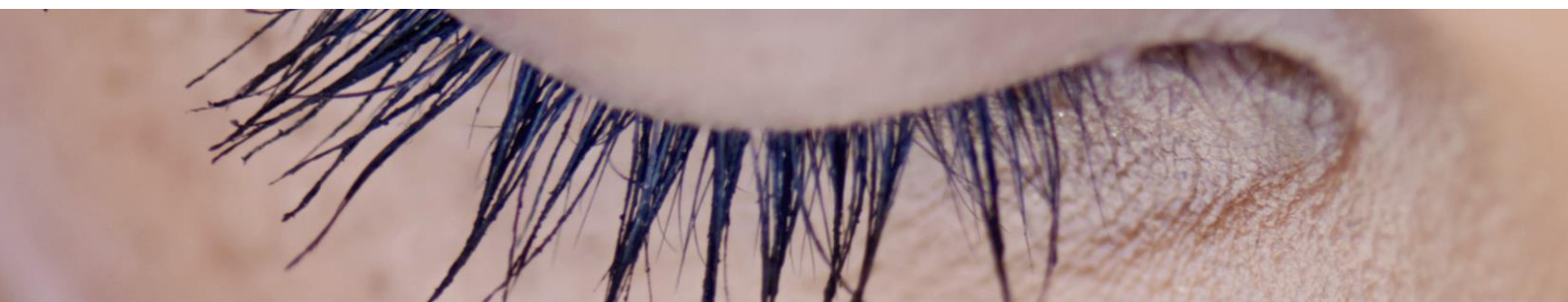




Rapport voor het ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg 2016-2018



vektis

Colofon

10 september 2020

Auteurs

Lieke van Gerwen

Ilona Verburg

Redactie

Guus de Ruiter

Joyce Wagter

Meer informatie

Heeft u inhoudelijke vragen over dit rapport? Stuur dan een mail naar Lieke van Gerwen
l.van.gerwen@vektis.nl.

Vektis

Sparrenheuvel 18

Gebouw B

3708 JE Zeist

Postbus 703

3700 AS ZEIST

T: 030 8008 300

F: 030 8008 320

E: info@vektis.nl

© 2020 Vektis

In dit rapport staan cijfers en inzichten over de zorg. U mag alles uit deze uitgave kopiëren zolang u gebruikmaakt van bronvermelding. Wij hebben de inhoud van dit rapport met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Heeft u vragen, opmerkingen of suggesties naar aanleiding van deze rapportage, neem dan contact op met de auteurs of met communicatie@vektis.nl.

Vektis aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade als gevolg van het gebruik van de cijfers en inzichten.

Inhoudsopgave

1.	Managementsamenvatting	5
1.1.	Contracteergraad afhankelijk van type aanbieder en het aantal jaar dat de aanbieder bestaat	5
1.2.	Kenmerken (niet-)gecontracteerde ggz	6
1.3.	Vergelijking in kosten per patiënt	6
2.	Inleiding	8
2.1.	Doel van het onderzoek	8
3.	Aanpak onderzoek	10
3.1.	Declaratiegegevens ggz	10
3.2.	Contractinformatie zorgverzekeraars	10
3.3.	Validatie	11
3.4.	Vergelijkbaarheid onderzoek van Arteria Consulting in samenwerking met Vektis	12
3.5.	Uitgangspunten rapportage	13
4.	Kwantitatieve ontwikkeling ggz	14
5.	Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz	16
5.1.	Algemeen beeld (niet-)gecontracteerde ggz	16
	Aantal patiënten per jaar	16
	Kosten per jaar	17
5.2.	Ontwikkeling contracteergraad per aanbieder	18
5.3.	Inzicht in contracteergraad bij nieuwe aanbieders	21
5.4.	Verdieping naar verschillen in patiëntpopulaties	21
	Verdeling van de kosten naar type zorgaanbieder	22
	Verdeling van de kosten naar ambulante en klinische	23
	Verdeling van de patiënten over de diagnoses bij niet-gecontracteerde zorg	23
	Ontwikkeling kosten per stoornis bij niet-gecontracteerde zorg	25
5.5.	Overeenkomsten en verschillen in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg	25

5.6.	Overeenkomsten en verschillen in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte	34
	Bijlage I: Type zorgaanbieders	37
	Bijlage II Overzicht kwantitatieve analyses	39
	Aandeel niet-gecontracteerde ggz in percentage kosten en aantallen patiënten	39
	Aandeel van (niet-)gecontracteerde zorg over de verschillende diagnoses	40
	Ontwikkeling van de kosten bij niet-gecontracteerde zorg per diagnose en product	41
	Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte	42
	Methodebeschrijving correctie voor zorgvraagzwaarte indicator	43
	Resultatenbeschrijving correctie voor zorgvraagzwaarte-indicator	45

1. Managementsamenvatting

De afgelopen jaren is de niet-gecontracteerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegenomen. Deze toename vinden veel partijen onwenselijk. Daarom zijn in de hoofdlijnakkoorden (HLA's) voor de ggz afspraken gemaakt over het bevorderen van zorgcontractering. Vektis heeft de ontwikkeling van de (niet-)gecontracteerde ggz in de periode 2016-2018 inzichtelijk gemaakt. Het onderzoek is een update van het onderzoek dat in 2018 is uitgevoerd door Arteria Consulting in samenwerking met Vektis.

De totale omvang van de generalistische basis ggz en specialistische ggz was in 2018 3,6 miljard euro. Vanwege onvoldoende data-kwaliteit zijn er declaraties uitgesloten van het onderzoek. Hierdoor zijn de analyses in 2018 gebaseerd op 98% van de totale zorgkosten voor de generalistische basis ggz en de specialistische ggz.

Het aandeel van de niet-gecontracteerde zorgkosten voor de generalistische basis ggz was in 2018 8,8% (15 miljoen euro), dit betrof 9,9% van de patiënten (17.000 patiënten). Het aandeel van de niet-gecontracteerde zorgkosten voor de specialistische ggz was 7,6% (258 miljoen euro), dit betrof 11,1% van de patiënten (60.000 patiënten).

Het relatieve aandeel van de niet-gecontracteerde zorg binnen de generalistische basis ggz stijgt in kosten van 6,6% in 2016, naar 6,5% in 2017 en 8,8% in 2018. Binnen de specialiseerde ggz stijgt dit aandeel van 6,1% in 2016, naar 6,9% in 2017 en 7,6% in 2018.

1.1. Contracteergraad afhankelijk van type aanbieder en het aantal jaar dat de aanbieder bestaat

De groei van niet-gecontracteerde zorg komt met name doordat er steeds meer aanbieders zijn die volledig zonder contracten werken. In 2018 was het percentage aanbieders dat volledig (>99,5%) niet-gecontracteerde zorg biedt 56% voor de overige zorgaanbieders, 43% voor de verslavingszorg, 36% voor de ambulante instellingen, 36% voor de vrijgevestigde psychiaters en 34% voor de psychologische zorgverleners. Geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen zijn vrijwel altijd volledig gecontracteerd.

De ontwikkelingen van 2016 naar 2018 per type aanbieder verschillen sterk. We zien een toename in het percentage aanbieders dat volledig niet-gecontracteerde zorg verleent bij overige zorgaanbieders, vrijgevestigde psychiaters en in de verslavingszorg. Bij de ambulante instellingen bleef het percentage aanbieders dat volledig niet-gecontracteerde zorg leverde vrijwel gelijk.

Jonge ondernemingen werken relatief vaak zonder contract. Het duurt enige tijd voordat zorgaanbieders een contract sluiten met zorgverzekeraars. Van ondernemingen gestart in 2018 leverden 83% volledig niet-gecontracteerde zorg in 2018. Dit percentage ligt voor ondernemingen gestart in 2017 op 67% en voor ondernemingen gestart in 2015 of 2016 op ongeveer 50%.

1.2. Kenmerken (niet-)gecontracteerde ggz

Niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz heeft een ander profiel dan de gecontracteerde zorg:

- Ambulante instellingen (39%), psychologische zorgverleners (22%) en instellingen in de verslavingszorg (17%) hebben het grootste aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg.
- In de niet-gecontracteerde zorg wordt relatief vaker ambulant (82%) behandeld dan in de gecontracteerde (57%) zorg. Over de jaren heen zijn deze percentages stabiel gebleven. Niet-gecontracteerde klinische zorg is voor het grootste deel afkomstig uit de verslavingszorg.
- Het percentage patiënten dat in de niet-gecontracteerde zorg behandeld werd is gemiddeld 11%. Voor de diagnoses somatoforme stoornissen (24%), aandachtstekort stoornissen (19%), angst (14%) en depressie (14%) worden procentueel meer patiënten behandeld in de niet-gecontracteerde zorg. Diagnoses met langdurige en/of zwaardere zorg zoals delirium, schizofrenie en bipolaire stoornis worden vrijwel altijd behandeld in de gecontracteerde zorg.
- Bij meer dan de helft van de patiënten met een 'dummy code' (een onbekende diagnose in verband met privacy bezwaren) werd de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het gaat hierbij om minder dan 3% van de vergoede kosten in de niet-gecontracteerde zorg.

1.3. Vergelijking in kosten per patiënt

Door grote verschillen in patiënt karakteristieken is het niet mogelijk om de kosten per patiënt te vergelijken over de gehele ggz of over de specialistische ggz. Wel kun je inzoomen op specifieke groepen, zoals type aanbieders, diagnoses en klinische versus ambulante kosten.

- In het algemeen wordt niet-gecontracteerde zorg niet volledig vergoed door verzekeraars. De kosten per patiënt zijn – mede daardoor - voor de generalistische basis ggz lager voor de niet-gecontracteerde zorg voor alle categorieën, variërend van 14% tot 19%.
- Binnen de ambulante zorg zijn de kosten per patiënt hoger in de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses somatoforme stoornissen (80%), verslaving aan overige middelen (52%) en verslaving aan alcohol (30%) en eetstoornissen (26%). Voor de andere diagnoses zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg. Voor persoonlijkheidsstoornissen (-20%), aandachtstekort (-27%), schizofrenie (-28%) en pervasieve stoornissen (-32%) is dit verschil het grootst.
- Binnen de klinische zorg zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses angst (-67%), verslaving aan alcohol (-10%) en overige middelen (-5%).
- Binnen verschillende type aanbieders is een verdieping uitgevoerd naar diagnose uitgesplitst naar klinische en ambulante zorg. Voor de gedetailleerde resultaten hiervan wordt verwezen naar de figuren in de rapportage.

Naast rechte tellingen hebben we een correctie voor zorgvraagzwaarte uitgevoerd. Voor de niet-gecontracteerde zorg is de zorgvraagzwaarte-indicator veelal niet bekend. Hierdoor is deze verdiepende analyse gebaseerd op 37% van de niet-gecontracteerde zorgkosten en 83% van de patiënten. De conclusie die getrokken wordt is daarom mogelijk niet representatief voor de gehele patiëntenpopulatie. De uitgevoerde correctie voor zorgvraagzwaarte laat veelal weinig effect zien: het lijkt er op dat kostenverschillen niet verklaard kunnen worden door verschillen in zorgvraagzwaarte.

2. Inleiding

Jaarlijks worden meer dan 1 miljoen mensen met psychische klachten en aandoeningen geholpen bij de huisarts en praktijkondersteuners ggz, in de generalistische basis ggz, de specialistische ggz en de langdurige ggz. Deze zorg valt binnen de zorgverzekeringswet (Zvw), waarvoor de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn qua zorginkoop en controle op rechtmatige en doelmatige zorg. Andere onderdelen van de ggz vallen onder verantwoordelijkheid van gemeentes (maatschappelijke ondersteuning en begeleiding, beschermd wonen, jeugd), zorgkantoren (langdurige zorg na 3 jaar verblijfszorg) en justitie.

Zorgverzekeraars kopen de meeste zorg voor de basis ggz en specialistische ggz (via contracten) in bij zorgaanbieders. Eerder onderzoek van Arteria Consulting in samenwerking met Vektis uit 2018 toont aan dat sinds 2014 het aandeel niet-gecontracteerde zorg is gestegen, ten opzichte van de gecontracteerde zorg. In 2014 werd 95,6% van de vergoede zorg geleverd door gecontracteerde aanbieders. In de jaren daarna nam de omvang van niet-gecontracteerde zorg met 1,9% toe, van 128 miljoen euro in 2014 naar 187 miljoen euro in 2016¹.

De toename van niet-gecontracteerde zorg wordt door veel partijen als onwenselijk gezien. Daarom zijn in de hoofdlijnakkoorden (HLA's) voor de ggz afspraken gemaakt over het bevorderen van zorgcontractering. De HLA's streven ernaar om in 2019 een daling te realiseren ten opzichte van voorgaande jaren. Daarnaast staat in de akkoorden omschreven dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg in (onderdelen van) de ggz ondanks de hiervoor genoemde inspanningen niet daalt, zijn na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen, dan wel te versterken. De partijen die de HLA's hebben ondertekend² willen de ontwikkelingen met betrekking tot contractering binnen de ggz monitoren. In het HLA is afgesproken dat Vektis de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz monitort.

2.1. Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg binnen de curatieve ggz voor de jaren 2016-2018. Daarnaast belicht het onderzoek eventuele verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz. Deze inzichten bieden de basis voor het vormen van beleid op dit terrein.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/04/niet-gecontracteerde-geestelijke-gezondheidszorg>.

² GGZ NL, MIND, NVvP, LVVP, NIP, P3NL, Platform MEERGZ, V&VN, InEen, FO, RIBW Alliantie, ZN en de staatssecretaris van VWS.

Het rapport heeft een kwantitatieve opzet. De resultaten zijn feitelijk gerapporteerd en het rapport bevat daarom geen beleidsmatige uitspraken, conclusies en aanbevelingen. De resultaten van het onderzoek worden openbaar en conform toezegging van de staatssecretaris met de Tweede Kamer gedeeld.

Hoofdstuk 3 bevat een uitleg over de opzet van het onderzoek en een beschrijving van de methode. In hoofdstuk 4 bieden we inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de ggz voor de periode 2016 tot en met 2018. Hiermee geven we de trend in de ggz weer.

In hoofdstuk 5 zoomen we in op de zorg die door gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders wordt geleverd. Daarnaast bevat dit hoofdstuk een verdiepende analyse over de jaren 2016 tot en met 2018. Dit onderdeel is een herhaling van de analyse gedaan over de jaren 2014 tot en met 2016 in het rapport van Arteria Consulting in samenwerking met Vektis uit 2018.¹

Om de vraag te beantwoorden of een deel van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders bestaat uit net gestarte ondernemingen, is een analyse toegevoegd naar de leeftijd van zorgaanbieders in relatie tot contractstatus.

3. Aanpak onderzoek

In dit onderzoek zijn declaratiegegevens over de ggz, beschikbaar bij Vektis, gekoppeld aan de contractinformatie van zorgverzekeraars. Door het samenvoegen van deze informatie kunnen we de omvang van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz in beeld brengen. In dit hoofdstuk volgt meer toelichting over de verschillende informatiestromen en de validatie. Tot slot lichten we de vergelijkbaarheid van het huidige onderzoek met het onderzoek van Arteria Consulting in samenwerking met Vektis toe.

3.1. Declaratiegegevens ggz

Voor dit onderzoek gebruikten we het informatiesysteem van Vektis, waaraan alle zorgverzekeraars maandelijks informatie over de ggz leveren (QG-Zvw). Hierbij gaat het alleen om alle door zorgverzekeraars als rechtmatige beoordeelde en goedgekeurde declaraties. De declaraties bevatten informatie over de patiënt, de zorgverlener, de zorgverzekeraar, de periode waarin de zorg is geleverd, de hoeveelheid geleverde zorg en de vergoede zorgkosten.

In dit onderzoek gebruikten we de declaratiegegevens die zorgverzekeraars hebben verwerkt tot en met mei 2020. We keken naar de declaratiedata over de jaren 2016 tot en met 2018. De dekkingsgraad is afhankelijk van de aanleversnelheid van de zorgverzekeraars. De data voor 2016 en 2017 zijn compleet. Voor 2018 is ruim 98% van de verwachte zorg afgesloten, gedeclareerd en verwerkt.

We gaan uit van het vergoede, door de zorgverzekeraar uitgekeerde bedrag, zonder eventuele eigen betalingen of eigen risico van de patiënt zelf. Het vergoede bedrag benoemen we in dit onderzoek als 'kosten'. Dit is het bedrag dat ten laste komt van de Zvw. Alleen declaraties van patiënten van 18 jaar of ouder, zijn meegenomen³.

3.2. Contractinformatie zorgverzekeraars

In samenwerking met zorgverzekeraars is een aanleverspecificatie opgesteld voor het leveren van de contractinformatie over de ggz. Hiermee is de uniformiteit tussen de leveringen van de verschillende zorgverzekeraars gewaarborgd. Zorgverzekeraars leverden retrospectief aan Vektis een bestand met de AGB-codes van de zorgaanbieders waarmee een contract is afgesloten voor de jaren 2016 tot en met 2018 met hierbij de begin- en einddatum van het contract. Dit is onafhankelijk van het moment waarop het contract is afgesloten. Wanneer de openingsdatum

³ De Jeugd ggz is per 1 januari 2015 overgeheveld van de Zvw naar de Jeugdwet en is daarom niet meegenomen in dit onderzoek.

van een prestatie binnen de contractperiode valt, is deze toegerekend aan de gecontracteerde zorg. Gedeclareerde prestaties, waarvan de openingsdatum buiten de contractperiode valt, zijn toegerekend aan de niet-gecontracteerde zorg. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de loop van het jaar een contract afsluiten. Hiermee is rekening gehouden bij de toewijzing van de declaraties.

Voor 2 kleine zorgverzekeraars was het niet mogelijk om contractinformatie voor de jaren 2016 en 2017 aan te leveren. Daarom zijn deze zorgverzekeraars voor de betreffende jaren uitgesloten van de analyses naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, zie hoofdstuk 5.

3.3. Validatie

Om een goed beeld te krijgen van de graad van contractering is het van belang dat bij Vektis precies bekend is welke zorgverzekeraar met welke zorgaanbieder een contract had in de betreffende jaren. Dit omdat gegevens anders onterecht in de groep 'niet-gecontracteerd' of 'gecontracteerd' worden opgenomen. Om deze situatie te voorkomen hebben we samen met de zorgverzekeraars gedurende het project een validatie uitgevoerd. Hierbij is een vergelijking gemaakt tussen 'gecontracteerde' en 'niet-gecontracteerde' zorg, zoals enerzijds bekend bij Vektis en anderzijds bij de zorgverzekeraars. Hierdoor is voorafgaand aan de analyses getoetst of de data 'niet-gecontracteerde zorg' overeenkwam met het beeld van de individuele zorgverzekeraars.

