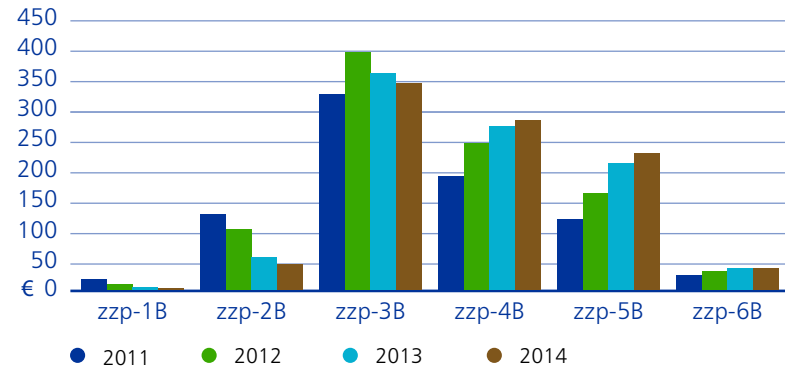
Figuur 5 **Uitgaven langdurige ggz gericht op behandeling (zzp-b, in miljoenen euro's)**



Bron: NZa peildatum februari 2015.

In de categorie zzp-c zijn de zzp's 3 - 5 verantwoordelijk voor de hoogste kosten. De grootste groei in de uitgaven vindt ook hier plaats bij de zwaardere zzp's (4 - 6), terwijl uitgaven aan de lichtere zorgzwaartepakketten (1 - 3) dalen.

Figuur 6 **Uitgaven beschermd wonen (zzp-c, in miljoenen euro's)**



Bron: NZa peildatum februari 2015.

### Uitgaven overige langdurige ggz

De groei van de uitgaven aan 'overige' ggz is niet gelijk verdeeld over de diverse categorieën. Dit blijkt uit bijgaande tabel. In 2012 stegen de uitgaven voor 'Volledig pakket thuis' bijvoorbeeld met meer dan 100%, en in 2013 met 80%. Ook de uitgaven voor 'klinisch intensieve behandeling' stegen tot en met 2014 sterk. Bij 'dagbesteding & vervoer' is in dezelfde periode sprake van een lichte toename. In 2015 vonden de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Wmo en Jeugdwet plaats. Hierdoor vervielen de categorieën 'Kinder- en jeugdpsychiatrie', 'Volledig pakket thuis' en 'Dagbesteding en vervoer' (vrijwel) volledig.



1

Tabel 22 **Uitgaven 'overige' langdurige ggz (in miljoenen euro's)**

Categorie	2011	2012	2013	2014	2015*
Kinder- en jeugd psychiatrie	74	70	71	75	0
Per dag zzp klinisch intensieve behandeling	22	33	39	47	40*
Volledig pakket thuis	7	15	27	37	0
Dagbesteding & vervoer	104	110	115	124	1*
<b>Totaal</b>	<b>207</b>	<b>228</b>	<b>252</b>	<b>283</b>	<b>41*</b>

Bron: NZa, peildatum februari 2015 \*) voorlopig, zie ook voetnoot 3

5

### Ontwikkeling aantal dagen verblijf in de langdurige ggz

Sinds 2011 is er voor de categorie zzp-b sprake van een daling in het aantal verblijfsdagen. In 2011 ging het nog om bijna 3 miljoen dagen, in 2015 volgens een voorlopige schatting om ruim 2,4 miljoen dagen. In de categorie zzp-c was tot 2012/2013 sprake van een stijging naar ruim 7,2 miljoen dagen, daarna zette eveneens een daling in. Vanwege de overgang naar de Wmo daalden de uitgaven voor zzp-c in 2015 tot nul.

6

7

Tabel 23 **Ontwikkeling aantal dagen verblijf langdurige ggz (in 1.000 dagen)**

Categorie zzp's	2011	2012	2013	2014	2015*
zzp ggz-b	2.949	2.911	2.767	2.670	2.410*
zzp ggz-c	6.817	7.263	7.238	6.967	0
<b>Totaal</b>	<b>9.766</b>	<b>10.173</b>	<b>10.005</b>	<b>9.636</b>	<b>2.410*</b>

Bron: NZa, peildatum februari 2015 \*) voorlopig, zie ook voetnoot 3

Opgeteld steeg het aantal verblijfsdagen in de langdurige ggz in 2012 met 4,2%, terwijl het in 2013 en 2014 daalde met respectievelijk 1,7% en 3,7%. In hoofdstuk 7 worden deze cijfers omgerekend naar het aantal 'plaatsen' en betrokken in een analyse van de ontwikkeling van de capaciteit in de gehele ggz sector ([curatief en langdurige ggz gecombineerd](#)).

3 De cijfers 2015 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2015 verwerkt en niet de beschikingsronde 2015. Dit is aangeduid met een asterisk. De verwachting is dat de definitieve cijfers hoger uit zullen vallen.





1

De ontwikkeling van het aantal dagen verblijf binnen de twee zzp categorieën lijkt sterk op de uitgavenontwikkeling. Deze cijfers zijn daarom als tabel opgenomen in de bijlage 'Bronnen en methoden'.

2

### Ontwikkeling aantal uren gespecialiseerde begeleiding

In de categorie gespecialiseerde begeleiding is sinds 2011 sprake van een stijging van het volume. De stijging is gelijkmatig verdeeld over de jaren. In 2015 was sprake van een sterke daling vanwege de afschaffing van de AWBZ.

3

Tabel 24 **Aantal uren gespecialiseerde begeleiding (in miljoen uren)**

Categorie	2011	2012	2013	2014	2015*
Gespecialiseerde begeleiding voor mensen met een psychiatrische indicatie	2,5	2,7	3,0	3,1	0,1*

Bron: NZa, peildatum februari 2015 \*) voorlopig, zie ook voetnoot 3

5

De ontwikkeling van het volume voor de overige categorieën staat beschreven in de bijlage 'Bronnen en methoden'.

6

7

3 De cijfers 2015 zijn voorlopige cijfers. Hierin is alleen de budgetronde 2015 verwerkt en niet de beschikingsronde 2015. Dit is aangeduid met een asterisk. De verwachting is dat de definitieve cijfers hoger uit zullen vallen.

### Prijsontwikkeling langdurige ggz

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen afspraken maken die afwijken van de door de NZa vastgestelde tarieven voor de langdurige ggz (zzp b- en c-pakketten). De tabellen tonen achtereenvolgens de ontwikkeling van de maximumtarieven van de zzp's, de gemiddelde korting en de afgesproken prijzen. Het betreft gewogen gemiddeldes van de verschillende zorgprestaties binnen de b- en c-pakketten. Het prijsniveau van de zorgprestaties verschilt onderling niet veel. De cijfers voor 2015 zijn nog voorlopig, maar zullen naar verwachting niet veel veranderen.

Tabel 25 **Ontwikkeling maximumtarieven langdurige ggz**

Ontwikkeling tussen de jaren	zzp-b	zzp-c	Totaal langdurige ggz
2011 - 2012	+8,9%	+9,1%	+9,0%
2012 - 2013	-2,6%	-2,6%	-2,6%
2013 - 2014	+2,9%	+2,9%	+2,9%
2014 - 2015	-0,3%	n.v.t.	-0,3%

Bron: NZa, peildatum februari 2015





1

Tabel 26 **Gemiddeld prijsniveau in de langdurige ggz (als % van het maximumtarief)**

Categorie	2011	2012	2013	2014	2015
zpz-b	98,9%	98,3%	97,9%	97,6%	96,8%
zpz-c	98,7%	97,8%	97,4%	97,0%	n.v.t.

Bron: NZa, peildatum februari 2015

3

Tabel 27 **Ontwikkeling afgesproken prijzen zorgzwaartepakketten langdurige ggz**

Ontwikkeling tussen de jaren	zpz-b	zpz-c	Totaal langdurige ggz
2011 - 2012	+8,3%	+8,0%	+8,1%
2012 - 2013	-3,0%	-3,0%	-3,0%
2013 - 2014	+2,5%	+2,5%	+2,5%
2014 - 2015	-1,1%*	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa, peildatum februari 2015 \*) voorlopig

Sinds 2011 daalt het niveau langzaam van de tarieven in de langdurige ggz ten opzichte van het maximum. De tarieven lijken de ontwikkeling van het maximumtarief te volgen.

