



Rijksoverheid

## **Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ**

*Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg*

Datum      april 2010



## Colofon

Titel	Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ <i>Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg</i>
Bijlagen	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Werkgroepleden</li><li>2. Totaaloverzicht maatregelen en opbrengsten</li><li>3. In opdracht van de werkgroep verricht onderzoek</li></ol>
Inlichtingen	<b>Inspectie der Rijksfinanciën</b> Bureau beleidsonderzoek T 070 – 342 7335 e-mailadres BBO@minfin.nl



# Inhoud

	<b>Voorwoord en verantwoording IBO curatieve GGZ</b>	7
	<b>Samenvatting</b>	8
	<b>Aanleiding</b>	14
<b>1</b>	<b>Beschrijving GGZ</b>	17
1.1	Definitie	17
1.2	Belang van de GGZ	17
1.3	Verschillende typen GGZ onder verschillende financieringsregimes	17
<b>2</b>	<b>Rol Overheid</b>	19
<b>3</b>	<b>Het GGZ-stelsel in perspectief</b>	21
3.1	Overheveling naar de Zvw	21
3.2	Omvang	21
3.3	Vormgeving en werking van het stelsel	23
3.3.1	De cliënt	24
3.3.2	De zorgaanbieder	26
3.3.3	De verzekeraar	38
3.3.4	Aanpalende domeinen	41
3.4	Oorzaken groei	43
<b>4</b>	<b>Analyse: de knelpunten in de curatieve GGZ</b>	47
4.1	Betaalbaarheid	47
4.2	Kwaliteit	49
4.3	Toegankelijkheid	51
<b>5</b>	<b>Beleidsvarianten</b>	53
5.1	Pakket	53
5.1.1	Pakketafbakening op basis van individuele ziektelast	53
5.1.2	Scherper definiëren aanspraken	54
5.1.3	Stringent pakketbeheer	56
5.2	Eigen bijdrage	56
5.2.1	Drie-drempel variant	56
5.2.2	Trapsgewijze eigen bijdrage variant	57
5.2.3	Eigen bijdrage per DBC variant	58
5.2.4	Zelf betalen no-show	59
5.2.5	Eigen bijdrage intramurale Zvw-GGZ	59
5.2.6	Eigen bijdrage varianten die aangrijpen op medicijngebruik	60
5.3	Doelmatigheid	60
5.3.1	Scenario A	63
5.3.2	Scenario B	64
5.3.3	Maatregelen te allen tijde	58
	Bijlage 1: Werkgroepleden	75
	Bijlage 2: Totaaloverzicht maatregelen en opbrengsten	77
	Bijlage 3: In opdracht van de werkgroep verricht onderzoek	79



## Voorwoord en verantwoording IBO curatieve GGZ

Het interdepartementaal beleidsonderzoek naar de curatieve geestelijke gezondheidszorg (IBO-GGZ) is uitgevoerd onder de paraplu van de heroverweging curatieve zorg. Daarin wijkt dit IBO af van andere interdepartementale beleidsonderzoeken.

Aanleiding van dit IBO is de forse uitgavengroei van de curatieve GGZ in de afgelopen jaren en de verwachting dat bij ongewijzigd beleid deze groei de komende jaren zal doorzetten. Het IBO onderzoekt de mogelijkheden om de doelmatigheid van de curatieve GGZ te verbeteren. Omdat het beleidsonderzoek deel is gaan uitmaken van de brede heroverwegingsoperatie is ook nagegaan op welke wijze tot 20% besparingen op de curatieve GGZ kan worden gekomen.

De GGZ is veelvormig en onderwerp van overheidsbeleid van VWS, Justitie, SZW, provincies en gemeenten. Dit onderzoek heeft zich conform de taakopdracht beperkt tot de curatieve GGZ.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode oktober 2009 – maart 2010 door een projectgroep, bestaande uit medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, het Programma-Ministerie van Jeugd & Gezin, het Ministerie van Financiën, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau. In dit IBO is gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen. Er is veel eigen literatuuronderzoek gedaan en er zijn tientallen deskundigen geraadpleegd. Daarnaast hebben drie onderzoeksinstituten (Trimbos, Nivel en APE) speciaal voor dit IBO rapportages opgesteld. In februari 2010 besloot het kabinet dat de brede heroverwegingsrapporten, dus ook het rapport van dit IBO, een maand eerder dan gepland dus eind maart 2010 moesten worden opgeleverd. Deze versnelling heeft gevolgen gehad voor de grondigheid waarmee de knelpuntenanalyse, de financiële effecten en uitvoeringsconsequenties van de beleidsvarianten in dit IBO konden worden gevalideerd.

Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de inzet van tientallen medewerkers binnen en buiten de betrokken ministeries. Ook in het bijzonder veel dank aan de deskundigen en belanghebbenden die kennis en inzichten met de werkgroep hebben gedeeld tijdens de werkbezoeken en op de expertmeeting. De verantwoordelijkheid voor de inhoud ligt uiteraard bij de projectgroep.





## Samenvatting hoofdlijnen IBO curatieve GGZ

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een bijzonder onderdeel van de gezondheidszorg. Het aantal gebruikers is de laatste jaren sterker toegenomen dan in de rest van de zorg, meer ook dan je mag verwachten op grond van demografische ontwikkelingen. De uitgaven aan GGZ zijn navenant toegenomen. Bij GGZ-gebruikers is vaak sprake van een combinatie van psychische klachten (depressief en verslaving), die bovendien vaak gepaard gaan met problemen op sociaal of maatschappelijk vlak. Psychische problemen vormen een van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsuitval. Een effectieve GGZ kan problemen op andere gebieden voorkomen of verkleinen.

Het beleid op het gebied van de GGZ is gefragmenteerd en sterk in verandering. In zijn fragmentatie wijkt het af van de rest van de curatieve zorg. De curatieve GGZ is sinds twee jaar onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw verzekert de volledige extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar intramurale geneeskundige GGZ. De AWBZ richt zich op de niet-geneeskundige GGZ en intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar. Voor de openbare GGZ en de maatschappelijke ondersteuning zijn gemeenten verantwoordelijk (Wmo). Ten slotte is er de forensische zorg voor cliënten met een strafrechtelijke veroordeling, waar sinds enkele jaren de minister van Justitie de financiële verantwoordelijkheid voor draagt.

In het zorgbeleid hanteert de overheid drie publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De wetgeving en beleidsinstrumenten die VWS in de GGZ inzet om deze belangen te dienen, zijn grotendeels identiek aan die van de somatische curatieve zorg. Wel loopt de zorginhoudelijke en beleidsontwikkeling van de GGZ op veel terreinen achter op die van de somatische curatieve zorg (bijvoorbeeld risicodragendheid zorgverzekeraars en vormgeving dbc-productstructuur).

Het onderzoek beschrijft de curatieve GGZ in Nederland en analyseert de mogelijkheden om de doelmatigheid te verbeteren. Omdat dit onderzoek deel uitmaakt van de brede heroverweging curatieve zorg bevat het onderzoeksrapport ook maatregelen om 20% te besparen op de Zvw-uitgaven voor de GGZ.

### **Situatieschets en analyse**

#### *Cliënten*

Het aantal GGZ-cliënten is in de periode 2001-2007 met 58% gestegen. De uitgaven aan GGZ zijn in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld (110%). (Ter vergelijking: de totale kosten in de Zvw zijn in die jaren met 84% gegroeid). Uit een oogpunt van toegankelijkheid is deze ontwikkeling positief te duiden, uit een oogpunt van kostenbeheersing niet. Er zijn veel mogelijke oorzaken van deze groei. Zij variëren van maatschappelijke ontwikkelingen (toenemende eisen op het gebied van werk, medicalisering van allerlei problemen en afnemende sociale verbanden) tot systeemeigenschappen van de zorg (het aanbod scheidt de vraag, verbeterde diagnostiek en behandelmogelijkheden, het ontbreken van voldoende prikkels voor kostenbeheersing en tegelijkertijd prikkels om de marktpositie te versterken).

### *Eerstelijnszorg*

Een deel van de mensen met psychische problemen zoekt hulp. Zij komen meestal bij de huisarts terecht (2 miljoen mensen per jaar). De huisarts verwijst 13% door naar de specialistische GGZ in eerste- en tweedelijns. Dat is meer dan in de somatische zorg. De behandeling van de huisarts bestaat meestal uit het voorschrijven van geneesmiddelen. De kosten daarvan zijn de afgelopen jaren sterk gedaald als gevolg van de prijsverlagingen die VWS en de zorgverzekeraars hebben afgedwongen.

De eerstelijns psychologische zorg behandelt circa 125.000 mensen per jaar. Dit aantal groeit, ook als gevolg van de mogelijkheid om zonder verwijzing van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog te gaan. Voor de meest voorkomende psychische stoornissen zijn behandelrichtlijnen opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze worden relatief vaak door de huisartsen gevolgd. Het valt op dat bij ongeveer een derde van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog geen diagnose conform de DSM-IV standaard wordt gesteld (wat wel een vereiste is voor vergoeding krachtens de Zvw met uitzondering van geïndiceerde preventie voor alcohol en depressie). De eerstelijnspsycholoog verwijst 12% van de cliënten door, procentueel bijna net zoveel als de huisarts.

Voor een aantal behandelingen is de ontwikkeling van 'e-mental-health' veelbelovend. Hulp via internet blijkt laagdrempelig, veel goedkoper en net zo effectief te zijn (vaak wel in combinatie met face-to-face begeleiding) als meer klassieke vormen van zorg. De bekostiging van deze innovatie is nog wel een probleem, zeker waar sprake is van een anonieme hulpvraag.

### *Tweedelijnszorg*

De tweedelijns GGZ kan ambulante of intramuraal plaatsvinden. Daar worden op jaarbasis bijna één miljoen cliënten behandeld. Opvallend is dat het aantal jeugdige cliënten van de GGZ fors is gegroeid, desondanks zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie de wachttijden vaak langer dan de norm. Dat was al zo, voordat de GGZ per 2008 naar de Zvw werd overgeheveld. Dit patroon is identiek aan de groei van andere jeugdregelingen, maar wijkt af van de somatische curatieve zorg.

Bij circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ is sprake van relatief lichte problematiek die naar verwachting ook in de eerstelijnszorg kan worden behandeld. Van hen heeft meer dan de helft al eerder een psychische stoornis gehad. Het intramurale zorgaanbod in de GGZ is internationaal gezien ruim. Nederland had 189 intramurale plaatsen per 100.000 inwoners Duitsland en Zweden stonden op de tweede plaats met 146 (cijfers van 2002). Dit aantal in Nederland is sindsdien gegroeid. Dit wijkt af van de somatische curatieve zorg en van het VWS-beleid, dat gericht is op extramuralisering.

Over de effectiviteit en doelmatigheid van de tweedelijns GGZ kan weinig worden gezegd. De richtlijnontwikkeling verloopt goed, maar de implementatie van behandelrichtlijnen komt beperkt op gang. Er is weinig inzicht in de prestaties van de zorgaanbieders.

Het GGZ-stelsel bevat diverse prikkels die het publieke belang van de betaalbaarheid en de kwaliteit niet optimaal dienen. Net zoals in de somatische curatieve zorg zit de GGZ in een transitiefase van overheidssturing naar gereguleerde concurrentie. Dat leidt tot een mix van bekostigingsprijkkels met onbedoelde effecten. De meest in het oog springende voorbeelden zijn:

- de cliënt moet voor de eerstelijnspsycholoog een eigen bijdrage betalen en voor de tweedelijnszorg niet. Dit is een prikkel om meer (relatief dure) tweedelijnszorg te gebruiken;
- de financiering van de tweedelijnszorg vindt plaats op basis van diagnosebehandelcombinaties (DBC), waarmee feitelijk niet veel meer wordt gedaan dan tijd geschreven. Dit is een prikkel om meer zorg te leveren;
- de toelating van intramurale capaciteit heeft door VWS vanaf 2008 de facto ongeclausuleerd plaatsgevonden. Door de huidige financiering van kapitaalslasten komen bezettingsverliezen op intramurale GGZ zorg nu voor rekening van de fondsen (AWBZ en Zvw). Dit is een prikkel om meer intramurale zorg te leveren.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars kunnen minder goed dan in de somatische curatieve zorg beoordelen of er sprake is van een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Daarvoor ontbreekt de informatie. Ook zijn de wettelijke aanspraken ruim geformuleerd. Zorgverzekeraars hebben toenemende aandacht voor kwaliteit in de onderhandelingen. Deze richt zich met name op het verbeteren van de transparantie en nog niet op het afspraken maken met zorgaanbieders over prestaties. Er wordt hard gewerkt aan de prestatie-indicatoren. Maar de informatie over de prestaties in de GGZ is nog onvoldoende beschikbaar, of wordt onvoldoende beschikbaar gesteld. Daarnaast bestaat er bij zorgverzekeraars ook nog weinig inzicht in volume.

De door de VWS en NZa opgestelde bekostigingsregels bevatten prikkels met onbedoelde effecten. Daar zijn ook zorgverzekeraars aan gebonden. Zorgverzekeraars vergoeden – in het belang van (behoud van) hun cliënten en vanwege de restitutie verplichting - meestal ook zorg (geldt cure-breed) als die niet wordt geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder. Dit staat op gespannen voet met een beleid gericht op inkoopvoordelen. Ook is er in veel regio's nauwelijks wat te kiezen. Veel GGZ-instellingen zijn gefuseerd. Er zijn wel nieuwe toetreders, maar die bedienen een (nog) zeer beperkt deel van de markt. Daarbij komt dat zorgverzekeraars voor de tweedelijns-GGZ nauwelijks financieel risico lopen. Uitgaventegenvallers worden via het vereveningssysteem grotendeels gecompenseerd. Aangezien zorgverzekeraars wel financieel risico lopen voor de eerstelijnszorg, is er voor hen geen financieel belang om te streven naar vervanging van relatief kostbare tweedelijnszorg naar relatief goedkope eerstelijnszorg.

#### *Aanpalende terreinen*

GGZ wordt grotendeels op grond van de Zvw geleverd. Maar ook de AWBZ, Justitie en gemeenten (Wmo) hebben hier een verantwoordelijkheid. Dat heeft twee nadelen.

Ten eerste zijn de mogelijkheden om kosten af te wentelen op de Zvw aanzienlijk. De Zvw werkt de facto voor alle betrokkenen – met uitzondering van VWS – als een openeinderegeling. In de Zvw hebben patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars weinig direct belang (prikkels) bij gepast zorggebruik.

Het tweede nadeel is dat door de verschillende financieringsstromen het voor patiënten, zorgaanbieders en betalende partijen een aanzienlijke inspanning kost om de weg in de zorg te vinden, respectievelijk een samenhangend zorgaanbod te creëren. Dat klemt temeer, doordat een belangrijk deel van de GGZ wordt gebruikt door kwetsbare mensen.

### **Beleidsvarianten**

Uit het onderzoek volgt dat – nog afgezien van de brede heroverweging – het noodzakelijk is het beleid op het gebied van de GGZ te wijzigen. Er is geen goed evenwicht in het dienen van de publieke belangen van de Zvw. De toegankelijkheid van de GGZ is groot, maar scheef verdeeld (teveel intramuraal ten opzichte van extramuraal, teveel tweedelijns ten opzichte van eerstelijns). De kwaliteit is slecht inzichtelijk en behandelrichtlijnen worden beperkt gebruikt. Het publieke belang van de betaalbaarheid wordt onvoldoende gediend door verkeerde prikkels in het systeem en de brede pakketafbakening.

Er is een samenhangende aanpak nodig, die ingrijpt op:

- a. de omschrijving en het beheer van het verzekerde pakket;
- b. het gebruik van eigen betalingen;
- c. de (financiële) prikkels in het systeem.

Deze drie wegen kunnen ook worden bewandeld, indien besloten moet worden tot een bezuiniging van 20%, conform de opdracht van de heroverweging curatieve zorg. Gezien het specifieke karakter van de GGZ is op onderdelen een apart beleid gewenst. In dit rapport zijn besparingsopties geïnventariseerd en de voor- en nadelen van de varianten geschetst.