Uit de validatie kwamen de volgende 3 beperkingen naar voren:

- Van een klein deel van de declaraties die niet elektronisch zijn verwerkt in het declaratieproces is de AGB-code van de zorgaanbieder niet bij Vektis bekend. Van deze declaraties is dus niet met zekerheid vast te stellen of het gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg betreft.
- Het komt bij een beperkt deel van de zorg voor, dat een servicebureau – en niet de AGB-code van de zorgaanbieder – als indiener van de declaratie is vermeld in het declaratierecord dat Vektis van de verzekeraars ontvangt. De contractinformatie is echter aangeleverd per zorgaanbieder. Met behulp van de contractinformatie is dan niet te herleiden welk deel van de gedeclareerde kosten onder een servicebureau, binnen de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde zorg valt.
- Bij 1 grote zorgverzekeraar wekt het beeld voor de generalistische basis ggz te veel af van het beeld bekend bij Vektis. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat voor deze zorgverzekeraar contractinformatie is aangeleverd op het niveau waarop contractafspraken worden gemaakt, dit kan zowel op praktijk / instellingsniveau als op zorgverlenersniveau zijn. Echter, over het algemeen wordt de praktijk - en niet de zorgverlener - als indiener van de declaratie vermeld. Hierdoor kon een deel van de gecontracteerde zorg door Vektis niet als gecontracteerd worden gekenmerkt. Deze zorgverzekeraar is daarom voor het deel van de generalistische basis ggz uitgesloten van de verdiepende analyses uit hoofdstuk 5 voor de jaren 2016 tot en met 2018.

Samen met de zorgverzekeraars is besloten om de totale ggz voor de verdiepende analyses te verdelen in 3 groepen: 'gecontracteerde ggz', 'niet-gecontracteerde ggz' en 'contractstatus onbekend'. Binnen de groep ggz onbekend vallen declaraties waarbij de AGB-code van de indiener onbekend is, of wanneer de indiener van de declaratie een servicebureau betreft. Daarnaast vallen binnen deze groep alle declaraties voor de generalistische basis ggz van bovenstaande grote zorgverzekeraar. De declaraties voor de jaren 2016 en 2017 van de 2 kleine zorgverzekeraars die niet in staat waren om de contractinformatie voor de betreffende jaren aan te leveren, vallen ook binnen deze groep.

De declaraties uit de groep contractstatus onbekend, laten we uit de verdiepende analyses die staan weergegeven vanaf hoofdstuk 5. Op deze wijze kunnen we een beeld geven van alle declaraties die zeker binnen de gecontracteerde - en de niet-gecontracteerde groep vallen.

Tabel 1 laat zien dat 53,5 miljoen euro binnen de generalistische basis ggz binnen de groep ggz onbekend valt in 2018, oftewel 23,7% op het totaal van 225,6 miljoen euro in 2018. Bij de specialistische ggz gaat het om 29,9 miljoen euro, oftewel 0,9% op het totaal van 3,4 miljard euro.

Tabel 1: Het aandeel van de kosten van de groep contractstatus onbekend op de totale kosten binnen de curatieve ggz

Jaar	Kosten groep contractstatus onbekend (x 1.000.000)	% Uitgesloten
Gb-ggz		
2016	60,7	30,4
2017	65,4	30,7
2018	53,5	23,7
S-ggz		
2016	166,1	5,3
2017	181,3	5,6
2018	29,9	0,9

3.4. Vergelijkbaarheid onderzoek van Arteria Consulting in samenwerking met Vektis

Vektis heeft de opdracht gekregen om de inzichten uit het Arteria onderzoek van juli 2018¹ te actualiseren. Er zijn echter een aantal verschillen in onderzoeksopzet, waardoor de cijfers in het Arteria onderzoek en dit huidige onderzoek van elkaar afwijken.

Het gaat hierbij om het volgende:

- Vektis beschikt over meer complete cijfers voor het jaar 2016. Het onderzoek van Arteria vond in juli 2018 plaats. Het huidige onderzoek betreft alle cijfers tot en met mei 2020, waardoor Vektis over meer declaratiegegevens beschikt waarbij ook eventuele correctie boekingen zijn verwerkt.
- In het onderzoek van Arteria is de samenstelling van de zorgverzekeraars waarvan de gegevens in het onderzoek zijn toegepast, afwijkend van de samenstelling van het huidige

onderzoek. In het onderzoek van Arteria waren voor het jaar 2016 3 extra zorgverzekeraars uitgesloten bovenop de 2 zorgverzekeraars die bij dit onderzoek zijn uitgesloten.

- Vektis heeft een optimalisatie van de contractinformatie uitgevoerd voor de jaren 2016 t/m 2018. Dankzij de validatie is de datakwaliteit van de contractinformatie verbeterd.
- In het huidige onderzoek zijn de declaraties waarbij de AGB-code onbekend is of die zijn ingediend door een servicebureau uitgesloten van de verdiepende analyses. In het Arteria onderzoek zijn deze toegerekend aan de niet-gecontracteerde zorg.

3.5. Uitgangspunten rapportage

Voor het hele rapport geldt dat berekeningen zijn uitgevoerd op de exacte waardes. Percentages in het rapport kunnen daarom licht afwijken van de cijfers als die worden berekend op basis van de afgeronde waardes uit de rapportage.

Daarnaast geldt voor de hele rapportage dat bij een onderverdeling van het aantal patiënten naar verschillende groepen, het aantal patiënten per onderdeel niet optellen tot het totaal aantal patiënten. Dit komt doordat patiënten in 1 jaar in meerdere groepen kunnen voor komen. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld in 1 jaar zorg gefinancierd vanuit meerdere zorgsoorten hebben ontvangen. Een ander voorbeeld is dat een patiënt zowel mee kan tellen in de gecontracteerde zorg als in de niet-gecontracteerde zorg, wanneer deze patiënt zorg heeft ontvangen van zowel een aanbieder met een contract, als een aanbieder zonder een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt.

4. Kwantitatieve ontwikkeling ggz

In dit hoofdstuk bieden we inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de ggz voor de periode 2016 tot en met 2018⁴.

In 2018 ontvingen 744 duizend mensen ggz⁵ (zie tabel 1). Dit is een stijging van 2,3% ten opzichte van 2017, toen 728 duizend mensen ggz ontvingen. In 2016 lag dit aantal op 721 duizend. Dit is een stijging van 2% ten opzichte van 2015. De totale kosten zijn in 2018 met 5,6% gestegen ten opzichte van 2017, van 3,6 miljard naar 3,8 miljard euro. In 2016 lagen de totale kosten op 3,4 miljard euro, dit is 3,3% hoger dan in 2015.

In 2018 ontvingen 231 duizend patiënten zorg vanuit de generalistische basis ggz. De omvang hiervan bedraagt 226 miljoen euro. Vanuit de specialistische ggz ontvingen 548 duizend patiënten zorg. Dit omvat 3,4 miljard euro.

Aangezien het tweede en derde jaar verblijf (de langdurige ggz) voor alle 3 de jaren volledig gecontracteerde zorg betreft, wordt deze vorm van zorg voor het vervolg van het onderzoek buiten beschouwing gelaten. Het gaat hierbij om 150 miljoen euro voor 2018. Vanaf hier richten we ons in het onderzoek daarom alleen nog op de generalistische basis ggz en de specialistische ggz.

⁴ In dit onderzoek zijn alle beschikbare declaraties meegenomen t/m 2018 op peildatum 20 juni 2020. Hiermee wordt een zo recent mogelijk beeld van de zorg geschetst. Het dekkingspercentage voor 2018 is meer dan 98%.

⁵ Meer kwantitatieve feiten over de ggz zijn te vinden op <https://www.vektis.nl/actueel?tags=geestelijke-gezondheidszorg>.

Tabel 2: Ontwikkeling omvang ggz

Jaar	Aantal patiënten (x 1.000)	Kosten (x 1.000.000)	Ontwikkeling aantal patiënten %	Ontwikkeling kosten %
Gb-ggz				
2016	221,9	199,7	7,0	8,2
2017	227,4	213,0	2,5	6,7
2018	230,5	225,6	1,4	5,9
S-ggz				
2016	532,9	3.109,8	0	0,5
2017	535,7	3.225,7	0,5	3,7
2018	547,8	3.415,2	2,2	5,9
L-ggz				
2016	2,3	130,5	76,8 ⁶	153,7
2017	2,7	151,0	17,4	15,8
2018	2,6	150,3	-4,4	-0,5
Totaal				
2016	720,6	3.440,0	2,0	3,3
2017	727,7	3.589,7	1,0	4,4
2018	744,1	3.791,1	2,3	5,6

⁶ Dit percentage wijkt af omdat de langdurige ggz in 2015 is ingevoerd. Het betreft overheveling van het 2^e en 3^e jaar verblijf uit de AWBZ naar de Zvw. De langdurige ggz wordt gefinancierd via de Zvw, via een zorgzwaartepakket (ZZP-B). Bij opname wordt het 1^e jaar gefinancierd vanuit de specialistische ggz, het 2^e en 3^e jaar via de langdurige ggz en vanaf het 4^e jaar verblijf stromen mensen door naar de Wlz.

5. Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz

In dit hoofdstuk bieden we inzicht in de verdeling van vergoede gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz voor de periode 2016 tot en met 2018. Paragraaf 5.1. geeft een algemeen beeld van het aantal patiënten en de kosten in de niet-gecontracteerde ggz per jaar en een uitsplitsing naar de generalistische basis ggz en specialistische ggz.

In paragraaf 5.2. en 5.3. beschrijven we respectievelijk ontwikkelingen in de contracteergraad per aanbieder en geven informatie over de contracteergraad van nieuwe aanbieders. Paragraaf 5.4. biedt inzicht in de niet-gecontracteerde- en de gecontracteerde zorg binnen verschillende type aanbieders, diagnoses en voor klinische versus ambulante patiënten. Tot slot wordt in paragraaf 5.5. ingezoomd in de kosten per patiënt.

In de paragrafen 5.1. tot en met 5.5. gaan we uit van rechte tellingen. Om te onderzoeken of het verschil in kosten per patiënt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg veroorzaakt wordt door zorgvraagzwaarte hebben we hiervoor gecorrigeerd. Resultaten van deze analyse zijn beschreven in Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte.

Zoals beschreven in paragraaf 3.3. Validatie, hebben we de totale omvang van de curatieve ggz verdeeld in 3 groepen: gecontracteerde ggz, niet-gecontracteerde ggz en contractstatus onbekend. In dit hoofdstuk en in Bijlage II en III richten we ons alleen op de declaraties die met zekerheid toe te delen zijn aan de gecontracteerde - en de niet-gecontracteerde groep. De declaraties waarvan de contractstatus onbekend is, laten we uit de verdiepende analyses. Dit verklaart de verschillen tussen de cijfers uit hoofdstuk 4 in vergelijking met de cijfers uit de aankomende onderdelen van dit rapport.

De langdurige ggz is niet meegenomen in de vergelijking, omdat het hier om gecontracteerde zorg gaat. Dit hoofdstuk richt zich op resultaten voor de generalistische basis ggz en specialistische ggz.

5.1. Algemeen beeld (niet-)gecontracteerde ggz

Aantal patiënten per jaar

In de tabellen 3 en 4 geven we de ontwikkeling van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz weer per jaar en per echelon. In tabel 3 is het aantal patiënten

weergegeven dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg heeft ontvangen per jaar. Omdat het totaal aantal patiënten minder hard is toegenomen dan het aantal patiënten met niet-gecontracteerde zorg, is het relatieve aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg over 2016, 2017, 2018 gestegen van respectievelijk 8,6 naar 9,6 en 11,1%.

De stijging van het percentage patiënten dat niet-gecontracteerde zorg ontving wordt van 2016 naar 2017 veroorzaakt door een toename in de specialistische ggz, niet in de generalistische basis ggz. De stijging van 2017 naar 2018 wordt wel veroorzaakt door een toename bij zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz.

Tabel 3: Het aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg

Jaar	Aantal patiënten: gecontracteerd (x 1.000)	Aantal patiënten: niet-gecontracteerd (x 1.000)	% Niet-gecontracteerd
Gb-ggz			
2016	141,8	11,1	7,3
2017	145,2	11,5	7,4
2018*	158,1	17,3	9,9
S-ggz			
2016	465,1	43,5	8,7
2017	461,1	49,9	9,9
2018*	491,4	60,4	11,1
Totaal			
2016	584,9	54,0	8,6
2017	583,6	60,7	9,6
2018*	626,5	76,6	11,1

*In 2018 zijn de declaraties van 2 kleine zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume.

Kosten per jaar

In tabel 4 staan de vergoede bedragen van geleverde ggz gecontracteerd en niet-gecontracteerd per jaar. Omdat de gecontracteerde zorg in volume minder hard is toegenomen dan de niet-gecontracteerde zorg, is het relatieve aandeel van niet-gecontracteerde zorg over 2016, 2017, 2018 gestegen van respectievelijk 6,1 naar 6,9 en 7,7%.

De stijging van het aandeel niet-gecontracteerde zorg van 2016 naar 2017 wordt veroorzaakt door een toename in de specialistische ggz, niet in de generalistische basis ggz. De stijging van 2017 naar 2018 wordt wel veroorzaakt door een toename bij zowel de generalistische basis ggz, als de specialistische ggz. Hierbij stijgt het aandeel niet-gecontracteerde zorg bij de generalistische basis ggz harder (met 2,3%-punt) dan de specialistische ggz (met 0,7%-punt).

Tabel 4: Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten

Jaar	Kosten: gecontracteerd (x 1.000.000)	Kosten: niet-gecontracteerd (x 1.000.000)	% Niet-gecontracteerd
Gb-ggz			
2016	129,8	9,2	6,6
2017	138,0	9,6	6,5
2018*	157,0	15,1	8,8
S-ggz			
2016	2.764,7	179,0	6,1
2017	2.833,6	210,8	6,9
2018*	3.127,6	257,7	7,6
Totaal			
2016	2.894,5	188,2	6,1
2017	2.971,6	220,4	6,9
2018*	3.284,7	272,8	7,7

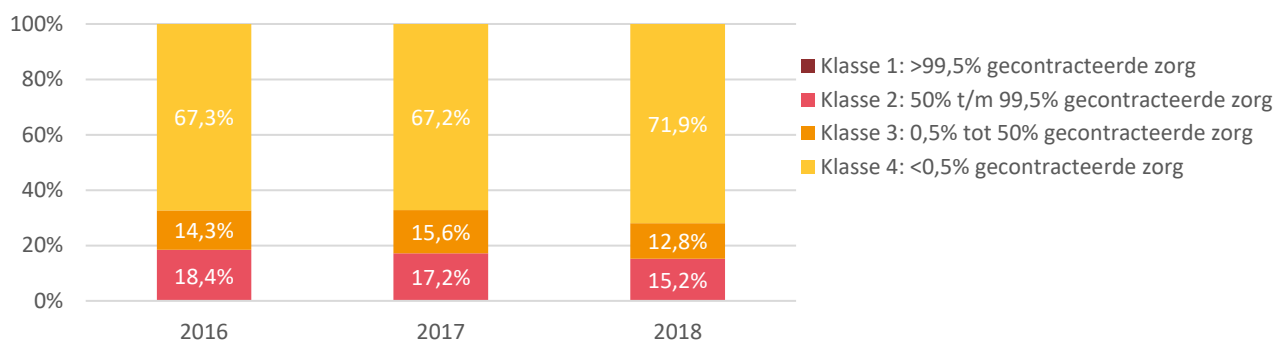
*In 2018 zijn de declaraties van 2 kleine zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume.

5.2. Ontwikkeling contracteergraad per aanbieder

Gecontracteerde zorg kent verschillende gradaties: van volledig niet-gecontracteerd tot volledig gecontracteerd. Om trends binnen de curatieve ggz in kaart te brengen is een onderscheid in 4 groepen zorgaanbieders gemaakt. Deze groepen lopen van volledig gecontracteerd (>99,5% omzet uit gecontracteerde zorg), via grotendeels gecontracteerd (tussen 50% en 99,5%) en deels gecontracteerd (tussen 0,5% en 50%) tot volledig niet-gecontracteerd (<0,5% omzet uit gecontracteerde zorg). Iedere zorgaanbieder is ingedeeld in 1 van deze 4 categorieën.

Figuur 1 geeft de ontwikkeling weer in de niet-gecontracteerde zorgkosten opgedeeld per klasse aanbieder. Als aanvulling geeft figuur 17, Bijlage II: Overzicht kwantitatieve analyses, het percentage niet-gecontracteerde ggz in kosten en aantal patiënten per klasse aanbieder weer. Het aandeel van de niet-gecontracteerde zorg gedeclareerd door volledig niet-gecontracteerde aanbieders stijgt, ten koste van de groepen volledig- en de groep tussen de 50% en 99,5% gecontracteerd.

Figuur 1: Ontwikkeling aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten per klasse aanbieder



De trend in contracteergraad verschilt per zorgaanbieder. In figuur 2 is de trend per type zorgaanbieder te zien⁷. Uit deze figuur blijkt dat geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen vrijwel altijd gecontracteerd zijn. Bij de psychologische zorgverleners vormt de groep volledig gecontracteerde aanbieders de grootste groep. Bij de ambulante zorgaanbieders, overige zorgaanbieders en in 2018 voor verslavingszorg aanbieders en vrijgevestigde psychiaters zijn er meer volledig niet-gecontracteerde aanbieders dan volledig gecontracteerde aanbieders.