### Beperkte prijsverschillen na afschaffen ondergrens zpz-tarieven

Voor 2011 en 2012 gold in de langdurige ggz niet alleen een door de NZa vastgesteld maximumtarief maar ook een ondergrens van 94% van dit bedrag. In 2013 gold voor het eerst alleen een maximumtarief en geen minimumtarief. In 2013 en 2014 waren er beperkt prijsverschillen tussen de aanbieders van ggz in de tarieven voor langdurige zorg: de spreiding was circa 2% rond de gemiddelde prijs. In vergelijking met 2012 is de spreiding slechts licht (een halve procentpunt) toegenomen.

5

6

7





# Conclusies

1

- Van 2013 op 2014 is de zorgverzekering beperkt. In de jaren ervoor was er een relatief hoge toename van de zwaardere zorgzwaartepakketten zichtbaar. Het aantal dagen 'voortgezet verblijf' (zpz-b) daalt zowel in 2013 als 2014. Dit hangt samen met de beddenafbouw in de ggz (zie hoofdstuk 8). Het aantal dagen 'beschermde wonen' (zpz-c) was stabiel tussen 2012-2013 en daalt in 2014 met 4%, na een jarenlange groei. Ook dit hangt samen met de beddenafbouw (zie hoofdstuk 7).

2

3

- De prijzen in de langdurige ggz liggen dicht op de maximumtarieven en volgen de ontwikkeling van de maximumtarieven in de tijd.

4

- In de langdurige ggz zijn er in 2014 beperkte prijsverschillen tussen aanbieders binnen een bandbreedte van 2% rond het gemiddelde.

5

- Na afschaffing van de ondergrens voor de prijzen in 2013 is de prijsvariatie van zorgzwaartepakketten tussen de zorgaanbieders nauwelijks toegenomen.

6

7





## 6. Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf

1

2

3

4

5

6

7

Een van de taken van de NZa is het toezicht houden op de toegankelijkheid van de zorg. Hoe snel krijgen patiënten de zorg waar ze recht op hebben? Voor deze marktscan onderzocht de NZa de wachttijden voor de ambulante gespecialiseerde ggz, dat is de zorg voor patiënten die niet zijn opgenomen. In dit hoofdstuk gaan we nader op de resultaten in.

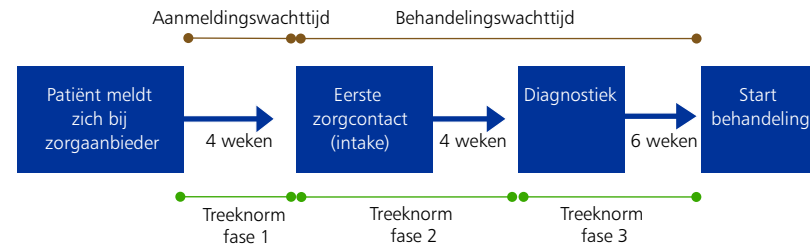
We maken een onderscheid in de wachttijden voor de aanmelding (het eerste contact) in de ggz, en de wachttijd voor de behandeling van start gaat. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hebben met elkaar maximale wachttijden vastgesteld, de zogenoemde Treeknormen. De NZa neemt deze zogeheten Treeknormen als uitgangspunt om vast te stellen of burgers tijdig toegang hebben tot zorg. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te zorgen verzekerden binnen die normen de zorg krijgen waar ze recht op hebben ([bekijk de zorgplicht](#)).

### Wat zijn de normen voor wachttijden in de ggz?

De Treeknormen voor de ggz zijn voor deze marktscan onderverdeeld in een wachttijd bij aanmelding en een wachttijd tot de start van de behandeling. Opgeteld is de maximaal

aanvaardbare wachttijd 14 weken. De NZa gebruikt de gemiddelde wachttijden en de wachttijden per zorglocatie om de toegankelijkheid van de ggz in beeld te brengen.

Figuur 7 **Aanmeldingswachttijd en behandelingswachttijd**



### Wachttijden gepubliceerd door zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn verplicht om hun wachttijden te publiceren. Daarbij gaat het om een zo realistisch mogelijke inschatting; de daadwerkelijke wachttijd kan door omstandigheden korter of langer uitvallen. Bijvoorbeeld als zich onverwacht meer patiënten melden. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. De NZa verzamelt deze gegevens om de wachttijden in kaart te brengen. Dit landelijke beeld moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd,





1

2

3

4

5

6

7

zie ook het document Bronnen en Methoden. Ook uit de landelijke registratie van zorgdeclaraties (het dbc-Informatiesysteem DIS) kunnen wachttijden worden berekend, maar dit kan pas achteraf. Dit maakt het wel mogelijk om nauwkeuriger te berekenen hoeveel patiënten langer dan de norm hebben gewacht. Uiteindelijk kan alleen voor individuele patiënten worden vastgesteld of de zorgverzekeraar zich aan zijn wettelijke plicht heeft gehouden om voldoende zorg in te kopen die toegankelijk is binnen de normen voor wachttijden. Voor meer informatie over de gebruikte methodiek, zie het document 'Bronnen en methoden marktscan ggz 2015'.

### Gemiddelde wachttijden ggz zonder verblijf 2014 - 2015

Tabel 28 **Gemiddelde wachttijd tot aanmelding ggz zonder verblijf, in weken**

Gemiddelde aanmeldings-wachttijd	Juli 2014	Juli 2015	November 2015	Treeknorm
Jeugd	6,0	6,6	5,7	4
Volwassenen	4,5	5,5	5,6	4
Ouderen	2,6	2,8	2,8	4
Verslavingszorg	2,6	2,4	3,0	4

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Uit de cijfers blijkt dat bij de gespecialiseerde ggz voor volwassenen, de aanmeldwachttijd in 2015 ongeveer 1 week steeg tot 5,6 weken. Dit is langer dan de norm. Voor ouderen en in de verslavingszorg ligt de ggz-wachttijd gemiddeld rond de 2,5 - 3 weken. Omdat over deze laatste groepen minder gegevens beschikbaar zijn, is het niet mogelijk om een trend af te leiden (zie Bronnen en Methoden). De cijfers laten ook zien dat voor alle doelgroepen de aanmeldwachttijden aan het einde van het jaar 2015 niet langer waren dan medio 2015. Dit betekent dus dat inkoopafspraken (bijvoorbeeld omzetplafonds), geen effect hebben op de lengte van de wachttijden door het jaar heen. Als dat namelijk wel het geval is, dan zou je verwachten dat de wachttijden aan het einde van het jaar langer zijn dan in juli vanwege het voortijdig bereiken van de omzetplafonds.

De tabel laat daarnaast zien dat in 2014 en 2015 de gemiddelde wachttijd tot aanmelding voor de jeugd-ggz ongeveer 6 weken is: dit is ruim boven het maximum van 4 weken. Eventuele veranderingen in de zorginkoop door gemeenten (bijvoorbeeld het inzetten van andere vormen van jeugdhulp of op een andere wijze bekostigen van de zorg) kunnen effect hebben op de wachttijden bij aanbieders. Ook zijn de wachttijden hier beperkt tot de jeugd-ggz, en niet voor andere vormen van jeugdhulp die onder de jeugdwet vallen.





1

2

3

4

5

6

7

### Wachttijden jeugd-ggz na overheveling naar de jeugdwet

De overheveling van de jeugd-ggz in 2015 betekent dat de gemeenten voortaan niet alleen verantwoordelijk zijn voor inkoop en bekostiging van de jeugd-ggz, maar ook voor het toezicht op de naleving van de regels en het handhaven van overtredingen. De NZa heeft hier geen regulerende en toezichthoudende taken meer. In ons onderzoek hebben we voor het overgangsjaar 2015 nog wel de gegevens over de wachttijden van de jeugd-ggz verzameld en geanalyseerd. In toekomstige rapportages en analyses zullen cijfers over de jeugd-ggz alleen worden meegenomen, als daar vanuit onze analyses in het kader van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg aanleiding toe is.