### **Pakket**

Analoog aan de brede heroverweging curatieve zorg kan worden overgegaan tot een verkleining van het verplicht verzekerde pakket (vergroting van het privaat te verzekeren pakket) door uitsluiting van behandeling van aandoeningen met de laagste ziektelast.

Voor de GGZ kunnen de aanspraken scherper gedefinieerd worden door zorg zonder DSM-IV-classificatie en zorg met de DSM-IV-classificatie aanpassingsstoornis niet meer onder het verzekerde pakket te laten vallen. Dit kan leiden tot een besparing op de collectieve uitgaven van circa € 115 mln.

Daarnaast kunnen de aanspraken ingeperkt of verwijderd worden voor zorg voor relatief lichte angststoornissen, alcoholstoornissen en depressie. Dit kan leiden tot een bezuiniging op de collectieve uitgaven van € 100 - € 150 mln afhankelijk of de relatief lichte problemen helemaal niet meer onder het verplicht verzekerde pakket vallen dan wel alleen bij behandeling in de eerstelijns onder het verplicht verzekerde pakket vallen. Bij deze opbrengsten moet wel rekening worden gehouden met het risico dat de financiële opbrengsten lager zullen zijn, omdat zorgaanbieders de problematiek anders gaan benoemen/classificeren.

Zorgverzekeraars moeten – meer dan nu het geval is – toezien op het rechtmatig gebruik van de Zvw. De informatievoorziening tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet dit mogelijk maken.

De grens van Zvw-verzekerde GGZ moet worden opgetrokken van een jaar tot bijvoorbeeld drie jaar. Dit voorkomt een groot deel van de substitutie naar langdurende en duurdere AWBZ-zorg. Het leidt tot een budgettaire verschuiving tussen AWBZ en Zvw.

### **Eigen betalingen**

Om de prikkels voor de cliënt in het stelsel te versterken kunnen (aanvullende) eigen bijdragen worden ingevoerd. Gezien de samenloop tussen de GGZ en somatische zorg is het in principe wenselijk de GGZ qua eigen bijdragen niet anders te behandelen dan de somatische zorg. Indien uit bezuinigingsoverwegingen bijvoorbeeld het eigen risico groter moet worden, dan is dat ook van toepassing op de GGZ.

Er zijn drie terreinen waar specifieke maatregelen kunnen worden overwogen. Ten eerste moeten de eigen betalingen voor de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijnszorg geharmoniseerd worden of dienen de eigen betalingen in de tweedelijnszorg hoger te zijn dan in de eerstelijnszorg, om ongewenste substitutie tegen te gaan. De zogeheten drie-drempel variant levert afhankelijk van de precieze vormgeving € 150 – € 180 mln op. De werkgroep heeft ook alternatieve varianten ontwikkeld (trapsgewijze variant of per DBC variant) die respectievelijk € 220 mln of € 280 mln kunnen opleveren.

Ten tweede kunnen voor de intramurale zorg die betaald wordt via de Zvw – net zoals in de AWBZ – eigen betalingen worden ingevoerd. Dit zou een stevige prikkel kunnen zijn om de zorg te extramuraliseren. Dat kan tot een besparing van € 10 mln leiden.

Ten derde kan besloten worden zogenaamde ‘no-shows’, afspraken waar de cliënt niet komt opdagen, niet meer te vergoeden. Dat kan € 40 mln opleveren.

Ten vierde kan worden overwogen specifieke eigen betalingen te vragen voor geneesmiddelen, die voor lichte psychische aandoeningen worden voorgeschreven, waarbij sprake kan zijn van onnodige medicalisering. Een dergelijke maatregel kan tot een besparing leiden van € 15 mln.

### **Doelmatigheid**

Voor de verbetering van de doelmatigheid in de zorg worden twee scenario's onderscheiden. Scenario A berust grotendeels op overheidssturing via zorgkantoren nieuwe stijl en de stringente budgettering van deze zorgkantoren. Scenario B is vooral gebaseerd op sturing door volledig risicodragende zorgverzekeraars. Een tentatieve doorrekening laat zien dat scenario A € 170 mln oplevert en scenario B € 220 mln.

Daarnaast zijn een aantal te allen tijde maatregelen te onderscheiden die in elk scenario toepasbaar zijn, zij het dat de specifieke invulling kan verschillen. Het betreft:

- stimuleren innovatie (zelfmanagement en e-mental health);
- substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg;
- substitutie van intramurale naar extramurale zorg;
- doorgaan met het versterken van kwaliteit en transparantie;
- versterken (financiële) prikkels in het systeem.

Een tentatieve doorrekening laat zien dat, voor zover deze maatregelen al niet in scenario A en B zijn meegerekend, hier nog een aanvullende opbrengst van circa € 200 mln te behalen is.

Het samenstel van deze maatregelen moet leiden tot efficiënter gebruik van (kostbare vormen van) GGZ, verkleining van wachtlijsten en tot lagere prijzen van de geleverde zorg.

### Totaaloverzicht besparingen

Onderstaande tabel laat de uitgaven in de GGZ (+) en de bandbreedte van de geïnventariseerde besparingen (-) zien.

**Tabel: Maatregelen en opbrengsten (in mln €)**

<b>Uitgaven</b>	<b>2015</b>
Geneeskundige GGZ <sup>1</sup>	3.694
<b>Besparingen</b>	
Pakket	100-260
Eigen betalingen	220-350
Doelmatigheid	
- Scenario A/Scenario B	170 - 220
- Maatregelen te allen tijde	200
<b>Totaal</b>	690 – 1030

Nota bene:

- bij de berekening van de opbrengsten van de verschillende maatregelen is geen rekening gehouden met eventuele overlap. Dit betekent dat, afwijkend van wat in de tabel hierboven gedaan is, de opbrengsten niet zondermeer opgeteld kunnen worden. Bijvoorbeeld, ingrijpen in het pakket leidt ook tot lagere opbrengsten van de eigen bijdragen;
- in de berekeningen zijn geen gedragseffecten meegenomen;
- voor de berekening van de opbrengsten van pakket en eigen betalingen geldt dat geen rekening is gehouden met toekomstige groei van de GGZ-uitgaven;
- de opbrengsten van de eigen bijdrage maatregelen zijn niet gecorrigeerd voor het effect dat hierdoor de opbrengsten van het verplicht eigen risico kunnen afnemen;
- gegeven de beperkt beschikbare tijd en gegevens zijn niet alle doorrekeningen even hard. Dit geldt voor de doorrekening van de pakketmaatregelen die voor een groot deel gebaseerd zijn op beperkte data van 1997. En dit geldt in nog sterkere mate voor de doelmatigheidsopbrengsten. Deze zijn sterk tentatief en kunnen als niet meer gezien worden dan ruwe indicaties.

<sup>1</sup> Dit is exclusief kosten huisartsen en geneesmiddelen.

## Aanleiding

Steeds meer Nederlanders met psychische problemen weten de weg naar de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) te vinden, waardoor de onvervulde zorgbehoefte is afgenomen. Tegelijkertijd leidt dit tot een sterke stijging van de uitgaven. In 2008 was er sprake van een overschrijding van de geraamde kosten voor de curatieve GGZ en de verwachting is dat de groei van de uitgaven de komende jaren zal doorzetten.

De regering heeft dan ook besloten, om in 2009 een interdepartementaal beleidsonderzoek te laten starten naar de mogelijkheden ter verbetering van de doelmatigheid van de curatieve GGZ, inclusief de jeugd-GGZ, waarbij toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit uitgangspunten zijn. Inmiddels is, gezien de latere besluitvorming omtrent de heroverwegingsoperatie, besloten dit beleidsonderzoek te positioneren onder de vleugels van de heroverweging curatieve zorg. Concreet betekent dit dat het beleidsonderzoek ook 20% besparingsvarianten moet opleveren.

Dit rapport is het resultaat van dit beleidsonderzoek. De opbouw is als volgt:

1. Beschrijving GGZ
2. Rol van de overheid
3. Het huidige GGZ-stelsel in perspectief
4. Analyse: de knelpunten in de GGZ
5. Beleidsvarianten





# 1 Beschrijving GGZ

## 1.1 Definitie

De GGZ is een verzamelnaam voor alle gezondheidszorg die gericht is op voorkoming, behandeling en begeleiding van psychische problemen en stoornissen (bijvoorbeeld depressie, angststoornis, schizofrenie en verslaving).

## 1.2 Belang van de GGZ

Een goede geestelijke gezondheid is zowel van belang voor het individu als voor de samenleving. De schade die onze samenleving ten gevolge van psychische problemen oploopt is immers aanzienlijk. Een groot deel van de arbeidsuitval is te wijten aan psychische factoren. Zo heeft 38% van de arbeidsongeschiktheid een psychische achtergrond.<sup>2</sup> Schattingen van de totale kosten van psychische problemen komen uit op circa 4% van het Bruto Binnenlands Product.<sup>3</sup>

## 1.3 Verschillende typen GGZ onder verschillende financieringsregimes

Er zijn verschillende typen van GGZ te onderscheiden die elk onder een verschillende financieringsregime vallen. Tabel 1.1 laat dit zien.

**Tabel 1.1: Financieringsregimes GGZ<sup>4</sup>**

	<b>Geneeskundige GGZ</b>	<b>Niet-geneeskundige GGZ</b>	<b>Maatschappelijke ondersteuning, bevorderen participatie/zelfredzaamheid, openbare GGZ en ambulante verslavingszorg</b>	<b>GGZ in strafrechtelijk kader (forensische zorg)</b>
Extramuraal	Zvw	AWBZ	Gemeenten	n.v.t.
Intramuraal 1 <sup>e</sup> jaar	Zvw	AWBZ	n.v.t. <sup>5</sup>	Justitie
Intramuraal > 1 <sup>e</sup> jaar	AWBZ	AWBZ	n.v.t. <sup>6</sup>	Justitie

### **(a) Zorgverzekeringswet (Zvw)**

Onder de Zvw valt de geneeskundige GGZ extramuraal en intramuraal het 1<sup>e</sup> jaar. Er is sprake van geneeskundige GGZ als de zorg gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. De geneeskundige GGZ bestaat uit eerstelijns- en tweedelijnszorg:

- eerstelijns GGZ heeft betrekking op lichte tot matige, niet complexe enkelvoudige gezondheidsproblemen van psychische aard (bijvoorbeeld lichte depressie). Deze wordt onder andere geleverd door huisartsen en eerstelijnspsychologen;

2 CBS Statline, 2007.

3 Trimbos, Trendrapportage 2008, p.83.

4 Onder de verschillende GGZ-categorieën in de figuur vallen ook verschillende vormen van preventie; individuele preventie wordt gerekend tot de geneeskundige ggz (Zvw-gefinancierd), collectieve preventie wordt gerekend tot de maatschappelijke ondersteuning (gemeentelijk gefinancierd).

5 Enige uitzondering betreft het sociaal pension dat wordt uitgevoerd door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) die voor deze taak door de gemeenten wordt bekostigd.

6 Enige uitzondering betreft het sociaal pension dat wordt uitgevoerd door de RIBW en voor deze taak door de gemeenten wordt bekostigd.

- tweedelijns GGZ heeft in principe betrekking op ernstigere psychische problemen (bijvoorbeeld schizofrenie, zware depressie). Deze wordt onder andere geleverd door psychiaters, psychologen en psychotherapeuten.

**(b) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

Onder de AWBZ valt de niet-geneeskundige GGZ en de intramurale geneeskundige GGZ na het 1e jaar. Er is sprake van niet-geneeskundige GGZ als deze zorg uitsluitend gericht is op persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding, al dan niet in combinatie met een verblijf in een GGZ-instelling en geen onderdeel is van de behandeling van de psychische stoornis. De begeleiding die onder de niet-geneeskundige GGZ valt is gericht op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de cliënt (en is dus niet zoals bij de geneeskundige GGZ onlosmakelijk onderdeel van de behandeling).

**(c) Justitie**

Onder Justitie valt de geestelijke gezondheidszorg voor cliënten in strafrechtelijk kader (sinds enkele jaren overgeheveld vanuit de AWBZ naar de begroting van Justitie).

**(d) Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

Onder gemeenten valt zorg in het kader van de Wmo. Dit betreft maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen (bijvoorbeeld dagbesteding voor ambulante chronische GGZ-cliënten en collectieve preventie) en de openbare GGZ (de toeleiding tot de zorg van bijvoorbeeld overlastgevende daklozen met psychische stoornissen).

De overheid is systeemverantwoordelijk voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. In hoeverre de overheid een actieve rol moet spelen in de markt is afhankelijk van het antwoord op de vraag of er zonder overheidsingrijpen een goede markttuitkomst is.

Er zijn in het algemeen drie redenen voor de overheid om in te grijpen: (a) het compenseren van marktfalen, (b) paternalistische motieven en (c) het afdwingen van solidariteit.

### **(a) Marktfalen**

De eerste reden is dat het mogelijk is dat er behoefte is aan een in principe tegen redelijke prijs te verkrijgen product (verzekering voor GGZ, GGZ) maar dat de markt dit niet goed kan leveren c.q. de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van het product in het geding komen. In de 'GGZ-markt' is sprake van verschillend marktfalen. Hierin onderscheidt de GGZ zich op hoofdlijnen niet van de somatische zorg. De belangrijkste zijn:

- **averechtse selectie:** alleen mensen met een hoog risico op GGZ zullen een verzekering aantrekkelijk vinden en de verzekeraar kan vooraf niet zien of iemand een hoog of laag risico persoon is. De verzekeraar trekt zo alleen de hoge risico's aan, waarop hij verlies maakt. Het verhogen van de premie heeft geen zin omdat dan enkel de nog hogere risico's zich zullen verzekeren;
- **moral hazard:** de verzekeringsnemer kan een prikkel hebben om meer zorg te vragen dan waar de verzekering voor bedoeld is. Dit is mogelijk een probleem bij de GGZ om twee redenen: (1) sommige vormen van GGZ kunnen als aantrekkelijk ervaren worden en (2) de beoordeling in hoeverre de patiënt daadwerkelijk wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren en niet in staat is dat zelf en/of middels hulp van de eigen omgeving op te lossen is subjectief;
- **externe effecten:** er zijn externe effecten verbonden aan het krijgen van GGZ die de cliënt niet zelf meeweegt in zijn beslissing om zorg te gebruiken of zich daarvoor te verzekeren. Bij externe effecten kan gedacht worden aan productiviteitsverlies, sociale zekerheidsuitkeringen en ziekteverzuim;
- **informatieasymmetrie:** voor cliënten is niet goed inzichtelijk wat de kwaliteit is van de verschillende GGZ-aanbieders. Daardoor is men niet goed in staat te kiezen voor de beste prijs-kwaliteitsverhouding en zijn aanbieders ook minder geprikkeld om deze te leveren. In principe hebben de goed presterende aanbieders in een markt prikkels om de kwaliteit van de zorg die ze leveren transparant te maken. In de GGZ komt dit niet zo makkelijk tot stand, gezien de complexiteit van de dienst, het feit dat niet alle aanbieders gebaat zijn bij een transparante markt of in staat zijn deze transparantie te leveren en de moeizame weg om te komen tot een set van bruikbare kwaliteitsindicatoren.

### **(b) Paternalisme**

Een tweede motief voor overheidsingrijpen is dat de markt de benodigde producten wel kan bieden, maar dat de overheid vindt dat burgers niet zelf de juiste keuzes kunnen maken. Redenen hiervoor kunnen zijn dat de persoon wilsonbekwaam is als

gevolg van een psychische stoornis of dat mensen onvoldoende kunnen inschatten welke risico's ze lopen om een bepaalde stoornis te krijgen en welke zorgvraag dit (op de lange termijn) met zich mee kan brengen.

**(c) Solidariteit**

Ten derde kan de wens tot solidariteit tussen ziek en gezond of tussen inkomensgroepen ook een reden voor overheidsingrijpen zijn.

In welke mate de overheid zijn rol in de markt invult is afhankelijk van de inschatting van de orde van grootte van het marktfalen, in hoeverre men iets aan het marktfalen wil doen en in hoeverre men paternalistische- en solidariteitsargumenten belangrijk vindt.

