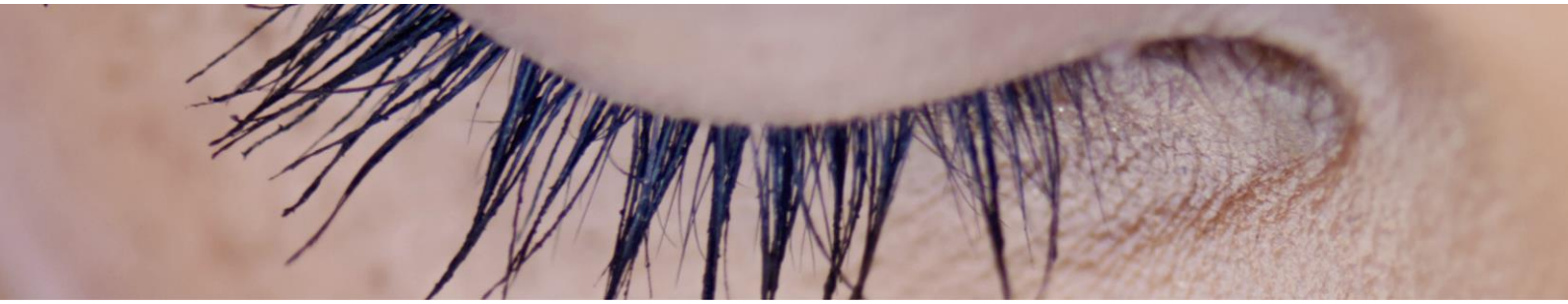
Rapport voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg 2016-2019



vektis

Colofon

4 januari 2022

Auteurs
Ilona Verburg
Lieke van Gerwen

Meer informatie
Heeft u inhoudelijke vragen over dit rapport? Stuur dan een mail naar communicatie@vektis.nl met een verwijzing naar dit rapport.

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

© 2022 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 via 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.	Verdieping in de ontwikkeling van niet-gecontracteerde ggz	5
1.2.	Vergelijking in uren en kosten per patiënt	7
2.	**Inleiding**	**9**
2.1.	Doel van het onderzoek	10
3.	**Aanpak onderzoek**	**11**
3.1.	Declaratiegegevens ggz	11
3.2.	Contractinformatie zorgverzekeraars	11
3.3.	Validatie	12
3.4.	Uitgangspunten rapportage	13
4.	**Kwantitatieve ontwikkeling ggz**	**14**
5.	**Onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz**	**15**
5.1.	Algemeen beeld (niet-)gecontracteerde ggz	16
5.1.1.	Aantal patiënten per jaar	16
5.1.2.	Kosten per jaar	17
5.2.	Verdieping naar verschillen tussen aanbieders	19
5.2.1.	Ontwikkeling contracteergraad per klasse aanbieder voor de niet-gecontracteerde zorg	19
5.2.2.	Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per klasse aanbieder	19
5.2.3.	Verdeling van de kosten naar type zorgaanbieder	21
5.2.4.	Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten naar omzetklasse van de aanbieder	23
5.2.5.	Inzicht in contracteergraad bij nieuwe zorgaanbieders	23
5.3.	Verdieping naar verschillen tussen zorgverzekeraars	25
5.4.	Verdieping naar verschillen in patiëntpopulaties	28
5.4.1.	Verdeling van de (niet-)gecontracteerde zorg naar verblijfstatus	28
5.4.2.	Aandeel patiënten en kosten niet-gecontracteerde zorg per diagnose	28
5.4.3.	Aandeel patiënten en kosten over de diagnoses bij niet-gecontracteerde zorg	31
5.4.4.	Ontwikkeling kosten per diagnose bij niet-gecontracteerde zorg	32
5.5.	Overeenkomsten en verschillen in uren en kosten per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg	34

Bijlage I: Type zorgaanbieders **42**
Bijlage II Tabellen en figuren bij hoofdstuk 4 en 5 **44**

1. Managementsamenvatting

Zvw-partijen vinden de in de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft. 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 2016-2019 inzichtelijk gemaakt. Het onderzoek is een update van het onderzoek dat in 2020 is uitgevoerd door Vektis.

In 2019 is de totale omvang van de generalistische basis ggz 264 miljoen euro en van de gespecialiseerde ggz 3,6 miljard euro. Declaraties waarvan de contractstatus onbekend is, zijn uitgesloten van het onderzoek. Hierdoor zijn de analyses in 2019 gebaseerd op 98,3% van de zorgkosten voor de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz samen.

Het aandeel van de niet-gecontracteerde zorgkosten in de generalistische basis ggz stijgt van 6,6% in 2016 naar 8,7% in 2018 en daalt naar 7,4% in 2019 (15 miljoen euro). In de gespecialiseerde ggz is het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten gestegen van 6,3% in 2016 naar 8,0% in 2018, waarna het percentage gelijk is gebleven in 2019 (288 miljoen euro).

Het relatieve aandeel in aantal patiënten in de generalistische basis ggz stijgt van 7,3% in 2016 naar 9,8% in 2018, waarna het daalt naar 9,1% in 2019 (17 duizend patiënten). In de gespecialiseerde ggz stijgt dit aandeel van 8,9% in 2016 naar 12,1% in 2019 (66 duizend patiënten).

1.1. Verdieping in de ontwikkeling van niet-gecontracteerde ggz

Er is niet 1 bepaald segment binnen de ggz waar de niet-gecontracteerde zorg plaats vindt. Er zijn een aantal elkaar overlappende doorsnedes, waar verschuivingen in het aandeel niet-gecontracteerde zorg hebben plaatsgevonden. De belangrijkste bevindingen per onderzochte doorsnede zijn:

Contracteergraad van aanbieders
Meer dan de helft van de niet-gecontracteerde ggz wordt geleverd door aanbieders die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben (58% in 2019). Dit aandeel is hoger in de jaren 2016 tot en met 2018 (rond de 67%). Deels gecontracteerde aanbieders, die niet met alle zorgverzekeraars een contract hebben maar wel met enkele, leveren 43% van de niet-gecontracteerde ggz (was 33% in 2018).

Omzetklasse van aanbieders

Er lijkt een verband te zijn tussen de omzetklasse van de aanbieder en niet-gecontracteerde zorg. De grootste aanbieders (omzet >10 miljoen euro, circa 50 aanbieders in 2019) leveren vrijwel geheel gecontracteerde zorg. De aanbieders uit de laagste omzetklasse (<10 duizend euro, circa 2.400 aanbieders in 2019) leveren voor meer dan 50% aan niet-gecontracteerde zorgkosten, het gaat hier om 2% van alle niet-gecontracteerde zorgkosten.

Voor aanbieders in bijna alle omzetklassen geldt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg, ten opzichte van de totale zorgkosten, is toegenomen over de jaren. Met name bij grote aanbieders (omzet >10 miljoen) is een stijging van het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten te zien van 0,5% in 2016 naar 2,9% in 2019. Bij middelgrote aanbieders (omzet 3-10 miljoen) is juist een daling in dit aandeel te zien van 20,7% in 2016 naar 12,5% in 2019.

De 30 zorgaanbieders met de hoogste bijdrage binnen de niet-gecontracteerde ggz leveren samen de helft van alle niet-gecontracteerde zorg in 2019. Deze zorgaanbieders hebben allen een omzet van meer dan 1,5 miljoen en zijn nagenoeg allemaal meer dan 3 jaar actief.

Leeftijd van aanbieders

Jonge ondernemingen werken relatief vaak zonder contract. Het duurt enige tijd voordat nieuwe zorgaanbieders een contract hebben met alle zorgverzekeraars. Van ondernemingen gestart in 2018 of 2019 leverden 10% volledig gecontracteerde zorg in 2019. Dit percentage ligt voor ondernemingen gestart in 2017 of 2018 op 21% en voor ondernemingen gestart in 2016 of eerder op ongeveer 38%. De snelheid van volledig contracteren is afgenomen van 2016 naar 2019.

Type aanbieder

In 2019 wordt het grootste deel van de niet-gecontracteerde ggz geleverd door ambulante instellingen (39%), gevolgd door psychologische zorgverleners (25%), instellingen in de verslavingszorg en overige zorgaanbieders (beide 14%). Geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen zijn vrijwel altijd volledig gecontracteerd. Binnen de niet-gecontracteerde zorgkosten hebben tussen 2016 en 2019 verschuivingen plaatsgevonden in het aandeel per type aanbieder: zo is het aandeel van verslavingszorg instellingen binnen de totale niet-gecontracteerde zorgkosten gedaald van 20 naar 14%, terwijl het aandeel van overige zorgaanbieders juist is gestegen van 10 naar 14%.

Verblijfstatus

In 2019 heeft 40% van de kosten in de gecontracteerde ggz betrekking op zorg met verblijf in 2019. Binnen de niet-gecontracteerde ggz betreft dit 14%. Over de jaren heen zijn deze percentages afgenomen. Niet-gecontracteerde zorg met verblijf is voor het grootste deel afkomstig uit de verslavingszorg instellingen.

Diagnose

Voor de diagnoses aandachtstekort stoornissen en somatoforme stoornissen is het aandeel niet-gecontracteerde zorg in aantal patiënten en zorgkosten hoger dan het landelijk gemiddelde. Voor aandachtstekort is dit 26% van de patiënten en 18% van de zorgkosten. Voor somatoforme

stoornissen is dit 25% van de patiënten en 31% van de zorgkosten. 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 privacy code (een onbekende diagnose in verband met privacy bezwaren) is de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook het bijbehorende aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten ligt op 50%. Het gaat hierbij om 5% van alle vergoede kosten in de niet-gecontracteerde zorg.

Een verdieping naar enkele opvallende diagnoses in het onderzoek laat zien dat de niet-gecontracteerde somatoforme zorg voor meer dan 90% wordt verzorgd door volledig niet-gecontracteerde aanbieders. Voor verslaving aan alcohol of overige middelen ligt dit aandeel rond de 60%. Het beeld van 2019 komt overeen met 2016.

Het aandeel niet-gecontracteerde zorg is voor de meeste diagnoses stabiel over de jaren 2016 tot en met 2019. De trend voor niet-gecontracteerde zorg is stijgend voor de diagnoses privacy code, aandachtstekort stoornissen en angst. De diagnoses verslaving aan alcohol gebonden middelen en verslaving aan overige middelen laten een daling zien in het aandeel niet-gecontracteerde zorg.

Contracteergraad van zorgverzekeraars
Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten ten opzichte van de totale zorgkosten varieert tussen zorgverzekeraars van 0,6 tot 24,7% in 2016 en 0,5 tot 19,7% in 2019. Als we inzoomen op verschillende diagnosecategorieën (verslaving aan alcohol gebonden middelen, verslaving aan overige middelen, somatoforme stoornissen allen zonder verblijf en angst met verblijf) dan zien we de grootste variatie tussen zorgverzekeraars voor de somatoforme stoornissen.

1.2. Vergelijking in uren en kosten per patiënt

Door grote verschillen in patiënt karakteristieken is het niet mogelijk om de kosten per patiënt te vergelijken over de gehele ggz. Wel kan gekeken worden naar specifieke groepen, zoals type aanbieder, diagnose en verblijfstatus.

- Het aantal uren per patiënt is voor de meeste diagnoses zonder verblijf lager in de niet-gecontracteerde zorg dan in de gecontracteerde zorg. Met uitzondering van de diagnoses verslaving aan alcohol gebonden (+3%) of overige middelen (+7%), eetstoornis (+10%), somatoforme stoornissen (+33%) en Basis GGZ middel (+95%).
- Voor de zorg met verblijf geldt dat het aantal uren per patiënt lager is in de niet-gecontracteerde zorg vergeleken met de gecontracteerde zorg bij de diagnoses angst (-52%) en verslaving aan alcohol gebonden middelen (-9%). Het aantal uren per patiënt is hoger voor de niet-gecontracteerde zorg dan in de gecontracteerde zorg voor de diagnoses depressie (5%) en verslaving aan overige middelen (14%).
- 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 21%.

- Binnen de zorg zonder verblijf zijn de kosten per patiënt hoger in de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses somatoforme stoornissen (73%), verslaving aan overige middelen (41%), verslaving aan alcohol (28%), eetstoornissen (18%) en privacy code (17%). Voor de andere diagnoses zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg. Voor schizofrenie (-29%), pervasieve stoornissen (-30%) en aandachtstekort (-31%) is het verschil met de gecontracteerde zorg het grootst.
- Binnen zorg met verblijf zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses angst (-54%), verslaving aan alcohol (-35%) en overige middelen (-23%).
- 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.

2. Inleiding

Jaarlijks worden meer dan 1 miljoen mensen met psychische klachten en aandoeningen geholpen door de huisarts en praktijkondersteuners ggz, de generalistische basis ggz, de gespecialiseerde 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, zorgkantoren en justitie.

De meeste zorg binnen de curatieve ggz (Zvw) wordt door zorgverzekeraars ingekocht via contracten met zorgaanbieders. Eerder onderzoek van Vektis toont aan dat specifiek voor de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz het aandeel niet-gecontracteerde zorg in vergoede kosten is gestegen van 6,3% in 2016 naar 8,0 in 2018.[1] Het aandeel patiënten dat niet-gecontracteerde zorg heeft ontvangen lag in 2016 op 8,8% en in 2018 op 11,6%.

Zvw-partijen vinden de in de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft. Daarom zijn in de hoofdlijnakkoorden (HLA's) voor de ggz afspraken gemaakt over het bevorderen van zorgcontractering. De HLA's streven dat er geen stijging plaatsvindt van de niet-gecontracteerde zorg in 2019 ten opzichte van 2016. De akkoorden beschrijven tevens consequenties indien het aandeel niet-gecontracteerde zorg in (onderdelen van) de ggz niet daalt, ondanks de hiervoor genoemde inspanningen. In dat geval zal een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak plaatsvinden, gevolgd door verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving. Dit is 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 ondertekend[2] willen de ontwikkelingen met betrekking tot contractering binnen de ggz monitoren. In de HLA's is afgesproken dat Vektis de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz monitort.

[1] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/09/10/ontwikkeling-niet-gecontracteerde-geestelijke-gezondheidszorg-2016-2018. De cijfers uit het rapport van vorig jaar wijken ligt af van de cijfers uit dit huidige rapport. Dit komt doordat declaratiegegevens vanuit de zorgverzekeraars kunnen wijzigen. In deze inleiding worden de meest actuele cijfers getoond.
[2] GGZ NL, MIND, NVvP, LVVP, NIP, P3NL, Platform MEERGGZ, V&VN, InEen, FO, RIBW Alliantie, ZN en de staatssecretaris van VWS.

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 generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz voor de jaren 2016 tot en met 2019. 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.

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 beschrijft de opzet en methode van het onderzoek. Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de ggz voor de periode 2016 tot en met 2019.

Hoofdstuk 5 biedt inzicht in de verdeling van vergoede gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz voor de periode 2016 tot en met 2019. Paragraaf 5.1. geeft een algemeen beeld van het aantal patiënten en de kosten in de niet-gecontracteerde ggz per jaar. Paragraaf 5.2. geeft inzicht in verschillen tussen zorgaanbieders, waarbij gekeken wordt naar de ontwikkeling in de contracteergraad van aanbieders, type aanbieders en nieuwe aanbieders. Paragraaf 5.3. geeft een beeld van de variatie in mate van contracteren tussen zorgverzekeraars. Paragraaf 5.4. biedt inzicht in de niet-gecontracteerde en de gecontracteerde zorg bij patiënten ingedeeld naar verblijfstatus en diagnose. Tot slot wordt in paragraaf 5.5. de kosten en het aantal uren per patiënt nader bekeken, waarbij verdiepingen worden geboden naar verschillende diagnoses, opsplitsing van de zorg naar met en zonder verblijf en type zorgaanbieder.

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.

3.1. Declaratiegegevens ggz

Als basis voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het informatiesysteem van Vektis, waaraan alle zorgverzekeraars maandelijks declaratiegegevens van de ggz leveren (QG-Zvw). 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 bedragen.

In dit onderzoek zijn declaratiegegevens gebruikt die zorgverzekeraars hebben verwerkt en bij Vektis hebben aangeleverd tot en met eind augustus 2021, over de jaren 2016 tot en met 2019. De dekkingsgraad is afhankelijk van de aanleversnelheid van de declaratiegegevens vanuit de zorgverzekeraars naar Vektis. De data voor 2016 tot en met 2018 zijn (nagenoeg) compleet. Voor 2019 is naar verwachting ruim 98% van de verwachte zorg afgesloten, gedeclareerd en verwerkt.

Het gaat bij declaratiegegevens alleen om alle door zorgverzekeraars als rechtmatige beoordeelde en goedgekeurde declaraties. Hierbij gaan we 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 meegenomen[3]. Voor de aanbieder wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de AGB-code van de aanbieder die de zorg declareert (indiener).

3.2. Contractinformatie zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben Vektis in het derde kwartaal van 2021 een bestand geleverd met de zorgaanbieders waarmee een contract is afgesloten voor het jaar 2019. De contractinformatie voor de jaren 2016 tot en met 2018 was al aangeleverd voor het onderzoek van vorig jaar.

Elk contract heeft een begin- en einddatum. Wanneer de begindatum van een zorgprestatie binnen de contractperiode valt, is deze toegerekend aan de gecontracteerde zorg. Wanneer de begindatum van een zorgprestaties buiten de contractperiode valt, is de gehele prestatie

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

toegerekend aan de niet-gecontracteerde zorg. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen prestaties en diagnoses. Een zorgaanbieder kan met een deel van de zorgverzekeraars wel en met een deel van de zorgverzekeraars geen contract hebben afgesloten. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de loop van het jaar een contract afsluiten. Hiermee is rekening gehouden bij de toewijzing van de declaraties.

3.3. Validatie

Om een goed beeld te krijgen van de contracteergraad 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 een validatie uitgevoerd. Hierbij is een vergelijking gemaakt tussen 'gecontracteerde' en 'niet-gecontracteerde' zorg, zoals enerzijds bekend bij Vektis en anderzijds bekend bij de zorgverzekeraars. Hierdoor is voorafgaand aan de analyses getoetst of de data 'niet-gecontracteerde zorg' overeenkwam met het beeld van de individuele zorgverzekeraars.

Samen met de zorgverzekeraars is besloten om de declaraties te verdelen in 3 groepen: 'gecontracteerde ggz', 'niet-gecontracteerde ggz' en 'contractstatus onbekend'. De declaraties uit de groep contractstatus onbekend zijn wel meegenomen in het inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de ggz, beschreven in hoofdstuk 4, maar uitgesloten voor de verdiepende analyses naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, beschreven in hoofdstuk 5.

Declaraties met onderstaande beperkingen vallen onder de categorie 'contractstatus onbekend':

- Voor 2 kleine zorgverzekeraars was het niet mogelijk om contractinformatie voor de jaren 2016 en 2017 aan te leveren voor de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz. Gevoeligheidsanalyse heeft aangetoond dat het verschil tussen het wel of niet meenemen van deze twee zorgverzekeraars in 2018 en 2019 een effect heeft op het percentage niet-gecontracteerde zorgkosten van +0,2 procentpunt van 8,0% naar 8,2% in 2019.
- 1 grote zorgverzekeraar was niet in staat om contractinformatie aan te leveren voor de generalistische basis ggz voor de jaren 2016-2019 aan Vektis. De declaraties van deze zorgverzekeraar binnen de generalistische basis ggz vallen daarom voor alle jaren in de categorie contractstatus onbekend. We weten niet wat het effect is van deze zorgverzekeraar op de landelijke ontwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg. Indicaties vanuit de zorgverzekeraar geven geen reden om aan te nemen dat deze zorgverzekeraar een andere trend heeft van niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van het beeld van de andere zorgverzekeraars samen.
- Van een klein deel van de declaraties, de declaraties die niet elektronische 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 de declaratiegegevens die 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.

Tabel 1 laat zien dat 64,9 miljoen euro binnen de groep contractstatus onbekend valt in 2019, dat is 1,7% op het totaal van 3,9 miljard euro. Het gaat hierbij om 58,0 miljoen euro binnen de generalistische basis ggz, dat is 22,0% op het totaal van 263,7 miljoen euro. Bij de gespecialiseerde ggz gaat het om 6,9 miljoen euro, dat is 0,2% op het totaal van 3,6 miljard euro.