De wachttijden tot de start van de behandeling blijven voor alle doelgroepen onder de norm van 10 weken. Ook hier is de wachttijd bij de jeugd-ggz het langst. Er komt geen eenduidig beeld naar voren over trends in de wachttijden tot de behandeling. Hierbij merken we op dat slechts de helft van alle locaties een behandelwachttijd vermelden.

Tabel 29 Gemiddelde behandelingswachttijden ggz zonder verblijf, in weken

Gemiddelde behandelingswachttijd	Juli 2014	Juli 2015	November 2015	Treeknorm
Jeugd	7,5	5,8	6,6	10
Volwassenen	4,4	5,4	4,8	10
Ouderen	4,7	3,8	3,6	10
Verslavingszorg	3,1	2,5	3,5	10

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

### Gemiddelde wachttijden per instellingslocatie

Omdat het bij bovengenoemde cijfers om gemiddelden gaat, brengen we ook de gemiddelde wachttijden per instellingslocatie in beeld. Het blijkt dat de stijging in aanmeldwachttijd gepaard gaat met een stijging in het aantal locaties waar de aanmeldwachttijd boven de Treeknorm uitkomt, vooral bij de ggz voor de jeugd en voor volwassenen. Voor een beperkt aantal locaties loopt de aanmeldings- of de behandelingswachttijd zelfs op tot boven de 20 weken.





1

2

3

4

5

6

7

Tabel 30 **Instellingslocaties met aanmeldingswachttijd hoger dan Treeknorm (in %)**

	Juli 2014	Juli 2015	November 2015
Jeugd	46%	56%	53%
Volwassenen	27%	39%	40%
Ouderen	7%	15%	13%
Verslavingszorg	8%	7%	11%

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal locaties waar de aanmeldingswachttijd hoger ligt dan de Treeknorm, stijgt tussen 2014 en 2015. Bij de jeugd-ggz bijvoorbeeld is een stijging van 46% tot 53% te zien, en bij de volwassenen van 27% tot 40%.

Tabel 31 **Instellingslocaties met behandelingswachttijd hoger dan Treeknorm (in %)**

	Juli 2014	Juli 2015	November 2015
Jeugd	25%	17%	26%
Volwassenen	11%	11%	8%
Ouderen	2%	2%	0%
Verslavingszorg	2%	0%	8%

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Deze cijfers laten zien dat voor de jeugd-ggz in 2015 bij 17 tot 26% van de locaties een te hoge wachttijd voor de behandeling was. Bij de overige doelgroepen is dit percentage lager. Een trend over de jaren is niet goed te geven. Deze cijfers laten alleen te lange wachttijden per locatie zien, dit zegt nog niets over het aantal patiënten dat moest wachten, of de lengte van de wachttijd: dit kan ook één dag langer zijn. De gemiddelde wachttijd tot de behandeling ligt bij de instellingslocaties op de norm. Dit zorgt ervoor dat een kleine stijging van de wachttijden een groot effect heeft op de genoemde percentages.



1

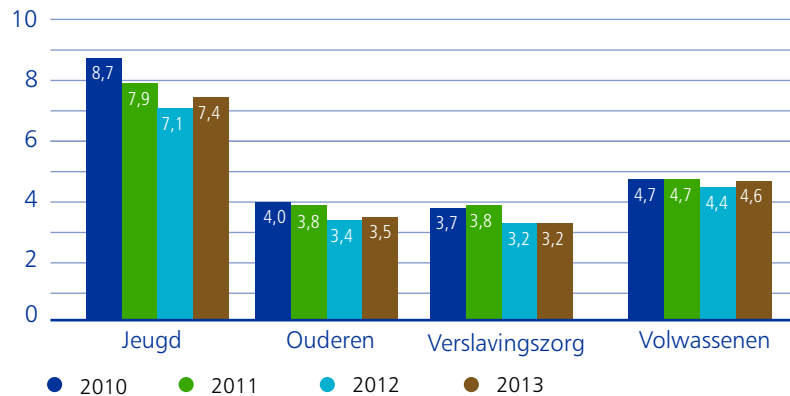
### Wachttijden 2010 - 2013 op patiëntniveau

In het DBC-Informatiesysteem (DIS) staat welke zorg er op patiëntniveau geregistreerd is. Dit geeft aanvullende informatie over de wachttijden, ook al is dit uit eerdere jaren dan de informatie in de vorige paragrafen. Op basis van de informatie in het dbc-informatiesysteem, stellen we vast dat in de periode 2010 - 2013 de wachttijden lijken te dalen. In het jaar 2013 is wel een lichte stijging te zien voor de meeste doelgroepen.

2

3

Figuur 8 Gemiddelde aanmeldingswachttijd in de ggz 2010 - 2013 (in weken, op basis van DBC-Informatiesysteem)



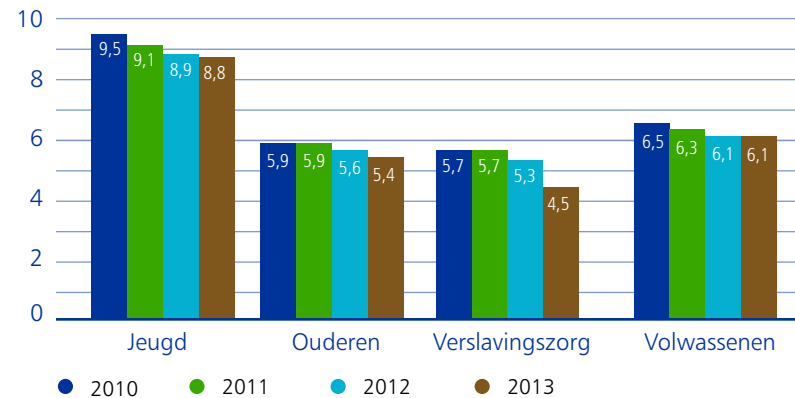
4

5

6

7

Figuur 9 Gemiddelde behandelingswachttijd in de ggz 2010 - 2013 (in weken, op basis van DBC-Informatiesysteem)



### Hoeveel patiënten wachten langer dan de norm?

In de tabellen op de volgende pagina staat bij hoeveel procent van de patiënten de wachttijd langer was dan de Treeknormen. Deze informatie is ontleend aan het DBC-Informatiesysteem (DIS).





1

Tabel 32 **Overschrijding wachttijd tot aanmelding (op patiëntniveau)**

Patiënten	2010	2011	2012	2013
Jeugd	58%	52%	50%	51%
Volwassenen	34%	33%	29%	34%
Ouderen	29%	27%	23%	24%
Verslavingszorg	27%	25%	21%	19%

Bron: DIS. Peildatum januari 2015

2

3

4

5

6

7

Tabel 33 **Overschrijding wachttijd tot behandeling (op patiëntniveau)**

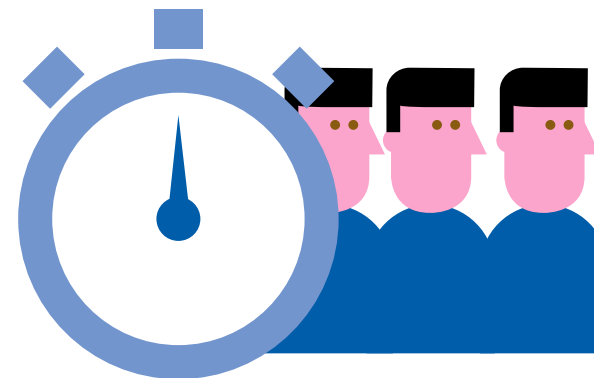
Circuit	2010	2011	2012	2013
Jeugd	38%	35%	35%	35%
Volwassenen	22%	21%	20%	20%
Ouderen	19%	18%	17%	16%
Verslavingszorg	15%	15%	14%	9%

Bron: DIS. Peildatum januari 2015

Uit de cijfers blijkt dat het percentage patiënten dat langer wacht dan de treeknorm, in het algemeen daalt tussen 2010 en 2013. Bij de jeugd vinden de grootste overschrijdingen plaats. Circa 51% van de patiënten onder de 18 jaar, wachtte in 2013 langer dan de Treeknorm tot het eerste zorgcontact. Daarnaast wachtte 35% langer dan de norm op de start van de behandeling. Voor de volwassenen-ggz zijn deze percentages respectievelijk 34% en 20%.