### 3 Het GGZ-stelsel in perspectief

Dit deel geeft een feitelijke weergave van het huidige curatieve GGZ-stelsel weer. Ingegaan wordt op de overheveling naar de Zvw (3.1), omvang van de GGZ (3.2), vormgeving en werking van het stelsel (3.3) en oorzaken groei (3.4).

#### 3.1 Overheveling naar de Zvw

##### Eerstelijns GGZ

Sinds 1-1-2008 vallen de eerste acht zittingen van de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) onder de Zvw. Voor 2008 viel deze zorg niet onder het verplicht verzekerde pakket. Cliënten konden zich toen wel aanvullend voor EPZ verzekeren.

##### Tweedelijns GGZ

De gehele tweedelijns GGZ bevond zich sinds 1989 in de AWBZ (als eerste stap van het uiteindelijk niet uitgevoerde plan Simons voor een basisverzekering). Het curatieve deel van de GGZ is per 1-1-2008 is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (waarmee in feite de situatie van voor 1989 weer werd hersteld). De redenen hiervoor waren:

1. het overhevelen van alle op genezing gerichte zorg naar de Zvw sluit aan bij de gedachte om de AWBZ weer terug te brengen naar een verzekering voor langdurige zorg met bijzondere ziektekosten;
2. overhevelen van curatieve delen van de AWBZ naar de Zvw leidt ertoe dat het nu bestaande financiële schot tussen onderdelen van de curatieve zorg verdwijnt. Dit bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheidswinst, omdat na de overheveling de risicodragende zorgverzekeraars integraal verantwoordelijk zijn voor de gehele curatieve zorg;
3. de curatieve delen van de GGZ zijn moeilijk onder te brengen in de regelgeving en bekostiging van de AWBZ, die zich primair richt op langdurige zorg.

#### 3.2 Omvang

De uitgaven aan de GGZ beslaan 10% van de totale curatieve zorg.<sup>7</sup> Ze zijn met 100% gestegen van € 2.420 mln in 2000 naar € 5.003 mln in 2009.

**Tabel 3.1: Groei uitgaven GGZ, Zvw en AWBZ (x 1 mln euro)<sup>8</sup>**

Deelsector	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Zvw - GGZ									3313	3513	3532	3661	
AWBZ - GGZ	2420	2673	2923	3266	3520	3731	3984	4182	1425	1490	1560	1584	
Totaal	2420	2673	2923	3266	3520	3731	3984	4182	4738	5003	5092	5245	Gem. groei
Totale groei absoluut		253	250	343	254	211	253	198	556	265	88		2000-2010
Totale groei %		10	9	12	8	6	7	5	13	6			110
Waarvan Jeugd-GGZ:													
AWBZ*						283	333	415	14				
Zvw									529				
Zonder herschikkingen													
AWBZ - totaal %		16	11	9	3	6	1	5	4	5			79
Zvw - totaal %		10	10	7	3	3	9	5	9	5			84
GGZ %		14	9	11	8	7	7	5	11	5			114

<sup>7</sup> Dit is exclusief de uitgaven aan huisartsen en geneesmiddelen.

<sup>8</sup> Begroting VWS en Prismant, (Op)groeijende zorg, november 2009. De jeugd-uitgaven (AWBZ) zijn exclusief PGB's.

### Wat valt op?

- Zoals in de tabel te zien is, is de groei van de GGZ niet constant over de jaren. Jaarlijks betekent dit voor de GGZ een groei van ruim 8%. De groei in 2008 neemt toe van 5% naar 13%. Het is moeilijk dit groeicijfer uit te splitsen naar Zvw en AWBZ.<sup>9</sup>
- Interessant is ook de totale groei zonder herschikking.<sup>10</sup> Deze is van 2000 tot 2010 voor de AWBZ 79%, voor de Zvw 84% en voor specifiek de GGZ 114%.
- Daarnaast is te zien dat er een relatief grote groei van de jeugd-GGZ heeft plaatsgevonden, van € 283 mln in 2005 naar € 529 mln in 2008 (ruim 85%).<sup>11</sup>
- Het aandeel eerstelijns psychologische zorg in de totale GGZ-uitgaven is beperkt, naar verwachting nog geen € 100 mln in 2008. Hiervan wordt een klein deel besteed aan jeugdige cliënten. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen geeft in haar Jaaroverzicht 2008 aan dat ongeveer 9% van haar cliënten jonger is dan 21 jaar.<sup>12</sup>

Onderstaande tabel laat zien uit welke posten de groei is samengesteld.

**Tabel 3.2: Samenstelling van de groei (x 1 mln euro)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Loon- en prijsbijstellingen	105	133	92	40	33	39	84	157
Mee- en tegenvallers	25	-1	80	27	175	-39	169	209
Intensiveringen en maatregelen	86	72	157	155	-6	185	70	45
Kapitaallasten	96	31	-4	21	20	51	-128	35
Herschikkingen	-60	15	18	13	-11	17	2	109
<b>Eindtotaal</b>	<b>253</b>	<b>250</b>	<b>343</b>	<b>255</b>	<b>211</b>	<b>253</b>	<b>198</b>	<b>556</b>

Bron: VWS

### Groei 2007-2008

- Bij analyse van de groei 2007-2008 valt op dat de loon- en prijsbijstelling 2008 veel hoger is in 2007 namelijk € 157 mln versus € 84 mln.
- Er is een herschikking van circa € 110 mln. Dit betreft middelen die al in het BKZ waren opgenomen en zijn overgeheveld naar de curatieve GGZ.
- Uitbreiding van het pakket met de eerstelijns psychologische zorg. Hiervoor zijn geen extra middelen aan het kader toegevoegd. Dit moest worden opgevangen uit de groeiruimte.
- En circa € 200 mln aan mee- en tegenvallers. Het gaat hier vooral om volume overschrijdingen.

Kijken we concreet wat in 2008 uit de Zvw wordt gefinancierd dan is dat nagenoeg de gehele ambulante zorg. Alleen een klein deel van de ambulante zorg aan mensen met langdurige psychische problemen wordt vanuit de AWBZ gefinancierd: het

<sup>9</sup> In deze cijfers zit niet de eenmalige financieringsverschuiving als gevolg van de invoering van de DBC systematiek. Aangezien in het verplichtingstelsel van verzekeraars de volledige declaratie van de DBC valt in het boekjaar waarin de DBC is geopend is, verschuift er 'onderhanden werk' in 2009 van een DBC die over de jaarwisseling 2008-2009 heenloopt, volledig van het jaar 2009 naar 2008. Dit is een incidenteel effect. Dit is boekhoudkundig opgelost. Het gaat om circa € 600 mln.

<sup>10</sup> Onder herschikking wordt een overheveling van budget van de ene naar de andere post verstaan (bijvoorbeeld van AWBZ naar Wmo). Aangezien er vrijwel jaarlijks herschikkingen plaatsvinden zijn groeipercentages opgenomen zonder herschikkingen.

<sup>11</sup> Hierbij is de ontwikkeling van de PGB's nog buiten beschouwing gelaten.

<sup>12</sup> Prismant, (Op)groeierende zorg, november 2009.

betreft dan met name de begeleiding vanuit de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).<sup>13</sup>

Behalve financiering uit de Zvw en AWBZ vindt er ook nog financiering van GGZ via het Ministerie van Justitie (GGZ in strafrechtelijk kader, ook wel forensische zorg genoemd) en gemeenten (Wmo) plaats. Dit betreft circa € 110 mln (Justitie) en € 54 mln (Wmo).<sup>14</sup>

De stijgende lijn die we gezien hebben bij de uitgaven aan de GGZ is ook terug te zien in het aantal personen dat er gebruik van maakt.

**Tabel 3.3: Groei totaal aantal GGZ-cliënten 2001-2008 (x 1000)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Eerstelijns								125**
Tweedelijns instellingen *	535	636	647	726	757	772	845	
Groei		19%	2%	12%	4%	2%	10%	

Bron: GGZ-Nederland

Noot: \* Dit betreft alleen cijfers van de lid instellingen van GGZ-Nederland.

\*\* Betreft schatting.

Zoals te zien is in bovenstaande tabel is het jaarlijks aantal ingeschreven cliënten tussen 2001 en 2007 met 58% gegroeid van 535.000 tot 845.000 (een groei van bijna 10% per jaar). Dit is exclusief de aantallen cliënten van vrijgevestigden, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en een aantal kleinere aanbieders. Daarover zijn geen cliëntenaantallen bekend.<sup>15</sup>

Naar schatting maakt minstens 95% van de GGZ cliënten uitsluitend gebruik van de Zvw-gefinancierde GGZ. De verwachting is dat in totaal niet meer dan 30.000 à 40.000 cliënten gebruik maken van GGZ-voorzieningen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd.<sup>16</sup> Daarnaast is er nog een naar schatting ongeveer even grote groep, vooral jeugdigen met een psychische stoornis, die in 2008 gebruik maakt van een persoonsgebonden budget (PGB) voor begeleiding. Meer concreet, zijn er volgens Prismant onderzoek 25.400 jeugdigen met een psychische stoornis met een PGB in 2008.<sup>17</sup>

### 3.3 Vormgeving en werking van het stelsel

Hieronder wordt ingegaan op de verschillende actoren in het curatieve GGZ-stelsel en de aanpalende domeinen.

13 Trimbos, nieuwe financieringskaders voor de GGZ, 2010, p.13.

14 Opgemerkt dient te worden dat het m.b.t. de Wmo de in 2007 overgehevelde GGZ-gelden vanuit de AWBZ naar gemeente betreft. Gemeenten zijn niet verplicht deze van oorsprong voor de GGZ ingezette middelen aan GGZ te besteden. Het is onduidelijk hoeveel er precies door gemeenten aan GGZ wordt gefinancierd.

15 Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, 2009. P.7 Met verwijzing naar originele bronnen: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002 en GGZ-Nederland.

16 Trimbos, Nieuwe financieringskaders voor de GGZ, 2010.

17 Prismant, Opgroeierende zorg, 2009.

### 3.3.1 *De cliënt*

#### **18% van de mensen in de samenleving heeft psychische problemen**

Per jaar kampt circa 18% van de mensen in de leeftijd van 18-64 jaar (circa 1,9 miljoen) met problemen op het gebied van hun geestelijke gezondheid.<sup>18</sup> De meest voorkomende stoornissen zijn angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelenmisbruik.<sup>19</sup> Niet alle mensen met deze psychische problemen hebben behoefte aan zorg of hebben zorg nodig. Zo herstelt bijvoorbeeld 50% van de mensen met een ernstige depressie spontaan binnen drie maanden<sup>20</sup> en zijn er mensen met een psychische stoornis die zonder hulp redelijk tot goed kunnen functioneren.<sup>21</sup> Of iemand wel of geen hulp nodig heeft blijkt afhankelijk van diverse factoren zoals de complexiteit en ernst van de stoornis, de beperkingen die iemand in het dagelijks leven ervaart als gevolg van een psychische stoornis en/of het tekort dat iemand ervaart aan sociale hulpbronnen.<sup>22</sup>

#### **Deel hiervan zoekt hulp in de huisartsenpraktijk**

Zoals te zien is in onderstaande figuur zoekt uiteindelijk circa 70% van de mensen met psychische problemen hulp voor hun klachten bij de huisarts (69%), de eerstelijnspsycholoog (1,3%) of het bureau jeugdzorg (BJZ) (% onbekend).<sup>23,24</sup> Van de jeugd in een GGZ-instelling is 20% binnen gekomen via een verwijzing van bureau jeugdzorg.<sup>25</sup>

18 Trimbos, Nemesis II, 2010.

19 Trimbos, GGZ in tabellen 2008, 2009, p.10/11.

20 Trimbos, voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ, 2009. Met verwijzing naar Spijker, 2002, p.48.

21 Trimbos, trendrapportage 2008, deel 2, 2009, p.76.

22 Trimbos, voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ, 2009. Met verwijzing naar Ten Have, 2004, p.48.

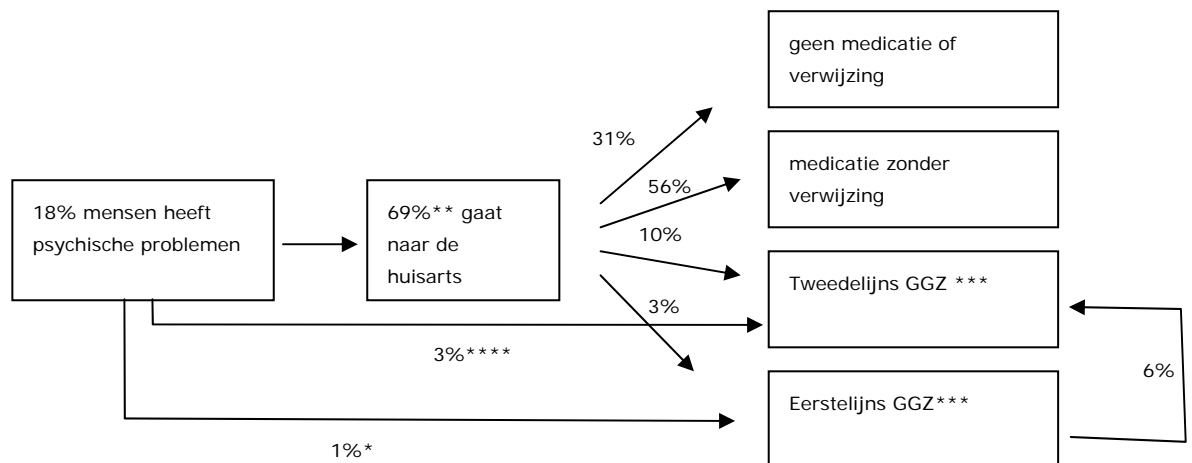
23 Wel is bekend dat in 2007 6% van de mensen in de GGZ via Bureau Jeugdzorg komt. GGZ-Nederland, zorg op waarde geschat, 2009.

24 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.12.

25 NZa, monitor de curatieve GGZ in 2009, februari 2010.



**Figuur 3.1: Psychische problemen in de samenleving tot verwijzing naar eerste- en tweedelijns GGZ, 2008**



*Noten bij figuur*

\*: In de eerstelijns GGZ kan men zowel terecht komen via verwijzing huisarts, rechtstreeks of anders. Naar de EPZ gaan per jaar tussen de 100.000 en 150.000 mensen waarvan 30% op eigen initiatief (circa 37.500 mensen). Dus van de mensen met een klacht gaat 1,3% rechtstreeks naar de EPZ.

\*\* : Van alle mensen in Nederland gaat 12% naar de huisarts met psychische klachten (circa 2 mln mensen). Van alle mensen heeft 18% (2,9 mln) psychische klachten, dus van de mensen met klachten gaat 69% naar de huisarts. Dit zijn cijfers op jaarbasis.

\*\*\*: Zowel bij de eerste als tweedelijns GGZ komen mensen ook nog via andere verwijzers dan via de huisarts en op eigen initiatief binnen. Bij de eerstelijns psycholoog komt nog een klein percentage via het bedrijf (3%) en andere verwijzers (7%). Bij de tweedelijns GGZ komt 34% via andere kanalen, waaronder bureau jeugdzorg (6%), andere ggz-instelling (13%) en overig (15%).<sup>26</sup>

\*\*\*\* Dit betreft een inschatting o.b.v. cijfers over 2007. 9% van de cliënten in de tweedelijns GGZ komt op eigen initiatief. Dit betreft circa 76.000 cliënten. Dit is 2,6% van het totaal aantal mensen met psychische problemen.

**De huisarts heeft verschillende opties om deze cliënten te helpen**

De huisarts kan de patiënt zelf helpen middels ondersteunende gesprekken en/of het voorschrijven van medicijnen. Indien hij echter inschat dat meer hulp en/of andere expertise nodig is, kan hij de cliënt verwijzen naar de eerstelijns- of naar de tweedelijns GGZ. Circa 87% van de mensen met psychische klachten wordt door de huisarts zelf geholpen en circa 13% wordt verwezen naar de eerste- of tweedelijns GGZ.

