

Vergaderjaar 2017–2018

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 422

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juli 2018

De afgelopen maanden heb ik – in samenwerking met alle betrokken partijen – onderzoek laten doen naar de ontwikkeling van de (niet-)gecontracteerde GGZ. Het eerste deel van het onderzoek betreft een kwantitatieve analyse naar de aard en omvang van de niet-gecontracteerde zorg op basis van declaratiegegevens van Vektis. Het tweede deel van het onderzoek is kwalitatief van aard en verkent de achtergrond en motieven voor de keuze van niet-gecontracteerde zorg vanuit het perspectief van aanbieders, verzekeraars en patiënten. Dit onderzoek heeft een positieve rol gespeeld om in het hoofdlijnenakkoord GGZ met de betrokken partijen afspraken te maken om het contracteerproces te verbeteren, de contracteergraad te verhogen en de omvang van niet-contracteerde zorg te verminderen. De rapportage van dit onderzoek ontvangt u bijgaand¹, zoals toegezegd in de brief van 5 juli jl. van de Minister van VWS².

De hoofdpunten van het onderzoek zijn:

- Niet-gecontracteerde GGZ groeit qua omzet van 4,4% in 2014 naar 6,3% in 2016. De groei zit bij aanbieders die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben.
- De kosten van niet-gecontracteerde GGZ zijn bij een aantal diagnoses hoger (verslavingen aan alcohol, aan overige middelen, somatoforme stoornissen en restgroep diagnoses), bij andere diagnoses vergelijkbaar of lager.
- Patiënten ervaren niet of nauwelijks verschillen in doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg tussen een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de zorgaanbieders zijn de meningen op dit punt verdeeld. Zorgverzekeraars kunnen door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden hun vermoedens over

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Onderzoek (niet-)gecontracteerde GGZ, Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 149.

minder doelmatige en kwalitatieve zorg bij een aantal zorgaanbieders moeilijk hard maken.

Samenvatting van het onderzoek

Uit het onderzoek naar de (niet-)gecontracteerde GGZ komt het volgende naar voren. Het vergoede bedrag aan niet-gecontracteerde zorg stijgt van 4,4% in 2014 naar 6,3% in 2016. Gemeten in aantallen patiënten neemt het aandeel toe van 6,1% naar 8,5%. De groei van de niet-gecontracteerde zorg zit bij aanbieders die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben. Geïntegreerde GGZ-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische universitaire klinieken zijn (nagenoeg) geheel gecontracteerd. Niet-gecontracteerde zorg wordt voornamelijk door ambulante instellingen, verslavingszorgaanbieders, vrijgevestigde psychologen, psychotherapeuten en psychiaters en «overige» zorgaanbieders (voornamelijk GGZ-instellingen na 2008) geboden.

Patiënten met diagnoses somatoforme stoornissen en aandachtstekortstoornissen worden bovengemiddeld vaak behandeld in de niet-gecontracteerde specialistische GGZ. Ook zijn patiënten in de Generalistische Basis GGZ (met uitzondering van het product chronisch) relatief sterk vertegenwoordigd in de niet-gecontracteerde zorg. Patiënten die zwaardere zorg nodig hebben (diagnosen schizofrenie, bipolaire stoornis, delirium) en/of crisiszorg worden niet of nauwelijks behandeld in de niet-gecontracteerde GGZ. Hoewel de groep patiënten met een privacyverklaring bij de diagnose³ in omvang gering is, is bijna de helft daarvan behandeld bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Een verklaring kan niet gegeven worden op basis van de beschikbare data. Verder wordt in de niet-gecontracteerde zorg relatief vaker ambulante behandeld dan in de gecontracteerde zorg.

De gemiddelde vergoede zorgkosten van de behandeling voor patiënten bij diagnoses alcoholverslaving, verslaving overige middelen, somatoforme stoornissen en restgroep diagnoses zijn bij niet-gecontracteerde ambulante zorg beduidend hoger dan bij gecontracteerde zorg (25%–80% hogere kosten)⁴: bij deze vormen van zorg wordt veel meer uren zorg geleverd dan bij de gecontracteerde zorg. Een eventueel verschil in casemix van patiënten tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg biedt geen verklaring voor deze verschillen; als – daar waar mogelijk – de kosten gecorrigeerd worden voor zorgvraagwaarde, blijven de genoemde verschillen bestaan. De kosten voor niet-gecontracteerde zorg bij andere diagnoses zijn ofwel vergelijkbaar of lager.

