

**Monitor**

# **De curatieve GGZ in 2009**

Ontwikkelingen in aanbod en volume



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding en doelstelling	11
1.2 Focus: doel- en vraagstelling	12
1.3 Kwaliteit gegevens in de GGZ	12
1.4 Typering GGZ: aanbieders, bekostiging en financiering	13
1.5 Leeswijzer	15
<b>2. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>17</b>
2.1 Inleiding	17
2.2 Ontwikkeling van de vraag	17
2.3 De latente vraag	19
2.4 Patiëntenstromen	21
2.5 Conclusies en acties	22
<b>3. Het aanbod</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 De ontwikkeling van het aanbod	24
3.2.1 Soorten aanbieders	24
3.2.2 De ontwikkeling van het zorgaanbod	24
3.2.3 Versterken van marktpositie en nieuwe producten	25
3.2.4 Ontwikkelingen op het gebied van verbeteren transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van zorg	25
3.2.5 De toegankelijkheid van het aanbod	28
3.3 De ontwikkeling van het aantal aanbieders op deelmarkten	29
3.3.1 Gebudgetteerde instellingen	29
3.3.2 Vrijgevestigde zorgaanbieders	33
3.3.3 Toetreding en toetredingsdrempels	34
3.3.4 Uittreding	35
3.4 Concentratie op de verschillende deelmarkten	36
3.5 Conclusies en acties	38
<b>4. Het contracteren van GGZ</b>	<b>39</b>
4.1 Inleiding	39
4.2 De institutionele structuur	39
4.2.1 Vrijgevestigden en eerstelijnspsychologen	39
4.2.2 Instellingen	40
4.2.3 De verevening van zorgverzekeraars	40
4.3 De contractering van eerstelijnspsychologen en vrijgevestigde zorgaanbieders	41
4.3.1 Contractering	41
4.3.2 Verhoudingen in het veld	41
4.4 Contractering van instellingen	43
4.4.1 Contractering	43
4.4.2 Gebruikte parameters bij de onderhandelingen	44
4.4.2.1 Volume en kwaliteit	44
4.4.2.2 De rol van DBC's bij de contractering	45
4.4.2.3 Verhoudingen in het veld	46
4.5 Conclusies en acties	47
<b>5. Het volume</b>	<b>49</b>
5.1 Inleiding	49
5.2 Ontwikkeling van het volume	49

5.2.1	De ontwikkeling van het volume van gebudgetteerde instellingen	49
5.2.2	De ontwikkeling van het volume van vrijgevestigde zorgaanbieders en eerste lijnspsychologen	52
5.2.3	De ontwikkeling van kosten	54
5.2.3.1	Gebudgetteerde instellingen	54
5.2.3.2	Vrijgevestigde zorgaanbieders	57
5.2.4	Kosten naar stoornis	58
5.2.5	Juiste declaraties	59
5.3	Conclusies en acties	60

**6. Dyslexie 61**

6.1	Inleiding	61
6.2	De vergoeding en bekostiging van dyslexie	61
6.2.1	Dyslexie in de Zvw	61
6.2.2	De bekostiging	62
6.3	De zorgvraag	63
6.3.1	Inleiding	63
6.3.2	Aantallen cliënten 2009	63
6.3.3	Aantallen geopende DBC's	64
6.4	Het aanbod	65
6.4.1	Soort en aantallen aanbieders	65
6.4.2	Spreiding van het aanbod	65
6.4.3	Kwaliteit van het aanbod	66
6.5	Toegankelijkheid	67
6.5.1	Aantallen ontvankelijk verklaard	67
6.5.2	Wachttijden	68
6.5.3	Aansluiting bij scholen	68
6.5.4	Financiële toegankelijkheid	69
6.6	Conclusies en acties	70

**Bijlage 1. Indeling gebudgetteerde instellingen in Ghor-regio's 71**

## Vooraf

Voor u ligt de eerste monitor curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Centraal staat de vraag naar, het aanbod van en het volume in de curatieve GGZ. Een belangrijke functie van deze monitor was informatie te genereren die de NZa kon gebruiken bij haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ.

De NZa beperkt haar aandacht in deze monitor tot de bovengenoemde aspecten. In de loop van 2010 publiceert de NZa naar verwachting een vervolg op deze monitor. Daarin verbreedt de NZa haar focus naar de effecten van het functioneren van de sector voor de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Voor deze monitor maakte de NZa gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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



## Managementsamenvatting

### *Inleiding*

De NZa ontwikkelt een monitor voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Zij wil daarmee inzicht krijgen in de werking van de sector om uiteindelijk uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ.

Deze monitor heeft het karakter van een nulmeting. Vanwege de korte ontwikkeltermijn is hij noodgedwongen limitatief. Het is immers niet mogelijk om over de bovengenoemde onderwerpen al in 2009 dusdanig betrouwbare informatie te krijgen dat robuuste conclusies mogelijk waren. De monitor stond tevens in het teken van het leveren van informatie ter onderbouwing van het advies van de NZa over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 1 januari 2011. Beleidsmatige conclusies geeft de NZa in dat advies weer, gebaseerd op de feitelijke informatie in deze monitor. Het advies is eind januari 2010 gepubliceerd en kan worden geraadpleegd op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

Gebleken is dat de beschikbaarheid van betrouwbare data in de GGZ een groot probleem is. De NZa draagt bij aan betere informatie door gerichte handhavingactiviteiten voor de aanlevering van de zogeheten minimale dataset (MDS) door GGZ-instellingen. Ook analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door deze te vergelijken met de dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering.

### *Speerpunten in de monitor GGZ in 2009*

Deze monitor gaat nader in op de volgende aspecten:

- de ontwikkeling van de vraag naar curatieve GGZ;
- ontwikkelingen in het aanbod van curatieve GGZ;
- het contracteren van GGZ;
- de ontwikkeling van het volume en de kosten van curatieve GGZ;
- de ervaringen met dyslexiezorg in het eerste jaar dat deze zorg vergoed wordt uit de zorgverzekering.

### *De ontwikkeling van de vraag naar GGZ*

Het aantal mensen dat gebruik maakt van curatieve GGZ neemt toe. Het beroep op de curatieve GGZ in de tweede lijn stijgt licht in de periode 2005-2007 door toename van het aantal cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg. Het aantal mensen dat gebruik maakt van eerstelijnszorg neemt al enige jaren in substantiële mate toe. Daarbij moet worden aangetekend dat er grote regionale verschillen in het gebruik van GGZ bestaan.

Het totaal aantal mensen met psychische klachten is de laatste jaren ongeveer stabiel gebleven. De toename van het beroep op de GGZ – de manifeste vraag – wordt dan ook voornamelijk veroorzaakt door de manier waarop de samenleving met mensen met geestelijke problemen omgaat.

Er is een aanzienlijke latente vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Uit de ontwikkeling van E-mental health valt te concluderen dat de latente vraag door actieve zorgaanbieders omgezet kan worden in een manifeste zorgvraag. De omvang van de latente vraag naar GGZ roept vragen op omtrent de beheersbaarheid van kosten aan de ene kant en zorg bieden aan degenen met psychische klachten aan de andere kant.

### *Ontwikkelingen in het aanbod van zorg*

Er zijn diverse ontwikkelingen in het aanbod zichtbaar. Kenmerkend voor de GGZ is dat aanbieders hun marktpositie proberen te versterken door nieuwe markten te betreden dan wel nieuwe producten aan te bieden. Daarnaast is in toenemende mate aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit blijkt onder meer uit de ontwikkeling (en toepassing) van Routine Outcome Monitoring (ROM), richtlijnen, zorgprogramma's en prestatie-indicatoren.

In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie. Toetreding vindt plaats maar is nog beperkt van omvang, zowel wat betreft zorgaanbieders als de productie per aanbieder. Er bestaan toetredingsdrempels in de vorm van garantiebudgetten van zorgverzekeraars, de marktconcentratie en de benodigde investeringen in werkkapitaal. Toetreding vindt vooral plaats op de markt van de (lichte) ambulante GGZ. Concurrentie lijkt zich dan ook voornamelijk te beperken tot deze markt.

De toegankelijkheid van het aanbod wordt gekenmerkt door langere wachttijden in de tweedelijns voor met name kinder- en jeugdGGZ. Een gebrek aan hardheid van wachttijdgegevens maakt het moeilijk om meer precieze conclusies te trekken. In januari 2010 is de nadere regel wachttijdregistratie in werking getreden voor alle zorgaanbieders die ambulante GGZ aanbieden. De NZa maakt in haar volgende monitor indien mogelijk gebruik van deze gegevens. Ook de reistijd naar de verschillende zorgaanbieders laat zich momenteel moeilijk vaststellen.

### *Het contracteren van GGZ*

Zorgverzekeraars hanteren gedifferentieerde contracten voor eerstelijnszorg. Ook bij de contractering van vrijevestigden vindt differentiatie in tarieven in toenemende mate plaats. Er zijn evenwel verschillen van mening tussen marktpartijen over de gehanteerde criteria voor tariefdifferentiatie alsook over het contracteringsproces. Dit heeft er toe geleid dat er in de eerstelijnszorg sprake is van initiatieven tot contractvrije zorg.

De contractering van instellingen gebeurt op basis van klassieke budgetparameters en zogeheten 'budgetgaranties'. Boven op de budgetgaranties bestaat 'vrije ruimte' die zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid biedt om kwaliteit een rol te laten spelen bij de onderhandelingen. De toenemende aandacht voor kwaliteit richt zich met name op het verbeteren van transparantie. Er bestaat bij zorginkopers nog weinig inzicht in volume. Meer inzicht in volumes, inhoud en kwaliteit van zorg is onontbeerlijk voor goede onderhandelingen over de juiste prijs-/kwaliteitverhouding van de zorg.

Het gebruik van DBC's bij de contractering moet nog van de grond komen. Voor een effectief gebruik van DBC's bij de inkoop moeten enerzijds enkele tekortkomingen van het systeem (productgroepen) worden gerepareerd, anderzijds kan meer onderhandelingsruimte een oplossing bieden voor zorg die zich niet in een optimale DBC-structuur laat vangen (bijvoorbeeld door tarieven met een bandbreedte).

### *De ontwikkeling van volume en kosten*

De NZa beschikte eind 2009 nog niet over definitief inzicht in het werkelijk gerealiseerde totale volume en kosten van curatieve GGZ in 2008. Op basis van de beschikbare realisatiecijfers van instellingen blijkt echter dat het gerealiseerde volume en de kosten van gebudgetteerde instellingen nauwelijks verschilt van de productieafspraken die zij met zorgverzekeraars maken. Het totaal volume en de totale omzet van de



productieafspraken is in 2009 ten opzichte van 2008 wel gestegen (3.5% respectievelijk 6.4%). De NZa gaat in haar monitor GGZ in 2010 nader in op het volume- en prijseffect bij deze stijging. Het volume stijgt vooral bij de ambulante curatieve GGZ en op de deelmarkt kinderen en jeugd. Deze ontwikkeling typeert de positie van de zorgverzekeraars op de inkoopmarkt: terughoudend bij overschrijding van budgetafspraken maar vooralsnog niet bij machte te sturen op volume.

De totale kosten curatieve GGZ in 2008 bedragen naar schatting ongeveer 3,3 miljard (exclusief eerstelijns en nieuwe aanbieders). De kosten van de gebudgetteerde GGZ stijgen sinds 2006 gematigd. De kosten van kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg groeien relatief snel. Er zijn opmerkelijke geografische kostenverschillen zichtbaar die alleen verklaard kunnen worden als meer achterliggende data ter beschikking komen. De kosten voor de GGZ zijn overigens niet gelijk verdeeld over de storno's. Het grootste deel van de kosten (45%) komt voor rekening van de verslavingszorg (alcohol en overige middelen) en de behandeling van schizofrenie en depressie.

#### *Dyslexie*

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. Dyslexiezorg is een eigenstandige aanspraak waarbij de GGZ DBC-systematiek wordt gevolgd. Het betreft zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die in 2009 zeven of acht jaar oud zijn en basisonderwijs volgen.

Er zijn nog weinig gegevens beschikbaar over de ervaringen met dyslexiezorg in dit eerste jaar. Dit heeft onder andere te maken met de het moment van meting (derde kwartaal) en de lange doorlooptijd van de DBC's. Wel is duidelijk dat de instroom van cliënten op gang is gekomen. Het ontbreekt bij aanmelding relatief vaak aan een schoolanamnese waardoor cliënten niet ontvankelijk worden verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanameses zal het aantal ontvankelijke kinderen de komende jaren groeien. Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen. Door de aanbieders van dyslexiezorg vindt kwaliteitsborging op verschillende manieren plaats. Voor zover de eerste gegevens een conclusie toelaten lijkt nauwelijks sprake te zijn van wachtlijsten. De beschikbare gegevens tonen een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden. Hierbij verdient wel de aandacht dat de geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen achterblijft. Gezien het aantal cliënten in dergelijke dunbevolkte gebieden is een efficiënte voorziening van dyslexiezorg niet eenvoudig.

De NZa beschikt niet over gegevens die aangeven in hoeverre cliënten gebruik maken van vrijgevestigde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden, waardoor met name de grotere instellingen cliënten behandelen. Vanuit cliëntenperspectief is dit weinig problematisch mits de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd is.

Het eerste beeld van dyslexiezorg in 2009 dat de NZa heeft geschetst, leidt nog niet tot duidelijkheid over de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep dyslexie. Naar verwachting laat het ministerie van VWS de invoering van dyslexiezorg op korte termijn evalueren. De NZa beveelt aan om bij deze evaluatie de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep nader te bestuderen.

**Acties NZa**

- De NZa vertaalt feitelijke bevindingen in beleidsmatige adviezen zoals in haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ;
- In de monitor 2010 wordt nader ingaan op het consumentenbelang;
- In 2010 analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door vergelijking met dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering;
- De NZa maakt in haar volgende monitor GGZ indien mogelijk gebruik van de gegevens die gegenereerd worden door de nadere regel wachttijdregistratie voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- Indien prestatiebekostiging wordt ingevoerd in lijn met het advies van de NZa vallen bestaande toetredingsdrempels waaronder de garantiebudgetten in belangrijke mate weg. Bij handhaving van het bestaande bekostigingssysteem onderzoekt de NZa welke acties nodig zijn om bestaande toetredingsdrempels te verminderen;
- De NZa ontwikkelt een betere meting van de marktconcentratie en reistijd mits betere data beschikbaar komt. Om het bovenregionale aanbod in kaart te brengen is inmiddels de wijkcode van de zorglocatie toegevoegd aan de minimale dataset GGZ;
- De NZa stelt spelregels op voor de contractering van vrijgevestigde zorgaanbieders door zorgverzekeraars op vanwege de frequente onenigheid over het contracteringsproces;
- In de monitor 2010 geeft de NZa een meer definitief beeld van volume en kosten van de curatieve GGZ in 2008. Tevens krijgt de ontwikkeling van de kosten in een prijs- en volumecomponent aandacht;
- De NZa doet nader onderzoek naar de achtergronden van de geografische kostenverschillen in de GGZ.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding en doelstelling

De NZa ontwikkelt een monitor voor de curatieve GGZ met als doelstelling om inzicht te geven in:

- de werking van de GGZ-(deel)markt(en) (aan de hand van analyses van de structuur en het gedrag van de spelers op de markten) en
- de effecten van de werking van de markten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ.

De NZa heeft behoefte aan het inzicht in de werking van de markt en de effecten daarvan om:

- de effecten van veranderingen van regulering in kaart te kunnen brengen;
- mogelijkheden van deregulering te onderzoeken;
- op basis van sectorkennis het markttoezicht uit te kunnen voeren (aanmerkelijke marktmacht en zienswijzen).

Om structureel en effectief de GGZ te kunnen monitoren moet de NZa een goede infrastructuur daarvoor ontwerpen. Onder een infrastructuur wordt verstaan een analysekader in de vorm van een aantal indicatoren en de borging van de beschikbaarheid van betrouwbare data om conclusies over de meerjarige ontwikkeling van die indicatoren te kunnen trekken. De infrastructuur moet in 2009 klaar zijn. Tegelijk met de opbouw hiervan wil de NZa een nulmeting in 2009 publiceren. De nulmeting ligt hier voor.

Deze nulmeting is vanwege de korte ontwikkeltermijn noodgedwongen limitatief. Het is immers niet mogelijk om voor alle indicatoren al in 2009 betrouwbare informatie te krijgen. Omdat het gaat om een nulmeting met een limitatief bereik kent de voorliggende rapportage niet de gebruikelijke opbouw van een monitor van de NZa. De NZa focust hier op enkele aspecten (zie paragraaf 1.2). Deze focus betekent ook dat de effecten van het functioneren van de zorgmarkt in termen van de consumentenbelangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit) nog niet in afzonderlijke hoofdstukken integraal geschetst worden. Dat wil niet zeggen dat de consument uit beeld verdwijnt. Daar waar mogelijk gaat de NZa in op relevante ontwikkelingen bij de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. In de monitor GGZ die de NZa in 2010 publiceert zal de NZa verder ingaan op het consumentenbelang.

Een belangrijke functie van deze nulmeting was informatie te genereren die de NZa kon gebruiken bij haar advies over de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 1 januari 2011. Dit advies is begin 2010 afgerond. De beleidsmatige adviezen op basis van de gegevens in deze monitor vermeldt de NZa in het genoemde advies. Deze monitorrapportage schetst feitelijke ontwikkelingen.

In deze rapportage beschrijft de NZa ook ontwikkelingen in de zorgmarkt dyslexie. Dit op verzoek van het ministerie van VWS dat de invoering van dyslexie in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wil kunnen volgen.

## 1.2 Focus: doel- en vraagstelling

Het onderwerp van de focus van de monitor 2009 is gegenereerd aan de hand van een interne risicoanalyse opgesteld op basis van liggende analyse en literatuur.

De monitor curatieve GGZ 2009 richt zich op het onderwerp transparantie van volume en heeft als doelstelling, het in kaart brengen van:

- het aanbod curatieve GGZ
- het volume curatieve GGZ en de volumeontwikkeling 2008-2009
- de ervaringen met de huidige productstructuur bij de inkoop van GGZ

De meting in 2009 betreft een nulmeting van de meest actuele gegevens uit 2009, daar waar mogelijk wordt echter ook data uit eerdere jaren – en dan voornamelijk uit 2008 – in kaart gebracht.

De doelstelling laat zich vertalen naar de volgende vraagstelling:

- Wat is het aanbod aan curatieve GGZ en hoe ontwikkelt het aanbod zich?
- Wat is het volume van curatieve GGZ en hoe ontwikkelt dat zich?
- Wat zijn de ervaringen met de huidige productstructuur bij de inkoop van GGZ-zorg?

Zoals aangegeven schenkt de NZa ook aandacht aan dyslexiezorg. De NZa doet dat op basis van een aantal specifieke vragen van het ministerie van VWS. Het betreft een gelimiteerd aantal kengetallen over dyslexiezorg.

## 1.3 Kwaliteit gegevens in de GGZ

De NZa en andere publieke organisaties hebben informatie nodig om de verschillende taken te kunnen uitvoeren. De NZa streeft ernaar de administratieve lasten die dit met zich meebrengt zo beperkt mogelijk te houden en gebruikt daarom voor haar taken de diverse al bestaande informatiebronnen zoals de budgetgegevens van instellingen, het jaardocument maatschappelijke verantwoording voor informatie op geaggregeerd niveau én voor gegevens over alle geleverde GGZ in Nederland de MDS-gegevens. Alle zorgaanbieders die Zvw-zorg declareren in de vorm van GGZ-DBC's, zijn sinds 1 januari 2008 verplicht deze MDS-gegevens maandelijks toe te sturen aan de NZa.

De aangeleverde MDS-gegevens blijken tot op heden van onvoldoende kwaliteit. In een door DBC Onderhoud uitgevoerde nulmeting datakwaliteit<sup>1</sup> blijkt dat er geen volledige lijst bestaat van aanbieders van GGZ-zorg, dat de bekende zorgaanbieders nog niet allemaal MDS-gegevens aanbieden, dat de aangeleverde gegevens vertraagd binnenkomen en dat ook inhoudelijk de gegevens niet altijd juist zijn. Het gevolg daarvan is dat het effect van regulering en beleid moeilijk meetbaar is, dat toezicht nog geen structureel karakter heeft en het onderhouden van de productstructuur moeizaam is. Dit laatste bleek bijvoorbeeld recent bij het vaststellen van de productstructuur DBC GGZ 2010, waarbij DBC Onderhoud slechts een beperkt deel van de MDS-productiegegevens als voldoende betrouwbaar beoordeelde.

---

<sup>1</sup> DBC-Onderhoud, 'Nulmeting DIS-kwaliteit', maart 2009, <http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=6184&name=Rapport-nulmeting-DIS-data&rnd=633907029398530684>

De NZa zet zich daarom samen met het ministerie van VWS en DBC Onderhoud actief in om ervoor te zorgen dat de DBC-registratie door zorgaanbieders en daaruit gegenereerde MDS-levering verbetert. Ook wordt hierin samengewerkt met vertegenwoordigers van de zorgaanbieders en andere publieke afnemers van de MDS-gegevens zoals het CBS en CVZ. De verschillende lopende en geplande acties gericht op kwaliteitsverbetering zijn hieronder uitgewerkt.

VWS werkt aan een overzicht van de GGZ-zorgaanbieders. Zo'n overzicht is een belangrijke randvoorwaarde voor meting en verbetering van de kwaliteit van de MDS-dataset. Dit is een lastige opgave omdat nieuwe partijen niet verplicht zijn zich op één punt te registreren als aanbieder van GGZ binnen de Zorgverzekeringswet. Het nieuw handelsregister biedt op dit punt ook onvoldoende informatie.

Een bijzonder belangrijke rol is weggelegd voor de directie DIS van DBC Onderhoud, die als private partij de zorgaanbieders ondersteunt en begeleidt in het MDS-aanleverproces. DIS is voorzitter van een werkgroep Datakwaliteit MDS GGZ, waarin zowel zorgaanbieders als afnemers vertegenwoordigd zijn. Ook voorziet DIS de zorgaanbieders van rapportages waarmee zij kunnen controleren of de eigen data zoals toegestuurd aan DIS volledig is. Samen met de publieke afnemers ontwikkelt DBC Onderhoud kwaliteitsindicatoren over de MDS-gegevens, die ook in de vorm van rapportages aan de individuele zorgaanbieders ter beschikking zullen worden gesteld.

De NZa is de opsteller van de MDS-aanleververplichting en heeft op 1 januari 2010 deze verplichting herzien zodat deze duidelijker en juridisch beter handhaafbaar wordt. De herziening zal tevens leiden tot een verlaging van de administratieve lasten voor kleine aanbieders daar de mogelijkheid is gecreëerd per kwartaal of half jaar aan te leveren. De NZa houdt ook toezicht op de naleving van deze aanleververplichting. Door gerichte handhavingactiviteiten is in 2009 de MDS-aanlevering door GGZ-instellingen verbeterd. Deze aanpak zal in 2010 worden voortgezet. Ook analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door deze te vergelijken met de dbc-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering.

Het uiteindelijke effect van deze acties is dat door inspanningen van marktpartijen de kwaliteit van de data sterk verbetert. Dit stelt de NZa in staat om de werking van de zorgsector beter te kunnen beoordelen. In deze monitor heeft de NZa nog een aantal analyses moeten uitstellen omdat de kwaliteit van data tekortschoot.

## **1.4 Typering GGZ: aanbieders, bekostiging en financiering**

In deze monitor wordt de term ambulante en klinische curatieve GGZ gebruikt. Deze term sluit aan bij de budgetgegevens die een belangrijke kwantitatieve databron vormen voor deze monitor. Een andere veelgebruikte term die past binnen de dbc-systematiek betreft behandeling met of zonder verblijf.

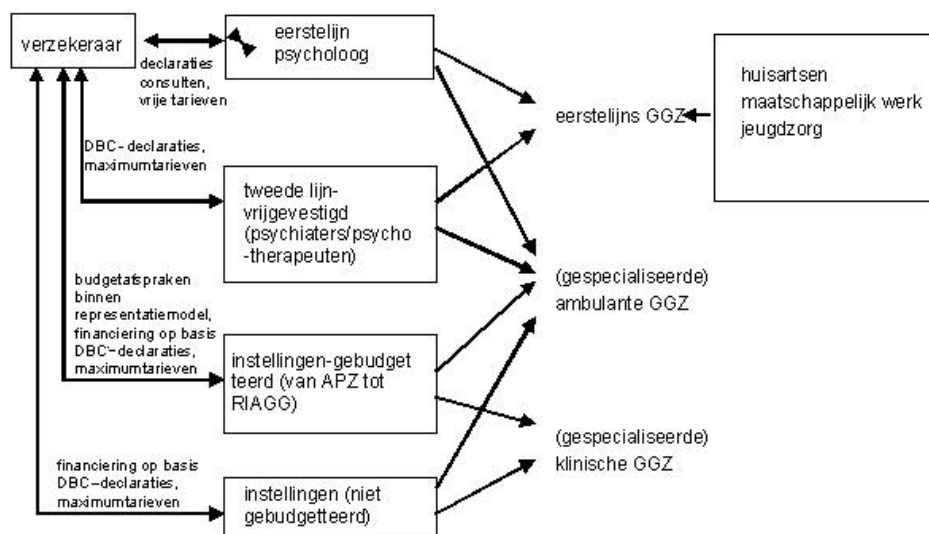
Het Trimbos-instituut typeert het aanbod door onderscheid te maken tussen brede ofwel geïntegreerde GGZ-instellingen en gespecialiseerde GGZ-instellingen. In geïntegreerde instellingen wordt min of meer het volledige scala aan GGZ-voorzieningen geboden. Daarnaast zijn er

verschillende gespecialiseerde GGZ-instellingen actief. Het gaat daarbij dan om zelfstandige Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Apz-en), Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIagg's), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische universitaire klinieken (PUK). Ook bestaan categorale instellingen voor specifieke cliëntcategorieën; jeugdpsychiatrische klinieken, verslavingszorg en forensisch-psychiatrische zorg. Daarnaast is er een groep aanbieders die vooral ambulante curatieve GGZ aanbiedt. Deze aanbieders bieden een breed dienstenpakket aan, maar zijn niet altijd gespecialiseerd dan wel deeluitmakend van geïntegreerde GGZ-instellingen. Naast instellingen bieden ook zelfstandig gevestigde hulpverleners (psychiaters en psychotherapeuten) gespecialiseerde GGZ. Tenslotte is er de eerstelijns GGZ die volgens het Trimbos-instituut in minder mate te beschouwen is als een afzonderlijke, georganiseerde sector maar meer als een 'werkveld' van een aantal beroepsgroepen. Zo leveren niet alleen eerstelijns psychologen eerstelijns GGZ maar ook bijvoorbeeld huisartsen en maatschappelijk werkers.