**De cliënt heeft vrijwel geen financiële prikkel om snel uit de zorg te komen**

Voor de cliënt vallen zowel de eerste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg als de gehele tweedelijns GGZ onder het basispakket van de Zvw (zie box 3.1). Voor toegang tot medisch-specialistische zorg heeft de cliënt wel een verwijzing van de huisarts nodig. Verzekeraars kunnen in hun polis aanvullende eisen stellen over verwijzing en toestemming. Vrijwel alle verzekeraars stellen in hun polissen de eis van verwijzing voor zowel eerstelijns- en tweedelijns GGZ.

26 GGZ-Nederland, zorg op waarde geschat, 2009.

### **Box 3.1: GGZ in het basispakket van de Zvw**

Het recht op geneeskundige zorg in de Zvw omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Daarnaast moet de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, of bij het ontbreken van die maatstaf in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg gelden.

Verder geldt volgens het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als aanvullende eis dat het alleen verzekerde GGZ is als die geboden wordt aan mensen met een diagnose met een DSM IV classificatie op as I en/of as II. Onder as I vallen stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. As II omvat de persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is geïndiceerde preventie voor depressie en alcoholverslaving ook verzekerde zorg.

Onder deze aanspraak kunnen veel verschillende interventies van GGZ vallen. Voor verzekeraars is het lastig te controleren in hoeverre de geleverde zorg daadwerkelijk conform de stand van de wetenschap en praktijk is en in hoeverre deze zorg alleen geleverd wordt aan mensen met een DSM IV classificatie op as I en/of as II.

Indien de cliënt gebruik maakt van GGZ geldt net als voor de rest van de Zvw-zorg het standaard eigen risico (thans € 165 per jaar). Daarnaast geldt voor de eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage van 10 euro per consult. Het eigen risico is na 2 à 3 GGZ-bezoeken al opgebruikt waardoor er voor de cliënt nauwelijks een financiële prikkel is om uit de zorg te komen. Dit geldt overigens voor vrijwel de gehele Zvw-gefinancierde zorg.

Verder geldt specifiek voor (ouders van) jeugdige cliënten dat er een prikkel kan zijn om een diagnose te krijgen en in zorg te komen, omdat zij dan ook makkelijker toegang krijgen tot andere regelingen (bijvoorbeeld Wajong en het 'rugzakje' in het onderwijs).

En als laatste is het opvallend dat aanbieders in de GGZ in tegenstelling tot de somatiek no-shows (de cliënt komt niet opdagen) ook vergoed krijgen.

#### *3.3.2*

#### *De zorgaanbieder*

#### **Huisarts**<sup>27</sup>

##### *Klachten*

Angst, depressie en stress/overspannenheid zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Psychotische stoornissen, dementie en verslavingsproblematiek komen relatief minder voor.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Onder de eerstelijns valt de huisarts, EPZ, algemeen maatschappelijk werk, sociaal psychologisch verpleegkundige en de POH-GGZ. In onze beschrijving beperken we ons tot de huisarts en de EPZ.

<sup>28</sup> Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.12.

### *Werkt op basis van de NHG-standaarden*

In de huisartsenvoorziening is de norm dat men werkt op geleide van Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)-standaarden. Uit die standaarden kan men onder andere afleiden waarop een huisarts zijn beslissing baseert om medicatie voor te schrijven of om te verwijzen.<sup>29</sup>

De NHG-standaarden laten veel ruimte voor inschatting van de huisarts. Met name de overgangen tussen de verschillende gradaties van behandeling (bijvoorbeeld van afwachten naar medicatie) worden door verschillende huisartsen anders ingevuld. Ook de verwijzingspraktijk is afhankelijk van de omstandigheden waarbinnen de huisarts werkt (bijvoorbeeld goede contacten met eerstelijnspsycholoog of plaatselijke GGZ, aanwezigheid praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH-GGZ). En een en ander is ook afhankelijk van de voorkeuren van de patiënt. Het kan immers zijn dat deze geen verdere hulp wenst.

### *Veel patiënten in de huisartsenpraktijk krijgen uitsluitend medicatie*

Meer dan de helft van de patiënten (56%) met een psychisch probleem in de huisartsenpraktijk krijgt uitsluitend medicatie. Aan circa 31% wordt alleen huisartsenzorg geboden. De rest (13%) wordt verwezen, waarvan 3% naar de eerstelijns GGZ (eerstelijnspsycholoog, Algemeen Maatschappelijk Werk, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en 10% naar de tweedelijns (met name naar vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut of psycholoog en de GGZ-instelling). Voor angst, lichte depressie en overspannenheid wordt relatief vaak verwezen naar de eerstelijnspsycholoog. Cliënten met ernstiger psychische stoornissen zoals psychoses, dementie en alcoholmisbruik komen relatief vaker in de tweedelijns terecht.<sup>30</sup>

### *Dit percentage is nog hoger bij depressie en angst*

Van de mensen die verwezen worden krijgt overigens ook nog ongeveer de helft medicatie van de huisarts, waardoor in totaal circa 60% van de mensen in de huisartsenpraktijk met een psychisch probleem medicatie krijgt voorgeschreven. Bij depressie en angst, de meest voorkomende psychische stoornissen, is dit percentage nog hoger. Hierbij krijgt respectievelijk ruim 80% en ruim 70% medicatie voorgeschreven.<sup>31</sup>

### *Regionale verschillen*

In hoeverre huisartsen psychische stoornissen en symptomen signaleren verschilt sterk per regio. Zo is de prevalentie in het zuiden het laagst (11% van de ingeschreven patiënten) en in het westen het hoogst (bijna 14%). Ook verwijst het zuiden het minst (10,7%) en in het westen het meest (15,5%). In het zuiden is de huisarts ook het meest terughoudend met het uitschrijven van een recept (57,5%) en in het noorden het minst terughoudend (67,7%). Het is onduidelijk waardoor deze verschillen veroorzaakt worden.<sup>32</sup>

29 De NHG-standaarden voor depressie en angst hanteren bijvoorbeeld het stepped care principe. Dit betekent dat men begint met een zo licht mogelijke behandeling en pas wanneer de patiënt daar onvoldoende op reageert overgaat op een zwaardere stap. Bij lichte vormen van depressie betekent dit bijvoorbeeld dat in eerste instantie afwachten geboden is en wanneer de klachten persisteren zijn kortdurende psychologische interventies of de behandeling met antidepressiva aangewezen.

30 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.16.

31 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.14.

32 Deze cijfers komen uit het Nivel 'Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses' 2010 (p.19-20). Bij deze cijfers dient de kanttekening gemaakt te worden dat ze gebaseerd zijn op waarnemingen in 2008 die uit een relatief klein aantal praktijken afkomstig zijn, waardoor toevallige uitschieters al snel een verschil kunnen maken.

### Verwijzingen somatiek en GGZ

Het aantal verwijzingen bij GGZ-problemen ligt ruim 50% hoger dan bij somatische problemen. De huisarts verwijst bij 8% van de consulten door naar de tweedelijns of een andere eerstelijnszorgdiscipline.<sup>33</sup> Bij GGZ-problemen is dat percentage 13%.

### Kwaliteit/effectiviteit geleverde zorg

Voor de meest voorkomende psychische stoornissen zijn NHG-richtlijnen beschikbaar. Huisartsen behandelen 47% van de depressie patiënten, 38% van de patiënten met een angststoornis en 50% van de patiënten met zowel angst als depressie volgens de NHG-richtlijnen.<sup>34</sup> Patiënten met ernstigere klachten hebben meer kans op behandeling volgens de standaarden dan patiënten met minder ernstige klachten. Het niet behandelen volgens de richtlijnen kan komen door wensen van de patiënt, snel verdwijnende klachten, het staken van de behandeling of het besluit van de huisarts om niet via de richtlijnen te behandelen.

Het voorschrijven van medicijnen door de huisarts gebeurt in de meeste gevallen ook conform de NHG standaarden. Dat gebeurt in driekwart van de gevallen bij depressie en rond de 80% bij angststoornissen.<sup>35</sup>

### Financiering

De huisarts wordt betaald met een inschrijftarief per ingeschreven patiënt en een consulttarief. Dit zijn maximumtarieven. Daarnaast kan de huisarts met de verzekeraar aanvullende afspraken maken over de inzet van een POH-GGZ.

## Geneesmiddelen

Tabel 3.4: Voorgeschreven medicatie in voorschriften (in aantallen, x1000) en kosten (in euro's, x1000)

	2000				2002				2004			
	Huisarts		Specialist		Huisarts		Specialist		Huisarts		Specialist	
	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten
antidepressieva	3351	89145	802	21290	3859	112342	850	24185	4230	103072	1070	27214
antipsychotica	793	13998	523	16021	862	18201	582	20645	986	24466	760	33978
psychostimulantia	117	1821	83	1470	141	3062	85	2410	175	2663	137	2465
dementiemiddelen	17	591	10	861	31	1320	16	1543	63	2746	32	3137
verslavingsmiddelen	123	1207	21	392	128	1447	30	555	143	1545	54	876
hypnotica, sedativa	4396	15321	442	1618	4451	16429	441	1663	4654	14541	507	1604
anxolytica	5061	12299	580	2141	5051	12229	579	2071	5140	11340	678	2113
totaal	13858	134384	2460	43792	14522	165030	2582	53072	15390	160373	3238	71387

	2006				2008				2009			
	Huisarts		Specialist		Huisarts		Specialist		Huisarts		Specialist	
	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten	Vrschr.	Kosten
	4406	91050	1207	26911	5253	61660	1290	20856	5990	30404	1355	12052
	1143	31669	909	43090	1514	35043	1041	46685	1893	35297	1158	48449
	238	3207	227	3122	368	4586	365	4307	438	5032	422	4424
	97	4913	43	4963	188	9302	58	7181	287	11006	60	6390
	162	1734	72	968	220	4931	109	1706	248	5679	118	1767
	4599	13112	513	1451	5091	14367	514	2481	4532	12445	448	3199
	5078	9674	726	1944	5375	9421	754	1835	4730	7846	698	1645
	15723	155359	3697	82447	18009	139310	4131	85049	18117	107710	4258	77925

Bron: VWS

33 Bakker D.H., Naar een sterke eerstelijns: specialisatie in generalistenland?, 2009.

34 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.32.

35 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.38. Met verwijzing naar originele bron Volkers e.a. (2005).

### **Wat valt op?**

- Het aantal voorschriften is de afgelopen jaren geleidelijk gegroeid. Het Trimbos-instituut heeft berekend dat ongeveer een miljoen inwoners van Nederland antidepressiva gebruiken.<sup>36</sup>
- Desondanks zijn de kosten voor de antidepressiva fors gedaald. Dit is toe te schrijven aan het uit patent gaan van middelen en door VWS en zorgverzekeraars afgedwongen prijsverlagingen.
- Specialisten schrijven duurdere geneesmiddelen voor.
- Voor dementie is er een forse groei in voorschriften, het gaat hier om dure geneesmiddelen.

### *Financiering*

De apotheker krijgt per recept een receptregelvergoeding en daarnaast worden de kosten van het geneesmiddel vergoed. Deze vergoeding is gelimiteerd.

### **Eerstelijnspsycholoog**

#### *Stijging in gebruik eerstelijnspsycholoog en daling gemiddelde behandelduur*

In 2008 zijn er tussen de naar schatting 100.000 tot 150.000 cliënten bij de eerstelijnspsycholoog behandeld. De gemiddelde behandelduur is de laatste jaren wel afgenomen van 7,5 contacten in 2004 tot 6,7 contacten in 2008.<sup>37</sup>

#### *Aantal cliënten dat op eigen initiatief komt is toegenomen*

Cliënten komen bij de eerstelijnspsycholoog via een verwijzing van de huisarts (63%), op eigen initiatief (30%) of via een andere weg (bijvoorbeeld via de werkgever, via een andere eerstelijnspsycholoog of GGZ-instelling).<sup>38</sup> Het aantal cliënten dat op eigen initiatief komt is de afgelopen jaren toegenomen van rond de 20% tot rond de 30%.

#### *30% van de mensen bij de eerstelijnspsycholoog krijgt geen diagnostische classificatie*

De klachten waarmee mensen bij de eerstelijnspsycholoog mee komen betreffen met name stemmingsklachten, interpersoonlijke problemen en aanpassings- en verwerkingsproblemen. Onderstaande grafiek laat zien hoe deze klachten zich vertalen in een diagnostische classificatie op basis van DSM-IV.<sup>39</sup>

36 Trimbos, <http://www.trimbos.nl/nieuws/GGZ-nieuws/2010/02/01/antidepressiva>.

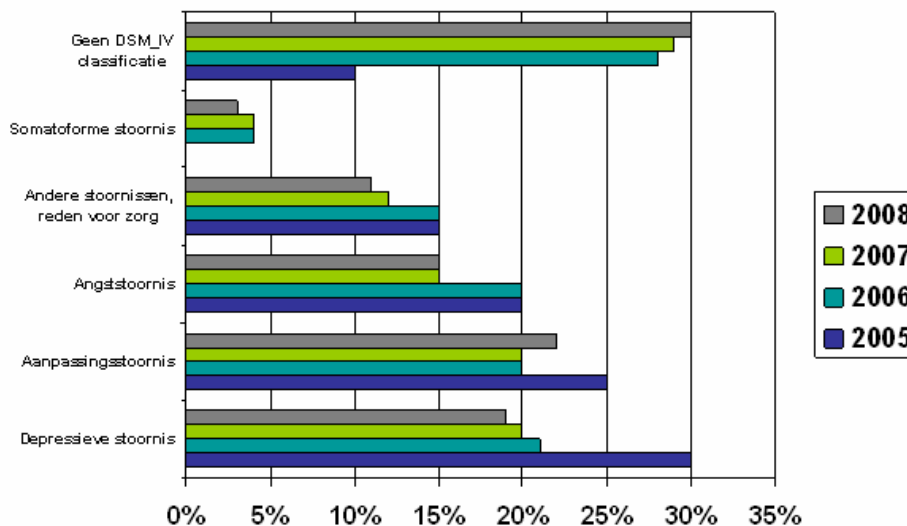
37 Er zijn alleen gegevens bekend van Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

Ongeveer 60% van de eerstelijnspsychologen is hiervan lid.

38 Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010, p.22.

39 Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen en ook in Nederland als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.

**Figuur 3.2: DSM-IV diagnoses gesteld door de eerstelijnspsycholoog 2005-2008<sup>40</sup>**



Bron: Nivel, *Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses*, 2010.

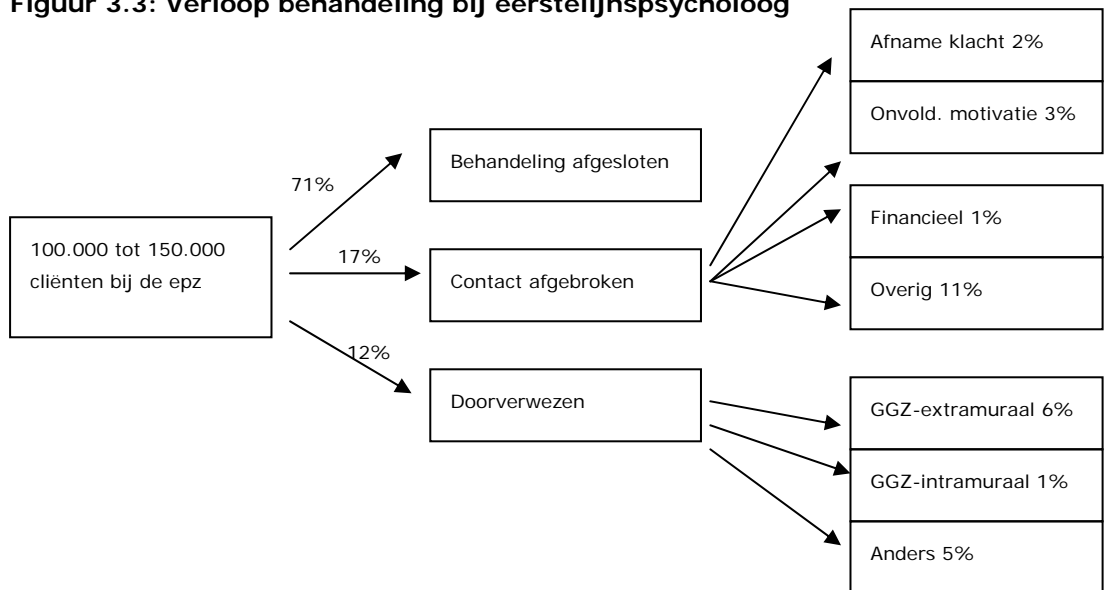
Zoals te zien is in de grafiek krijgt 30% van de mensen in 2008 geen DSM-IV diagnose van de eerstelijnspsycholoog. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de psycholoog problemen niet goed registreert, nog geen goede diagnose heeft kunnen stellen of problemen behandelt die niet tot de Zvw-verzekerde zorg gerekend worden. Van de DSM-IV diagnoses is de aanpassingsstoornis de meest gestelde diagnose. Een aanpassingsstoornis is een 'lichte' DSM-IV diagnose in de zin dat het symptomen betreft die een reactie op een identificeerbare stressor zijn, waarbij deze symptomen (in het algemeen depressieve of angstsymptomen) niet van dien aard zijn dat ze een specifieke diagnose 'angststoornis' of 'depressie' rechtvaardigen. Daarna komen de DSM-IV diagnoses depressieve stoornis en angststoornis relatief veel voor.