Patiënten baseren hun keuze voor een zorgaanbieder vooral op de mening van de verwijzer, ervaring van naasten en hun eigen eerdere ervaringen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders noemen hun invloed op de keuze van de patiënt beperkt. De redenen die patiënten vaak noemen om gebruik te maken van een niet-gecontracteerde aanbieder is het ruimere aanbod in combinatie met kortere wachttijden, persoonlijker zorg, en grotere behandelvrijheid. Wanneer blijkt dat er eigen betalingen aan de zorg verbonden zijn omdat de aanbieder niet-gecontracteerd is, kan dat een reden zijn om af te zien van de niet-gecontracteerde zorg. Sommige patiënten krijgen van hun zorgaanbieder het advies te kiezen voor een zorgpolis of zorgverzekeraar waarbij de eigen betaling minder hoog is.

³ Met een privacyverklaring wordt bewerkstelligd dat er geen diagnose-informatie, of tot diagnose herleidbare informatie op de declaratie aan de zorgverzekeraar vermeld staat.

⁴ Zie figuur 12 op pagina 25 van het rapport (niet-)gecontracteerde GGZ, Arteria 2018. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Er zijn zorgaanbieders die bewust de keuze maken geen contract af te sluiten, vanwege administratieve lasten of contractuele beperkingen als omzetplafonds of normatieve uurtarieven. Daarnaast sluit een deel van de aanbieders bewust geen contract omdat zij principieel tegen inmenging van zorgverzekeraars zijn als het gaat om de inhoud van de behandeling. Er zijn ook zorgaanbieders die vanwege de aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen niet in aanmerking komen voor een contract.

Patiënten ervaren niet of nauwelijks verschillen in doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg tussen een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de zorgaanbieders zijn de meningen op dit punt verdeeld. Het overgrote deel van de zorgaanbieders ervaart geen relatie tussen wel of geen contract en de kwaliteit van de zorg; maar er zijn ook enkele zorgaanbieders die een positieve relatie of juist een negatieve relatie ondervinden. Zorgverzekeraars ervaren weinig grip op de kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars kunnen door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden hun vermoedens over minder doelmatige en kwalitatieve zorg bij een aantal zorgaanbieders moeilijk hard maken.

Breed gedeeld wordt de behoefte aan objectieve informatie over de kwaliteit van de behandeling in de GGZ en de behoefte aan duidelijke informatie vooraf over eigen betalingen van patiënten bij niet-gecontracteerde zorg.

Vervolg

Uit het onderzoek komt een aantal bevindingen naar voren die ik onwenselijk vind. Het aantal zorgverleners is schaars en het is daarom belangrijk de beschikbare capaciteit van deze zorgverleners zo veel mogelijk in te zetten waar de psychische nood het hoogst is. Bij een deel van de niet-gecontracteerde zorg worden veel meer uren zorg geleverd dan bij gecontracteerde zorg. De vraag is hoe zinnig en/of zuinig deze zorg is, temeer omdat de casemix⁵ van de patiënten geen verklaring voor deze verschillen biedt. Als de niet-gecontracteerde zorg eigen betalingen met zich meebrengt, ziet een deel van de patiënten om die reden van deze zorg af; in interviews is door meerdere patiënten aangegeven dat zij vrezen voor een tweedeling tussen patiënten die wel of niet de eigen betaling voor niet-gecontracteerde zorg kunnen opbrengen. Zorgverzekeraars hebben in de interviews aangegeven dat zij vrezen voor een stijging van de zorgkosten door niet-gecontracteerde zorg; dat kan ertoe leiden dat de premies meer gaan stijgen dan noodzakelijk. Bovendien ondermijnt een te groot aantal niet-gecontracteerde partijen het vermogen om de zorg meer in samenhang en integraal te organiseren. Eén en ander komt de zorg voor de verzekerde c.q. de patiënt en de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg niet ten goede.

Uit de rapportage blijkt ook dat de niet-gecontracteerde GGZ geen algemene oplossing is voor de wachttijdenproblematiek in de GGZ. De diagnosegroep met de hoogste wachttijd – pervasieve stoornissen, waaronder autisme valt – wordt beperkt behandeld in de niet-gecontracteerde GGZ. Daar staat tegenover dat enkele andere stoornissen met hoge wachttijden wel relatief meer in de niet-gecontracteerde zorg behandeld worden⁶.

Zoals in bovengenoemde brief van 5 juli jl. is aangegeven (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 149), hebben zowel de Minister van VWS als ikzelf met

⁵ Gemeten in zorgvraagzwaarte

⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234406_22/1/

partijen afspraken gemaakt om de contractering te bevorderen door middel van het sluiten van akkoorden voor de wijkverpleging en GGZ. Het moet de voorkeursoptie zijn van alle partijen om een contract af te sluiten. Tevens is aangegeven dat het kabinet aanvullende maatregelen overweegt en dat het kabinet uw Kamer daarover in het najaar informeert.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis