



Nederlandse
Zorgautoriteit

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

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

79886/0111236

Onderwerp

Beleidsbrief marktscan GGZ

Datum

28 april 2014

mevrouw de Minister,

Hierbij bieden we u de Marktscan GGZ 2014 aan. Daarin schetsen we de ontwikkelingen in de GGZ. De marktscan laat op basis van voorlopige cijfers zien dat de macro-uitgaven in de GGZ in 2013 naar verwachting zijn gedaald. Die cijfers wijzen erop dat de uitgaven in de curatieve GGZ voor het tweede jaar op rij zijn gedaald. De marktscan geeft het beeld van een markt in beweging doordat risicodragende zorgverzekeraars scherper zijn gaan inkopen. In de GGZ is er niet altijd consensus over hoe de zorg ingericht moet worden. Dat uit zich in discussies tussen aanbieders en verzekeraars over de verhouding tussen Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ en de vraag wie hoofdbehandelaar mag zijn. De verdere ontwikkeling van veldnormen en richtlijnen kan naar onze mening bijdragen aan een goede basis voor inkoopgesprekken.

In 2012 werd de behandeling van aanpassingsstoornissen verwijderd uit het basispakket. Als gevolg daarvan nam het volume bij andere productgroepen sterk toe. Deze verandering hoeft niet per definitie onjuist te zijn. Een aanpassingsstoornis kan gepaard gaan met een andere stoornis waardoor de keuze van de primaire diagnose niet altijd even gemakkelijk is. Het laat wel zien dat het moeilijk is om alleen op basis van diagnoses het verzekerd pakket af te bakenen. Ook voor goed toezicht op gepast gebruik is de ontwikkeling van veldnormen en richtlijnen daarom wenselijk, evenals een controleerbare en handhaafbare pakketafbakening door het CVZ.¹

Het eerste deel van deze brief bevat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in de marktscan. Wij sluiten deze brief af met een aantal aanbevelingen op basis van de constatering in de marktscan.

¹ Zie ook reactie NZa op CVZ rapportage "geneeskundige GGZ deel 2" (pagina 99)

I. Samenvatting bevindingen marktscan

Kenmerk
79886/0111236

Pagina
2 van 7

De uitgaven voor GGZ dalen, in de curatieve GGZ zelfs voor het tweede jaar op rij

In onze beleidsbrief bij de marktscan 2012 constateerden wij dat er een trendbeuk in de data was. Op basis van de beschikbare cijfers in 2012 leek er een einde te komen aan de trend van stijgende uitgaven in de curatieve GGZ. De op dit moment beschikbare cijfers over 2013 bevestigen deze trend. De verwachte daling van de schadelast in de GGZ (Zvw + AWBZ) is -3,0%. Deze daling komt vooral terecht bij voormalig gebudgetteerde aanbieders. Bij de niet-gebudgetteerde instellingen is er een stijging van de omzet. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat de omzet van relatief nieuwe aanbieders ten kosten ging van bestaande aanbieders.

De cijfers over 2013 zijn voornamelijk gebaseerd op verwachte schadelast van verzekeraars en kunnen om die reden nog wijzigen. Definitieve cijfers zijn bekend over 2012 van tweedelijns gebudgetteerde instellingen. Uit de realisatiecijfers van 2012 blijkt dat de schadelast van die groep aanbieders ten opzichte van 2011 met ongeveer 100 miljoen euro is gedaald naar 3,5 miljard euro.

In de periode 2010 tot en met 2012 stegen de uitgaven aan langdurende zorg. In 2013 is er sprake van een trendbreuk en daalt de omzet met 3,6%.

De inrichting en bekostiging van de GGZ veranderen

De GGZ bestaat uit de curatieve GGZ (Zvw) en de langdurende GGZ (AWBZ). Tot 2014 kende de curatieve GGZ een opsplitsing in de eerste en tweedelijns zorg. In 2011 maakten zo'n 1,4 miljoen cliënten gebruik van de GGZ, waarvan 91.000 in de langdurende GGZ. Cijfers over 2012 en 2013 zijn nog niet beschikbaar.

In de GGZ zijn enkele zeer grote aanbieders actief naast vele duizenden zeer kleine aanbieders. Zorgverzekeraars kiezen er vaak voor om bij de zorginkoop niet met kleine aanbieders in gesprek te gaan maar de inkoop digitaal te laten plaatsvinden en standaardcontracten voor te leggen. Dat zorgt voor ontevredenheid over het inkoopproces bij veel kleinere aanbieders.²

De inrichting en bekostiging van de GGZ zijn aan het veranderen. In de marktscan spreken we nog over de eerste- en tweedelijns curatieve GGZ terwijl de GGZ per 1 januari 2014 is opgedeeld in de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Een andere belangrijke ontwikkeling was de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2013 en het einde van het representatiemodel waardoor elke verzekeraar afzonderlijk met aanbieders contracten afsloot. Deze ontwikkelingen zijn nog niet zichtbaar in bijvoorbeeld de omzetcijfers maar hadden wel gevolgen voor de inkoopgesprekken. Daarom hebben wij in de marktscan in het bijzonder stilgestaan bij het contracteringsproces.

² Zie ook: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/actueel/NZa-Inkoop-van-zorg-kan-effectiever/>

De introductie van de Basis-GGZ en de afschaffing van het representatiemodel droegen bij aan moeizame inkoopgesprekkenKenmerk
79886/0111236

In uw brief aan de Tweede Kamer van 23 januari 2014 gaat u in op het contracteringsproces³ in 2013 en het daarin geschetste beeld is vergelijkbaar met het beeld dat naar voren komt in deze marktscan.

Pagina
3 van 7

Vorig jaar constateerden wij een verscherping van de zorginkoop en deze ontwikkeling heeft zich doorgezet. De beperking van de ex post risicoverevening heeft daar vermoedelijk aan bijgedragen. In 2014 is het representatiemodel afgeschaft. Daardoor moet elke verzekeraar afzonderlijk met aanbieders tot afspraken komen. Omdat er op een aantal belangrijke punten geen consensus is over hoe GGZ-zorg eruit moet zien, zijn er veel discussies gevoerd over onder andere het hoofdbehandelaarschap en de invulling van de Basis-GGZ. Dat heeft niet alleen gevolgen voor het contracteringsproces maar indirect ook op het proces van totstandkoming van de jaarrekening. Verschillen van inzichten in de juistheid van declaraties kunnen resulteren in onzekerheid over gerealiseerde omzetcijfers omdat verzekeraars declaraties mogelijk niet honoreren. Accountants hebben aangegeven dat zij door onzekerheid over de omzetcijfers niet in alle gevallen een goedkeurende verklaring kunnen verstrekken.

Op zichzelf is het niet onwenselijk dat verzekeraars een verschillende visie op de zorginkoop hebben. Te grote verschillen kunnen echter onwenselijk zijn als daardoor de administratieve lasten teveel toenemen en processen complexer worden. Als gevolg van de verschillende voorwaarden van verzekeraars kan bijvoorbeeld de gevraagde tijdverdeling tussen hoofdbehandelaar en overige behandelaren afhankelijk zijn van de verzekeraar van een patiënt. Dat verhoogt de complexiteit van de processen bij zorgaanbieders omdat zij patiënten van verschillende verzekeraars op een verschillende wijze moeten behandelen.

Een mogelijke uitweg uit deze impasse is het creëren van richtlijnen en veldnormen door veldpartijen. Het belang hiervan wordt al geruime tijd door meerdere partijen aangegeven (o.a. CVZ) en staat ook op de agenda in het kader van het Bestuurlijk Akkoord GGZ.

De toegenomen ROM-registratie geeft behandelaren en verzekeraars meer inzicht in behandelresultaten, ook de zorgvraagzwaarteindicator moet daaraan gaan bijdragen

Eind 2010 zijn in een Bestuurlijk Akkoord tussen GGZ Nederland en ZN afspraken gemaakt over het groeitempo waarin uitkomstgegevens (Routine Outcome Monitoring) aangeleverd zouden gaan worden. ROM-gegevens moeten bijdragen aan de transparantie in de GGZ. In 2014 zou op zijn minst 50% van de behandelingen van de bij GGZ Nederland aangesloten aanbieders evalueerbaar moeten zijn. Volgens de Stichting Benchmark GGZ (SBG) zal op basis van de huidige trend in de tweede helft van 2015 dit doel bereikt worden.

Net als de ROM-registratie moet de zorgvraagzwaarteindicator bijdragen aan beter meer inzicht in de relatie tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelresultaten.

³ Kamerstuk 25424, nr. 239

Deze indicator is in 2013 door veldpartijen ontwikkeld. Deze staat per 2014 ook vermeld op de factuur. In de marktscan hebben wij op basis van DBC's die in het verleden zijn afgesloten een figuur opgenomen met de verdeling van de zorgvraagzwaarte over de DBC's. Deze figuur laat zien dat een hogere score op de zorgvraagzwaarteindicator samenhangt met een langere behandelduur. Er is echter veel variatie tussen DBC's met dezelfde zorgvraagzwaarte waardoor de indicator nog maar in beperkte mate voorspellend is voor de behandelduur van een individuele patiënt. Veldpartijen werken daarom aan de verbetering van de indicator.