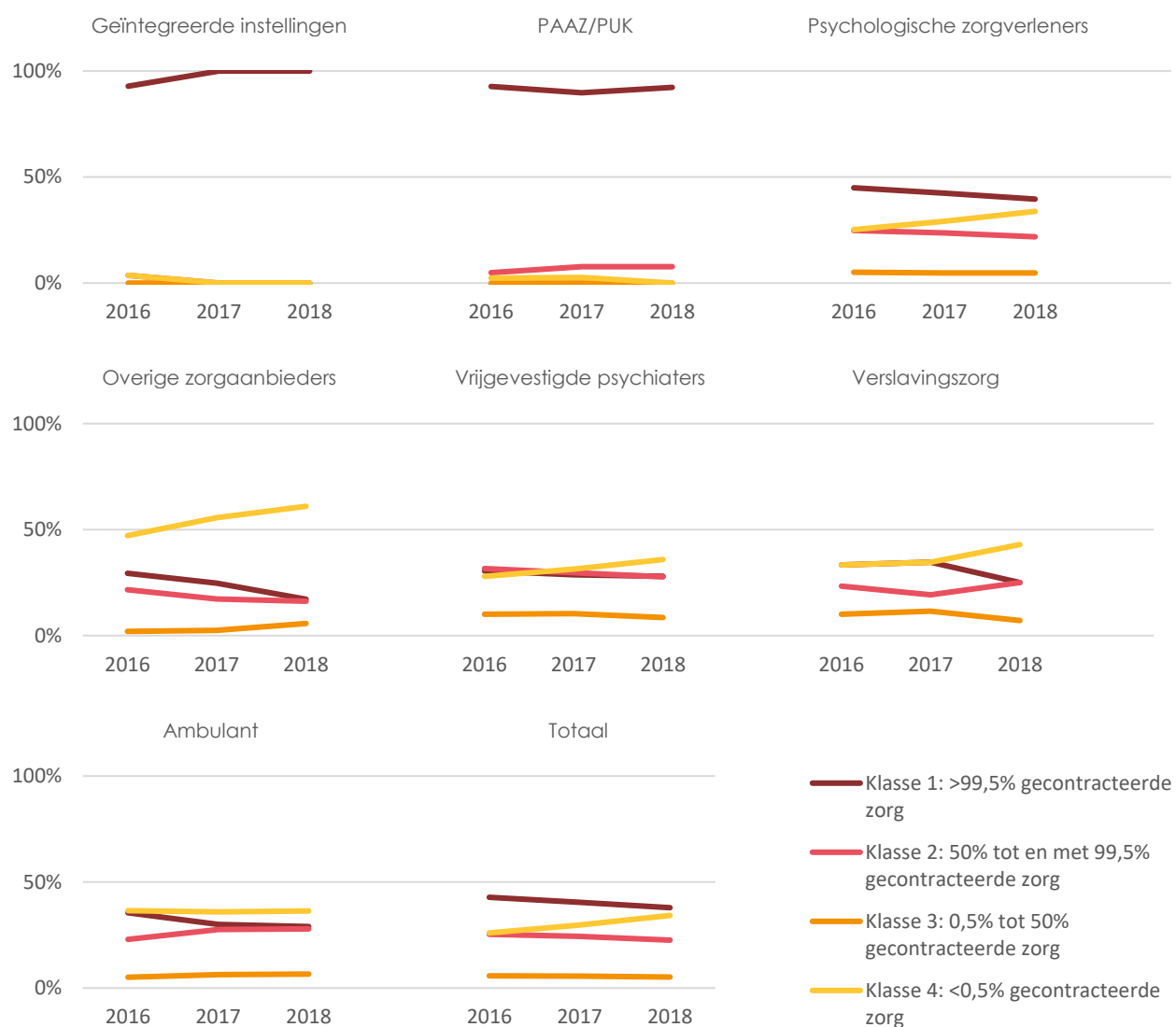
Bij overige zorgaanbieders, vrijgevestigde psychiaters en verslavingszorg instellingen is de niet-gecontracteerde zorg tussen 2016 en 2018 toegenomen. Bij overige zorgaanbieders is er een toename van instellingen die volledig niet-gecontracteerde zorg leveren van 47% naar 61%. In de verslavingszorg zien we een toename van 33% in 2016 naar 43% in 2018. Het percentage vrijgevestigde psychiaters dat volledig zonder contract werkt stijgt van 28% in 2016 naar 36% in 2018.

De stijging binnen de verslavingszorg van het aandeel volledig niet-gecontracteerde aanbieders van 2017 naar 2018 wordt voornamelijk veroorzaakt door enkele nieuwe instellingen die volledig niet-gecontracteerde zorg leverden in 2018. Daarnaast zijn enkele instellingen die in 2017 vielen in de groep grotendeels gecontracteerd opgeheven in 2018. Op deze kleine verschuivingen na, zijn de groepen waarin de aanbieders zijn ingedeeld stabiel gebleven over de jaren. Echter gaat het bij verslavingszorg om een klein aantal instellingen (28 in 2018), waardoor deze kleine verschuivingen zichtbare gevolgen heeft op de procentuele verdeling over de verschillende groepen.

We hebben het effect op het percentage niet-gecontracteerde zorg onderzocht van grote aanbieders welke volledig niet-gecontracteerde zorg leveren. Om deze reden hebben we in 2018 43 instellingen (0,6%) met een vergoed bedrag >500.000 buiten beschouwing gelaten. Het percentage niet-gecontracteerde zorg in kosten daalt in dat geval in 2018 van 7,7% naar 4,2%. Het gaat bij deze 43 instellingen om 29% van de verslavingszorg instellingen, 9% van de ambulante instellingen en 8% van de overige zorgaanbieders.

⁷ Voor een gedetailleerde definitie van de verschillende type zorgaanbieders, zie tabel 4 (Bijlage 2). Gezien de kleine omzet (< 1% van totale curatieve ggz) tonen we de groep Kind en Jeugd-aanbieders niet apart.

Figuur 2: Ontwikkeling in contracteergraad op basis van percentage aanbieders per klasse per type zorgaanbieder



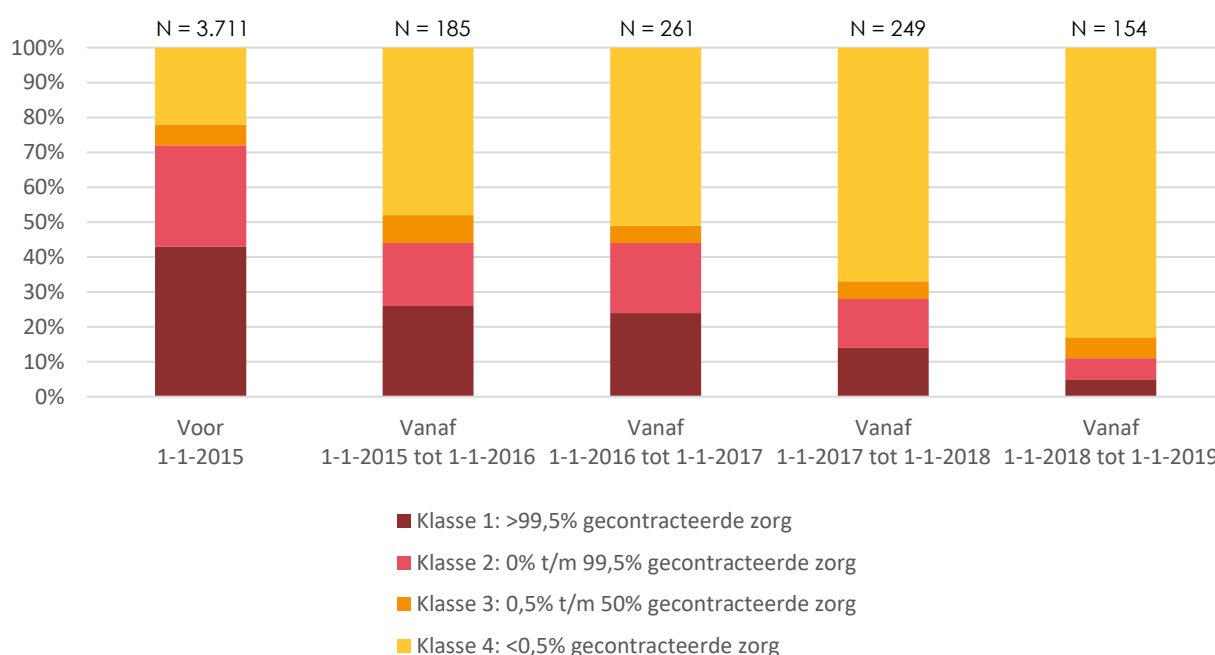
De ontwikkeling in kosten niet-gecontracteerde zorg per diagnose, is grafisch weergegeven in figuur 18 in Bijlage II: Overzicht kwantitatieve analyses.

5.3. Inzicht in contracteergraad bij nieuwe aanbieders

Figuur 3 biedt inzicht in de contracteergraad in 2018, voor een aantal klassen van 'leeftijd' van de onderneming van de zorgaanbieder. Hierbij is de contracteergraad wederom in 4 klassen ingedeeld. De leeftijd is gerelateerd aan de startdatum die gekoppeld is aan de AGB-code van de zorgaanbieder. Elke aanbieder uit 2018 is ingedeeld in 1 leeftijdsgroep. Boven de staafdiagram staat het aantal aanbieders weergegeven per leeftijdsgroep.

De figuur laat zien dat naarmate ondernemingen langer bestaan, de contracteergraad toeneemt. Van ondernemingen gestart in 2018 leverden 83% volledig niet-gecontracteerde zorg in 2018. Dit percentage ligt voor ondernemingen gestart in 2017 op 67% en voor ondernemingen gestart in 2015 of 2016 op ongeveer 50%. Hieruit blijkt dat recente toetreding en niet-gecontracteerde zorg veelal samengaan. Op het moment dat een nieuwe aanbieder is gestart, komt het vaker voor dat er (nog) niet direct contracten gesloten zijn met (alle) zorgverzekeraars.

Figuur 3: Verhouding contracteergraad o.b.v. kosten weergegeven naar leeftijd van de onderneming in 2018



5.4. Verdieping naar verschillen in patiëntpopulaties

Om inzicht te krijgen of patiëntpopulaties van gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders binnen de ggz van elkaar verschillen, is een aantal kenmerken nader onderzocht. Hierbij is gekeken naar het aandeel niet-gecontracteerde zorg bij verschillende type aanbieders en diagnoses. Daarnaast zijn verschillen in het aandeel niet-gecontracteerde zorg tussen ambulante en klinische zorg in kaart gebracht.

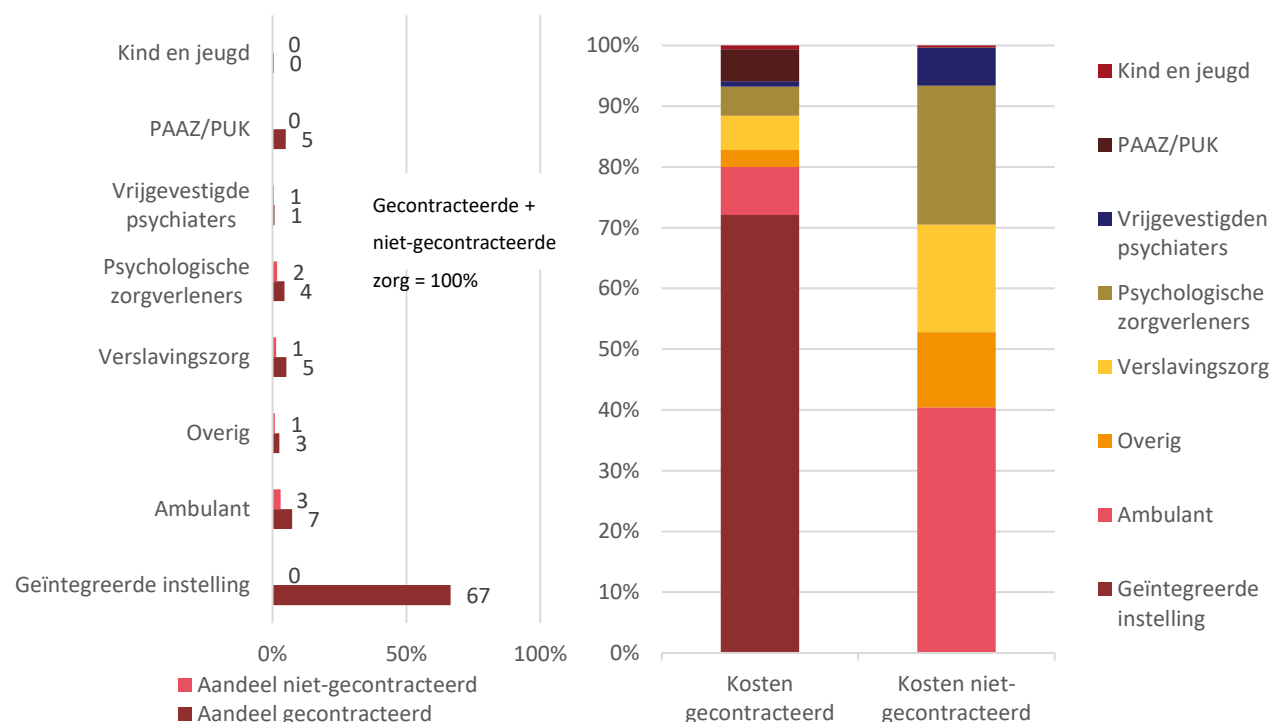
Aangezien het om gedetailleerde overzichten gaat, heeft Vektis – conform het voorstel van de werkgroep Contractering – zich beperkt tot analysejaar 2018.

Verdeling van de kosten naar type zorgaanbieder

Zoals blijkt uit paragraaf 5.1. komt 7,7% van de kosten in de curatieve ggz voort uit niet-gecontracteerde zorg, en daarmee 92,3% uit gecontracteerde zorg. Figuur 4 toont het aandeel (niet-)gecontracteerde zorgkosten per type aanbieder en een verdeling van de kosten naar type aanbieder in 2018. Ongeveer 67% van de totale kosten komt voor rekening van geïntegreerde instellingen, die bijna altijd volledig gecontracteerd zijn. Van de 7,7% aan niet-gecontracteerde zorg komt 3% van de totale kosten voor rekening van ambulante instellingen, 2% voor de psychologische zorgverleners en 1% voor vrijgevestigde psychiaters, verslavingszorg instellingen en overige zorgaanbieders.

In de rechter staafdiagram van figuur 4 is zichtbaar dat de omzetverdeling bij niet-gecontracteerde aanbieders verschilt van de gecontracteerde aanbieders. De 2 staven geven het aandeel van de typen aanbieders aan binnen de niet-gecontracteerde zorg en de gecontracteerde zorg afzonderlijk. Geïntegreerde instellingen vormen veruit het grootste aandeel binnen de gecontracteerde zorg. Ambulante instellingen en psychologische zorgverleners hebben het grootste aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg.

Figuur 4: Aandeel (niet-)gecontracteerde zorgkosten per type aanbieder en verdeling kosten naar type aanbieder in 2018

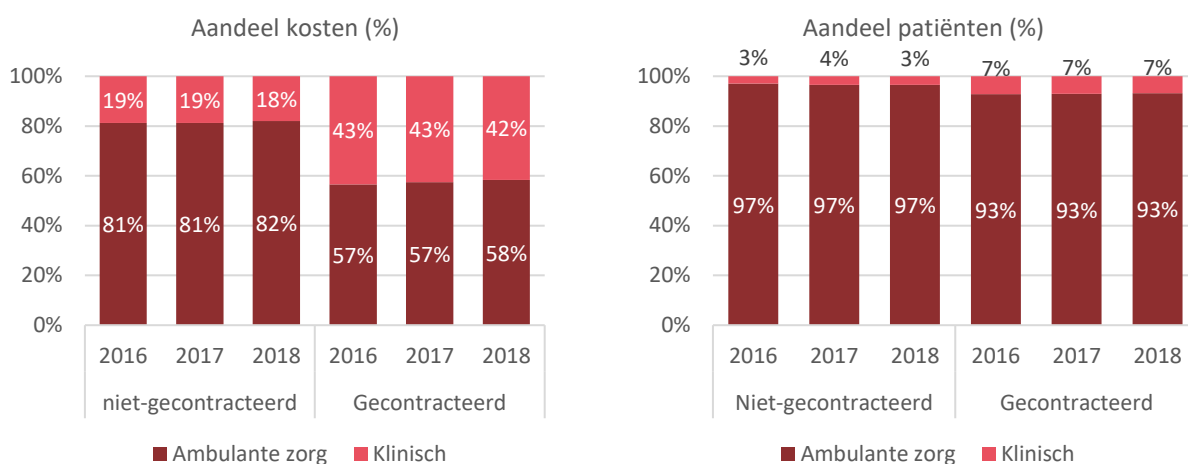


Verdeling van de kosten naar ambulant en klinisch

Uit figuur 5 blijkt dat het aandeel klinische zorg in de niet-gecontracteerde ggz in kosten stabiel blijft over alle 3 de jaren. Het betreft ongeveer 1/5^e deel van het totaal. Het kostenaandeel van de klinische zorg binnen de gecontracteerde zorg is ongeveer 4/5^e deel van het totaal.

Het aandeel patiënten met klinische zorg over alle 3 de jaren binnen de niet-gecontracteerde zorg is ongeveer 3%, tegen 7% binnen de gecontracteerde zorg. Het aandeel van de klinische zorg is daarmee groter binnen het gecontracteerde deel, dan binnen het niet-gecontracteerde deel.

Figuur 5: Kosten en patiënten ambulante en klinische niet-gecontracteerde ggz 2016 – 2018



Verdeling van de patiënten over de diagnoses bij niet-gecontracteerde zorg

In 2018 is 11,1% van alle patiënten behandeld door een aanbieder die geen contract had met de zorgverzekeraar van de patiënt⁸. Gekeken naar de verschillende diagnoses (figuur 6), zien we dat deze patiënten niet gelijk verdeeld zijn over de verschillende diagnoses. De verticale stippellijn toont het gemiddelde van 11,1%. De staven en percentages laten zien hoeveel van de zorg per stoornis niet-gecontracteerd is behandeld. Als aanvulling tonen figuur 19 en 20 Bijlage II: Overzicht kwantitatieve analyses het aandeel van de (niet-)gecontracteerde kosten per diagnose op het totaal van de curatieve ggz.