### Wachttijden per diagnosegroep

In het figuur op de volgende pagina is te zien hoe lang de gemiddelde wachttijd is per diagnosegroep in de jeugd-ggz. De verticale streep is de Treeknorm.







1

2

3

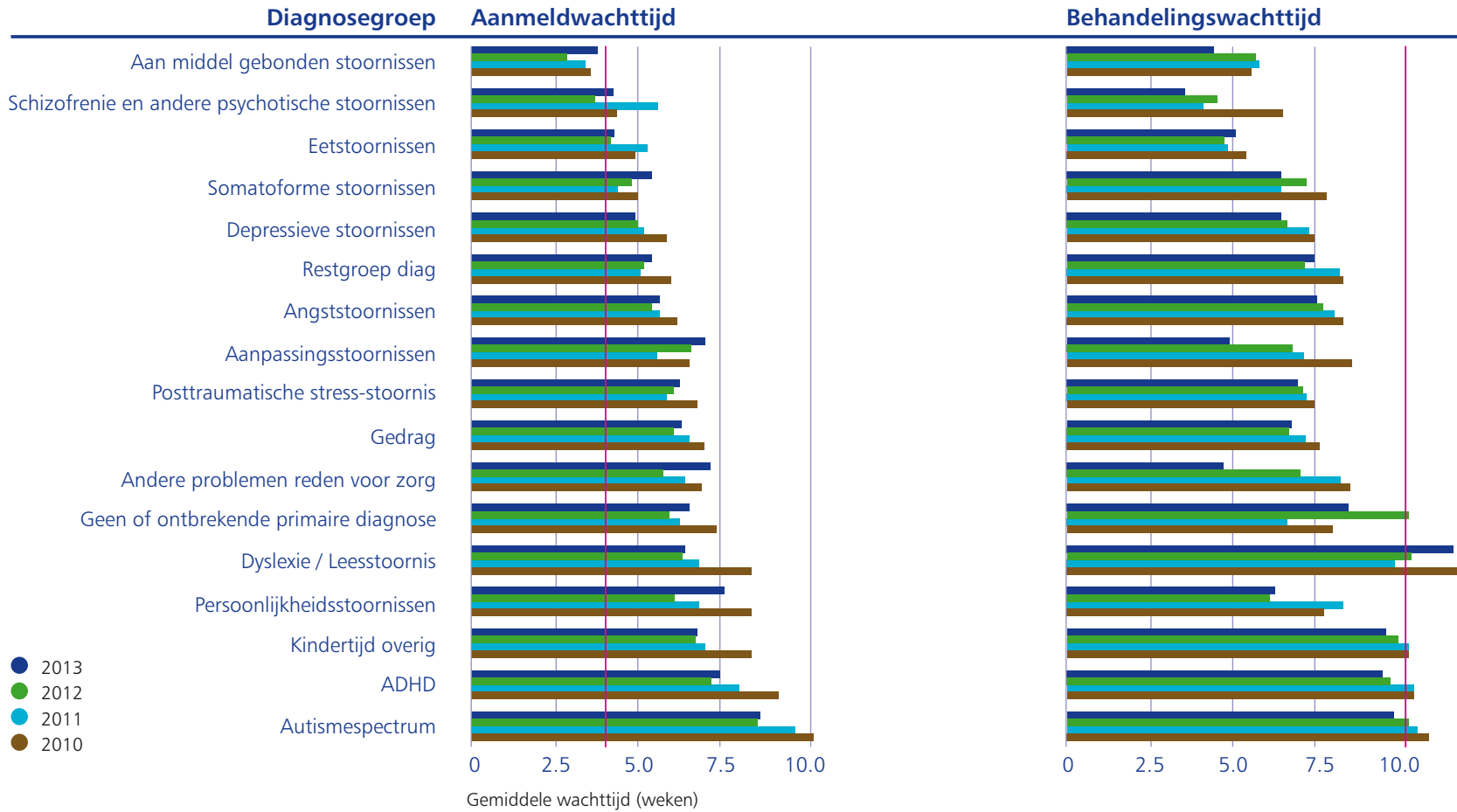
4

5

6

7

Figuur 10 **Jeugd-ggz**



- 2013
- 2012
- 2011
- 2010





1

2

3

4

5

6

7

Uit de cijfers blijkt dat de wachttijden in de jeugd-ggz aanzienlijk verschillen per diagnose. De gemiddelde aanmeldwachttijd is meestal langer dan de norm. Patiënten met aan middel gebonden stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen en eetstoornissen, hebben de kortste aanmeldwachttijd in 2013. Patiënten met de diagnoses ADHD, persoonlijkheidsstoornissen of autismespectrum moeten gemiddeld het langste wachten tot het eerste zorgcontact. De wachttijd tot de behandeling ligt meestal onder de Treeknorm. Patiënten met de diagnoses schizofrenie en andere psychotische stoornissen en eetstoornissen, hebben gemiddeld de kortste wachttijd tot de behandeling. Dit kan overigens ook komen doordat de diagnosefase voor deze groepen korter is dan voor andere groepen.

Uit de volgende figuur blijkt dat de aanmeldwachttijd voor volwassenen niet veel verschilt per diagnose, op een paar uitzonderingen na. Vooral de diagnoses persoonlijkheidstoornis, schizofrenie, bipolaire stoornis en autismespectrum kennen lange aanmeldwachttijden.





1

2

3

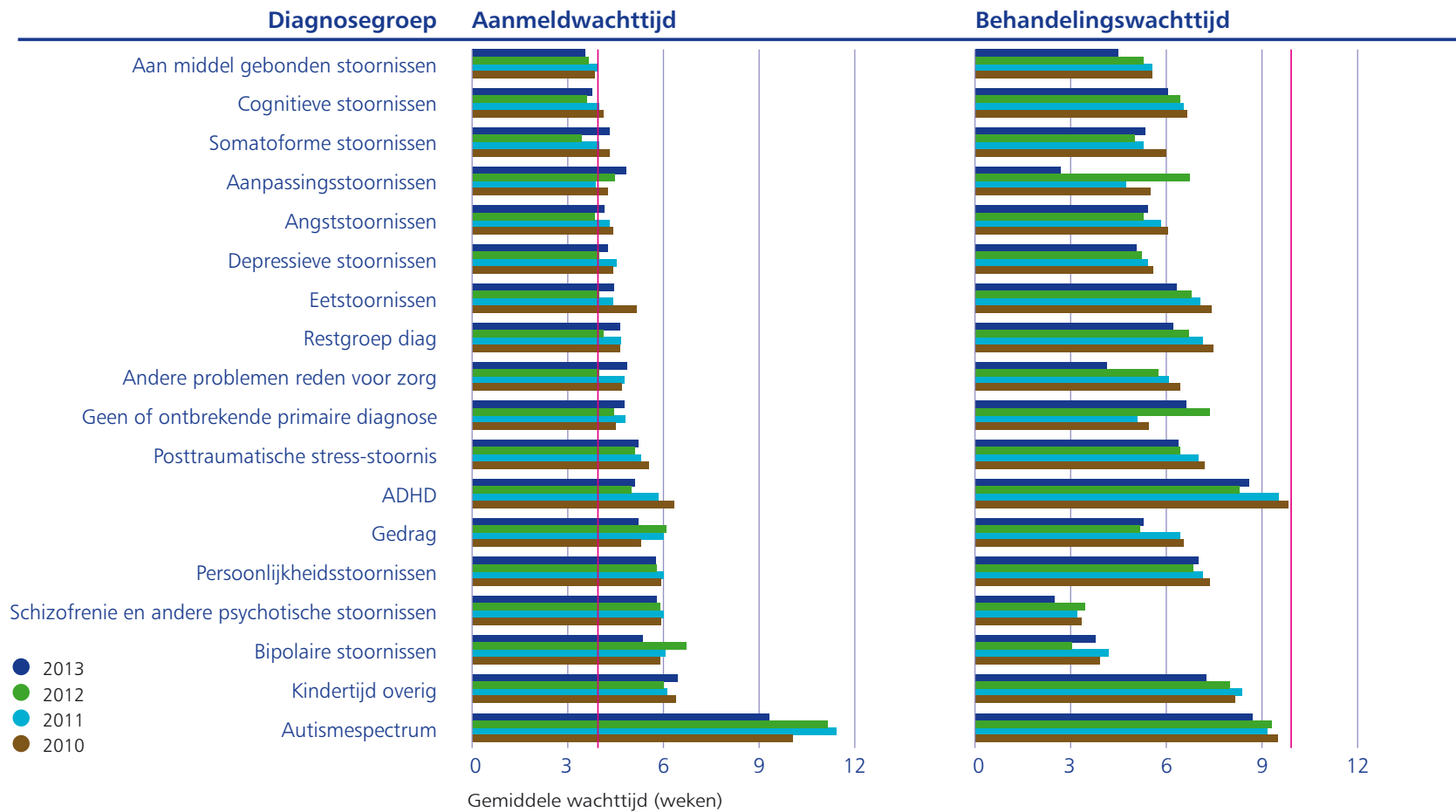
4

5

6

7

Figuur 11 **Volwassenen-ggz**





1

De gemiddelde wachttijd tot de ggz-behandeling ligt voor volwassenen meestal (ver) onder de norm. Hier zijn de verschillen tussen diagnoses wat groter dan bij de aanmeldwachttijden. Zo is de gemiddelde behandelingswachttijd voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen aanzienlijk lager dan voor autismespectrum en ADHD.

2

### Onderzoek zorgplicht ggz

Eind 2014 is de NZa een toezichtsonderzoek gestart naar de zorgplicht van onder meer ggz. Aanleiding hiervoor waren klachten over het contracteerproces, en de vraag of verzekeraars wel voldoende zorg inkochten om aan hun zorgplicht te voldoen. Dit onderzoek keek naast bereikbaarheid vooral naar de tijdigheid van ggz. Voor een actueel beeld op patiëntniveau is een wachttijdmeting onder ggz-cliënten uitgevoerd, en voerde de NZa gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De conclusie van het onderzoek was niet dat er landelijk te weinig zorg was ingekocht, maar dat de budgetten niet goed verdeeld waren over de aanbieders.

3

4

5

6

### Ervaren wachttijd cliënten 2014 - 2015

In een onderzoek door bureau Motivaction, zijn circa 750 patiënten van 18 jaar en ouder gevraagd naar hun ervaringen met wachttijden, de lengte van de wachttijd en de bereikbaarheid van ggz. Hieruit kwam naar voren dat weinig patiënten weten van de Treeknormen, hun recht op tijdige zorg en de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar. De ervaren wachttijden komen ongeveer overeen

7

met de wachttijden die op de websites van de zorgaanbieders staan. Zo geeft 21% van de patiënten in de gespecialiseerde ggz aan dat ze langer dan 4 weken hebben gewacht op het intakegesprek. Op de websites staat dat 32% van locaties in 2015 (exclusief jeugd-ggz) een aanmeldwachttijd had die langer was dan de norm.

### Wachttijden crisis-ggz 2015

Bij een goed functionerende crisis-ggz zijn wachttijden eigenlijk ondenkbaar. Crisis-ggz wordt immers verleend als een cliënt spoedeisende hulp nodig heeft, dat wil zeggen: binnen 24 uur. De wachttijden in de crisis-ggz zijn voor 2015 onderzocht aan de hand van een enquête onder alle 30 crisisdiensten in Nederland. Uit de resultaten blijkt dat nauwelijks sprake is van wachttijden. In een enkel geval is er sprake van wachttijd veroorzaakt door reistijd of door een samenloop van meerdere aanvragen. Wel is er sprake van wachttijden voor het vervolgetraject in de gespecialiseerde ggz na de crisisopvang.





1

2

3

4

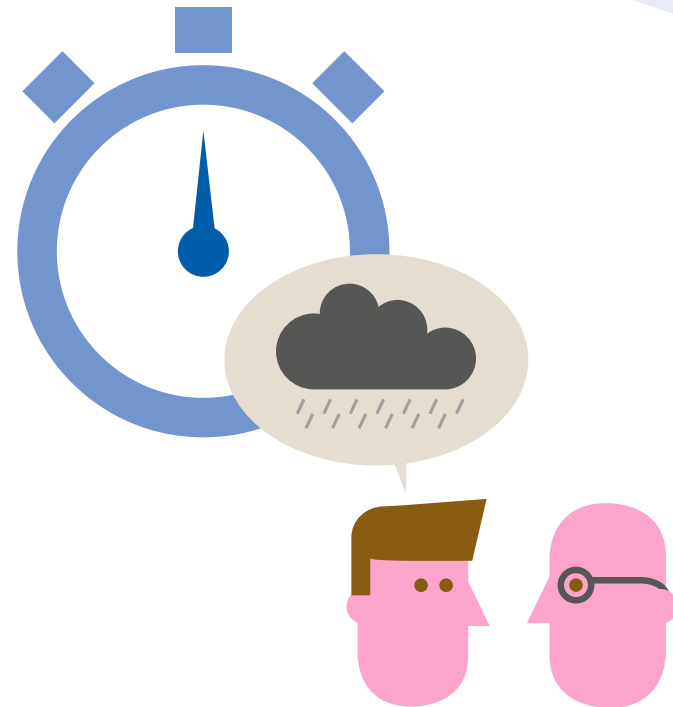
5

6

7

### Actieve aanpak wachttijden

Om lange wachttijden aan te pakken voert de NZa een aantal acties uit. Zo is de regeling voor informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan consumenten aangescherpt (regeling TH/NR-004). Ook vindt een aanpassing plaats van de regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns ggz (regeling NR/CU-557). De gehele sector, behalve de crisis-ggz, wordt per 1 april 2016 verplicht de wachttijden te publiceren. Ook zal de informatie over de wachttijden per doelgroep duidelijker worden. Daarnaast verwacht de NZa dat zorgverzekeraars zelf beter en proactief inzicht moeten krijgen in de wachttijden die voor hun verzekerden gelden. Zodat zij zelf kunnen anticiperen op wachttijdontwikkelingen en hun verzekerden kunnen begeleiden naar zorgaanbieders met wachttijden onder de norm. De NZa gaat zorgverzekeraars hierop aanspreken.





# Conclusies

1

- De gemiddelde aanmeldwachtijd voor gespecialiseerde ggz zonder verblijf voor volwassenen, steeg van 4,5 weken in 2014 tot 5,6 weken in 2015.

2

- Eind 2015 waren de wachttijden niet hoger dan medio 2015. Eventuele inkoopafspraken zoals omzetplafonds, zorgen dus niet voor een toename van de wachttijden aan het einde van het jaar. In de jaren 2010 - 2012 bleven de aanmeldingswachttijden stabiel en daalden de behandelingswachttijden licht. In 2013 was een lichte stijging zichtbaar.

3

- Volwassen patiënten met verslavingsproblematiek, een cognitieve stoornis of een somatoforme stoornis, hebben de kortste aanmeldwachtijd in 2013. Patiënten met de diagnoses autismespectrum, bipolaire stoornis, schizofrenie of persoonlijkheidsstoornissen moeten gemiddeld het langste wachten tot het eerste zorgcontact.

4

- De wachttijd tot de behandeling ligt meestal onder de Treeknorm. Patiënten met de diagnoses schizofrenie en andere psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen, hebben gemiddeld de kortste wachttijd tot de behandeling. Dit kan overigens ook komen doordat de diagnosefase voor deze groepen korter is dan voor andere groepen, waardoor de behandeling sneller kan starten.

5

- Verder blijkt dat weinig patiënten op de hoogte zijn van de normen voor de wachttijden, hun recht op tijdige zorg en de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar.

6

7

- De NZa treft maatregelen om de (aanmeldings-)wachttijden aan te pakken in de ggz. Zo zijn per 1 november 2015 de regels aangescherpt voor de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan burgers (regeling TH/NR-004). Ook wordt de gehele ggz-sector (met uitzondering van de crisis-ggz) verplicht om de wachttijden te publiceren. Daarnaast wordt de informatie over de wachttijden duidelijker per 1 april 2016. Zo is de informatie beter zichtbaar per doelgroep.
- De NZa verwacht dat zorgverzekeraars zelf beter en proactief inzicht moeten krijgen in de wachttijden die voor hun verzekerden gelden. Zodat zij zelf kunnen anticiperen op wachttijdontwikkelingen en hun verzekerden kunnen begeleiden naar zorgaanbieders met wachttijden onder de norm. De NZa gaat zorgverzekeraars hierop aanspreken.