Kenmerk
79886/0111236

Pagina
4 van 7

Upcoding is een probleem in zowel de Zvw als in de AWBZ, de reactie op het verwijderen van 'Aanpassingsstoornissen' uit het basispakket roept vragen op.

In 2013 was gepast gebruik een belangrijk aandachtspunt voor het markttoezicht in de GGZ. Uit onze analyse blijkt dat upcoding in zowel de Zvw als in de AWBZ een probleem is. In de AWBZ komt upcoding voor door middel van de gemandateerde indicaties. In de Zvw zijn er indicaties dat niet-gebudgetteerde aanbieders de duur van een behandeling af laten hangen van de vergoedingen van de tijdklassen. Door het vermelden van de werkelijk besteedde tijd op de factuur heeft de verzekeraar per 2014 een instrument om hierop te controleren.

Door een onderverdeling te maken van het totale DBC-zorgvolume naar primaire diagnose hebben wij geprobeerd meer inzicht te creëren in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse ontwikkeling in de macro-uitgaven. In 2012 verdwenen aanpassingsstoornissen uit het basispakket. Uit de cijfers blijkt dat een vermindering van het aantal diagnoses 'Aanpassingsstoornissen' gepaard ging met de groei bij andere diagnosegroepen. Deze verandering hoeft niet per definitie onjuist te zijn. Een aanpassingsstoornis kan gepaard gaan met een andere stoornis waardoor de keuze van de primaire diagnose niet altijd even gemakkelijk is. Daarnaast kan deze verandering ook het gevolg zijn van een verbeterde diagnostiek in de GGZ. De mate waarin verschuivingen plaatsvonden roept echter wel vragen op. Het laat daarnaast ook zien dat het niet eenvoudig is om alleen op basis van de diagnose grenzen te stellen aan het basispakket (zie voetnoot 1).

II. Beleidsaanbevelingen

Kenmerk
79886/0111236

Pagina
5 van 7

Wij sluiten deze brief af met een aantal aanbevelingen op basis van de constatering in de marktscan. Deze aanbevelingen zijn gericht aan u als Minister, veldpartijen en niet in de laatste plaats ook aan de NZa.

Inkoop door risicodragende zorgverzekeraars brengt de markt in beweging

Uit de marktscan blijkt dat de uitgaven in de curatieve GGZ naar verwachting dalen voor het tweede jaar op rij. In de marktscan hebben wij geen onderzoek gedaan naar de oorzaak van deze ontwikkeling. Een mogelijke verklaring vormen de bestuurlijke akkoorden met daarin afspraken over de groei van de zorguitgaven. De daling van de zorguitgaven vond ook gelijktijdig plaats met de afbouw van de ex post risicoverevening.

Uit de marktscan blijkt dat de inkoop door zorgverzekeraars scherper is geworden. Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit en noodzaak van de geleverde zorg. Dit laat naar onze mening zien dat als zorgverzekeraars financiële prikkels hebben om doelmatig zorg in te kopen zij de markt in beweging kunnen krijgen.

Wij hebben eerder de aanbeveling gedaan om het mogelijk te maken dat zorgverzekeraars geen vergoeding bieden voor niet-gecontracteerde zorg. Dat zal de mogelijkheid voor selectieve zorginkoop verbeteren.

Bij het samenstellen van de marktscan is gebleken dat het dataproces verder verbeterd kan worden

In de marktscan laten we analyses zien die alleen kunnen worden uitgevoerd omdat aanbieders en verzekeraars deze gegevens registreren. Een groeiende beschikbaarheid van gegevens geeft de potentie om de bestuurbaarheid en kwaliteit van zorg te verbeteren. Het heeft ons veel tijd en moeite gekost om verschillende databronnen zoals die beschikbaar zijn bij de NZa, DIS, CVZ en Vektis aan elkaar te koppelen. Daardoor kost het veel moeite om inzicht in de uitgaven te krijgen. Dat is onwenselijk en genoemde partijen (inclusief de NZa) zullen er aan moeten werken om gegevensbronnen beter op elkaar aan te laten sluiten. Daarbij is de tijdigheid waarop deze informatie beschikbaar is, ook een issue. Declaratiegegevens van de tweedelijns curatieve GGZ bleken slechts tot 2011 beschikbaar te zijn. Een vertraging van bijna drie jaar is naar onze mening onwenselijk.

Om dit gemis op te vullen en toch enigszins recente omzetcijfers te genereren hebben wij gewerkt met gegevens over verwachte schadelast. Dit brengt logischerwijs onzekerheden met zich mee.

Ook verzekeraars kunnen meer doen met de mogelijkheden die de toegenomen informatiestroom biedt om ongepast gebruik en fraude te bestrijden. Vanaf 2014 zien zorgverzekeraars bijvoorbeeld de informatie over de tijdsbesteding op de factuur. Verzekeraars zullen deze informatie moeten gebruiken om ongepast gebruik en upcoding tegen te gaan.

Er is behoefte aan betere richtlijnen over wat goede GGZ is

Zoals hierboven beschreven is er veel discussie over de inrichting van de GGZ, zoals de verhouding tussen basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ, de inzet van hoofdbehandelaren en de omvang van het basispakket. Veel van deze discussies komen neer op de vraag: wat is goede GGZ? Als daar onder medische professionals consensus over is en richtlijnen en zorgstandaarden zijn vastgesteld dan biedt dat een goede basis voor inkoopgesprekken. Dat geldt ook voor de vraag wat de zorg is die tot het basispakket behoort. Duidelijke richtlijnen en zorgstandaarden scheppen helderheid voor aanbieders en verbeteren mogelijkheden voor controle op gepast gebruik door zorgverzekeraars.

Kenmerk
79886/0111236Pagina
6 van 7**Het is wenselijk dat er zoveel als mogelijk informatie beschikbaar is over de relatie tussen de zorgvraag en behandeling**

Om op een goede manier zorg in te kunnen kopen is het voor verzekeraars van belang dat zij inzicht hebben in de zorgvraag van patiëntengroepen en de daarbij behorende behandeling. In de gespecialiseerde GGZ zijn prestaties gedefinieerd op basis van de behandelduur (tijdklassen) en de diagnose. Deze productstructuur is sterk op de input gericht en maakt de relatie tussen de behandeling en zorgvraag niet duidelijk. Dat komt omdat alleen de diagnose weinig zegt over de behandeling die een patiënt krijgt.

Zoals gezegd is de door veldpartijen ontwikkelde zorgvraagzwaarte-indicator bedoeld om meer inzicht bieden in de relatie tussen de behandeling en de zorgvraag van een patiënt in de gespecialiseerde GGZ. Omdat de voorspellende waarde van deze indicator voor de behandeling op individueel niveau nog beperkt is, moet deze worden doorontwikkeld.

Brancheorganisaties van aanbieders, beroepsverenigingen en verzekeraars hebben daarnaast afgesproken om in 2014 te onderzoeken of in de gespecialiseerde GGZ voor de groepen 'Angst' en 'Depressie' een alternatieve productstructuur mogelijk is. In die structuur moet niet alleen de diagnose maar ook het verloop van de stoornis, ook wel de stagering genoemd, een plaats krijgen.

Ongepast gebruik en fraude in de GGZ blijven een aandachtspunt

De NZa houdt verscherpt toezicht op de GGZ en besteedt extra aandacht aan correct declareren. Al dan niet bewust te veel declareren leidt tot hogere zorgkosten, die uiteindelijk door de consument in zijn premie voor de zorgverzekering worden betaald of met inzet van het macrobeheersinstrument door de gehele GGZ-branche.

Naast concrete handhavingsmaatregelen zijn in 2013 ook maatregelen genomen om ongepast gebruik en fraude voor de toekomst verder te voorkomen. Zo is het hoofdbehandelaarschap aangescherpt en is de transparantie toegenomen doordat meer informatie op de factuur vermeld staat. Het verscherpte toezicht van de NZa moet ook in 2014 bijdragen aan het tegengaan van ongepast gebruik en fraude in de GGZ.

Door de ontwikkelingen in de GGZ in 2014 en 2015 is het wenselijk om marktontwikkelingen te blijven monitoren

Na de introductie van de basis-GGZ in 2014 zijn er in 2015 twee grote ontwikkelingen in de GGZ.

Een deel van de langdurende GGZ wordt vanuit de AWBZ naar verwachting overgeheveld naar de Zvw en de Jeugd GGZ en 'beschermd wonen' gaan naar gemeenten. Het beleid zal zich concentreren op deze twee operaties. Per januari 2014 is de nieuwe bekostiging voor de basis-GGZ van start gegaan. Het systeem is ingevoerd als een 'groeimodel'. Ervaringen met het systeem kunnen aanleiding geven voor verfijning of aanpassing van het beleid en de tarieven. Wij analyseren daarvoor door veldpartijen ingediende signalen en knelpunten.

Kenmerk
79886/0111236

Pagina
7 van 7

Vanwege deze ontwikkelingen blijft goed inzicht in de markt essentieel. Wij blijven daarom markten monitoren en zijn daarnaast van plan om een selectie van de gegevens in de marktscan op regelmatige basis online te publiceren.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

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