

**Uitgavengroei niet-gecontracteerde GGZ en wijkverpleging;
een inventarisatie op basis van Zvw-declaraties 2014-2017**

Dr. Xander Koolman
Talma Instituut
December 2017

Met bijdrage van Vektis
en data van zorgverzekeraars

Inleiding

Zorgverzekeraars dienen zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg en zich in onderlinge concurrentie in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen (MvT Zvw).

Hiertoe kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de te contracteren zorgaanbieders. De zorgverzekeraar gebruikt deze invloed veelal om doelmatigheid na te streven door budgetten en volumes te beperken. Hierdoor wordt met name 'comfort'-zorg gereduceerd, stijgt de doelmatigheid van de aangewende middelen en blijft er voldoende geld en personeel beschikbaar voor toegankelijke 'noodzakelijke' zorg.

Echter, gedurende de afgelopen jaren wordt een toenemend deel van de zorg in de GGZ en wijkverpleging geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daaruit maken wij op dat het hebben van een contract voor een zorgaanbieder minder aantrekkelijk wordt.

Zorgaanbieders die werken zonder contract ontvangen een lagere vergoeding per geleverd product. De vergoeding is veelal 75% van de gemiddeld gecontracteerde marktprijs. Daar staan voordelen voor de zorgaanbieder tegenover, zoals een ruimere handelingsvrijheid en daarmee de mogelijkheid tot het includeren van meer patiënten (indicatieverruiming), het leveren van meer zorg per patiënt en daarmee het reduceren van overhead per patiënt, zoals reisen en administratiekosten. Omdat de overhead niet wordt vergoed leidt een langere behandelduur per patiënt tot een hoger uurtarief.

De resterende 25% kan worden geïnd bij de patiënt, maar wij hebben vele signalen ontvangen dat dit veelal niet gebeurt voor GGZ en wijkverpleging. Harde cijfers ontbreken echter. Door de kwijtschelding van het resterende deel heeft ook de patiënt geen prikkel om zijn zorgvraag te matigen.

De combinatie van een productieprikkel aan de kant van de zorgaanbieder, geen eigen bijdrage (en in de wijkverpleging geen eigen risico), geen budgetplafond en een grijze indicatiestelling creëert omstandigheden voor wat gezondheidseconomen beschrijven met een *camel-nose poking into the tent*. Dat wil zeggen zorg die snel groeit, waarvan de groei niet te beheersen is door de financier en die mogelijk binnen afzienbare tijd groeit naar een wezenlijk aandeel van de totale zorgkosten.

Het doel van onderstaande analyse is inzicht te geven in de ontwikkeling van uitgavengroei in de GGZ en de wijkverpleging. Wij kijken naar de Zvw-kosten in Nederland tussen 2014-2016 voor de GGZ en 2016-2017 voor de wijkverpleging. De jaren verschillen omdat de declaraties voor 2017 nog onvoldoende compleet zijn voor de GGZ en het jaar 2015 wezenlijk afwijkt voor de wijkverpleging.