De zorg van bovenstaande zorgaanbieders wordt normaliter in vier zorgcircuits (of deelmarkten) verdeeld. Het gaat daarbij om kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen, verslaving en forensische zorg.<sup>2</sup> Deze indeling wordt ook in deze monitor gehanteerd.

De zorgaanbieders in de GGZ worden op verschillende manieren bekostigd (zie figuur 1.1).

**Figuur 1.1. zorgaanbieders GGZ en hun bekostiging**



Sinds 2008 wordt de curatieve GGZ op basis van DBC's gefinancierd. De bekostiging vindt plaats door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie. GGZ-aanbieders komen voorafgaand aan het jaar met verzekeraars prijzen overeen voor zowel de budgetparameters als de DBC's op basis van het verwachte volume. Gedurende het jaar factureren de GGZ-aanbieders de daadwerkelijk geleverde zorg op basis van de DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met de budgetafspraken

<sup>2</sup> Deze indeling moet niet worden gezien als marktafbakening als gebruikt door de NZa in haar zienswijzen aan de NMa. De NMa hanteert in haar beschikkingspraktijk een andere marktafbakening.

die aan het werkelijke volume zijn aangepast. Wanneer de DBC's meer hebben opgeleverd dan de budgetafspraken, betaalt de zorgaanbieder het verschil terug. Is er op basis van de DBC's juist sprake van te weinig inkomsten, dan krijgt de aanbieder het verschil achteraf bijbetaald. De huidige budgetbekostiging werkt dus als een vangnet om een te hoog of een te laag resultaat van de DBC-financiering op te vangen. Uitzondering op deze systematiek vormen de GGZ-aanbieders die sinds 2008 zijn toetreden en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Hun bekostiging vindt al volledig op basis van DBC's met maximumprijzen plaats, dus zonder vangnet.<sup>3</sup>

Bij het opnemen van de eerstelijns psychologische zorg in het basispakket is besloten om het consultsysteem te handhaven en niet over te stappen op DBC-bekostiging. Met ingang van 1 januari 2008 zijn deze tarieven vrij.

## 1.5 Leeswijzer

De opbouw van de monitor is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de vraag naar curatieve GGZ. Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling en de omvang van het aanbod. In hoofdstuk 4 komt de contractering van GGZ door zorgverzekeraars aan de orde. Hoofdstuk 5 brengt de kosten en het volume van de GGZ in kaart. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 aandacht besteed aan dyslexiezorg op basis van een aantal specifieke vragen van het ministerie van VWS.

---

<sup>3</sup> NZa. 2009. Uitvoeringstoets Curatieve GGZ





## 2. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de ontwikkeling van de vraag centraal. De vraag naar zorg bepaalt in belangrijke mate de ontwikkeling van het volume van zorg. En idealiter zou de vraag naar zorg ook het aanbod moeten bepalen. Aan de orde komen achtereenvolgend de daadwerkelijk vraag in termen van gebruik, de latente vraag en de patiëntenstromen.

Het streven is de vraag in termen van stoornissen te typeren, voor zover beschikbare gegevens dat toelaten. De NZa heeft het voornemen de monitor GGZ in te richten door aan te sluiten op stoornissen en diagnoses.

#### Samenvatting

- Het beroep op de geneeskundige GGZ stijgt licht in de periode 2005-2007 door toename van het aantal cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg.
- Er bestaan grote regionale verschillen in het gebruik van GGZ in Nederland.
- Het totaal aantal mensen met psychische klachten is de laatste jaren ongeveer stabiel gebleven.
- Er is een aanzienlijke latente vraag naar geestelijke gezondheidszorg.
- E-mental health zet een gedeelte van deze latente vraag om in daadwerkelijke zorgvraag.
- Beantwoording van latente vraag kent zowel voor- als nadelen.

### 2.2 Ontwikkeling van de vraag

Het algemene beeld van de ontwikkeling van de vraag naar zorg is dat het beroep op de geneeskundige GGZ licht stijgt in de periode 2005-2007 door de toename van het aantal cliënten bij de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg.<sup>4</sup> Het profiel van de cliënten verandert in de tijd vrijwel niet. De volgende categorieën treffen we relatief vaak aan onder de cliënten van de geneeskundige GGZ:

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

Tabel 2.1 laat zien dat de stijging van het beroep op de geneeskundige GGZ per saldo het sterkst is bij de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook de verslavingszorg kent een stijging van het aantal cliënten. Een deel van de cliënten doet een beroep op meer dan één zorgcircuit. Daardoor is het totaal aantal unieke cliënten kleiner dan de som van het aantal unieke cliënten van de drie circuits. Bijna 80% van de cliënten van de gebudgetteerde instellingen maakt gebruik van de volwassenen- en ouderenzorg.

<sup>4</sup> Betrouwbare gegevens over het aantal cliënten in 2008 ontbreken vooralsnog (zie ook de betreffende paragraaf in hoofdstuk 1)

**Tabel 2.1. Totaal unieke cliënten van gebudgetteerde instellingen per circuit (x 1.000)a**

Circuit	2005	2006	2007
Volwassenen- en ouderenzorg	660	674	669
Kinder- en jeugdpsychiatrie	94	113	126
Verslavingszorg	66	65	76
Totaal <sup>b</sup>	801	848	855

a Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg, forensische psychiatrie en overige GGZ-aanbieders.

b Het totaal aantal unieke GGZ-cliënten is – in verband met mogelijke overlappingen in het gebruik van de drie circuits – niet noodzakelijk gelijk aan de som van het aantal cliënten van de drie circuits.

Bron: APE

Er bestaan grote regionale verschillen in het gebruik van GGZ in Nederland. Het westen en het noorden van het land maken verhoudingsgewijs veel gebruik (zie tabel 2.2). Inwoners van de grote steden doen een bovengemiddeld beroep doen op de geneeskundige GGZ. Daarnaast zijn inwoners van de (zeer) sterk stedelijke postcodegebieden in de cliëntèle van de geneeskundige GGZ oververtegenwoordigd (niet in tabel opgenomen).

**Tabel 2.2. Totaal unieke cliënten van gebudgetteerde instellingen GGZ-aanbieders naar landsdeel, 2005-2007 (in %)a**

Landsdeel	2005	2006	2007	Bevolking
Noord	12	12	12	10
Oost	18	18	18	21
West	52	52	52	47
Zuid	17	18	18	22
Totaal (in %)	100	100	100	100
Totaal (x 1.000)	801	848	855	16.373

a Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg, forensische psychiatrie en overige GGZ-aanbieders.

Bron: APE

De grootste zorgvraag betreft de ambulante zorg in de verschillende circuits. Een meting van het aantal gebruikers in 2008 door Vektis laat zien dat ongeveer 1 op de 10 gebruikers zorg met verblijf ontvangt.<sup>5</sup> Ook uit gegevens van Ape blijkt dat de vraag naar zorg vooral de extramurale zorg betreft en in veel mindere mate het verblijf in instellingen.

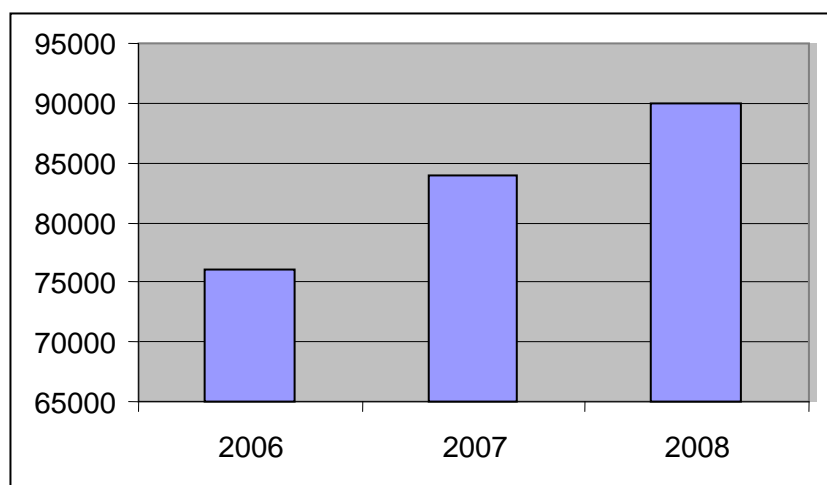
Eerstelijnspsychologen worden veelal bezocht door mensen met de wat lichtere klachten. Het gaat daarbij om depressiviteit, werk- of studieproblemen, overspannenheid, identiteitsproblemen trauma/rouw en scheiding.<sup>6</sup> Het is moeilijk een integraal beeld van de ontwikkeling van deze vraag te krijgen. Eerstelijnszorg wordt namelijk aangeboden door verschillende individuele zorgaanbieders. Ook spelen huisartsen en het maatschappelijk werk een belangrijke rol. Uitgaande van gegevens van de LVE stijgt de vraag naar eerstelijnszorg sterk (zie figuur 2.1). Het

<sup>5</sup> ZN Inkoopgids 2010. Aantallen op basis van DBC's 2008. Vanwege het peilmoment kan dit aantal nog veranderen.

<sup>6</sup> Trimbos, 2009, deel 2, p. 17

aantal gebruikers is in enkele jaren gestegen met ongeveer 20%. Het aantal sessies blijft daarbij ongeveer stabiel (90% van de gebruikers heeft genoeg aan 12 zittingen).

**Figuur 2.1. De ontwikkeling van de vraag naar hulp in aantallen bezoekers van eerstelijns psychologen**



Bron: Jaarbericht LVE 2008

### 2.3 De latente vraag

In de voorgaande paragraaf kwam de daadwerkelijke vraag naar GGZ aan de orde. In deze paragraaf staat de latente vraag centraal. Er is een groot aantal mensen met een psychische stoornis die geen zorg ontvangen ondanks hun wens daartoe. Het vaststellen van deze latente vraag is belangrijk om verschillende redenen. Ten eerste omdat een grote latente vraag kan wijzen op problemen met de toegang tot zorg. Ten tweede omdat het manifest worden van de latente vraag leidt tot toename van de vraag met bijbehorende toegankelijkheids- en betaalbaarheidsproblemen.<sup>7</sup>

In haar uitvoeringstoets heeft de NZa de bestaande inzichten in de ontwikkeling van de behoefte aan GGZ als volgt samengevat. Gegevens van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) over aantallen mensen met frequente en/of ernstige psychische klachten komen uit op percentages van rond de vijftien. Volgens het zogeheten Nemesis-onderzoek is bij bijna een kwart (23%) van de bevolking sprake van een psychische stoornis.<sup>8</sup>

Het totaal aantal mensen met psychische klachten is de laatste jaren ongeveer stabiel gebleven, concludeert het Trimbos-instituut met enkele slagen om de arm. De toename van het beroep op geestelijke gezondheidszorg – de manifesterende vraag – wordt dan ook voornamelijk veroorzaakt door de manier waarop de samenleving met mensen met geestelijke problemen omgaat.<sup>9</sup>

In Nederland is de latente vraag naar geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk. Er bestaat een latente zorgvraag bij ruim 400.000 mensen,

<sup>7</sup> Zie ook de verwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar de latente zorgvraag als een van de achtergronden van de overschrijding van het Budgettair Kader Zorg in 2008. Tweede Kamer 2008–2009, 31700 XVI, nr 167

<sup>8</sup> Verwijzing naar Nemesis

<sup>9</sup> Trimbos, 2008, deel 1, p.27

ongeveer 2,5% van de Nederlandse bevolking.<sup>10</sup> Uitgaande van het kostenpeil 2007 leidt een grove berekening tot een schatting van bijna € 1,5 miljard.<sup>11</sup>

Naar alle waarschijnlijkheid is de latente vraag naar GGZ groter dan naar andere vormen van zorg. Barrières voor het bezoeken van een zorgverlener GGZ blijken vooral terug te voeren op attitudekenmerken. Het merendeel van mensen met psychische klachten zonder zorg wil zelf de problemen oplossen of verwacht dat de problemen vanzelf weggaan.<sup>12</sup> Structurele barrières kunnen ook een rol spelen. Nivel suggereert bijvoorbeeld dat het niet bereiken van patiënten samenhangt met de groeiende opvatting van huisartsen dat de behandeling van psychosociale klachten niet tot hun taken behoort.<sup>13</sup>

De latente vraag is het grootst bij mensen met lichtere klachten. Onderzoek toont aan dat hoe ernstiger de klachten zijn hoe meer zorg ontvangen wordt.<sup>14</sup> Immers, het dagelijks functioneren wordt moeilijker naarmate de gezondheidsklachten toenemen en daarmee de noodzaak om hulp te zoeken. De latente vraag is dan ook minder groot bij alcohol- en drugmisbruik.<sup>15</sup>

De opkomst van e-mental health geeft aan dat innovatie in GGZ een gedeelte van de latente vraag omzet in een daadwerkelijke zorgvraag. Het lijkt zo te zijn dat de vormgeving van het aanbod in dit geval enkele attitudeoorzaken van het niet bezoeken van zorgaanbieders kan wegnemen (zie box). Dit is een relevante ontwikkeling gezien de liberalisering van de curatieve GGZ. In een geliberaliseerde zorgmarkt is het immers voorstelbaar dat toetreding van nieuwe aanbieders en innovatie gestimuleerd worden.

---

<sup>10</sup> GGZ Nederland, 2008

<sup>11</sup> Uitgaande van € 3.600 per verzekerde (APE). Niet gecorrigeerd voor zorgsoort. Uitgaande dat de latente vraag gemiddeld lichtere zorg betreft zal het totale bedrag lager liggen.

<sup>12</sup> Trimbos, 2008, p. 39-40

<sup>13</sup> Nivel, Noordman, J.; Verhaak, P. 'Psychische gezondheid in de eerste lijn'. De inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL, 2009.

<sup>14</sup> Trimbos, 2008, p. 44

<sup>15</sup> Trimbos, 2008, p. 36

**E-mental health en latente vraag**

In de literatuur leggen verschillende auteurs een expliciet verband tussen innovatie in de GGZ en de vermindering van de latente vraag. Zij stellen namelijk vast dat internetbehandelingen eraan kunnen bijdragen de onderbehandeling van de stigmatiserende, veelvoorkomende klachten als depressie, angstklachten en alcoholproblemen te verminderen. De drempel van internetbehandelingen is namelijk laag, ze zijn goedkoop en minder arbeidsintensief.

Aanbieders van internetbehandelingen voor verslavingszorg bevestigen dat. Bij alcoholdebaas.nl melden zich bijvoorbeeld relatief veel hoger opgeleide vrouwen met een baan. Deze groep wordt vrijwel niet gezien in de reguliere verslavingszorg. Schaamte speelt daarbij een grote rol. Ook zouden zij nog niet eerder hulp hebben gezocht, en hebben zij in een veel eerder stadium dan in het reguliere circuit contact met een zorgverlener. In de reguliere verslavingszorg melden zich vaak mensen bij wie het probleem al jarenlang speelt en bij wie het probleem zo groot is geworden dat ze niets meer te verliezen hebben.

De aanbieders van internetbehandelingen geven tevens aan dat zij actief de zorgconsument, de zorgverzekeraar en de verwijzers zullen benaderen. Enkele hebben al een marketingcampagne daarvoor ontwikkeld, gericht op de huisarts als voornaamste verwijzer.

Bron: ZKopers, E-health in opmars, april 2009

Uit het voorbeeld van e-health blijkt dat beantwoording van de latente vraag zowel voor- als nadelen kent. De consument krijgt eenvoudiger toegang, en op een eerder moment waarop de zorgvraag nog niet heel zwaar is en waarvoor lichtere vormen van zorg voldoen. Dit kan tot lagere zorgkosten op de langere termijn leiden. Daartegenover staan de hogere kosten op korte termijn. Het is de NZa gebleken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de dilemma-achtige situatie erkennen. Er is een vraag naar zorg die niet beantwoord kan worden door financiële grenzen.<sup>16</sup>

## 2.4 Patiëntenstromen

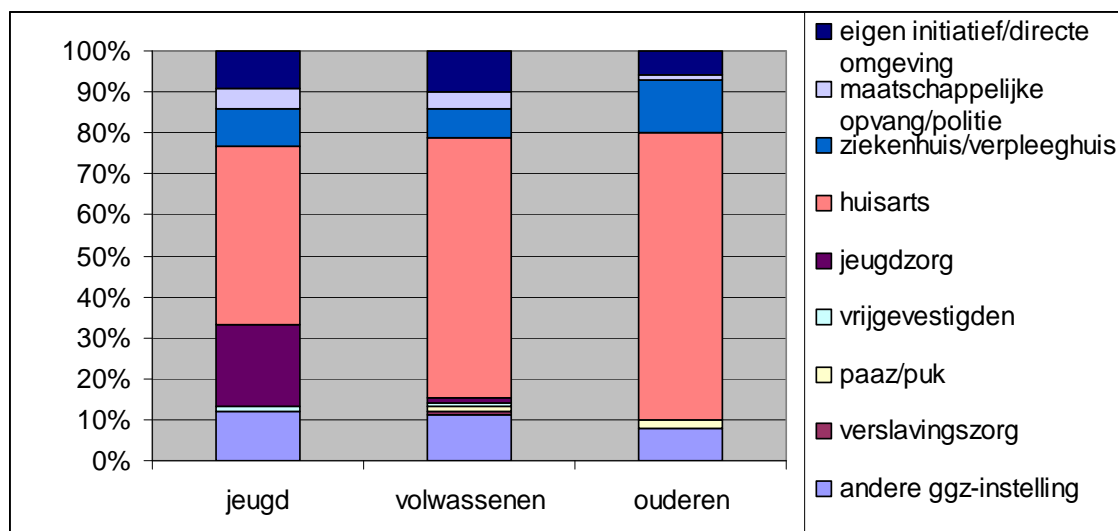
Patiëntenstromen zijn in het kader van volume van belang omdat al sinds lang gestreefd wordt naar substitutie van de duurder tweede lijn naar de eerste lijn.<sup>17</sup>

Cliënten van een instelling in de GGZ zijn in 2/3 van de gevallen doorverwezen door de huisarts. Jeugdige cliënten echter worden voor 20% ook doorverwezen door de jeugdzorg. Er is vrijwel geen instroom vanuit de vrijevestigden (figuur 2.2).

<sup>16</sup> Bron: Expertmeeting Monitor GGZ, 30 september 2009

<sup>17</sup> Nivel, Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006, 2007

**Figuur 2.2. Verwijzers naar instellingen GGZ**



Bron: GGZNL, Sectorrapport 2009

De patiënten van de zelfstandig gevestigde psychiaters waren veelal in behandeling gekomen door verwijzing van de huisarts (58 %) of op eigen initiatief van de patiënt (21 procent).<sup>18</sup> Uit de ronde tafelbijeenkomsten van de NZa met de NMa met psychiaters kwam het beeld naar voren dat huisartsen op de hoogte zijn van de specialisaties van de psychiaters in de buurt.

Ook de cliënten van eerstelijns psychologen worden in ongeveer twee van de drie gevallen verwezen door de huisarts. De huisarts kan de patiënt zelf behandelen – bijvoorbeeld met gesprekken of medicatie – of hij kan de patiënt doorverwijzen. Hierbij heeft de huisarts de keuze tussen bijvoorbeeld een algemeen maatschappelijk werker en een meer gespecialiseerde GGZ-zorgaanbieder zoals de eerstelijnspsycholoog of een tweedelijns zorgaanbieder zoals een psychiater, psychotherapeut of een klinisch psycholoog. Een betrekkelijk groot aantal verzekerden (20%) komt zonder verwijzing hoewel verzekeraars dit wel in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen.

## 2.5 Conclusies en acties

De vraag naar zorg bepaalt in belangrijke mate de ontwikkeling van het volume van zorg. De vraag naar curatieve GGZ is zowel in de eerste als in de tweedelijns gestegen. De stijging van het beroep op de curatieve GGZ is het sterkst bij de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg. Door een stijging van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg neemt de druk op het volume toe. Daarnaast is er een grote latente vraag naar GGZ. Deze vraag is eenvoudig manifest te maken door initiatieven – zoals e-mental health – van zorgaanbieders.

Het merendeel van de patiënten wordt naar de eerste en de tweede lijn verwezen door de huisarts. Een belangrijke rol bij de substitutie van de duurdere tweede lijn naar de eerste lijn is dan ook weggelegd voor de huisarts.

<sup>18</sup> IGZ, Zelfstandige psychiaters in beeld, juli 2009

## 3. Het aanbod

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk brengt het aanbod in de curatieve geestelijke gezondheidszorg in kaart. Inzicht in de omvang en de ontwikkeling van het aanbod is om verschillende redenen van belang. Ten eerste is het vanuit het oogpunt van de consument belangrijk dat er voldoende keuzemogelijkheden zijn en dat de kwaliteit van het aanbod toeneemt. Ten tweede bepalen kenmerken van het zorgaanbod in belangrijke mate de mogelijkheden voor een actieve zorginkoop door de zorgverzekeraar. Tenslotte is inzicht in de dynamische efficiëntie van de sector van belang. De inzichten zijn onder meer bruikbaar voor het verdere ontwerp van een pad naar prestatiebekostiging en liberalisering in de curatieve GGZ.<sup>19</sup> De aanwezigheid van voldoende aanbieders in een markt en de voorwaarde dat aanbieders vrij kunnen toetreden tot de markt zijn voor de NZa belangrijke factoren bij advisering over de regulering van een zorgmarkt.<sup>20</sup>

In paragraaf 3.2 staat de ontwikkeling van het aanbod centraal. Daarbij is de geografische toegankelijk een aandachtspunt.<sup>21</sup> Paragraaf 3.3. geeft een overzicht van het aantal aanbieders op de verschillende deelmarkten. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 ingegaan op de marktconcentratie.

#### Samenvatting

- Aanbieders trachten hun marktpositie te versterken door nieuwe markten te betreden dan wel nieuwe producten aan te bieden.
- De ontwikkeling en toepassing van ROM, richtlijnen, zorgprogramma's en prestatie-indicatoren zijn belangrijke aanzetten tot meer kennis en inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Ook bij de zorginkoop is steeds meer aandacht voor de kwaliteit van zorg.
- Er zijn lange wachttijden voor met name kinder- en jeugd GGZ.
- Het aantal toetreders is beperkt evenals de omvang van hun productie.
- Toetredingsdrempels vormen de garantiebudgetten van zorgverzekeraars, de concentraties en de benodigde investering in werkkapitaal.
- In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie. De concentratiegraad ligt mogelijk in werkelijkheid lager als gevolg van bovenregionale aanbieders en nieuwe toetreders.

<sup>19</sup> Ministerie van VWS. 22 oktober 2009. Kamerstuk: Beleidsvoornemens voor 2010 en 2011 in de curatieve geestelijke gezondheidszorg

<sup>20</sup> NZa, Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de gezondheidszorg

<sup>21</sup> Uiteraard is de financiële toegankelijkheid in het kader van de Zorgverzekeringswet ook van belang. Vanwege de focus van deze monitor adresseert de NZa dit aspect in de volgende monitor.

## 3.2 De ontwikkeling van het aanbod

### 3.2.1 Soorten aanbieders

Zoals in het eerste hoofdstuk al is aangegeven wordt GGZ geleverd door verschillende soorten van aanbieders. Naast geïntegreerde instellingen met een uitgebreid aanbod van zorg zijn er meer gespecialiseerde instellingen. Beide kunnen zowel klinische als ambulante zorg bieden. Naast de instellingen zijn er de vrijgevestigde individuele zorgaanbieders. De zorg van deze aanbieders laat zich verdelen in de circuits kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen, verslaving en forensische zorg. Tenslotte is er de eerstelijns zorg die volgens het Trimbos-instituut in minder mate te beschouwen is als een afzonderlijke, georganiseerde sector maar meer als een 'werkveld' van een aantal beroepsgroepen.<sup>22</sup>

In de toekomst wil de NZa zo veel als mogelijk uitgaan van een indeling in productmarkten (deelmarkten) op basis van de zorgvraag. Dat wil zeggen dat zij de stoornissen als uitgangspunt wil nemen. Hierbij blijft een onderscheid in instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders wenselijk. Omdat gegevens vooralsnog tekortschieten (zie ook hoofdstuk 1) gaat de NZa hier uit van de genoemde circuits van zorg, elk te onderscheiden in ambulante en klinische zorg.

### 3.2.2 De ontwikkeling van het zorgaanbod

Vóór de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de ZVW in 2008 ondervonden GGZ-instellingen weinig prikkels om doelmatig te werken. Hierdoor was er ook geen noodzaak tot productinnovatie en ontwikkeling van nieuwe markten.<sup>23</sup> Er was sprake van een aanbodgestuurd aanbod waarbij zorgaanbieders veel te weinig stimulansen kenden om goede, doelmatige zorg te leveren die optimaal aan de wensen van de consument voldoet.<sup>24</sup> De zorgkantoren kenden op hun beurt te weinig prikkels om doelmatig zorg in te kopen.

Met de overheveling naar de Zvw was het de verwachting dat de aanbieders van GGZ meer de noodzaak zouden ondervinden om hun marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren.<sup>25</sup> GGZ-aanbieders geven echter aan dat intersectorale samenwerking, zorglogistiek en innovatie moeilijk van de grond komen omdat instellingen er zelf geen budget voor hebben en er geen financiële stimulans is vanuit de overheid en zorgverzekeraars.<sup>26</sup> Er zijn echter wel ontwikkelingen zichtbaar die verbetering beloven.

Ten eerste versterken bestaande, maar ook nieuwe GGZ-aanbieders hun marktpositie door voor hen nieuwe markten te betreden dan wel nieuwe producten aan te bieden. Ten tweede zijn er ontwikkelingen zichtbaar gericht op het verbeteren van de transparantie, doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. In de volgende paragrafen worden deze ontwikkelingen op hoofdlijnen beschreven.

---

<sup>22</sup> Trimbos. 2008. Trendrapportage GGZ: deel I

<sup>23</sup> BShealth Consultancy. 2008. GGZ langs de meetlat: onderzoek naar de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren

<sup>24</sup> NZa. Maart 2007. Care voor de Toekomst: uitvoeringstoets overheveling zorgkantoortaken.

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Bron: Expertmeeting monitor GGZ, 30 september 2009



### 3.2.3 Versterken van marktpositie en nieuwe producten

De versterking en/of het verkrijgen van een marktpositie van oude en/of nieuwe zorgaanbieders blijkt met name uit het aanbieden van lichte ambulante curatieve zorg en dienstverlening aan werkgevers op het terrein van arbeid en psyche. Uit analyses van nieuwe GGZ-aanbieders blijkt dat het merendeel van deze aanbieders zich richten op de markt voor de (lichte) ambulante curatieve GGZ.<sup>27</sup> Werkgevers worden door de krapte op de arbeidsmarkt gedwongen te investeren in hun werknemers.<sup>28</sup> GGZ-aanbieders spelen hierop in door specifieke dienstverlening aan te bieden aan werkgevers.<sup>29</sup>

Naast bovengenoemde ontwikkelingen betreden zowel nieuwe als bestaande aanbieders de markt voor verslavingszorg. Het betreft zowel de markt voor de ambulante als de klinische verslavingszorg.