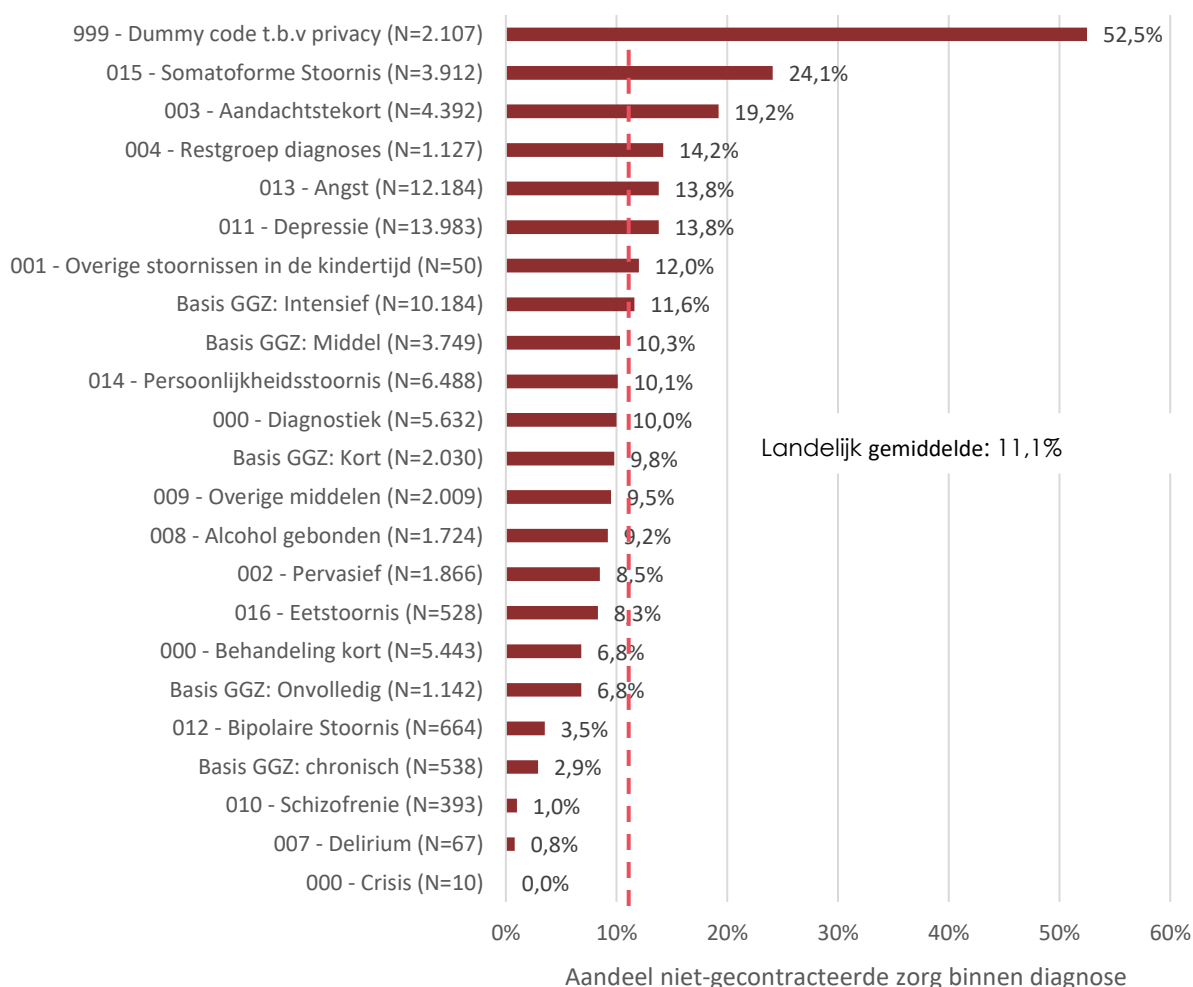
Het is opvallend dat bij meer dan de helft van de patiënten binnen de groep 'dummy code' (code in verband met privacy bezwaren) de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het gaat hierbij om 2,7% van de vergoede kosten in de niet-gecontracteerde zorg. In 2018 heeft 5,3% (414) van de aanbieders minstens 1 declaratie op deze dummy code gedeclareerd, gemiddeld ging dit om 8,7% van de vergoede zorgkosten van deze aanbieders. Het aantal patiënten waarbij zorg is verleend met een dummy code neemt over de jaren toe. In 2016 betrof dit 1.822 patiënten en in 2018 4.017.

⁸ Zie Tabel 3 in paragraaf 5.1. Aantal patiënten per jaar.

De diagnoses somatoforme stoornissen en aandachtstekort zijn binnen de niet-gecontracteerde ggz veel sterker vertegenwoordigd dan het gemiddelde van 11%. Uit figuur 6 blijkt dat 24% van alle zorg voor somatoforme stoornissen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geleverd. Bij aandachtstekort is dit 19%.

De diagnoses crisis, delirium en schizofrenie komen daarentegen zelden tot nooit voor binnen de niet-gecontracteerde zorg.

Figuur 6: Aandeel van de patiënten met niet-gecontracteerde zorg (N) ten opzichte van het totale aantal patiënten per diagnose



Ontwikkeling kosten per stoornis bij niet-gecontracteerde zorg

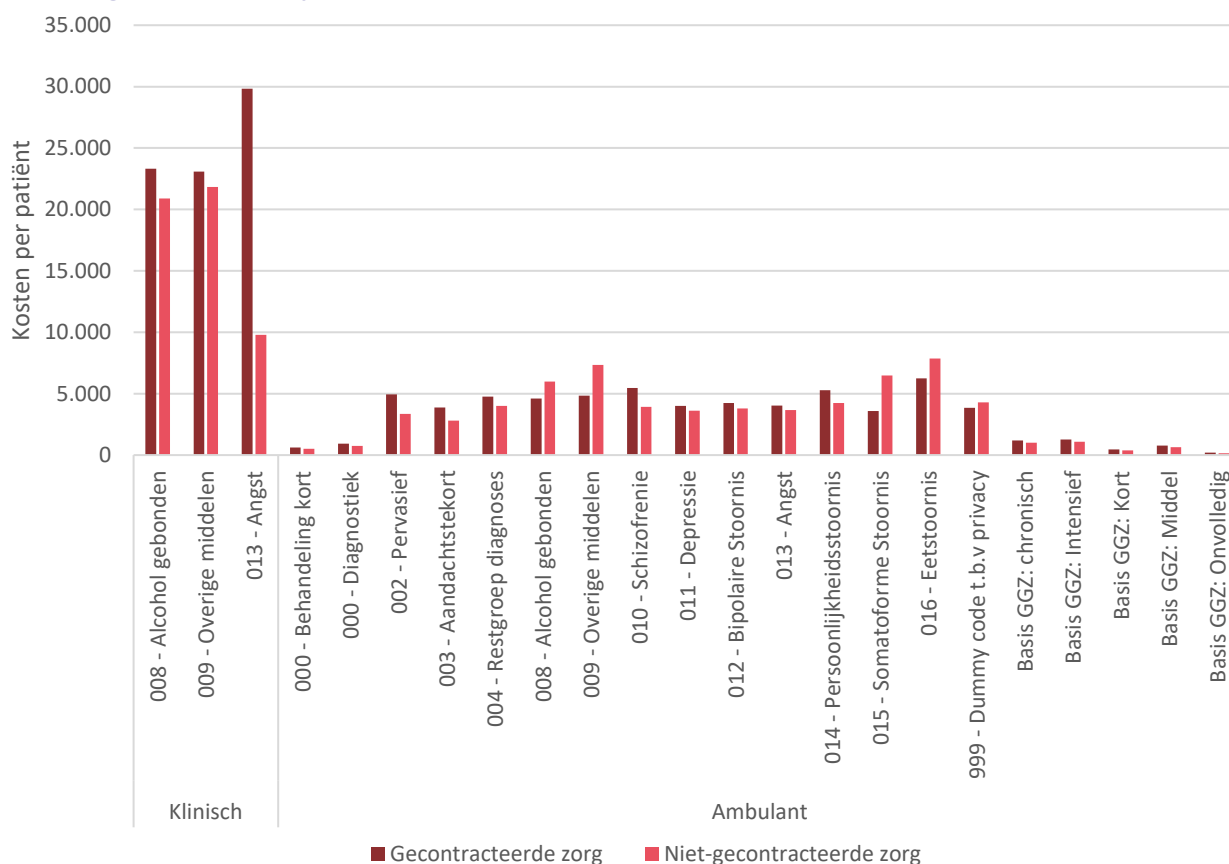
De zorgkosten van de niet-gecontracteerde zorg nemen tussen 2016 en 2018 voor de meeste diagnoses toe, figuur 19 in Bijlage II: Overzicht kwantitatieve analyses. De 5 diagnoses met het hoogste aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg op basis van kosten zijn depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen, overige middelen en somatoforme stoornissen. In de gecontracteerde ggz heeft de zorg op het gebied van deze diagnoses ook een groot aandeel. Uitzondering hierop is de diagnose somatoforme stoornissen. Binnen de gecontracteerde ggz heeft deze diagnose geen groot aandeel. Ook bij de groep met een dummy code ten behoeve van privacy komt relatief veel niet-gecontracteerde zorg voor. Deze 6 groepen vertegenwoordigen gezamenlijk 71% van de totale omzet niet-gecontracteerde ggz in 2018. In de gecontracteerde ggz is dit 48%.

5.5. Overeenkomsten en verschillen in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

In deze paragraaf worden de overeenkomsten en verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz voor het jaar 2018 verder belicht. Hierbij kijken we naar type aanbieders, diagnoses en verblijf. In Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte, worden gelijkwaardige analyses uitgevoerd, maar dan met een correctie voor de zorgvraagzwaarte-indicator.

Figuur 7 toont de gemiddelde kosten per patiënt voor 2018 en de variatie hierin voor de getoonde diagnoses. Een opsplitsing is gemaakt naar klinische en ambulante zorg. In deze figuur en het vervolg van deze paragraaf worden alleen diagnoses getoond met meer dan 100 patiënten in zowel de niet-gecontracteerde als de gecontracteerde zorg.

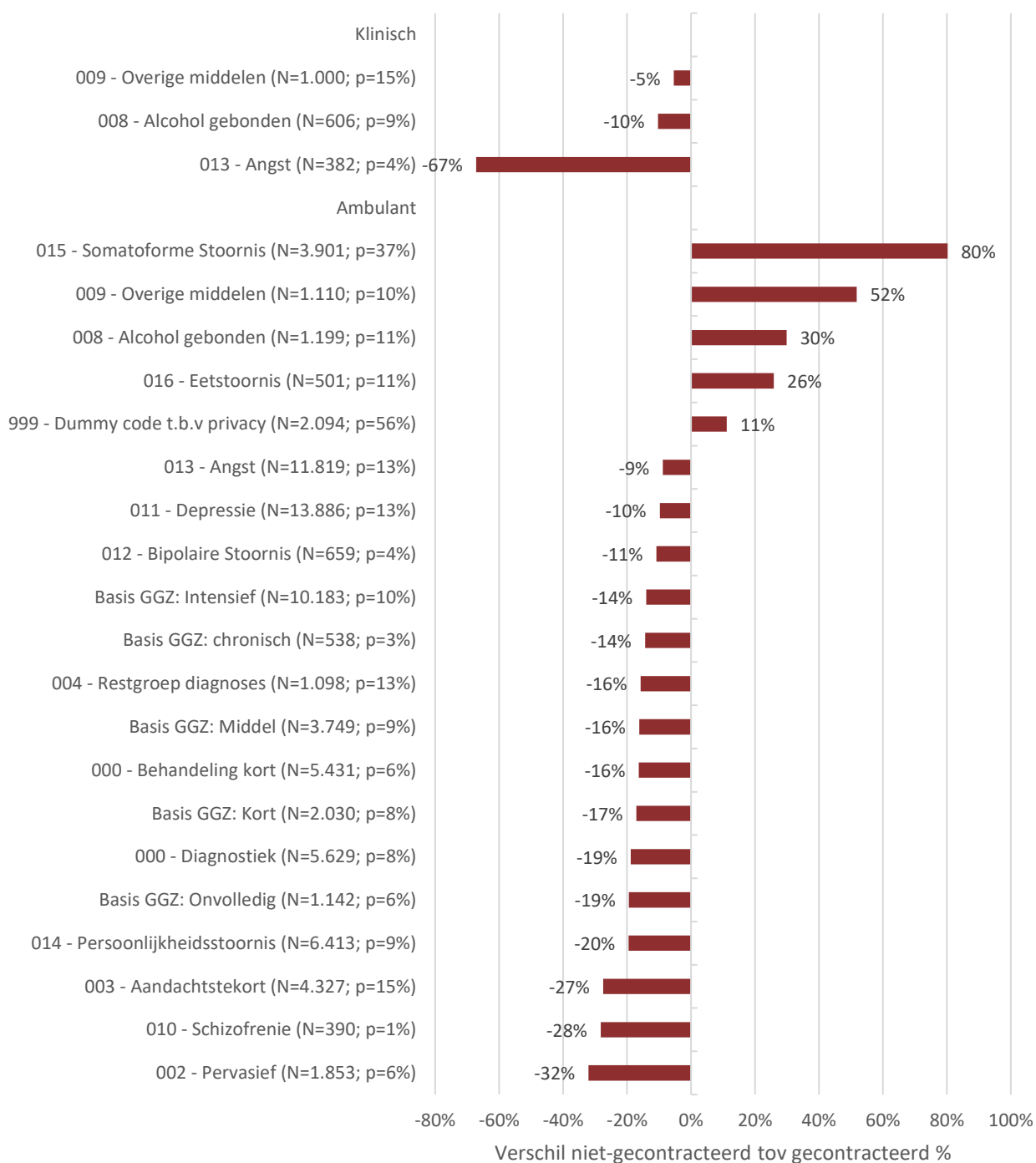
Figuur 7: Kosten per patiënt voor de gecontracteerde- en niet-gecontracteerde zorg opgesplitst naar diagnose en verblijf



Figuur 8 geeft de verschillen procentueel weer. Het aantal patiënten met niet-gecontracteerde zorg (N) en het percentage patiënten met niet-gecontracteerde zorg (p) worden weergegeven op de verticale as.

Voor de diagnose angst zijn de klinische kosten per patiënt het hoogst in de gecontracteerde zorg. De kosten per patiënt zijn voor angst 67% lager in de niet-gecontracteerde zorg. Ambulante diagnoses waarvoor het verschil in kosten per patiënt in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg procentueel groter dan (+/-)25% zijn, zijn somatoforme stoornissen (80%), verslaving aan overige middelen (52%), verslaving aan alcohol (30%), pervasieve stoornissen (-32%), schizofrenie (-28%) en aandachtstekort stoornissen (-27%).

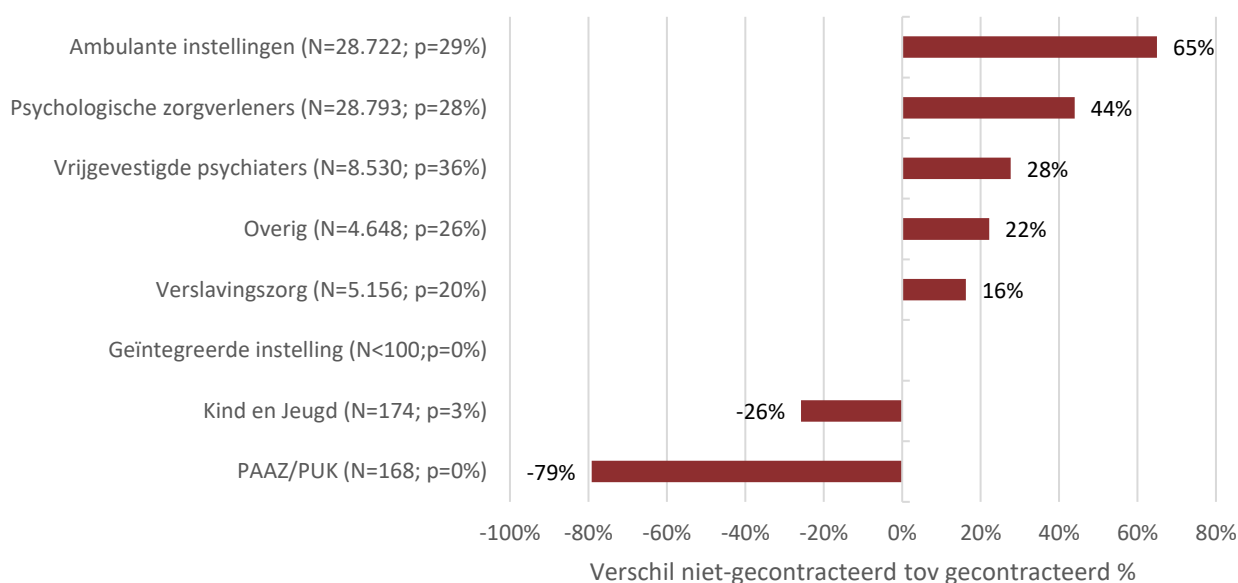
Figuur 8: Procentueel verschil in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg per diagnose



Figuur 9 toont het verschil in kosten per patiënt geaggregeerd naar type aanbieders. Bij de meeste type aanbieders zijn de vergoede zorgkosten per patiënt gemiddeld hoger in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg. Dit is het geval voor ambulante

instellingen (65%), psychologische zorgverleners (44%), vrijgevestigde psychiaters (28%), overige zorgaanbieders (22%) en verslavingszorg instellingen (16%). Bij Kind en Jeugd (-26%) en PAAZ/PUK (-79%) zijn de gemiddelde kosten per patiënt lager voor de niet-gecontracteerde zorg. De vergoede bedragen zijn gemiddeld het hoogst voor de geïntegreerde instellingen en verslavingszorg.