Verantwoording

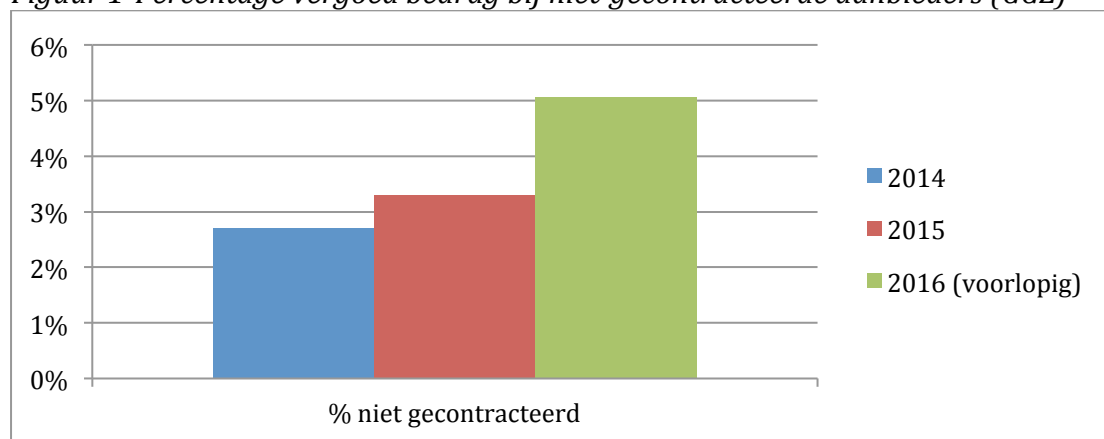
Voor deze inventarisatie hebben Vektis en het Talma Instituut van de Vrije Universiteit samengewerkt om de groei van de uitgaven in kaart te brengen. Vektis en het Talma Instituut hebben daarbij samen de berekeningen uitgevoerd. Deze toelichting is geschreven door het Talma Instituut. Daarnaast zijn wij de

Nederlandse Zorgverzekeraars dankbaar voor het op zeer korte termijn opleveren van contractgegevens van de declarerende zorgaanbieders over 2014-2016. De analyse is met beperkte middelen uitgevoerd en daardoor eenvoudig van opzet. Vektis en het Talma Instituut zijn echter wel van oordeel dat het beeld dat hier wordt geschetst een redelijk beeld geeft van de orde-grootte van de uitgavengroei van de niet-gecontracteerde zorg in de GGZ en wijkverpleging.

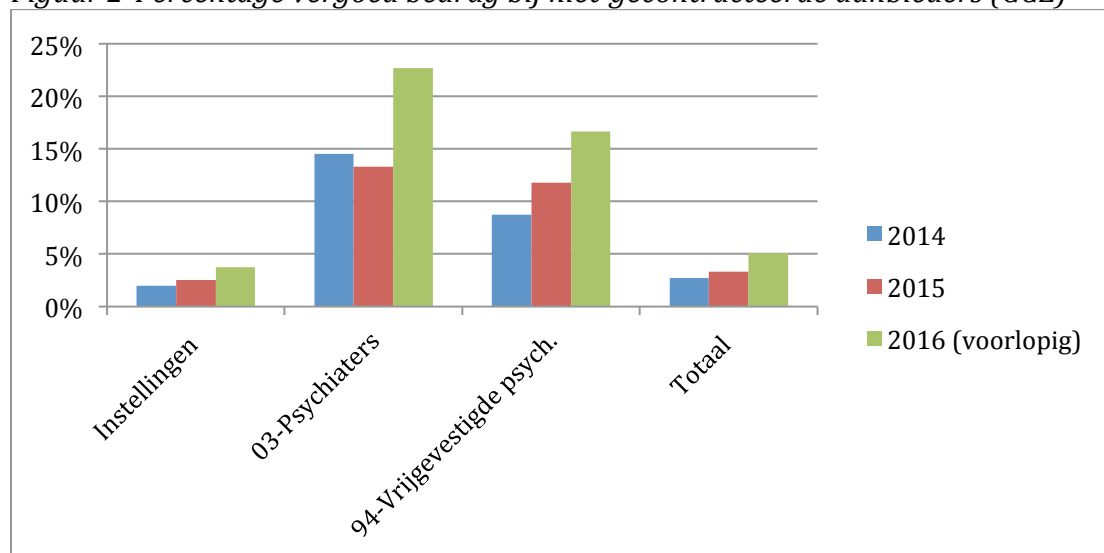
GGZ

Binnen de GGZ bestaat nu enkele jaren het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daarbij geldt dat de grote instellingen vrijwel allemaal gecontracteerd zijn, terwijl kleine GGZ-aanbieders dat steeds vaker niet zijn. Voor het laatste administratief afgeronde jaar gaat het om € 95 miljoen aan niet-gecontracteerde zorg (exclusief Multizorg en DSW). Daar waar de gecontracteerde GGZ kromp, daar groeide de niet-gecontracteerde zorg tussen 2014 en 2015. Deze trend lijkt zich versneld door te zetten in 2016.

Figuur 1 Percentage vergoed bedrag bij niet-gecontracteerde aanbieders (GGZ)



Figuur 2 Percentage vergoed bedrag bij niet-gecontracteerde aanbieders (GGZ)



Figuur 2 laat zien dat het hier met name gaat over vrijgevestigde psychiaters en gezondheidspsychologen (aangeduid met 94). Hoewel GGZ-uitgaven tussen 2014 en 2015 vrijwel niet groeiden neemt de grip op de GGZ-uitgaven door zorgverzekeraars wel af en is het waarschijnlijk dat deze trend de consumptie

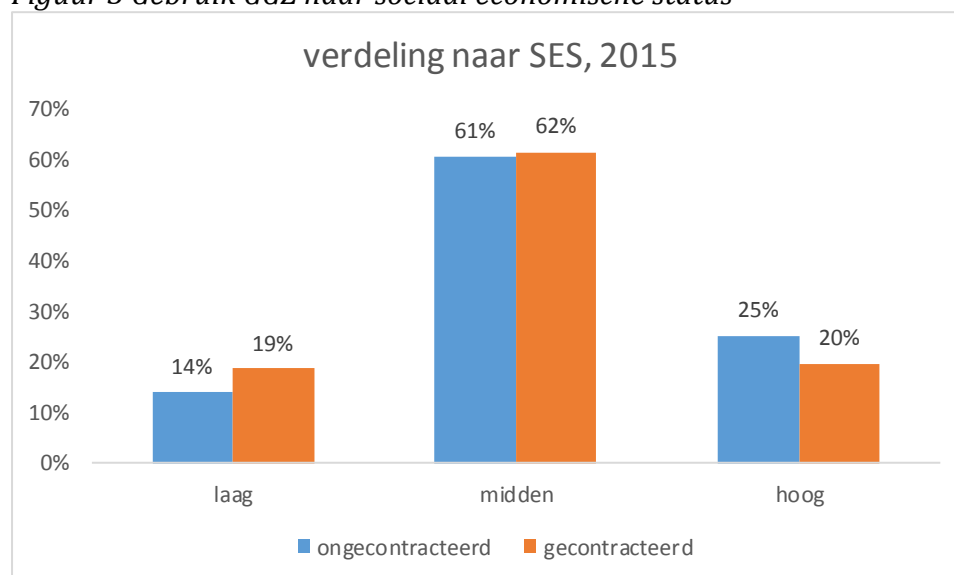
van GGZ van lage waarde, zoals comfort-zorg en langer dan maatschappelijk wenselijk durende behandelingen, in de hand werkt.

Een voorbeeld daarvan kan zijn dat de niet-gecontracteerden zich met name richten op het rijkere en hoger opgeleide deel van de klanten, waardoor de verschillen in toegang tot de GGZ tussen mensen met hogere en lagere sociaal economische status verder toenemen. Dat is een bekend en hardnekkig probleem in vele landen met grote vrijheid bij GGZ-aanbieders (Paul Rodenhauser, 2000)ⁱ.

Om dit te onderzoeken hebben we voor Nederland gebruik gemaakt van gegevens van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over sociaal economische status (SES) op wijkniveau. Deze maat is gevoelig voor aggregatievertekening waardoor eventuele verschillen worden verkleind. Toch observeren we in Nederland wel verschillen in patiënten-aandelen naar SES. Die verschillen komen overeen met de verwachting. We zien betere toegang voor patiënten van hogere sociaal economische milieus bij de niet-gecontracteerde aanbieders (figuur 3).

Het is onze verwachting dat dit verschil leidt tot een verder achterblijvende toegang voor patiënten uit lagere sociaal economische milieus indien de contractgraad verder daalt. De mate waarin dit problematisch wordt hangt mede af van de reactie van de gecontracteerde aanbieders. In andere landen zien we dat publieke zorgaanbieders zich met name richten op patiënten uit de zwakkere milieus die door het private aanbod niet worden geholpen. De politiek zal moeten beslissen of de tweedeling die zo ontstaat wenselijk is.