Tabel 1: Het aandeel van de kosten van de declaraties met contractstatus onbekend op de totale kosten binnen de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

Jaar	Kosten groep contractstatus onbekend (in miljoenen euro's)	Kosten totaal (in miljoenen euro's)	Percentage uitgesloten
Gb-ggz			
2016	60,6	199,7	30,4
2017	66,1	214	30,9
2018	54,2	228,7	23,7
2019	58,0	263,7	22,0
S-ggz			
2016	157,7	3.115,5	5,1
2017	168,3	3.234,7	5,2
2018	14,4	3.441,6	0,4
2019	6,9	3.603,9	0,2
Totaal			
2016	218,3	3.315,2	6,6
2017	234,4	3.448,7	6,8
2018	68,6	3.670,3	1,9
2019	64,9	3.867,6	1,7

3.4. Uitgangspunten rapportage

De berekeningen in dit rapport zijn uitgevoerd met de exacte bedragen. Percentages in het rapport kunnen daarom licht afwijken van de cijfers als die worden berekend op basis van de afgeronde waardes uit de rapportage. Er hebben geen correcties naar patiënt karakteristieken (case-mix) plaatsgevonden.

Daarnaast geldt voor dit rapport dat bij een onderverdeling van het aantal patiënten naar verschillende groepen, het aantal patiënten per onderdeel niet optelt tot het totaal aantal patiënten dat zorg heeft gehad. Dit komt doordat patiënten in 1 jaar in meerdere groepen kunnen voorkomen. 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 in een jaar zorg heeft ontvangen van zowel een aanbieder met een contract, als van een aanbieder zonder een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt.

4. Kwantitatieve ontwikkeling ggz

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de ggz over de periode 2016 tot en met 2019[4]. De cijfers waar we in dit hoofdstuk naar verwijzen zijn te vinden in tabel 3 (Ontwikkeling omvang ggz per zorgsoort) in bijlage II.

In 2019 ontvingen 758 duizend mensen zorg vanuit de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en/of langdurige ggz[5]. Dit is een stijging van 5,3% ten opzichte van 2016, toen 721 duizend mensen zorg vanuit de ggz ontvingen. De totale kosten zijn in 2019 met 16,8% gestegen ten opzichte van 2016, van 3,4 miljard naar 4,0 miljard euro.

In 2019 ontvingen 247 duizend patiënten zorg vanuit de generalistische basis ggz. De omvang hiervan bedraagt 264 miljoen euro. Vanuit de gespecialiseerde ggz ontvingen 546 duizend patiënten zorg. Dit omvat 3,6 miljard euro. Dit is inclusief 44 duizend patiënten die voor 1,4 miljard euro zorg ontvangen binnen de gespecialiseerde ggz met verblijf. 524 duizend patiënten vallen met een omvang van 2,2 miljard euro binnen de gespecialiseerde ggz zonder verblijf.[6]

In de rapportage zijn de kosten gedeclareerd op de innovatieve prestatiecodes voor Umami en Eleo opgenomen in de cijfers voor de generalistische basis ggz. Het gaat om volledig gecontracteerde zorg en respectievelijk 0,3 miljoen in 2016; 0,9 miljoen in 2017; 1,7 miljoen in 2018; en 23,5 miljoen in 2019.

Aangezien het tweede en derde jaar verblijf (de langdurige ggz) voor alle 4 de jaren volledig gecontracteerde zorg betreft, wordt deze vorm van zorg voor het vervolg van het onderzoek buiten beschouwing gelaten. Het gaat hierbij om ongeveer 2.600 patiënten met een omvang van 156 miljoen euro voor 2019. Vanaf hier richten we ons in het onderzoek daarom alleen nog op de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz.

[4] In dit onderzoek zijn alle beschikbare declaraties meegenomen t/m 2019 op peildatum 26 augustus 2021. Hiermee wordt een zo recent mogelijk beeld van de zorg geschetst. Het dekkingspercentage voor 2019 is meer dan 98%. Mogelijk hebben de Covid-19 maatregelen uit 2020 effect op de cijfers van 2019. Aangezien declaraties van patiënten waarvan de begindatum in 2019 en de einddatum in 2020 ligt, meegeteld worden in 2019.
[5] Meer kwantitatieve feiten over de ggz zijn te vinden op https://www.vektis.nl/actueel?tags=geestelijke-gezondheidszorg.
[6] Het aantal patiënten binnen de gespecialiseerde ggz met en zonder verblijf is niet gelijk aan het aantal patiënten van de gespecialiseerde ggz, doordat patiënten in een jaar beide vormen van zorg kunnen hebben ontvangen.

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 2019. 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 gespecialiseerde ggz.

Paragraaf 5.2. geeft inzicht in verschillen tussen aanbieders, waarbij gekeken wordt naar de ontwikkeling in de contracteergraad van aanbieders, type aanbieders en nieuwe aanbieders. Paragraaf 5.3. geeft een beeld van de variatie in mate van contracteren tussen zorgverzekeraars. Paragraaf 5.4. biedt inzicht in de niet-gecontracteerde en de gecontracteerde zorg patiëntpopulaties uitgesplitst naar verblijfstatus en diagnose. Tot slot wordt in paragraaf 5.5. de kosten en het aantal uren per patiënt nader bekeken, waarbij verdiepingen worden geboden naar verschillende diagnoses, opsplitsing van de zorg naar verblijfstatus en type zorgaanbieder.

Zoals beschreven in paragraaf 3.3. hebben we de totale omvang van de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz verdeeld in 3 groepen: gecontracteerde ggz, niet-gecontracteerde ggz en contractstatus onbekend. In dit hoofdstuk en de bijbehorende tabellen in bijlage II richten we ons alleen op 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.

In dit hoofdstuk worden naast percentages ook de omvang van de categorieën in aantal patiënten en kosten weergegeven. Deze exacte aantallen zijn niet vergelijkbaar tussen de jaren, omdat het aandeel van de groep contractstatus onbekend varieert over de jaren. Met name doordat de declaratiegegevens van 2 kleine zorgverzekeraars zijn uitgesloten in 2016 en 2017, maar wel zijn meegenomen in 2018 en 2019. Om een indruk te geven van de omvang van de resultaten per jaar, zijn exacte cijfers (omvang in aantallen en kosten) wel weergegeven in tabellen. Daarnaast worden exacte cijfers voor 2018 en 2019 getoond in figuren, omdat deze jaren vergelijkbaar zijn in de tijd.

Wanneer in dit hoofdstuk de term totale kosten (aantallen) ggz gebruikt wordt, gaat het alleen om onze onderzoekspopulatie: de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz samen.

5.1. Algemeen beeld (niet-)gecontracteerde ggz

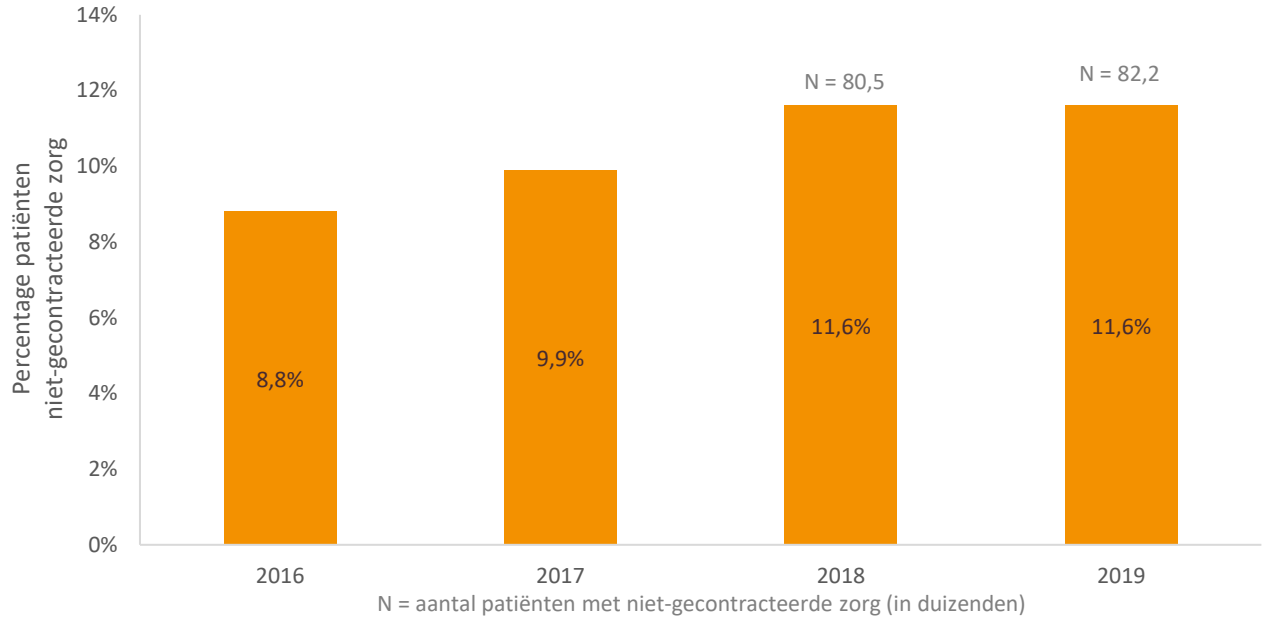
5.1.1. Aantal patiënten per jaar

Figuur 1 en 2 geven de ontwikkeling per jaar weer van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz in aandeel patiënten en kosten. De ontwikkeling uitgesplitst naar generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (met en zonder verblijf) is weergegeven in tabel 4 (Het aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg) en tabel 5 (Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten) uit bijlage II.

In figuur 1 en tabel 4 is het aantal patiënten weergegeven dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg heeft ontvangen per jaar. De omvang van het aantal patiënten met niet-gecontracteerde zorg in de onderzoekspopulatie is in verhouding meer toegenomen dan het aantal patiënten in de gecontracteerde zorg. Dit leidt ertoe dat het relatieve aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg tussen 2016 en 2018 is gestegen van 8,8 naar 11,6%. Het relatieve aandeel tussen 2018 en 2019 is gelijk gebleven.

Voor de afzonderlijke zorgsoorten zien we dat tussen 2016 en 2018 het percentage patiënten dat niet-gecontracteerde zorg ontving in de generalistische basis ggz is gestegen van 7,3 naar 9,8%. Tussen 2018 en 2019 is het percentage gedaald van 9,8 naar 9,1%. In de gespecialiseerde ggz met verblijf is het percentage tussen 2016 en 2018 gestegen van 3,7 naar 5,9%. Het percentage is tussen 2018 en 2019 gedaald van 5,9 naar 5,2%. In de gespecialiseerde ggz zonder verblijf is het percentage tussen 2016 en 2019 gestegen van 9,1 naar 12,3%.

Figuur 1: Het aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg

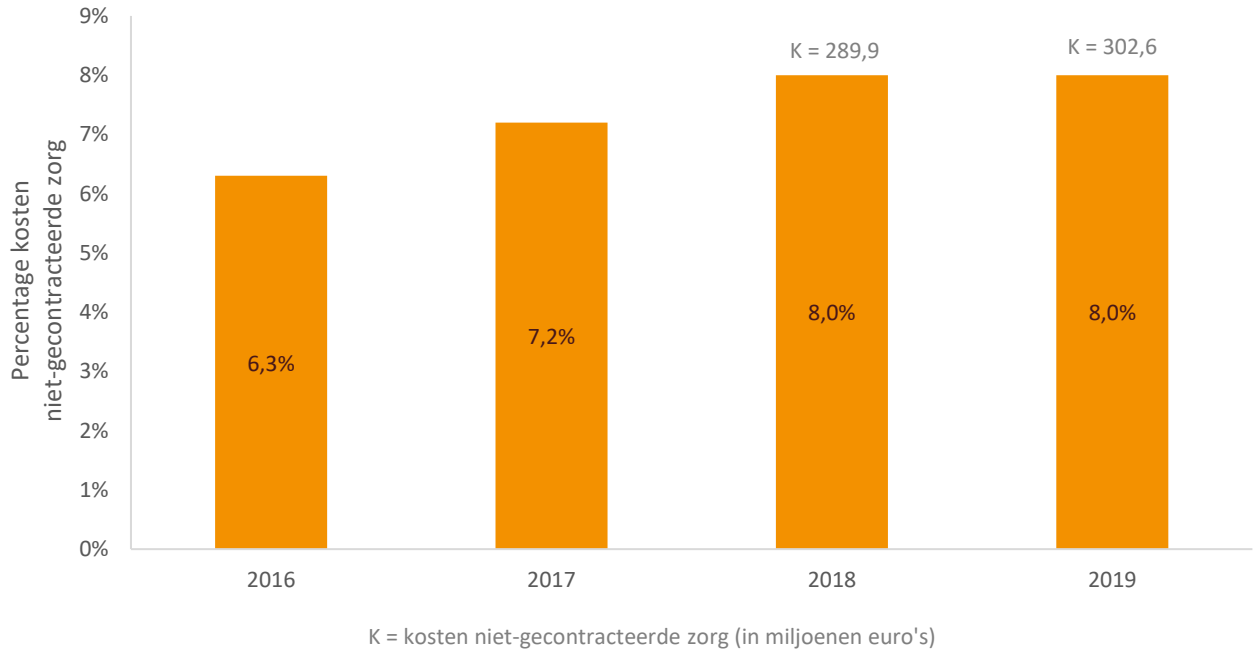


5.1.2. Kosten per jaar

In figuur 2 en tabel 5 worden de vergoede bedragen van geleverde ggz gecontracteerd en niet-gecontracteerd per jaar getoond. 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 tot en met 2018 gestegen van 6,3 naar 8,0%. Tussen 2018 en 2019 is het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten stabiel gebleven.

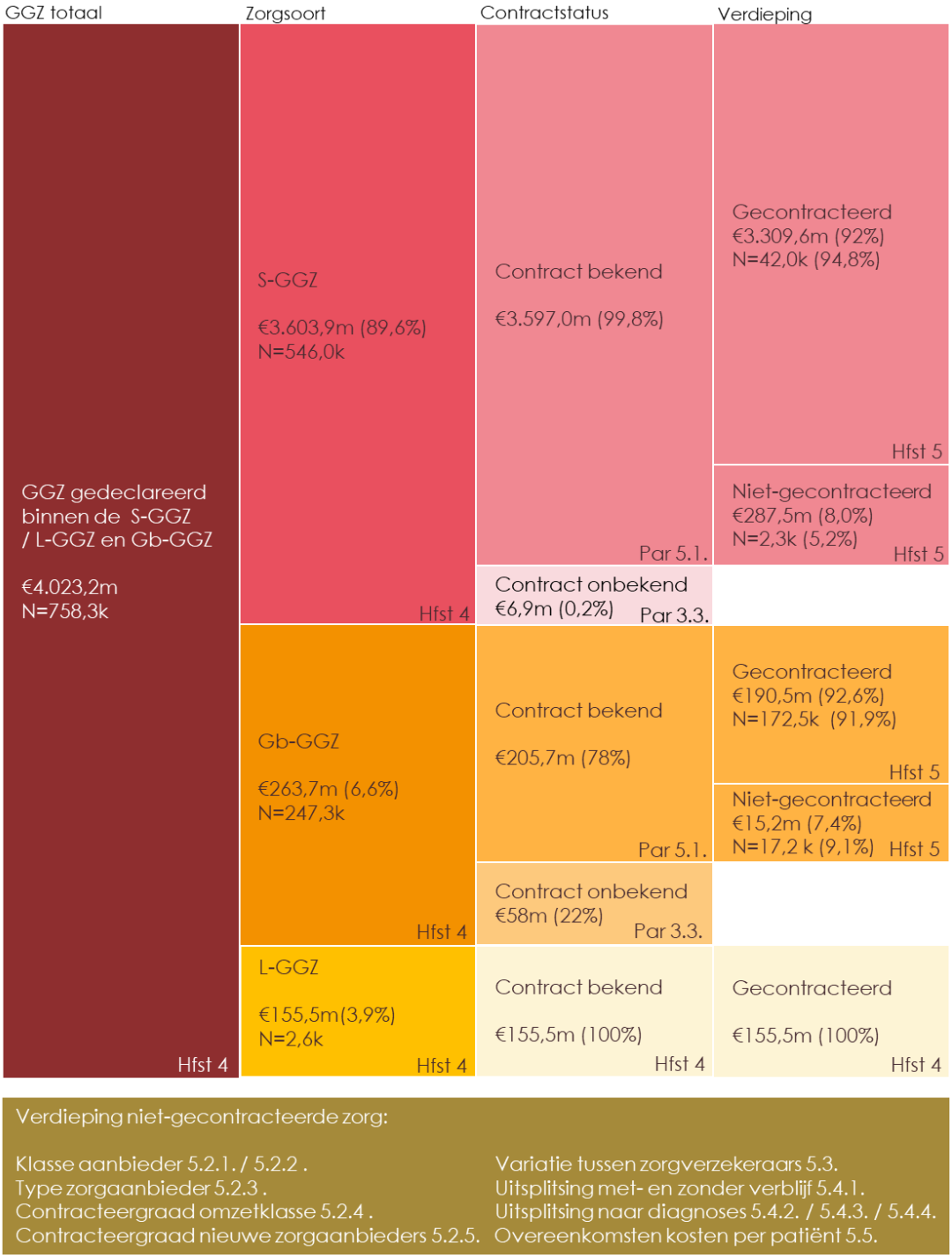
Tussen 2016 en 2018 is het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten generalistische basis ggz gestegen van 6,6 naar 8,7%. Tussen 2018 en 2019 is het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de generalistische basis ggz gedaald van 8,7 naar 7,4%. In de gespecialiseerde ggz met verblijf is het aandeel tussen 2016 en 2018 gestegen van 2,8 naar 3,5%. Tussen 2018 en 2019 is het aandeel niet-gecontracteerde zorg in deze categorie gedaald van 3,5 naar 3,0%. In de gespecialiseerde ggz zonder verblijf is het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten tussen 2016 en 2019 gestegen van 9,0 naar 11,4%.

Figuur 2: Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten



Figuur 3 biedt overzicht van de resultaten die tot nu toe zijn besproken in het rapport. Hiermee willen we een samenvattend beeld schetsen, dat inzicht biedt in hoe de resultaten zich tot elkaar verhouden. Hierna volgen de verdiepingen binnen de niet-gecontracteerde zorg.

Figuur 3: Overzicht van kosten en aantal patiënten GGZ geïncludeerd in het onderzoek voor 2019, uitgesplitst naar zorgsoort en contractstatus



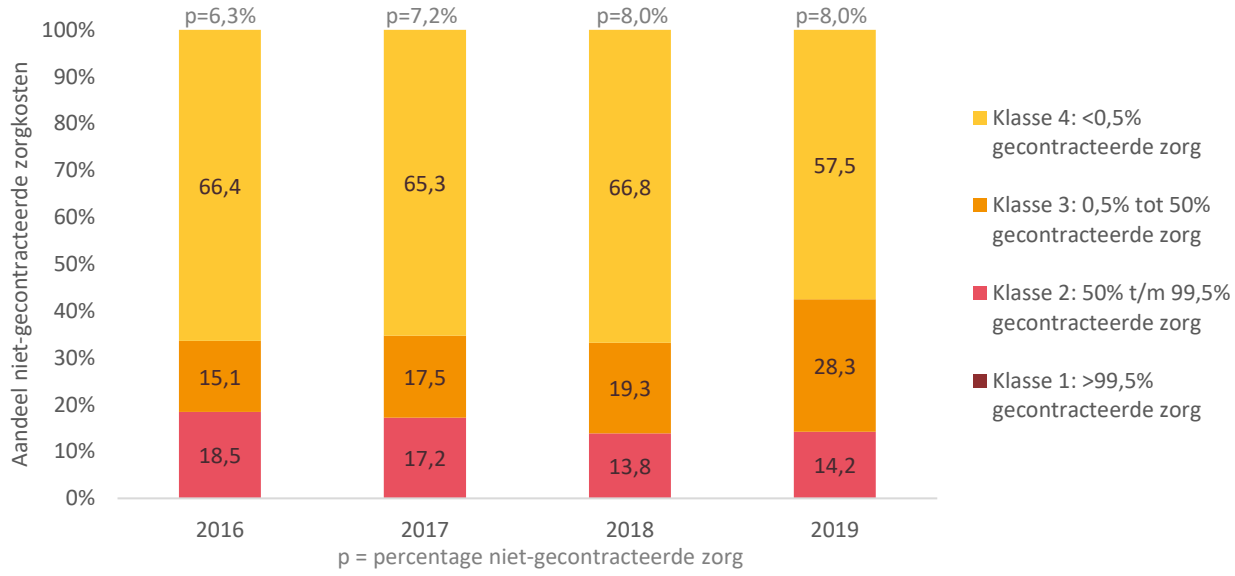
5.2. Verdieping naar verschillen tussen aanbieders

5.2.1. Ontwikkeling contracteergraad per klasse aanbieder voor de niet-gecontracteerde zorg

Een aanbieder kan met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben (volledig niet-gecontracteerd), met een deel van de zorgverzekeraars een contract hebben (deels gecontracteerd) of met alle zorgverzekeraars een contract hebben (volledig gecontracteerd). Om de contracteergraad in de ggz in kaart te brengen is een onderscheid in 4 groepen zorgaanbieders gemaakt. Deze groepen zijn volledig gecontracteerd (Klasse 1: >99,5% omzet uit gecontracteerde zorg), merendeels gecontracteerd (Klasse 2: tussen 50% en 99,5% gecontracteerde zorg), merendeels niet-gecontracteerd (Klasse 3: tussen 0,5% en 50% gecontracteerde zorg) en volledig niet-gecontracteerd (Klasse 4: <0,5% omzet uit gecontracteerde zorg). Iedere zorgaanbieder is ingedeeld in 1 van deze 4 categorieën.

