

# Zorgaanbieders in de ggz behandelen langer na afname aantal patiënten

In 2012 en 2013 bezuinigde de overheid op de uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor nam het aantal patiënten sterk af en kregen zorgaanbieders extra capaciteit. Hoe gingen de zorgaanbieders hiermee om?

## IN HET KORT

- Gebudgetteerde zorgaanbieders behandelden, na de afname van het aantal patiënten, gemiddeld acht procent langer.
- Na langer behandelen, namen behandeluitkomsten niet toe waardoor er mogelijk sprake is geweest van 'overbehandeling'.
- Vrijgevestigde zorgaanbieders behandelen nauwelijks langer, mogelijk vanwege de betalingsstructuur.

## RUDY DOUVEN

Wetenschappelijk medewerker bij het Centraal Planbureau (CPB) en onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

## MINKE REMMERS-WAAL

Wetenschappelijk medewerker bij het CPB en promovendus aan Tilburg University

## TOBIAS VERVLIET

Onderzoeker bij SEO Economisch Onderzoek

Patiënten met een ernstige psychische stoornis, zoals een depressie of verslaving, worden behandeld in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz). Jaarlijks heeft de ggz meer dan een miljoen patiënten en een totale omzet van rond de vier miljard euro. Om de kostengroei van de cggz te beteugelen, voerde de overheid in 2012 en 2013 grote bezuinigingen door. Zo werden in 2012 aanpassingsstoornissen en in 2013 problemen in de relationele sfeer niet meer vergoed vanuit het basispakket. Voor deze grote groep van patiënten, ongeveer zeventien procent van alle behandeltrajecten in de cggz, werden de kosten voor hun behandeling niet langer gedekt. Bovendien werden in 2012 extra eigen betalingen van 100 en 200 euro ingevoerd, bovenop het verplichte eigen risico.

Voor zorgaanbieders dreigde er een aanzienlijke daling van de omzet en een verlies aan inkomsten, maar ze zouden dan wel meer tijd hebben om de overgebleven patiënten te behandelen. Een langere behandeling kan beter zijn voor de patiënt en tot een beter gezondheidsresultaat leiden, maar het is ook denkbaar dat zorgaanbieders slechts voor een langere behandeling kiezen om een grotere vergoeding krijgen. Of zorgverleners langer langer behandelen voor meer vergoeding kan verschillen per aanbieder, afhankelijk van het gehanteerde betalingsstelsel.

## Betalingsystemen en prikkels

In de cggz wordt er onderscheid gemaakt tussen twee soorten aanbieders, gebudgetteerde en vrijgevestigde zorgaan-

bieders, die elk op een andere manier worden vergoed voor hun behandelingen. Gebudgetteerde aanbieders zijn grote zorginstellingen die ieder jaar met een zorgverzekeraar een budget afspreken dat afhankelijk is van de verwachte geleverde zorg. Zij hebben relatief hoge vaste kosten, mede doordat veel zorgverleners in vaste loondienst zijn. Ze hebben een prikkel om de productie-afspraken met zorgverzekeraars na te komen omdat ze bij te weinig productie het risico lopen om in de jaren erna gekort te worden. Gebudgetteerde zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor ongeveer negentig procent van de behandelingen in de cggz.

Zelfstandige psychiaters en psychologen die in kleine praktijken werken zijn vrijgevestigde zorgaanbieders. Ze verzorgen ongeveer tien procent van de omzet (NZa, 2014). Vrijgevestigde zorgaanbieders worden betaald per behandeltraject. De vergoeding hangt af van de diagnose van de patiënt, en het aantal minuten dat deze behandeld wordt – hoe langer een patiënt wordt behandeld, hoe hoger de vergoeding voor de zorgaanbieder. De vergoeding volgt een trapsgewijze functie: bij de tijdsgrenzen 800, 1.800, 3.000 en 6.000 minuten neemt de vergoeding toe, terwijl de vergoeding tussen deze tijdsgrenzen constant is. Eerder onderzoek toonde al aan dat er bij deze trapsgewijze betalingsfunctie onbedoelde effecten optreden. Veel vrijgevestigde aanbieders behandelen langer door, en stoppen hun behandeling net na het bereiken van de tijdsgrens (Douven et al., 2015; 2019a). De verschillende betalingssystemen voor beide typen zorgaanbieders zorgen voor verschillende prikkels, en zodoende kan ook de gedragsreactie na een grote afname in het patiëntenaantal verschillen.