Figuur 3 Gebruik GGZ naar sociaal economische status



Wijkverpleging

Voor de wijkverpleging was de hypothese dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieders in aantal zouden groeien en daarmee de totale uitgaven aan niet-gecontracteerde zorg, en dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieders per patiënt meer behandel tijd zouden nemen, waardoor het aandeel niet-declarabele tijd zou afnemen.

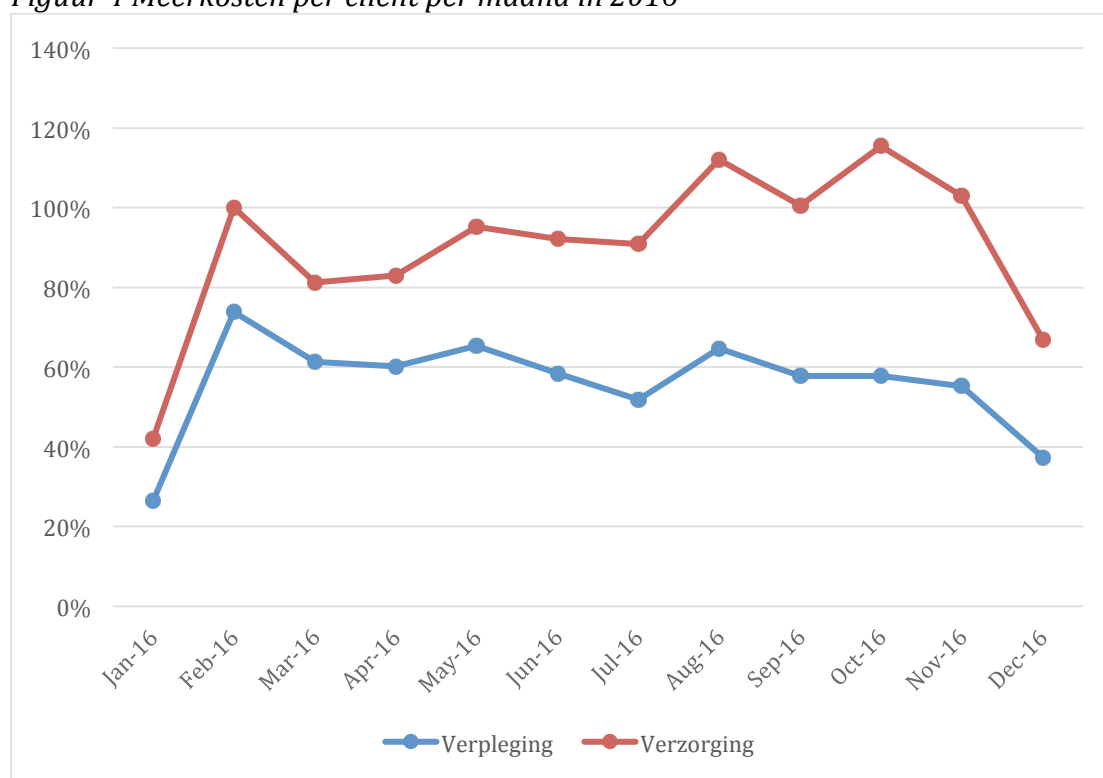
Omdat de declaratiedoorlooptijd korter is en 2015 administratief afwijkt hebben we ons gericht op 2016. Palliatieve zorg is een zeer dominante factor die de hoeveelheid geleverde zorg beïnvloed. Om te voorkomen dat dit de verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg ongewenst beïnvloed, is deze zorg in deze analyse uitgesloten. Als palliatieve zorg is uitgesloten bedragen de totale kosten voor in 2016 geleverde zorg 2,36 mld euro gecontracteerde en 104 mln euro niet-gecontracteerde zorg. Onderstaande tabel toont dit voor verpleging en verzorging.