Op de markt van de klinische verslavingszorg is te zien dat een aantal aanbieders zich richt op een specifieke doelgroep en voor deze doelgroep een nieuw product aanbiedt, namelijk een combinatie van zorg en luxe.<sup>30</sup> Er wordt een persoonlijk behandelprogramma aangeboden in een luxe verblijf met allerhande faciliteiten.

Bij het aanbieden van nieuwe producten springt vooral de opkomst van e-mental health in het oog (zie ook vorige hoofdstuk). E-mental health is het gebruik van internettechnologie om de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen.<sup>31</sup> Gelijk aan de reguliere GGZ, wordt bij e-mental health onderscheid gemaakt tussen preventie, behandeling en zorg. De meeste internetbehandelingen zijn gericht op specifieke klachten zoals depressie, angstklachten en alcoholpreventie.<sup>32</sup> E-mental health interventies zijn in meerderheid gericht op preventie. Een derde deel richt zich op behandeling en e-consult.<sup>33</sup>

Er is sprake van een sterke groei van e-mental health. Het aantal interventies is sinds 2006 uitgebreid naar 80.<sup>34</sup> Internettherapie wordt in toenemende mate door zorgverzekeraars vergoed.<sup>35 36</sup>

### 3.2.4 Ontwikkelingen op het gebied van verbeteren transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van zorg

Er zijn positieve ontwikkelingen bij het verbeteren van de transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van de GGZ. Ten eerste zijn er belangrijke aanzetten tot meer kennis en inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Ten tweede is bij de inkoop van GGZ steeds meer aandacht voor kwaliteit.

<sup>27</sup> Zie ook: APE. 2009. Overall toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2010

<sup>28</sup> BShealth Consultancy. Oktober 2008. GGZ langs de meetlat: onderzoek naar de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren. P. 16

<sup>29</sup> idem

<sup>30</sup> idem

<sup>31</sup> Trimbos. 2008. Trendrapportage GGZ 2008: deel 2

<sup>32</sup> Stichting Pandora. 2008. Technologische ontwikkelingen in de GGZ: E-mental health en substituties nader bekeken. P. 23

<sup>33</sup> Trimbos. 2008. deel 2. P. 120

<sup>34</sup> idem. P. 140

<sup>35</sup> Stichting Pandora. 2008. Technologische ontwikkelingen in de GGZ: E-mental health en substituties nader bekeken. P. 23

<sup>36</sup> Bij anonieme e-mental health is er een probleem bij de financiering. Om een prestatie ten laste van de Zorgverzekeringswet te mogen vergoeden, is het noodzakelijk om vast te stellen of de betaling ook plaatsvindt ten behoeve van een verzekerde. Dit is bij anonieme consulten niet het geval.

### *Routine Outcome Monitoring (ROM<sup>37</sup>) en benchmarking*

Bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg verschuift de focus steeds meer naar de uitkomsten van zorg.<sup>38</sup> Er zijn diverse initiatieven gestart om uitkomstmetingen in de curatieve GGZ te bevorderen. Begin 2009 is vanuit zorgverzekeraars het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) opgericht, een kenniscentrum dat de behandel-effecten in kaart brengt van veelvoorkomende stoornissen. Het online meetinstrument dat KZN gebruikt betreft de ROM. Naast inzicht in de eigen effectiviteit van behandelingen kunnen zorgaanbieders verzekeraars en cliënten laten zien welke behandelingen effectief werken en hoe zij presteert ten opzichte van het landelijk gemiddelde: de KZN benchmark. KZN richt zich in eerste instantie op benchmarks voor de behandeling bij stemmings- en angststoornissen, burn-out en relatieproblemen. Vooralsnog zijn geen individuele vrijgevestigde zorgaanbieders in het klantenbestand van KZN opgenomen. Brancheorganisaties van de vrijgevestigde zorgaanbieders erkennen het belang van het meten van het effect van behandelingen en beraden zich over benchmarking. Hier wordt de voorkeur gegeven aan een eigen portal in samenwerking met GGZ Nederland.

Diverse GGZ-instellingen werken al meerdere jaren met ROM. Deze instellingen werken vaak in samenwerkingsverbanden om de benodigde kennis en de hoge kosten te delen. Voorbeelden van deze samenwerkingsverbanden zijn Synquest, ROQUA, Centrum voor Zorgmonitoring en diverse regionale zorgmonitors. GGZ Nederland is in februari 2009 gestart met een project ROM GGZ. Dit project bouwt voort op bovengenoemde initiatieven. Het project ROM GGZ werkt op basis van de landelijke verzamelde gegevens per doelgroep aan het vergelijkbaar maken van de vele in gebruik zijnde instrumenten en op termijn aan de keuze voor specifieke instrumenten. Met het project wordt tevens gestreefd het gebruik van ROM in de praktijk te bevorderen.

### *Richtlijnen, zorgprogramma's en prestatie-indicatoren*

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren zijn er de afgelopen jaren steeds meer multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld voor en door zorgaanbieders. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten.<sup>39</sup> Een richtlijn berust op de resultaten van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten en is gericht op het expliciteren van goed en doelmatig handelen in de dagelijkse praktijkvoering in de zorg.<sup>40</sup>

Vanaf januari 1999 tot eind 2007 was de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ actief. Vanaf 2008 wordt de richtlijnontwikkeling in een overgangsfase uitgevoerd binnen meer losse samenwerkingverbanden met diverse partijen. Tot op heden

---

<sup>37</sup> ROM is het periodiek meten van het psychisch functioneren van een patiënt. Doelen waarvoor ROM wordt ingezet, zijn optimalisering van de behandeling, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2008/suppl. 1 S-29

Routine outcome monitoring: regelmatig meten van klachten om de behandeling te evalueren M.E. den Hollander, I.M. van Vliet, F.G. Zitman

<sup>38</sup> NZa. 2009. Uitvoeringstoets Curatieve GGZ. p. 58

<sup>39</sup> Trimbos. 2008. Trendrapportage GGZ 2008: deel 3 . p. 110

<sup>40</sup> Van Everdingen, J.J.E., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A. (2004). Evidenced based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: bohn Stafleu van Loghum

zijn er elf multidisciplinaire richtlijnen gepubliceerd op de website van Trimbos-instituut en de richtlijn Dubbele diagnose.<sup>41</sup>

Signalen duiden er op dat zorgaanbieders de ontwikkeling van richtlijnen steunen maar het is nog onbekend of dit ook leidt tot gebruik in de praktijk. Het draagvlak voor het werken met richtlijnen is de afgelopen tien jaar toegenomen onder hulpverleners en aanbieders.<sup>42</sup> Uit de gegevens die er zijn (verkoopgetallen en downloadcijfers richtlijnen) kan worden opgemaakt dat er vanuit het veld volop aandacht is voor de ontwikkelde richtlijnen. Over het daadwerkelijk gebruik van richtlijnen zijn echter nauwelijks gegevens beschikbaar.

Gegevens over het gebruik van zorgprogramma's zijn wel bekend. Het merendeel van de GGZ-instellingen werkt met zorgprogramma's.<sup>43</sup> Een zorgprogramma is een geheel van specifieke op elkaar afgestemde activiteiten en modules om een optimaal effect te bewerkstelligen voor een omschreven groep van hulpvragers met een overeenkomstig behoefte aan zorg of behandeling.<sup>44</sup> Een zorgprogramma heeft in tegenstelling tot een richtlijn betrekking op het lokale aanbod.

Over de effectiviteit van zorgprogramma's is weinig bekend. Ten aanzien van de multidisciplinaire richtlijnen zijn de eerste resultaten van doorbraakprojecten bemoedigend.<sup>45</sup>

Naast bovengenoemde ontwikkelingen zijn GGZ-aanbieders met een Wtzi-erkenning vanaf 2008 verplicht prestatie-indicatoren aan te leveren met als doel de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. De stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ draagt zorg voor de ontwikkeling, implementatie en borging van de basisset prestatie-indicatoren. In 2007 hebben 78 instellingen voor GGZ en verslavingszorg, al dan niet volledig, gegevens voor de basisset aangeleverd, in 2008 is dit aantal bijna verdubbeld.<sup>46</sup> In 2009 hebben 145 van de 228 benaderde instellingen voor 1 juli gegevens aangeleverd aan Zichtbare zorg.<sup>47</sup> De basisset is in 2009 verder uitgebreid met een subset voor zelfstandig gevestigde professionals, die werkzaam zijn in de tweede lijn. Zodra deze indicatoren zijn vastgesteld, worden ze opgenomen in de basisset.

Zorgverzekeraars schenken in hun inkoopbeleid in toenemende mate aandacht aan de kwaliteit van zorg.<sup>48</sup> Daarbij gaat de eerste aandacht uit naar het vergroten van de transparantie. Zorginkopers maken gebruik van de prestatie-indicatoren om zorginstellingen te prikkelen tot kostenbewustzijn en kwaliteitsverhoging en om te differentiëren in de zorginkoop. De inkopers maken hiertoe tot nu toe gebruik van goed

<sup>41</sup> Trimbos. 2008. deel 3. p. 113

De gepubliceerde richtlijnen hebben betrekking op angststoornissen, depressie, schizofrenie, ADHD bij jeugdigen, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, alcoholafhankelijkheid en vroegtijdige psychosociale interventies bij rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Eén richtlijn – de richtlijn voor Huiselijk geweld – bevindt zich momenteel in de commentaarfase. Gedurende de commentaarfase kunnen reacties worden gegeven op de inhoud.

<sup>42</sup> Trimbos. 2008. Trendrapportage GGZ 2008: deel 3. p. 123

<sup>43</sup> idem. p. 137

<sup>44</sup> idem. p. 127

<sup>45</sup> idem. p. 137

<sup>46</sup> Zichtbare zorg Geestelijke gezondheidszorg. Managementsamenvatting Onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid, toepassing en gebruik van de basisset prestatie indicatoren GGZ. p. 12

<sup>47</sup> Zorgverzekeraars Nederland. Rapport Visualisering Prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg. Oktober 2009, p. 5

<sup>48</sup> BMC Advies|Management. Januari 2009. Rapport Periodieke meting geneeskundige gezondheidszorg

meetbare indicatoren, voornamelijk vooral op het gebied van cliëntgerichtheid.<sup>49</sup>

Verzekeraars bedienen zich daarbij van verschillende prikkels voor zorgaanbieders. Zo werken verzekeraars met contracten waarbij aanbieders bonuspunten krijgen als zij voldoen aan de HKZ-certificering, als zij gebruik maken van de CQ-index of als zij de prestatie-indicatoren van het IGZ-project Zichtbare Zorg hanteren.<sup>50</sup> Een andere prikkel is vergroting van de zogeheten vrije marge. Dat betekent dat zorgverzekeraars een gedeelte van het beschikbare (regionale) budget verdelen over instellingen op basis van hun initiatieven op het terrein van kwaliteit en innovatie. Voor vrijgevestigde zorgaanbieders bieden verzekeraars vanaf 2010 hogere tarieven als zij effectmetingen gaan doen.

Gebleken is dat zorgaanbieders vragen stellen bij deze initiatieven van zorgverzekeraars. Zij wijzen onder andere op de grote hoeveelheid informatieverzoeken waarvan hun het doel niet altijd duidelijk is. Dit thema krijgt in het volgende hoofdstuk meer aandacht.

### 3.2.5 De toegankelijkheid van het aanbod

Voor de beoordeling van de toegankelijkheid van het aanbod zijn twee aspecten van belang. Ten eerste de wachttijden en ten tweede de reistijd.

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders betwijfelen de hardheid van bestaande gegevens over toegangstijden in de GGZ. Met enkele slagen om de arm is het volgende beeld te schetsen. In haar Uitvoeringstoets curatieve GGZ wees de NZa al op problemen met de toegang tot met name de jeugd- en kinder GGZ op basis van gegevens over 2007. De meest recente wachttijdgegevens bevestigen dit beeld (zie tabel 3.1):

- de wachttijden zijn gemiddeld stabiel, nemen dus ook niet af;
- In de verschillende fasen (aanmeldingswachtfase, beoordelingswachtfase en behandelingswachtfase) zijn met name de wachttijden voor kinder- en jeugd GGZ hoog. Meer dan de helft van de cliënten moet van het moment van aanmelding tot aan het eerste (intake)gesprek langer wachten dan de treknorm toestaat.

**Tabel 3.1. toegangstijden (in weken) per circuit per behandelfase met het aantal wachtenden in % tussen haakjes**

	<b>aanmelding</b>	<b>beoordeling</b>	<b>behandeling</b>
kinderen en jeugd	6 (51)	7 (44)	7 (32)
volwassenen	3 (25)	4 (31)	5 (24)
ouderen	2 (17)	3 (27)	5 (22)
gemiddeld	3 (28)	5 (33)	6 (25)

Bron: GGZNL

Bovenstaande wordt bevestigd in de expertmeeting en de werkbezoeken aan zorgverzekeraars in het kader van de NZa-monitor zorginkoop. Zorgverzekeraars ervaren over het algemeen een toegankelijkheidsprobleem bij de kinder- en jeugdpsychiatrie zonder dit overigens kwantitatief te kunnen staven.

<sup>49</sup> BMC Advies|Management. Januari 2009. Rapport Periodieke meting geneeskundige gezondheidszorg

<sup>50</sup> NZA, Uitvoeringstoets Curatieve GGZ, 2009

In januari 2010 is de nadere regel wachttijdregistratie in werking getreden voor alle zorgaanbieders die ambulante geestelijke gezondheidszorg aanbieden.<sup>51</sup> Veel gebudgetteerde instellingen registreren al vanaf 1 september 2009 wachttijden van ambulante gezondheidszorg en publiceren deze op hun website.<sup>52</sup> Consumenten krijgen hierdoor meer vergelijkbare informatie over de toegang tot de verschillende zorgaanbieders. De NZa maakt in 2010 gebruik van deze gegevens in de monitor GGZ.

De reistijd naar de verschillende zorgaanbieders laat zich momenteel moeilijk vaststellen. Op basis van de beschikbare gegevens geeft de NZa in haar Uitvoeringstoets aan dat vooral de toegankelijkheid van psychiaters die zorg aan kinderen en jeugd bieden ongunstig afwijkt. Pas vanaf 50 km heeft circa tweederde van de bevolking toegang tot een kinder- en jeugdpsychiater en vanaf 100 km bijna 90%. De kwaliteit van de beschikbare gegevens schiet momenteel dusdanig tekort dat een analyse met meerwaarde ten opzichte van de Uitvoeringstoets niet mogelijk is. Zo heeft de NZa geen inzicht in substitutiepatronen die als effect hebben dat de toegankelijkheid van kinder- en jeugdpsychiatrie geborgd is. Ook ontbreken gegevens over de reistijden naar instellingen en zijn analyses van reistijden naar individuele beroepsbeoefenaren alleen te baseren op ledengegevens van beroepsorganisaties. Met name in de eerstelijnspsychologie is echter sprake van verschillende soorten van aanbieders. De NZa heeft het voornemen de reistijdanalyse in de monitor GGZ 2010 te verbeteren mits de kwaliteit van beschikbare data toeneemt. Informatie omtrent de zorglocaties van instellingen en een beter gevuld DIS om de actieve vrijgevestigden in kaart te brengen, kan deze kwaliteit verbeteren.

### 3.3 De ontwikkeling van het aantal aanbieders op deelmarkten

#### 3.3.1 Gebudgetteerde instellingen

Het aantal zorgaanbieders dat curatieve GGZ aanbiedt – op een of meer deelmarkten – is in 2009 licht gedaald ten opzichte van 2008. In 2008 boden 183 instellingen curatieve geestelijke gezondheidszorg aan. In 2009 waren dit er 179. Dit is het gevolg van concentraties. Er zijn geen instellingen uitgetreden. In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op toe- en uittreding en concentraties.

Uitgaande van indeling van de zogeheten GHOR-regios waarin Nederland verdeeld is bij het inkopen van zorg van gebudgetteerde instellingen ziet het aanbod eruit zoals weergegeven in figuur 3.1 (zie bijlage 1 voor de indeling in GHOR-regio's).

Deze regio-indeling sluit aan bij de verzorgingsgebieden van instellingen onder de AWBZ. De GHOR regio wordt tot op heden gebruikt in het representatiemodel bij de inkoop door zorgverzekeraars. GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverlening bij ongevallen en rampen. Nederland is verdeeld in 25 GHOR-regio's (zie figuur 3.1).

Gemiddeld zijn er per regio 7 gebudgetteerde instellingen maar het aantal instellingen varieert sterk (tussen 1 en 19 instellingen) (zie tabel 3.2).

<sup>51</sup> Circulaire Registratie en publicatie van wachttijden GGZ, 14-09-2009, GGZ/09/106c

<sup>52</sup> Veel vrijgevestigde zorgaanbieders hebben geen eigen website. Leden van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) kunnen echter bijvoorbeeld facultatief hun wachttijd publiceren op de website van de NVVP.

**Figuur 3.1. De 25 GHOR-regio's**



**Tabel 3.2. Aantal gebudgetteerde instellingen per GHOR-regio**

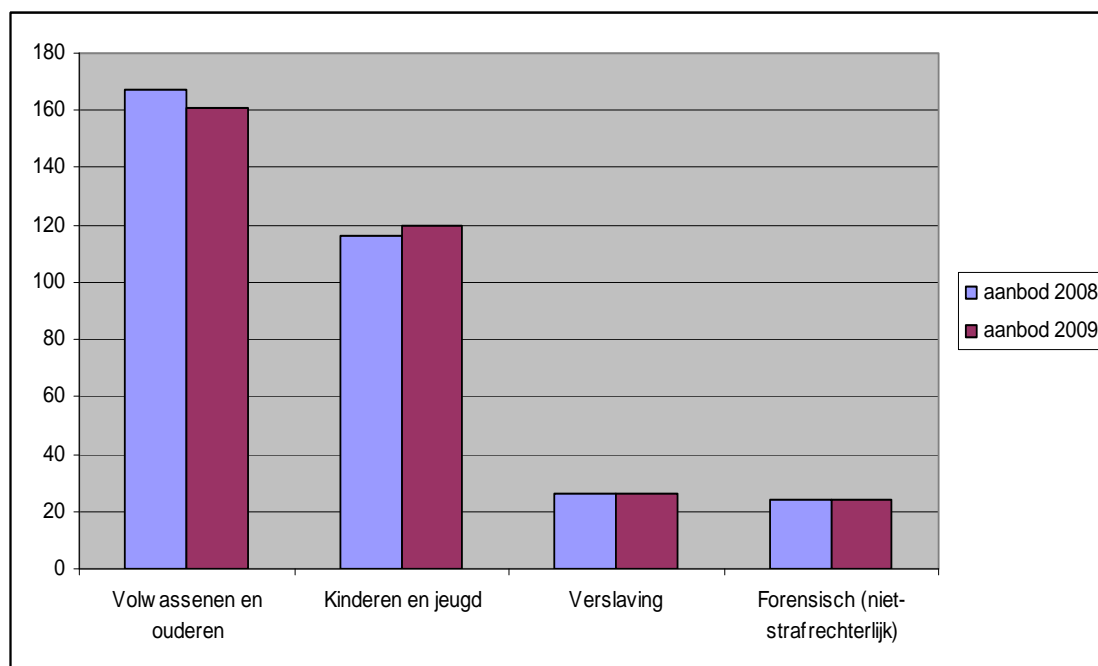
Aantal aanbieders per GHOR-regio	2008
Gemiddeld	7
Regio met het kleinste aantal aanbieders	1
Regio met het grootste aantal aanbieders	19

Bron: NZa

Gespecificeerd naar deelmarkten is het beeld als volgt. Het aantal gebudgetteerde instellingen dat productieafspraken heeft gemaakt – ‘actief is’ – op zowel de markt voor de ambulante als voor de klinische curatieve GGZ verandert sinds 2008 nauwelijks.<sup>53</sup> Op de deelmarkt kinderen en jeugd is zowel ambulante als klinische sprake van een lichte toename van het aantal instellingen dat actief is op deze deelmarkt (zie figuur 3.2 en 3.3).

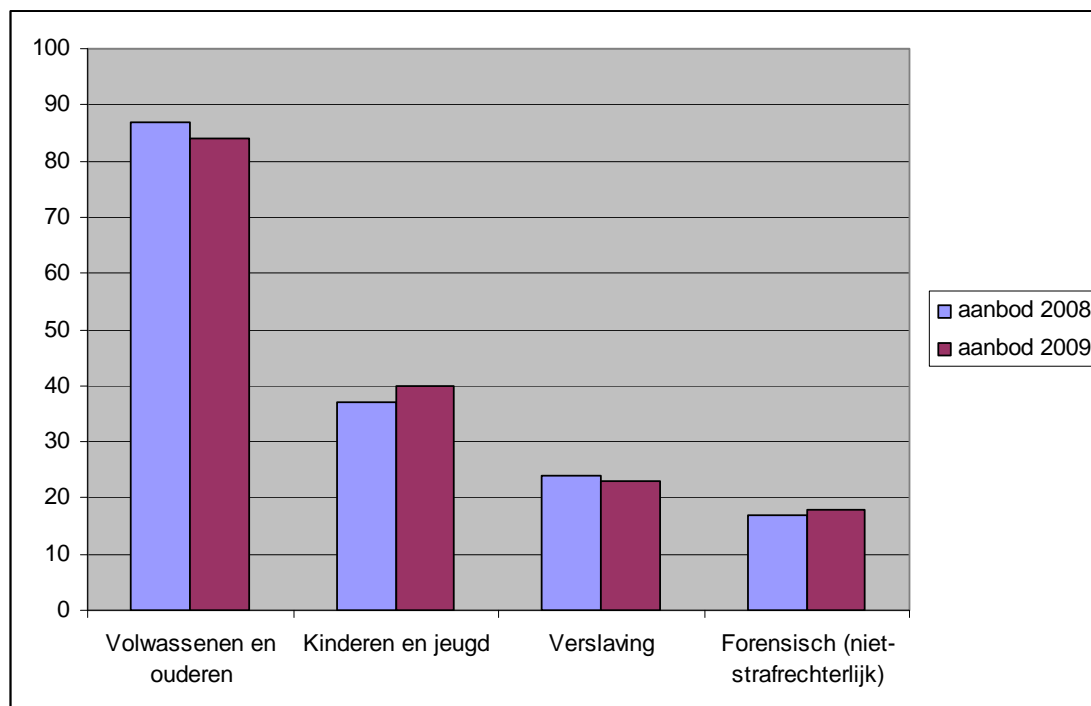
<sup>53</sup> Bij het in kaart brengen van het aantal instellingen is uitgegaan van het aantal gebudgetteerde instellingen dat productieafspraken heeft gemaakt – ‘actief is’ – op een deelmarkt. Hiervoor zijn de budgetgegevens van de NZa gebruikt.

**Figuur 3.2. Aantal gebudgetteerde instellingen actief op de verschillende deelmarkten ambulante curatieve geestelijke gezondheidszorg**



Bron: NZa

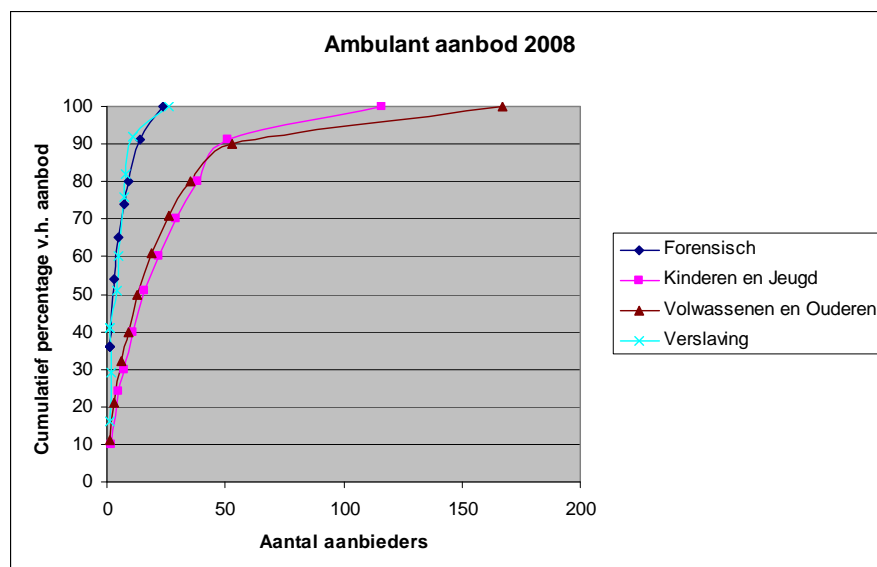
**Figuur 3.3. Aantal gebudgetteerde instellingen actief op de verschillende deelmarkten klinische curatieve geestelijke gezondheidszorg**



Bron: NZa

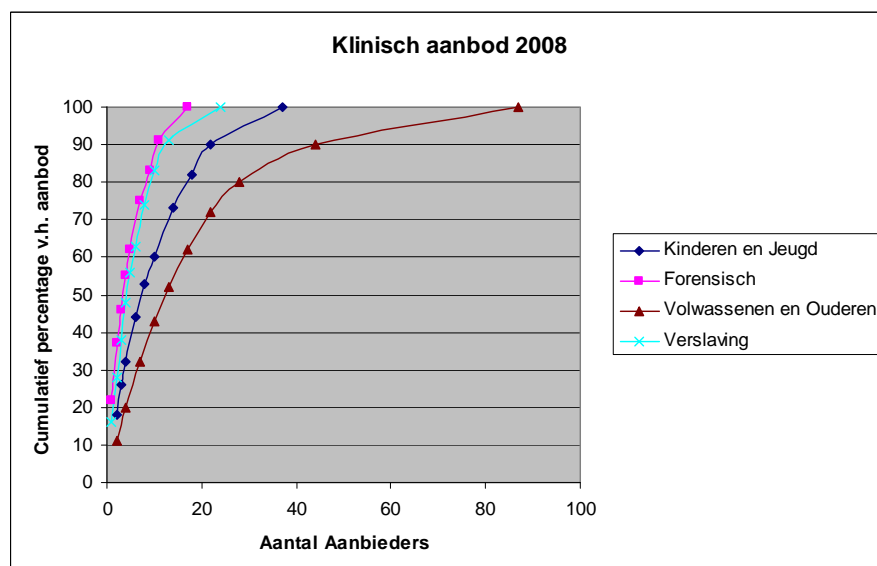
Op alle deelmarkten is een beperkt aantal van de actieve aanbieders verantwoordelijk voor het overgrote deel van de productie<sup>54</sup> (zie figuren 3.4 en 3.5). Er zijn veel aanbieders die maar beperkt actief zijn op de verschillende deelmarkten. Op de ambulante markt voor volwassenen en ouderen zijn bijvoorbeeld 167 instellingen actief. De helft van het totaal aantal behandelcontacten komt voor rekening van 13 aanbieders en 90 % komt voor rekening van 53 aanbieders. De resterende 10% productie wordt door 114 instellingen voor rekening genomen. Ook de andere deelmarkten zijn vergelijkbaar verdeeld.

**Figuur 3.4. Aanbieders ambulante curatieve GGZ versus productie**



Bron: NZa

**Figuur 3.5. Aanbieders klinische curatieve GGZ versus productie**



Bron: NZa

<sup>54</sup> Onder productie wordt hier het volume verstaan zoals gedefinieerd in noot 76 op pagina 47.



### 3.3.2 Vrijgevestigde zorgaanbieders

Voor het in kaart brengen van het aanbod van vrijgevestigde zorgaanbieders is voor deze monitor gebruik gemaakt van het aantal declarerende vrijgevestigde zorgaanbieders in 2008. Het betreft zowel DBC's GGZ als consulten (eerstelijns psychologische zorg).<sup>55</sup> Een andere manier is gebruik te maken van registratiebestanden of ledenaantallen van beroepsorganisaties. Het gebruik maken van declaraties heeft als voordeel dat alleen de actieve zorgaanbieders in kaart worden gebracht. Tevens kan uit declaratiegegevens naar voren komen dat ook andere dan de veronderstelde beroepsgroepen actief zijn op een bepaalde deelmarkt.

De hieronder gepresenteerde aantallen vormen een ondergrens voor het werkelijk aantal vrijgevestigde zorgaanbieders. Dit vanwege twee redenen: Ten eerste omdat de gebruikte declaratiegegevens een subset van verzekeraars betreft, die gezamenlijk 27% van de verzekerdenpopulatie dekken. Ten tweede omdat zorgaanbieders die op basis van restitutie declareren niet in beeld komen. Dit is in de GGZ des te waarschijnlijker gezien de problematiek van de invoering van DBC's voor vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ. De NZa heeft geen inzicht in het aantal vrijgevestigde zorgaanbieders dat geen DBC's declareert. In de eerstelijnspsychologie verlenen zorgaanbieders ook zorg zonder contractuele relatie met de zorgverzekeraar (zie ook volgend hoofdstuk). Veelal bestaat wel een betalingsrelatie waardoor zij wel als declarant bekend zijn.

Op basis van de declaratiegegevens zijn twee deelmarkten te onderscheiden, namelijk de deelmarkt kinderen en jeugd en de deelmarkt volwassenen en ouderen.

Uit tabel 3.4 blijkt dat 1306 vrijgevestigde zorgaanbieders DBC's hebben gedeclareerd in 2008. Ongeveer een kwart (329) levert zorg aan kinderen en jeugd en bijna allemaal (1253) aan volwassenen en ouderen. Diverse aanbieders hebben zowel zorg geleverd aan kinderen en jeugd als aan volwassenen en ouderen.

**Tabel 3.4. Aantal vrijgevestigde zorgaanbieders die DBCs declareren in 2008**

	Kinderen en jeugd	Volwassenen en ouderen	Totaal
Medisch specialist/psychiater	85	334	344
Psychologisch hulpverlener	244	919	962
Totaal	329	1253	1306

Bron: Vektis

Uit tabel 3.5 blijkt dat iets meer dan 3100 individuele zorgaanbieders consulten voor de verlening van eerstelijns psychologische zorg heeft gedeclareerd. Iets minder dan de helft (1375) levert op de deelmarkt kinderen en jeugd en meer dan 90% (2842) biedt zorg aan volwassenen en ouderen. Uit de declaratiegegevens blijkt dat naast psychologisch hulpverleners enkele tientallen andere beroepsgroepen eerstelijns psychologische zorg hebben gedeclareerd.<sup>56</sup> Dit betreffen onder andere orthopedagogen, psychotherapeuten en psychiaters.

<sup>55</sup> Databron Vektis

<sup>56</sup> Het onderscheid wordt gemaakt op basis van AGB-code.

**Tabel 3.5. Aantal vrijgevestigde zorgaanbieders die eerste lijnszorg declareren in 2008**

	Kinderen en jeugd	Volwassenen en ouderen	Totaal
Psychologisch hulpverlener	1375	2842	3125
Overig (psychiaters, orthopedagogen etc)	50	134	184

Bron: Vektis

Het aantal eerstelijnspsychologen wordt door de LVE op ten hoogste 1700 ingeschat. Ongeveer 1300 daarvan zouden geregistreerd zijn als eerstelijnspsychologen.<sup>57</sup> Op basis van de declaratiegegevens in tabel 5 is de conclusie daarom dat er naast eerstelijnspsychologen een aanzienlijke groep psychologisch hulpverleners bestaat die ook eerstelijns zorg verlenen.

### 3.3.3 Toetreding en toetredingsdrempels

Toetreding kan zich in verschillende vormen voordoen. Ten eerste kan een zorgaanbieder toetreden tot de curatieve GGZ als productmarkt. In dit geval gaat een zorginstelling GGZ aanbieden terwijl hij dat nog niet eerder deed. Daarbij kan sprake zijn van een deelmarkt (bijvoorbeeld verslavingszorg) of hij kan ook kiezen voor het gehele pakket aan GGZ. Tevens kan deze vorm van toetreding plaatsvinden op regionaal dan wel hoger niveau (meerdere regio's of zelfs nationaal). Ten tweede kunnen bestaande instellingen toetreden tot deelmarkten waarop ze nog niet eerder actief waren. Instellingen die voorheen deelmarkten van de curatieve GGZ bedienden kunnen hun activiteiten uitbreiden naar andere deelmarkten. Ten derde is toetreding tot regionale markten door bestaande, gebudgetteerde instellingen mogelijk. Zij kunnen door nieuwe vestigingen in regio's waar zij voorheen niet aanwezig waren marktaandeel verkrijgen. Dit is onder meer mogelijk door afspraken tussen zorgverzekeraars over hoe zij om moeten gaan met het zogeheten bovenregionaal aanbod.

Toetreding laat zich om verschillende redenen niet eenvoudig vaststellen. Ten eerste omdat nieuwe instellingen geen zorg meer leveren op basis van budgetafspraken. De budgetregistratie van de NZa voldoet dus niet om toetreding in kaart te brengen. Ten tweede heeft de NZa slechts een beperkt inzicht in toetreding in regionale markten omdat gegevens over vestigingen in andere regio's en bovenregionale afspraken in belangrijke mate ontbreken. Toetreding tot productmarkten tenslotte is in kaart te brengen op basis van in rekening gebrachte DBC's maar dit is alleen mogelijk met een forse vertraging.

Zoals al eerder aangegeven vindt toetreding vooral plaats in de ambulante zorg waarin met name lichtere, minder complexe vormen van zorg worden aangeboden. Het aantal toetreders blijft evenwel beperkt alsook de omvang van de betreffende productie. Uit gegevens van zorgverzekeraars blijkt dat zij verschillen in het aantal gecontracteerde nieuwe zorgaanbieders. Het algemene beeld is echter wel dat zij elk slechts enkele nieuwe zorgaanbieders contracteren en dat dit aantal in 2009 niet groeit ten opzichte van 2008. In totaal gaat het daarbij om ongeveer 15 tot 20 instellingen. Veelal is naast contractering sprake van betaling van declaraties van nieuwe aanbieders. In de afgelopen jaren

<sup>57</sup> LVE, nieuwsbrief 2009-2

was er dan ook geen sprake van grote (budget)verschuivingen naar nieuwe toetreders. In 2007 ging circa 2.5% naar nieuwe aanbieders en in 2008 was er eerder sprake van een verzaadiging dan van een uitbreiding.<sup>58</sup>

Dat het aantal toetreders beperkt is, leidt tot de vraag welke toetredingsdrempels aanwezig zijn. De volgende lijken belangrijk te zijn. Ten eerste heeft de NZa al eerder in haar visie Care voor de toekomst aangegeven dat de garantie van zorgverzekeraars van een bepaald minimumbudget voor zittende aanbieders (de zogeheten garantiebudgetten) een belangrijke toetredingsdrempel vormen voor nieuwe aanbieders. Voor de contractering voor 2009 verlaagden de zorgverzekeraars het garantiebudget voor extramurale zorg naar 70%.<sup>59</sup> Dit zou betekenen dat toetreding eenvoudiger is geworden. In de praktijk blijkt de financiële ruimte voor nieuwkomers ook voor 2009 heel beperkt te zijn.<sup>60</sup> Naar verluidt is de afspraak tussen zorgverzekeraars en gebudgetteerde instellingen voor 2010 dat er wederom wordt uitgegaan van een vrij hoog garantieniveau. Ten tweede vormt de concentratie op de verschillende deelmarkten een belangrijke drempel. Ten slotte ervaren nieuwe aanbieders een financiële drempel. Zij moeten flink investeren in werkkapitaal om hun onderhanden DBC's te kunnen financieren. Zorgaanbieders worden immers op basis van declaraties achteraf gefinancierd. Door de lange doorlooptijd van dbc's GGZ kan financiering maanden duren. Zorgaanbieders geven aan dat de beleidsregel Voorschotten rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ niet voldoende voorziet in tijdige financiering.

Op de markten van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en eerste lijnpsychologen lijkt over het algemeen sprake te zijn van lage toetredingsdrempels.<sup>61</sup> Mogelijk is toetreding op de deelmarkt van de ambulante zorg voor kinderen en jeugdpsychiatrie op de korte termijn moeilijk als gevolg van een tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters. Zoals eerder aangegeven heeft de NZa echter geen inzicht in substitutiepatronen die deze drempel kunnen verlagen.<sup>62</sup>

### 3.3.4 Uittreding

Ook uittreding kan zich zowel op productmarkten als op geografische markten voordoen. Over het algemeen zijn er de afgelopen twee jaar geen gebudgetteerde instellingen gestopt met het leveren van curatieve geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft geen precies beeld van instellingen die zich terugtrekken van een deelmarkt of uit een regio.

Bij vrijgevestigde zorgaanbieders lijkt sprake te zijn van relevante ontwikkelingen. Enerzijds is sprake van zorgaanbieders die hun praktijk hebben opgegeven nadat de zorg onder de Zvw kwam. Brancheorganisaties (NVVP, NVvP en het NIP) schatten in dat circa 300 à 350 vrijgevestigden hun tweedelijns praktijk hebben beëindigd. Naar verluidt waren de belangrijkste redenen liquiditeitsproblematiek, hoge kosten van investeringen in software en training voor DBC registratie en declaratie en de ervaren complexiteit van DBC registratie. Een deel van deze vrijgevestigde zorgaanbieders is definitief gestopt. Ook is bekend

<sup>58</sup> NZa, Quickscan inkoop zorgverzekeraars GGZ-cure, januari 2009

<sup>59</sup> Hier maar ook in hoofdstuk 4 valt de term garantiebudget. De NZa kent deze term in formele zin niet. De NZa kent alleen de bestaande bekostigingssystematiek waarin geen ondergrens in de vorm van een garantiebudget bestaat.

<sup>60</sup> NZa, Quickscan zorginkoop zorgverzekeraars GGZ-cure, januari 2009

<sup>61</sup> NZa, Mei 2007. Consultatiedocument Eerstelijns psychologische zorg. Onderzoek naar de noodzaak en wenselijkheid van het reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. p. 8.

<sup>62</sup> NZa. 2009. Uitvoeringstoets Curatieve GGZ

dat verschillende artsen hun pensioen eerder zijn gestart. Anderzijds zijn vrijgevestigden na het opgeven van de eigen praktijk elders in de GGZ aan de slag gegaan. Van die groep heeft een deel zich aangesloten bij een tweedelijns franchiseorganisatie. Een ander deel is bij een GGZ instelling gaan werken of heeft het dienstverband daar uitgebreid. Ook het uitwijken naar de eerstelijns, waar geen DBC registratie geldt, of het vervullen van werkzaamheden volledig buiten het verzekeringscircuit komt voor. Zorgverzekeraars geven aan geen problemen te ondervinden door deze ontwikkelingen. Zij blijven in staat voldoende aanbieders te contracteren.

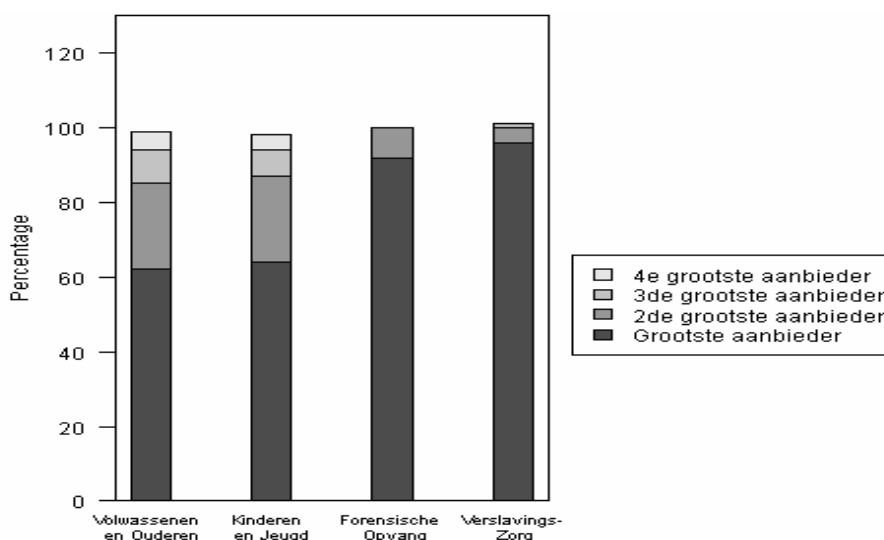
### 3.4 Concentratie op de verschillende deelmarkten

In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie. Van oudsher was al sprake van grote zorgaanbieders die een sterke positie hadden in de regionale markt. De concentratie is verder toegenomen doordat GGZ-instellingen fuseren in de verwachting kostenbesparingen te realiseren als gevolg van schaalvergroting, en/of hun marktpositie te verbeteren door patiënten een integraal aanbod te kunnen bieden.

We hanteren de productmarkten zoals eerder beschreven in 3.2.1. Bij het bepalen van de geografische markt gaat de NZa vooralsnog uit van de indeling in GHOR-regio's.<sup>63</sup>

De hoge concentratie blijkt uit figuren 3.6 en 3.7. Deze figuren geven aan welk aandeel in de totale omzet de grootste vier gebudgetteerde zorgaanbieders in een GHOR Regio gemiddeld voor hun rekening nemen op de verschillende deelmarkten. Figuur 3.6 geeft de situatie in de ambulante curatieve GGZ weer, figuur 3.7 doet dat voor de klinische curatieve GGZ.<sup>64</sup>

**Figuur 3.6. Gemiddeld marktaandeel vier grootste aanbieders op de markt voor ambulante curatieve GGZ per GHOR-regio in 2008**



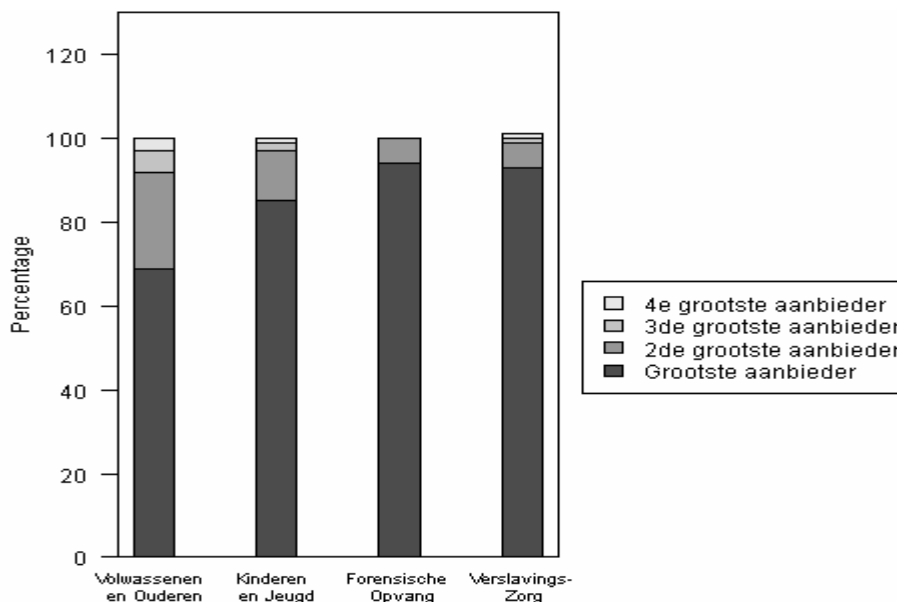
Bron: NZa

<sup>63</sup> De marktafbakening in GHOR-regio's wordt slechts gehanteerd voor deze monitor en prejudiceert noch aan de mogelijkheden voor de NZa noch aan die van de NMa om in specifieke zaken tot een andere afbakening te komen.

<sup>64</sup> Ten behoeve van het bepalen van de concentratiegraad zijn de budgetgegevens gebruikt zoals deze bij de NZa bekend zijn. De analyse is derhalve niet gebaseerd op gegevens van niet-gebudgetteerde instellingen.

Uit beide figuren blijkt dat op alle deelmarkten en zowel intra- als extramuraal 62% of meer van de zorg wordt ingekocht bij de grootste aanbieder. Op de markt voor de verslavingszorg en forensisch zorg betreft dit zowel intra- als extramuraal zelfs 92% of meer.

**Figuur 3.7. Gemiddeld marktaandeel vier grootste aanbieders op de markt voor klinische curatieve GGZ per GHOR-regio in 2008**



Bron: NZa

De NZa heeft ook de zogeheten Herfindahl Hirschmann Index berekend. Een vuistregel bij deze index is dat een HHi hoger dan 1800 punten een mate van marktconcentratie aangeeft die de goede werking van de markt kan belemmeren. Voor alle deelmarkten in de GGZ ligt de HHi boven de 1800 punten.

Bij deze analyses passen twee kanttekeningen. Ten eerste gaan de hier gepresenteerde marktaandelen uit van de productiecijfers van de gebudgetteerde instellingen. De productie van de nieuwe toetreders (zie paragraaf 3.2.1.) is niet bij deze analyse meegenomen. Met name op de deelmarkt verslaving zal de concentratie lager uitvallen als dit marktaandeel in de analyse wordt betrokken. Ten tweede worden de omzetten in deze monitor altijd toegerekend aan één regio gebaseerd op het bij de NZa bekend postadres van de instelling. Dit is het gevolg van een gebrek aan data. De NZa beschikt niet over de budgetgegevens per locatie. In de praktijk komt het echter voor dat aanbieders in meerdere GHOR-regio's zorg aanbieden. Wanneer er veel van dit soort zogenoemde bovenregionale zorgaanbieders zijn, zal de concentratiegraad in werkelijkheid lager liggen.

#### *Vrijgevestigde zorgaanbieders*

De vrijgevestigde zorgaanbieders zijn niet meegenomen in bovenstaande concentratie analyse. Deze groep zorgaanbieders is voornamelijk actief op de ambulante deelmarkten Kinderen en Jeugd en Volwassenen en Ouderen. Omdat de vrijgevestigden landelijk een relatief klein marktaandeel hebben (zie Hoofdstuk 5) is de verwachting dat dit de resultaten van bovenstaande concentratieanalyses niet noemenswaardig verandert.

### 3.5 Conclusies en acties

De aandacht voor kwaliteit in de GGZ groeit bij zowel aanbieders als verzekeraars. Er zijn verschillende ontwikkelingen zichtbaar gericht op het verbeteren van de transparantie, doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. De komende jaren dienen deze ontwikkelingen verder uitgebouwd en de transparantie van de kwaliteit van zorg verder verbeterd te worden.

Bij het in kaart brengen van het aanbod stuit de NZa op dataproblemen. Zij is op basis van eigen gegevens wel in staat om het aantal gebudgetteerde instellingen te analyseren maar voor de andere soorten van aanbieders moet zij uitgaan van onvolledige gegevens. De NZa werkt aan verbetering van gegevensaanlevering om marktanalyses beter uit te kunnen voeren. In deze monitor kan zij alleen een ondergrens vaststellen van het aanbod van vrijgevestigden. Gegevens wijzen op gevallen van uittreding. Zorgverzekeraars geven aan dat zij geen toegankelijkheidsproblemen als gevolg daarvan ondervinden. Het aantal gebudgetteerde instellingen is stabiel.

In de curatieve GGZ bestaat het risico van een hoge marktconcentratie. Er vindt toetreding tot de markt van de curatieve GGZ plaats, het aantal nieuwe toetreders is echter beperkt en toetreding vindt vooral plaats op de markt van de (lichte) ambulante GGZ. Concurrentie lijkt zich dan ook voornamelijk te beperken tot deze markt. De garantiebudgetten van zorgverzekeraars voor zittende aanbieders vormen hierbij een belangrijke toetredingsdrempel. In de praktijk is er weinig financiële ruimte voor nieuwkomers. Toetredingsdrempels vormen een belangrijk aandachtspunt van de NZa. Bij de invoering van prestatiebekostiging vervalt bovengenoemde toetredingsdrempel. Indien echter niet wordt besloten tot prestatiebekostiging in 2011 onderzoekt de NZa welke acties nodig zijn om toetredingsdrempels te verlagen.

Bij de analyse van de concentratie zijn in deze monitor twee kanttekeningen geplaatst. De omzet is toegerekend aan de hoofdlocatie en de productie van nieuwe toetreders is niet bij de analyse meegenomen. De NZa ontwikkelt een betere meting van de concentratie mits betere data beschikbaar komt. De eerste stap hiertoe is inmiddels gezet. De wijkcode van de zorglocatie is toegevoegd aan de minimale dataset GGZ (zie ook Nadere regel Verplichte aanlevering minimale dataset GGZ ZVW). Dit maakt het naar verwachting vanaf 2011 mogelijk het bovenregionale zorgaanbod te betrekken in de analyse van de marktconcentratie. Tevens biedt dit de mogelijkheid tot een reistijdanalyse instellingen.

## 4. Het contracteren van GGZ

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal nader ingegaan worden op de contractering van GGZ door zorgverzekeraars. Zowel verzekeraars als zorgaanbieders hebben de NZa aangegeven wat de stand van zaken is voor hun instelling/maatschappij op dit vlak en waar knelpunten zitten. De aandacht gaat in dit hoofdstuk vooral uit naar manier waarop contractering plaatsvindt, de verhoudingen in het veld, het gebruik van kwaliteitsinformatie en de DBC's<sup>65</sup>. Daaraan voorafgaand wordt de institutionele structuur voor de contractering in de GGZ geschetst. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de vrijgevestigden en de instellingen.

#### Samenvatting

- Zorgverzekeraars hanteren gedifferentieerde contracten voor eerstelijnszorg. Ook bij vrijgevestigden hanteren zorgverzekeraars in toenemende mate gedifferentieerde tarieven.
- Er zijn verschillen van mening tussen marktpartijen over de gehanteerde criteria voor tariefdifferentiatie alsook over het contracteringsproces.
- In eerstelijns zijn initiatieven tot contractvrije zorg
- Contractering van instellingen gebeurt op basis van klassieke budgetparameters en zogeheten 'budgetgaranties'.
- Wel aandacht voor kwaliteit maar vooral gericht op verbeteren van transparantie.
- Er bestaat nog weinig inzicht in volume.
- Het gebruik van DBC's bij de contractering moet nog van de grond komen.
- Voor het kunnen gebruiken van DBC's moeten enerzijds enkele tekortkomingen van het systeem worden gerepareerd, anderzijds kan meer onderhandelingsruimte een oplossing bieden (bijvoorbeeld door tarieven met een bandbreedte).

### 4.2 De institutionele structuur

#### 4.2.1 Vrijgevestigden en eerstelijnspsychologen

Contractering vindt over het algemeen plaats via het (digitaal) aanbieden van een contract, waarna de vrijgevestigde het aanbod kan accepteren of weigeren. Er vinden vrijwel geen onderhandelingen plaats. Voorafgaand aan het aanbieden van contracten vindt veelal wel overleg plaats tussen zorgverzekeraars en vertegenwoordigende organisaties.

Er bestaat een systeem van maximumtarieven (vrijgevestigden) en vrije prijzen (eerste lijnpsychologen). Het aanbod van de verzekeraar gaat veelal niet verder dan ongeveer 90-95% van het maximumtarief. Zorgverzekeraars kunnen hierin differentiëren. Door het hanteren van bepaalde criteria kunnen zorgverzekeraars een systeem van gedifferentieerde tarieven hanteren.

<sup>65</sup> In verband met de scope van deze monitor wordt in deze monitor niet expliciet aandacht besteed aan niet gecontracteerde zorg die via restitutie wordt gedeclareerd.

#### 4.2.2 Instellingen

Voor de contractering van instellingen bestaat een representatiemodel. Dat betekent dat twee of drie zorgverzekeraars namens de zorgverzekeraars budgetafspraken maken met de instellingen met de hoofdvestiging in de regio. Daartoe heeft Zorgverzekeraars Nederland een aantal non-concurrentieel zorgmarkten benoemd. Deze zorgmarkten worden opgedeeld in regio's. Voor de GGZ wordt uitgegaan van de zogeheten GHOR-regio's. Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio de eerste representerende zorgverzekeraar is. Vervolgens is de concessiehouder van het zorgkantoor bij de overgang van de GGZ naar de Zvw de tweede representerende zorgverzekeraar. Als dit dezelfde zorgverzekeraar is wordt de zorgverzekeraar die de tweede marktleider is de tweede representerende zorgverzekeraar.

Binnen het representatiemodel is bepaald dat instellingen met een nevenvestiging in een andere GHOR-regio het budgetverzoek richten aan de representerende zorgverzekeraars in die regio, via de 'eigen' zorgverzekeraar.

Het representatiemodel is slechts van toepassing op het maken van de productieafspraken. Voor andere zaken, zoals de bevoorschotting, kunnen wel met de afzonderlijke verzekeraars afspraken worden gemaakt.

Zorgverzekeraars hanteren voor het contracteren van gebudgetteerde instellingen een regionaal budgettair kader. Dit is gebaseerd op de budgetten van het jaar daarvoor, opgehoogd met de groeiruimte die de begroting van VWS biedt.

Nieuwe instellingen – instellingen die na 31 december 2007 zijn toetreden, geen onderdeel uitmaken van een gebudgetteerde zorgaanbieder en geen budgetovereenkomst hebben – vallen niet onder het representatiemodel. Zorgverzekeraars contracteren hen op individuele basis. De financiële ruimte daarvoor ontstaat door binnen het representatiemodel een vrije marge te hanteren. Dat is ruimte binnen het regionaal budgettair kader die de zorgverzekeraar kan gebruiken voor de stimulering van dynamische efficiëntie in de regio.

Tussen de GHOR-regio's zijn er duidelijke verschillen in contractering ofschoon het contracteringsbeleid van de verschillende zorgverzekeraars ook bepaalde overeenkomsten kent. Het contracteringsbeleid is afhankelijk van de insteek van de marktleiders. De verschillen hebben betrekking op de hoogte van het garantiebudget, de waardering van de verschillende parameterwaarden in het aanbestedingsmodel maar ook op de speerpunten van het contracteringsbeleid. Het verloop van de toekenning van de vrije ruimte, waaronder de gebruikte criteria, is volgens beide partijen nog niet optimaal.

#### 4.2.3 De verevening van zorgverzekeraars

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



In de ambulante geneeskundige geestelijke gezondheidszorg acht de minister de beïnvloedingsmogelijkheden van de kosten door zorgverzekeraars voldoende, maar in de klinische geestelijke gezondheidszorg acht hij de mogelijkheden onvoldoende. Daarom worden de kosten buiten de bandbreedte voor 100% nagecalculeerd.

Ook over de kosten van kinder en jeugd GGZ lopen de zorgverzekeraars in 2010 nog geen risico. Dit omdat de gegevens voor de ontwikkeling van een adequate ex ante verevening voor deze categorie van onvoldoende kwaliteit worden geacht.

Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg geldt hogekostencompensatie, met een drempelwaarde van 10.000 euro. Omdat hoge kosten in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over het algemeen gegeneerd worden in een klinische setting en de beïnvloedbaarheid van deze kosten voor verzekeraars gering wordt geacht, is er 100% nacalculatie op het deel van de kosten boven de drempelwaarde.

### 4.3 De contractering van eerstelijnspsychologen en vrijgevestigde zorgaanbieders

#### 4.3.1 Contractering

Met uitzondering van Multizorg hanteren zorgverzekeraars in 2009 gedifferentieerde contracten voor eerstelijnszorg. Een psycholoog kan een hoger tarief krijgen als hij voldoet aan enkele kwaliteitsvoorwaarden. Het basistarief varieert van € 74 tot € 82,60. Het hogere tarief varieert van € 78 tot € 85. De kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen hebben voornamelijk betrekking op enkele proceskenmerken, en nog nauwelijks op een zorginhoudelijk aspect. Beschikbare gegevens geven aan dat zorgaanbieders profiteren van de mogelijkheid om contracten met hogere tarieven te krijgen.<sup>66</sup>

Voor vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten hanteren zorgverzekeraars in grotere mate uniforme tarieven. Twee van de vier grootste zorgverzekeraars differentiëren in 2009 hun tarieven. Tarieven variëren tussen 90 en 98% van het maximumtarief. De eerste berichten over de contractering voor 2010 luiden dat het aantal verzekeraars met gedifferentieerde tarieven toeneemt.<sup>67</sup>

Er is nog geen set van prestatie-indicatoren die voldoet aan de wensen van alle gebruikers. Binnen het programma Zichtbare Zorg is inmiddels weliswaar begonnen met de transparantie van de vrijgevestigden maar nog niet voor de eerstelijnszorg GGZ. Zorgverzekeraars hanteren eigen kwaliteitsnormen om te kunnen differentiëren tussen psychologen. De normen van de verzekeraars verschillen als ook de waardering van kwaliteitsverschillen.

#### 4.3.2 Verhoudingen in het veld

Hoewel veel individuele zorgverleners in aanmerking kunnen komen voor een contract met een hogere dan een basistarifiering ervaren vrijgevestigden in de eerste en tweede lijn GGZ over het algemeen weinig ruimte voor contracteren op maat met beloning van extra

<sup>66</sup> Zo laten evaluatiegegevens van Agis zien dat een ruime meerderheid van de eerstelijns psychologen een uitgebreider dan het basiscontract (kunnen) tekenen. Bron: Agis, Nieuwsbericht Vrijgevestigde GGZ-zorgverleners 2010, juli 2009

<sup>67</sup> NVVP, Zorgcontracten 2010, bijlage bij Nieuwsbrief NVVP oktober 2009

kwaliteit of efficiëntie.<sup>68</sup> Zij tonen zich teleurgesteld dat de mogelijkheid tot werkelijk onderhandelen voor hen niet bestaat. Over het algemeen spreken vrijgevestigden over een dictaat met tariefdifferentiatie. Onderzoek van BMC heeft aangegeven dat individuele beroepsbeoefenaren bovendien in grote mate ontevreden zijn over de kwaliteitscriteria die zorgverzekeraars hanteren.<sup>69</sup> Mede naar aanleiding van dit soort signalen heeft de NZa inmiddels besloten spelregels contractering te ontwikkelen. Een aantal zorgmarkten bevindt zich op dit moment in een overgangsfase van volledige regulering naar gereguleerde marktwerking met vrije prijzen. Doordat de overheid bij een overgang naar vrije prijzen meer naar de achtergrond treedt, moeten marktpartijen hun nieuwe rol in het zorgstelsel oppakken. Dit betekent onder meer dat zij met elkaar afspraken moeten gaan maken over kwaliteit en prijs van zorg. Omdat het in geval van grote marktaandeelen voor vrije beroepsbeoefenaren wettelijk niet toegestaan is om in grote collectieve verbanden met zorgverzekeraars te onderhandelen, is het juist voor deze marktpartijen van belang goed te weten wat zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling van elkaar mogen verwachten.

Het staat zorgaanbieders vrij om in te gaan op het contractaanbod van de zorgverzekeraar.<sup>70</sup> Een substantiële groep van psychologen opteert inmiddels voor een 'contractvrije' beroepsuitoefening.<sup>71</sup> Deze groep sluit niet of nauwelijks contracten met een zorgverzekeraar. Zij hanteert een hoger tarief dan het tarief van de verzekeraars en laat de bijdrage van de cliënten onder andere afhangen van het inkomen van de cliënt. Naar verluidt zijn de betreffende psychologen goed in staat de praktijk te blijven uitoefenen. Hoewel onderzoeksgegevens ontbreken wijzen praktijkervaringen uit dat het aanbod van cliënten voldoende blijft, als er al niet sprake is van wachtlijstvorming.<sup>72</sup>

#### **Box: Financiële gevolgen voor de consument**

Voor zover door vrijgevestigden in de eerste en tweede lijn geen gebruik is gemaakt van het contractaanbod van zorgverzekeraars of zij anderszins geen contract met een verzekeraar hebben, kunnen patiënten gebruik maken van het restitutiestelsel. De behandelaar kan in dat geval doorgaans een hoger tarief in rekening brengen dan in het geval dat deze een contract met een zorgverzekeraar heeft afgesloten. Aangezien zorgverzekeraars doorgaans voor niet gecontracteerde zorg tussen de 60 tot 90% van de kosten vergoeden, betekent dit voor de verzekerden een lastenverzwaring; zij moeten immers het verschil zelf bijbetalen.

Wat zijn nu de financiële gevolgen voor de consument die gebruik wil maken van eerste lijnshulp?

Stel:

– de gemiddelde vergoeding voor gebruik van niet-gecontracteerde zorg bedraagt op 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief

<sup>68</sup> Zie ook de uitkomsten van de zogeheten rondetafelbijeenkomsten NMA/NZa met eerstelijnspsychologen en psychiaters. Het verslag is te lezen op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>69</sup> BMC, Rapport Periodieke meting geneeskundige GGZ, januari 2009

<sup>70</sup> Uiteraard binnen bepaalde grenzen die o.a. bepaald worden door de marktmacht van de zorgaanbieder.

<sup>71</sup> Het zou inmiddels gaan om ongeveer 300 psychologen. Zie Frank van Wijck, Weggepest, in: Arts en Auto, 10–2009, p. 29

<sup>72</sup> Jessica Terwiel, Het kan beter, veel beter zonder contract, in: *Psychopraxis* jaargang 11, nummer 3 p. 114-116/Els van der Heuvel, Zorgwerkende marktwerking in de eerste lijn, in: *Psychopraxis* jaargang 10, nummer 5 (september 2008) p. 182-185

- het gemiddeld gecontracteerde tarief bedraagt € 80
- het gemiddeld gehanteerde tarief van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt € 90
- de verzekerde heeft acht sessies nodig

De consument betaalt in dit geval € 26 per sessie zelf, in totaal € 208. In geval van een gecontracteerde zorgaanbieder waren de kosten € 80 (acht keer de eigen bijdrage) geweest. Zijn verlies bedraagt dus € 128.

De verzekeraars geven aan dat zij met een fors aantal vrijgevestigde te maken hebben en stellen dat onderhandelingen met alle partijen voor hen onwenselijk zijn.

## 4.4 Contractering van instellingen

### 4.4.1 Contractering

In de onderhandelingen voor het jaar 2009 zijn verzekeraars anders van start gegaan dan in het voorgaande jaar. De belangrijkste wijziging ten opzichte van 2008 betrof de hoogte van de minimale budgetgarantie, welke aanzienlijk daalt. Vanuit ZN verband bestond er een afgesproken minimum van 70% voor de ambulante zorg. Deze aanpassing van de contractering door zorgverzekeraars leidde tot fel protest bij de instellingen. Uit een quick scan van de NZa eind 2008 is gebleken dat zorgverzekeraars de volgende uitgangspunten hanteerden.

- een garantieniveau als uitgangspunt, daar bovenop voor diverse 'prestaties' extra budget voor instellingen;
- het garantieniveau had vooral betrekking op de ambulante zorg. Het niveau van de intramurale zorg is ruim hoger tot (vrijwel) 100% gegarandeerd. Achtergrond daarvan is dat verzekeraars van mening zijn dat daar vrijwel niet op te sturen valt en dat het ook niet wenselijk is dat van jaar tot jaar fluctuaties kan optreden in het aantal te bezetten bedden.
- verschillende zorgverzekeraars hanteerden een uniform hoger percentage (bv. 76%) of een hoger percentage voor instellingen die aan bepaalde kenmerken voldoen (bv. voor instellingen die zowel klinische als ambulante zorg aanbieden);
- hoe extra budget 'te verdienen' viel verschilde tussen de zorgverzekeraars. Hogere productieafspraken waren bijvoorbeeld mogelijk door afspraken over diverse prestatie-indicatoren. Voorbeelden daarvan zijn het meten van klanttevredenheid, effectmeting, aanlevering van DIS-gegevens, zorgprogrammering. Sommige zorgverzekeraars beperken dit tot het aanleveren van gegevens, anderen willen ook afspraken maken over het niveau van de prestatie-indicatoren. Afspraken voor diverse projecten (zorgvernieuwing, regionale knelpunten e.d.) konden ook leiden tot een hoger budget.
- bij de nacalculatie wordt alleen de lagere productie vergoed. Op een hogere productie wordt in principe niet nagecalculeerd. Enkele zorgverzekeraars verwachtten wel dat bijzondere situaties aanleiding kunnen zijn voor aanpassing van de budgetafspraken.

## 4.4.2 Gebruikte parameters bij de onderhandelingen

### 4.4.2.1 Volume en kwaliteit

Het gebruik van inzicht in volumeontwikkelingen als parameter voor toekenning van extra budget is beperkt. Dit heeft twee redenen. Ten eerste is het inzicht in volumeontwikkelingen bij zorgverzekeraars over het algemeen beperkt. Ten tweede is het door het representatiemodel nog niet goed mogelijk om met behulp van dit inzicht gericht in te kopen.

Zoals hierna aan de orde komt, moeten zowel verzekeraars als aanbieders de DBC systematiek nog onder de knie krijgen. Inzicht in volumeontwikkelingen op diagnose(groep) niveau zou een belangrijke rol kunnen spelen in toekenning van budgetruimte door zorgverzekeraars. Daar lijkt echter vooralsnog voor slechts een minderheid sprake van te zijn. Wanneer men werkelijk zicht heeft op de eigen populatie en de GGZ vraag ontwikkeling daarbinnen zou men hierop kunnen sturen. Het representatiemodel staat echter een dergelijk specifieke inkoop niet toe.

Door middel van signalen en/of bestaande expertise over tekorten trachten zorgverzekeraars in meer of mindere mate toch te sturen op volumes. Een van de mogelijke en ook werkelijke gebruikte signalen is de aanwezigheid van wachtlijsten. Zowel zorgaanbieders als verzekeraars geven wel aan dat wachtlijsten een slechte indicator zijn van de vraag aanbod verhoudingen en bovendien zeer makkelijk manipuleerbaar. In bepaalde delen van de psychiatrie lijken tekorten structureel van aard, met name in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit speelt dan ook een rol bij de onderhandelingen.

Idealiter zorgen de onderhandelingen voor een optimale zorginkoop op basis van prijs en kwaliteit. De toenemende vrije ruimte geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om kwaliteit een rol te laten spelen bij de onderhandelingen. Verzekeraars en zorgaanbieders geven aan dit ook zeer belangrijk te vinden. Problematisch is dat er nog geen adequate uitkomstmaten voorhanden zijn.

Partijen verschillen van mening over de huidige rol van kwaliteit bij de contractering. Een meerderheid van de verzekeraars geeft aan graag te kunnen sturen op uitkomsten van de zorg. Bij afwezigheid van algemeen geaccepteerde uitkomstparameters gebruiken zij andere parameters als proxy voor de kwaliteit van zorg. Daarbij verschillen zij onderling zowel in soort als hoeveelheid.<sup>73</sup> Zorgaanbieders laten weten dat de gebruikte parameters vaak geen weerspiegeling zijn van de werkelijke kwaliteit van zorg. Het zijn aspecten van de kwaliteit die slecht een beperkt beeld kunnen geven van de werkelijke stand van zaken. Daarnaast geven meerdere zorgaanbieders aan dat het op dit moment alleen gaat om het aanleveren van de informatie en dat van een inhoudelijke beoordeling geen sprake is. Ook ontbreekt nog terugkoppeling teneinde verbeteringen te kunnen doorvoeren. Ook hier verschillen zorgverzekeraars. De variatie loopt van puur belonen/toekennen van budget voor de levering van informatie tot werkelijke interpretatie van de inhoud van de informatie en terugkoppeling.

Een stap die verzekeraars gezet hebben met als doel meer informatie over behandel-effecten boven tafel te krijgen en te kunnen gebruiken voor vergelijking is KZN (zie ook paragraaf 3.2.4). Zorgaanbieders

---

<sup>73</sup> Een aantal veel gebruikte zijn: Certificering, bestaande prestatie-indicatoren, geprotocolleerd werken, cliënttevredenheid (CQ index), monitoring, kwaliteitseisen conform AWBZ (kwaliteitswet zorginstellingen, wet klachtrecht cliënten zorgsector, WGBO, mededingingswet, regeling jaarverslaglegging).

beschouwen KZN als iets dat hen wordt opgedrongen. Het wordt derhalve gezien als vooral een administratieve handeling voor de zorgaanbieder zonder werkelijk iets te leren of terug te krijgen. Men is niet overtuigd van het nut en de noodzaak wordt niet ingezien aangezien dezelfde gegevens ook elders aangeleverd worden. De gegevens worden niet teruggekoppeld of besproken met de zorgaanbieder. De vraag die tevens opspeelt is of de kosten voor 'verplichte' deelname bij de zorgaanbieders moeten liggen. Als mogelijke oplossing dragen de zorgaanbieders aan dat er een betere samenwerking zou moeten zijn tussen ROM, KZN, CAP en ZN hierdoor zou de administratieve last en de kosten kunnen afnemen.

Samenvattend speelt kwaliteit een rol bij de contractering. De mate waarin het een rol speelt, de wijze waarop de rol van kwaliteit wordt vormgegeven en de diepgang die daarbij gehanteerd wordt verschillen aanzienlijk evenals de terugkoppeling en het uiteindelijk dialoog dat al dan niet tot stand komt. In veel gevallen kan men nog spreken van een beginstadium van ontwikkeling.

#### *4.4.2.2 De rol van DBC's bij de contractering*

Over de rol van DBC's bij de contractering is de conclusie dat partijen het gebruik van DBC's onderschrijven maar dat het daadwerkelijk gebruik ervan nog van de grond moet komen.

In het veld leeft het besef dat optimalisatie van DBC gebruik en registratie noodzakelijk is om succesvolle prestatiebekostiging te kunnen bereiken. De DBC-systematiek zorgt er immers voor dat men kan onderhandelen over vergelijkbare zorgproducten. Bovendien biedt de registratie van DBC's (waarbij veelal ook de diagnose hoort) instellingen een beter beeld van de gerealiseerde productie. Het stelt hen in staat om afgesproken prijzen te vergelijken met kostprijzen en hier vervolgens verbetertrajecten of een eventuele vorm van strategische (her)positionering aan te verbinden. Voor verzekeraars is het daarnaast interessant om te kunnen benchmarken op prijs en om op termijn wellicht in combinatie met kwaliteit verschillende instellingen te kunnen vergelijken. Dit wordt door velen als een belangrijke stimulans ervaren. Onzekerheid over invoering van prestatiebekostiging tempert hun enthousiasme echter wel.

Maar ondanks deze steun voor de systematiek blijken zowel verzekeraars als zorgaanbieders in de praktijk nog hoofdzakelijk in 'budget-taal' te denken en te praten. De verzekeraars denken in macro- en regiobudgetten en leunen nog sterk op de kennis en gewoonten van contractering in de AWBZ periode. Ook aanbieders hebben veelal een sterke focus en goed zicht op de budgetparameters en kunnen daar mee omgaan. Gemiddeld genomen hebben beide partijen echter nog niet wezenlijk grip op volumes in DBC's.

Als gevolg is het gebruik van DBC's bij de onderhandeling nog niet wijdverbreid. De GGZ bevindt zich in een overgangsfase op weg naar prestatiebekostiging. De bekostiging van de GGZ vindt bij gebudgetteerde instellingen nog plaats op basis van de oude budgetparameters. De financiering gebeurt in DBC's, waardoor in de dagelijkse praktijk beiden dus een rol spelen. De vertaling van budgetparameters naar DBC's is echter niet eenvoudig. Dit is ook terug te zien in het onderhandelingsproces. In de gesprekken met experts uit het veld geven veel verzekeraars en aanbieders te kennen dat zij minimaal inzicht hebben in de productie in DBC's en om die reden ook nog niet klaar zijn om deze te gebruiken bij de budgetonderhandelingen.

Enkele instellingen geven aan al droog te zwemmen door de onderhandelingen al op basis van DBC's te voeren.

Naast de noodzaak om te leren gaan met de nieuwe systematiek leeft onder partijen het besef dat er essentiële verbeteringen van de systematiek wenselijk zijn. De algemene opinie onder verzekeraars en aanbieders is dat een volledige herziening niet wenselijk is, een beter systeem niet waarschijnlijk. Oplossingen voor de bestaande problemen zijn niettemin noodzakelijk voordat introductie van prestatiebekostiging kan volgen. Uiteraard hebben de verschillende veldpartijen hier niet een volledig eenduidige mening over. Zowel de aangegeven punten als de prioritering daarvan verschillen. Enkele gedeelde voorstellen zijn echter wel te noemen:

- het ontbreken van zorgzwaarte in het systeem. De DBC is gebaseerd op gemiddelden, de zorgzwaarte is op die manier dan ook verwerkt in de systematiek. Voor een grote instelling met een gemiddelde populatie levert dit geen problemen op. Zeker voor kleinere specialistische instellingen met een categorie patiënten die niet in het gemiddelde past zou gebruik van DBC's voor bekostiging echter grote financiële problemen opleveren. Bovendien is men van mening dat het op deze wijze geen sprake is van een werkelijke weergave van producten. Een oplossing is volgens partijen niet vanzelfsprekend gelegen in aanpassingen van de DBC-structuur. Het ontbreken van zorgzwaarte kan ook worden opgelost door partijen aan de 'achterkant', bij de onderhandelingen door middel van een flexibel tarief de mogelijkheid te geven in te spelen op verschillen in zorgzwaarte;
- de vormgeving van de verblijf categorieën in de systematiek;
- de manipuleerbaarheid van de systematiek, waaronder de mogelijkheid tot upcoding;
- het ontbreken van een betaaltitel voor innovatie en samenwerking, welke beiden als zeer belangrijk worden gezien in de GGZ.

#### *4.4.2.3 Verhoudingen in het veld*

Instellingen ervaren naar eigen zeggen weinig mogelijkheden om op inhoud te onderhandelen. De toename van de zogenaamde 'vrije ruimte' heeft wat de instellingen betreft niet tot gevolg dat inhoudelijke onderhandelingen zijn gestart, maar meer dat verzekeraars eisen hebben geformuleerd waarmee zorgaanbieders meer budget kunnen 'binnenhalen'. De parameters op basis waarvan mogelijkheden bestaan om binnen de onderhandelingen extra budget toegewezen te krijgen zijn in de ogen van zorgaanbieders weinig inhoudelijk van aard en onvoldoende gericht op het geven van een weerslag van de geboden kwaliteit. Er bestaan echter ook uitzonderingen, waarbij men wel rekening houdt met de lokale situatie en er werkelijk een beloning voor geleverde kwaliteit of efficiëntie plaatsvindt. Maar het betreft hierbij een minderheid en een overgang naar een meer inhoudelijke contractering is geen vanzelfsprekendheid. Volgens zorgaanbieders ligt de bal op dit vlak bij de verzekeraars.

Zorgaanbieders zijn echter nog niet overtuigd van de kennis van de verzekeraars over het GGZ-veld. Zij geven toe dat de transparantie van hun resultaten verbeterd moet worden maar zijn niet ingenomen met de wijze waarop hier nu invulling aan gegeven wordt. Er worden veel gegevens opgevraagd en de betekenis en relevantie daarvan is niet altijd duidelijk mede omdat veelal geen inhoudelijke interpretatie plaatsvindt en ook geen terugkoppeling richting zorgverlener. Proactieve samenwerking op dit vlak ontbreekt. Een enkele zorgaanbieder geeft aan dat onderhandeling over de inhoud afgestemd op de lokale situatie wel

degeïjk mogelijk is en ook gebeurt waarbij gekeken wordt naar efficiëntie en kwalitatief hoogstaande zorg en dit wordt dan ook in specifieke gevallen beloond. Dit is echter nog niet het algemeen geldende beeld.

Ondanks de beperkte speelruimte die zorgaanbieders ervaren, zien zij hun onderhandelingspositie als wezenlijk beter dan die van de vrijgevestigde.

Zorgverzekeraars op hun beurt hebben nog te weinig inzicht in de zorg om inhoudelijk tegenwicht te kunnen bieden. Sturing van verzekeraars op volume staat over het algemeen nog in de kinderschoenen. Er is nog weinig inzicht in vraag op niveau patiënt en/of aandoening. Zorginkoop vindt overwegend aanbodgestuurd plaats (aanwezige aanbieders en historische parameters). De vrije ruimte wordt deels ingezet om in te springen op volume-inzicht in het veld.

## 4.5 Conclusies en acties

Gemiddeld genomen lijkt het erop dat zowel verzekeraars als zorgaanbieders nog een flinke stap voorwaarts moeten maken waar het gaat om registratie, incorporatie en gebruik van de dbc-systematiek in dagelijks werk en bedrijfsvoering. Voor een effectief gebruik van DBC's bij de inkoop moeten enerzijds enkele tekortkomingen van het systeem (productgroepen) worden gerepareerd, anderzijds kan meer onderhandelingsruimte een oplossing bieden voor zorg die zich niet in een optimale DBC-structuur laat vangen (bijvoorbeeld door tarieven met een bandbreedte).

Meer inzicht in volumes, inhoud en kwaliteit van zorg is onontbeerlijk voor goede onderhandelingen over de juiste prijs-/kwaliteitverhouding van de zorg waarbij ruimte en begrip is voor de specifieke eigenschappen van de betreffende aanbieder in de regio. Een hoopvolle ontwikkeling in dit kader betreft bijvoorbeeld KZN. Zorgaanbieders stellen echter vragen bij dit initiatief van zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars kopen op kwaliteitscriteria in bij vrijgevestigde zorgaanbieders die niet gedeeld worden door de zorgaanbieders. Het risico is aanwezig dat een substantiële groep psychologen niet meer gaat contracteren. Bovendien tonen vrijgevestigde aanbieders zich teleurgesteld over de mogelijkheden om te onderhandelen met zorgverzekeraars. De NZa ontwikkelt in dit kader spelregels voor de contractering. Bij het opstellen van deze spelregels gaat de NZa uit van het perspectief van de consument.





## 5. Het volume

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk brengt het volume en de kosten van de curatieve geestelijke gezondheidszorg in kaart. Het volume bepaalt samen met de prijs de kosten van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Inzicht in de kosten van zorg is van belang om de betaalbaarheid ervan te kunnen beoordelen.

De NZa maakt voor de analyses in dit hoofdstuk gebruik van verschillende bronnen. De belangrijkste zijn de budgetgegevens, DIS- en Vektisdata en onderzoeksresultaten van Ape. De gegevens over 2008 en 2009 zijn nog niet volledig en dienen derhalve met nodige zorgvuldigheid te worden geïnterpreteerd. Aan de hand van de budgetgegevens wordt een inschatting gemaakt van groei in 2009. Deze cijfers zijn voorlopig en kunnen in volgende monitors worden bijgesteld.

Paragraaf 5.2.1 beschrijft de volumeontwikkeling op de verschillende deelmarkten en van de verschillende productgroepen van de DBC GGZ productstructuur. Vervolgens komt in paragraaf 5.2.2 de ontwikkeling van de kosten GGZ op deelmarkt- en macroniveau aan de orde. Tot slot wordt in paragraaf 5.2.4 ingegaan op ongewenste declaraties.

#### Samenvatting:

- Het gerealiseerde volume en de kosten van gebudgetteerde instellingen verschillen nauwelijks van de productieafspraken.
- Het totaal volume en de totale omzet van de productieafspraken is gestegen in 2009. Volume stijgt vooral bij de ambulante curatieve GGZ en op de deelmarkt kinderen en jeugd.
- De totale kosten curatieve GGZ in 2008 bedragen naar schatting ongeveer 3,3 miljard (exclusief eerstelijns en nieuwe aanbieders).
- De kosten van de gebudgetteerde GGZ stijgen sinds 2006 gematigd. De kosten van kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg groeien relatief snel.
- Een groot deel van de kosten aan curatieve GGZ zit bij verslavingszorg (alcohol en overige middelen) en de behandeling van schizofrenie en depressie.
- Er zijn opmerkelijke geografische kostenverschillen

### 5.2 Ontwikkeling van het volume

#### 5.2.1 De ontwikkeling van het volume van gebudgetteerde instellingen

Het werkelijk gerealiseerde totale volume aan curatieve geestelijke gezondheidszorg in 2008 is ten tijde van het schrijven van deze monitorrapportage nog niet bekend bij de NZa. Van circa 50% van de gebudgetteerde instellingen is de gerealiseerde productie 2008 bekend. Deze instellingen zijn verantwoordelijk voor ruim twee derde van het volume.<sup>74</sup> In deze paragraaf worden de realisatiecijfers van deze instellingen vergeleken met de productieafspraken. Vervolgens komen

<sup>74</sup> Van de overige 50% waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage de nacalculatieformulieren nog niet ontvangen dan wel verwerkt.

het volume en de ontwikkeling van de productieafspraken 2008 en 2009 aan de orde. Bij het vaststellen van het volume voor gebudgetteerde instellingen is ernaar gestreefd zoveel mogelijk de daadwerkelijk geleverde zorg in kaart te brengen.<sup>75</sup>

Ten eerste blijkt dat het gerealiseerde totale volume van de instellingen nauwelijks verschilt van het totale volume aan productieafspraken van deze instellingen. Ook het gerealiseerde volume per deelmarkt verschilt niet significant van de gemaakte productieafspraken (zie tabel 5.1).