*Behandelverloop*

De figuur hieronder laat het verloop van de behandeling van cliënten bij de eerstelijnspsycholoog zien.

40 Nivel, *Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses*, 2010, p.24.

**Figuur 3.3: Verloop behandeling bij eerstelijnspsycholoog**



Bron: Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010.

Deze cijfers zijn redelijk constant over de tijd. In circa 70% van de gevallen blijkt de eerstelijnspsycholoog de behandeling te voltooien.<sup>41</sup>

#### *Financiering*

De eerstelijns psycholoog krijgt betaald op basis van consulten (‘zittingen’), waarbij de eerste acht zittingen verzekerd zijn in de Zvw. De tarieven zijn per 1-1-2008 vrij. Zorgverzekeraars kunnen met aanbieders afspraken maken over prijs, volume en kwaliteit.

#### **Tweedelijns GGZ aanbieder**

##### *Aanbieders*

Tweedelijns GGZ wordt zowel aangeboden door basisgezondheidszorgberoepen (arts, verpleegkundigen en gezondheidspsychologen) als specialisten (psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen).

##### *Type cliënten*

In de GGZ volwassenenzorg zijn de volgende gebruikersgroepen te onderscheiden<sup>42</sup>:

- 70% ambulante ‘kleinverbruikers’ (een korte reeks ambulante contacten)
- 12% cliënten met incidentele periode van intensieve zorg
- 9% draaideurcliënten (cliënten die langdurig maar steeds zeer kort intramuraal zorg krijgen, met name vanwege verslaving)
- 3% gedwongen opgenomen cliënten
- 3% verblijfscliënten (langdurige intramurale zorg)
- 1% ambulante ‘grootverbruikers’ (langdurige ambulante zorg)
- 1% recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden

<sup>41</sup> Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2009, p.25.

<sup>42</sup> NZa, Uitvoeringstoets curatieve GGZ, 2009. Met verwijzing naar originele bron Trimbo.

### Verschillende GGZ-circuits

In de GGZ worden in de reguliere zorg vier circuits onderscheiden: jeugd, volwassenen, ouderen en beschermd wonen. Daarnaast bestaat nog het circuit forensische zorg, overwegend gericht op (door Justitie bekostigde) zorg in het strafrechtelijk kader. Ook de zwaarste civielrechtelijk gedwongen opgenomen patiënten zijn soms te vinden in het forensisch circuit (in verband met de daar aanwezige beveiligingsmogelijkheden)

**Tabel 3.5: Groei van het aantal cliënten in behandeling bij GGZ-instellingen (per circuit, x 1000)**

Circuit	2003	2004	2005	2006	2007	Groei 06-07 (%)
Jeugd*	167	178	180	194	238	22
- waarvan jongeren			88	97	134	
Volwassenen	400	456	478	477	504**	6
Ouderen	69	77	80	79	77	-3
Beschermd Wonen	11	15	19	21	26	22
Totaal	647	726	757	772	845	9

Bron: GGZ-Nederland, *Zorg op Waarde geschat, 2009* en Prismant, *opgroeiende zorg, 2009*.

Noten: \* Het circuit jeugd bevat niet alleen jeugdige cliënten, maar ook volwassenen die met de jeugdigen in behandeling zijn (bijvoorbeeld de ouders).

\*\* In 2007 werden 77.900 cliënten in de verslavingszorg behandeld: 19.400 van hen zijn opgenomen in deze tabel.

### Wat valt op?

- Indien gekeken wordt per circuit dan zijn de circuits jeugd en beschermd wonen de grootste stijgers. Echter, het circuit volwassenen laat ook een aanzienlijke stijging zien. Dit is vooral toe te schrijven aan de groei in de verslavingszorg. In de periode 2002-2007 is er een toename van het aantal contacten in de ambulante verslavingszorg van 164%.<sup>43</sup>
- Indien gekeken wordt naar de opbouw van het totale groeipercentage van 9% in 2007 dan is dit te verdelen in: jeugd 3,3%, volwassenen 5,4%, ouderen 0,2% en beschermd wonen 0,6%.
- De stijging in 2006 is zeer beperkt, dit komt door een aanpassing van het registratiesysteem vanwege de invoering van de DBC-systematiek. In 2007 komt de stijging weer overeen met de jaarlijkse toename van circa 10% die sinds 2001 zichtbaar is.



**Tabel 3.6: Aantal cliënten van lid-instellingen GGZ Nederland in 2007 per circuit en per type zorg (x 1000)<sup>44</sup>**

Type zorg	Kinderen en jeugd	Volwassenen	Ouderen	Beschermd wonen	Totaal	Totaal %	% van de kosten <sup>45</sup>
Ambulant	228	438	68	16	750	89	32
Deeltijd	2	10	2	-	14	1	
Residentieel	7	35	5	10	57	7	56*
Gemengd residentieel*	2	20	2	-	24	3	12**
<i>Totaal</i>	<i>238</i>	<i>504</i>	<i>77</i>	<i>26</i>	<i>845</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Noten: \*Residentieel: voor 24-uurs opname en verblijf 46% en beschermd wonen 10%.

\*\*Dit percentage is voor dag en deeltijdbehandeling.

### Wat valt op?

- Verreweg het grootste deel van de GGZ-cliënten (90%) ontvangt uitsluitend ambulante hulp, het betreft hier 32% van de kosten.
- Eén op de tien GGZ-cliënten heeft gedurende het jaar ook of uitsluitend residentiële zorg ontvangen. Hiermee is circa 68% van de kosten in de GGZ gemoeid.

### Stoornissen

De meest gestelde diagnoses in de tweedelijns GGZ zijn persoonlijkheids- of gedragsstoornis (32%), stemmingsstoornis (18%, hieronder vallen bijvoorbeeld depressieve stoornissen), angst- of stressgebonden stoornis (9%) en overige neurotische stoornis (9%). Bij jeugdigen worden juist stoornissen in de ontwikkeling/gedrag en overige stoornissen het meest genoemd (beide circa 1/3).<sup>46</sup>

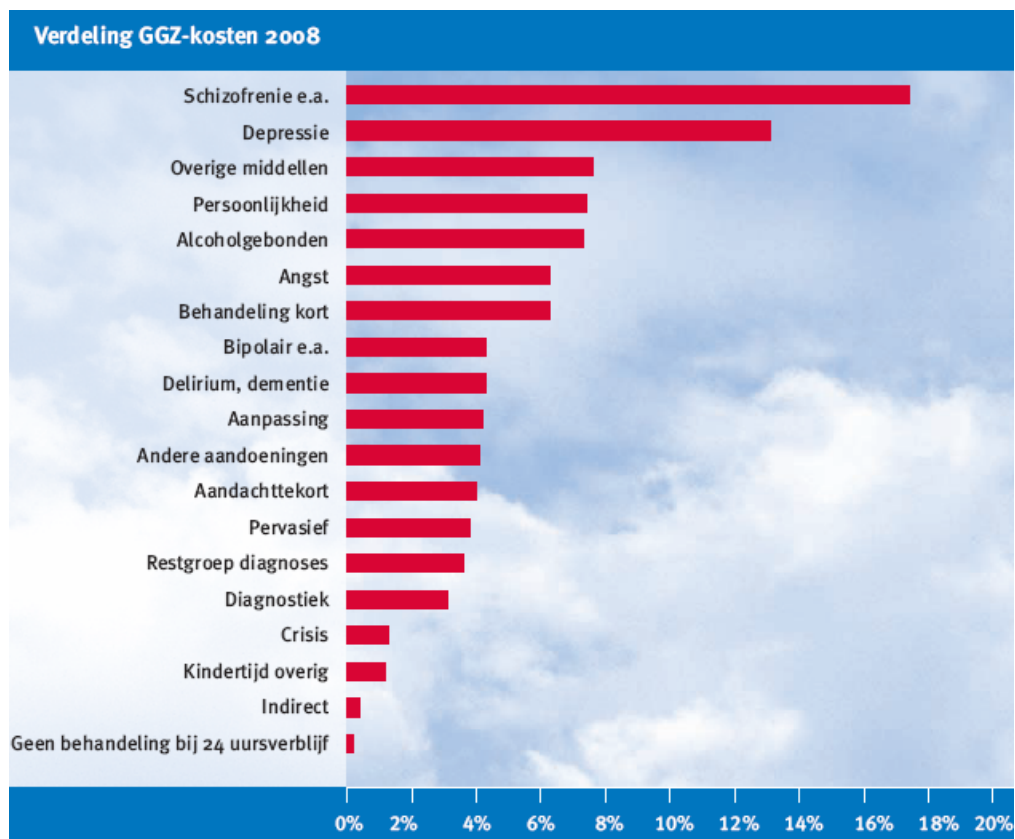
44 Bron: GGZ-Nederland, Zorg op waarde geschat, 2009.

45 Trimbos, Trendrapportage GGZ 2008.

46 Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, p.17. Met verwijzing naar originele bron GGZ-Nederland, 2009. Trimbos vermeldt wel dat er onzekerheden omtrent de percentages zijn.

Onderstaande figuur laat de verdeling van de kosten over de verschillende diagnoses zien.

**Figuur 3.4: Verdeling GGZ-kosten 2008**



Bron: Vektis Zorgthermometer vooruitblik 2010

#### **Wat valt op?**

- De stoornis schizofrenie beslaat circa 18% van de kosten in de GGZ. Het gaat hier om een relatief kleine groep cliënten (circa 23.500).
- De stoornis depressie omvat circa 13% van de kosten in de GGZ. Het gaat hier om een grote groep cliënten (737.000).

#### *Relatief lichte problematiek ook in tweedelijns GGZ*

Zoals te zien is in de tabel blijkt dat circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ last heeft van milde psychische klachten die ook in de eerstelijnszorg (kunnen) worden behandeld. Wel blijkt dat meer dan de helft van hen (57,8%) eerder in het leven al een psychische stoornis heeft gehad.

**Tabel 3.7: Een typering van zorggebruik naar psychische stoornis/klachten in de afgelopen 12 maanden, in kolompercentages**

	Geen zorg	Uitsluitend eerstelijnszorg	GGZ
Met psychische stoornis	11,3	46,8	70,2
Met milde psychische klachten	88,7	53,2	29,8
Totaal	100	100	100

Bron: Nemesis-1; Meetperiode: 1997

### Wat valt op?

In de tweedelijns GGZ zit een substantieel deel van patiënten met milde psychische klachten. Dit is mogelijk een gevolg van het feit dat de EPZ pas sinds kort onder de Zvw is gebracht en/of omdat de eerstelijns (nog) onvoldoende in staat is om (al) deze klanten op te vangen en/of vanwege te snel verwijzen naar de tweedelijns door huisartsen.

Indien specifiek wordt gekeken naar depressie, een van de meest voorkomende stoornissen, dan blijkt dat in de tweedelijns GGZ veel mensen worden behandeld met een relatief lichte depressie.

**Tabel 3.8: Een typering van zorggebruikers met depressieve symptomen in de afgelopen 12 maanden, in kolompercentages**

	Geen zorg	Uitsluitend eerstelijnszorg	GGZ
Ernst van de depressie <sup>47</sup>			
Subklinisch	86,1	61,0	44,1
Licht	8	9,7	10,2
Matig	3,5	13,8	20,8
Ernstig	2,4	15,5	24,9
Totaal	100	100	100

Bron: Nemesis-1; Meetperiode: 1997

Meer dan 50% van de cliënten in de tweedelijns GGZ heeft een subklinische of lichte depressie, 20% een matige depressie en een kwart een ernstige depressie.

Het aantal behandelcontacten in de tweedelijns hangt wel samen met de ernst van de depressie. Zo hebben mensen met een lichte depressie gemiddeld 9,8 contacten in de tweedelijns GGZ en mensen met een ernstige depressie 21,1. Opvallend is overigens dat het aantal contacten van mensen met een subklinische depressie wel fors hoger ligt dan het aantal contacten van mensen met een lichte depressie.

47 In de tabel worden vier verschillende niveaus onderscheiden:

- subklinische depressie: iemand heeft één van de beide kernsymptomen (depressieve stemming, of verlies van interesse of plezier) én twee tot vijf van de in totaal negen symptomen van een depressie.
- lichte depressie: iemand heeft het minimale aantal symptomen dat nodig is om de diagnose 'depressie' te stellen en iemand ondervindt geringe beperkingen in het beroepsmatig functioneren, in normale sociale activiteiten en in relaties met anderen.
- matige depressie: het aantal depressieve symptomen en functionele beperkingen is gemiddeld (dat wil zeggen: het aantal depressieve symptomen was hoger dan bij een milde depressie en lager dan bij een ernstige depressie).
- ernstige depressie (al of niet met psychotische kenmerken): iemand heeft meer symptomen dan nodig om te voldoen aan de diagnose 'depressie', en iemand ondervindt ernstige beperkingen in het functioneren.

**Tabel 3.9: Ontvangen aantal contacten vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen bij zorggebruikers met depressieve symptomen, in gemiddelden**

	Uitsluitend eerstelijnszorg	GGZ
Ernst van de depressie		
Subklinisch	5,5	14,4
Licht	4,2	9,8
Matig	6,9	20,8
Ernstig	5,5	21,1

Bron: Nemesis-1: Meetperiode: 1997

#### *Intramurale zorgaanbod*

Het is opvallend dat Nederland internationaal gezien relatief veel intramurale zorg aanbiedt (zie tabel).

**Tabel 3.10: Vergelijking van voorzieningen op het gebied van klinisch-psychiatrische zorg in zes Europese landen, absoluut per 100.000 van de bevolking en percentueel wat betreft veranderingen in de periode 1990-2002 (exclusief forensische plaatsen)**

	Bedden psychiatrisch ziekenhuis		Plaatsen beschermd wonen		Totaal	
	Per 100.000 inwoners	Toe- of afname (%)	Per 100.000 inwoners	Toe- of afname (%)	Per 100.000 inwoners	Toe- of afname (%)
Nederland	135	-15	44	+77	189	+3
Engeland	63	-52	22	+40	85	-42
Duitsland	128	-10	18	+101	146	-5
Italië	5	0	32	+259	37	+164
Spanje	43	-28	13	+149	56	-15
Zweden	58	-65	88	+15	146	-40

Bron: Trimbos, toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009. Met verwijzing naar originele bron Priebe e.a., 2005.

Anders dan in vrijwel alle ons omringende landen is de totale intramurale en semimurale GGZ-capaciteit eerst licht gedaald en vanaf 2004 gegroeid.<sup>48</sup> Cliënten die kortdurend worden opgenomen, vormen een groeiende groep intramurale GGZ-gebruikers, maar het grootste deel van de intramurale capaciteit wordt bezet door langverblijvers. Tellen we de bewoners van het beschermd wonen mee, dan groeit ook de totale groep van deze langverblijvers in de GGZ (deze laatste groep valt bijna geheel onder de AWBZ).

De stijging van de totale capaciteit voor intramurale en semimurale GGZ tussen 1995 en 2007 is het gevolg van overheidsbeleid (inclusief financiële prikkels), van het ontbreken van voldoende draagvlak c.q. motivatie voor afbouw en voor vermaatschappelijking bij professionals en bestuurders in de GGZ zelf.<sup>49</sup>

#### *Effectiviteit en kwaliteit zorg*

Over de effectiviteit van de GGZ sector als geheel is weinig bekend.

<sup>48</sup> Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009.

<sup>49</sup> Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009.

Er komen wel steeds meer evidence based interventies en methodieken voor de GGZ beschikbaar. Bij een ander deel van de interventies en methodieken is nog niet bekend of ze effectief zijn omdat het effectiviteitsonderzoek nog loopt of nog moet plaatsvinden. Daarbij komt dat het vertalen van recente evidence-based methoden in richtlijnen een voortdurend proces is.

Algemeen erkende evidence based interventies zijn vooral gericht op ernstige psychische stoornissen. Er zijn momenteel verschillende ontwikkelingen aan de gang om het inzicht in en de kwaliteit van zorg te verbeteren.<sup>50</sup> Een belangrijke ontwikkeling betreft de behandelrichtlijnen. Richtlijnen zijn landelijke documenten van de beroepsgroepen en patiënt- en familieorganisaties, waarin aanbevelingen voor de meest effectieve zorg worden geformuleerd en een leidraad voor klinisch handelen wordt geleverd. In Nederland zijn voor circa 75% van de diagnosegroepen in de GGZ multidisciplinaire richtlijnen. Echter in slechts 28% van de gevallen geven hulpverleners aan de richtlijnen te gebruiken.<sup>51</sup>

Over de effectiviteit van de multidisciplinaire richtlijnen zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. De eerste resultaten van de doorbraakprojecten<sup>52</sup> zijn wel bemoedigend: zo is overbehandeling van mensen met niet-ernstige depressieve klachten in het doorbraakproject afgenomen, de samenwerking met de tweedelijns is geïntensiveerd, het functioneren van schizofreniepatiënten verbeterd en de ernst van de symptomen afgenomen.<sup>53</sup>

VWS heeft een landelijke regieraad ingesteld om knelpunten bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen te inventariseren en op te lossen. In de afgelopen jaren is met name energie gestoken in de ontwikkeling van de richtlijnen. Slechts enkele beroepsverenigingen en organisaties hebben expliciet beleid opgesteld over het implementeren van de richtlijnen.<sup>54</sup>

De Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ draagt zorg voor de ontwikkeling, implementatie en borging van de basisset prestatie-indicatoren in de GGZ. In 2006 is een eerste basisset van 28 prestatie-indicatoren uitgebracht. De indicatoren gaan over cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid. Uit evaluaties over 2006, 2007 en 2008 bleek dat er nog veel moest gebeuren. Veel instellingen slaagden er niet in meer dan de helft van de vragen te beantwoorden, gegevens die instellingen aanleverden waren onderling niet goed vergelijkbaar en sommige indicatoren konden beter geoperationaliseerd worden. Daarnaast worden de huidige indicatoren niet op cliëntniveau, maar op instellingsniveau gemeten. Ook worden uitkomsten niet gepubliceerd op diagnosesniveau. Hierdoor zijn ze voor een cliënt niet goed bruikbaar om te bepalen waar hij met zijn specifieke diagnose het best kan worden behandeld.

Een belangrijke ontwikkeling is het gebruik van de Routine Outcome Monitoring (ROM)<sup>55</sup> gegevens. Instellingen gebruiken dit meetinstrument voor hun primaire zorgproces. ROM-gegevens kunnen de komende jaren landelijk verzameld worden en zo hun weg vinden naar nieuwe richtlijnversies.

50 Trimbos, Overzicht Geestelijke Gezondheidszorg, 2010, p.29.

51 Trimbos, Trendrapportage 2009, Multidisciplinaire richtlijnen, 2009.

52 Doorbraakproject is een systematische methode om multidisciplinaire richtlijnen voor diagnose en behandeling in een organisatie te implementeren.

53 Trimbos, trendrapportage deel 3.

54 Trimbos, Trendrapportage 2009 Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2009.

55 ROM is het periodiek meten van het psychisch functioneren van een cliënt. Doelen waarvoor ROM wordt ingezet zijn optimalisering van de behandeling, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek.

### *Financiering*

Bij de bekostiging van de tweedelijns GGZ is op dit moment sprake van twee regimes vanwege de overgangssystematiek van budgettering naar bekostiging op basis van DBC's:

1. Voor vrijgevestigde aanbieders en nieuwe instellingen die na 1-1-2008 zijn gestart is sprake van volledige DBC-bekostiging. Dit betekent dat de productie in termen van DBC's bepalend is voor de ontvangsten van de aanbieders. Zij lopen dus risico. Er gelden maximum tarieven. Het aandeel van de GGZ dat door vrijgevestigde aanbieders wordt geleverd is financieel gezien beperkt (naar schatting circa 4% van de totale omzet in de GGZ).
2. Voor instellingen die voor 1-1-2008 zijn gestart geldt nog geen DBC-bekostiging. Verzekeraars en instellingen maken productieafspraken in termen van de bestaande budgetparameters (oude AWBZ-producten). Hierbij wordt rekening gehouden met een virtueel regiobudget. Indien een instelling dreigt meer productie te maken dan de oorspronkelijke productieafspraken kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt, verzekeraars staan dit echter maar zeer beperkt toe. Declaraties vinden wel plaats op basis van DBC's. Na afloop van het jaar vindt nacalculatie plaats (verrekening van het verschil tussen de omzet op basis van AWBZ-producten en de DBC-omzet). Het risico voor bestaande instellingen is beperkt doordat de vaste kosten gegarandeerd zijn, ook bij een lagere productie.

Voor deze overgangssystematiek voor instellingen van voor 1-1-2008 is gekozen om mogelijke problemen bij de overgang naar de Zvw tot een minimum te beperken. Einddoel is volledige bekostiging op basis van integrale DBC's. Wanneer dit doel moet zijn bereikt is nog niet vastgesteld.

### **Box 3.2: E-mental health**

Binnen de GGZ is E-mental health een relatief jonge en veelbelovende ontwikkeling. E-mental health is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. E-mental health is behulpzaam bij een groot aantal psychische aandoeningen. In een groot aantal gevallen is ze evidence based (depressie- en angststoornissen). Ze is kosteneffectief en verruimt de mogelijkheden om stepped care in te zetten. Ze kan zowel preventief worden ingezet als in aanvulling op of ter vervanging van face to face zorg.

*Bron: Trimbos instituut, E-Mental Health High Tech, High Touch, High Trust*

### 3.3.3

#### *De verzekeraar*

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het verstrekken van een rechtmatige vergoeding en voor de inkoop van zorg. De verzekeraar koopt de GGZ in voor zijn verzekerden. Er is in de Zvw geen contracteerplicht. Aangezien de GGZ zich in een overgangsfase bevindt op weg naar prestatiebekostiging, vindt de bekostiging bij instellingen van voor 1-1-2008 nog plaats op basis van de oude budgetparameters. De contractering van deze instellingen namens alle zorgverzekeraars gebeurt door de twee marktleidende zorgverzekeraars in de regio. In de beoogde eindsituatie zal de inkoop door alle individuele zorgverzekeraars zelf worden gedaan. Het is nog onduidelijk wanneer dat het geval zal zijn. De andere GGZ-aanbieders (nieuwe instellingen en vrijgevestigden) worden wel al door alle verzekeraars individueel

gecontracteerd. Bij nieuwe instellingen en vrijgevestigden wordt gecontracteerd in termen van DBC's.

Om hun rol goed te kunnen vervullen hebben de zorgverzekeraars zowel sturingsinstrumenten nodig als de prikkels om deze te gebruiken.

#### *Sturingsinstrumenten*

Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg met aanbieders afspraken maken over de prijs, kwaliteit en volume. Daarnaast hebben verzekeraars ook de mogelijkheid om aanbieders niet te contracteren. Indien een verzekerde dan toch naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat moet de verzekeraar hem een vergoeding betalen (restitutie-plicht). Uit de praktijk blijkt dat verzekeraars, op basis van de polisvoorwaarden, vaak een relatief hoge restitutievergoeding (60-90%)<sup>56</sup> betalen waardoor er voor de verzekerden vrijwel geen belemmering is om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. Ook voor de aanbieders is er minder prikkel om een contract met de verzekeraar af te sluiten en voor zorgverzekeraars bemoeilijkt dit hun sturing op zorgvolume (dit geldt voor de gehele Zvw-zorg).

Om hun zorginkoop goed te kunnen uitvoeren hebben zorgverzekeraars inzicht in de volumes en kwaliteit van de zorg nodig. Zorgverzekeraars schenken dan ook aan het vergroten van de transparantie van de kwaliteit van de zorg in hun inkoopbeleid in toenemende mate aandacht.<sup>57</sup> Hierbij maken ze gebruik van de prestatie-indicatoren, vooralsnog met name op het gebied van cliëntgerichtheid. Op het vlak van de transparantie van kwaliteit valt echter zoals we gezien hebben nog het een en ander te verbeteren. Zo hebben verzekeraars beperkt inzicht in de prestaties op instellingsniveau waardoor het gebruik van benchmarks niet mogelijk is. Ook bestaat er bij zorginkopers nog weinig inzicht in volume.

Naast ontwikkelingen t.a.v. de transparantie op het gebied van kwaliteit (prestatieindicatoren, ROM) is ook de DBC-productstructuur (zie box) ondersteunend aan de transparantie van het systeem. Het gebruik van DBC's bij de contractering moet echter nog van de grond komen.<sup>58</sup> Hiervoor is het ook belangrijk dat enkele tekortkomingen in het systeem worden aangepakt.

56 NZa monitor De curatieve GGZ in 2009, 2010.

57 NZa, Monitor de curatieve GGZ in 2009, 2010.

58 NZa, Monitor de curatieve GGZ in 2009, 2010.

### Box 3.3: DBC-productstructuur in de GGZ

De geleverde GGZ wordt gedefinieerd in een DBC (diagnose-behandelcombinatie). Een DBC in de GGZ bestaat uit twee onderdelen: de typering van de zorgvraag en de behandeling die wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen. De DBC wordt afgeleid uit de combinatie van de zorgvraag en de elementen van de behandeling. Na afsluiting van de DBC wordt bepaald in welke productgroep de DBC terecht komt en welk tarief hiervoor gedeclareerd kan worden.

In de DBC-productstructuur van de GGZ worden 3 soorten DBC-productgroepen onderscheiden:

- (1) de behandelgroepen
- (2) de verblijfsgroepen.
- (3) de overige producten (bijvoorbeeld inlichtingen, laboratoriumonderzoek)

Cruciaal verschil met de DBC's in de somatische zorg is dat DBC's in de GGZ met name een instrument zijn om tijd te kunnen schrijven. De hoeveelheid tijd die geregistreerd is op de verschillende activiteiten in combinatie met de gestelde diagnose bepaalt welke vergoeding er tegenover staat. Hierdoor bestaat er geen prikkel om efficiënter/effectiever te behandelen. Dit verschilt met een systeem waarbij uitgegaan wordt van een vaste hoeveelheid behandeltijd per stoornis (zoals bij een deel van de somatische stoornissen gebruikelijk is).

Door de vormgeving van de huidige DBC-productstructuur zijn drie vormen van upcoding mogelijk, waarop de verzekeraar niet/moeilijk kan controleren:

- 1) meer tijd registreren dan daadwerkelijk nodig is (de behandeling duurt onnodig lang) om op die manier net in de volgende DBC-productgroep te vallen (wat financieel voordelig is, de behandelaar krijgt immers meer minuten vergoed);
- 2) door registratie van een onderscheidende activiteit, terwijl er amper tijd aan deze activiteit besteed is. Bijvoorbeeld in de huidige productstructuur maakt het niet uit of 5 minuten of 250 minuten tijd besteed is aan farmacotherapie bij depressiebehandeling. Doordat farmacotherapie wordt geregistreerd leidt het tot de DBC met het hogere tarief;
- 3) door voortijdig afsluiten van de DBC. Aangezien over het algemeen meer minuten registratie leidt tot in verhouding minder opbrengsten, kan het 'knippen' van DBC's vanuit financieel oogpunt interessant zijn.

Voor verzekeraars is het niet mogelijk om de eerste twee vormen van upcoding te controleren, omdat zij (op dit moment) geen inzicht hebben in de werkelijk geleverde tijd die ten grondslag ligt aan een productgroep (zij zien alleen het productgroepinterval van bijvoorbeeld 250 tot 500 minuten). Voor de derde vorm van upcoding geldt dat het ook moeilijk controleerbaar is of een cliënt daadwerkelijk was uitbehandeld of dat de DBC bewust eerder wordt afgesloten om zo eerder aan liquide middelen te komen.

Daarnaast zijn er nog drie andere problemen bij de huidige DBC-productstructuur te constateren:

- 1) het ontbreken van zorgzwaarte in het systeem. De DBC is gebaseerd op gemiddelden, de zorgzwaarte is op die manier dan ook verwerkt in de systematiek;



- 2) De vormgeving van de verblijf categorieën in de systematiek;<sup>59</sup>
- 3) Het ontbreken van een betaaltitel voor innovatie.

#### *Prikkels*

Een verzekeraar heeft een prikkel om de beste zorg voor de beste prijs in te kopen als hij, naast dat transparant is welke kwaliteit zorg de aanbieders die hij contracteert voor zijn verzekerden leveren, ook economische voordelen van de zorginkoop kan behalen. Deze prikkel is nog beperkt gerealiseerd.

Tot 2010 liepen verzekeraars geen risico op de GGZ-uitgaven. Vanaf 2010 lopen verzekeraars een bescheiden risico op de volwassenenzorg.<sup>60</sup> De ex ante risicovereeniging<sup>61</sup> is nog in ontwikkeling waardoor ex post correcties nodig zijn. Een knelpunt is de onvoldoende beschikbaarheid van goede data. De normbedragen DBC voor 2010 zijn vastgesteld op basis van cijfers 2007. Uiteindelijk is het wel de bedoeling dat verzekeraars maximaal risicodragend worden. Een streefdatum is nog niet vastgesteld.

### 3.3.4

#### *Aanpalende domeinen*

De GGZ is een sector met vele verbindingen naar andere zorgsectoren, vanwege de overlap en samengaan van andere ziekten, maar ook naar andere maatschappelijke velden zoals veiligheid, onderwijs en arbeid. Daardoor ontstaan grensproblemen en mogelijkheden tot afwenteling.

#### *AWBZ*

De AWBZ bestrijkt 30% van de uitgaven van de totale GGZ en bedient 4% tot 6% van alle GGZ-cliënten (met name cliënten die chronische en/of de meest kostbare zorg ontvangen).

Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ van AWBZ naar Zvw is de grens tussen AWBZ en Zvw voor de GGZ geharmoniseerd met die in de rest van de zorg. Dat betekent dat alle geneeskundige zorg en het eerste jaar intramurale zorg onder de Zvw valt. Tweede en volgende jaren intramurale zorg en de niet- geneeskundige ambulante zorg vallen onder de AWBZ.

Voor de GGZ heeft deze harmonisatie met de rest van de zorg wel enige nadelen. In de GGZ is gemiddeld sprake van een langere behandelduur dan in de somatische zorg. Een GGZ-cliënt die 1 jaar intramuraal is behandeld, is in de GGZ (anders dan in de somatiek) geen zeldzaamheid en deze cliënt is vaak nog niet 'uitbehandeld'. Veel van deze GGZ patiënten leiden aan chronische aandoeningen (schizofrenie/stemmingsstoornissen). De jaargrens geeft echter een vreemde prikkel. Een verzekeraar die samen met de instelling de behandelduur van 1,5 jaar naar 1 jaar weet te bekorten heeft hier veel nadeel van. Immers de besparing valt in de AWBZ (zonder dat dit voordeel voor de zorgverzekeraar oplevert) en de eventuele extra kosten komen voor rekening van de Zvw (dus voor rekening van de zorgverzekeraar).

<sup>59</sup> In de huidige DBC-systematiek voor de GGZ zijn er 5 categorieën voor de intensiteit van de verblijfs groepen met overnachting. Er is momenteel echter geen landelijke uniformiteit over de intensiteit per categorie. Dit betekent dat vormen van verblijf met sterk uiteenlopende kosten binnen een en dezelfde categorie kunnen worden geregistreerd.