Figuur 9: Vergelijking in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar type zorgaanbieder



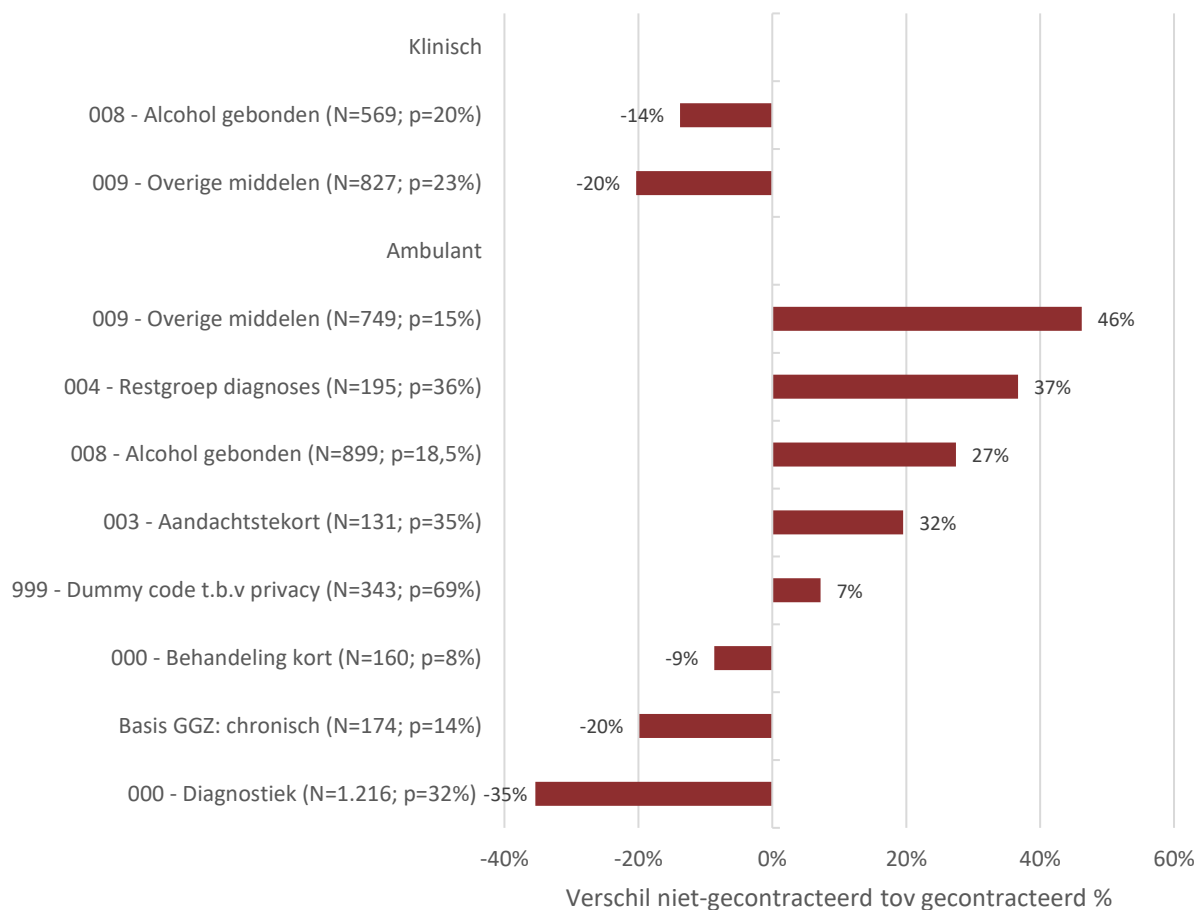
Onderstaande figuren geven een verdiepend inzicht in het verschil in kosten per patiënt uitgedrukt in percentages tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg uitgesplitst naar type aanbieder, diagnose en verblijf (figuur 10 tot en met figuur 14). Hierbij zijn de geïntegreerde ggz-instellingen en PAAZ/PUK buiten beschouwing gelaten, omdat deze nauwelijks niet-gecontracteerde zorg leveren. Daarnaast is Kind en Jeugd buiten beschouwing gelaten, vanwege het lage aantal declaraties.

In de figuren 10 tot en met 14 worden alleen de diagnoses getoond met meer dan 100 patiënten die zijn behandeld in zowel de gecontracteerde zorg als in de niet-gecontracteerde zorg. Onder andere hierdoor zijn deze resultaten niet vergelijkbaar met figuur 9, aangezien hier alle diagnoses als totaal per instellingstype worden getoond. Daarnaast wordt in figuur 9 niet uitgesplitst naar ambulante en klinische zorg. Bij de totalen telt elke patiënt in een groep "evenveel" mee, maar als je gaat uitsplitsen dan kunnen er andere resultaten ontstaan doordat patiënten met bepaalde kosten in een andere verhouding per groep gaan mee tellen.

Uit deze figuren blijkt dat de afwijkingen per type zorgaanbieder ingegeven worden door grote afwijkingen bij een beperkt aantal stoornissen. De meeste stoornissen wijken -25% tot +25% af.

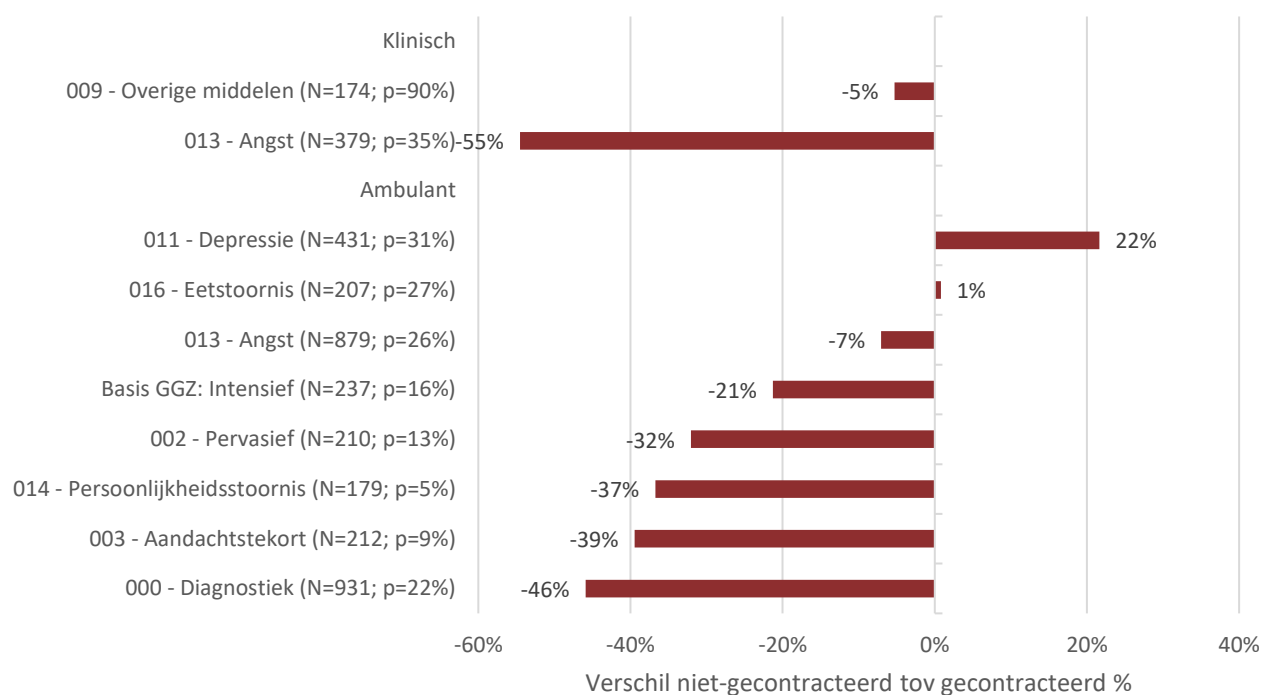
Voor de verslavingszorg instellingen is de afwijking het grootst bij de ambulante diagnoses verslaving aan overige middelen (46%), restgroep diagnoses (37%), diagnostiek (-35%) en alcohol gebonden verslaving (27%).

Figuur 10: Procentueel verschil in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde verslavingszorgaanbieder



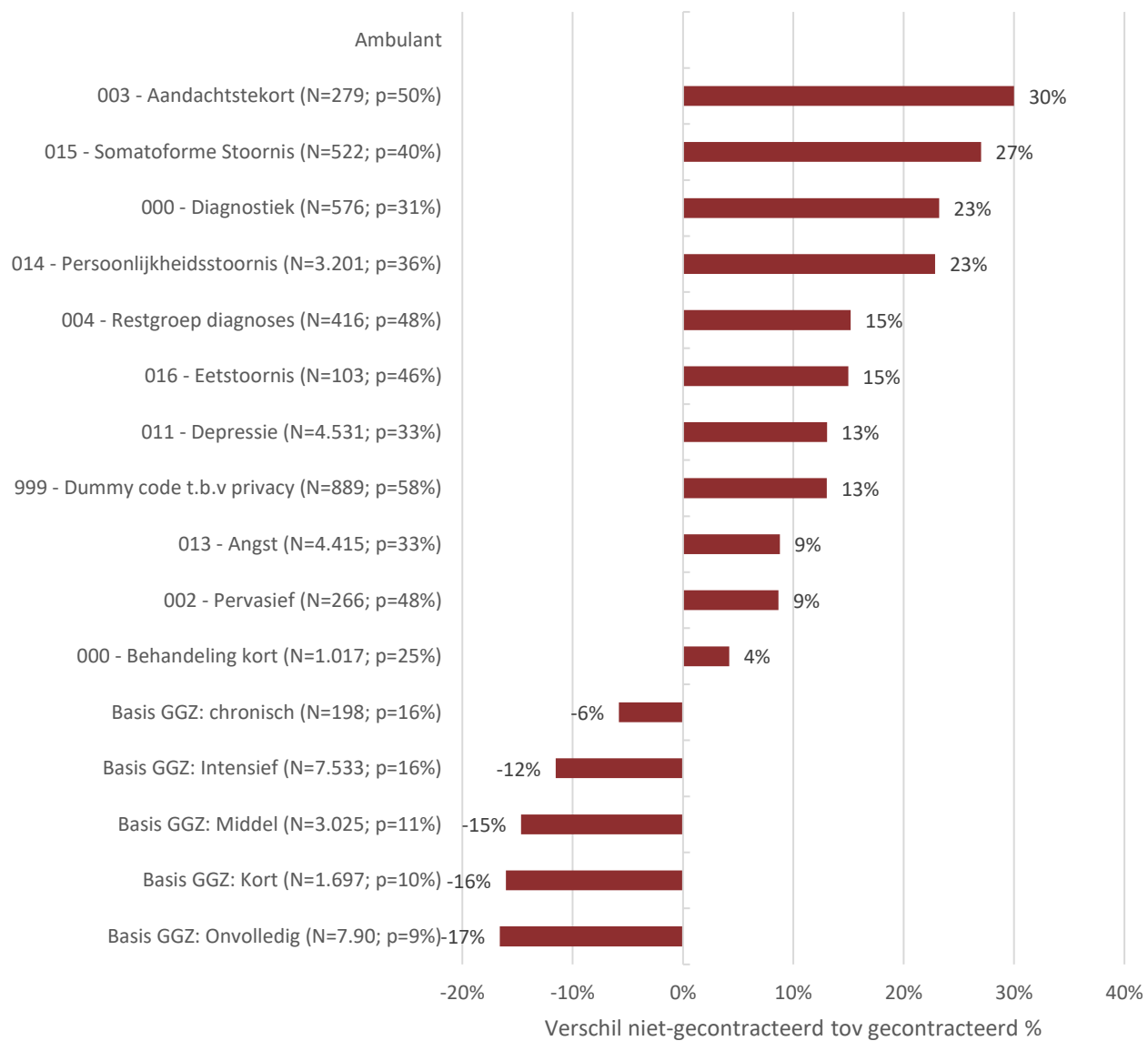
Afwijkingen groter dan (+-)25% zijn zichtbaar bij overige zorgaanbieders bij de diagnoses angst klinisch (55%) en ambulante diagnoses diagnostiek (-46%), aandachtstekort (-39%), persoonlijkheidsstoornis (-37%) en pervasieve stoornissen (-32%).

Figuur 11: procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde 'overige' zorgaanbieders



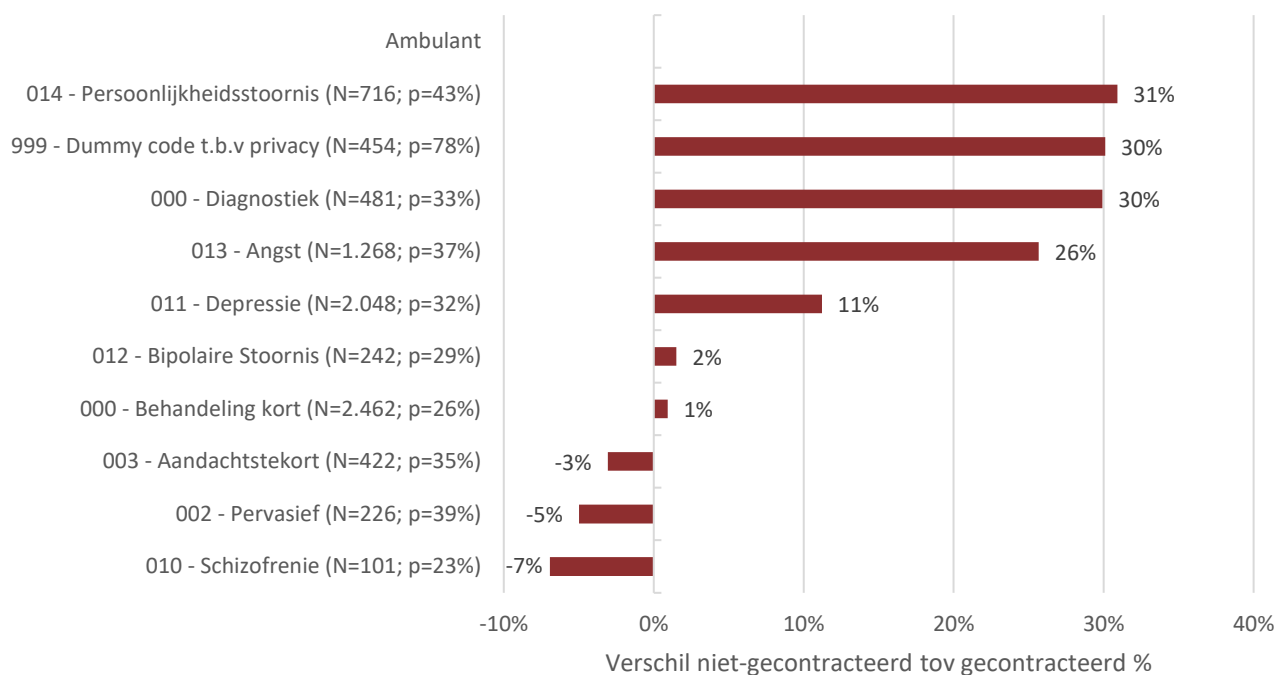
Voor de psychologische zorgverleners is de afwijking in kosten per patiënt het grootst voor de (ambulante) diagnoses aandachtstekort (30%) en somatoforme stoornissen (27%).

Figuur 12: procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde psychologische zorgverleners



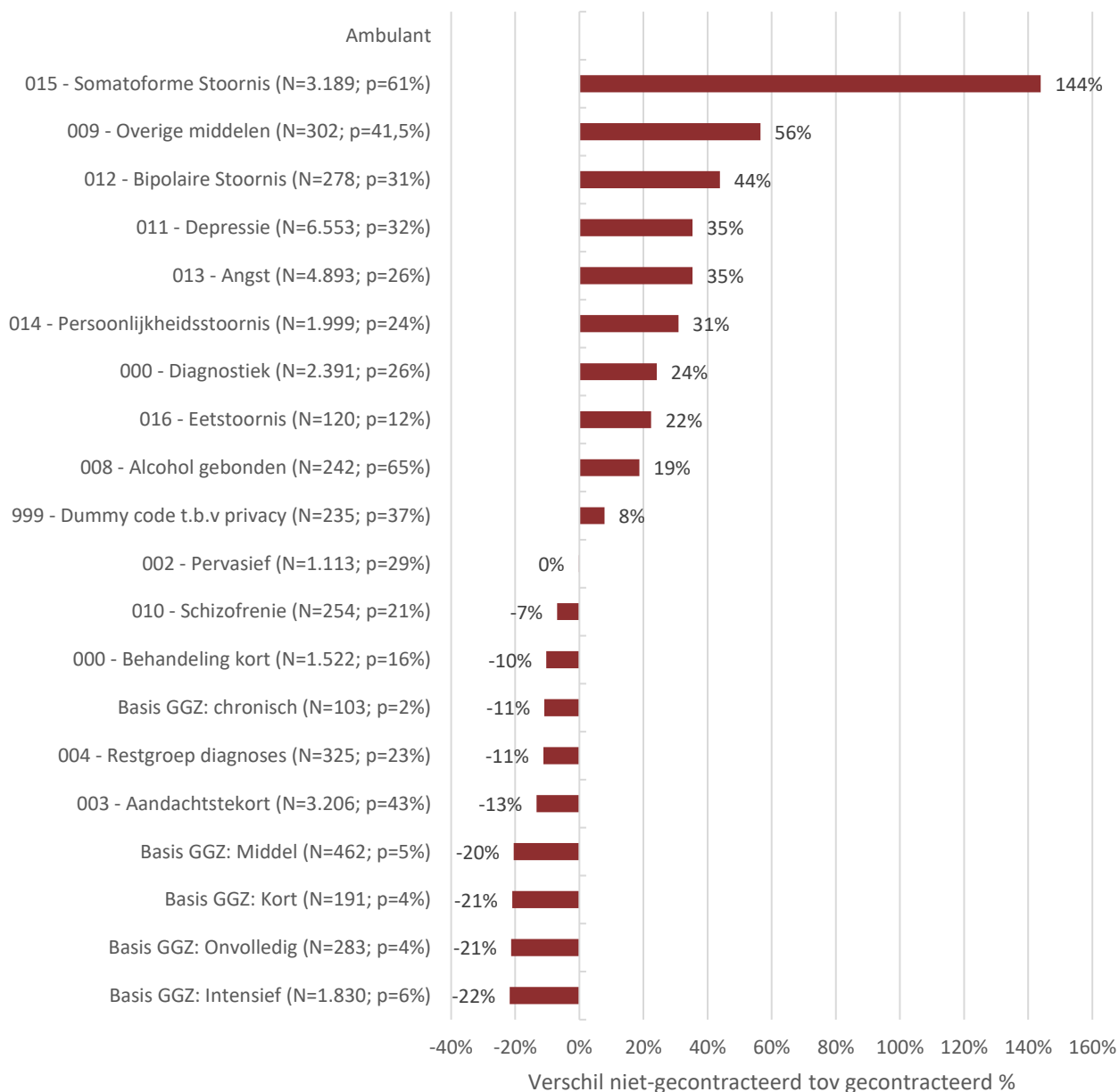
Voor de vrijgevestigde psychiaters is het verschil in kosten per patiënt tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg het grootst bij de (ambulante) diagnose categorieën persoonlijkheidsstoornissen (31%), privacy code (30%), diagnostiek (30%) en angst (26%).

Figuur 13. procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde vrijgevestigde psychiaters



Voor ambulante ggz instellingen is het verschil in kosten per patiënt tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg het grootst bij de diagnose categorieën somatoforme stoornissen (144%), verslaving aan overige middelen (56%), bipolaire stoornissen (44%), depressie (35%) en angst (35%).

Figuur 14: Vergelijking tussen kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar diagnose voor de ambulante instellingen



5.6. Overeenkomsten en verschillen in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte

We hebben in dit onderzoek gekeken naar de verschillen in kosten per patiënt. Daaruit komen verschillen naar voren tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze verschillen kunnen worden veroorzaakt door verschillen in de patiëntenpopulatie. Als een aanbieder patiënten met zwaardere problematiek behandelt, verwacht je ook hogere behandelinzet. Door te corrigeren voor zorgvraagzwaarte maak je een vergelijking tussen de werkelijke uitkomsten en de uitkomsten als de populatie op dezelfde manier is opgebouwd.