1

2

3

4

5

6

7

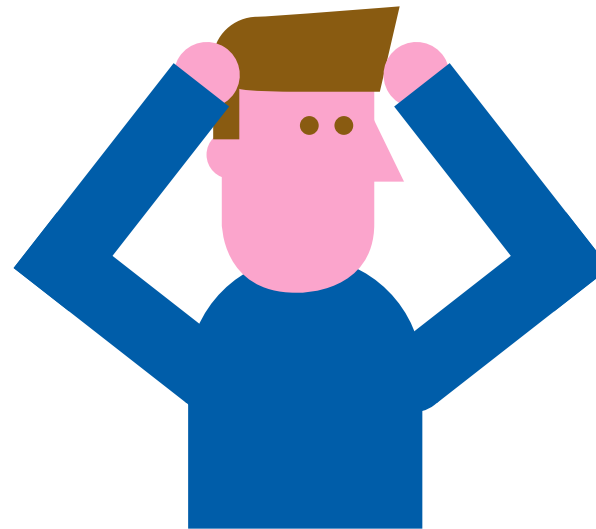
## 7. Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening

Circa 44% van de ggz-uitgaven betreft zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). Een groot deel van deze uitgaven gaat naar zorg inclusief verblijf. Nederland was in 2009 samen met België Europees koploper voor het aantal bedden in de ggz. In 2012 besloten branchepartijen met de patiëntenvereniging en de minister van VWS om het aantal bedden in de ggz met eenderde te verminderen, en meer ggz zonder verblijf aan te bieden. Ook de overheveling van de langdurige ggz naar de gemeenten heeft gevolgen voor de zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. In dit hoofdstuk brengen we het zorggebruik van en het aantal bedden voor deze doelgroep in kaart.

### Personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Zeker voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, is de verwachting dat het aantal intensieve zorgtrajecten zonder verblijf toeneemt, als mensen minder zorg in een instelling krijgen. Om het zorggebruik goed in kaart te brengen, verdelen we deze EPA-patiënten in verschillende categorieën. Deze systematiek is ontwikkeld door een viertal zorgaanbieders samen met KPMG Plexus en zorgverzekeraar

Zilveren Kruis. Afhankelijk van zijn of haar zorggebruik krijgt een EPA-patiënt één van negen verschillende vignetten. De lichtste variant is vignet 1: 'ambulante dbc licht'. De zwaarste variant is vignet 8: 'opname in een instelling die verblijf met behandeling biedt' (ggz-b). Vignet 0 betreft de categorie bemoeizorg, zorg aan mensen die door de omgeving of instanties als zorgwekkende zorgmijder worden gezien.





1

2

3

4

5

6

7

### 280.000 mensen met een EPA

Nederland telt naar schatting 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verreweg het grootste deel (circa 90%) woont zelfstandig. Door het raadplegen van een cliëntenpanel (zie [www.psychischgezien.nl](http://www.psychischgezien.nl)) is bekend dat in deze groep relatief weinig mensen betaald werk hebben, en dat bijna driekwart zich tenminste in enige mate eenzaam voelt. Ook bleek dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen een actiever, socialer en zinvoller leven willen en vooral daarbij ondersteuning zoeken. Van de 280.000 mensen met een EPA krijgen er naar schatting 216.000 enige vorm van ggz. In de leeftijd van 18 tot 65 jaar gaat het om circa 160.000 mensen die zorg krijgen.

Bron: consensusgroep EPA, 2013

### Zorggebruik van patiënten met ernstige psychische aandoeningen in 2013

In 2013 hadden de meeste EPA-patiënten een relatief licht vignet, met het zwaartepunt bij de vignetten 3 (ambulant matig) en 4 (ambulant zwaar). Ongeveer de helft van het totale aantal EPA-patiënten had een van deze twee vignetten.

Tabel 34 **Soort zorg voor patiënten van 18 - 65 met ernstige psychische aandoeningen (EPA)**

Vignet	Omschrijving	Aantal patiënten 2013
0	Bemoeizorg	7.030
1	Ambulante dbc licht	22.816
2	Ambulante begeleiding licht	2.004
3	Ambulant matig	41.293
4	Ambulant zwaar	40.776
5	Klinische opname < 1 jaar	19.759
6	Beschermd wonen licht	6.159
7	Beschermd wonen zwaar	8.773
8	Klinische opname > 1 jaar (zzp-B)	5.563
geen	In 2013 geen ggz declaraties	7.841
<b>Totaal</b>		<b>162.014</b>

Bron: Vektis







1

Hoewel het aantal EPA-patiënten relatief laag is (1,5% van de bevolking van 18 - 65 jaar in 2013), zijn de uitgaven voor deze groep hoog. In 2013 was 44% van de ggz-uitgaven (Zvw en AWBZ uitgaven samen) bestemd voor deze patiënten. De zorg voor patiënten met de hoogste vignetten is per persoon het duurste. Ook de zogeheten

2

bemoeizorg (vignet 0), kent relatief hoge kosten per patiënt. Bij patiënten met vignet 2 worden de kosten vooral veroorzaakt door de ambulante gespecialiseerde begeleiding van enkele uren per week. De cijfers zijn af te lezen in onderstaande tabel.

3

Tabel 35 **Uitgaven en kosten per zorgsoort (vignet) voor EPA-patiënten in 2013**

Vignet	Gemiddelde kosten ggz dbc Zvw per patiënt	Gemiddelde kosten ggz AWBZ per patiënt	Gemiddelde kosten ggz per patiënt	Totale kosten
0	€ 5.835	€ 14.369	€ 20.205	€ 142 mln
1	€ 1.050	€ -	€ 1.050	€ 24 mln
2	€ 695	€ 4.355	€ 5.050	€ 10 mln
3	€ 2.778	€ 762	€ 3.540	€ 146 mln
4	€ 6.893	€ 988	€ 7.881	€ 321 mln
5	€ 35.554	€ 8.363	€ 43.917	€ 868 mln
6	€ 312	€ 38.806	€ 39.119	€ 241 mln
7	€ 4.052	€ 44.479	€ 48.531	€ 426 mln
8	€ 509	€ 73.010	€ 73.518	€ 409 mln
geen	€ 124	€ 1.959	€ 2.083	€ 13 mln
<b>Totaal</b>	<b>€ 7.444</b>	<b>€ 8.626</b>	<b>€ 16.069</b>	<b>€ 2.603 mln</b>

7





1

### Zorg zonder verblijf (ambulante zorg) aan EPA-patiënten

Om een beeld te krijgen van de veranderingen in de zorg voor EPA-patiënten, hebben we voor deze marktscan geprobeerd de EPA-uitgaven in 2013 te vergelijken met die van 2012. Vanwege alle stelselwijzigingen in de ggz (zie [hoofdstuk 2](#)), zijn de EPA cijfers van deze jaren niet met elkaar te vergelijken. Het Trimbos-instituut rapporteert in de monitor [Ambulantisering](#) een stijging in het aantal teams dat EPA-patiënten thuis of in de wijk kan behandelen, maar precieze trendcijfers over de intensivering van zorg zonder verblijf voor deze doelgroep, zijn niet voorhanden.

2

### Ggz met verblijf: opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen

Opname en verblijf van patiënten in een zorginstelling is soms noodzakelijk als andere vormen van behandeling niet volstaan. Deze klinische en verblijfszorg wordt sinds 2015 onderverdeeld in drie categorieën:

- Kortdurende opname in de Zorgverzekeringswet (minder dan een jaar).
- Voortgezet verblijf in klinische voorzieningen (opnamen langer dan een jaar). De eerste drie jaar opname worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Na drie jaar opname vindt een overgang plaats naar de langdurige zorg vanuit de Wlz.
- Voorzieningen voor beschermd wonen in kleinschalige voorzieningen van de instelling in de wijk (bekostigd door de gemeenten).

3

4

5

6

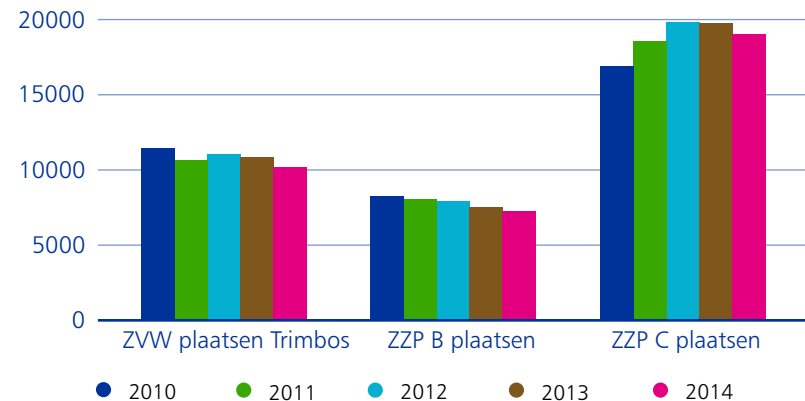
7



### Ontwikkeling aantal bedden 2008 - 2014

Op basis van de landelijke aantallen verblijfsdagen is het mogelijk om een schatting te maken van het aantal plaatsen of 'bedden' (gemakshalve gaan we uit van 100% bezettingsgraad). Uit onderstaande tabel en grafiek blijkt dat het aantal bedden in ggz-instellingen voor opname en verblijf steeg in de periode 2008 - 2012 en licht daalde tussen 2012 en 2014.

Figuur 12 Aantal bedden in de ggz 2010 - 2014





1

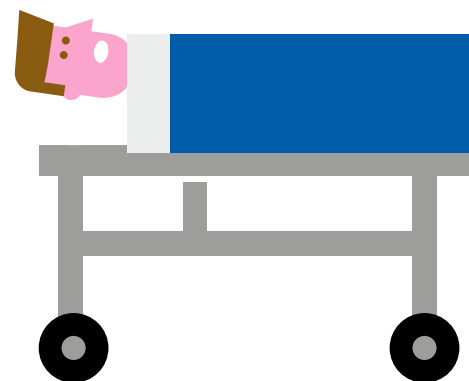
Tabel 36 **Aantal bedden verblijfszorg ggz 2008 - 2014**

	2008 Referentie	2010	2011	2012	2013	2014
Kortdurende opname (NZa / LMA Trimbos)	12.360 * (NZa)	11.500*** (NZa)	10.700*** (NZa)	11.100 (LMA)	10.900 (LMA)	10.200 (LMA)
Voortgezet verblijf zzp-b (NZa)	8.111 **	8.318	8.079	7.975	7.581	7.315
Sub-totaal opname en verblijfsvoorzieningen	20.471	19.818	18.779	19.075	18.481	17.515
Beschermd wonen zzp-c (NZa)	11.268 **	17.003	18.677	19.899	19.830	19.088
<b>Totaal plaatsen</b>	<b>31.739</b>	<b>36.821</b>	<b>37.456</b>	<b>38.974</b>	<b>38.311</b>	<b>36.603</b>

Bron: NZa en LMA / Trimbos-instituut \*) incl. afwezigheidsdagen \*\*) mogelijk onderrapportage \*\*\*) schatting NZa op basis van dbc's

Uit de tabel volgt dat in 2014 het aantal plaatsen in de opname- en verblijfsvoorzieningen ongeveer 15% lager is dan in het peiljaar 2008 (17.515 versus 20.471). De capaciteit van de categorie 'Beschermd wonen' is echter ruim anderhalf keer groter dan de capaciteit van het peiljaar. Het is nog niet duidelijk hoe de capaciteit voor beschermd wonen zich zal ontwikkelen, nu gemeenten hiervoor verantwoordelijk zijn.

De cijfers maken verder duidelijk dat de afname van het aantal bedden in 2014 groter is dan in 2013. Ook blijkt dat de daling in voorzieningen voor beschermd wonen (zzp-c) ingezet in 2013, doorzet in 2014.



7





1

2

3

4

5

6

7

### Vermindering aantal bedden per verzekeraar

Zorgverzekeraars (of zorginkoopcombinaties) kochten voor 2013 niet allemaal op dezelfde manier ggz met verblijf in, zo blijkt uit het onderzoek voor deze scan. Mogelijk is er een regionale factor in het spel. In regio's met meer bedden capaciteit dan gemiddeld is een grotere daling denkbaar van de ingekochte capaciteit. Een van de zorgverzekeraars die meer bedden inkoop dan voorheen, gaf als reden voor deze stijging het afschaffen van de eigen bijdrage voor patiënten per 1 januari 2013, waardoor behandelingen in plaats van eind 2012 vaker begin 2013 zijn gestart.

Tabel 37 **Ontwikkeling 2012 - 2013 aantal dagen ggz met verblijf per verzekerde (per zorginkoopcombinatie / zorgverzekeraar)**

Inkoopcombinatie / zorgverzekeraar	% ontwikkeling 2012 - 2013
Inkoopcombinatie A	-5,0%
Inkoopcombinatie B	+3,7%
Inkoopcombinatie C	+1,9%
Inkoopcombinatie D	-0,8%
<b>Gewogen gemiddelde</b>	<b>-1,4%</b>

Bron: Vektis, jaartoe wijziging: start van de behandeling (openingsjaar dbc)

Gemiddeld kochten de zorgverzekeraars in 2013 1,4% minder bedden in dan in 2012. Deze cijfers kunnen niet zomaar vergeleken worden met de vorige tabel, omdat het hier om schadelastjaren gaat en niet om kalenderjaren (zie Bronnen en methoden).

### Gemiddeld aantal dagen ggz met verblijf

Een daling van het aantal verblijfsdagen kan worden veroorzaakt doordat er minder patiënten worden opgenomen, of dat patiënten korter worden opgenomen. Grofweg werden in 2012 en in 2013 ongeveer 55.000 patiënten minimaal één keer opgenomen in een ggz-instelling. Uit de volgende tabel blijkt dat de gemiddelde totale





1

opnameduur per patiënt in 2013 daalde met 3,1%. De conclusie is dat patiënten gemiddeld genomen (iets) korter per jaar worden opgenomen.

2

Tabel 38 **Gemiddeld aantal verblijfsdagen per patiënt (2012 en 2013)**

	2012	2013	% ontwikkeling
Gemiddeld aantal verblijfsdagen per patiënt	66,9	64,8	-3,1%

Bron: Vektis

4

### Aantal verblijfsdagen per patiënt

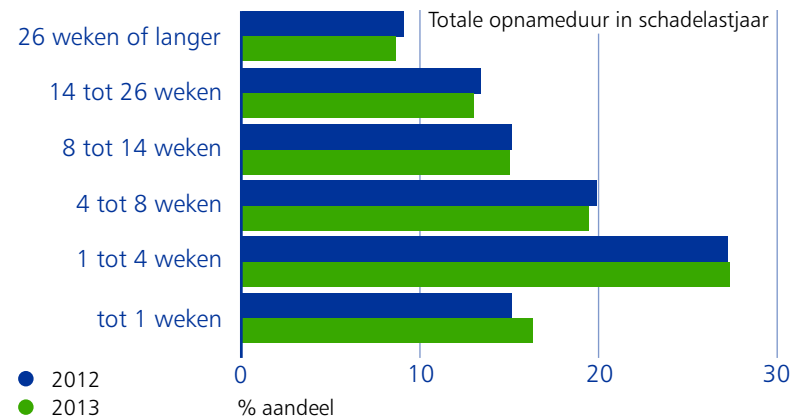
De volgende figuur laat zien hoe het aantal verblijfsdagen is verdeeld per patiënt. Wat opvalt is dat een grote groep patiënten relatief kort wordt opgenomen (enkele weken) en dat er een relatief kleine groep is die in totaal langer dan een half jaar verblijft. Er is een lichte verschuiving zichtbaar van lang naar kort.