## Data en onderzoeksoptzet

Om de grootte van de afname van het aantal patiënten en de daaropvolgende gedragsreacties van zorgaanbieders te meten, maken we gebruik van een grote administratieve dataset afkomstig van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De dataset bevat gedetailleerde informatie van alle behandeltrajecten (DBC's) die tussen 2008 en 2013 zijn uitgevoerd in de tweedelijns cggz. Aangezien we de reactie van dezelfde zorgaanbieder voor en na de beleidsverandering willen meten, nemen we in het onderzoek alleen zorgaanbieders mee die gedurende de gehele periode 2008–2013 actief waren op de markt. Het gaat in het totaal om bijna vier miljoen verschillende behandeltrajecten van 357

gebudgetteerde aanbieders en ruim 250.000 behandeltrajecten van 740 vrijgevestigde aanbieders.

In de eerste set van de *lineaire panelregressies* gaan we na welk effect de beleidswijzigingen hebben gehad op het aantal behandelingen en de totale behandelduur bij de twee typen zorgaanbieders. De verandering in het aantal behandelingen geeft een indicatie van het effect van de beleidsmaatregelen op de vraag naar cggz. De verandering in de totale behandelduur is een indicator voor de mate waarin er meer of minder capaciteit is ingezet. Bijvoorbeeld, als een zorgaanbieder twintig procent minder *willekeurige* behandelingen uitvoert, dan verwachten we *ceteris paribus* ook een vermindering van de totale behandelduur met twintig procent.

De patiënten die wegblijven zijn echter niet willekeurig, maar vaak vooral patiënten met een minder ernstige aandoening. Daarom schatten we in de tweede set van regressies de verandering in de behandelduur en behandeluitkomst per individueel behandeltraject. Hiervoor nemen we extra variabelen op die ook de behandelduur of behandeluitkomst kunnen verklaren, zoals het type diagnose, subdiagnose, het geslacht en de leeftijd van de patiënt, het type behandeling en een dummy of er ook sprake is van nachtelijk verblijf. Ook de zwaarte van de diagnose, gemeten door middel van de *GAF-score*, nemen we mee. De *GAF-score* geeft aan hoe een patiënt functioneert in het dagelijks leven (American Psychiatric Association, 2000). Hoe lager de *GAF-score*, hoe slechter de patiënt in psychisch, sociaal of beroepsmatig opzicht functioneert. Hier maken we gebruik van het gegeven dat een behandelaar de patiënt zowel aan het begin als aan het eind van een behandeltraject een *GAF-score* geeft. De verandering in *GAF-score* is onze afhankelijke variabele om behandeluitkomsten te meten. We meten of de behandeluitkomst verandert wanneer de behandelduur van vergelijkbare patiënten verandert.

### Gebudgetteerde zorgaanbieders

Het aantal behandelingen door gebudgetteerde aanbieders is met zo'n twintig procent afgenomen na de beleidswijzigingen (19,5 procent in 2012 en 18,7 procent in 2013; tabel 1). Dit komt overeen met eerder onderzoek door Lambregts en Van Vliet (2018) en Ravesteijn et al. (2017). Opmerkelijk is echter dat de totale behandelduur per aanbieder – een proxy voor inzet van de capaciteit – beduidend minder afneemt (9,6 procent in 2012 en 6,1 procent in 2013; tabel 1). Om na te gaan of de gemiddelde behandelduur ook is toegenomen voor vergelijkbare patiënten, corrigeren we voor de ernst van een aandoening van een patiënt. Hieruit volgt dat voor vergelijkbare patiënten de gemiddelde behandelduur per bepaald behandeltraject na de vraagschok langer is dan in de periode voor de vraagschok (7,8 procent, in 2012 en 8,6 procent in 2013; tabel 1). Deze resultaten suggereren dat gebudgetteerde zorgaanbieders hun extra capaciteit gedeeltelijk hebben ingezet om patiënten langer te behandelen. Gemeten in verandering van *GAF-scores*, gingen de behandeluitkomsten van patiënten er gemiddeld echter niet op vooruit door deze extra behandel tijd. De gemiddelde verandering in *GAF* is voor vergelijkbare patiënten in de jaren 2012 en 2013 niet-significant verschillend dan in de periode daarvoor.

### Mogelijke verklaringen

In Douven et al. (2019a) geven we twee mogelijke verklaringen voor de stijging in de behandelduur van gebudgetteerde aanbieders. Ten eerste is er veel onzekerheid in de geestelijke gezondheidszorg over welke behandelingen en behandelvormen effectief zijn (Frank en McGuire, 2000). Voor de beleidswijziging was er minder capaciteit in een zorginstelling, waardoor artsen impliciet of expliciet de perceptie hadden dat ze patiënten minder lang of intensief konden behandelen. Omdat er meer capaciteit beschikbaar kwam na 2012 en 2013, konden artsen patiënten langer behandelen en maakten ze daar ook gebruik van. Ten tweede kunnen inkomenseffecten een rol spelen. In onderhandelingen met verzekeraars kan een sterke afname van de totale behandelduur van een zorginstelling (op termijn) leiden tot lagere budgetten. Omdat we alleen de *GAF-score* als uitkomstmaat voor patiënten waarnemen, en er geen verbetering in de *GAF-score* optreedt bij langer behandelen, concluderen we dat er mogelijk sprake is geweest van 'overbehandeling' in 2012 en 2013.

### Vrijgevestigde aanbieders

Het aantal behandelingen neemt sterker af voor vrijgevestigde aanbieders dan voor gebudgetteerde aanbieders (28,9 procent in 2012 en 32,4 procent in 2013; tabel 2). Dit komt doordat vrijgevestigde aanbieders over het algemeen patiënten behandelen met minder zware aandoeningen. Ook het totale aantal behandelminuten daalt flink (19,5 procent in 2012 en 25,3 procent in 2013; tabel 2). Omdat vrijgevestigde zorgaanbieders geen budgetten hebben maar per behandeltraject worden betaald, was voor hen het inkomensverlies dan ook groot. Opmerkelijk genoeg vinden we nauwelijks een toename van de gemiddelde behandelduur na de beleidswijziging. In 2012 is er sprake van een lichte toename van de gemiddelde behandelduur per behandeling van 3,5 procent, en in 2013 daalt de gemiddelde behandelduur zelfs met 4,3 procent (tabel 2) waardoor deze duur weer bijna even hoog is als in de periode voor de schok. En net als bij gebudgetteerde aanbieders vinden we geen betekenisvolle verandering in de *GAF-score* van vergelijkbare patiënten voor en na de beleidswijziging.

### Mogelijke verklaring

In een eerdere analyse laten we zien dat veel vrijgevestigde aanbieders niet alleen nut verkrijgen uit het behandelen

**Resultaten voor gebudgetteerde aanbieders** TABEL 1

	2012	2013
<i>Regressie 1, per individuele aanbieder:</i>		
Verandering totaal aantal behandelingen	-19,5% ***	-18,7% ***
Verandering totale behandelduur	-9,6% ***	-6,1%
<i>Regressie 2, per individueel behandeltraject (gecorrigeerd voor ernst aandoening):</i>		
Verandering gemiddelde behandelduur	7,8% ***	8,6% ***
Verandering <i>GAF-score</i>	-0,004	-0,01
<small>Noot: Getallen geven de gemiddelde verandering aan ten opzichte van de periode 2008–2011, waarbij er rekening is gehouden met tijdeffecten; <i>GAF-scores</i> zijn absolute scores            *** Significant op eenprocentniveau</small>		
<small>Bron: Douven et al. (2019a)   ESB</small>		

## Resultaten voor vrijgevestigde aanbieders

TABEL 2

	2012	2013
Regressie 1, per individuele aanbieder:		
Verandering totaal aantal behandelingen	-28,9% ***	-32,4% ***
Verandering totale behandelduur	-19,5% ***	-25,3% ***
Regressie 2, per individueel behandeltraject (gecorrigeerd voor patiëntzwaarte):		
Verandering gemiddelde behandelduur	3,5% ***	-4,3% ***
Verandering GAF-score	0,000	0,029

Noot: Getallen zijn ten opzichte van de periode 2008–2011, waarbij er rekening is gehouden met tijdseffecten; GAF-scores zijn absolute scores

\*\*\* Significancie op eenprocentniveau

Bron: Douven et al. (2019a) | ESB

van patiënten, maar ook waarde hechten aan hun inkomen (Douven et al., 2019b). Waarom gaan vrijgevestigde aanbieders dan nauwelijks langer behandelen om hun verlies aan inkomen (gedeeltelijk) te compenseren? De verklaring is tweeledig. Ten eerste, omdat vrijgevestigde aanbieders per behandeltraject betaald worden, was er voor de vraagshok geen sprake van te korte behandelingen door te krappe budgetten, zoals bij de gebudgetteerde zorgaanbieders het geval is. Ten tweede voorkomt de trapsgewijze betalingsfunctie dat zorgaanbieders langer doorbehandelen. Aan de ene kant stimuleert de trapsgewijze betalingsfunctie dat aanbieders hun behandeling precies na het bereiken van een tijdsgrens stoppen om een hogere vergoeding krijgen. Aan de andere kant ontmoedigt dit systeem (nog) langer doorbehandelen, omdat de arts een patiënt dan wel heel lang moet doorbehandelen om de volgende tijdsgrens (en een extra vergoeding) te bereiken. In Douven et al. (2019a) wordt aangetoond dat alleen een kleine groep sterk financieel gemotiveerde vrijgevestigde aanbieders wel patiënten significant langer doorbehandelt.