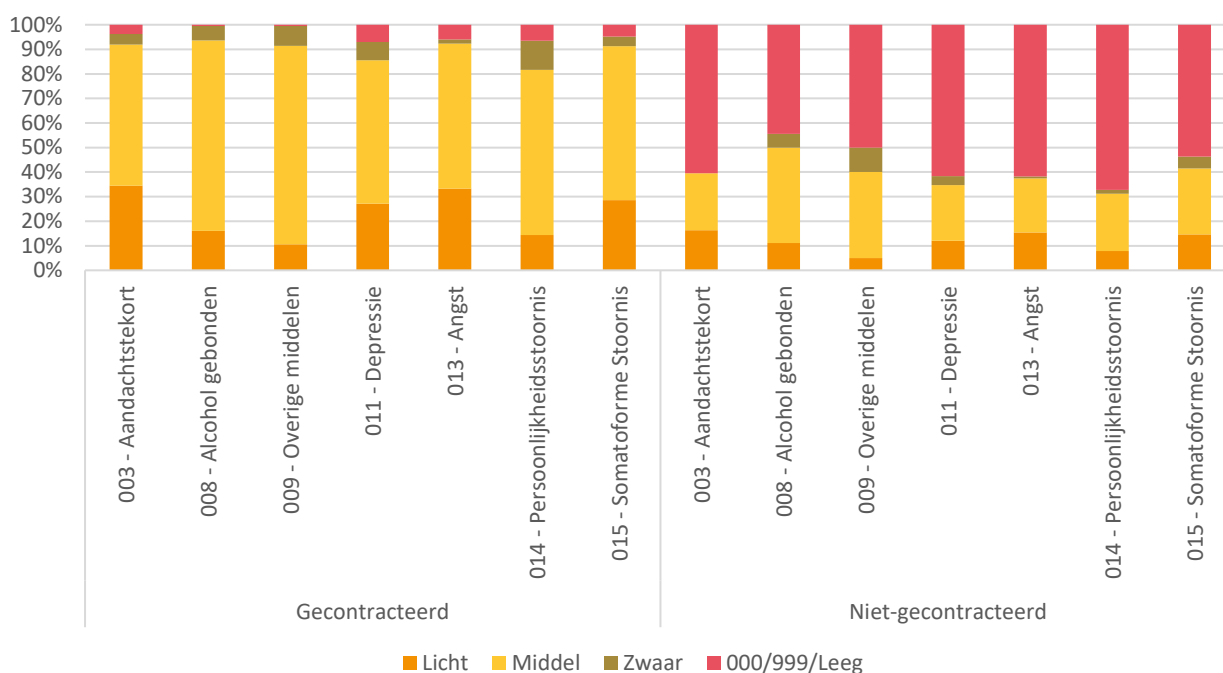
In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de zorgvraagzwaarte-indicator als proxy voor de zorgvraagzwaarte. Gekeken is of de patiënten binnen de gecontracteerde zorg een afwijkende zorgvraagzwaarte hebben van patiënten binnen de niet-gecontracteerde zorg. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de specialistische ggz en de generalistische basis ggz:

- De zorgvraagzwaarte-indicator wordt voor de specialistische ggz afgeleid van kenmerken die zorgaanbieders vastleggen van hun patiënten. Uit onderzoek is gebleken dat een hogere zorgvraagzwaarte gemiddeld tot hogere zorgkosten leidt, figuur 15.
- In de generalistische basis ggz is er geen zorgvraagzwaarte-indicator, maar geven de producten zelf al een zwaarte van de zorgvraag aan. Binnen de gecontracteerde zorg is het aandeel patiënten in de categorie chronisch en onvolledig behandeltraject hoger dan bij de niet-gecontracteerde zorg. Binnen de gecontracteerde zorg is het aandeel patiënten in de categorie intensief juist lager. Het aandeel voor de generalistische basis ggz middel en behandeling kort is binnen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg ongeveer gelijk, figuur 16.

Figuur 15 toont de verdeling tussen patiënten met zorgvraagzwaarte licht, middel, zwaar of niet bekend (000/999/leeg), voor een aantal diagnoses waar niet-gecontracteerde zorg in absolute zin veel voorkomt. In de niet-gecontracteerde zorg is bij de getoonde diagnoses 50% tot 70% van de declaraties geen zorgvraagzwaarte bekend (000/999/leeg). Een oorzaak is dat veel niet-gecontracteerde aanbieders declareren via papieren nota's waar geen zorgvraagzwaarte op mag staan.

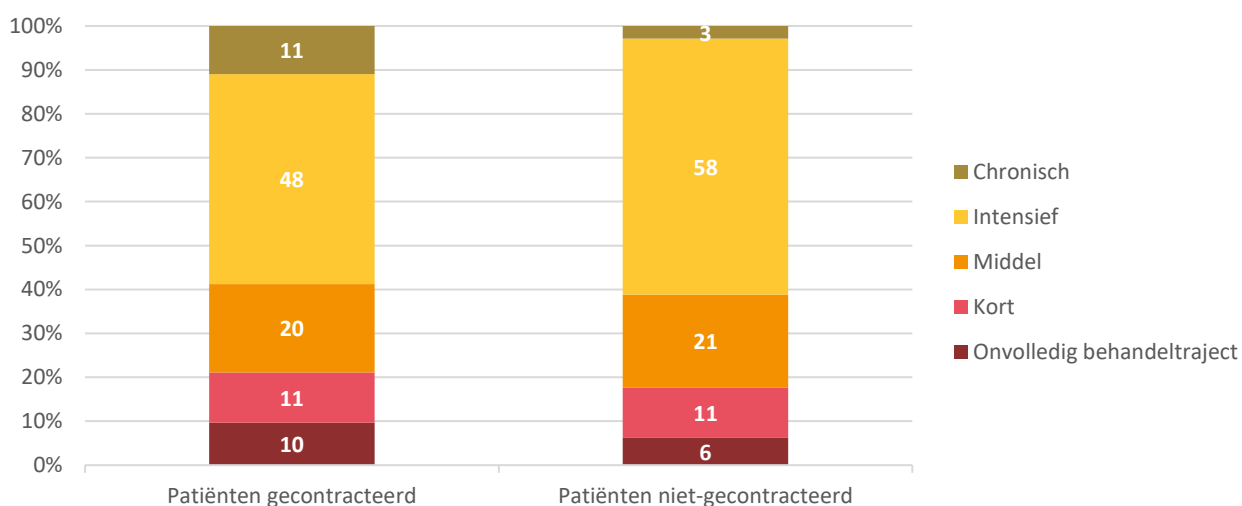
Voor de specialistische ggz was in totaal voor 63% van de patiënten met niet-gecontracteerde zorg de zorgvraagzwaarte onbekend in 2018. Voor de gecontracteerde zorg was dit het geval voor 17% van de patiënten. Figuur 22 in Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte toont dezelfde figuur waarbij zorgvraagzwaarte leeg buiten beschouwing is gelaten.

Figuur 15: Verdeling van de zorgvraagzwaarte voor een aantal veel voorkomende diagnoses, uitgesplitst naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg



Figuur 16 geeft het aandeel patiënten verdeeld naar zwaarte van het zorgproduct voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde generalistische basis ggz weer.

Figuur 16: Het aandeel patiënten verdeeld naar zwaarte van zorgproduct voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde generalistische basis ggz



Binnen dit onderzoek hebben we naast een vergelijking van de kosten per patiënt tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg de kosten per patiënt in de niet-gecontracteerde zorg ook vergeleken met de verwachte kosten per patiënt in de niet-gecontracteerde zorg. De verwachte kosten worden berekend door de gemiddelde kosten per patiënt bij gecontracteerde zorg te berekenen, per zorgvraagzwaarteklasse en vervolgens deze te vermenigvuldigen met het aantal patiënten in dezelfde zorgzwaarteklasse in de niet-gecontracteerde zorg. De methode wordt ondersteund met een voorbeeld in Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte.

De uitgevoerde correctie voor zorgvraagzwaarte laat veelal weinig effect zien: het lijkt er op dat kostenverschillen niet verklaard kunnen worden door verschillen in zorgvraagzwaarte. De conclusie die getrokken wordt is mogelijk niet representatief voor de gehele patiëntenpopulatie.

De resultaten, voor patiënten waarvoor de zorgvraagzwaarte-indicator bekend is worden, zowel met als zonder zorgvraagzwaartecorrectie getoond in Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte.

Bijlage I: Type zorgaanbieders

Vektis maakt in haar analyses regelmatig onderscheid tussen verschillende type zorgaanbieders (zie Tabel 5). De afbakening is gemaakt op basis van een aantal harde criteria, input van verzekeraars en aanbieders. Dit wordt aangevuld met handmatige correcties op basis van terugkoppeling van externe gebruikers van Vektis-informatie (instellingen en zorgverzekeraars).

Iedere zorgaanbieder die declaraties indient bij zorgverzekeraars maakt daarbij gebruik van een AGB-code. In het AGB-register zijn aan de AGB-codes verschillende kenmerken verbonden, zoals de naam van de aanbieder en ook verschillende erkenningen die aan de zorgaanbieder zijn verleend.

In de declaratiedata kan Vektis de vergoede zorg per diagnose bekijken, per AGB-code. We gebruiken dit om te zien of een aanbieder brede zorg levert of juist zorg voor een beperkt aantal diagnoses.

Voor alle aanbieders geldt dat ze zorg moeten leveren in de ggz. Hierdoor worden bijvoorbeeld alle medisch specialisten die geen ggz leveren buiten beschouwing gelaten en blijven van de medisch specialisten de vrijgevestigde psychiaters over.

Tabel 5: Aantal aanbieders met geleverde zorg in 2018 per type zorgaanbieder

Type	Afbakening	Aantal aanbieders
Psychologische zorgverleners	AGB-code begint met 94 en heeft declaraties in de ggz.	6.321
Vrijgevestigde psychiaters	AGB-code begint met 03 en heeft declaraties in de ggz.	973
Ambulante instellingen	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg, zonder kliniek. Aantal dagen verblijf is 0 of vrijwel 0.	272
PAAZ/PUK	Criterium is erkenning als PAAZ of PUK vastgelegd in AGB-register. Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars.	39
Geïntegreerde instelling	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg en kliniek.	28
Verslavingszorg	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Gespecialiseerde aanbieders die het merendeel van de zorg leveren aan patiënten met diagnoses verslaving aan alcohol en aan overige middelen	28
K&J	Aanbieders die vooral zorg leveren aan de doelgroep Kind en Jeugd. Door de overheveling van jeugdzorg naar gemeentes is het aandeel in de Zvw klein geworden. Het gaat dan om mensen die nog zorg krijgen nadat ze 18 jaar zijn geworden. De totale zorgkosten voor 18+ van deze zorgaanbieders bedraagt 20 miljoen in 2018 (totaal), waarvan minder dan 1 miljoen niet-gecontracteerd. Deze 20 miljoen is minder dan 1% van de totale ggz-zorgkosten in de Zvw. Daarom zijn K&J-aanbieders niet afzonderlijk getoond in dit onderzoek.	14
Overige zorgaanbieders	Aanbieders die niet (goed) onder een van de bovenstaande criteria vallen. In deze groep vallen onder anders enkele forensische instellingen en zeer gespecialiseerde instellingen, enkele gewone ziekenhuizen (die geen DBC's maar overige prestaties leveren) en ggz-instellingen die als 'zelfstandig behandelcentrum' zichtbaar zijn. Het zijn vaak aanbieders die in 2008 nog geen ggz-instelling waren.	105

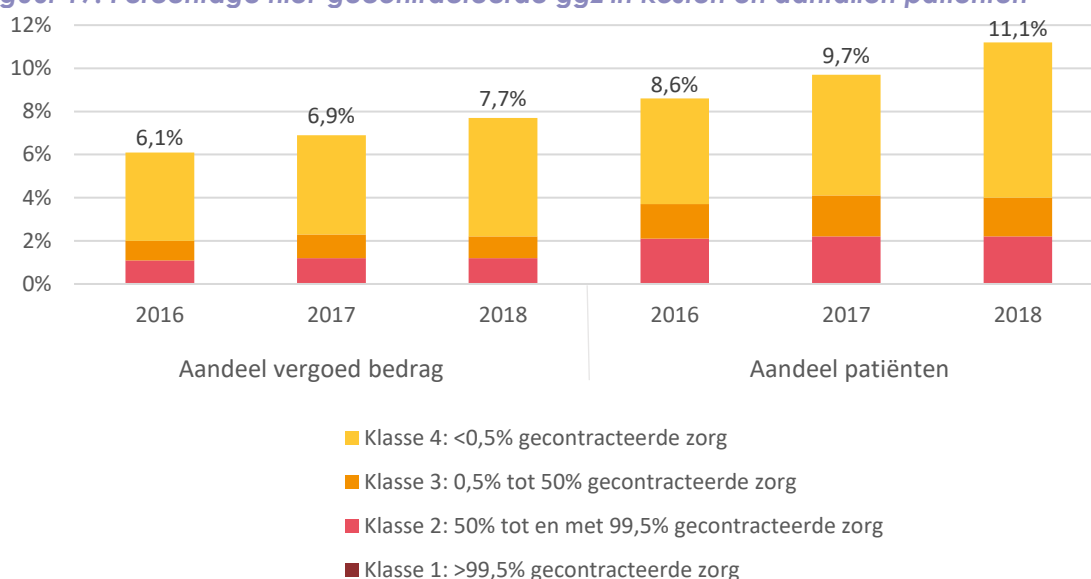
Bijlage II Overzicht kwantitatieve analyses

Aandeel niet-gecontracteerde ggz in percentage kosten en aantallen patiënten

Onderstaande figuur laat zien dat het totale kostenaandeel niet-gecontracteerde zorg stijgt tussen 2016 en 2018, van 6,1 naar 7,7% (linkerdeel grafiek). Gemeten in aantallen patiënten neemt het aandeel toe van 8,6 naar 11,1% (rechterdeel grafiek).

De stijging van het aandeel niet-gecontracteerde zorg van 2016 naar 2017 wordt veroorzaakt doordat zowel de gedeeltelijk gecontracteerde als de volledig niet-gecontracteerde groepen in een gelijke verhouding gestegen zijn. De verhouding tussen de 2 groepen blijft daarom stabiel over deze 2 jaren. De stijging van 2017 naar 2018 is alleen veroorzaakt door een stijging bij de groep niet-gecontracteerd. Het volume bij de deels-gecontracteerde aanbieders is vrijwel gelijk gebleven. De klasse van volledig gecontracteerde aanbieders komt in de grafiek niet voor, omdat het aandeel niet-gecontracteerde zorg van deze aanbieders bijna nihil is.

Figuur 17: Percentage niet-gecontracteerde ggz in kosten en aantallen patiënten

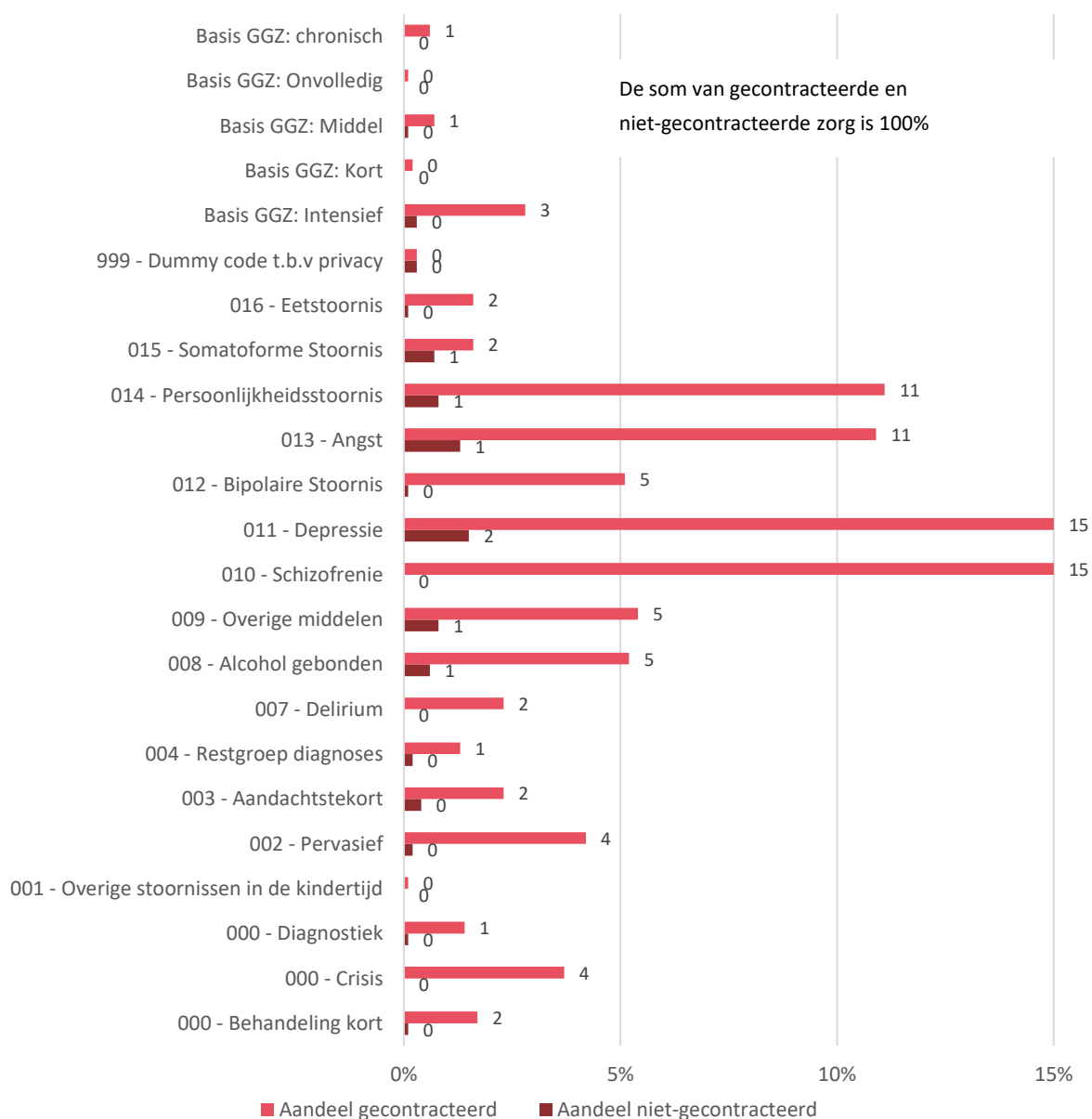


Aandeel van (niet-)gecontracteerde zorg over de verschillende diagnoses

Figuur 6 in paragraaf 5.4. toont de verhouding van de verdeling van niet-gecontracteerde ggz op basis van patiënten over de verschillende diagnoses, afgezet tegen het gemiddelde.

Onderstaande grafiek toont de verdeling van de totale curatieve ggz over de verschillende diagnoses en de generalistische basis ggz op basis van kosten. De percentages zijn weergegeven ten opzichte van de totale zorg, de som van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz is 100%.

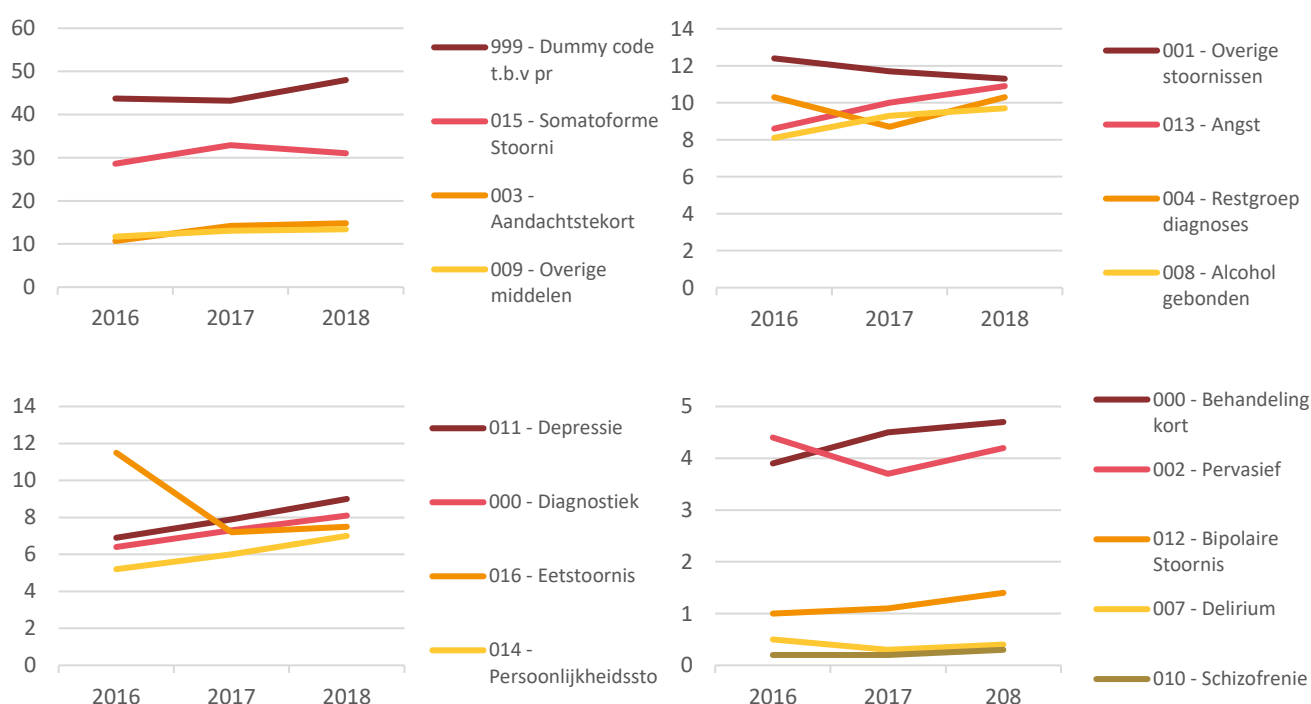
Figuur 18: Aandeel van de (niet-)gecontracteerde kosten per diagnose op totaal van de curatieve ggz



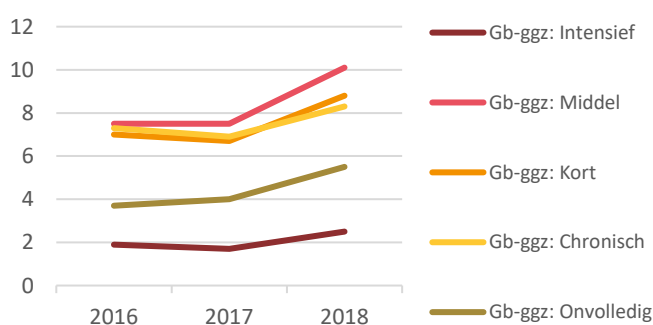
Ontwikkeling van de kosten bij niet-gecontracteerde zorg per diagnose en product

In aanvulling op de tekst in paragraaf 5.2. geeft figuur 19 de trends van de diagnoses met het grootste aandeel niet-gecontracteerde ggz weer. De trend voor niet-gecontracteerde ggz is voor de meeste diagnoses stijgend, in lijn met het toenemende aandeel niet-gecontracteerde ggz op het totaal. Een aantal diagnoses is stabiel over de jaren heen. De diagnose overige stoornissen laat een kleine daling zien in het aandeel niet-gecontracteerde zorg. Een scherpe daling is zichtbaar bij de diagnose eetstoornissen in 2017 en 2018, ten opzichte van 2016.

Figuur 19: Percentage van de kosten niet-gecontracteerde zorg per diagnose binnen de specialistische ggz



Figuur 20: Percentage van de kosten niet-gecontracteerde zorg per product binnen de generalistische basis ggz



Figuur 20 laat zien dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg voor alle producten binnen de generalistische basis ggz vrijwel gelijk is gebleven van 2016 naar 2017. Van 2017 naar 2018 is dit toegenomen.

Bijlage III: Correctie voor zorgvraagzwaarte

We hebben in dit onderzoek gekeken naar de verschillen in kosten per patiënt. Daaruit komen verschillen naar voren tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Deze verschillen kunnen worden veroorzaakt door verschillen in de patiëntenpopulatie. Als de ene groep patiënten met zwaardere problematiek behandelt, verwacht je ook hogere behandelinzet. Als proxy voor het verschil in patiëntenpopulatie wordt gebruik gemaakt van de zorgvraagzwaarte. Door te corrigeren voor zorgvraagzwaarte maak je een vergelijking tussen de werkelijke uitkomsten en de uitkomsten als de populatie op dezelfde manier is opgebouwd. Resterende verschillen worden dan veroorzaakt door iets anders. Een correctie naar andere karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, behandelduur, kostenverschil vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Paragraaf 5.6. geeft een korte beschrijving van de uitgevoerde correctie naar zorgvraagzwaarte. In deze bijlage wordt de hiervoor gebruikte methode toegelicht en worden de resultaten getoond.

Conditie inzet zorgvraagzwaarte-indicator ggz

Voor de correctie naar zorgvraagzwaarte wordt de zorgvraagzwaarte-indicator gebruikt. De zorgvraagzwaarte-indicator in de ggz is ontwikkeld om de verwachte zorgvraag van een patiënt weer te geven, gebaseerd op informatie die voorafgaand aan de behandeling bekend is. In 2015 is bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte-indicator vastgesteld dat deze indicator onder bepaalde condities ingezet kan worden:

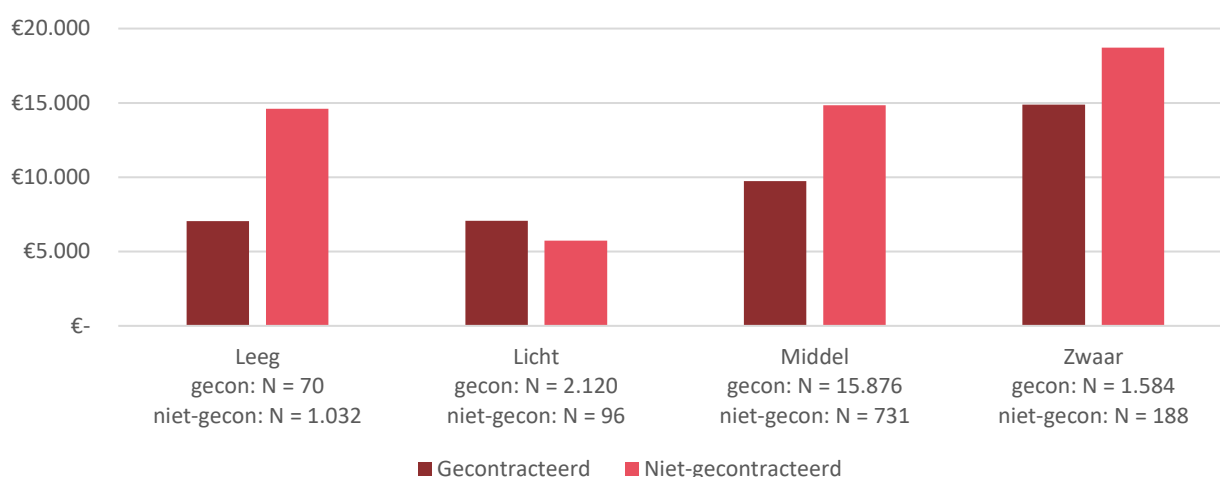
- In de Handreiking Gebruik zorgvraagzwaarte-indicator GGZ⁹ wordt nader ingegaan op de bruikbaarheid van zorgvraagzwaarte. In dit rapport wordt voorgesteld de zorgvraagzwaarte (een schaal van 1 tot en met 7) te clusteren in 3 categorieën: licht (klasse 1 tot en met 3), middel (4 en 5) en zwaar (6 en 7).
- De verklaarde variantie op groepsniveau is in 2018 39%. Daarmee wordt een deel van de variatie in zorggebruik (kosten) verklaard, maar niet alle variatie.
 - Het is niet mogelijk alleen op grond van de zorgvraagzwaarte de zorg te voorspellen van een patiënt, of een specifieke declaratie af te wijzen op grond van zorgvraagzwaarte.
 - Het is wel mogelijk (bij voldoende grote aantallen) de verwachting van gemiddelde hogere zorg naarmate de zorgvraagzwaarte toeneemt te staven.
 - In dit onderzoek houden we $N > 100$ aan als een minimumaantal patiënten waarover we uitspraken doen in relatie met zorgzwaarte-correcties.
- De inzet van de zorgvraagzwaarte-indicator in dit rapport valt binnen de gestelde gebruiksdoelen.

⁹ Bijlage F uit rapport "Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ - Eindrapportage fase 2" (Capgemini i.s.m. leden werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ, september 2016).

Figuur 15 laat zien dat de verdeling van de zorgvraagzwaarte-indicator voor de verschillende diagnoses verschilt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Als voorbeeld worden in figuur 21 de gemiddelde kosten per patiënt getoond bij de diagnose verslaving aan overige middelen, per zorgvraagzwaarte. Duidelijk zichtbaar is dat de kosten per patiënt hoger worden als de zorgvraagzwaarte oploopt van licht naar zwaar. De gemiddelde kosten per patiënt binnen de groep 'Leeg' zijn bij gecontracteerde aanbieders vrij laag en bij niet-gecontracteerde aanbieders veel hoger.

In dit onderzoek wordt de groep zonder bekende zorgvraagzwaarte uit de correctiemethodiek weggelaten, omdat deze groep kosten-heterogeen is geworden. Deze groep is bij de verzekerde zorg een groep mensen met vaak een korte DBC (behandeling kort, of diagnostiek). Bij de niet-gecontracteerde zorg komen daar mensen bij met een reguliere behandeling waarvan de zorg via een papieren nota is gedeclareerd. In totaal wordt voor de generalistische basis ggz en de specialistische ggz 0,4% van de vergoede gecontracteerde zorg gedeclareerd middels een papieren nota. Voor de niet-gecontracteerde ggz is dit 50,9%.

Figuur 21: gemiddelde kosten per patiënt 2018, voor de diagnose verslaving aan overige middelen



Methodebeschrijving correctie voor zorgvraagzwaarte indicator

In de correctiemethode zijn de werkelijke scores afgezet tegen de verwachte scores op basis van de zorgvraagzwaarte van de patiënten. Dit wordt gedaan door de gemiddelde kosten per patiënt bij gecontracteerde zorg te berekenen, per zorgvraagzwaarteklasse en toe te passen op het aantal patiënten bij niet-gecontracteerde zorg.

De volgende zorgvraagzwaarteklassen zijn gebruikt:

- Licht (zorgvraagzwaarte 1 t/m 3)
- Middel (zorgvraagzwaarte 4 t/m 5)
- Zwaar (zorgvraagzwaarte 6 t/m 7)

Merk op: voor de generalistische basis ggz is er geen zorgvraagzwaarte en kan niet gecorrigeerd worden. Daar is wel gekeken naar de gemiddelde prijs per prestatie.

Aan de hand van een klein voorbeeld met fictieve cijfers leggen we de correctie voor zorgvraagzwaarte uit, zie tabel 6. Voor zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde zorg worden patiënten ingedeeld naar zorgvraagzwaarteklassen per te beschouwen subgroep. Dit kan bijvoorbeeld voor een bepaalde zorgaanbiedersgroep of een diagnose, of alleen de ambulante zorg met een specifieke diagnose.

Per klasse wordt het aantal unieke patiënten geteld, met het door de zorgverzekeraars vergoede bedrag aan de zorgaanbieder. Eventuele eigen betalingen van de patiënt zijn niet meegenomen hierin.

De verwachte kosten worden berekend door per groep het gemiddelde bedrag van de gecontracteerde zorg toe te passen op het aantal patiënten in de niet-gecontracteerde zorg.

In dit voorbeeld kost de niet-gecontracteerde zorg per patiënt 1.800 euro. Zonder correctie is dat 200 euro per patiënt minder dan de gecontracteerde zorg. Rekening houdend met de verschillen in zorgvraagzwaarte zijn de verwachte kosten lager: 1.667 euro. Dit komt in dit voorbeeld doordat de verwachte kosten in de middengroep (200 mensen, met 2.000 euro per patiënt in plaats van 2.500 euro per patiënt) lager uitvallen.

Tabel 6: Fictief voorbeeld correctie zorgvraagzwaarte

	Licht	Middel	Zwaar	Totaal
Gecontracteerd				
Aantal patiënten	1.000	2.000	1.000	4.000
Kosten totaal	1.000.000	4.000.000	3.000.000	8.000.000
Gemiddeld per patiënt	1.000	2.000	3.000	2.000
Niet-gecontracteerd				
Aantal patiënten	200	200	50	450
Kosten totaal	160.000	500.000	150.000	810.000
Gemiddeld per patiënt	800	2.500	3.000	1.800
Verwacht				
Aantal patiënten	200	200	50	450
Kosten totaal	200.000	400.000	150.000	750.000
Gemiddeld per patiënt	1.000	2.000	3.000	1.667

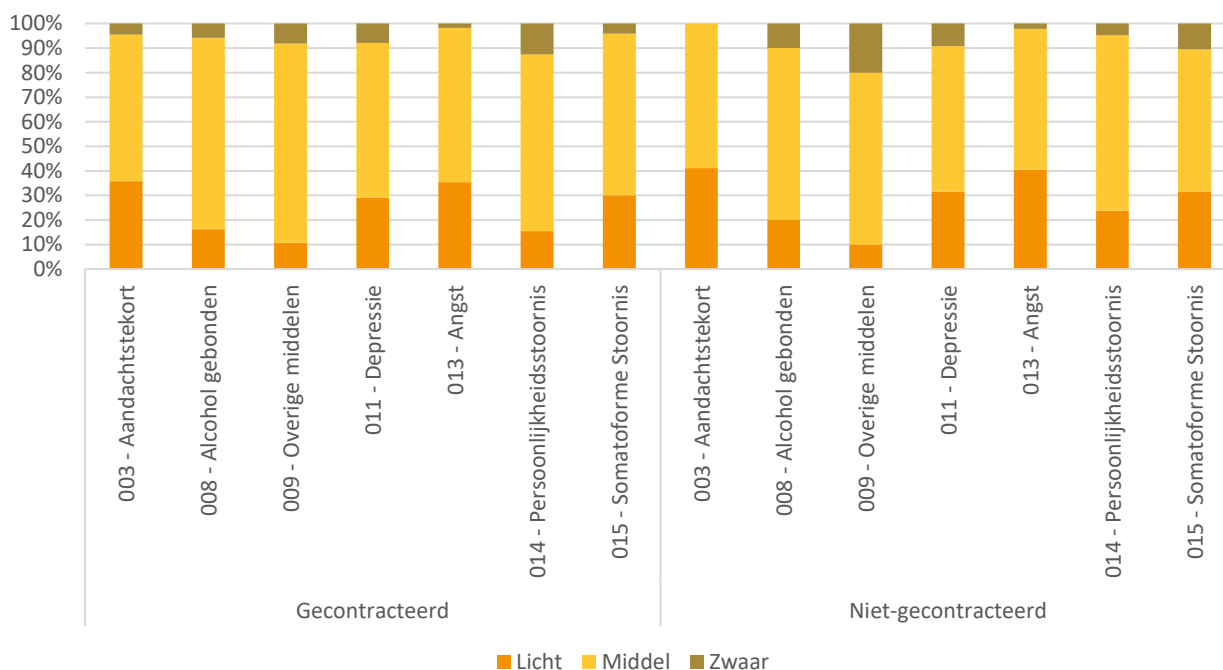
Resultatenbeschrijving correctie voor zorgvraagzwaarte-indicator

In deze paragraaf tonen we kostenverschillen tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg met- en zonder correctie voor de zorgvraagzwaarte-indicator. Als er een verschil is tussen niet-gecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg zonder zorgvraagzwaartecorrectie, en dat verschil blijft na zorgvraagzwaartecorrectie ongeveer gelijk, dan kan geconcludeerd worden dat zorgvraagzwaarte geen belangrijke verklaring is voor het gevonden verschil.

Zoals eerder aangegeven is deze vergelijking uitgevoerd op declaraties waarvoor de zorgvraagzwaarte bekend is. Dat betekent voor de niet-gecontracteerde zorg dat de gecorrigeerde uitkomsten gebaseerd zijn op ongeveer 37% van de patiënten in de specialistische ggz, voor de gecontracteerde zorg gaat het om 83% van de patiënten in de specialistische ggz. De resultaten bieden dus een basis om uitspraken te kunnen doen met betrekking tot het verschil in kosten per patiënt na zorgvraagzwaarte correctie, maar kunnen niet doorgetrokken worden naar alle patiënten. De resultaten zonder zorgvraagzwaartecorrectie zullen ook verschillen van de in paragraaf 5.6. getoonde resultaten.