5

6

7

Figuur 13 **Verdeling van het totaal aan verblijfsdagen per klinische patiënt 2012 - 2013**



Bron: Vektis

### Zorg bij kortdurende opnames wordt zwaarder

Voor de lichtere zorg met verblijf neemt af in de ggz. De volgende tabel toont aan dat het aantal dagen verblijf vooral afneemt voor de beperkte verzorgingsgraad (B) en de gemiddelde verzorgingsgraad (D). De intensieve verzorgingsgraad (E) en extra intensieve verzorgingsgraad (F) groeien juist. Deze categorieën worden bepaald aan de hand van het aantal fte verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel.





1

Tabel 39 **Verdeling aantal dagen verblijf per type zorg (2012 - 2013)**

Type verblijf	2012	2013
A (Lichte verzorgingsgraad)	3%	3%
B (Beperkte verzorgingsgraad)	11%	7%
C (Matige verzorgingsgraad)	20%	21%
D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	26%	22%
E (Intensieve verzorgingsgraad)	24%	26%
F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	13%	18%
G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	3%	3%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Bron: Vektis deelprestaties

5

### Crisiscontacten 2012-2013

Van belang voor de behandeling van mensen met een EPA zijn ook de zogeheten crisiscontacten met patiënten. Als mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben, kan dit zichtbaar worden bij de crisisdienst. Voor deze scan analyseerden we de tijd besteed aan crisiscontacten in de betrokken instellingen. Omdat de registratie van de crisiscontacten veranderde in 2013, kunnen de cijfers over 2012 en 2013 niet zomaar met elkaar vergeleken worden. Daarom geven we deze apart weer in een bijlage.

6

7

Uit de analyses blijkt dat de tijd besteed aan crisiscontacten ongeveer gelijk blijft in de jaren 2012 en 2013. Of het aantal patiënten ook toeneemt is uit de beschikbare cijfers niet te achterhalen. De cijfers van het Trimbos-instituut ([Monitor Ambulantisering en Hervorming langdurige ggz](#)) wijzen niet op een toename van het aantal patiënten in de crisis-ggz.

### Overlast van 'verwarde personen' door beddenafbouw?

Het Trimbos-instituut analyseerde in mei 2015 de beschikbare gegevens rond 'meldingen over verwarde personen' en de relatie met de beddenafbouw in de ggz. De conclusie is dat op basis van de beschikbare gegevens geen eenduidig beeld naar voren komt. Naast het feit dat uit de cijfers geen ondubbelzinnig beeld naar voren komt, is het ook van belang dat er geen eenduidige definitie bestaat van het begrip 'verwarde personen'. Ook is het aantal mensen dat in een ggz-instelling verblijft tussen 2000 en 2013 onafgebroken gegroeid, terwijl er in die periode al meer meldingen van overlast kwamen. De opnameduur van patiënten is in die periode gemiddeld wel iets korter geworden. Op basis van de gegevens van het Trimbos-instituut en de cijfers in deze scan concludeert de NZa dat het onwaarschijnlijk is dat de afname van de opnamecapaciteit in ggz-instellingen tot een stijging leidt van het aantal meldingen van incidenten met verwarde personen op straat.





1

## Goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)

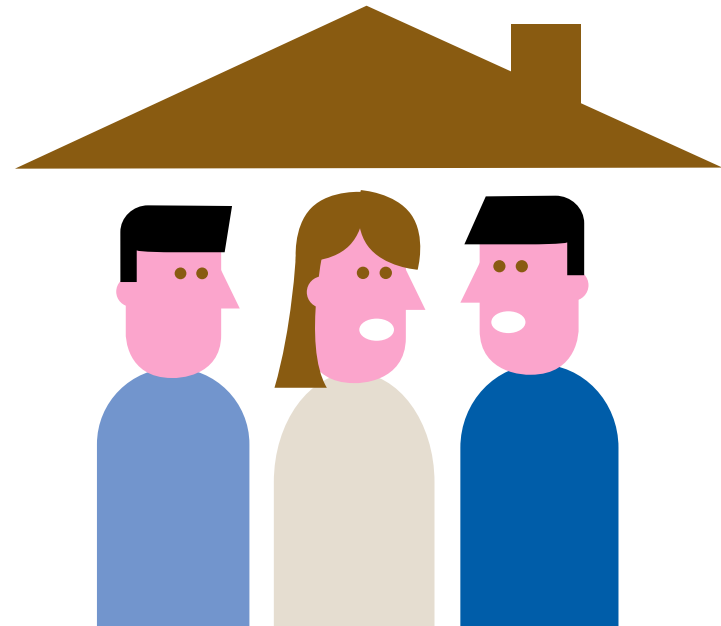
Inmiddels bestaat er in de ggz op hoofdlijnen consensus over goede zorg voor mensen met een EPA. Goede zorg wordt geleverd door multidisciplinaire teams en is gericht op integratie in de samenleving, deelname aan de arbeidsmarkt en herstel van 'burgerschap'. Deze zorg wordt bekostigd vanuit onder meer Zvw, Wmo, Participatiewet en Wlz. Hierbij is intensieve samenwerking nodig tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties. Ook spelen woningcorporaties, UWV, politie en justitie, onderwijs, re-integratiebedrijven, schuldhulpverlening, huisartsen en thuiszorg een belangrijke rol. De zorg aan deze mensen is door de vele partijen die moeten samenwerken, complex. Ook speelt er op het grensvlak van verschillende bekostigingsvormen een risico op afwentelgedrag omdat niet altijd duidelijk is wie er verantwoordelijk is. Ook het 'Aanjaagteam verwarde personen', opgericht door VWS, VenJ en VNG, ziet deze risico's en werkt aan een oplossing.

5

Sinds 2015 wordt een deel van de ggz aan mensen met een ernstige psychische aandoening, gefinancierd door de gemeenten. Het Trimbos-instituut onderzocht de manier waarop gemeenten omgaan met de doelstellingen in de ggz (zoals meer zorg zonder verblijf en het bevorderen van de participatie). [Hieruit](#) blijkt dat een meerderheid van de gemeenten nog geen concrete plannen heeft op dit vlak, ook niet met betrekking tot beschermd wonen. Waar het gemeentelijke beleid al wel tot ontwikkeling komt, blijkt uit de

7

Trimbos-enquête dat het accent vooral ligt op de opvangkant van de zorg (maatschappelijke opvang, beschermd wonen, veiligheid). Minder aandacht lijkt er te zijn voor participatie en de ondersteuning die nodig is bij het persoonlijke en maatschappelijke herstel van mensen met een ernstige psychische aandoening.





# Conclusies

1

- Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties spraken in 2012 af om het aantal opnameplaatsen in de ggz (het 'aantal bedden') met 33% af te bouwen. In 2014 zijn er in vergelijking tot het referentiejaar (2008), 16% minder plaatsen in de in de opname- en verblijfsvoorzieningen.

2

- Patiënten worden gemiddeld iets minder lang opgenomen voor een behandeling met verblijf in een ggz-instelling.

3

- Op basis van de beschikbare gegevens kan nog geen conclusie worden getrokken over het intensiveren van ggz zonder verblijf voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Zowel bij het ministerie van VWS als het Trimbos-instituut lopen initiatieven om hier meer zicht op te krijgen.

4

- Het aantal plaatsen voor beschermd wonen (zzp-c) ligt in 2014 ruim anderhalf keer boven het niveau van 2008.

5

- Gemeenten hebben nog geen concrete plannen voor het op- of afbouwen van ggz. Zij zijn nog bezig met beleidsvorming en richten zich vooral op opvang en minder op participatie en herstel.

6

- Er lijkt geen relatie te zijn tussen de signalen over 'verwarde personen' en het afbouwen van het aantal opnameplaatsen in de periode 2011 - 2014.

7

- Doordat veel verschillende partijen samenwerken in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening, ziet de NZa hier een risico voor de kwaliteit van zorg. Op Daarnaast ziet de NZa een risico op afwentelgedrag omdat niet altijd duidelijk is wie er verantwoordelijk is, en de zorg vaak uit Zvw, Wlz of Wmo betaald kan worden. Ook het 'Aanjaagteam verwarde personen', opgericht door VWS, VenJ en VNG, ziet deze risico's en werkt aan een oplossing.







## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

### Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

### Vormgeving

Optima Forma bv