### Conclusie en beleidsimplicaties

De analyse laat zien dat zorgaanbieders in cggz zeer verschillend reageren op een grote plotselinge afname van de zorgvraag, en dat dit sterk samenhangt met de verschillende bekostigingssystemen. De gevolgen voor de langere termijn hebben we niet onderzocht, maar lijkt het aanbod lijkt de afname van de vraag te volgen: de werkgelegenheid in de gehele ggz daalde voor het eerst sinds een aantal jaren in 2014 met ongeveer drie procent (CBS, 2019).

Dit onderzoek toont aan dat het ontwikkelen van een goed bekostigingssysteem complex is. Een budget heeft voordelen omdat het niet leidt tot doorbehandelen tot aan een tariefgrens, zoals bij vrijgevestigde zorgverleners. Het lastige van een budget is echter het bepalen van de omvang ervan. Een te ruim budget kan tot inefficiënties leiden omdat zorgaanbieders de neiging hebben om beschikbare capaciteit op te vullen. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg, waar de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen moeilijk te meten is, is dit risico groot. Idealiter zouden er kwaliteitsindicatoren moeten worden meegenomen in de bekostiging. De GAF-score, zoals gebruikt in dit onderzoek, is voor dit doeleinde echter niet geschikt, want deze wordt bijgehouden door de aanbieder zelf. Zodra de ver-

goeding van de behandelaar gaat afhangen van de GAF-score bestaat het risico van strategisch noteren. De trapsgewijze vergoedingsfunctie geeft echter ook perverse prikkels. Door de trapsgewijze vergoedingsfunctie hebben financieel gemotiveerde zorgaanbieders een prikkel om patiënten langer te behandelen tot net na het bereiken van een nieuwe tariefgrens, maar ook een prikkel om net na het bereiken van die grens te stoppen en patiënten niet langer te behandelen.

Onlangs bracht de NZa een advies uit om een nieuw bekostigingssysteem in te voeren in 2022 (NZa, 2019). In dit advies wordt voorgesteld om alle ggz-aanbieders per consult te betalen, waarbij een consult bestaat uit treden van 15, 30, 45, 60 of 75 minuten. De eerdere trapfunctie wordt in zekere zin teruggebracht tot een betaling per consult, met per consult een trapfunctie met kleinere treden. Dit systeem zal zich in de praktijk moeten bewijzen, maar zoals NZa (2019) zelf ook aangeeft, blijven ook hier de perverse prikkels bestaan omdat meer financieel gemotiveerde artsen een hogere trede per consult of meer consulten per patiënt kunnen opvoeren. Doordat de treden in het nieuwe bekostigingssysteem kleiner zijn dan de huidige vergoedingsfunctie is de prikkel verdwenen om langer te behandelen tot aan een bepaalde tariefgrens, of om eerder te stoppen erna. Wanneer de treden kleiner zijn, komt het bekostigingssysteem meer in de buurt van een 'betaling per minuut' systeem en is er aan de marge altijd een financiële prikkel om langer te behandelen.

### Literatuur

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, vierde editie. Washington, DC: American Psychiatric Association.

CBS (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn*. Data te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl). Geraadpleegd op 12 augustus 2018.

Douven, R., M. Remmerswaal en I. Mosca (2015) Unintended effects of reimbursement schedules in mental healthcare. *Journal of Health Economics*, 42, 139–150.

Douven R., M. Remmerswaal en T. Vervliet (2019a) *Treatment responses of mental health care providers after a demand shock*. CPB Discussion Paper, 10 september 2019.

Douven, R., M. Remmerswaal en R. Zoutenbier (2019b) Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes? *The Journal of Human Resources*, 54(2), 310–341.

Frank, R.G. en T.G. McGuire (2000) Economics and mental health. In: A. Culyer en J. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics*, deel 1B. Amsterdam: Elsevier, hoofdstuk 16.

Lambregts, T.R. en R.C. van Vliet (2018) The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment. *The European Journal of Health Economics*, 19(6), 775–784.

NZa (2014) *Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg: weergave van de markt 2009–2013*. Te vinden op [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

NZa (2019) *Advies zorgprestatie model ggz en fz*. Te vinden op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl).

Ravesteijn, B., E.B. Schachar, A.T.F. Beekman et al. (2017) Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 932–939.