Figuur 4 en tabel 6 geven de ontwikkeling weer in het aandeel per klasse aanbieder op het totaal aan niet-gecontracteerde zorgkosten. Het aandeel van de niet-gecontracteerde zorg gedeclareerd door volledig niet-gecontracteerde zorgaanbieders is gedaald in 2019 (57,5%) ten opzichte van de voorgaande jaren (66,4% in 2016). Het aandeel van de groep merendeels niet-gecontracteerde zorg is gestegen van 15,1% in 2016 naar 28,3% in 2019.

Figuur 4: Ontwikkeling aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten per klasse aanbieder



5.2.2. Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per klasse aanbieder

In deze paragraaf beschrijven we de omvang van de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz in het aandeel van het aantal aanbieders en kosten uitgesplitst naar contracteergraad van aanbieders. We gaan hiermee niet specifiek in op de uitsplitsing naar niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg.

Tabel 6 tot en met 8 (Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per jaar verdeeld naar klasse aanbieders) uit bijlage II geven de verdeling weer van aanbieders in aantallen, totale kosten en de kosten niet-gecontracteerde zorg, over de 4 verschillende klassen aanbieders. Per klasse zijn de totale ggz kosten, niet-gecontracteerde en gecontracteerde kosten opgeteld, weergegeven. Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten per klasse komt overeen met figuur 4. Tabel 6 toont het resultaat voor alle aanbieders. Deze gegevens zijn vervolgens uitgesplitst naar vrijgevestigden (psychiaters en psychologische zorgverleners) in tabel 7 en naar instellingen (alle overige zorgaanbieders) in tabel 8.

Uit tabel 6 blijkt voor de gespecialiseerde ggz en generalistische basis ggz in totaal het volgende:

- Het aantal aanbieders (vrijgevestigden en instellingen) van 2016 naar 2017 is met 91 afgenomen van 7.640 naar 7.549, waarna het aantal aanbieders vervolgens is toegenomen in 2018 (7.737) en 2019 (7.915).
- Het grootste aandeel van de totale curatieve ggz in kosten en aantal aanbieders komt uit de klasse volledig gecontracteerd. In kosten is het aandeel van deze groep vrijwel gelijk gebleven; 85,6% in 2019. Het aandeel van de groep volledig gecontracteerd in aantal aanbieders is afgenomen van 41,1% in 2016 naar 35,2% in 2019.
- Het aandeel van de klasse volledig niet-gecontracteerde aanbieders is in aantal aanbieders toegenomen van 26,5% in 2016 naar 33,4% in 2019. In kosten is het aandeel van deze groep gestegen van 4,2% in 2016 naar 4,6% in 2019. In figuur 4 zagen we dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg gedeclareerd door de volledig niet-gecontracteerde aanbieders wel is gedaald in 2019 in vergelijking met voorgaande jaren.
- Het aandeel aanbieders in de categorie merendeels niet-gecontracteerde zorg is gestegen van 6,0% in 2016 naar 7,5% in 2019. Het kosten aandeel van deze categorie is meer dan verdubbeld: van 1,4% in 2016 naar 2,9% in 2019.

Uit tabel 7 blijkt dat voor vrijgevestigde psychiaters en psychologische zorgverleners het volgende:

- Het aandeel aanbieders dat volledig gecontracteerd is, is gedaald van 41,0% in 2016 naar 36,3% in 2019. Het aandeel in de kosten is voor deze groep gedaald van 38,6 naar 33,8%.
- Het aandeel aanbieders dat volledig niet-gecontracteerd is, is gegroeid van 26,2 naar 33,9%. Het aandeel in de kosten voor deze groep is gegroeid van 12,1 naar 15,5%. Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten in deze categorie stijgt tussen 2016 en 2018 van 48,3 naar 55,1%, maar daalt tussen 2018 en 2019 van 55,1 naar 49,6%.
- Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de klasse merendeels niet-gecontracteerde zorg stijgt tussen 2018 en 2019 van 21,5 naar 28,3%.

Uit tabel 8 blijkt voor instellingen (alle overige zorgaanbieders) het volgende:

- Voor de instellingen is het aandeel aanbieders met name in de klasse volledig gecontracteerd afgenomen van 43,9% in 2016 naar 37,0% in 2019. Het aandeel in kosten is vrijwel gelijk gebleven.
- Het aandeel aanbieders in de klasse volledig niet-gecontracteerd is gedaald van 31,9% in 2016 naar 28,8% in 2019. Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten is gedaald van 74,0 naar 60,6%.

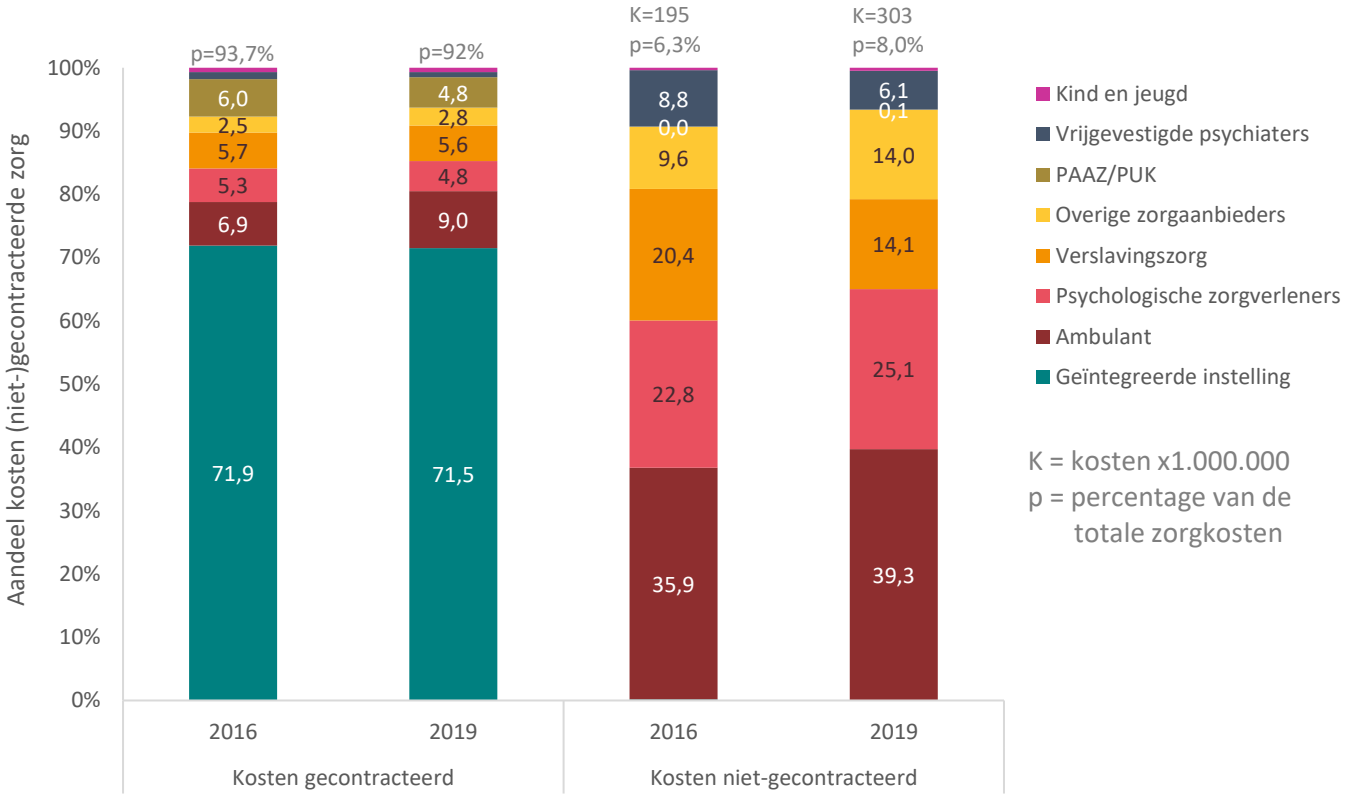
- De klasse merendeels niet-gecontracteerd is gegroeid in het aandeel aanbieders tussen 2016 en 2019 van 4,5 naar 11,0%. Het aandeel in de kosten voor deze groep is meer dan verdubbeld: van 0,8 naar 1,7%.

5.2.3. Verdeling van de kosten naar type zorgaanbieder

Figuur 5 toont de verdeling van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde kosten naar type aanbieder in 2016 en 2019. Geïntegreerde instellingen vormen veruit het grootste aandeel binnen de gecontracteerde zorg, deze leveren vrijwel volledig gecontracteerde zorg en hebben hiernaast een grote omzet. Ambulante instellingen en psychologische zorgverleners hebben het grootste aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast is het aandeel van verslavingszorg en overige zorgaanbieders groter binnen de niet-gecontracteerde dan binnen de gecontracteerde zorg.

Binnen de gecontracteerde zorg is het beeld voor 2016 en 2019 nagenoeg vergelijkbaar. Er hebben verschuivingen plaats gevonden binnen de niet-gecontracteerde zorg, zie ook figuur 6.

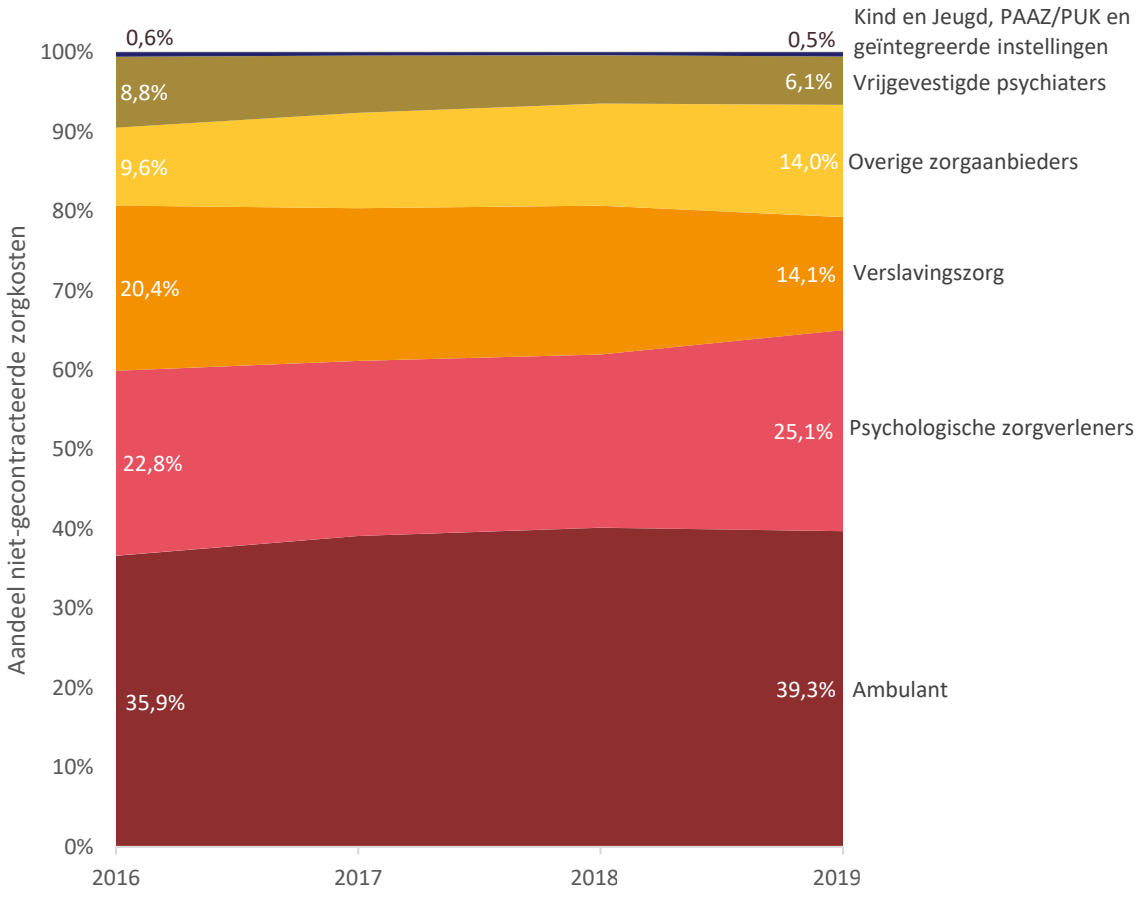
Figuur 5: Verdeling kosten naar type zorgaanbieder in 2016 en 2019



Figuur 6 geeft de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg per type zorgaanbieder voor de jaren 2016 tot en met 2019 weer[7]. Als achtergrondinformatie bij het aandeel niet-gecontracteerde zorg wordt de omvang van de niet-gecontracteerde zorg in kosten per type zorgaanbieder getoond in figuur 24 (Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorgkosten per type zorgaanbieder), bijlage II. De geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen (PAAZ/PUK) zijn vrijwel altijd gecontracteerd voor alle jaren. Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten voor ambulante instellingen, psychologische zorgverleners en overige zorgaanbieders is gestegen in 2019 ten opzichte van 2016.

Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten van de verslavingszorginstellingen is gedaald van 20,4% in 2016 naar 14,1% in 2019. Voor de vrijgevestigde psychiaters is het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten gedaald van 8,8% naar 6,1%. Bij de groep overig zorgaanbieders is het aandeel binnen de niet-gecontracteerde zorg gestegen van 9,6 in 2016 naar 14,0% in 2019.

Figuur 6: Ontwikkeling in aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten per type zorgaanbieder



[7] Voor een gedetailleerde definitie van de verschillende type zorgaanbieders, zie tabel 2 (Bijlage I). Gezien de kleine omzet (< 1% van totale curatieve ggz) van Kind en Jeugd-aanbieders en het kleine aandeel van PAAZ/PUK en geïntegreerde instellingen binnen de niet-gecontracteerde zorg, zijn deze type aanbieders samengenomen.

5.2.4. Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten naar omzetklasse van de aanbieder

In deze paragraaf beschrijven we de omvang van de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz in aantal aanbieders en kosten uitgesplitst naar omzetklasse van aanbieders. Aanbieders zijn ingedeeld in 7 omzetklassen. Tabel 9 (Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorg verdeeld naar omzetklasse aanbieder) uit bijlage II toont de ontwikkeling van hoe aanbieders zijn verdeeld naar verschillende klassen van omzet. Uit de tabel valt het volgende op:

- Het grootste aandeel van de aanbieders (88%-90%) voor de jaren 2016 (6.8 duizend) tot en met 2019 (6.9 duizend) valt in de omzetklasse van minder dan 100 duizend euro. Samen omsluiten zij over de jaren rond de 5% van de totale kosten.
- Voor alle jaren geldt dat meer dan 80% van alle kosten worden gemaakt door 1% van de aanbieders die vallen in de groep met een omzet van meer dan 5 miljoen euro.
- Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten ligt het hoogst in de groep met een omzetklasse van <10.000 euro en is gestegen, namelijk van 44,4% in 2016 naar 57,7% in 2019.
- Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten voor de aanbieders met een omzetklasse van 5 tot en met 10 miljoen euro laat een daling zien in 2019 ten opzichte van de voorgaande jaren. Zo ligt dit percentage in 2019 op 12,4% ten opzichte van percentages variërend van 20,5% tot en met 23,7% in de voorgaande jaren.
- Het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten voor de aanbieders met een omzetklasse van >10 miljoen is gestegen van 0,5% in 2016 naar 2,9% in 2019. Het aandeel in kosten van deze groep is hierbij ook gestegen van 75,4 naar 77,9%.

We hebben het effect op het percentage niet-gecontracteerde zorg onderzocht van zorgaanbieders welke de hoogste bijdrage hebben binnen de niet-gecontracteerde zorg. Hieruit kwam naar voren dat in 2019 de helft van alle niet-gecontracteerde zorg wordt verzorgd door 30 zorgaanbieders. Wanneer deze zorgaanbieders worden uitgesloten van de analyse dan daalt het percentage niet-gecontracteerde zorg in kosten van 8,0% naar 5,5%[8].

Deze 30 zorgaanbieders hebben in 2019 allen een omzet van meer dan 1,5 miljoen euro en zijn bijna allemaal meer dan 3 jaar actief. In 2019 valt 2/3 deel van de zorgaanbieders in de groep volledig niet-gecontracteerd. De overige zorgaanbieders vallen in de groepen merendeels (niet-)gecontracteerd. Bij nagenoeg al deze zorgaanbieders is het in de periode 2016 tot en met 2019 niet voorgekomen dat ze een jaar volledig gecontracteerde zorg hebben verleend.

5.2.5. Inzicht in contracteergraad bij nieuwe zorgaanbieders

Figuur 7 biedt inzicht in de contracteergraad in 2016 en 2019, naar drie categorieën van 'leeftijd' van de onderneming/aanbieder. Om de onderneming in te delen is gebruik gemaakt van het startjaar van de AGB-code. Aanbieders die korter dan 3 jaar bestaan zijn ingedeeld in twee groepen, namelijk ontstaan in het betreffende jaar of het jaar ervoor, 0-1 jaar (voor 2019 ontstaan tussen 1-1-2018 en 31-12-2019); de groep aanbieders ontstaan 2-3 jaar voor het betreffende jaar (voor 2019 ontstaan tussen 1-1-2016 en 31-12-2017). De derde groep zijn de overige aanbieders, ontstaan meer dan 3 jaar voor het betreffende jaar (voor 2019 ontstaan voor 1-1-2016). Boven de

[8] In de berekening van het percentage niet-gecontracteerde zorg halveert de teller, het percentage niet-gecontracteerde zorg halveert niet, omdat een deel van deze instellingen deels-gecontracteerde zorg levert.