Tabel 1 Zorguitgaven wijkverpleging en -verzorging

	Aantal personen	Totale kosten (mln)
Gecontracteerd: verzorging	334.565	€ 1.634,9
Gecontracteerd: verpleging	366.055	€ 722,4
Niet-gecontracteerd: verzorging	12.693	€ 80,7
Niet-gecontracteerd: verpleging	9.665	€ 23,6

De stijging van de zorgkosten per patiënt laten we zien in Figuur 4. Uit deze figuur blijkt dat in 2016 de gemiddelde behandelkosten 60% hoger lager voor de niet-gecontracteerde aanbieder van verpleegkundige zorg en stijgend naar 100% hoger voor niet-gecontracteerde wijkverzorgingⁱⁱ. Als we uitgaan van een lager tarief per uur van niet-gecontracteerde zorg en dat zetten op 75% van het gemiddelde gecontracteerde markttarief, dan lopen de verschillen in de gedeclareerde zorg verder op. Zo leveren niet-gecontracteerde verpleegkundigen dan gemiddeld 213% van de zorg van gecontracteerde verpleegkundigen (113% meer) en niet-gecontracteerde wijkverzorgenden 267% van de zorg van gecontracteerde wijkverzorgenden (167% meer).

Figuur 4 Meerkosten per client per maand in 2016



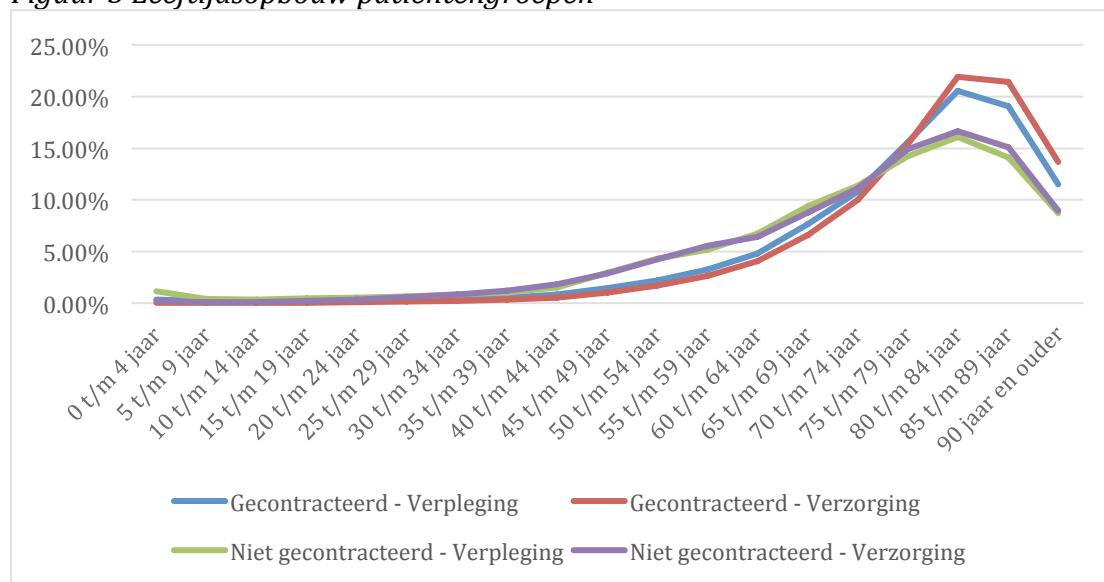
Terwijl het aantal gedeclareerde uren van niet-gecontracteerde wijkverzorgenden stijgt gedurende het jaar, zien we dat de gemiddelde zorgkosten voor de gecontracteerde zorgaanbieders over de maanden gelijk blijven. Wij vermoeden dat de groei van de meerkosten geheel is toe te schrijven aan intensiveringen van zorg van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het duiden van de extra gedeclareerde zorg is lastig. Voor het extra leveren van zorg is in de regel een ruimere indicatie nodig. Die indicatie kan afgegeven worden door een gekwalificeerde verpleegkundige die in sommige gevallen verbonden is aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder en die soms van buiten wordt ingehuurd.

De verschillen in indicatie kunnen samenhangen met verschillen in patiëntgroepen. Een belangrijke groep patiënten die extra zorg nodig hebben zijn de palliatieve patiënten. Uit de data blijkt dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders naar verhouding iets minder palliatieve zorg leverden dan de gecontracteerden. Hoewel de verschillen klein waren hebben we omwille van de vergelijkbaarheid alle palliatieve zorg patiënten buiten de analyse gehouden.

Een andere verklaring kan zijn dat de patiënten verschillen in kwetsbaarheid en bijvoorbeeld meer zorg nodig hebben naarmate zij ouder worden. We hebben daarom de leeftijdsopbouw in kaart gebracht in figuur 5. Uit de figuur blijkt dat de gecontracteerde zorgaanbieders meer oude ouderen behandelen. Een hogere leeftijd lijkt daarmee geen verklaring voor de extra zorg die de niet-gecontracteerden leveren. Het lijkt er zelfs op dat de niet-gecontracteerden jongere leeftijdsgroepen 'over'behandelen, en dat die leeftijdsgroepen in regio's met een beperkt aanbod van niet-gecontracteerde zorgaanbieders geen zorg zouden krijgen. Deze hypothese vereist echter nader onderzoek.

Figuur 5 Leeftijdsopbouw patiëntengroepen



Daarnaast kan de zorg zelf verschillen waardoor de patiënt een andere ontwikkeling doormaakt. Zo is het mogelijk dat gecontracteerde aanbieders door de zorgverzekeraars worden gestimuleerd om minder uren zorg per patiënt te leveren. Zij zullen dan sterker inzetten op de zelfredzaamheid van de patiënt. Als

dit beleid effectief is, dan leidt dit tot minder zorgbehoefte en daardoor minder uren geïndiceerde zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders bij verder vergelijkbare patiënten. In een dergelijk geval is extra zorg - volgens de indicatierichtlijn - geoorloofd. De stijging van de behandeltime per patiënt in 2016 zou overeen kunnen komen met deze verklaring.

Ook is het mogelijk dat niet-gecontracteerden verpleeghuisopnamen voorkomen of weten uit te stellen door middels intensievere zorg langer door te behandelen. Ook hier geldt dat de stijging van de gemiddelde behandeltime in 2016 hiervoor een indicatie zou kunnen zijn. Daar staat het lagere aantal palliatieve patiënten van de niet-gecontracteerden tegenover. Nader onderzoek is hier op zijn plaats.

Wij verwachten echter niet dat dit nadere onderzoek alle verschillen zal verklaren. De indicatiestelling is niet zwart-wit waardoor er ruimte is voor verschil in interpretatie. Koppelen we dat met de prikkels in de markt en de zeer ruime empirische literatuur over het gedrag van zorgaanbieders in de aanwezigheid van productieprikkels, dan is het redelijk te veronderstellen dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders ruimer indiceren dan gecontracteerde zorgaanbieders.

Immers de prikkels voor gecontracteerde aanbieders zijn vaak gericht op het verminderen van het aantal geïndiceerde uren zorg, in tegenstelling tot de prikkels voor niet-gecontracteerde aanbieders. Omdat de patiënt niet zelf hoeft te betalen voor deze zorg, zal deze veelal gemakkelijk akkoord gaan met extra zorg. Zo kan comfort-zorg van relatief lagere waarde ontstaan: zorg die de zorgaanbieder graag levert en de patiënt graag ontvangt, maar die de premiebetaler liever niet betaalt.

Als dat een belangrijke verklaring voor de verschillen is dan is het niet direct duidelijk welke indicatiestelling vanuit de samenleving gezien de juiste is. Het is immers mogelijk dat de gecontracteerden te weinig uren zorg indiceren, de niet-gecontracteerden teveel, of een beetje van allebei. Op basis van de data is het beste evenwicht niet te bepalen.