**Tabel 5.1. Gerealiseerd volume versus volume productieafspraken 2008 bij 50% van de instellingen (ongeveer 75% van de macro-omzet)<sup>76</sup>**

	Productieafspraken 2008	Realisatie aantal 2008	%	Marge%
Kinderen en jeugd	1.687.392	1.657.830	-1,7%	+/- 7%
Volwassenen en ouderen	9.693.538	9.681.577	-0,1%	+/- 2%
Verslaving	1.107.197	1.099.955	-0,6%	+/- 8%
Forensisch (niet- strafrechterlijk)	258.637	261.729	1,2%	+/- 5%
Overige GGZ- prestaties	1.895.471	1.704.830	-10,1%	+/- 10%
TOTAAL	14.642.235	14.405.921	-1,6%	+/- 2%

Bron: NZa (peildatum 26-11-2009)

Bij de overige GGZ-prestaties<sup>77</sup> is wel sprake van een aanzienlijk verschil tussen de productieafspraken en het gerealiseerde volume. Deze daling wordt voornamelijk veroorzaakt door een daling van de afspraken voor activerende psychiatrische thuiszorg<sup>78</sup>. Door de spreiding van de ontvangen gegevens dient bij de interpretatie van deze gegevens echter rekening te worden gehouden met een marge van +/-10%.

De NZa verwacht dat het totaal gerealiseerde volume 2008 van alle instellingen en het volume op de verschillende deelmarkten nauwelijks verschilt van het volume van de productieafspraken 2008 van deze instellingen (zie tabel 5.2). Rekening houdend met de marge zoals weergegeven in tabel 5.1 zou dit betekenen dat het totale volume curatieve geestelijke gezondheidszorg in 2008 naar verwachting ligt tussen de 20.8 en 21.7 miljoen volume-eenheden.

<sup>75</sup> Bij het bepalen van het volume zijn de budgetgegevens van de NZa gebruikt. Het volume wordt bepaald door het aantal (deeltijd)behandelingen en nieuwe inschrijvingen (ambulante curatieve GGZ) en het aantal verblijfsdagen en eerste opnames (klinische curatieve GGZ) op de vier deelmarkten. De overige GGZ-prestaties worden tevens toegerekend aan het volume. Toeslagen voor contacten buiten de instelling en de verzorgingsdagen kleinschalig wonen zijn niet meegenomen bij het berekenen van het volume.

<sup>76</sup> In deze tabel worden de totale volumes weergegeven van de instellingen waarvan de realisatiecijfers 2008 bekend zijn.

<sup>77</sup> Onder de Overige GGZ-prestaties vallen de volgende prestaties: activerende psychiatrische thuiszorg, psychiatrische intensieve thuiszorg, psychiatrische crisisinterventie thuis, gespecialiseerde begeleiding, dagactiviteit GGZ-LZa, methadonverstrekking en zorgcoördinatie voor cliënten in casemanagement. Een toelichting van deze prestaties is te vinden in de beleidsregel Definities geestelijke gezondheidszorg <http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/http://www.nza.nl/13755/14769/CA-293.pdf>

<sup>78</sup> Het doel van activerende psychiatrisch thuiszorg betreft het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek waar onder leren omgaan met de gevolgen van een psychische stoornis.

Binnen de verschillende deelmarkten zijn wel significante verschuivingen in de gerealiseerde volumes 2008 zichtbaar. Op alle deelmarkten is een daling zichtbaar van het volume deeltijdbehandelingen en het volume verblijfsdagen. Daarentegen is op alle deelmarkten een stijging te zien van het aantal behandelingen.

Het totale volume productieafspraken is in 2009 gestegen (3,5%) (zie tabel 5.2). Ook de volumes van de productieafspraken op deelmarktniveau zijn gestegen. Deze groei wordt zoals hierboven aangegeven voornamelijk veroorzaakt door groei van de ambulante curatieve geestelijke gezondheidszorg. De grootste stijging is zichtbaar op de deelmarkt kinderen en jeugd (7,0%).

Op alle deelmarkten is sprake van een stijging van de productieafspraken voor behandeling en op de deelmarkten volwassenen en ouderen, verslaving- en forensische zorg zijn minder afspraken gemaakt voor deeltijdbehandelingen en verblijf. Een uitzondering hierop vormt de deelmarkt kinderen en jeugd. Hier heeft ten opzichte van 2008 juist een stijging plaatsgevonden van het aantal productieafspraken voor verblijf (5,6%). Ook is sprake van een lichte stijging van het aantal afspraken voor deeltijdbehandelingen (1%).

**Tabel 5.2. Volume (Aantallen) productieafspraken 2008 en 2009 per deelmarkt**

		2008	2009	verschil	%
Kinderen en jeugd	Ambulant	1.808.859	1.953.131	144.272	7,4 %
	Klinisch	504.199	534.295	30.096	5,6 %
	Totaal	2.313.058	2.487.426	174.368	7,0 %
Volwassenen en ouderen	Ambulant	10.940.684	11.491.995	551.311	4,8 %
	Klinisch	3.375.518	3.360.029	- 15.489	-0,5 %
	Totaal	14.316.202	14.852.024	535.822	3,6 %
Verslavingszorg	Ambulant	977.293	1.051.477	74.184	7,1 %
	Klinisch	752.699	773.576	20.907	2,7 %
	Totaal	1.729.962	1.825.053	95.091	5,2 %
Niet-strafrechtelijke forensisch zorg	Ambulant	304.437	330.213	25.776	7,8 %
	Klinisch	50.670	50.448	- 222	-0,4 %
	Totaal	355.107	380.661	25.554	6,7 %
Overige GGZ-prestaties	Totaal	2.582.909	2.518.774	- 64.135	-2,5 %
<b>TOTAAL DEELMARKTEN</b>		<b>21.297.238</b>	<b>22.063.938</b>	<b>766.700</b>	<b>3,5 %</b>

Bron: NZa

Bij de Overige GGZ-prestaties is sprake van een lichte daling van de productieafspraken. De daling van activerende psychiatrische thuiszorg in de realisatiecijfers is zichtbaar in de productieafspraken 2009: er zijn minder afspraken gemaakt voor activerende psychiatrische thuiszorg. Het totale volume van de productieafspraken 2008-2009 verschilt echter nauwelijks.

Ook het aantal nieuwe inschrijvingen<sup>79</sup> en het aantal nieuwe opnames<sup>80</sup> stijgt het hardst op de deelmarkt kinderen en jeugd (zie tabel 5.3). Op de deelmarkt verslaving is sprake van een daling van het aantal nieuwe inschrijvingen met 9% terwijl de productieafspraken voor behandeling en verblijf zijn gestegen. Mogelijke reden is dat het aantal behandelcontacten per cliënt is gestegen.

**Tabel 5.3. Productieafspraken 2008 en 2009: aantal nieuwe inschrijvingen**

		2008	2009	%
Kinderen en jeugd	Nieuwe inschrijvingen	102392	113067	9,4
	Eerste opnames	4836	5203	7,1
Volwassenen en ouderen	Nieuwe inschrijvingen	487859	501686	2,8
	Eerste opnames	50776	50338	- 0,9
Verslaving	Nieuwe inschrijvingen	43277	39571	- 9,4
	Eerste opnames	10025	9617	- 4,2
Forensisch (niet-strafrechtelijk)	Eerste opnames	381	340	- 12,1

Bron: NZa

### 5.2.2 De ontwikkeling van het volume van vrijgevestigde zorgaanbieders en eerste lijnspsychologen

Het is lastig om het volume van de zorg van vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ te kwantificeren. Veelal wordt het aandeel uitgedrukt in kosten of aantallen behandelde cliënten. In paragraaf 2.3 is de NZa al ingegaan op het aantal cliënten om de omvang van de vraag te schetsen. In deze paragraaf hanteert de NZa het aantal gedeclareerde DBC's als nulmeting voor de ontwikkeling van het volume. Ook worden de DBC-profielen besproken om de inhoud van het volume te schetsen. De term DBC-profiel wordt gebruikt om de procentuele verdeling van de volumes of kosten over de DBC-productgroepen aan te duiden.

Ongeveer 11% van het totaal aantal DBC's wordt gedeclareerd door vrijgevestigde zorgaanbieders (zie tabel 5.4).<sup>81</sup> Instellingen nemen het leeuwendeel (95%) van de productie van de gehele curatieve GGZ voor hun rekening. Uit de declaratiegegevens kan dan ook voorzichtig geconcludeerd worden dat vrijgevestigde zorgaanbieders naar verhouding meer kortdurende DBC's afsluiten.

<sup>79</sup> Een nieuwe inschrijving van een cliënt waarbij minimaal één face-to-face-contact in het kader van hulpverlening plaatsvindt. Een herinschrijving wordt ook beschouwd als een nieuwe inschrijving. Onder herinschrijving wordt verstaan een overplaatsing tussen zorgaanbieders of het opnieuw opnemen van een patiënt door dezelfde zorgaanbieder.

<sup>80</sup> Tot een eerste opname wordt tevens gerekend een opname door dezelfde zorgaanbieder na een termijn van minimaal zes maanden na ontslag. Een eerste opname wordt onderscheiden van een heropname. Onder een heropname wordt verstaan een overplaatsing tussen zorgaanbieders en het binnen een termijn van zes maanden opnieuw opnemen van een patiënt door dezelfde zorgaanbieder.

<sup>81</sup> Bron: declaratiegegevens van Vektis van een subset van verzekeraars die samen 27% van de verzekerdenpopulatie dekken.

**Tabel 5.4. Aantal gedeclareerde DBC's 2008. Peildatum 30 juni 2009**

	Kinderen en jeugd		Ouderen en volwassenen		TOTAAL
	ambulant	klinisch	ambulant	klinisch	
Vrijgevestigde zorgaanbieders	1725	0	11184	0	20151 (10,5%)
Gebudgetteerde instellingen	25494	680	128687	12908	169543 (88,5%)
Restgroep	250	2	1468	12	1813 (1%)
subtotaal (27%)	27470	682	141339	12920	191507
Totaal (schatting)	101741	2519	523478	47852	709285

Bron: Vektis

Dit wordt bevestigd door analyse van de DBC-profielen (zie figuur 5.1). Op basis van Vektisgegevens is een ruwe schatting dat het totaal aantal gedeclareerde DBC's op ca. 1 miljoen zal uitkomen in het jaar 2008.<sup>82</sup>

Analyse van de DBC-profielen voor behandeling zonder verblijf laat zien dat het DBC-profiel van de vrijgevestigde zorgaanbieders verschilt met het DBC-profiel van de gebudgetteerde GGZ-instellingen (zie figuur 5.1).<sup>83</sup> Vrijgevestigde zorgaanbieders bieden naar verhouding meer korte behandelingen aan en meer hulp aan cliënten met stemmingsstoornissen/ depressieve stoornissen.<sup>84</sup> Tevens kan geconcludeerd worden dat vrijgevestigde zorgaanbieders nauwelijks crisis en verslavingszorg bieden dan wel zorg voor cliënten met amnestische<sup>85</sup> stoornissen.

Het tot nu toe door Vektis verwerkte volume aan eerstelijns consulten met prestatiedatum 2008 ligt rond de 1.5 miljoen, samen goed voor een totale omzet van € 68 miljoen. Dit is gebaseerd op gegevens van Vektis (ELIS ELP database) met een dekking van 31.7%. Opschalen naar 100% leidt tot de genoemde aantallen. De verwachting is dat nog niet alle consulten zijn verwerkt, en deze aantallen dus een ondergrens vormen.

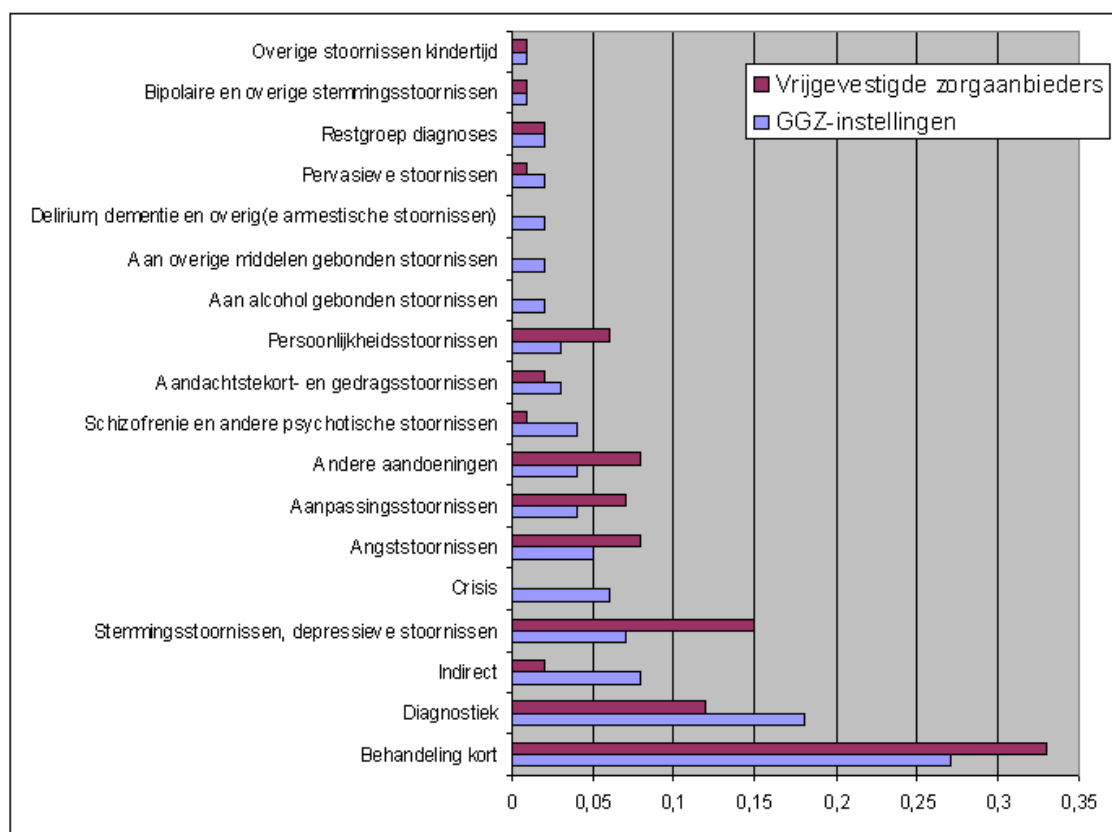
<sup>82</sup> Er is aangenomen dat de declaraties van DBC's geopend in februari en maart 2008 volledig zijn. Op basis hiervan kan een ruwe schatting worden gemaakt van het totaal aantal gedeclareerde dbc's in 2008.

<sup>83</sup> Ter controle is het Vektis DBC-profiel van de gebudgetteerde instellingen vergeleken met het DBC-profiel berekend uit DIS (Bron: NZa, Peildatum augustus 2009). De individuele percentages kwamen overeen binnen een marge van 1-2%.

<sup>84</sup> Zie ook: APE. 2009. Overall toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2010.

<sup>85</sup> Een amnestische stoornis is een stoornis van het korte termijn geheugen.

**Figuur 5.1. DBC-profielen GGZ-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders in percentages (peildatum 30 juni 2009)**



Bron: Vektis

### 5.2.3 De ontwikkeling van kosten

In deze paragraaf komt de kostenontwikkeling in de GGZ aan de orde. Zoals beschreven zijn de gepresenteerde volumes van gebudgetteerde instellingen in de voorgaande paragraaf bedoeld inzicht te geven in de geleverde zorg.<sup>86</sup> Het is belangrijk hier op te merken dat de ontwikkeling in de kosten vooralsnog niet uit te splitsen is in een prijs- en volumecomponent. De NZa maakt deze uitsplitsing wel in de monitor 2010.

#### 5.2.3.1 Gebudgetteerde instellingen

In de huidige budgetsystematiek hoeft een stijging van het volume van een gebudgetteerde instelling niet altijd te leiden tot een stijging van de kosten op macroniveau. Op de afgesproken productie wordt namelijk volledig nagecalculeerd op basis van de gerealiseerde productie, waarbij het totaalbedrag van de gehonoreerde productieafspraken de bovengrens is. Hierbinnen is substitutie alleen toegestaan indien daaromtrent een tweezijdig verzoek wordt ingediend. Overproductie is uitsluitend aanvaardbaar voor zover de verzekeraars aangewezen, op grond van het representatiemodel van zorgverzekeraars, daarmee instemmen.<sup>87</sup> Indien een zorgaanbieder meer heeft geproduceerd dan afgesproken en de representerende verzekeraars stemmen hier niet mee in, zal een stijging van het volume niet leiden tot een stijging van de kosten op macroniveau. Uit de budgetgegevens van de NZa blijkt dat

<sup>86</sup> In het kostenoverzicht zijn ook de toeslagen van contacten buiten de instelling en de bedden toegerekend aan de verschillende deelmarkten.

<sup>87</sup> Beleidsregel CU-5004, Extramurale zorg GGZ ZVW

zorgverzekeraars met regelmaat niet of slechts gedeeltelijk instemmen met de overproductie van de zorgaanbieder.

**Tabel 5.5. Totalen omzet productieafspraken 2008 en 2009 per deelmarkt (in miljoenen euro's)**

		2008	2009	Vershil	%
Kinderen en jeugd	Ambulant	270,2	298,0	27,8	10,3%
	Klinisch	147,2	162,3	15,1	10,3%
	Totaal	417,4	460,4	42,9	10,3%
Volwassenen en ouderen	Ambulant	1.280,4	1.368,3	88,0	6,9%
	Klinisch	672,0	697,7	25,7	3,8%
	Totaal	1.952,4	2.066,0	113,6	5,8%
Verslavingszorg	Ambulant	106,4	114,0	7,6	7,1%
	Klinisch	146,8	159,4	12,6	8,6%
	Totaal	253,2	273,3	20,1	7,9%
Niet-strafrechtelijke forensisch zorg	Ambulant	51,2	56,2	4,9	9,6%
	Klinisch	18,8	18,9	1,0	0,9%
	Totaal	70,0	75,1	5,1	7,3%
Overige GGZ-prestaties	Totaal	207,9	227,5	19,6	9,4%
Aansluiting Aanvaardbare Kosten <sup>88</sup>	Totaal	264,3	253,1	-11,2	-4,2%
<b>TOTAAL</b>		<b>3.153,5</b>	<b>3.355,4</b>	<b>202,0</b>	<b>6,4%</b>

Bron: NZa

Het is dan ook niet verwonderlijk dat het gerealiseerde volume niet significant afwijkt van de gemaakte productieafspraken zoals in paragraaf 5.2.1 is vastgesteld. Op basis van de bekende realisatiecijfers kan tevens worden geconstateerd dat de kosten op macroniveau niet significant afwijken van de gemaakte productieafspraken in 2008. De realisatiecijfers laten ten opzichte van de productieafspraken een lichte daling zien (-0,5%) in de kosten. Gekeken naar de spreiding dient echter rekening te worden gehouden met een marge van +/- 0,5%. Dit zou betekenen dat de kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg van gebudgetteerde instellingen in 2008 naar verwachting ligt tussen de 3,1 en 3,2 miljard Euro.

De productieafspraken voor 2008 en 2009 zijn weergegeven in tabel 5.5. De omzet van de productieafspraken is 6,4% gestegen ten opzichte van 2008. Op alle deelmarkten en op de Overige GGZ-prestaties is sprake van een stijging van de omzet van de productieafspraken. Op de deelmarkt kinderen en jeugd en verslaving wordt deze stijging veroorzaakt door een toename van de kosten op zowel de markt voor de ambulante als klinische curatieve GGZ. Op de overige twee deelmarkten – volwassenen en ouderen en niet-strafrechtelijke zorg – is de stijging voornamelijk het gevolg van een stijging op de markt voor de ambulante curatieve GGZ. De grootste omzetstijging is te zien op de deelmarkt kinderen en jeugd (10,3%). Ook de omzet voor de productieafspraken voor de Overige GGZ-prestaties stijgen fors (9,4%). Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door een verschuiving binnen deze categorie naar de duurdere prestaties.

<sup>88</sup> Onder aansluiting aanvaardbare kosten vallen hier de kosten die niet zijn toe te rekenen aan een specifieke deelmarkt dan wel de overige GGZ-prestaties. Onder de aansluiting aanvaardbare kosten vallen onder andere de energiekosten, onroerendzaakbelasting en milieuhellingen, de opleidingskosten en de kosten ten behoeve van kleinschalig wonen.

Ape heeft de kostenontwikkeling van de gebudgetteerde instellingen in de periode 2005-2007 in kaart gebracht (zie tabel 5.6). Ape concludeert dat de kosten per saldo een gematigde stijging vertonen. De kosten van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg nemen sneller toe dan die van de volwassenen- en ouderenzorg.

**Tabel 5.6. Totale kosten van het reguliere GGZ-aanbod per circuit, 2005-2007 (x 1 mln. euro)<sup>a</sup>**

Circuit	2005	2006	2007
Volwassenen- en ouderenzorg	2.296	2.479	2.447
Kinder- en jeugdpsychiatrie	328	381	377
Verslavingszorg	208	238	261
Totaal	2.831	3.098	3.084

a Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg, forensische psychiatrie en overige GGZ-aanbieders.

Bron: APE

De macrokostenontwikkeling van de zorg voor volwassenen en ouderen lijkt op die van de kostenontwikkeling op cliëntniveau. De kosten per cliënt bij de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg dalen echter ten opzichte van eerdere jaren (zie tabel 5.7). Dit heeft te maken met de aanzienlijke groei van het aantal cliënten van deze vormen van zorg.

**Tabel 5.7. Kosten van het reguliere GGZ-aanbod per unieke cliënt, 2005-2007 (in euro's)**

Circuit	2005	2006	2007
Volwassenen en ouderenzorg	3.480	3.680	3.649
Kinder- en jeugdpsychiater <sup>s</sup>	3.488	3.385	3.040
Verslavingszorg		3.663	3.430
Totaal <sup>a</sup>	3.534	3.655	3.606

a Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg, forensische psychiatrie en overige GGZ-aanbieders.

b Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling en overige GGZ-aanbieders.

c Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg en overige GGZ-aanbieders.

Bron: APE

Gezien de bovenstaande inschatting van de NZa van de kosten 2008 en het ontbreken van de kosten van forensische psychiatrie in de gegevens van Ape lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat 2008 past in de trend van gematigde stijging van de kosten van gebudgetteerde instellingen. De NZa geeft op basis van meer definitieve kostengegevens over 2008 in de monitor 2010 een meer definitief beeld.

De kosten van GGZ verschillen niet alleen per circuit maar ook geografisch. Tabel 5.8 geeft aan dat de kosten per cliënt over de hele linie het hoogst zijn in het oosten van het land. Daar staat tegenover dat het beroep op de geneeskundige GGZ in dit landsdeel het laagst is. De hoge kosten per cliënt in het oosten vloeien voort uit het verhoudingsgewijs grote beroep op de intramurale zorg in dit landsdeel.



De kosten per cliënt zijn het laagst in het westen van het land, waar vooral gebruik wordt gemaakt van extramurale zorg. Mede daardoor zijn de kosten per cliënt in de vier grote steden en in de sterk stedelijke postcodegebieden relatief laag. Regionale kostenverschillen zijn dus voor een belangrijk deel het gevolg van regionale verschillen in het intramurale en het extramurale zorgaanbod.

**Tabel 5.8. Kosten van het reguliere GGZ-aanbod per unieke cliënt naar landsdeel, 2005-2007 (in euro's)<sup>a</sup>**

Landsdeel	2005	2006	2007	Cliënten (in %)
Noord	3.307	3.390	3.294	12
Oost	6.760	6.997	6.740	18
West	2.659	2.747	2.748	52
Zuid	2.974	3.151	3.112	18
Totaal	3.534	3.655	3.606	100

a Exclusief psychiatrische universitaire klinieken die geen deel uitmaken van een reguliere GGZ-instelling, eerstelijns psychologische zorg, forensische psychiatrie en overige GGZ-aanbieders.

Bron: APE

De NZa kent de herkomst van gebruikers van de zorg in de verschillende landsdelen niet. De bepaling van de herkomst is belangrijk om vast te kunnen stellen of de kostenverschillen vooral het gevolg zijn van aanbodgeïndiceerde vraag. De NZa komt hierop terug in de volgende monitor.

### 5.2.3.2 Vrijgevestigde zorgaanbieders

Declaratiegegevens bevestigen dat vrijgevestigde zorgaanbieders ca. 5% aandeel hebben in de kosten (zie tabel 5.9).<sup>89</sup> Het is dan ook de verwachting dat de omzet van vrijgevestigde aanbieders in 2008 ligt rond 157,7 miljoen euro (5% van totale omzet productieafspraken 2008). De totale kosten aan curatieve GGZ van gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders in 2008 zouden dan ongeveer 3,3 miljard bedragen. De kosten van nieuwe aanbieders zijn hierin niet meegerekend.

Op basis van Vektisgegevens is de verwachting dat de totale kosten van de gedeclareerde DBC's ca. 3,1 miljard zal bedragen in 2008.<sup>90</sup> Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat zorgverzekeraars vooralsnog uitgaan van ongeveer € 3,8 miljard in 2008.<sup>91</sup>

<sup>89</sup> Bron: declaratiegegevens van Vektis van een subset van verzekeraars die samen 27% van de verzekerdenpopulatie dekken.

<sup>90</sup> Er is aangenomen dat de declaraties van DBC's geopend in februari en maart 2008 volledig zijn. Op basis hiervan kan een ruwe schatting worden gemaakt van de totale omzet gedeclareerde dbc's voor 2008.

<sup>91</sup> Zorginkoopgids 2010

**Tabel 5.9. Omzet gedeclareerde DBC's 2008 (in miljoenen Euro, peildatum 30 juni 2009)**

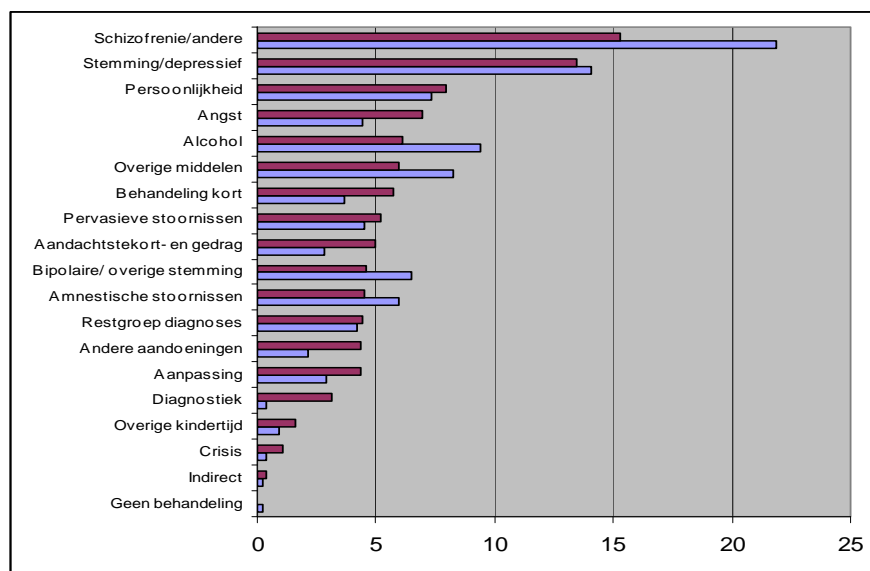
	Kinderen en jeugd		Ouderen en volwassenen		TOTAAL
	ambulant	klinisch	ambulant	Klinisch	
Vrijgevestigde zorgaanbieders	1.9	0	9.6	0	19.8 (4%)
Gebudgetteerde instellingen	41.7	23.0	160.0	235.6	473.0 (96%)
Restgroep	0.3	0.1	1.6	0.3	2.4
Subtotaal (27%)	43.8	23.1	171.2	235.9	495.1
Totaal (schatting)	162	86	634	874	1834

Bron: Vektis

#### 5.2.4 Kosten naar stoornis

De kosten voor de GGZ zijn niet gelijk verdeeld over de stoornissen. Zoals blijkt uit figuur 5.2 komt een groot deel van de kosten (45%) aan curatieve GGZ voor rekening van de verslavingszorg (alcohol en overige middelen), de behandeling van schizofrenie en depressie. Voor al deze behandelingen geldt dat een substantieel deel van de behandelingen klinisch is, waardoor de kosten beduidend hoger liggen.<sup>92</sup> De World Health Organisation (WHO) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats.<sup>93</sup> Het Trimbos-instituut heeft berekend dat ongeveer een miljoen inwoners van Nederland anti-depressiva gebruikt.<sup>94</sup>

**Figuur 5.2. Verdeling kosten GGZ 2008 naar stoornis in procenten (uitgesplitst naar met verblijf (blauw) en totaal) (peildatum augustus 2009)**



Bron: DIS NZa

<sup>92</sup> Vektis. November 2009. Zorgthermometer Vooruitblik 2010.

<sup>93</sup> Ministerie van VWS. 2006. Kiezen voor gezond leven.

<sup>94</sup> Trimbos Instituut, 1 februari 2010,

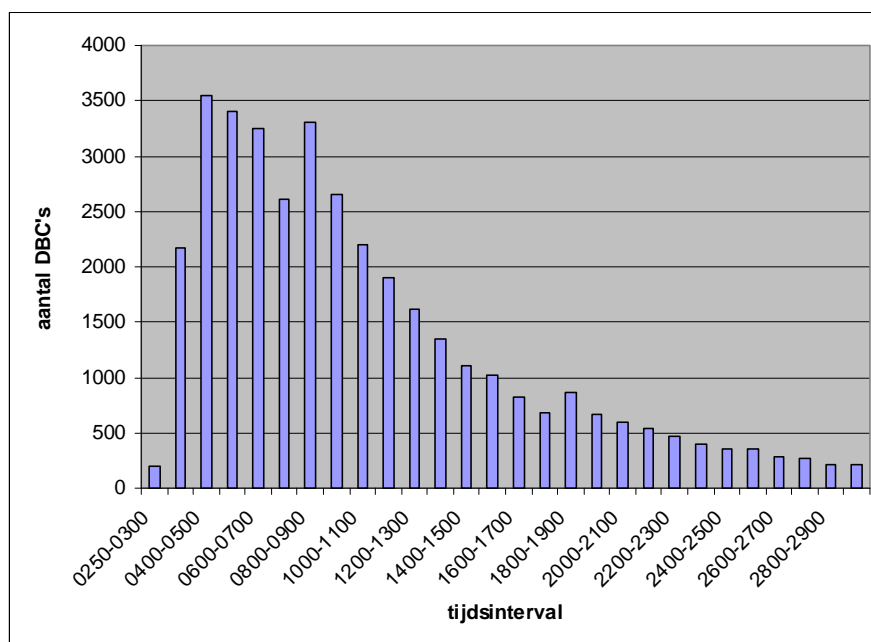
<http://www.trimbos.nl/nieuws/GGZ-nieuws/2010/02/01/antidepressiva>

### 5.2.5 Juiste declaraties

Voor de ontwikkeling van het volume en de kosten is het van belang dat zorgaanbieders juist declareren. De productstructuur in de GGZ wordt gekenmerkt door tijdsintervallen. De huidige DBC-systematiek voor de GGZ kent van nature geen prikkel tot kortere behandeling; alleen gegeven een DBC, is er sprake van een prikkel om binnen die DBC het aantal werkelijk bestede uren zo laag mogelijk te houden.<sup>95</sup> Zorgaanbieders erkennen deze prikkel.<sup>96</sup> Naast het risico van een kortere behandeling dan noodzakelijk (downgrading) bestaat het risico dat een hoger gewaardeerde DBC in rekening wordt gebracht dan strikt genomen noodzakelijk is (upcoding) met een ongewenste kosten- en volumestijging als gevolg.

Er zijn nog geen harde gegevens beschikbaar omtrent het voorkomen en de frequentie van upcoding en downgrading. Zorgverzekeraars beschikken over onvoldoende informatie om upcoding en downgrading te herkennen en hierop te sturen. Uit analyse van het aantal afgesloten dbc's binnen de tijdsgrenzen van een productgroep<sup>97</sup> blijkt dat bij het merendeel van de productgroepen aan het begin van een opvolgende tijdsgrens een (lichte) stijging zichtbaar is ten opzichte van het eind van de vorige tijdsgrens. Het gaat hier om de tijdsgrenzen tot en met 799 minuten, tot en met 1799 minuten en tot en met 2999 minuten. Dit wordt in figuren 5.3 en 5.4 voor twee productgroepen geïllustreerd.

**Figuur 5.3. Aantallen DBC's per tijdsinterval voor de productgroep depressie**



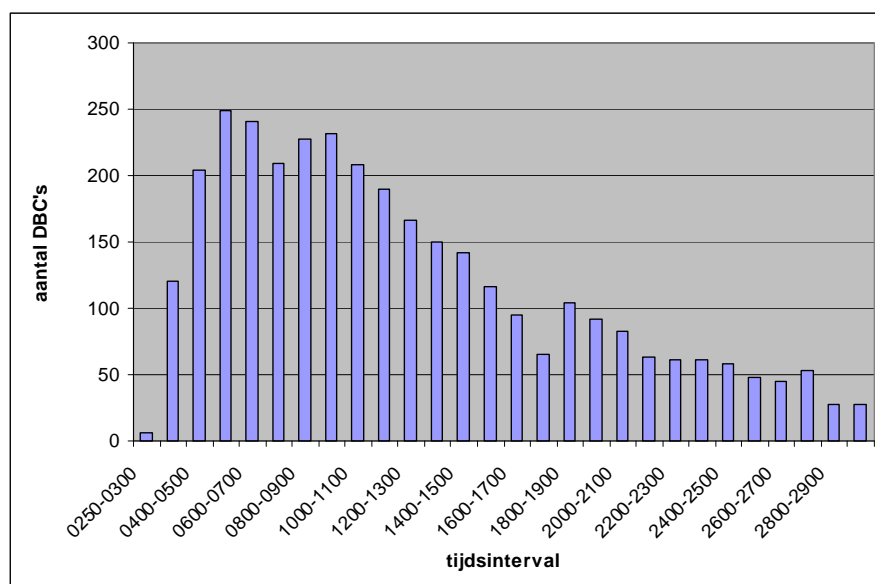
Bron: DIS NZa

<sup>95</sup> NZa. 2009. Uitvoeringstoets Curatieve GGZ. Pagina 43/44

<sup>96</sup> Bron: Expertmeeting monitor GGZ, 30 september 2009

<sup>97</sup> Bron DBC-onderhoud

**Figuur 5.4. Aantallen DBC's per tijdsinterval voor de productiegroep overig kindertijd**



Bron: DIS NZa

Het is lastig om op dit moment (eind 2009) conclusies te trekken over het voorkomen van upcoding dan wel downgrading. De NZa besteedt hieraan verdere aandacht bij haar advisering over de invoering van prestatiebekostiging.

### 5.3 Conclusies en acties

De NZa beschikte eind 2009 nog niet over definitief inzicht in het werkelijk gerealiseerde totale volume en kosten van curatieve GGZ in 2008. Op basis van de beschikbare realisatiecijfers van instellingen blijkt echter dat het gerealiseerde volume en de kosten van gebudgetteerde instellingen nauwelijks verschilt van de productieafspraken die zij met zorgverzekeraars maken. Het totaal volume en de totale omzet van de productieafspraken is in 2009 ten opzichte van 2008 wel gestegen (3.5% respectievelijk 6.4%). Het volume stijgt vooral bij de ambulante curatieve GGZ en op de deelmarkt kinderen en jeugd. Nader onderzoek is nodig om de oorzaken van deze mutaties te achterhalen.

De totale kosten curatieve GGZ in 2008 bedragen naar schatting ongeveer 3,3 miljard (exclusief eerstelijns en nieuwe aanbieders). De kosten van de gebudgetteerde GGZ stijgen sinds 2006 gematigd. De kosten van kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg groeien relatief snel. Er zijn opmerkelijke geografische kostenverschillen zichtbaar die alleen verklaard kunnen worden als meer achterliggende data ter beschikking komen. De kosten voor de GGZ zijn overigens niet gelijk verdeeld over de stoornissen. Het grootste deel van de kosten (45%) komt voor rekening van de verslavingszorg (alcohol en overige middelen) en de behandeling van schizofrenie en depressie.

Er zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar omtrent het voorkomen en de frequentie van upcoding en downgrading. Een juiste interpretatie moet dan ook nog volgen. Deze zal deel uitmaken van de adviesprocedure die de NZa volgt ten behoeve van de advisering over prestatiebekostiging.

## 6. Dyslexie

### 6.1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. In dit hoofdstuk staat een compacte beschrijving van de stand van zaken na bijna een jaar ervaringen. Aan de orde komen, na inleidende paragrafen over de vergoeding en de bekostiging van dyslexiezorg de ontwikkeling van de vraag, het aanbod en de toegankelijkheid. Zoals al in hoofdstuk 1 staat aangegeven gebeurt dit aan de hand van die aspecten die het ministerie van VWS graag in kaart gebracht wilden zien worden. Dit als voorlopige inschatting vooruitlopend op het aangekondigde evaluatie onderzoek. Een kanttekening bij het onderstaande beeld is dat het noodgedwongen voorlopig is. Met name het feit dat de bekostiging verloopt via DBC's leidt er toe dat veel informatie over bijvoorbeeld het volume nog niet beschikbaar is.

#### Samenvatting

- Het verkrijgen van een eerste beeld lastig, vooral vanwege de versleuteling van dyslexie binnen de productstructuur.
- De instroom is snel op gang gekomen.
- Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen.
- De geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen blijft achter.
- Kwaliteitsborging vindt op verschillende manieren plaats.
- Het ontbreekt bij aanmelding relatief vaak aan een schoolanamnese.
- Er bestaat een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden.
- Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden.

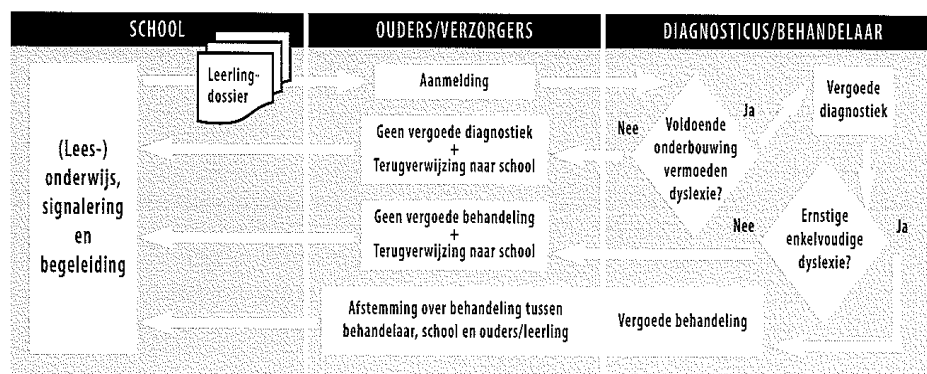
### 6.2 De vergoeding en bekostiging van dyslexie

#### 6.2.1 Dyslexie in de Zvw

De diagnostiek en behandeling van dyslexie voor kinderen valt per 1 januari 2009 onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Dyslexiezorg is een eigenstandige aanspraak waarbij de GGZ DBC-systematiek wordt gevolgd. Het betreft zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die in 2009 zeven of acht jaar oud zijn en basisonderwijs volgen. De zorg dient te worden verleend volgens het protocol 'Protocol Dyslexie, diagnostiek en behandeling' (Blomert 2006). Kinderen met meervoudige stoornissen komen niet in aanmerking voor vergoeding op basis van deze regeling omdat voor hen andere vergoedingsregelingen bestaan (zie figuur 6.1).

Kenmerkend voor de regeling is dat scholen de eerste poortwachter vormen. Ouders moeten bij aanmelding bij de zorgaanbieder een rapport (anamnese) van de school kunnen overleggen. Daarin staan de bevindingen van de scholen over de leesvaardigheden van het kind.

**Figuur 6.1. proces toegang tot dyslexiezorg**



Bron: NIP/NVO, Protocol Dyslexie Diagnostiek en behandeling: implementatie in de praktijk

CVZ schat de vraag naar ernstige, enkelvoudige dyslexie op ongeveer 3,6% van de jaarlijkse instroom van kinderen in het basisonderwijs. De regeling breidt de vergoeding ten laste van de ZVW jaarlijks uit met 1 jaar zodat in 2013 de behandeling van kinderen tot 12 jaar wordt vergoed in het kader van de Zvw.

### 6.2.2 De bekostiging

Voor de behandeling van dyslexie bestaan maximumtarieven. Deze tarieven mogen alleen worden gedeclareerd door kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen-generalist, die geregistreerd zijn bij hun beroepsvereniging, te weten respectievelijk het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).<sup>98</sup> Ook GGZ-aanbieders die als hoofdbehandelaar een DBC mogen openen conform de DBC-spelregels mogen mits zij een overeenkomst hebben met de verzekeraar tarieven in rekening brengen voor dyslexiezorg. Deze eis geldt niet voor de hiervoor genoemde gespecialiseerde dyslexieaanbieders.

Registratie van dyslexiezorg vindt plaats onder de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd' van de behandel tabel van de productstructuur DBC's GGZ. De productgroepen diagnostiek en 'overige stoornissen in de kindertijd' kennen voor 2009 de structuur zoals weergegeven in tabel 6.1.

<sup>98</sup> Hierbij geldt de beperking dat de kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen-generalist voornamelijk tot en met de evaluatiestudie dyslexie onder de vergoedingsregeling vallen.

**Tabel 6.1. structuur productgroepen dyslexie**

Code	Omschrijving productgroep	Activiteit (geen vast onderdeel omschrijving productgroep)	Tarief €
007	Diagnostiek – vanaf 0 tot 100 minuten		133
008	Diagnostiek – vanaf 100 tot 200 minuten		278
009	Diagnostiek – vanaf 200 tot 400 minuten		513
010	Diagnostiek – vanaf 400 tot 800 minuten – variant 1	Zonder Psychodiagnostisch onderzoek	939
011	Diagnostiek – vanaf 400 tot 800 minuten – variant 2	Met Psychodiagnostisch onderzoek	1.143
012	Diagnostiek – vanaf 800 minuten		2.124
040	Overige kindertijd – vanaf 250 tot 800 minuten		1.069
041	Overige kindertijd – vanaf 800 tot 1800 minuten		2.205
042	Overige kindertijd – vanaf 1800 tot 3000 minuten		4.049
135	Overige kindertijd – vanaf 3000 tot 6000 minuten		6.497
136	Overige kindertijd – vanaf 6000 minuten		12.939

Bron: Productstructuur DBC GGZ 2009

Zorgverzekeraars maken geen budgetafspraken met reguliere GGZ-instellingen maar hanteren specifieke overeenkomsten voor de contractering van dyslexiezorg. Deze contracten gaat uit van zorg op declaratiebasis, aan de hand van geleverde DBC's.

Zorgverzekeraars vergoeden niet het maximumtarief maar ongeveer 95% daarvan. Verschillende hanteren ook een soort degressief tarief voor de langdurige diagnostiek (vanaf 400 minuten).

## 6.3 De zorgvraag

### 6.3.1 Inleiding

In deze paragraaf hoofdstuk komt de vraag naar dyslexiezorg aan de orde. Er zijn nog weinig gegevens over de vraag naar dyslexiezorg in 2009. Dat heeft twee oorzaken. Ten eerste wordt dyslexiezorg betaald op basis van gedeclareerde DBC's met een lange doorlooptijd (40-60 weken). Ten tweede zijn dyslexiedeclaraties niet als zodanig herkenbaar voor zorgverzekeraars.<sup>99</sup> Zorgverzekeraars geven aan dat zij een declaratie als dyslexiezorg herkennen als deze ingediend wordt door een zorgverlener of instituut met alleen dyslexiezorg. De NZa baseert zich bij onderstaande analyse op gegevens van het Kwaliteitsinstituut Dyslexie en het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD).

### 6.3.2 Aantallen cliënten 2009

Uitgaande van een prevalentie van 3,7% geeft het CVZ aan te verwachten dat elk jaar ongeveer 12.000 kinderen in aanmerking komen voor een diagnose. Daarvan heeft ongeveer 7.200 daadwerkelijk ernstige dyslexie (60%). Omdat een behandeling veel vergt van zowel kind als verzorger schat CVZ het aantal behandelingen op ongeveer 3.600 (50%).<sup>100</sup> De gegevens van NRD en KD laten zien dat tot oktober ongeveer 2300 kinderen zijn aangemeld voor behandeling. Het aantal

<sup>99</sup> De prestatiecode die zichtbaar is op de binnengekomen declaratie bestaat uit de typeringscode (waaruit valt op te maken of het reguliere zorg/ spoed of vervolg behandeling betreft), de diagnosecode (waaruit de psychische klacht volgens de DSMIV op wordt aangegeven) en de productgroepcode (waaruit het aantal minuten en verblijf/geen verblijf valt op te maken). De diagnosecodering kent ook een codering voor leesstoornissen. Bij de declaratie is deze codering geanonimiseerd tot alléén de eerste positie, zodat hieruit niet valt op te maken dat het hier om leesstoornissen dan wel ernstige dyslexie gaat wanneer er bij een verzekeraar een DBC overige stoornissen in de kindertijd wordt gedeclareerd.

<sup>100</sup> CVZ, Dyslexie: van zorg verzekerd?, 2007

geopende DBC's bedraagt ongeveer 2250.<sup>101</sup> Daarvan is ongeveer 37% alleen diagnostiek.

Op het moment van meting (november 2009) beschikte de NZa niet over de mogelijkheden om de data van het KD en NRD op een betrouwbare manier op te schalen om aan te kunnen geven hoeveel kinderen daadwerkelijk dyslexiezorg krijgen. De hier weergegeven data zijn nadrukkelijk te beschouwen als een nulmeting. Meer analyse vindt plaats in de evaluatiestudie die het ministerie van VWS laat uitvoeren. Indicatieve berekeningen van de prevalentie op basis van aantallen aanmeldingen per school suggereren dat het gebruik van dyslexiezorg lager ligt dan de schattingen van CVZ.

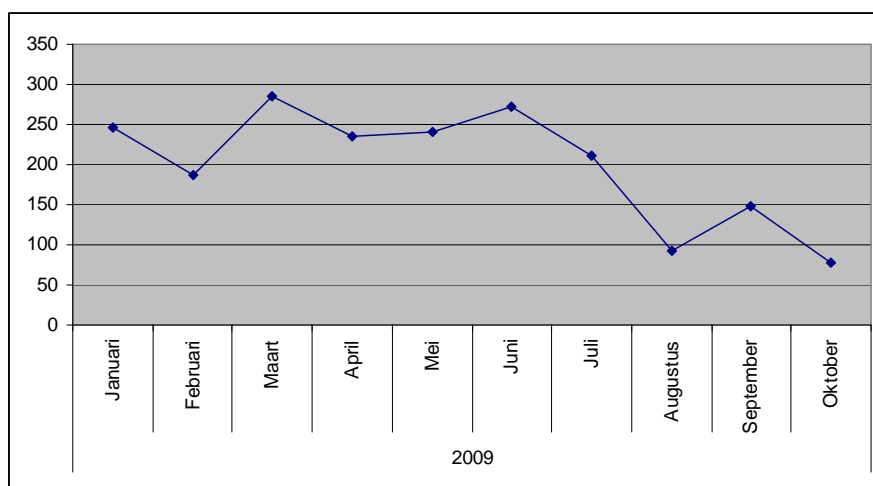
De beschikbare data geven evenmin een precies inzicht in het aantal kinderen dat al in 2008 een diagnose of behandeling kende en deze voortzette in 2009 (overloop). Uitgaande van het aantal DBC's dat op 1 of 2 januari 2009 is geopend schat de NZa de overloop op ongeveer 3%.

Uit de beschikbare data blijkt dat de kinderen met een diagnose en/of behandeling in 2009 ook in dat jaar in meerderheid de 9-jarige leeftijd bereikt. Mogelijk wijst dit er op dat veel ouders in 2008 gewacht hebben met het aanmelden van hun kind bij een behandelaar.

### 6.3.3 Aantallen geopende DBC's

Te verwachten viel dat sprake zou zijn van een startfase waarin het aantal cliënten in de loop van 2009 zou toenemen. Afgemeten aan het verloop van geopende DBC's is dit echter niet het geval. Het aantal geopende DBC's ligt in de eerste helft van het jaar per maand op een vergelijkbaar niveau. Het aantal daalt vanaf juli hetgeen waarschijnlijk een registratie-effect is.

**Figuur 6.2. aantallen geopende DBC's in 2009 per maand**



Bron: KD/NRD

<sup>101</sup> De database van het KD bevat ongeveer 250 cliënten, de database van het NRD bevat ongeveer 2000 cliënten. De precieze aantallen per analyse verschillen iets doordat beide databases op een andere manier gevuld zijn.



## 6.4 Het aanbod

### 6.4.1 Soort en aantallen aanbieders

Het aanbod van behandelaars van de wettelijk vergoede dyslexiezorg bestaat uit:

- gespecialiseerde instituten voor dyslexie
- zelfstandige zorgverleners
- aangepaste schooladviesdiensten
- allianties van schooladviesdiensten en reguliere zorgverleners.

Dyslexiezorg wordt aangeboden door gespecialiseerde instituten, ook al voordat de vergoeding met ingang van 2009 gewijzigd werd. Er zijn ongeveer 7 instituten met ongeveer 45 vestigingen. De instituten zijn aangesloten bij het NRD.

Er zijn verschillende praktijken waarin een GZ-psycholoog/orthopedagoog in samenwerking met remedial teachers dyslexiezorg aanbieden. De NZa heeft geen inzicht in het aantal aanbieders en praktijken. Bij de NVO kunnen zich wel de psychologen en orthopedagogen aanmelden die zich dyslexiespecialist laten noemen. De stand eind 2009 is dat ongeveer 430 personen zijn ingeschreven, werkzaam bij verschillende aanbieders van dyslexiezorg. Omdat voor het verlenen van dyslexiezorg een afzonderlijk dyslexiecontract nodig is waarin staat aangegeven dat bekostiging verloopt via DBC's is het waarschijnlijk dat het aantal vrijgevestigde zorgaanbieders dat de wettelijk vergoede dyslexiezorg aanbiedt beperkt is.

De zorg voor dyslexie vond vaak plaats binnen de school waarbij schooladviesdiensten scholen adviseerden over de aanpak van dyslexie. Ook begeleidden onderwijsadviesbureaus de leerkrachten bij de begeleiding in schoolverband van dyslectische kinderen en werden deze kinderen door hen getest. Daarnaast bestonden er vrijgevestigde buro's, die diagnosestelling verzorgden. Met de overheveling naar de Zvw hebben schooladviesdiensten zich daarop aangepast en profileren zich als aanbieder van dyslexiezorg. Een voorbeeld is Onderwijszorg Nederland (ONL) dat eind 2008 is opgericht door de branchevereniging van onderwijsadviesbureaus, Edventure. Inmiddels zijn 23 schooladviesdiensten aangesloten bij ONL. Een aantal leden van ONL is aangesloten bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie.<sup>102</sup>

Tussen verschillende zorgaanbieders ontwikkelen zich vormen van samenwerking. Zo huren sommige onderwijsadviesbureaus de kennis van dyslexie-instituten in en gebruiken zij elkaars faciliteiten. Ook komt het voor dat praktijken samenwerken met instituten.<sup>103</sup>

### 6.4.2 Spreiding van het aanbod

De NZa heeft op basis van declaratiegegevens van het KD en NRD de spreiding van aanbieders van dyslexiezorg in kaart gebracht (zie figuur 6.3). Hoewel de NZa zich moet baseren op nog onvolledige gegevens zijn enkele kanttekeningen bij de spreiding van het aanbod mogelijk. Ten eerste is sprake van een hoge(re) dichtheid in het midden en westen van het land terwijl provincies als Zeeland, Friesland en Groningen aanmerkelijk minder goed bediend worden. De reisafstand kan in deze

<sup>102</sup> De NZa heeft niet nader onderzocht hoe schooladviesdiensten waarborgen dat alleen de daartoe aangewezen zorgverleners DBC's openen. Evenmin heeft de NZa onderzocht hoe de kwaliteitsborging plaatsvindt (indien geen visitatie door het KD of NRD gebeurt).

<sup>103</sup> Een voorbeeld is de samenwerking tussen onderwijsadviesbureau Expertis met het dyslexie-instituut Braams. Deskundigen van Braams verzorgen de therapie. Instituut Braams werkt ook samen met een praktijk van een individuele orthopedagoog.

provincies fors oplopen. In geval van een wekelijkse therapie kan dit een beperking van de toegankelijkheid betekenen.

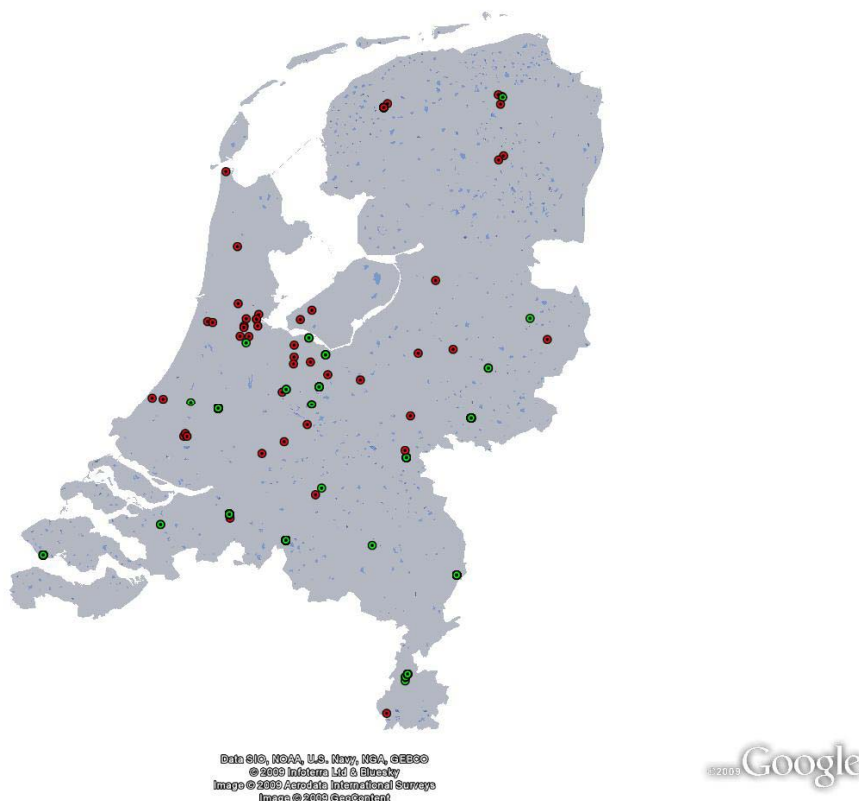
### 6.4.3 Kwaliteit van het aanbod

Kwaliteitsborging van dyslexiezorg vindt op verschillende manieren plaats:

- Acceptatie van het protocol Dyslexie door behandelaars en zorgverzekeraars.
- Aansluiting bij het NRD/visitatie en keurmerk/Aansluiting bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie/visitatie en keurmerk
- Kwaliteitsbewaking via registratie bij NIP/NVO
- Richtlijnontwikkeling NIP/NVO/LBRT/NVLF

Er is sprake van brede acceptatie van het protocol Dyslexie door behandelaars en zorgverzekeraars. Voor betaling door de zorgverzekeraar volstaat een overeenkomst voor bijvoorbeeld eerstelijnszorg niet, er moet een afzonderlijk dyslexie-contract zijn. In deze contracten is opgenomen dat de zorgverlener handelt volgens het Protocol Dyslexie.

**Figuur 6.3. Spreiding aanbieders dyslexie**



Bron: KD/NRD

Het NRD controleert de kwaliteit van de lidinstellingen aan de hand van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Na visitatie verleent het een A- of een B-aansluiting. Een A-aansluiting betekent dat een instituut/praktijk een aspirant aansluiting heeft. Een B-aansluiting betekent dat een instituut/praktijk een volledige aansluiting heeft en geheel volgens het protocol werkt. Vrijwel alle aangesloten instellingen hebben inmiddels een B-aansluiting.

Het Kwaliteitsinstituut Dyslexie verleent een kwaliteitskeurmerk. Dit gebeurt na visitatie. Bij de visitatie zijn onder andere de uitvoering van het protocol en het multidisciplinaire karakter van het behandelteam een aandachtspunt. In vergelijking met het NRD richten de visitaties van het KD zich meer op toetsing van procesmatige criteria. Het NRD en KD zijn in overleg om de visitaties meer op elkaar af te stemmen.

De schooladviesdiensten kennen een eigen keurmerkstructuur. Zo is branchevereniging Edventure een keurmerkorganisatie die aan de leden van Onderwijszorg Nederland het keurmerk Onderwijsadvies uitdeelt. Dit keurmerk richt zich echter op de schoolactiviteiten en niet op de zorgactiviteiten. In paragraaf 6.4.1 werd aangegeven dat onderwijsadviesdiensten psychologen en ergotherapeuten in dienst te nemen. In bepaalde gevallen huren zij kennis in bij dyslexie-instellingen. De NZa heeft niet meer informatie over de waarborgen van de kwaliteit van dyslexiezorg door schooladviesdiensten in het geval zij niet gevisiteerd worden door het KD of het NRD.

Vanuit de beroepsorganisaties vindt kwaliteitsborging plaats in de vormen van registratie en richtlijnontwikkeling. Er bestaan de beroepsregisters (NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog, NVO Orthopedagoog-Generalist en BIG-gezondheidszorgpsycholoog). Psychologen en orthopedagoogen zijn naar de mening van NIP/NVO gekwalificeerd om diagnostiek en behandeling volgens het Protocol Dyslexie uit te voeren. De individuele zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor het verwerven en onderhouden van de specifieke deskundigheid op het gebied van dyslexie. De beroepsbeoefenaren moeten zich daarover ook kunnen verantwoorden. De beroepsorganisaties NIP, NVO, LBRT en NVLF hebben ten slotte in samenwerking een richtlijn ontwikkeld. De richtlijn heeft als kern om de multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van dyslexie te waarborgen. Dit ook in reactie op het Protocol Dyslexie dat zich bij uitstek leent voor multidisciplinaire samenwerking.

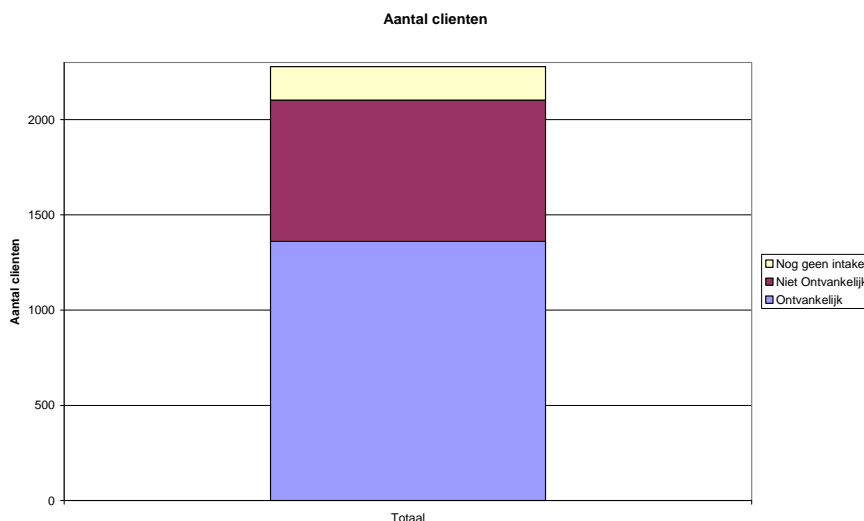
## **6.5 Toegankelijkheid**

### **6.5.1 Aantallen ontvankelijk verklaard**

Uit de gegevens van het KD en NRD blijkt dat ongeveer een derde van de aangemelde kinderen niet ontvankelijk wordt verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Zie figuur 6.5. In de praktijk betekent dit dat een schoolanamnese ontbreekt of dat het kind te oud is.

Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanamneses zal het aantal ontvankelijke kinderen substantieel groeien.

**Figuur 6.5. Aantal ontvankelijke cliënten**

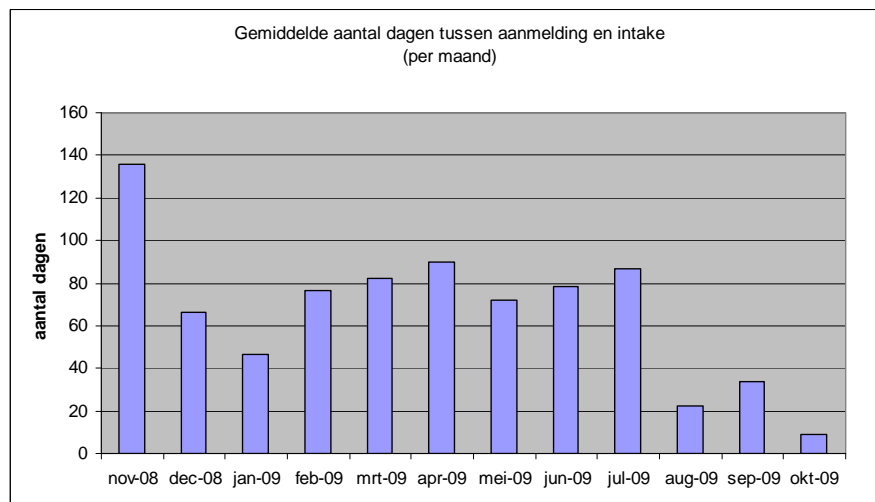


Bron KD/NRD

### 6.5.2 Wachttijden

De gemiddelde tijd tussen het moment van aanmelding en de intake bedroeg in de eerste helft van 2009 74 dagen.<sup>104</sup> In figuur 6.6 staat de gemiddelde wachttijd per maand aangegeven. De hoge wachttijd in november 2008 heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met het uitstel van de behandeling tot de invoering van de nieuwe regeling in 2009. De lagere wachttijden in de tweede helft van 2009 is een registratie-effect. De intakes die nog niet hebben plaatsgevonden zijn hierin nog niet verwerkt.

**Figuur 6.6. aantal dagen tussen aanmelding en intake**



Bron: NRD

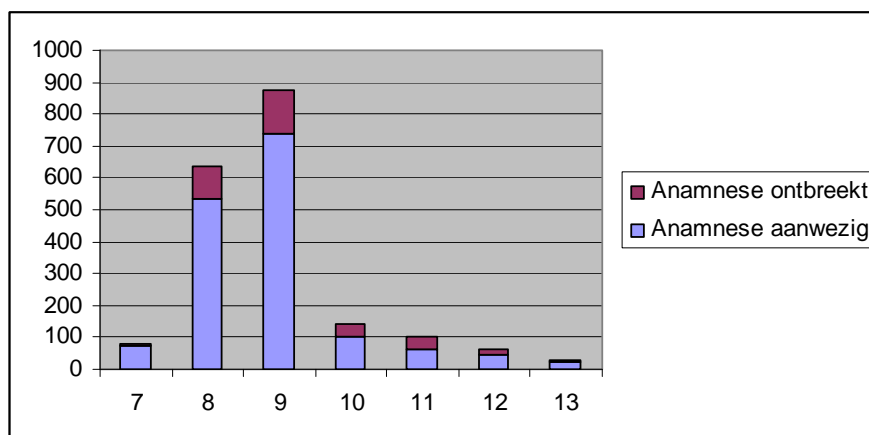
### 6.5.3 Aansluiting bij scholen

Een voorwaarde voor vergoeding van dyslexiezorg is dat de school een anamnese afgeeft. In de praktijk bereikt echter niet elke dyslexiebehandelaar zo'n anamnese. Bij de kinderen die op basis van

<sup>104</sup> De hardheid van de data laat nog geen beoordeling met behulp van de Treeknormen toe.

hun leeftijd eventueel recht hebben op vergoeding ontbreekt voor ongeveer 15% een schoolanamnese (figuur 6.7)

**Figuur 6.7. aanwezigheid anamnese bij aanmelding per leeftijdsjaar**



Bron: NRD

In principe kan de behandelaar de diagnose niet stellen als de schoolanamnese ontbreekt. De NZa beschikt niet over meer gegevens om vast te kunnen stellen wat de oorzaken zijn. De beschikbare data geven geen aanleiding te veronderstellen dat het ontbreken van een anamnese schoolafhankelijk is.

#### 6.5.4 Financiële toegankelijkheid

De zorg voor ernstige, enkelvoudige dyslexie is opgenomen in het basispakket. Elke zorgverzekeraar stelt bij de toegang ongeveer dezelfde eisen die afleidbaar zijn uit het protocol. Een enkele zorgverzekeraar stelt een maximum aan het aantal behandelingen door bepalingen daaromtrent in de overeenkomst met de zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars zijn vrij om een machtiging door de zorgverzekeraar als voorwaarde tot toegang tot de zorg te eisen. Voor dyslexiezorg heeft slechts een enkele zorgverzekeraar dit in zijn verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Een andere zorgverzekeraar stelt als eis dat voorafgaande goedkeuring door de zorgverzekeraar plaats moet vinden als de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener.

De meerderheid van de zorgverzekeraars beperkt de zorg waar de verzekerde terecht kan tot de zorgverleners aangesloten bij het KD en/of NRD. Indien een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener krijgt deze een gedeeltelijke vergoeding van de gemaakte kosten. Deze is dan veelal 80% van het overeengekomen tarief. In de praktijk komt coulancebeleid voor. Eén zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld alleen NRD-instituten gecontracteerd. Bij het gebruik van zorg van andere aanbieders zou 80% moeten worden uitgekeerd. Echter, als er geen NRD-instituut op redelijke afstand is krijgt men ook een volledige vergoeding bij gebruik van een andere zorgaanbieder.

Het is mogelijk dat vrijgevestigde zorgaanbieders nadeel ondervinden van de boven genoemde polisvoorwaarden van zorgverzekeraars. Daarbij komt dat het contractueel leveren van dyslexiezorg veelal inhoudt dat de zorgaanbieder gegevens moet aanleveren bij het NRD en/of het KD waarmee in ieder geval de vertegenwoordigende organisaties niet

instemmen. De beschikbare gegevens laten niet toe om conclusies te trekken over effecten op de toegankelijkheid voor cliënten.

## 6.6 Conclusies en acties

Met ingang van 1 januari 2009 valt dyslexiezorg onder de Zorgverzekeringswet. De NZa beschikt nog over te weinig gegevens voor een definitief beeld van de ervaringen met dyslexiezorg in dit eerste jaar. De conclusies zijn dan ook onder voorbehoud.

Gegevens van het KD en NRD laten zien de instroom van cliënten op gang is gekomen. Het ontbreekt bij aanmelding echter relatief vaak aan een schoolanamnese waardoor cliënten niet ontvankelijk worden verklaard voor een behandeling die wettelijk vergoed wordt. Met de ophoging van de leeftijd en de verbetering van de aanlevering van schoolanamneses zal het aantal ontvankelijke kinderen de komende jaren groeien.

Er is een ruim en gedifferentieerd aanbod met verschillende samenwerkingsvormen. Door de aanbieders van dyslexiezorg vindt kwaliteitsborging op verschillende manieren plaats. Voor zover de eerste gegevens een conclusie toelaten lijkt nauwelijks sprake te zijn van wachtlijsten. De beschikbare gegevens tonen een wachttijd bij instellingen van iets meer dan twee maanden. Hierbij verdient wel de aandacht dat de geografische bereikbaarheid in met name Zeeland, Friesland en Groningen achterblijft. Gezien het aantal cliënten in dergelijke dunbevolkte gebieden is een efficiënte voorziening van dyslexiezorg niet eenvoudig.

De NZa beschikt niet over gegevens die aangeven in hoeverre cliënten gebruik maken van vrijgevestigde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars tenderen ernaar alleen de zorg van de 'erkende' dyslexiebehandelaars te vergoeden, waardoor met name de grotere instellingen cliënten behandelen. Vanuit cliëntenperspectief is dit weinig problematisch mits de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd is.

Registratie van dyslexiezorg vindt momenteel plaats onder de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'. Aan een optimaal inzicht in het volume en de kosten van dyslexiezorg bij zorgverzekeraars zou een afzonderlijke dyslexieproductgroep bijdragen. Echter, omdat zorg voor een belangrijk deel plaatsvindt in de gespecialiseerde dyslexie-instellingen ontbreekt het zorgverzekeraars niet aan kostengegevens. Ten behoeve van monitoring door de NZa voldoet in eerste instantie de aanlevering van de MDS waarvan de kwaliteit naar verwachting zal toenemen. Het eerste beeld van dyslexiezorg in 2009 dat de NZa heeft geschetst leidt nog niet tot duidelijkheid over de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep dyslexie. Naar verwachting laat het ministerie van VWS de invoering van dyslexiezorg op korte termijn evalueren. De NZa beveelt aan om bij deze evaluatie de wenselijkheid van een afzonderlijke productgroep nader te bestuderen.

## Bijlage 1. Indeling gebudgetteerde instellingen in GHOR-regio's <sup>105</sup>

NZa_NR	NAAM INSTELLING	GHOR_NAAM
1000	GGZ Drenthe	Drenthe
1001	Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)	Groningen
1002	Lentis	Drenthe
1003	Stichting Accare	Groningen
1004	IvCG Instelling voor Cognitieve- en Gedragstherapie	Groningen
1005	Stichting Base Groep	Groningen
1006	GGZ Friesland	Friesland
1007	RIAGG Zwolle	IJsselland
1008	Mediant Geestelijke Gezondheidszorg	Twente
1009	De Wending	Noord- en Oost-Gelderland
1010	Adhesie	Twente
1011	Zwolse Poort	IJsselland
1012	Riagg IJsselland	IJsselland
1013	GGNet	Noord- en Oost-Gelderland
1015	Centrum voor Wonen Zorg & Welzijn Gelderland – Groot Batelaar	Gelderland-Midden
1016	Stichting Dr. Leo Kannerhuis	Gelderland-Midden
1017	Oldenkotte/De Tender	Noord- en Oost-Gelderland
1018	IrisZorg	Gelderland-Midden
1019	De Gelderse Roos Geestelijke Gezondheidszorg	Gelderland-Midden
1021	Kliniek Overwaal	Gelderland/Noord- en Midden Limburg
1022	Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie	Gelderland-Midden
1023	Sinaï	Amsterdam-Amstelland
1024	Symfora Groep	Utrecht
1025	Meerkanten	Noord- en Oost-Gelderland
1026	Bosman Geestelijke Gezondheidszorg	Utrecht
1027	Riagg Amersfoort & Omstreken	Utrecht
1029	Stichting Verslavingszorg Utrecht	Utrecht
1030	Eleos	Utrecht
1031	Van der Hoeven stichting	Utrecht
1032	Arta-Lievegoedgroep	Utrecht
1034	Stichting GGZ Noord-Holland Noord	Noord-Holland
1035	Triversum	Noord-Holland
1036	AMC De Meren	Amsterdam-Amstelland
1037	St. Nederlands Psychoanalytisch Instituut	Amsterdam-Amstelland
1038	De Bascule	Amsterdam-Amstelland
1039	GGD Amsterdam	Amsterdam-Amstelland
1040	Stichting GGZ-centrum Westfriesland	Noord-Holland
1041	Jeugd RIAGG Noord Holland Zuid	Kennemerland
1042	GGZ Dijk en Duin	Noord-Holland
1043	Centrum 45	HollandsMidden
1044	Curium	HollandsMidden
1047	De Jutters	Haaglanden

<sup>105</sup> De indeling in GHOR-regio's is gebaseerd op het representatiemodel 2010 van Zorgverzekeraars Nederland.

NZa_NR	NAAM INSTELLING	GHOR_NAAM
1050	Rivierduinen	HollandsMidden
1051	Rotterdams Medisch Paedologisch Instituut (RMPi)	Rotterdam-Rijnmond
1052	Stichting De Kijvelanden	Rotterdam-Rijnmond
1053	Stichting Delta Psychiatrisch Centrum	Rotterdam-Rijnmond
1054	Bouman Verslavingszorg	Rotterdam-Rijnmond
1056	RIAGG Rijnmond	Rotterdam-Rijnmond
1057	De Grote Rivieren	Waardenland en Midden-Holland
1058	Stichting De Hoop	Waardenland en Midden-Holland
1060	Forta Groep	Rotterdam-Rijnmond
1061	Emergis	Zeeland
1062	De Viersprong	M&W Brabant
1063	GGZ WNB	M&W Brabant
1064	Novadic – Kentron	Brabant Noord-Oost
1065	RIBW Midden Brabant	M&W Brabant
1066	Reinier van Arkel Groep	Brabant Noord-Oost
1067	GGZ Oost Brabant	Brabant Noord-Oost
1068	GGZE	ZO-Brabant
1071	Mutsaersstichting	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1072	GGZNML	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1073	FPP De Horst	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1074	RiaGGZuid	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1075	PAAZ Maasland ZH/PCC	Zuid-Limburg
1076	Mensana RIBW Noord- en Midden-Limburg	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1077	RIAGG Maastricht	Zuid-Limburg
1078	Jellinek Mentrum	Amsterdam-Amstelland
1079	Tactus Verslavingszorg	IJsselland
1080	GGZ Nijmegen	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
1081	St. Buitenamstel Geestgronden	Amsterdam-Amstelland
1082	ParnassiaBavoGroep	Haaglanden
1083	GGZ Breburg	M&W Brabant
1084	Mondriaan Zorggroep	Zuid-Limburg
1085	Altrecht	Utrecht
1086	Zonnehuizen Zeist	Utrecht
1087	GGZ Delfland	Haaglanden
1088	Wonen en Psychiatrie	Zeeland
1089	Pi-Zorg	Friesland
1090	Jeugdhulp Friesland	Friesland
1091	Pro Psy	Zuid-Limburg
1092	De Brug	HollandsMidden
1093	ParnassiaBavoGroep	Haaglanden
2000	Militair GGZ	Utrecht
2005	PAAZ Streekzks Coevorden-Hardenberg	IJsselland
2006	PAAZ Zorgcombinatie Noorderboog	Drenthe
2007	PAAZ Isala Klinieken	IJsselland
2008	PAAZ IJsselmeerziekenhuizen	Flevoland
2009	PAAZ Medisch Spectrum Twente	Twente
2010	PAAZ Gelre Ziekenhuizen	Noord- en Oost-Gelderland Gelderland-Midden
2011	Alysis Zorggroep (PAAZ Rijnstate)	



NZa_NR	NAAM INSTELLING	GHOR_NAAM
2012	PAAZ Gelderse Vallei	Gelderland–Midden
2013	Maasziekenhuis Pantein afdeling PAAZ	Brabant Noord–Oost
2014	Canisius–Wilhelmina Ziekenhuis afdeling PAAZ	Gelderland/Noord–Midden Limburg
2015	Meander Medisch Centrum	Utrecht
2016	PAAZ Rivierenland	Gelderland–Zuid
2017	Hofpoort	Utrecht
2018	Mesos Medisch Centrum	Utrecht
2019	Tergooiziekenhuizen	GooienVechtstreek
2020	PAAZ Medisch centrum alkmaar	Noord–Holland
2021	PAAZ Kennemer Gasthuis	Kennemerland
2022	PAAZ Waterland Ziekenhuis	Zaanstreek–Waterland
2023	PAAZ Ziekenhuis De Heel (ZMC)	Zaanstreek–Waterland
2024	PAAZ Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Amsterdam–Amstelland
2025	Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis	Waardenland en Midden–Holland
2026	PAAZ Walcheren	Zeeland
2027	PAAZ ZorgSaam	Zeeland
2028	Ziekenhuis Lievensberg afdeling PAAZ	M&W Brabant
2029	Ziekenhuis Amphibia afdeling PAAZ	M&W Brabant
2030	St. Elisabeth Ziekenhuis	M&W Brabant
2031	TweeStedenziekenhuis afdeling PAAZ	M&W Brabant
2032	PAAZ Catharina ZH	ZO–Brabant
2033	PAAZ St. Anna ZH	ZO–Brabant
2034	PAAZ Elkerliek	ZO–Brabant
2035	PAAZ MMC	ZO–Brabant
2036	Laurentius Ziekenhuis afdeling PAAAZ	Gelderland/Noord– en Midden Limburg
2037	RC GGZ Weert	Gelderland/Noord– en Midden Limburg
2039	PAAZ Atrium	Zuid–Limburg
2040	PAAZ Rode Kruis Ziekenhuis	Kennemerland
2041	Paaz ZGT locaties SMT en Twenteborg	Twente
2042	BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam–Amstelland
2043	OLVG	Amsterdam–Amstelland
2044	UMCG afdeling PAAZ	Groningen
2045	UMC St. Radboud afdeling psychiatrie	Gelderland/Noord– en Midden Limburg
2046	UMC Utrecht	Utrecht
2047	Academisch Medisch Centrum	Amsterdam–Amstelland
2048	LUMC	HollandsMidden
2049	Erasmus Medisch Centrum	Rotterdam–Rijnmond
2050	PUK AZH Maastricht	Zuid–Limburg
3001	Talant	Friesland
3007	AZZ	Zeeland
3009	Raphaëlstichting	Noord–Holland
3010	Bartimeus Sonneheerdt	Utrecht
3011	Zonnehuizen (Bronlaak Heimdal)	Brabant Noord–Oost
3012	Koraal Groep	Zuid–Limburg
4000	Stichting Zorggarant Noord–Nederland/IN Hoofdzaken	Friesland
4001	Thuiszorg H+B	Haaglanden
4005	Mc Brain	Zuid–Limburg
4007	Stichting Nehemia Hulpverlening	Noord–Holland
4008	Helen Dowling Instituut	Utrecht
4009	Virenze/Buro Roosmalen	Zuid–Limburg

NZa_NR	NAAM INSTELLING	GHOR_NAAM
4011	Stichting Geriant	Noord-Holland
4013	AmaCura	Zuid-Limburg
4015	Stichting Het Behouden Huys – Assagioli	Groningen
4016	Stichting In de Bres	Friesland
4018	Stichting Psygro	Zaanstreek-Waterland
4022	Stichting De Praktijk	Noord-Holland
4023	PP Lionarons	Zuid-Limburg
4028	PP Maastricht	Zuid-Limburg
4029	Fier Fryslân	Friesland
4030	Molendrift voor Leer en Opv Probl	Groningen
4031	Huis in de Bocht	M&W Brabant
4036	Taborhuis	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
4038	Evean	Zaanstreek-Waterland
4041	MOC t Kabouterhuis	Amsterdam-Amstelland
4042	PP Veldhoven	ZO-Brabant
4043	Dr. Leshan St.	HollandsMidden
4044	Tilburg Mentaal	M&W Brabant
4045	Stichting Zorggroep Meander	Groningen
4050	VGG Wijchen en Nijmegen	Gelderland/Noord- en Midden Limburg
4051	PEC	ZO-Brabant
4052	Rubicon	Gelderland/Noord- en Midden Limburg
4053	Stichting Tender	M&W Brabant
4054	Hendriks & Roosenboom	Gelderland-Midden
4055	Interapy Nederland BV	Amsterdam-Amstelland
4056	Stichting Illuminatus	Utrecht
4057	Stichting Terwille	Groningen
4058	Transprant	HollandsMidden
4059	De Vruchtenburg	Rotterdam-Rijnmond
4060	Miroya	Utrecht
4061	Yorneo	Drenthe
4063	St. Kram	Zaanstreek-Waterland
4065	St. NKCv	Utrecht
4066	Zorgmaatwerk	Friesland
4068	Psycho Eindhoven	ZO-Brabant
4069	Autismetotaal	ZO-Brabant
4072	EDT Maastricht	Zuid-Limburg
4074	HSK Groep	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
4075	Max Ernst B.V.	Gelderland-Midden
4076	Mentaal Beter	Gelderland/Noord- en Midden Liimburg
4078	Stichting 1nP	Rotterdam-Rijnmond
4079	Thuiszorg Nederland (Annazorg)	Haaglanden
4080	Molemann mental health clinics	Flevoland
4081	Psychologisch Expertise Centrum	M&W Brabant
4082	Het Ambulatorium	Gelderland-Midden
4083	Ortis Centrum voor Depressie	Rotterdam-Rijnmond