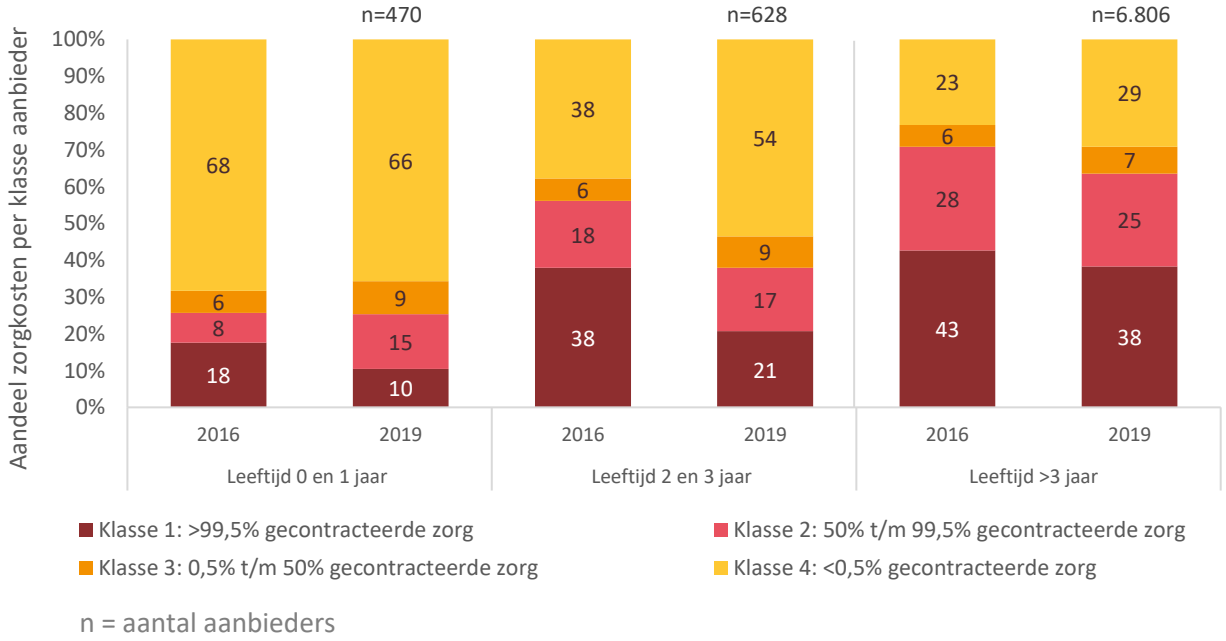
staafdiagram is het aantal aanbieders weergegeven voor het betreffende jaar en leeftijdscategorie.

De figuur laat zien dat naarmate een onderneming langer bestaat, de contracteergraad toeneemt. Hiernaast lijkt de snelheid van contracteren te zijn afgenomen van 2016 naar 2019. Zo ligt het aandeel voor ondernemingen die meer dan 3 jaar voor het verslagjaar zijn ontstaan en binnen de klasse volledig gecontracteerde zorg vallen, hoger dan bij de ondernemingen die 2 tot en met 3 of 0 tot en met 1 jaar geleden zijn ontstaan. Bij alle drie de groepen is dit percentage afgenomen van 2016 naar 2019: van 43 naar 38% voor de ondernemingen met een leeftijd >3 jaar; van 38 naar 21% voor de ondernemingen met een leeftijd van 2 of 3 jaar; en van 18 naar 10% voor de ondernemingen met een leeftijd van 0 of 1 jaar.

Hoe korter geleden een onderneming is ontstaan, hoe hoger het percentage voor de klasse volledig niet-gecontracteerde zorg. Bij aanbieders met een leeftijd groter dan 3 jaar is dit percentage toegenomen van 2016 naar 2019: van 23 naar 29%. Voor aanbieders die 2 of 3 jaar bestaan is dit percentage ook toegenomen van 2016 naar 2019: van 38 naar 54%. Voor de aanbieders die 0 of 1 jaar bestaan is het aandeel van de categorie volledig niet-gecontracteerde aanbieders ongeveer gelijk gebleven, 68% in 2016 en 66% in 2019.

Verder valt bij de merendeels-gecontracteerde groep van ondernemingen die 0 tot en met 1 jaar geleden zijn ontstaan op dat het percentage bijna is verdubbeld van 2016 naar 2019: van 8 naar 15%.

Figuur 7: Verhouding contracteergraad op basis van totale zorgkosten weergegeven naar leeftijd van de onderneming in 2016 en 2019

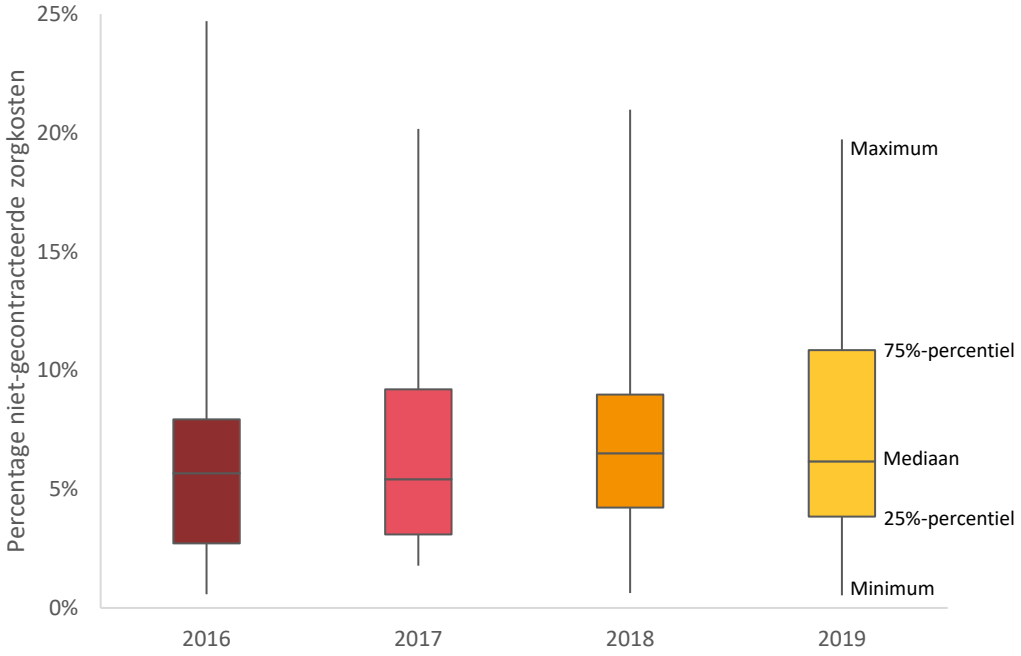


5.3. Verdieping naar verschillen tussen zorgverzekeraars

Er zijn verschillen in het aandeel niet-gecontracteerde zorg tussen de zorgverzekeraars. In deze paragraaf geven we de variatie in het percentage niet-gecontracteerde zorgkosten tussen zorgverzekeraars weer met behulp van de mediaan (50%-percentiel) en het 25%- en 75%-percentiel door middel van boxplots. De uiteinden van de 'whiskers' geven het laagste en hoogste percentage niet-gecontracteerde zorgkosten weer dat voor een zorgverzekeraar in een bepaald jaar is gevonden. Percentielen kunnen worden berekend door een dataset te verdelen in 100 gelijke delen. Het 25%-percentiel is bijvoorbeeld een getal zodanig dat 25% van de data kleiner of eraan gelijk is.

Figuur 8 toont de spreiding in de niet-gecontracteerde zorgkosten per jaar tussen 8 zorgverzekeraars in 2016 en 11 zorgverzekeraars in 2019. Er zijn verschillen in het aandeel niet-gecontracteerde zorg tussen de zorgverzekeraars. Landelijk valt op dat de spreiding is toegenomen in 2019 ten opzichte van 2016, het verschil tussen het 25%- en 75%-percentiel is namelijk groter geworden. De mediaan is 5,7% in 2016 en 6,2% in 2019. Het hoogste aandeel niet-gecontracteerde zorg gemeten voor de verschillende zorgverzekeraars is lager in 2019 ten opzichte van 2016. Het aandeel niet-gecontracteerde zorg varieert tussen de 0,6% en 24,7% in 2016 en tussen de 0,5% en 19,7% in 2019.

Figuur 8: Spreiding aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten tussen zorgverzekeraars per jaar

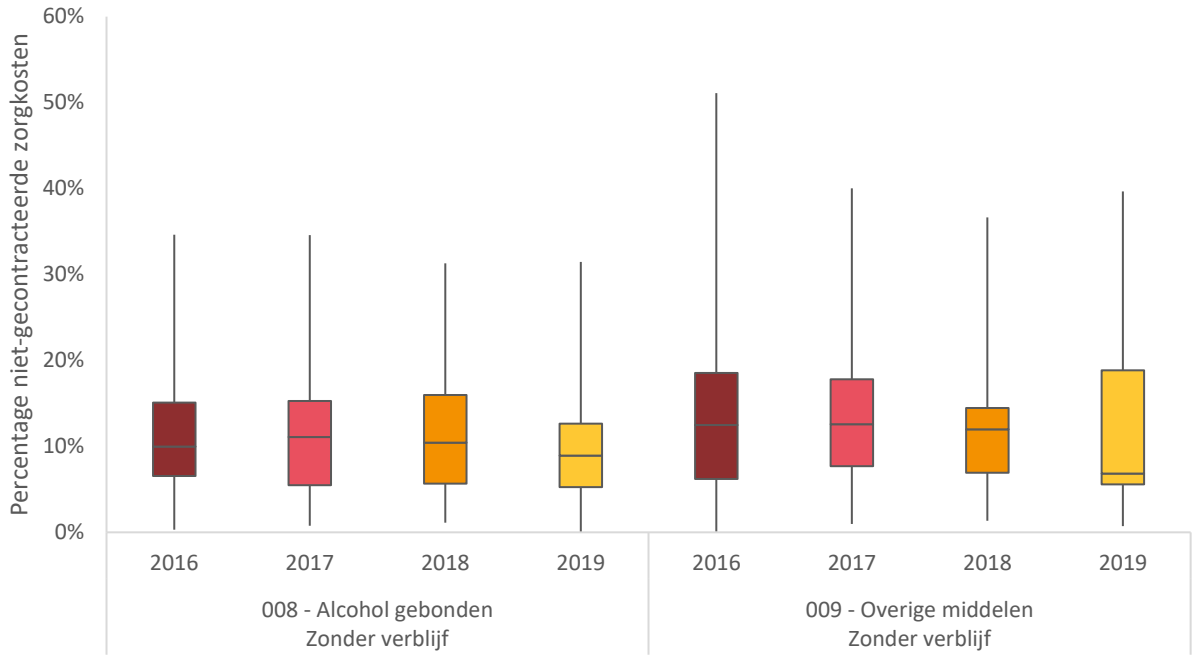


In figuur 9 (a en b) wordt een vergelijkbaar inzicht geboden, maar dan uitgesplitst naar 4 verschillende diagnoses. Deze diagnoses zijn geselecteerd op basis van de combinatie van een hoog aantal patiënten en kosten niet-gecontracteerde zorg (figuur 12 en 13) en afwijkende uren en kosten per patiënt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg (figuur 15 en 16).

Deze figuur laat zien dat het percentage niet-gecontracteerde zorg varieert tussen diagnoses, maar ook binnen diagnoses over de tijd.

Figuur 9a laat zien dat het percentage niet-gecontracteerde zorgkosten voor de diagnose verslaving aan alcohol gebonden middelen (zonder verblijf) varieert tussen bijna 0% en uitschieters van ruim boven de 30% niet-gecontracteerde zorgkosten. Voor de diagnose verslaving aan overige middelen (zonder verblijf) varieert dit aandeel van bijna 0% tot en met een uitschieter van 51%. Voor de diagnose verslaving aan alcohol gebonden middelen is het mediane percentage niet-gecontracteerde zorgkosten over de jaren ongeveer gelijk gebleven: 10,0% in 2016 en 8,9% in 2019. Voor verslaving aan overige middelen is het mediane percentage niet-gecontracteerde zorgkosten in 2019 (6,8%) lager dan 2016 (12,5%) tot en met 2018.

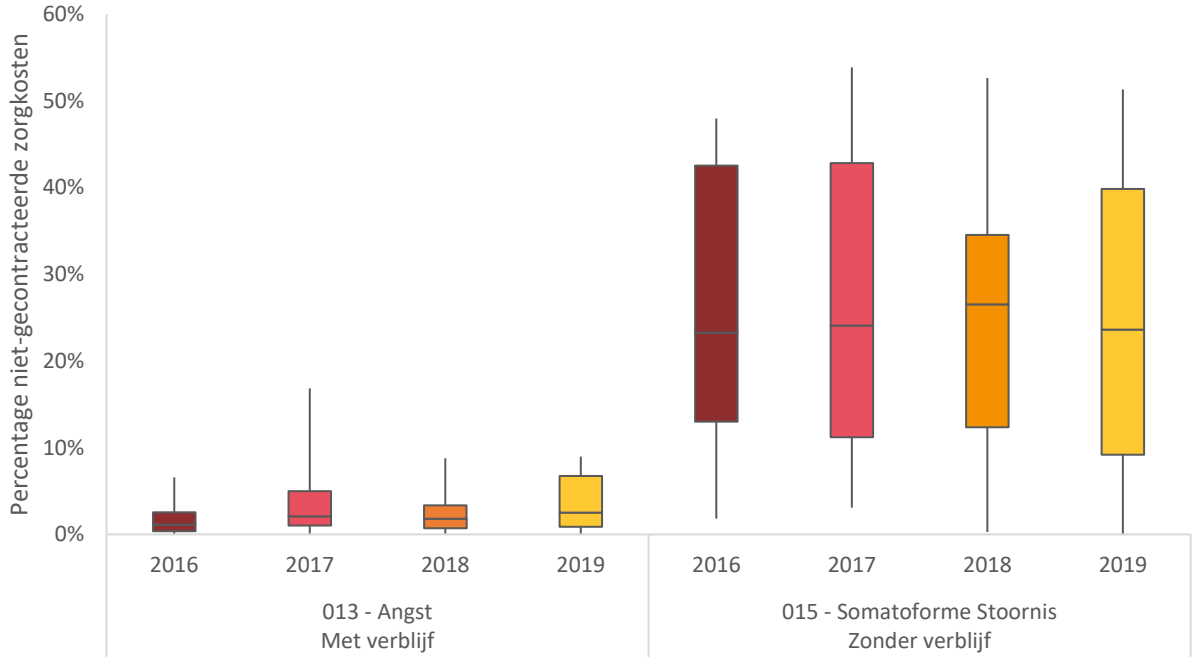
Figuur 9a: Spreiding aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten tussen zorgverzekeraars per jaar voor de diagnoses aan alcohol gebonden verslaving en verslaving aan overige middelen (zonder verblijf)



Figuur 9b laat zien dat voor angst met verblijf het percentage niet-gecontracteerde zorgkosten laag is. Dit percentage varieert van 0% tot 6,6% in 2016 en 9,0% in 2019. De mediaan is iets gestegen van 1,1% in 2016 naar 2,5% in 2019.

Voor somatoforme stoornissen valt op dat er veel variatie is in het percentage niet-gecontracteerde zorgkosten tussen de zorgverzekeraars, met een minimum van 0% in 2019 en maximum van 51,3%. Het verschil tussen het 25% percentiel en het 75% percentiel is groot. De mediaan is ongeveer gelijk in 2016 en 2019, respectievelijk 23,2 en 23,6%.

Figuur 9b: Spreiding aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten tussen zorgverzekeraars per jaar voor de diagnoses angst (met verblijf) en somatoforme stoornis (zonder verblijf)



5.4. Verdieping naar verschillen in patiëntpopulaties

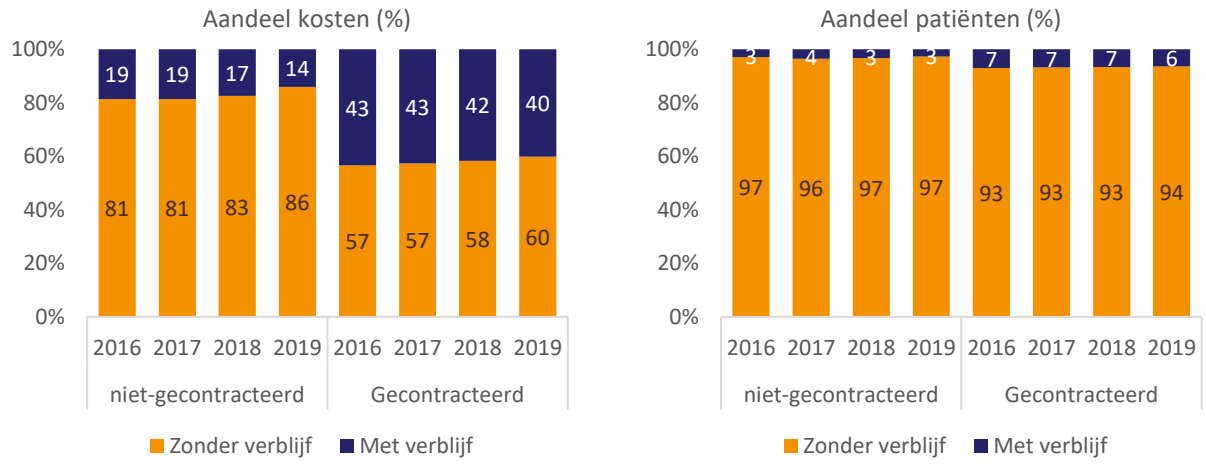
Om inzicht te krijgen of patiëntpopulaties van gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders binnen de ggz van elkaar verschillen, is gekeken naar verschillen in het aandeel niet-gecontracteerde zorg bij patiënten met en zonder verblijf, bij verschillende diagnoses en bij diagnoses in combinatie met verblijfstatus.

5.4.1. Verdeling van de (niet-)gecontracteerde zorg naar verblijfstatus

Uit figuur 10 blijkt dat het aandeel zorg met verblijf in de niet-gecontracteerde ggz in kosten is afgenomen van 19% in 2016 naar 14% in 2019. Ook binnen de gecontracteerde zorg is het aandeel van de zorg met verblijf afgenomen van 43% in 2016 naar 40% in 2019. De zorg met verblijf is daarmee meer vertegenwoordigd binnen de gecontracteerde zorg, dan binnen de niet-gecontracteerde zorg.

Ook het aandeel patiënten van zorg met verblijf is over alle 4 de jaren binnen het gecontracteerde deel groter (circa 7%) dan binnen het niet-gecontracteerde deel (circa 3%).

Figuur 10: Kosten en patiënten niet-gecontracteerde ggz met en zonder verblijf per jaar



5.4.2. Aandeel patiënten en kosten niet-gecontracteerde zorg per diagnose

Figuur 11 toont het percentage en het aantal patiënten dat door een aanbieder behandeld is die geen contract had met de zorgverzekeraar van de patiënt, uitgesplitst naar diagnose. De staven laten zien welk aandeel van de zorg in niet-gecontracteerde vorm is verleend (primaire as). De bolletjes tonen het bijbehorende aantal patiënten (secundaire as). De verticale stippellijn toont het landelijk gemiddelde. Figuur 12 is op een gelijke wijze opgezet als figuur 11, maar dan voor kosten in plaats van patiënten.

Diagnoses worden alleen weergegeven in de figuur als het aantal patiënten meer dan 100 is, voor zowel de niet-gecontracteerde als de gecontracteerde zorg. De diagnoses delirium, crisis en basis

GGZ: Umami en Eleo zijn vanwege dit criterium niet getoond. Deze diagnoses komen zelden tot nooit voor binnen de niet-gecontracteerde zorg.

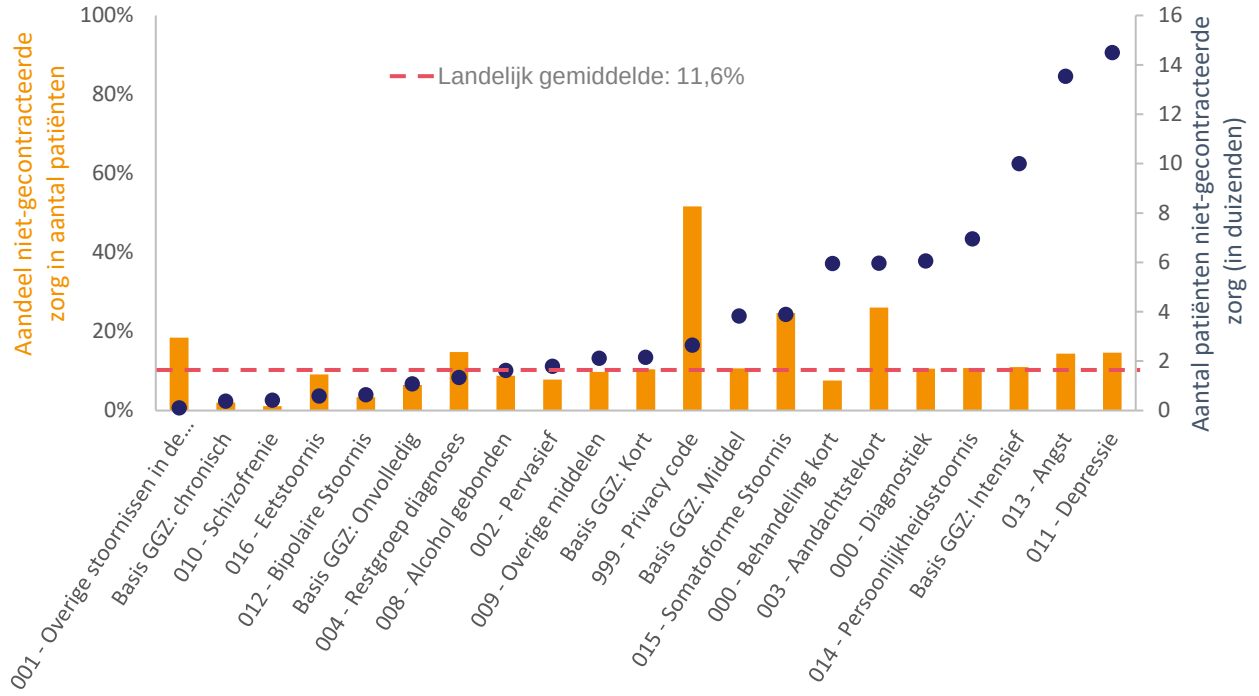
In 2019 is 11,6% van alle patiënten behandeld door een aanbieder die geen contract had met de zorgverzekeraar van de patiënt. Gekeken naar de verschillende diagnoses (figuur 11), zien we dat deze patiënten niet gelijk verdeeld zijn over de verschillende diagnoses. Ook voor de niet-gecontracteerde zorgkosten geldt dat deze niet gelijk verdeeld zijn over de verschillende diagnoses (figuur 12), aangezien de waardes per diagnose afwijken van het landelijk gemiddelde van 8,0% in 2019.