<sup>60</sup> Voor kosten van volwassenen een ex ante model aangevuld met een ex post hoge kostenverevening met een drempel van € 10.000 en een bandbreedte van € 15. Boven de hoge kostenverevening en buiten bandbreedte is er 100% nacalculatie, binnen bandbreedte is geen nacalculatie. Voor kosten voor kinderen vindt volledige nacalculatie plaats.

<sup>61</sup> Risicoverevening wil zeggen dat de zorgverzekeraar een compensatie krijgt voor de extra kosten die patiënten met een hoog gezondheidsrisico met zich meebrengen.

### *Provinciale jeugdzorg*

Provinciale jeugdzorg bestaat uit zorg aan ouders en kinderen tot 18 jaar<sup>62</sup> om ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen aan te pakken. De verantwoordelijkheid voor de provinciale jeugdzorg is ondergebracht bij provincies. Zij subsidiëren provinciale jeugdzorgaanbieders. Aangezien de provinciale jeugdzorg gebudgetteerd is, is er een prikkel om jongeren die op het grensvlak zitten van provinciale jeugdzorg en GGZ-problematiek naar de GGZ te verwijzen. Daarnaast is uit de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg<sup>63</sup> naar voren gekomen dat intersectorale zorg – samenwerking tussen jeugdzorg, zorg voor lichtverstandelijk gehandicapten (jeugd-lvg) en jeugd-GGZ, maar ook tussen de domeinen zorg, onderwijs, wonen en werk – voor jeugdigen met meervoudige problematiek moeizaam tot stand komt. Overigens is het wel zo dat het overgrote deel van de jeugdigen dat gebruik maakt van de jeugd-GGZ geen behoefte heeft aan zorg uit andere disciplines.<sup>64</sup> Uit onderzoek blijkt dat in 2007 in de provincie Utrecht 83% van de jeugdigen in de GGZ geen andere zorgvoorzieningen voor jeugd gebruikten.<sup>65</sup>

### *Wmo*

De Wmo legt de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning en de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen bij de gemeenten. In 2007 werd een budget van circa 54 miljoen euro aan AWBZ-subsidieregelingen voor de GGZ-voorzieningen overgeheveld naar de Wmo. Daarbij ging het om voorzieningen op het gebied van collectieve preventie, voorlichtings-bijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties, consultatie van huisartsen, politie of andere organisaties, de participatie van de GGZ in lokale openbare GGZ (OGGZ)-netwerken en zorgvernieuwingprojecten. Het is niet bekend welk deel van de overgehevelde budgetten nog steeds voor GGZ-voorzieningen (of voor andere voorzieningen voor mensen met psychische problemen) wordt ingezet. Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties wijzen er op dat dat maar ten dele is gebeurd.<sup>66</sup>

### *Arbeid*

Het ziekteverzuim ligt in Nederland al een aantal jaren rond de 4 procent. De relatieve omvang van het verzuim is het hoogst voor psychische klachten, overspannenheid en burn-out. Deze klachten hebben het grootste aandeel in het totaal aantal verzuimde dagen in Nederland (19% van de verzuim dagen, tegen griep of verkoudheid met 9%).<sup>67</sup>

Dit zorgt voor het besef dat zorg voor de geestelijke gezondheid in de huidige kennisintensieve economie van groot belang is. Aan de andere kant bevordert werk persoonlijke ontwikkeling en welzijn en kan psychische problemen voorkomen of verminderen.

De zorgaanbieders nemen de factor arbeid onvoldoende mee in hun behandelplannen, terwijl hiervoor in de richtlijnen steeds meer aandacht is. Curatieve artsen en bedrijfsartsen moeten meer afstemmen. Curatieve artsen moeten aandacht krijgen voor preventie van uitval uit arbeid, omdat werk ook gezond kan zijn. Bedrijfsartsen moeten in een vroegtijdig stadium stress signalen op kunnen vangen, en passend daarop reageren, eventueel in overleg met bijvoorbeeld de huisarts. Werkgevers moeten ervoor zorgen dat bedrijfsartsen niet te laat worden

62 Jeugdzorg aan oudere jongeren (tot 23 jaar) is mogelijk wanneer het bureau jeugdzorg het noodzakelijk vindt om de hulp bij opgroei- en opvoedingsproblemen voort te zetten.

63 BMC, Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg – eindrapport, 2009.

64 B&A, Combinaties van zorg bij jeugdigen, 2009.

65 B&A, Combinaties van zorg bij jeugdigen bijlagenrapport deel II, 2009, p.33.

66 Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, 2009, p.38-39.

67 Arbobalans 2007/2008.

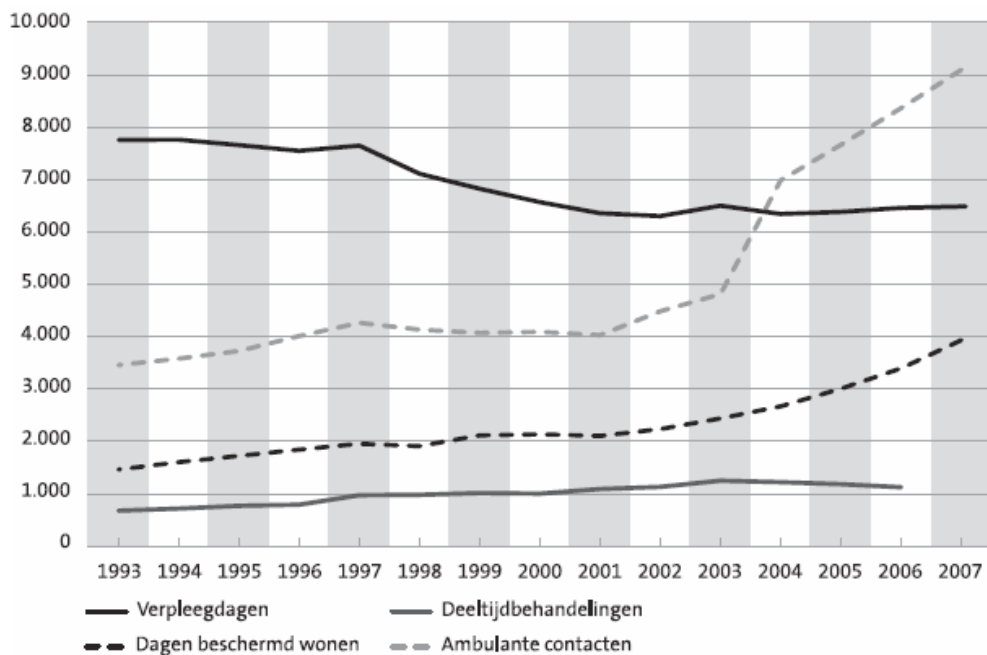
ingeschakeld en in staat zijn deze signalen vroegtijdig te ontvangen, bijvoorbeeld via een preventief medisch onderzoek of een arbeidsomstandigheden spreekuur. Verzuimverzekeraars kunnen bij de inzet op preventie een belangrijke rol spelen (omdat het voorkomen van uitval aanzienlijke kosten voorkomt). En als zorgverzekeraars ook belang bij preventie van uitval uit arbeid krijgen, staan alle neuzen dezelfde kant op.

### 3.4 Oorzaken groei

De uitgaven voor de GGZ zijn de afgelopen jaren sterk gestegen. Zoals we eerder hebben gezien is deze groei met name terug te zien in het circuit volwassenen, jeugd en beschermd wonen.

In onderstaande figuur is voor de volwassenen met name een stijging te zien van het aantal ambulante contacten, terwijl het aantal verpleegdagen niet daalt.

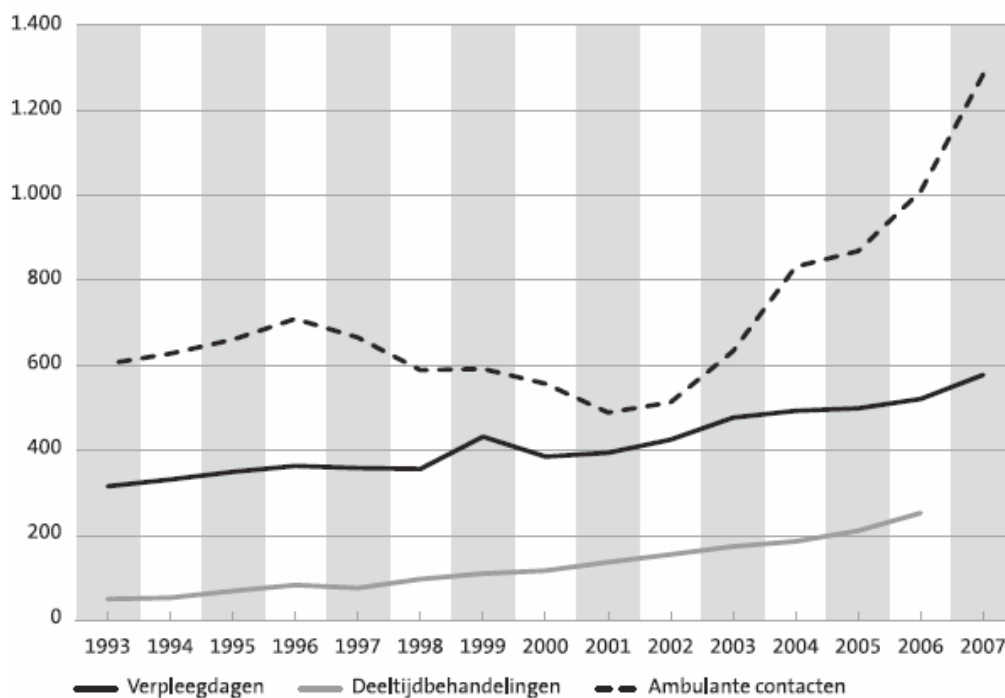
**Figuur 3.5: Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2007 (x 1.000)**



Bron: Trimbos GGZ in tabellen 2008.

Indien gekeken wordt naar de uitgaven aan jeugd-GGZ dan is te zien dat de groei in de jeugd zich over de gehele linie voordoet.

**Figuur 3.6: Productie GGZ-instellingen circuits kinderen en jongeren, 1993-2007 (x 1.000)**



Bron: Trimbos GGZ in tabellen 2008.

De vraag is echter waar de stijging van de vraag naar GGZ door wordt veroorzaakt. Onderzoek geeft geen enkele indicatie dat de Nederlandse bevolking psychisch zieker is geworden. Wel is de onvervulde zorgbehoefte bij Nederlanders de laatste jaren afgenomen. Mensen die behoefte aan GGZ zorg hebben, zijn steeds beter in staat deze zorg te vinden. Het aantal mensen dat lijdt aan een psychische stoornis is dus hetzelfde gebleven, maar het aantal mensen dat om behandeling van die psychische stoornis vraagt is toegenomen. Er zijn zowel maatschappelijke ontwikkelingen als systeemeigenschappen van het stelsel te identificeren die deze groei mogelijk kunnen verklaren.

Maatschappelijke ontwikkelingen die de groei kunnen verklaren zijn:

- mensen staan meer dan voorheen mentaal onder druk door verwachtingen en eisen die worden gesteld in de samenleving;
- afnemend taboe om hulp te zoeken (drempel verlaagd);
- wegvallen van traditionele steunsystemen (bijvoorbeeld familie en kerk): door individualisering staat men er meer alleen voor en daardoor is men kwetsbaarder.

Systeemeigenschappen van het GGZ-stelsel die de groei kunnen verklaren zijn:

- betere diagnosticering en betere behandeling, daardoor eerdere onderkenning van psychisch probleem (bijvoorbeeld bij jeugd);
- aanbod creëert vraag. Zo lijkt de extra intramurale capaciteit zich als het ware vanzelf te vullen. Daarbij geeft de bekostigingssystematiek (onbedoeld) prikkels voor behoud en uitbouw van intramurale capaciteit;

- verzekeraars kunnen hun sturingsrol onvoldoende uitvoeren o.a. door onvoldoende transparantie;
- prikkels in het systeem liggen dusdanig dat geen enkele partij er veel belang bij heeft om volumegroei te beheersen;
- door de overheveling naar de Zvw worden instellingen meer geprikkeld om nieuwe markten aan te boren en meer zorg te leveren.

De groei van de RIBW'en en jeugd GGZ is ook het gevolg van bewust beleid. Met de RIBW werd een gewenste vermaatschappelijking van zorg gerealiseerd. Chronische cliënten die voorheen hun hele leven in het psychiatrisch ziekenhuis doorbrachten, verlaten nu de instelling om (al of niet begeleid) zelfstandig te gaan wonen in de samenleving of gaan, als begeleid zelfstandig wonen niet mogelijk is, naar een RIBW.<sup>68</sup> Daarnaast was het voor een aantal instellingen voor maatschappelijke opvang eenvoudig om een toelating te krijgen als GGZ-instelling en op die manier voor AWBZ financiering in aanmerking te komen. Langs die weg is er bijvoorbeeld adequate hulp voor daklozen met psychische problemen beschikbaar gekomen. Voor de jeugd-ggz is in 2007 extra budget toegekend om de wachtlijstproblematiek op te lossen. Verder speelt bij jeugd mogelijk nog een rol dat het verkrijgen van een diagnose makkelijker toegang kan verschaffen tot andere regelingen, zoals de Wajong en het rugzakje in het onderwijs.

Op de systeemspecifieke oorzaken wordt in het analysedeel hieronder nader ingegaan.

<sup>68</sup> Dit beleid wordt breed ondersteund, merkwaardig is wel dat de (overige) intramurale capaciteit daarbij niet daalt. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de financiële zekerheid die het in stand houden van intramurale capaciteit aan instellingen biedt (voor intramurale AWBZ-gefinancierde zorg geldt nog steeds de contracteerplicht voor het zorgkantoor).



## 4 Analyse: de knelpunten in de curatieve GGZ

Voor de overheid staan de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid centraal. In de GGZ hebben de laatste jaren diverse positieve ontwikkelingen plaatsgevonden op het vlak van de transparantie en kwaliteit. Ook de toegankelijkheid is groter geworden (met uitzondering van de jeugd-GGZ waar sprake is van relatief grote wachtlijsten). Het publieke belang van de betaalbaarheid (doelmatigheid) staat echter onder druk. En op het gebied van transparantie en kwaliteit blijven verdere verbeteringen nodig.

### 4.1 Betaalbaarheid

Voor zover collectieve financiering van GGZ wenselijk wordt gevonden, zijn de collectieve uitgaven alleen verdedigbaar, indien mensen met deze middelen op een doelmatige en effectieve manier voorzien worden van noodzakelijke zorg. Voor de GGZ zijn daarbij echter de volgende kanttekeningen te plaatsen. Deze laten zich hier onderscheiden:

- a. er vindt een 'onbedoeld' of vermijdbaar beroep op de GGZ plaats. Het gaat hier om mensen die of de GGZ zorg strikt genomen niet of in mindere mate nodig hebben of mensen die met een steuntje in de rug zichzelf zouden moeten kunnen redden;<sup>69</sup>
- b. er vindt 'onbedoeld' een beroep op de tweedelijns GGZ plaats. Het gaat hier om mensen die, gezien hun problematiek, prima toe zouden moeten kunnen met de eerstelijns zorg. Verder lijkt dit 'onbedoeld' gebruik van de tweedelijns GGZ zich ook te uiten in het langer en/of meer dan noodzakelijk gebruik maken van de tweedelijns GGZ;
- c. er lijkt 'onbedoeld' een te groot beroep plaats te vinden op dure intramurale capaciteit;
- d. de consumptie van psychofarmaca is gestegen.