Als we uitgaan van de stijgende zorgbehoefte als gevolg van de vergrijzing, en daarmee de toenemende druk op het zorgbudget, dan is beleid gericht op het reduceren van de behandelintensiteit wel voor de hand liggend. Het blijft echter mogelijk dat zorgverzekeraars hierin verder gaan dan vanuit de samenleving gezien wenselijk is, bijvoorbeeld wanneer de kwaliteit van leven ernstig leidt onder gebrek aan zorg of wanneer dit zou leiden tot versnelde opname in een verpleeghuis en daardoor een verhoging van zorgkosten.

Afgezien van de kosten speelt ook het vraagstuk van de verwachte arbeidsschaarste van wijkverpleegkundigen en wijkverzorgenden in de nabije toekomst. Zo kan intensieve zorg voor patiënten een groot beslag leggen op de beschikbare tijd van verzorgenden en onbedoeld leiden tot een wachtlijst of zelfs het ontbreken van zorg voor andere patiënten. De vergrijzing leidt tot de verwachte toename aan zorgbehoefte en zal waarschijnlijk leiden tot een tekort aan personeel.

De zorgverzekeraar heeft de belangrijke taak voldoende zorg in te kopen van goede kwaliteit en in de nabijheid van de patiënt: de zorgplicht. Enerzijds zal hij daarom streven naar efficiënte inzet van arbeid. Anderzijds zal hij streven naar een aantrekkelijk werkklimaat om medewerkers voor de sector te interesseren en te behouden. Een lastige combinatie, waarbij de zorgplicht van de verzekeraar waarschijnlijk leidend zal blijken.

Concluderend

We vonden een sterke volumegroei van de niet-gecontracteerde zorg. Daarmee komen de resultaten voor zowel GGZ als wijkverpleging overeen met de verwachting op basis van economische theorie. Het betreft hier zorg waar de zorgverzekeraar weinig invloed op kan uitoefenen, waardoor het gevaar van een overaanbod van zorg van lage waarde ('comfort-zorg') op de loer licht. Omdat de totale uitgaven aan GGZ niet stijgen, is het ook mogelijk dat het hier vooral een verschuiving van gecontracteerde naar niet-gecontracteerde zorg betreft. Nader onderzoek is hier vereist.

Voor de wijkverzorging is het beeld duidelijker. Zo groeit ook hier de niet-gecontracteerde zorg, maar blijft de gecontracteerde zorg in omvang gelijk. Met name de groeiende kosten per patiënt zijn hier zorgelijk. Deze meerkosten zijn waarschijnlijk niet toe te schrijven aan een snel zieker wordende behandelpopulatie. De toelating tot de Wlz is na januari 2016 niet wezenlijk aangescherpt, en de gecontracteerde zorgaanbieders laten ook geen toename aan zorgintensiteit zien. Ook is er geen reden om aan te nemen dat er een snelle verandering van de behandelpopulaties is tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieder die dit verschil kan verklaren. Wij verwachten daarom dat een groot deel van deze extra zorgkosten een gevolg zijn van de prikkels voor zorgaanbieders en cliënten, en de beperkte mogelijkheden van zorgverzekeraars om de zorguitgaven te beheersen.

Het onderzoek is met beperkte middelen uitgevoerd. Het Talma Instituut en Vektis verwachten dat deze resultaten toch een goed beeld geven van de ontwikkelingen, maar raden nader onderzoek aan om een rijker, meer gedifferentieerd beeld te krijgen van de ontwikkelingen van de niet-gecontracteerde zorg.

ⁱ Paul Rodenhauser, 2000, *Mental Health Care Administration; A Guide for Practitioners*, University of Michigan Press.

ⁱⁱ Januari en december zijn beide afwijkend i.v.m. wijzigende systemen en daarom buiten beschouwing gelaten.