Het is opvallend dat bij meer dan de helft van de patiënten binnen de groep 'privacy code' (een onbekende diagnose in verband met privacy bezwaren[9]), de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook het bijbehorende aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten ligt rond de 50%.

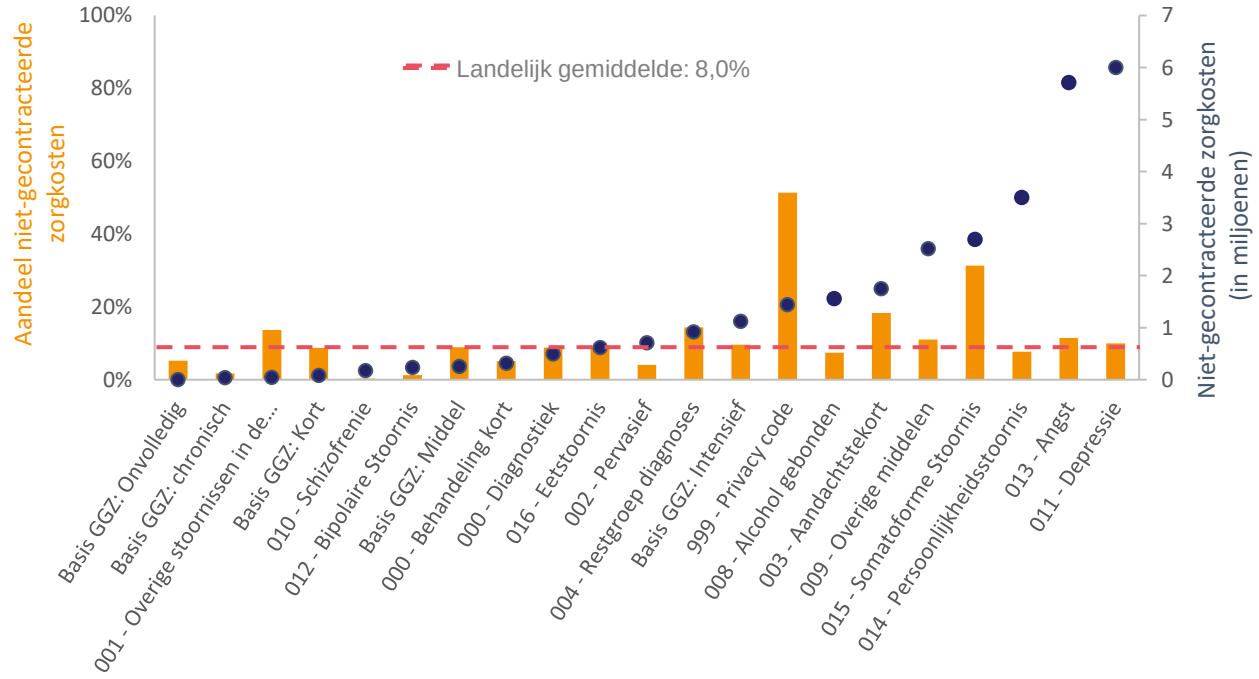
Wanneer wordt gekeken naar verschillen in diagnoses (gebaseerd op aantallen patiënten), dan zijn binnen de niet-gecontracteerde ggz de diagnoses somatoforme stoornissen, aandachtstekort, angst, depressie, overige stoornissen in de kindertijd, restgroep diagnoses en de patiënten waarvoor de diagnose een privacy code bevat sterker vertegenwoordigd dan het gemiddelde van 11,6%. Uit figuur 11 blijkt dat voor 25% van de patiënten met zorg voor somatoforme stoornissen deze zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geleverd. Bij aandachtstekort is dit 26%. Ook in zorgkosten wijken deze 2 diagnoses af van het gemiddelde van 8,0%. Zo blijkt uit figuur 12 dat 31% van alle kosten voor somatoforme stoornissen voortvloeit uit niet-gecontracteerde zorg. Bij aandachtstekort is dit 18%.

9 Als een patiënt niet wil dat de hoofddiagnose bij de zorgverzekeraar terechtkomt, dan kan deze een privacyverklaring invullen en ondertekenen. In deze gevallen wordt er gebruik gemaakt van een zogenoemde dummy code of privacy code.

Figuur 11: Aandeel van de patiënten met niet-gecontracteerde zorg (N) ten opzichte van het totale aantal patiënten per diagnose (2019)



Figuur 12: Aandeel van de kosten met niet-gecontracteerde zorg (K) ten opzichte van de totale kosten per diagnose (2019)



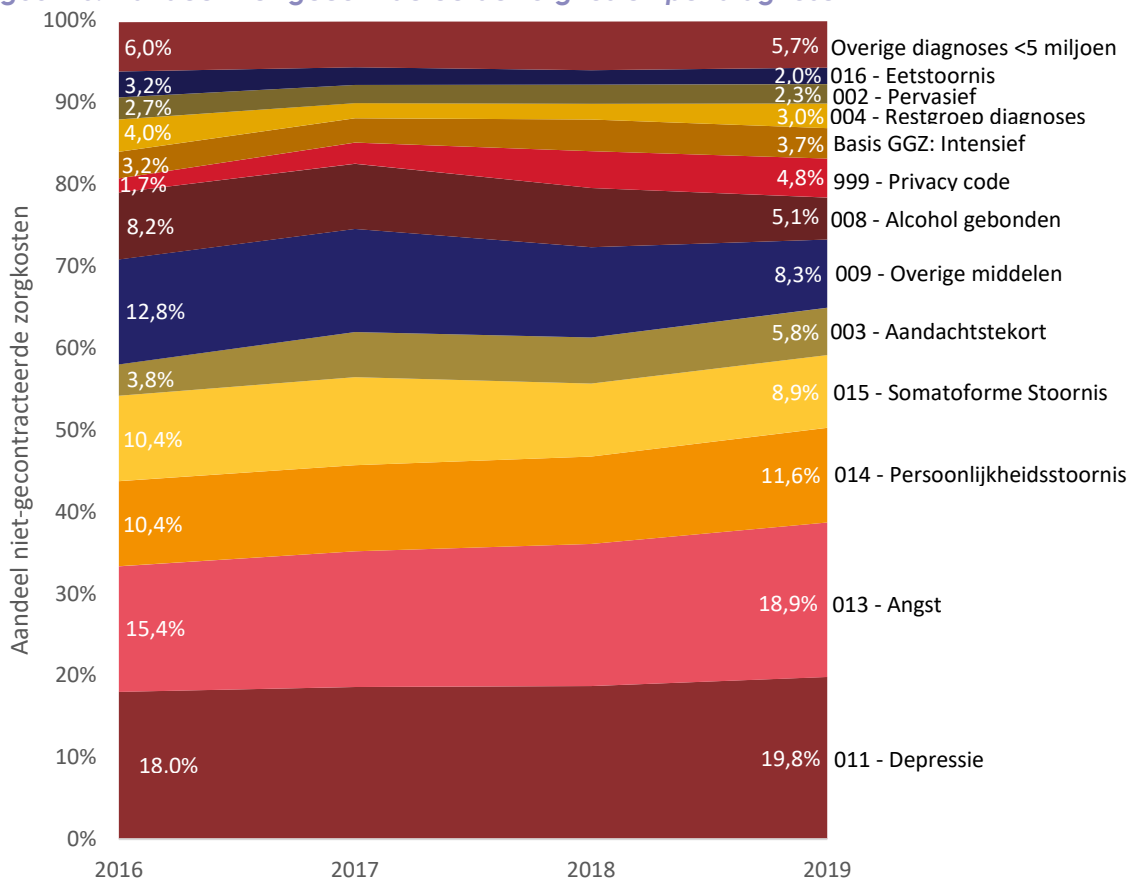
5.4.3. Aandeel patiënten en kosten over de diagnoses bij niet-gecontracteerde zorg

In figuur 13 is de ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorgkosten per diagnose als aandeel van de totale niet-gecontracteerde zorgkosten weergegeven, voor de periode 2016 tot en met 2019. Als achtergrondinformatie bij het aandeel niet-gecontracteerde zorg, wordt de omvang van de niet-gecontracteerde zorg in kosten per diagnose getoond in figuur 25 (Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorgkosten per diagnose), bijlage II.

De diagnoses met minder dan 5 miljoen euro aan niet-gecontracteerde zorgkosten zijn samengenomen als groep 'Overige diagnoses <5 miljoen'. Hieronder vallen diagnoses in de generalistische basis ggz chronisch, kort en onvolledig en gespecialiseerde ggz diagnoses diagnostiek, behandeling kort, bipolaire stoornissen, schizofrenie, overige stoornissen in de kindertijd en de groep overig en onbekend.

De trend voor niet-gecontracteerde zorg is met name stijgend voor de diagnoses privacy code, aandachtstekort stoornissen en angst. De meeste diagnoses zijn stabiel over de jaren heen. De diagnoses alcohol gebonden, eetstoornis en overige middelen laten een daling zien in het aandeel niet-gecontracteerde zorg.

Figuur 13: Aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten per diagnose



Figuur 13 toont het aandeel van de verschillende diagnoses binnen de totale niet-gecontracteerde zorgkosten. Hierbij zijn de kosten voor de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz samengenomen. De kosten in de gespecialiseerde ggz zijn hoger dan voor de generalistische basis ggz. Waarbij voor de meeste categorieën binnen de generalistische basis ggz de kosten in de niet-gecontracteerde zorg minder dan 5 miljoen zijn. We hebben ook naar deze twee zorgsoorten apart gekeken. De resultaten hiervan zijn te vinden in figuur 26 (Aandeel zorgkosten per diagnose generalistische basis ggz 2016 en 2019) en figuur 27 (Aandeel zorgkosten per diagnose gespecialiseerde ggz 2016 en 2019), uit bijlage II.

Figuur 26 toont het aandeel van de verschillende categorieën op de (niet-)gecontracteerde zorgkosten in de generalistische basis ggz, in de vorm van een Sankey-diagram. Binnen de gecontracteerde zorgkosten is het aandeel van de categorie intensief gedaald van 60,1% in 2016 naar 55,7% in 2019, het aandeel van de categorie chronisch is gedaald van 13,3 naar 12,1%. De nieuwe categorie Umami en Eleo bevat in 2019 12,3% van de gecontracteerde zorgkosten basis ggz. Binnen de niet-gecontracteerde zorgkosten is het aandeel van de categorie intensief gestegen van 68,8% naar 73,9%. Het aandeel van de categorieën chronisch, middel en kort is afgenomen.

Figuur 27 toont het aandeel van de verschillende diagnoses op de (niet-)gecontracteerde zorgkosten in de gespecialiseerde ggz, wederom in de vorm van een Sankey-diagram. Binnen de gecontracteerde zorgkosten is het aandeel het grootst voor schizofrenie, depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen. Het aandeel van schizofrenie is gedaald in 2019 ten opzichte van 2016, van 18,0 naar 16,8%. Het aandeel van angst is gestegen, van 11,3 naar 13,2%. Het aandeel van depressie en persoonlijkheidsstoornis is ongeveer gelijk gebleven. Binnen de niet-gecontracteerde zorg is het aandeel het grootst voor depressie, angst, persoonlijkheidsstoornis, somatoforme stoornissen en overige middelen (zie ook figuur 13). Voor overige middelen en somatoforme stoornissen is het aandeel in de niet-gecontracteerde zorgkosten gedaald en voor depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen is dit aandeel gestegen.

5.4.4. Ontwikkeling kosten per diagnose bij niet-gecontracteerde zorg

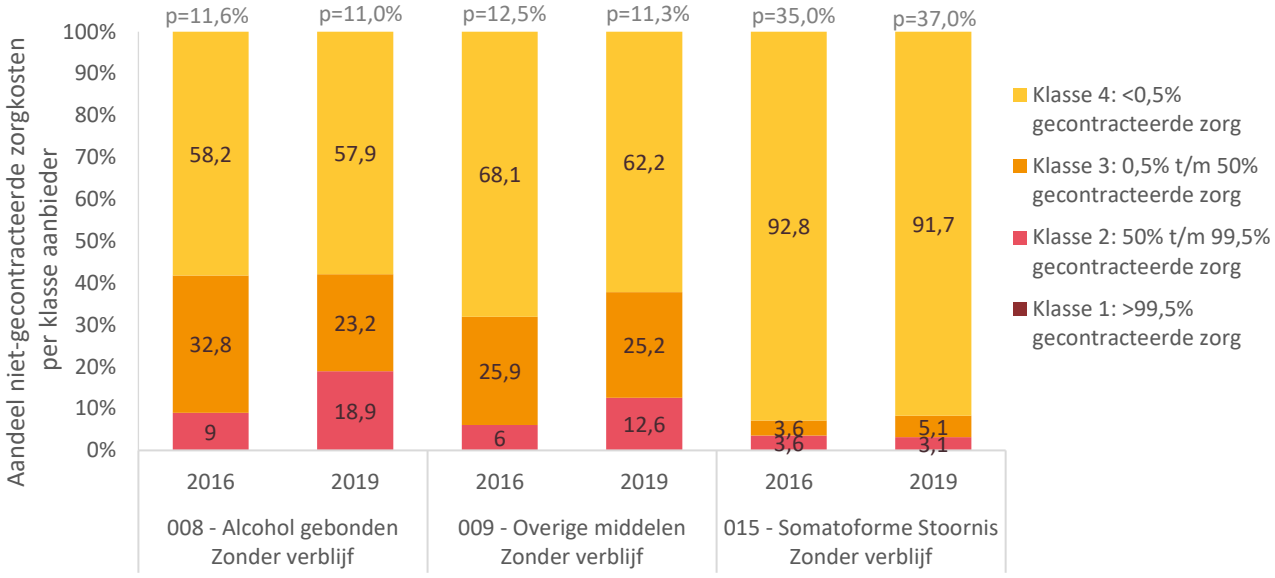
Figuur 14 geeft voor 3 diagnoses zonder verblijf het aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten verdeeld over de klasse aanbieders naar contracteergraad weer. Diagnoses zijn geselecteerd op basis van de combinatie van een hoog aantal patiënten en kosten niet-gecontracteerde zorg (figuur 12 en 13) en afwijkende uren en kosten per patiënt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg (figuur 15 en 16). De geselecteerde diagnoses zonder verblijf zijn verslaving aan alcohol gebonden middelen, verslaving aan overige middelen en somatoforme stoornissen.

Het aandeel in de niet-gecontracteerde zorgkosten van volledig niet-gecontracteerde aanbieders is voor de diagnose verslaving aan alcohol gebonden middelen tussen 2016 en 2019 ongeveer gelijk gebleven, en bedraagt 57,9% in 2019. Het aandeel van de categorie merendeels niet-gecontracteerde aanbieders is gedaald tussen 2016 en 2019 van 32,8 naar 23,2%, terwijl het aandeel van de merendeels gecontracteerde aanbieders is gestegen van 9 naar 18,9%. De cijfers zijn vergelijkbaar tussen 2016 en 2017 en wijken voor 2018 iets af.

Voor de diagnose verslaving aan overige middelen is binnen de niet-gecontracteerde zorg het aandeel van volledig niet-gecontracteerde aanbieders gedaald van 68,1% in 2016 naar 62,2% in 2019. Het aandeel van de merendeels niet-gecontracteerde aanbieders is ongeveer gelijk gebleven, 25,2% in 2019 en het aandeel van de merendeels gecontracteerde aanbieders is gestegen van 6% in 2016 naar 12,6% in 2019. De cijfers zijn vergelijkbaar voor 2017 en 2018.

Voor de somatoforme stoornissen is het aandeel van de drie klassen aanbieders volledig niet-gecontracteerd, merendeels niet-gecontracteerd en merendeels gecontracteerde aanbieders ongeveer gelijk gebleven tussen 2016 en 2019. Het grootste aandeel in de niet-gecontracteerde zorgkosten komt voor rekening van de volledig niet-gecontracteerde aanbieders. Dit is 92,8% in 2016 en 91,7% in 2019. De cijfers voor 2017 en 2018 zijn vergelijkbaar.

Figuur 14: Aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten per klasse aanbieder voor 3 verschillende diagnoses in 2016 en 2019



p = aandeel niet-gecontracteerde zorgkosten t.o.v totale kosten diagnose

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

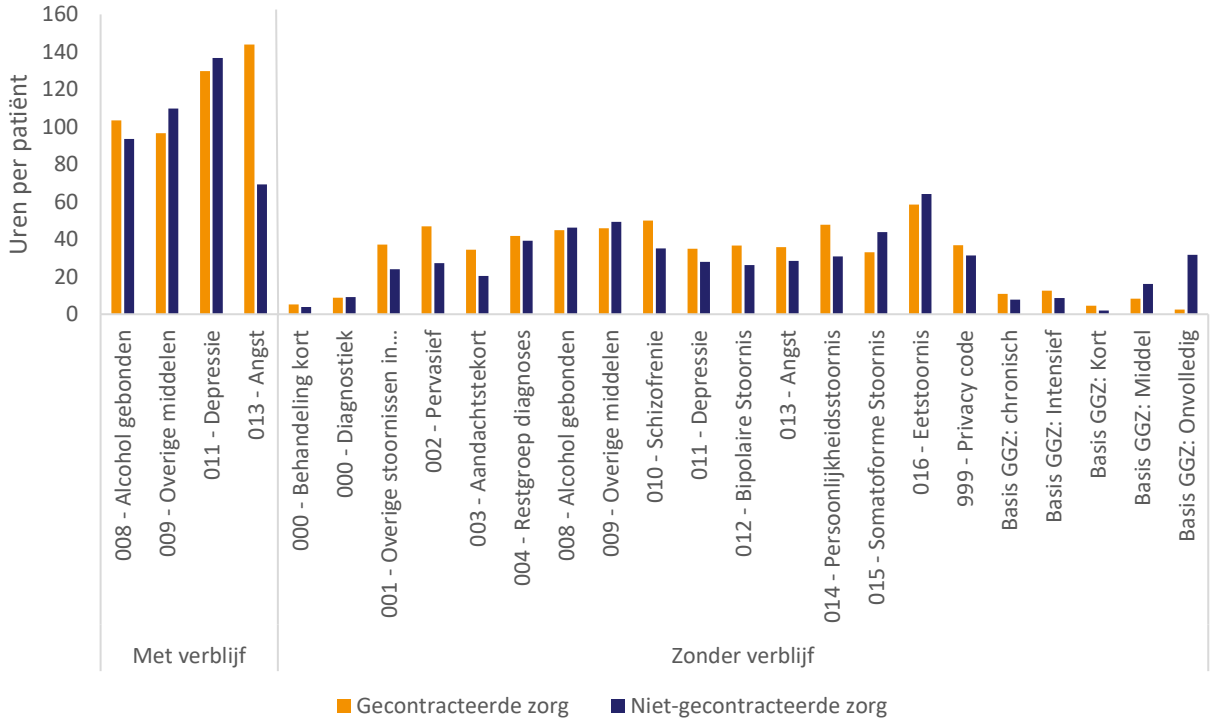
In deze paragraaf worden de overeenkomsten en verschillen in kosten en uren per patiënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz voor het jaar 2019 beschreven. Hierbij kijken we naar diagnoses, verblijfstatus en type aanbieders. In deze paragraaf worden alleen uitsplitsingen getoond met meer dan 100 patiënten in zowel de niet-gecontracteerde als de gecontracteerde zorg.

Figuur 15 en figuur 16 tonen respectievelijk de gemiddelde uren per patiënt en vergoede zorgkosten per patiënt voor 2019, voor de getoonde diagnoses. De achterliggende cijfers van deze figuren zijn terug te vinden in tabel 10 (Uren en kosten per patiënt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg opgesplitst naar diagnose en verblijf) uit bijlage II. Een deel van de zorgkosten gemaakt door niet-gecontracteerde aanbieders wordt niet vergoed, dit kan effect hebben op het aantal uren en kosten per patiënt.

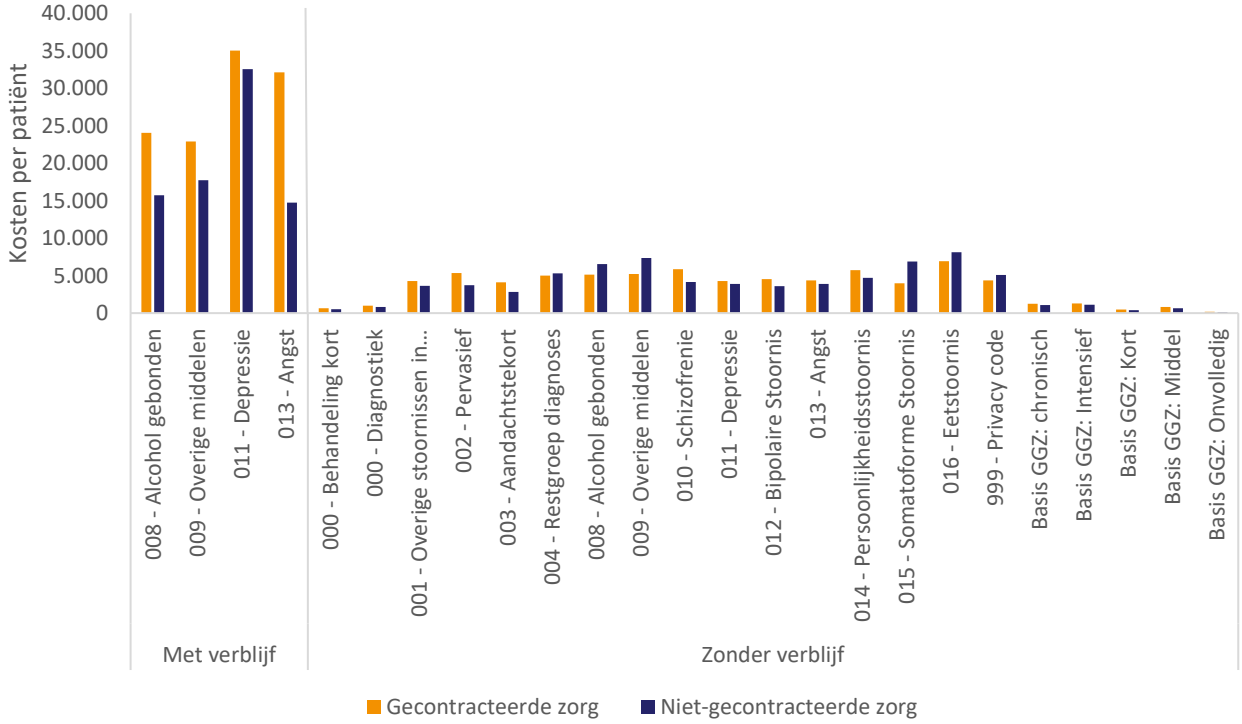
Figuur 15 laat zien dat voor de diagnoses met verblijf, angst en verslaving aan alcohol gebonden middelen, het aantal uren per patiënt lager is in de niet-gecontracteerde zorg vergeleken met de gecontracteerde zorg. Voor deze twee diagnoses geldt dit ook voor de kosten per patiënt, zie figuur 16. Voor de diagnoses depressie en verslaving aan overige middelen is het aantal uren per patiënt hoger, maar zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met de gecontracteerde zorg. Het verschil tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg is het grootst bij angst.

Figuur 15 laat zien dat het aantal uren per patiënt voor de meeste diagnoses zonder verblijf lager is in de niet-gecontracteerde zorg vergeleken met de gecontracteerde zorg. Het aantal uren per patiënt is hoger binnen de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses verslaving aan alcohol gebonden of overige middelen; somatoforme stoornissen; eetstoornis; en Basis GGZ middel en onvolledig. Voor de kosten per patiënt valt op (figuur 16) dat de vergoede zorgkosten binnen de niet-gecontracteerde zorg hoger zijn voor de diagnoses verslaving aan alcohol gebonden of overige middelen; somatoforme stoornissen; eetstoornis; de restgroep diagnoses; en de privacy code. Voor de overige diagnoses zijn de vergoede kosten per patiënt hoger in de gecontracteerde zorg.

Figuur 15: Uren per patiënt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg opgesplitst naar diagnose en verblijf (2019)

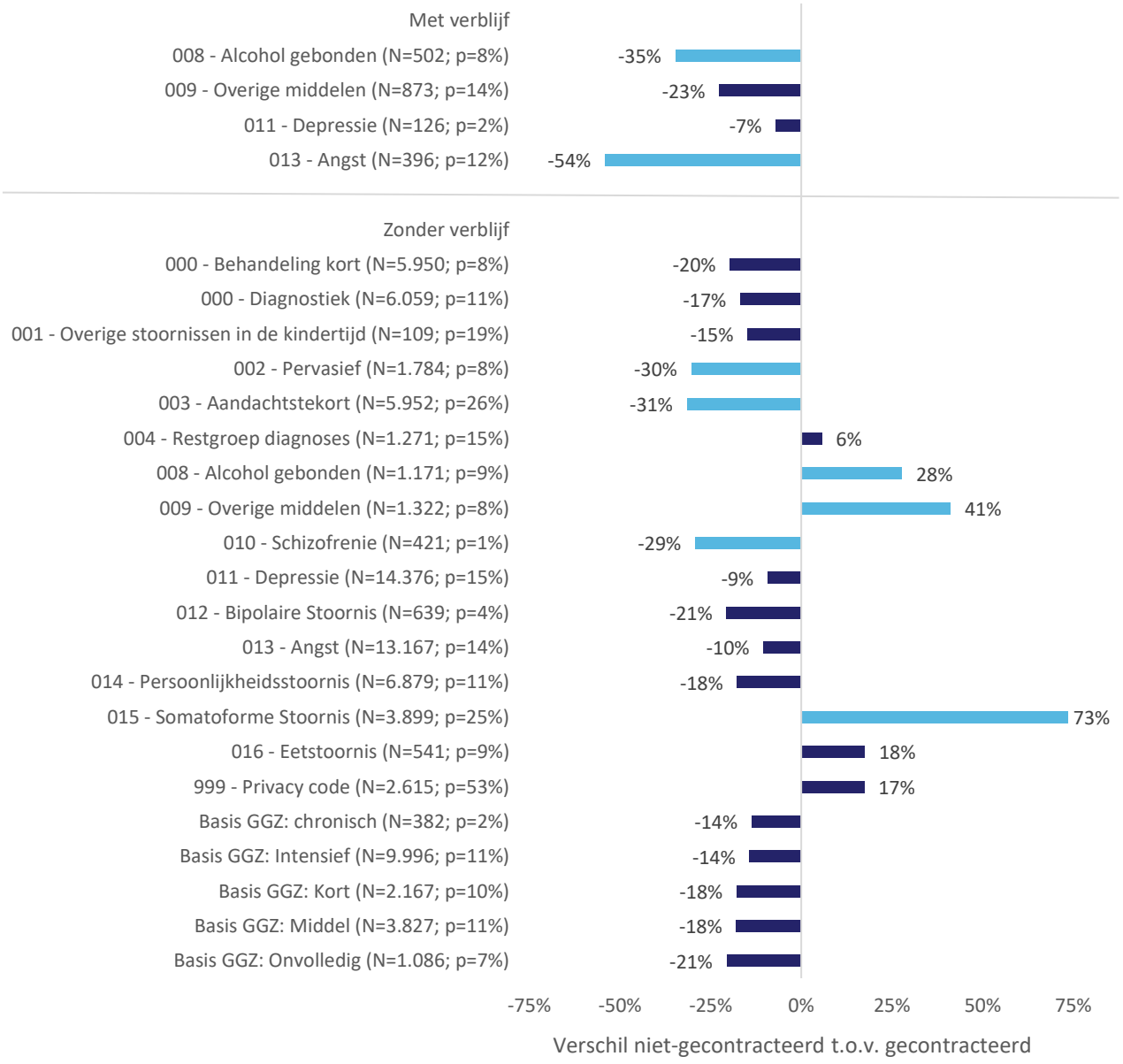


Figuur 16: Kosten per patiënt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg opgesplitst naar diagnose en verblijf (2019)



De figuren 17 tot en met 23 geven het procentuele verschil weer tussen de kosten per patiënt binnen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, op de horizontale as, voor de verschillende diagnoses, verblijfstatus en type aanbieders. Het aantal patiënten met niet-gecontracteerde zorg (N) en het percentage patiënten met niet-gecontracteerde zorg (p) zijn weergegeven op de verticale as. Een positief percentage betekent dat de kosten per patiënt hoger zijn in de niet-gecontracteerde dan in de gecontracteerde zorg. Diagnoses met verblijf waarvoor het verschil in kosten per patiënt in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg procentueel groter is dan (+-)25% zijn weergegeven met een lichtblauw balkje, overige diagnoses worden weergegeven door middel van een donkerblauw balkje.

Figuur 17: Procentueel verschil in kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg per diagnose (2019)

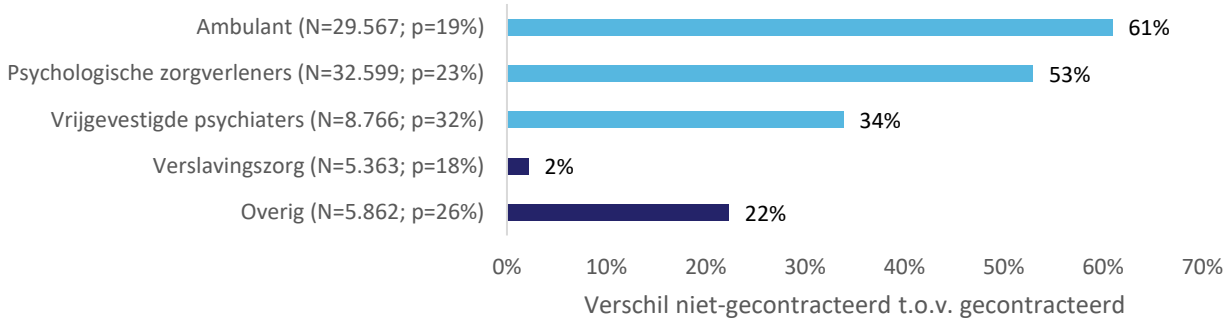


Figuur 17 toont het verschil in kosten per patiënt uitgesplitst naar diagnose. Diagnoses met verblijf waarvoor het verschil in kosten per patiënt in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg procentueel groter is dan (+-)25%, zijn angst (-54%) en verslaving aan alcohol gebonden middelen (-35%). Diagnoses zonder verblijf 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 (73%), verslaving aan overige middelen (41%), verslaving aan alcohol (28%), aandachtstekort stoornissen (-31%), pervasieve stoornissen (-30%) en schizofrenie (-29%).

Figuur 18 toont het verschil in kosten per patiënt geaggregeerd naar type zorgaanbieders. In deze figuur en het vervolg van deze paragraaf is Kind en Jeugd niet meegenomen, vanwege het lage aantal declaraties. Daarnaast zijn de geïntegreerde ggz-instellingen en PAAZ/PUK buiten beschouwing gelaten, omdat deze nauwelijks niet-gecontracteerde zorg leveren. Binnen geïntegreerde ggz-instellingen en PAAZ/PUK zijn de kosten per patiënt hoger dan voor de andere type aanbieders, aangezien zij het grootste deel van de zorg met verblijf uitvoeren. Hierdoor is wijkt het beeld van figuur 18 af van het beeld van figuur 17, aangezien de zorg met hogere kosten per patiënt niet is meegenomen.

Bij alle getoonde type aanbieders uit figuur 18 zijn de vergoede zorgkosten per patiënt gemiddeld hoger in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de gecontracteerde zorg.

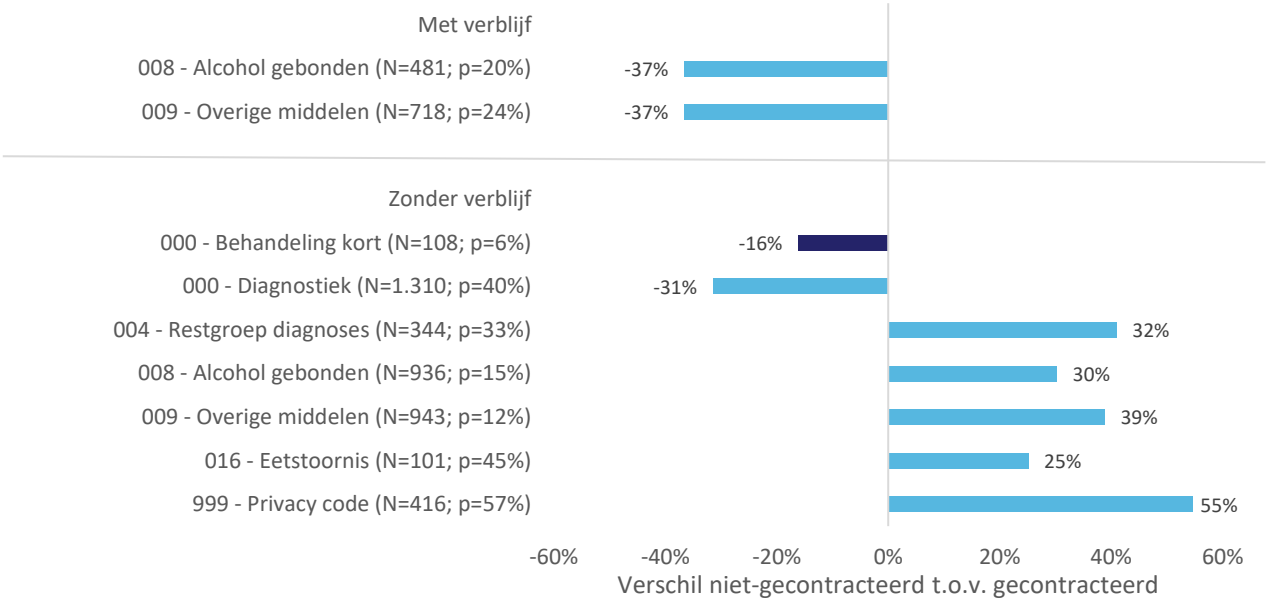
Figuur 18: Vergelijking in kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar type zorgaanbieder (2019)



De figuren 19 tot en met 23 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 verblijfstatus. Uit deze figuren blijkt dat de afwijkingen per type zorgaanbieder uit figuur 18 veroorzaakt worden door grote afwijkingen bij een aantal diagnoses, die meer dan -25% of meer dan +25% afwijken.

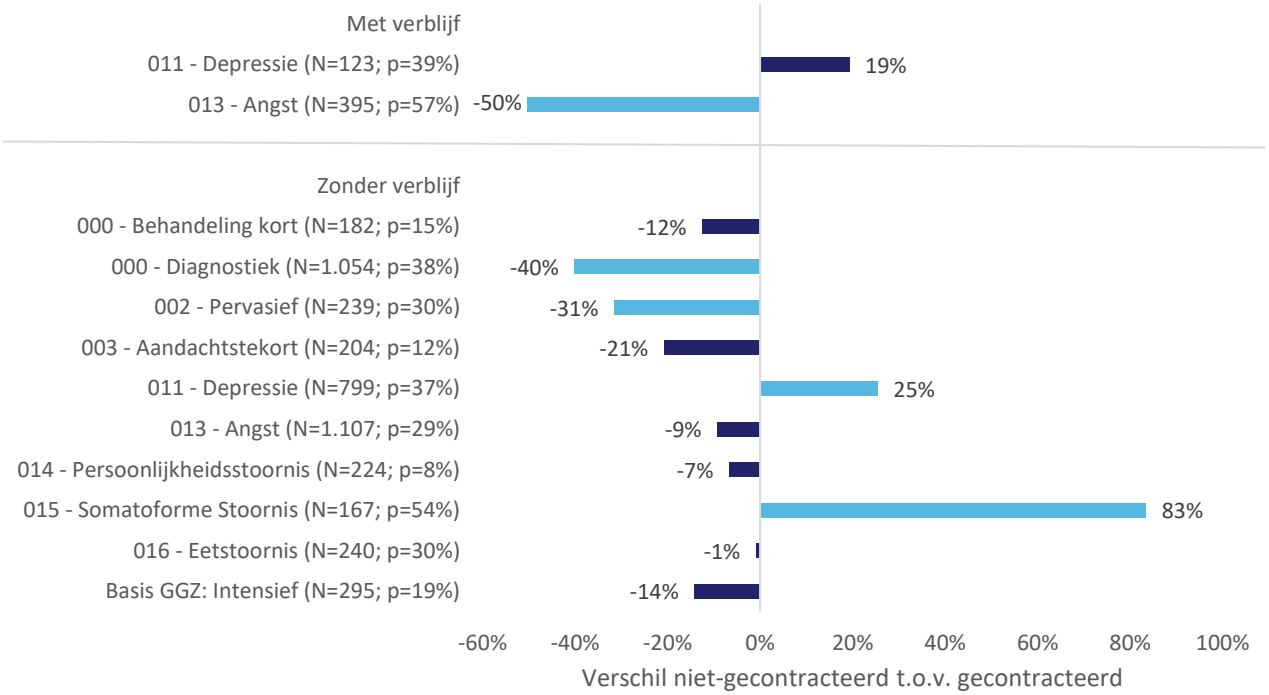
Voor de verslavingszorg instellingen is wat betreft de diagnoses met verblijf de afwijking groter dan (+-)25% voor de diagnoses aan alcohol gebonden middelen en verslaving aan overige middelen (beide -37%). Voor de diagnoses zonder verblijf geldt dit voor de privacy code (55%), verslaving aan overige middelen (39%), de restgroep diagnoses (32%), verslaving aan alcohol (30%) en diagnostiek (-31%).