Figuur 22 geeft de verdeling van de zorgvraagzwaarte weer voor een aantal veel voorkomende diagnoses, uitgesplitst naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, voor de categorieën licht, middel en zwaar. Deze figuur komt overeen met figuur 15 uit paragraaf 5.6., maar dan zonder de categorie onbekend.

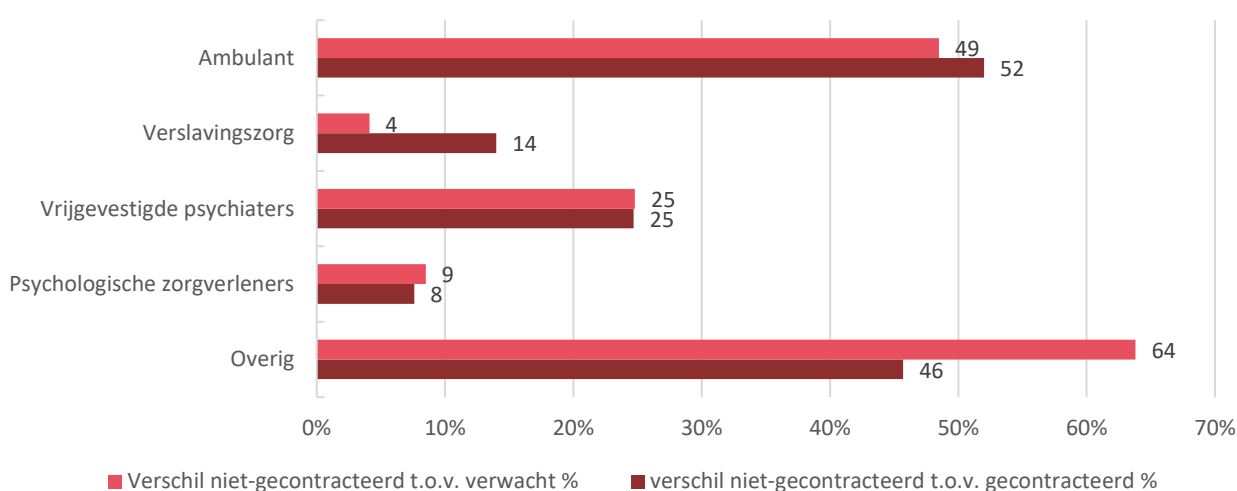
Figuur 22: Verdeling van de zorgvraagzwaarte voor een aantal veel voorkomende diagnoses, uitgesplitst naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.



Figuur 23 tot en met figuur 29 geeft het verschil in kosten per patiënt weer voor de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg en ten opzichte van de door ons berekende verwachte kosten per patiënt. Hierbij is uitgesplitst naar type zorgaanbieder en diagnose.

Figuur 23 toont het verschil in kosten per patiënt voor een aantal type aanbieders. Hierbij zijn de geïntegreerde ggz-instellingen en PAAZ/PUK buiten beschouwing gelaten, omdat deze nauwelijks niet-gecontracteerde zorg leveren. Daarnaast is Kind en Jeugd buiten beschouwing gelaten, vanwege het lage aantal declaraties.

Figuur 23: Vergelijking tussen kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar type zorgaanbieder



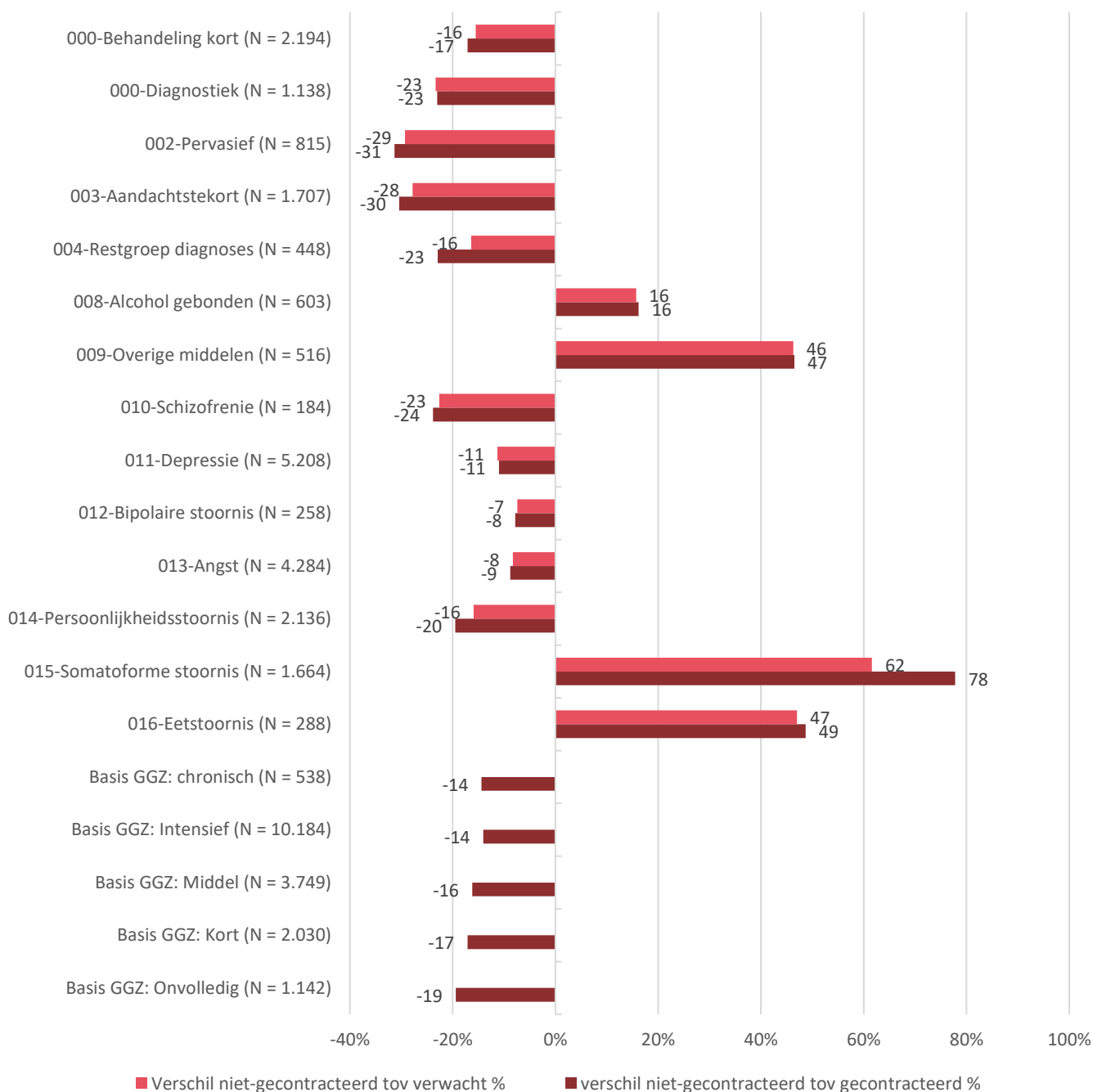
De correctie voor zorgvraagzwaarte heeft effect voor de verslavingszorg instellingen en voor de overige zorgaanbieders. Een mogelijke verklaring voor de afname van het verschil in kosten per patiënt na correctie bij overige zorgaanbieders kan zijn dat de groep overig een aantal forensische en hooggespecialiseerde aanbieders bevat, die patiënten met gemiddeld hogere zorgvraagzwaarte kunnen hebben (Bijlage I: Type zorgaanbieders).

Bij de niet-gecontracteerde verslavingszorgaanbieders zijn de vergoede zorgkosten per patiënt 14% hoger vergeleken met de gecontracteerde verslavingszorgaanbieders. Gecorrigeerd voor zorgvraagzwaarte zijn de vergoede zorgkosten per patiënt nog maar 4% hoger. Er is echter wel een groot verschil tussen de klinische en de ambulante zorg van verslavingsinstellingen, figuur 26.

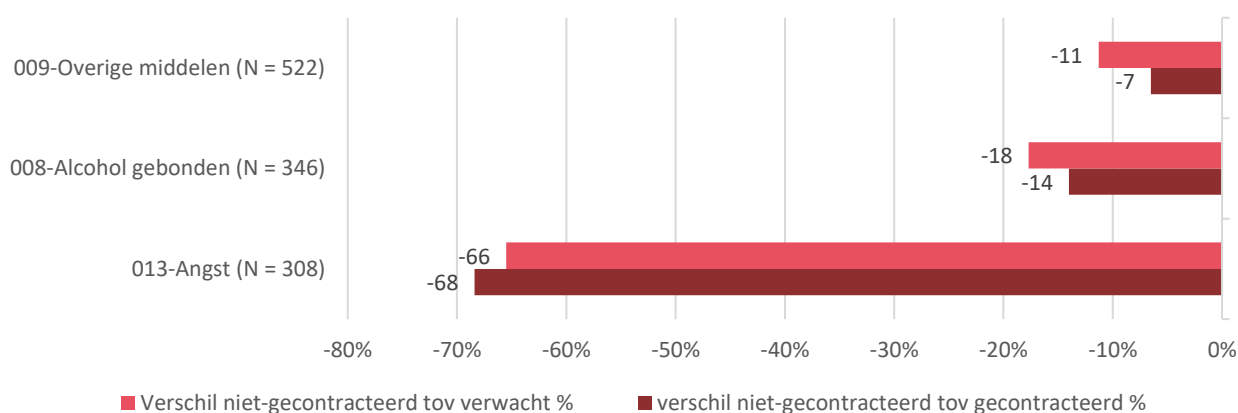
De verschillen zijn ook per diagnose bekeken, zowel voor ambulante zorg als voor klinische zorg (alleen als het aantal patiënten in zowel de niet-gecontracteerde als de gecontracteerde zorg meer dan 100 is). Resultaten zijn weergegeven in figuur 24 en 25, waarbij N in deze en volgende figuren het aantal patiënten in de groep niet-gecontracteerd weergeeft. Het verschil in kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is nauwelijks veranderd voor de

meeste diagnoses na correctie voor zorgvraagzwaarte. Het grootste effect is zichtbaar in de categorie somatoforme stoornissen ambulante.

Figuur 24: Vergelijking tussen kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar diagnose, voor de ambulante specialistische ggz



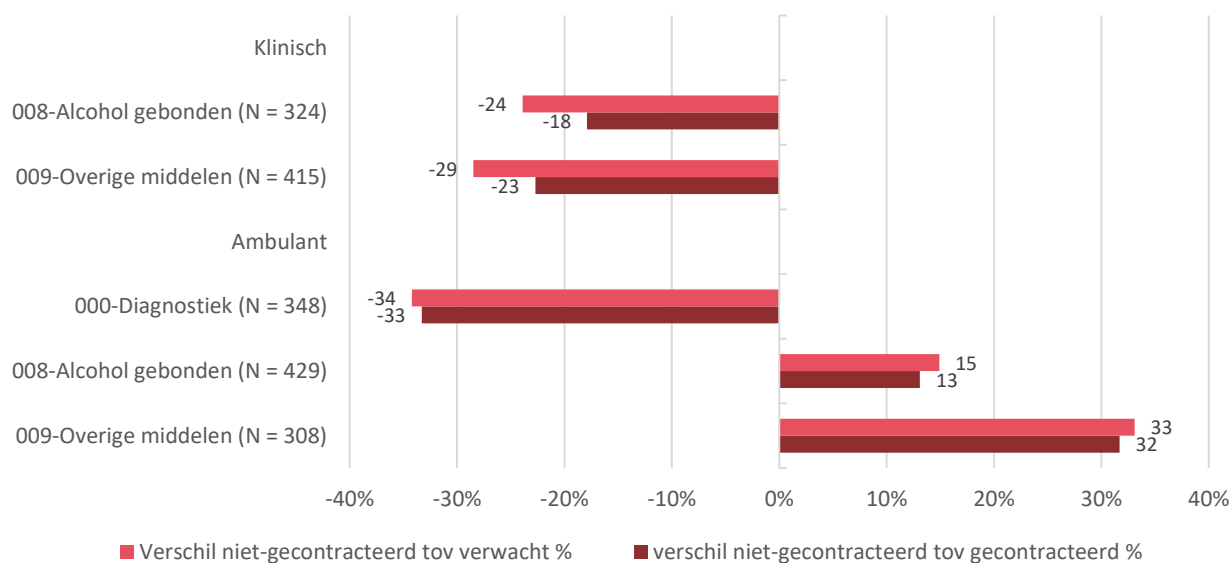
Figuur 25: Procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde klinische zorg



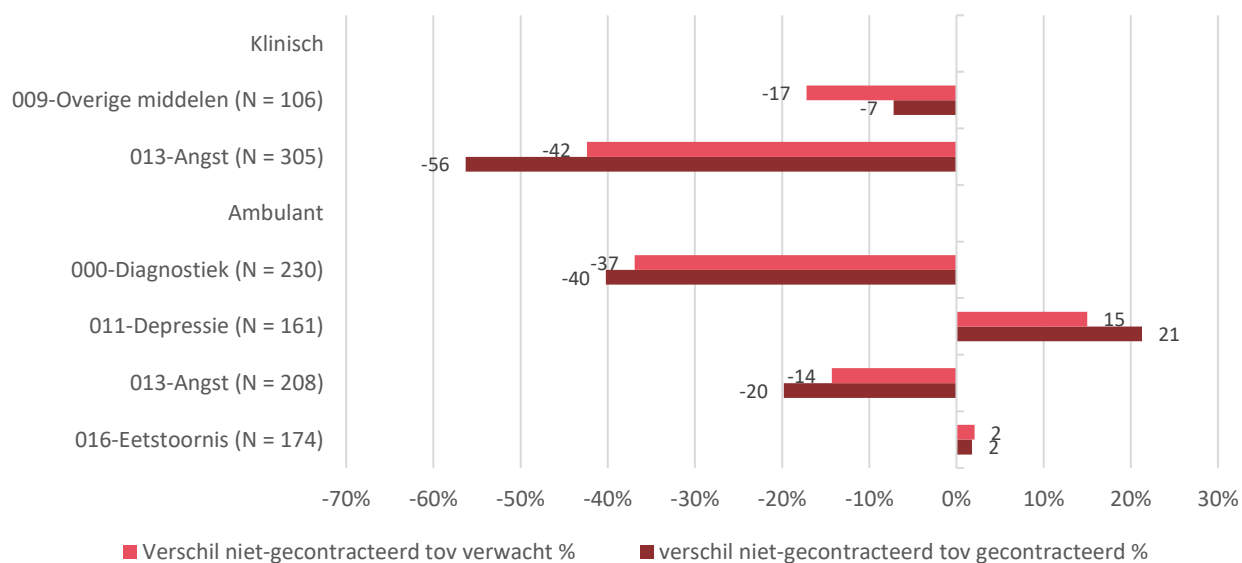
In de grafiek met klinische zorg, figuur 25, worden alleen angst, alcohol gebonden stoornissen en verslaving aan overige middelen getoond. Alleen bij deze diagnoses zijn er meer dan 100 patiënten door niet-gecontracteerde aanbieders geleverd. De gemiddelde kosten per patiënt bij klinische zorg, zijn zowel met als zonder correctie voor zorgvraagzwaarte, lager dan bij gecontracteerde zorg.

Tot slot hebben we vergelijkingen gemaakt van de procentuele verschillen in zorgkosten per patiënt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg per categorie uitgesplitst naar type zorgaanbieder, diagnose voor zowel ambulant als klinisch (figuur 26 tot en met figuur 29). Voor de meeste vergelijkingen geldt dat de correctie voor zorgvraagzwaarte weinig verandert aan het verschil tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorgkosten. Voor enkele diagnoses, zoals de diagnose angst klinisch bij overige zorgaanbieders, is een verschil te zien tussen de vergelijking met- en zonder correctie.

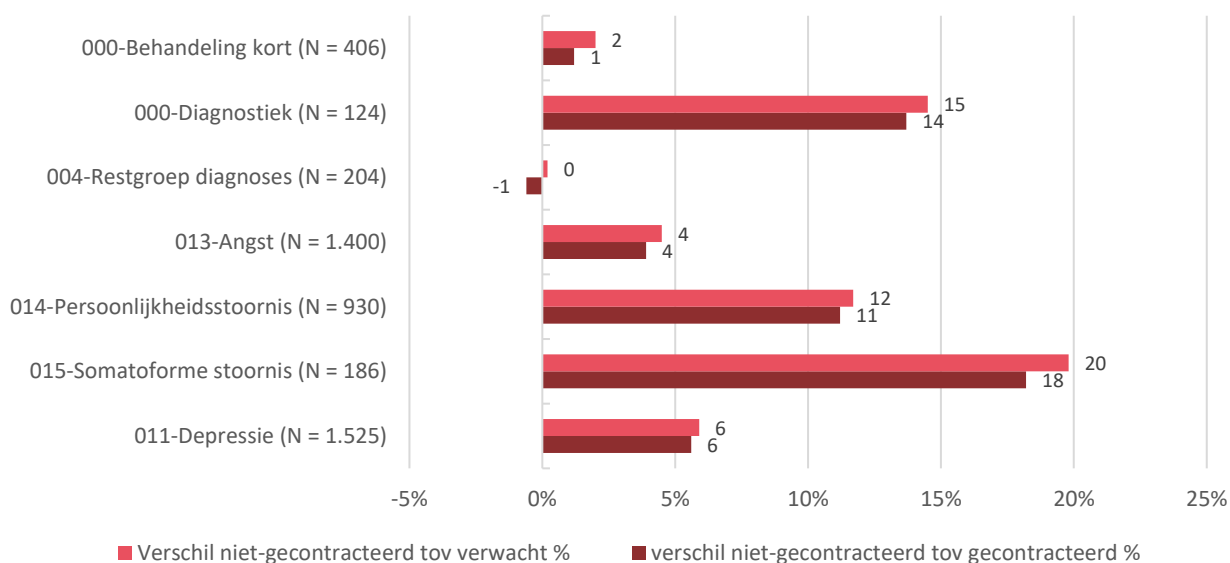
Figuur 26: Procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde verslavingszorgaanbieder



Figuur 27: procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde 'overige' zorgaanbieders



Figuur 28: procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde psychologische zorgverleners



Figuur 29. procentueel verschil kosten per patiënt tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerde vrijgevestigde psychiaters