Figuur 19: Procentueel verschil in kosten per patiënt tussen niet gecontracteerde en gecontracteerde verslavingszorgaanbieder (2019)



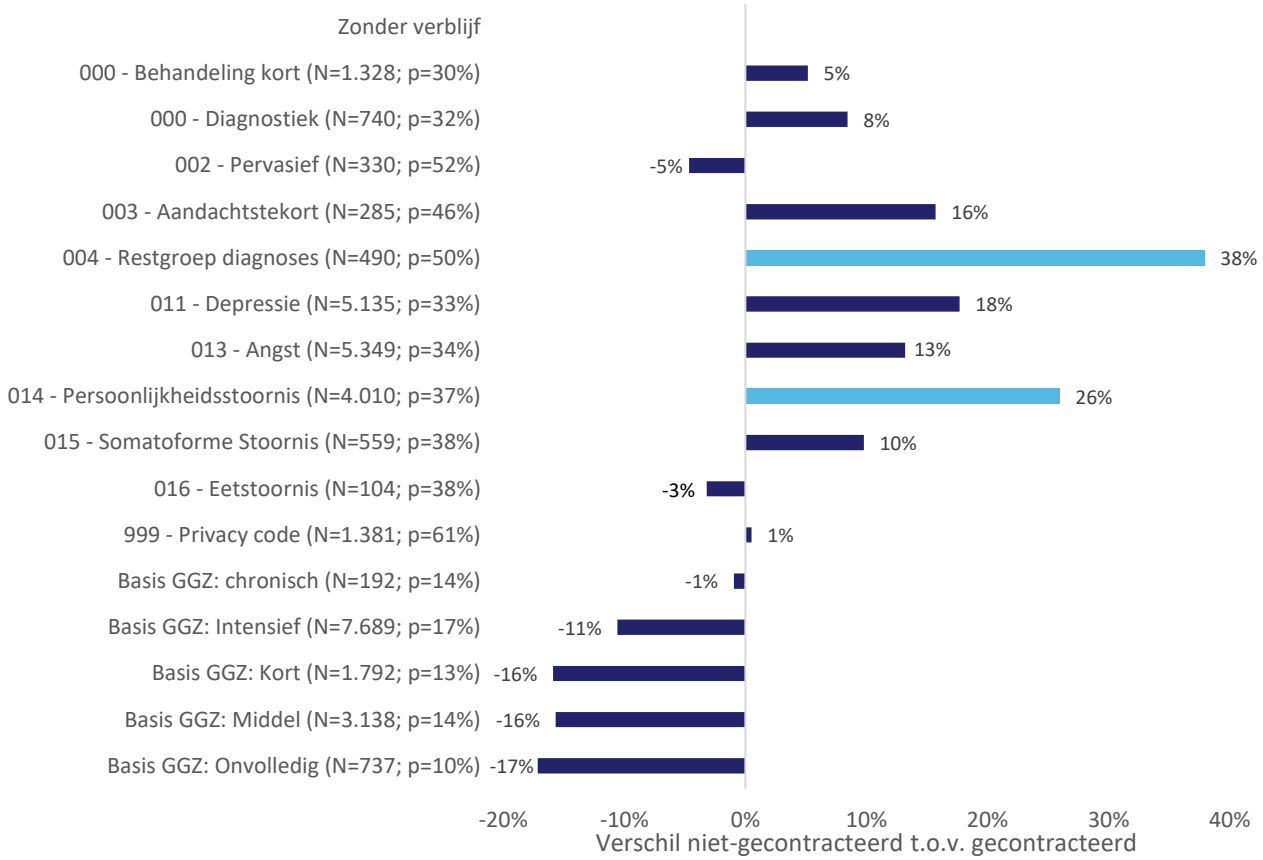
Bij de overige zorgaanbieders is wat betreft de diagnoses met verblijf de afwijking groter dan (+-)25% voor angst (-50%) en zonder verblijf voor de volgende diagnoses: somatoforme stoornissen (83%), depressie (25%), pervasieve stoornissen (-31%) en diagnostiek (-40%).

Figuur 20: procentueel verschil kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerd en gecontracteerde 'overige' zorgaanbieders *(2019)*



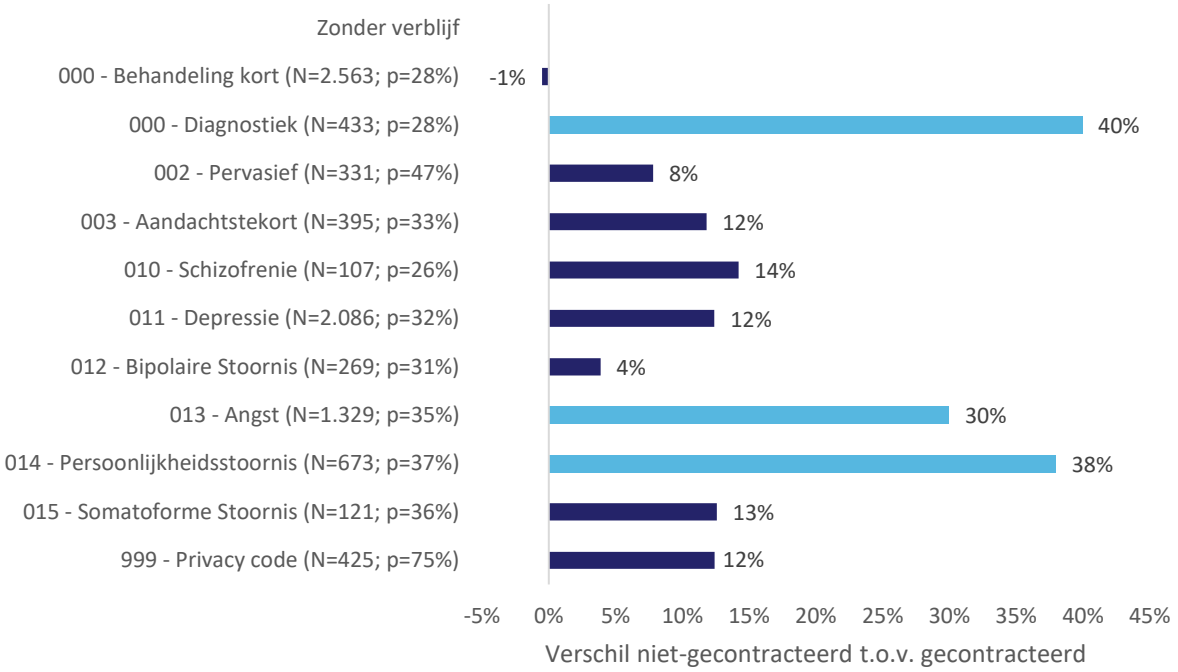
Bij de psychologische zorgverleners is de afwijking in kosten per patiënt het grootst voor de restgroep diagnoses (38%) en de persoonlijkheidsstoornissen (26%). Voor de categorieën in de generalistische basis zijn de kosten per patiënt hoger in de gecontracteerde zorg.

Figuur 21: procentueel verschil kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerd en gecontracteerde psychologische zorgverleners (2019)



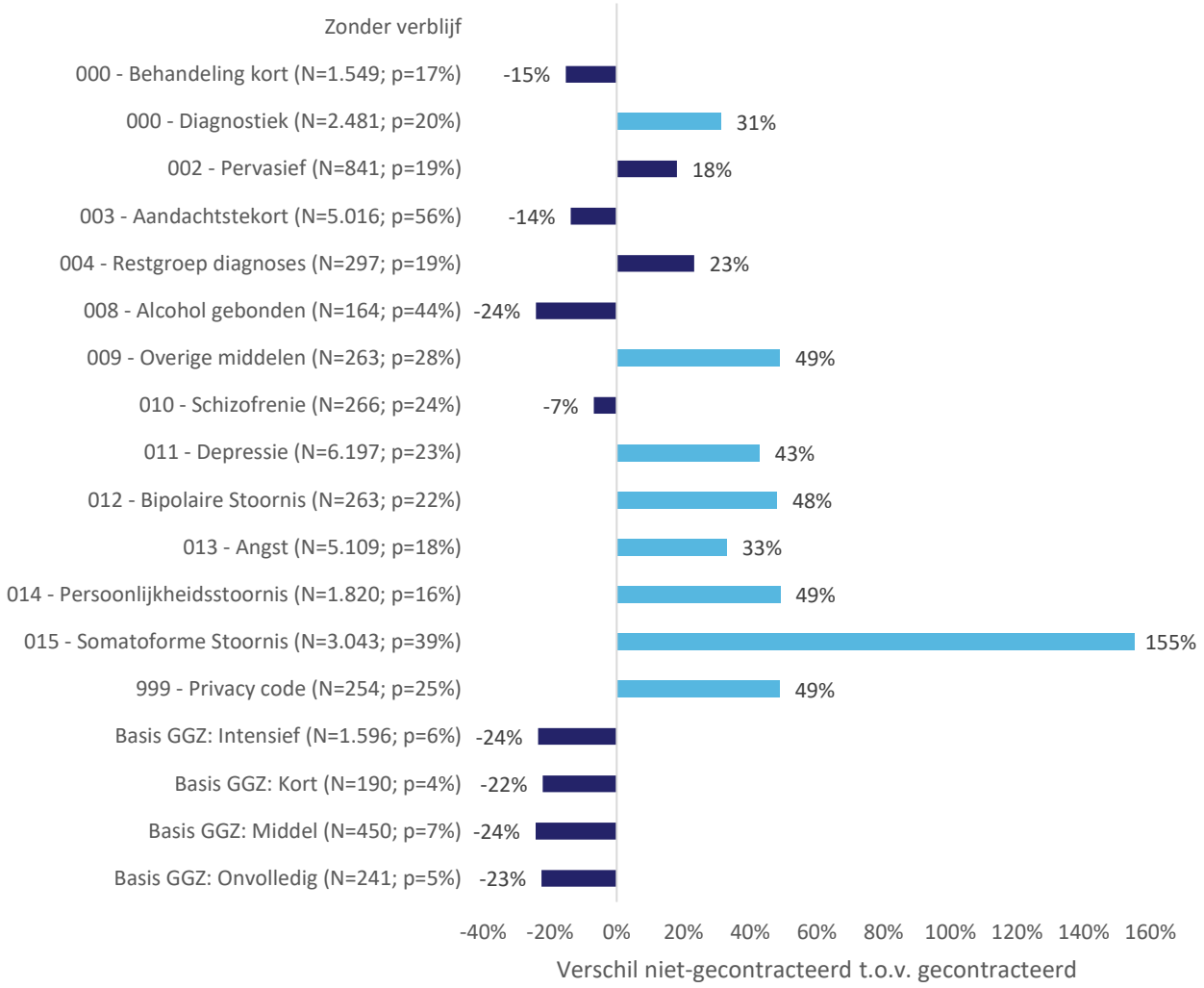
Voor de vrijgevestigde psychiaters zijn de kosten per patiënt hoger voor de niet-gecontracteerde zorg dan voor de gecontracteerde zorg. Het procentuele verschil is het grootst bij de diagnose categorieën diagnostiek (40%), persoonlijkheidsstoornissen (38%) en angst (30%).

Figuur 22: procentueel verschil kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerd en gecontracteerde vrijgevestigde psychiaters (2019)



Voor de ambulante ggz instellingen, die alleen ggz zonder verblijf leveren zijn de kosten per patiënt voor de gespecialiseerde ggz hoger binnen de niet-gecontracteerde zorg dan de gecontracteerde zorg. Voor de generalistische basis ggz zijn de kosten per patiënt hoger binnen de gecontracteerde zorg. Het verschil in kosten per patiënt tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg is het grootst bij de diagnose categorieën somatoforme stoornissen (155%), verslaving aan overige middelen (49%), privacy code (49%), persoonlijkheidsstoornis (49%), bipolaire stoornissen (48%), depressie (43%), angst (33%) en diagnostiek (31%).

Figuur 23: Vergelijking tussen kosten per patiënt tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg; uitgesplitst naar diagnose voor de ambulante instellingen (2019)



Bijlage I: Type zorgaanbieders

Vektis maakt in haar analyses regelmatig onderscheid tussen verschillende type zorgaanbieders (zie Tabel 2). 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 2: Aantal aanbieders met geleverde zorg in 2019 per type zorgaanbieder

Type	Afbakening	Aantal aanbieders
Psychologische zorgverleners	AGB-code begint met 94 en heeft declaraties in de ggz.	6.495
Vrijgevestigde psychiaters	AGB-code begint met 03 en heeft declaraties in de ggz.	915
Ambulante instellingen	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg, zonder kliniek. Aantal dagen verblijf is 0 of vrijwel 0.	252
PAAZ/PUK	Criterium is erkenning als PAAZ of PUK vastgelegd in AGB-register. Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars.	37
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	30
Geïntegreerde instelling	Lijst doorgenomen met zorgverzekeraars. Grote aanbieders, met brede zorg en kliniek.	29
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.	22
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.	132

Bijlage II Tabellen en figuren bij hoofdstuk 4 en 5

Tabel bij hoofdstuk 4, kwantitatieve ontwikkeling ggz.

Tabel 3a: Ontwikkeling omvang ggz per zorgsoort

Jaar	Aantal patiënten (in duizenden)	Kosten (in miljoenen)	Ontwikkeling aantal patiënten t.o.v. 2016 %	Ontwikkeling kosten t.o.v. 2016 %
Gb-ggz[10]				
2016	221,6	199,7		
2017	227,6	214,0	2,7	7,1
2018	232,7	228,7	5,0	14,5
2019	247,4	263,7	11,6	32,0
S-ggz met verblijf				
2016	45,9	1.359,6		
2017	45,3	1.382,5	-1,3	1,7
2018	45,4	1.434,7	-1,1	5,5
2019	44,0	1.449,6	-4,3	6,6
S-ggz zonder verblijf				
2016	510,6	1.755,9		
2017	514,7	1.852,2	0,8	5,5
2018	528,7	2.006,9	3,5	14,3
2019	524,1	2.154,3	2,6	22,7
S-ggz totaal				
2016	533,0	3.115,5		
2017	536,5	3.234,7	0,7	3,8
2018	550,9	3.441,6	3,4	10,5
2019	546,0	3.603,9	2,4	15,7
L-ggz				
2016	2,3	130,5		
2017	2,7	151,1	17,4	15,8
2018	2,6	151,0	12,9	15,7
2019	2,6	155,5	11,0	19,2

[10] Vanaf de huidige rapportage worden de kosten gedeclareerd op de innovatieve prestatiecodes voor Umami en Eleo opgenomen in de cijfers voor basis ggz. Het gaat om volledig gecontracteerde zorg en respectievelijk 0,3 miljoen euro in 2016; 0,9 miljoen euro in 2017; 1,7 miljoen euro in 2018; en 23,5 miljoen euro in 2019.

Tabel 3b: Ontwikkeling totale omvang ggz

Jaar	Aantal patiënten (in duizenden)	Kosten (in miljoenen)	Ontwikkeling aantal patiënten t.o.v. 2016 %	Ontwikkeling kosten t.o.v. 2016 %
Totaal				
2016	720,5	3.445,7		
2017	728,7	3.599,8	1,1	4,5
2018	749,0	3.821,3	4,0	10,9
2019	758,3	4.023,2	5,3	16,8

Tabellen bij hoofdstuk 5 onderscheid gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz. Tabel 4en tabel 5 zijn onderdeel van paragraaf 5.1, algemeen beeld (niet-gecontracteerde) ggz. Tabel 6 tot en met 8 zijn onderdeel van paragraaf 5.2, verdieping naar verschillen tussen aanbieders.

Tabel 4: Het aandeel patiënten met niet-gecontracteerde zorg

Jaar	Aantal patiënten: gecontracteerd (in duizenden)	Aantal patiënten: niet-gecontracteerd (in duizenden)	% Niet-gecontracteerd
Gb-ggz			
2016	141,8	11,1	7,3
2017	145,3	11,5	7,4
2018*	159,5	17,4	9,8
2019*	172,5	17,2	9,1
S-ggz met verblijf			
2016	42,3	1,6	3,7
2017	41,1	2,2	5,2
2018*	43,0	2,7	5,9
2019*	42,0	2,3	5,2
S-ggz zonder verblijf			
2016	444,2	43,7	9,1
2017	441,1	50,4	10,4
2018*	471,7	62,4	11,9
2019*	467,2	64,3	12,3
S-ggz totaal			
2016	465,4	45,0	8,9
2017	461,8	52,0	10,3
2018*	493,8	64,3	11,8
2019*	488,9	66,1	12,1
Totaal			
2016	585,2	55,5	8,8
2017	584,4	62,9	9,9
2018*	630,2	80,5	11,6
2019*	638,0	82,2	11,6

*In 2018 en 2019 zijn de declaraties van 2 zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume.

Tabel 5: Het aandeel niet-gecontracteerde zorg in kosten

Jaar	Kosten: gecontracteerd (in miljoenen)	Kosten: niet-gecontracteerd (in miljoenen)	% Niet-gecontracteerd
Gb-ggz			
2016	129,8	9,2	6,6
2017	138,3	9,6	6,5
2018*	159,4	15,2	8,7
2019*	190,5	15,2	7,4
S-ggz met verblijf			
2016	1.260,3	36,4	2,8
2017	1.274,5	42,9	3,3
2018*	1.382,6	50,5	3,5
2019*	1.406,5	42,8	3,0
S-ggz zonder verblijf			
2016	1.511,3	149,8	9,0
2017	1.570,9	178,2	10,2
2018*	1.769,9	224,2	11,2
2019*	1.903,1	244,7	11,4
S-ggz totaal			
2016	2.771,6	186,2	6,3
2017	2.845,4	221,1	7,2
2018*	3.152,4	274,7	8,0
2019*	3.309,6	287,5	8,0
Totaal			
2016	2.901,5	195,4	6,3
2017	2.983,6	230,7	7,2
2018*	3.311,8	289,9	8,0
2019*	3.500,1	302,6	8,0

*In 2018 en 2019 zijn de declaraties van 2 zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume.

Tabel 6: Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per jaar verdeeld naar klasse aanbieder (totaal: vrijgevestigden en instellingen)

Categorie zorgaanbieder	Contracteer-graad (%)	Aantal aanbieders	Kosten (x 1.000.000)	Aandeel aanbieders (%)	Aandeel kosten (%)	Aandeel kosten niet-gecontracteerd (%)
2016						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	3.143	2.699,8	41,1	87,2	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	2.018	223,9	26,4	7,2	18,5
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	455	43,4	6,0	1,4	15,1
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.025	129,8	26,5	4,2	66,4
	Totaal	7.641	3.096,9	100	100	100
2017						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.957	2.790,8	39,2	86,8	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.935	215,3	25,6	6,7	17,2
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	446	57,5	5,9	1,8	17,4
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.211	150,7	29,3	4,7	65,3
	Totaal	7.549	3.214,3	100	100	100
2018						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.894	3.070	37,4	85,2	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.804	263,1	23,3	7,3	13,8
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	461	75,0	6,0	2,1	19,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.578	193,3	33,3	5,4	66,8
	Totaal	7.738	3.601,7	100	100	100
2019						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.784	3.256,9	35,2	85,6	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.898	260,3	24,0	6,8	14,2
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	593	111,4	7,5	2,9	28,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.640	174,1	33,4	4,6	57,5
	Totaal	7.915	3.802,8	100	100	100

Tabel 7: Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per jaar verdeeld naar klasse aanbieder (vrijgevestigden: psychiaters en psychologische zorgverleners)

Categorie zorgaanbieder	Contracteer-graad (%)	Aantal aanbieders	Kosten (x 1.000.000)	Aandeel aanbieders (%)	Aandeel kosten (%)	Aandeel kosten niet-gecontracteerd (%)
2016						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.938	95,2	41,0	38,6	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.926	101,6	26,8	41,2	29,3
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	433	20,1	6,0	8,1	22,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	1.877	29,8	26,2	12,1	48,3
	Totaal	7.174	246,7	100	100	100
2017						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.773	88,5	39,2	35,7	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.831	104,3	25,9	42,1	27,4
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	421	20,8	5,9	8,4	21,2
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.051	34,0	29,0	13,7	55,1
	Totaal	7.076	247,7	100	100	100
2018						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.717	94,0	37,5	35,2	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.701	106,3	23,5	39,8	22,1
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	424	23,2	5,9	8,7	28,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.401	43,5	33,1	16,3	49,6
	Totaal	7.243	267,1	100	100	100
2019						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	2.356	81,6	36,3	33,8	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	1.491	93,4	23,0	38,7	22,1
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	446	29,1	6,9	12,1	28,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	2.202	37,4	33,9	15,5	49,6
	Totaal	7.410	288,4	100	100	100

Tabel 8: Ontwikkeling aantal aanbieders en kosten per jaar verdeeld naar klasse aanbieders (instellingen: alle overige zorgaanbieders)

Categorie zorgaanbieder	Contracteer-graad (%)	Aantal aanbieders	Kosten (x 1.000.000)	Aandeel aanbieder (%)	Aandeel kosten (%)	Aandeel kosten niet-gecontracteerd (%)
2016						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	205	2.604,6	43,9	91,4	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	92	122,3	19,7	4,3	13,5
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	21	23,3	4,5	0,8	11,8
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	149	99,9	31,9	3,5	74,8
	Totaal	467	2.850,1	100	100	100
2017						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	184	2.702,3	38,9	91,1	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	104	110,9	22,0	3,7	13,1
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	25	36,7	5,3	1,2	15,9
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	160	116,6	33,8	3,9	70,9
	Totaal	473	2.966,5	100	100	100
2018						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	177	2.976	35,8	89,2	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	103	156,7	20,8	4,7	10,2
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	37	51,6	7,5	1,6	18,5
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	178	150,1	36,0	4,5	71,2
	Totaal	495	3.334,4	100	100	100
2019						
Volledig gecontracteerd	≥99,5	185	3.166,4	36,8	90,1	0,0
Merendeels gecontracteerd	≥50-<99,5	115	145,0	22,9	4,1	10,6
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5-<50	54	75,6	10,7	2,2	28,3
Volledig niet-gecontracteerd	<0,5	149	127,4	29,6	3,6	61,1
	Totaal	503	3.514,3	100	100	100

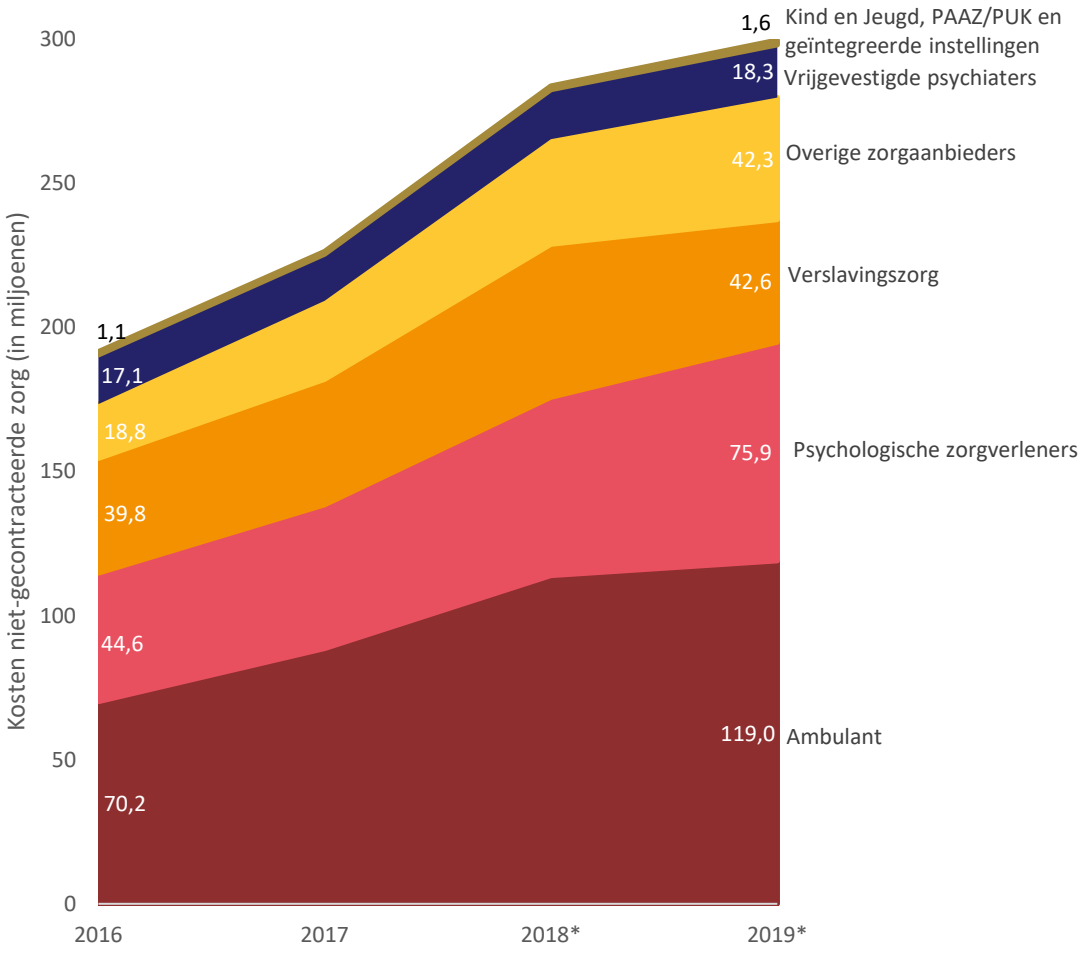
Tabel 9 Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorg verdeeld naar omzetklasse aanbieder

Omzetklasse aanbieder (€)	Niet-gecontracteerd zorgkosten (%)	Aantal aanbieders	Kosten (x 1.000.000)	Aandeel aanbieder (%)	Aandeel kosten (%)
2016					
<10.000	44,4	2.724	11,1	35,7	0,4
10.000-100.000	23,4	4.110	147,3	53,8	4,8
100.000-1.500.000	28,8	667	189,3	8,7	6,1
1.500.000-3.000.000	24,2	43	90,8	0,6	2,9
3.000.000-5.000.000	18,4	31	119,9	0,4	3,9
5.000.000-10.000.000	22,1	27	204,5	0,4	6,6
>10.000.000	0,5	39	2.333,9	0,5	75,4
2017					
<10.000	49,3	2.506	10,4	33,2	0,3
10.000-100.000	26,0	4.233	152,2	56,1	4,7
100.000-1.500.000	34,2	662	193,8	8,8	6,0
1.500.000-3.000.000	19,3	47	100,2	0,6	3,1
3.000.000-5.000.000	19,9	30	118,8	0,4	3,7
5.000.000-10.000.000	23,7	27	201,3	0,4	6,3
>10.000.000	1,2	44	2.437,5	0,6	75,8
2018					
<10.000	56,9	2.435	10,1	31,5	0,3
10.000-100.000	29,4	4.410	161,5	57,0	4,5
100.000-1.500.000	36,0	733	213,7	9,5	5,9
1.500.000-3.000.000	27,5	53	114,5	0,7	3,2
3.000.000-5.000.000	16,8	30	114,0	0,4	3,2
5.000.000-10.000.000	20,5	30	213,8	0,4	5,9
>10.000.000	2,4	47	2.774,0	0,6	77,0
2019					
<10.000	57,7	2.414	10,2	30,5	0,3
10.000-100.000	31,4	4.523	167,1	57,1	4,4
100.000-1.500.000	36,1	812	229,5	10,3	6,0
1.500.000-3.000.000	29,8	58	125,4	0,7	3,3
3.000.000-5.000.000	12,7	31	119,3	0,4	3,1
5.000.000-10.000.000	12,4	26	189,9	0,3	5,0
>10.000.000	2,9	51	2961,3	0,6	77,9

Tabel 10 Uren en kosten per patiënt voor de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg opgesplitst naar diagnose en verblijf (2019)

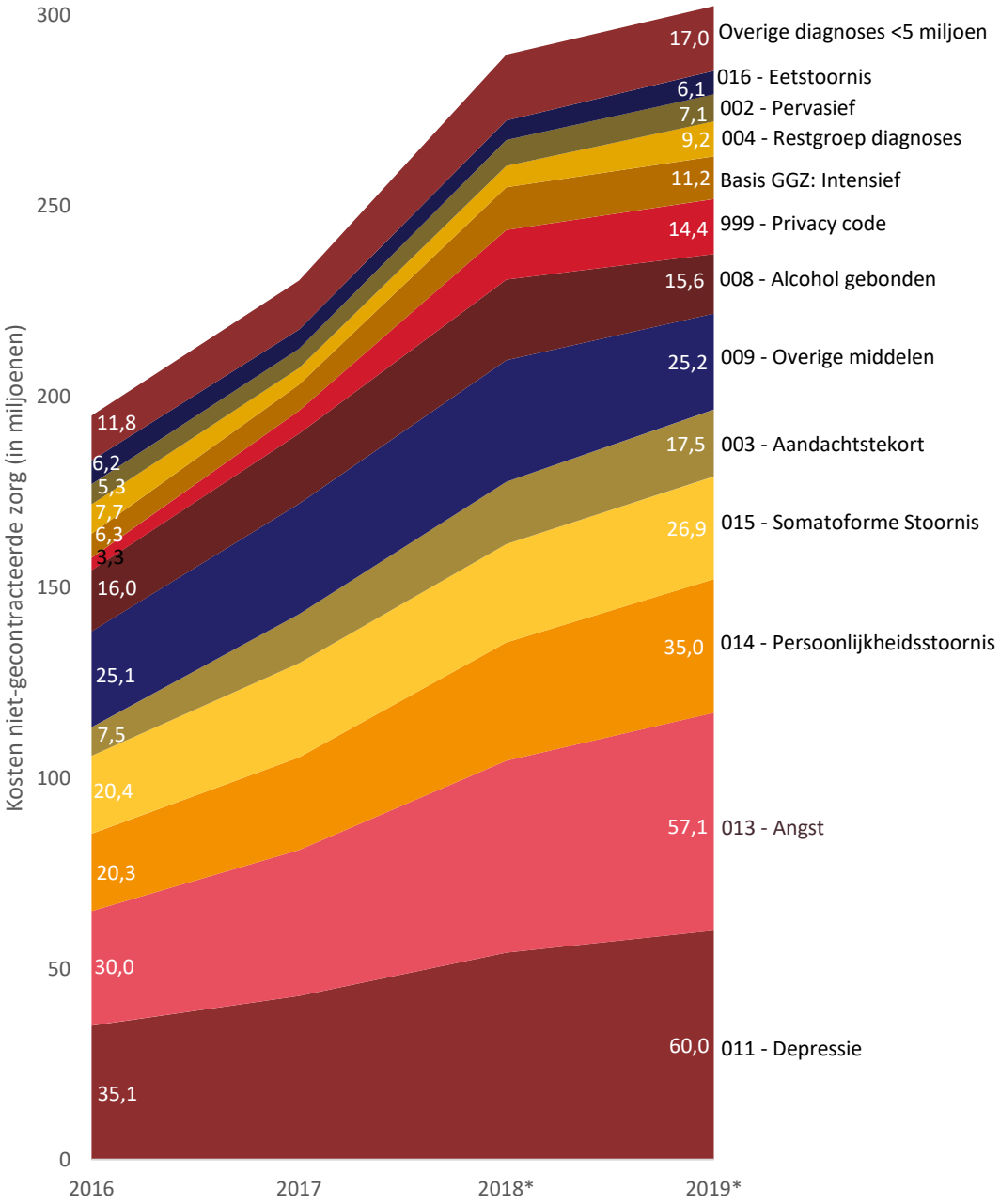
Verblijf-status	Diagnose	Uren per patiënt		Kosten per patiënt	
		Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Met verblijf	008 - Alcohol gebonden	103,4	93,6	24.050	15.708
	009 - Overige middelen	96,6	109,7	22.891	17.719
	011 - Depressie	129,8	136,8	35.016	32.558
	013 - Angst	143,9	69,2	32.108	14.730
Zonder verblijf	000 - Behandeling kort	5,3	3,8	663	533
	000 - Diagnostiek	8,8	9,1	977	813
	001 - Overige stoornissen in de kindertijd	37,2	24,1	4.291	3.655
	002 - Pervasief	46,9	27,2	5.348	3.729
	003 - Aandachtstekort	34,5	20,4	4.121	2.824
	004 - Restgroep diagnoses	41,8	39,2	5.011	5.298
	008 - Alcohol gebonden	44,8	46,3	5.134	6.559
	009 - Overige middelen	45,9	49,3	5.220	7.370
	010 - Schizofrenie	49,9	35,2	5.867	4.152
	011 - Depressie	35,0	27,9	4.282	3.886
	012 - Bipolaire Stoornis	36,7	26,3	4.524	3.593
	013 - Angst	35,8	28,4	4.344	3.894
	014 - Persoonlijkheidsstoornis	47,8	30,8	5.712	4.703
	015 - Somatoforme stoornis	33,0	43,8	3.971	6.887
	016 - Eetstoornis	58,5	64,2	6.928	8.142
	999 - Privacy code	36,9	31,4	4.352	5.109
	Basis GGZ: chronisch	10,8	7,8	1.239	1.070
	Basis GGZ: Intensief	12,5	8,6	1.309	1.123
	Basis GGZ: Kort	4,5	2,0	472	388
	Basis GGZ: Middel	8,3	16,2	807	662
	Basis GGZ: Onvolledig	2,5	31,7	198	157

Figuur 24: Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorgkosten per type zorgaanbieder



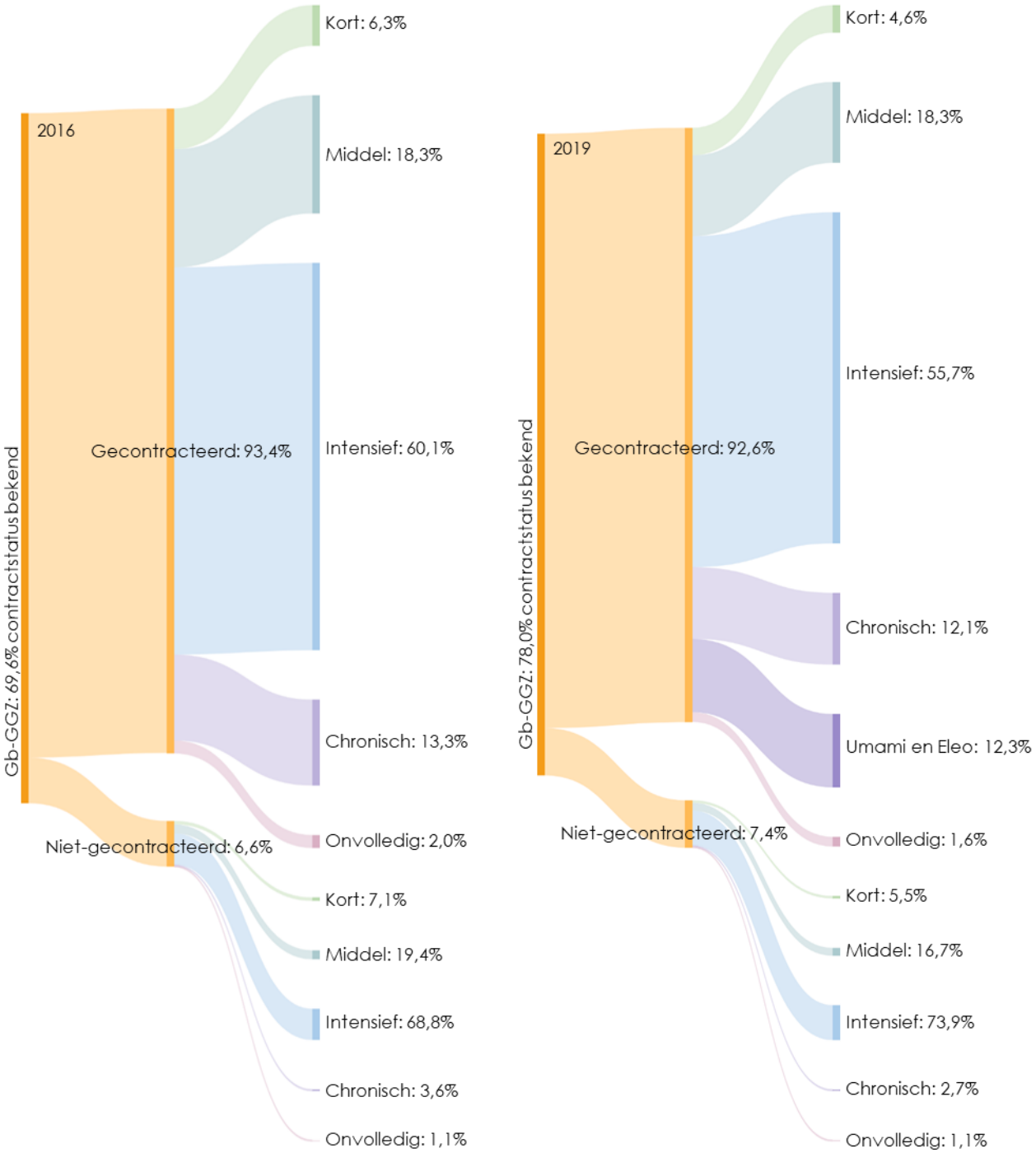
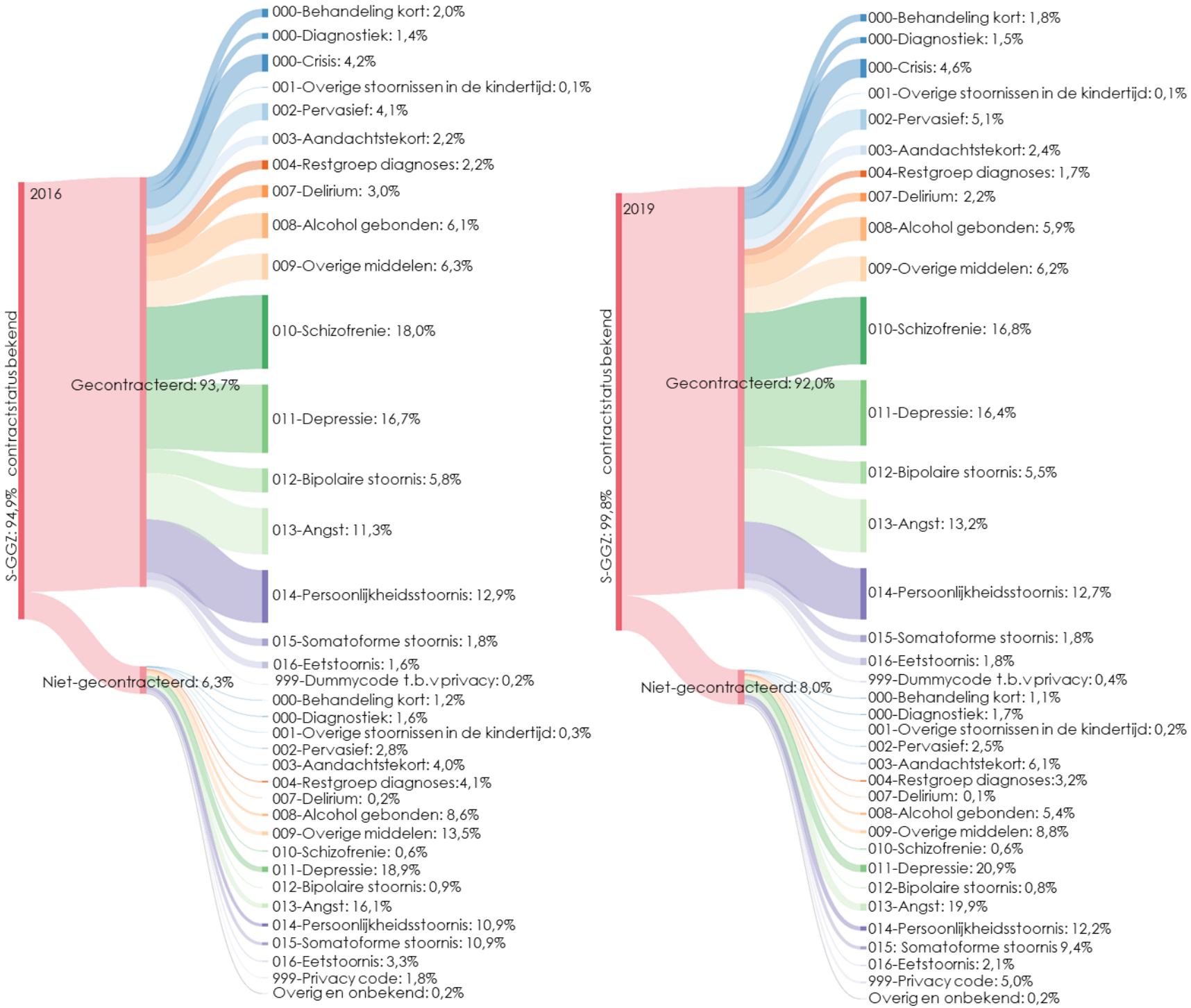
* In 2018 en 2019 zijn de declaraties van 2 zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume. Voorzichtigheid is daarom vereist bij het trekken van conclusies gebaseerd op deze figuur waarin exacte waardes worden getoond.

Figuur 25: Ontwikkeling niet-gecontracteerde zorgkosten per diagnose



* In 2018 en 2019 zijn de declaraties van 2 zorgverzekeraars wel meegenomen in tegenstelling tot 2016 en 2017, dit heeft effect op het volume. Voorzichtigheid is daarom vereist bij het trekken van conclusies gebaseerd op deze figuur waarin exacte waardes worden getoond.

Figuur 26: Aandeel zorgkosten per diagnose generalistische basis ggz 2016 en 2019



Figuur 27: Aandeel zorgkosten per diagnose gespecialistische ggz 2016 en 2019