#### Ad a. Een 'onbedoeld' beroep op de GGZ

Een oorzaak voor het 'onbedoelde' beroep op de GGZ zit in de wijze waarop het zorgsysteem is vormgegeven:

- De aanspraken zijn breed gedefinieerd. Daardoor is het mogelijk om een 'onbedoeld' beroep op zorg vergoed te krijgen;
- Geen van de partijen in het stelsel (cliënt, aanbieder, zorgverzekeraar) heeft een aanzienlijke prikkel voor gepast gebruik van de GGZ:
  - de cliënt ervaart nauwelijks een financiële prikkel voor gepast gebruik van de GGZ. Voor (ouders van) jeugdige cliënten is er zelfs een prikkel om een diagnose te krijgen/in zorg te komen, omdat zij dan ook makkelijker toegang krijgen tot andere regelingen (bijvoorbeeld Wajong);
  - de huisarts heeft een prikkel om geneesmiddelen voor te schrijven of te verwijzen (in plaats van relatief arbeidsintensieve begeleiding);
  - de tweedelijns GGZ heeft een prikkel om patiënten lang respectievelijk intramuraal te behandelen aangezien dat extra inkomsten oplevert. Bij de instellingen van voor 1-1-2008 geldt dit minder vanwege de opzet van het overgangsmodel;

<sup>69</sup> Nivel, Beleidsonderzoek GGZ, p. 24: 30% cliënten eerstelijnspsycholoog heeft geen DSM-IV diagnose.

- De verzekeraar loopt een beperkt risico door de vormgeving van het vereveningsmechanisme, terwijl aanbieders onder de Zvw worden gestimuleerd om nieuwe markten aan te boren en meer zorg te leveren.
- de verzekeraar heeft een beperkt instrumentarium (restitutieplicht, kan verzekerden beperkt sturen) en kan zijn instrumentarium onvoldoende effectief inzetten door gebrek aan transparantie en in bepaalde regio's een hoge marktconcentratie van de te contracteren zorgaanbieders;
- de eigen weerbaarheid van de cliënt wordt onvoldoende benut/geactiveerd;
- gemeenten hebben de maatschappelijke opvang (MO) van daklozen, mede met het oog op de overlast, voortvarend aangepakt, mede dankzij de eenvoudige toelating van MO-instellingen tot ABWZ-financiering. In een aantal gemeenten is er echter minder aandacht voor mensen met psychische problemen die geen overlast veroorzaken.<sup>70</sup> Hun beleid op dit terrein lijkt tot op heden beperkt ontwikkeld.

#### **Ad b. Een onbedoeld of te omvangrijk beroep op de tweedelijns GGZ**

Voor cliënten met lichte klachten zou de eerstelijnszorg in principe moeten kunnen volstaan. Toch komt in de GGZ een belangrijk deel van de lichte gevallen in de tweedelijnszorg terecht. Zo heeft meer dan 30% van de tweedelijns cliënten een relatief lichte problematiek.<sup>71</sup> Daarnaast blijkt uit gesprekken met het veld dat mensen langer en/of meer dan noodzakelijk gebruik maken van de tweedelijns GGZ. Hoe komt dit? Ook hier ligt de verklaring voor een groot deel in gebreken van het systeem. Naast eerdergenoemde punten betreft het:

- de cliënt heeft geen financieel belang bij een juiste doorverwijzing. Het bestaande eigen bijdrage systeem voor de eerstelijnszorg geeft de cliënt juist een prikkel om meteen naar de tweedelijns te gaan (waar geen eigen bijdrage geldt);<sup>72</sup>
- de huisarts heeft geen prikkel om bij zijn verwijzing het kostenaspect (tweedelijns is duurder dan de eerstelijns) mee te nemen. Hij verwijst in vergelijking met zijn verwijzingen binnen de eerstelijnszorg relatief veel door naar de tweedelijns GGZ;
- de bestaande bekostigingssystematiek ('tijdschrijven') geeft aanbieders een prikkel om de cliënt in de tweedelijns in zorg te houden tot net over een tijdgrens. Dit betekent immers extra inkomsten.

#### **Ad c. Een onbedoeld beroep op intramurale capaciteit**

De overheid streeft al enkele decennia naar extramuralisering van de zorg. Desondanks heeft Nederland het hoogste aantal GGZ-bedden per inwoner in Europa. Deze intramurale capaciteit is niet alleen kostbaar, maar ook in veel gevallen suboptimaal voor de cliënt. Hoe komt het dat ondanks het extramuraliseringsbeleid Nederland een grote (en groeiende<sup>73</sup>) intramurale capaciteit heeft? Een deel is maatschappelijk verklaarbaar. Er is wellicht in de afgelopen jaren, door hogere eisen die aan individuen gesteld worden in de samenleving, een ontwikkeling geweest om mensen die afwijken op te nemen. Volgens deskundigen is de samenleving steeds minder goed in staat om om te gaan met verschillen en accepteert afwijkend gedrag ook steeds minder.<sup>74</sup>

70 Trimbos, Trendrapportage GGZ 2009: nieuwe financieringskaders voor de GGZ, 2009, p.56.

71 Opvallend is dat hoger opgeleiden, een groep met een geringere prevalentie, juist vaker gebruik maakt van de tweedelijns GGZ. Trimbos, Trendrapportage GGZ 2008, deel 2, p.48.

72 Voor de tweedelijns GGZ geldt wel het standaard eigen risico onder de Zvw.

73 Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009, p.32.

74 Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009, p.36 en 38.



Daarnaast speelt het zorgsysteem ook zijn rol:<sup>75</sup>

- het is voor aanbieders financieel aantrekkelijk om intramurale capaciteit te exploiteren.<sup>76</sup> Het is een belangrijke en tamelijk zekere bron van inkomsten.
- door de AWBZ is de toelating van de intramurale capaciteit gedereguleerd; Echter de contracteerplicht is overleefd. Bovendien vindt nacalculatie plaats. Extra intramurale capaciteit is op die manier tamelijk risicoloos te exploiteren onder de AWBZ. Onder de Zvw valt de oude capaciteit van de GGZ nog onder het overgangsmoedel. Dat betekent dat deze capaciteit onder de Zvw gedurende deze periode zonder risico kan worden geëxploiteerd. Hierdoor is het in ieder geval voor de aanbieder niet aantrekkelijk om deze capaciteit af te bouwen;
- daarbij is de afgelopen periode als gevolg van de modernisering van de AWBZ maatschappelijke opvang capaciteit voorzien van een AWBZ toelating.<sup>77</sup> De gebruikers van deze capaciteit hebben vaak al een jaar intramurale Zvw-zorg ontvangen;
- de aanbieder kan door de bestaande productstructuur van verblijf de klasse van het verblijf zelf bepalen zonder effectieve controle door de verzekeraar;<sup>78</sup>
- de cliënt is zorgafhankelijk en kan in sommige gevallen (voortzetting van) een intramurale behandeling prefereren, omdat het intramurale bestaan minder bedreigend is dan de overstap naar al of niet begeleid zelfstandig wonen;
- de verzekeraar heeft ook hier weinig mogelijkheden en prikkels om deze ontwikkeling te sturen.

#### **Ad d. De consumptie van psychofarmaca**

In Nederland worden steeds meer psychofarmaca voorgeschreven, vooral door de huisarts. Voor een deel is dit het gevolg van het op de markt beschikbaar komen van steeds meer psychofarmaca. Daarnaast is dit het gevolg van het breder voorschrijven van al bestaande medicijnen. Ook hier speelt medicalisering van allerlei opvoed-, leer- en sociale problemen een rol.

Vorig jaar is besloten de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) uit het Zvw-pakket te halen, mede omdat zij overmatig werden voorgeschreven en gebruikt. Dit heeft geleid tot een geringe vermindering van het gebruik.<sup>79</sup>

De verzekeraar heeft de mogelijkheid om de huisarts via afspraken een financiële prikkel te geven om geneesmiddelen doelmatig voor te schrijven. De cliënt heeft echter geen financiële prikkel om terughoudend om te gaan met de consumptie van medicijnen. Het eigen risico is gering en zal bij een belangrijk deel van deze consumenten toch al vol zitten. De verzekeraar heeft echter wel een prikkel om de financiële kosten van het medicijngebruik in de hand te houden. In de praktijk zien we dan ook dat op het moment dat de medicijnen uit patent gaan, de verzekeraar erin slaagt om een kostendaling af te dwingen. Dit heeft er voor gezorgd dat de kostenontwikkeling in de hand is gehouden.

## **4.2**

### **Kwaliteit**

In de GGZ is veel gewonnen op het gebied van transparantie. Door de overheveling naar de Zvw is meer samenhang mogelijk met de somatiek en door de invoering van de dbc structuur is er meer aandacht gekomen voor geleverde prestaties. Verder is er een grote mate van overeenstemming over de diagnosticering (DSM-IV),

75 Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009, p.41.

76 Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009, p.37.

77 Trimbos, Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009, p.38.

78 NZa, De curatieve GGZ in 2009, p.46.

79 <http://www.nivel.nl/pdf/Factsheet-Afschaffen-vergoeding-benzodiazepines.pdf>

instrumenten om de kwaliteit en outcome te bepalen zijn volop in ontwikkeling en er komen steeds meer evidence based behandelmethodes beschikbaar. Het verband tussen aandoening, behandeling en resultaat wordt daarmee beter zichtbaar en objectiveerbaar.

Desondanks spelen de volgende knelpunten nog steeds:

- a. transparantie van zorg is nog gebrekkig;
- b. er wordt in Nederland nog onvoldoende evidence based gewerkt;
- c. er wordt nog niet altijd geprotocolleerd gewerkt (bijvoorbeeld behandelplan).

#### **Ad a. Transparantie gebrekkig**

Er wordt, zoals in de gehele gezondheidszorg, hard gewerkt aan het verbeteren van de transparantie. Het is echter nog niet voldoende gerealiseerd. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), verzekeraars en cliënten hebben belang bij transparantie. Ook aanbieders hebben hierbij belang. Bij aanbieders bestaat soms echter de angst om op verkeerde gronden te worden afgerekend.

DBC's dragen bij aan transparantie omdat ze dwingen tot registratie van de tijdbesteding. Echter de DBC-systematiek op zichzelf kent nog een aantal knelpunten:

- verzekeraars hebben geen inzicht in de werkelijk bestede tijd per DBC;
- de huidige productstructuur voor verblijf stelt verzekeraars niet in staat goed in te kopen. De aanbieder stelt zelf vast in welke zwaarteklasse van verblijf de cliënt valt, zonder dat hier landelijke uniformiteit voor geldt.

Ook ten aanzien van de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren zijn er nog een aantal aandachtspunten:

- de huidige prestatie-indicatoren worden gemeten op instellingsniveau in plaats van op cliëntniveau. Het heeft veel voordelen wanneer prestatie-indicatoren worden berekend met behulp van de registraties over de cliënten die een zorgverlener maakt in zijn primaire zorgproces. Gebruik van cliëntregistraties leidt onder meer tot grotere betrouwbaarheid van de informatie, minder administratieve lasten voor de zorgaanbieder en de mogelijkheid om informatie op vestigingsniveau (in plaats van instellingsniveau) te publiceren;
- prestatie-indicatoren worden momenteel niet gepubliceerd op diagnosesniveau. Publicatie op diagnosesniveau stelt cliënten en verzekeraars beter in staat te beoordelen welke instelling voor een bepaalde aandoening de beste kwaliteit levert;
- er zijn verschillende subsets van prestatie-indicatoren in ontwikkeling (bijvoorbeeld aparte set voor vrijgevestigden), terwijl het de voorkeur verdient dat er een set is die door alle aanbieders gebruikt wordt. Een cliënt en een verzekeraar moet immers kunnen kiezen tussen behandeling in een instelling of door een vrijgevestigde;
- aan de prestatie-indicator 'effectiviteit zorg' is nog geen uniforme meetmethode gekoppeld. Het is een optie om ROM hiervoor gebruiken.

#### **Ad b. Onvoldoende evidence based werken**

In Nederland is relatief weinig onderzoek beschikbaar van algemeen erkende evidence based interventies. De algemeen erkende evidence based interventies die er zijn, zijn vooral gericht op ernstige psychische stoornissen en komen van origine uit de Verenigde Staten. Wel zijn er in Nederland voor circa 75% van de diagnosegroepen in de GGZ multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar. Deze worden echter nog onvoldoende gebruikt door de behandelaars. Dit heeft verschillende oorzaken:

- omdat de markt onvoldoende transparant is, kan de cliënt niet kiezen op kwaliteit. Zou hij dat wel kunnen, dan krijgen aanbieders die evidence based werken een belangrijk concurrentievoordeel. Het wordt dan eerder lonend om te investeren in de implementatie van die methoden;
- evidence based werken vraagt een investering van de instelling en de behandelaar (moet zich een nieuwe werkwijze eigen maken);
- de richtlijnen sluiten ook niet altijd goed aan op de belevingswereld en dagelijkse praktijk van de behandelaar. Uit gesprekken blijkt ook dat sommige instellingen moeite hebben om hun personeel zo ver te krijgen om er mee aan de slag te gaan.<sup>80</sup> Doorbraak-projecten hebben hier al wel enige winst opgeleverd;<sup>81</sup>
- ook de verzekeraar heeft onvoldoende inzicht in de kwaliteit en is mede daardoor niet in staat de cliënt te sturen naar de beste aanbieder. Daarnaast kan hij moeilijk om het bestaande aanbod van de grote instellingen heen. De verzekeraar heeft ook een gebrekkige prikkel, want de cliënt zal de verzekeraar niet afrekenen op zijn inkoopbeleid. De verzekeraar merkt door het ex post vereveningssysteem nog weinig van (door gebrekkige effectiviteit) onnodig dure behandelingen. Desondanks proberen verzekeraars hier meer grip op te krijgen, onder andere door hun tarief te differentiëren wanneer een aanbieder bereid is aan bepaalde criteria te voldoen.

#### **Ad c. Er wordt nog niet altijd geprotocolleerd gewerkt**

In aanvulling op evidence based werken is geprotocolleerd werken van belang. Door het voldoen aan bepaalde procedurele eisen, kan het resultaat van de behandeling verbeteren en ontstaat er beter inzicht in de effectiviteit van behandelwijzen en behandelaars. Er wordt in toenemende mate geprotocolleerd gewerkt in de GGZ, maar er zijn signalen dat verbetering mogelijk blijft.<sup>82</sup>

### **4.3 Toegankelijkheid**

Steeds meer mensen vinden hun weg naar de GGZ:<sup>83</sup>

- in 1996 was er bij 16,8% van de mensen met een psychische aandoening sprake van een onvervulde zorgbehoefte, in de periode 2007-2009 was dit percentage gedaald tot slechts 5,6%;<sup>84</sup>
- de helft van de volwassenen in Nederland met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis ontvangt daarvoor zorg; dat is gemiddeld vergeleken met vier vergelijkbare EU-landen;
- bijna alle volwassenen (97%) met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg ontvangen tenminste één vervolcontact; dat is meer dan in vier vergelijkbare EU-landen;
- van alle volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg, ontvangt 67% een adequate vorm van zorg; dat is meer dan in vier vergelijkbare EU-landen;
- een kwart (26%) van de mensen die na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis terecht komen, ontvangt daar een psychiatrisch consult.

<sup>80</sup> Dat deze interventies in Nederland nog nauwelijks op effectiviteit zijn getoetst helpt hier ook niet. Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, 2010, p.31.

<sup>81</sup> Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, 2010, p.35. Doorbraak is een beproefde en systematische methode om multidisciplinaire richtlijnen voor diagnose en behandeling in een organisatie te implementeren.

<sup>82</sup> Zie bijvoorbeeld Trimbos, Trendrapportage GGZ 2008, deel III.

<sup>83</sup> Trimbos, Nemesis II, p. 8 en 76 en RIVM, Zorgbalans 2008, p.60.

<sup>84</sup> Met enige voorzichtigheid kan worden gesteld dat daarmee het einde aan de snelle groei van de GGZ in zicht komt, tenzij de GGZ nieuwe zorgmarkten gaat aanboren of de hulpvraag gaat toenemen.

De toegankelijkheid is daarmee in grote lijn goed te noemen. Het is wel een aandachtspunt dat de GGZ gemiddeld genomen vooral de hoger opgeleiden bereikt.<sup>85</sup> Er is sprake van wachtlijsten in de jeugd GGZ, en er zijn allochtone jongeren met psychische problemen, die niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben.<sup>86</sup> Het risico is dat hierdoor de problematiek van deze jongeren zich verergert waardoor grote maatschappelijke schade optreedt, die met een tijdige GGZ-interventie mogelijk te voorkomen was geweest. Een belangrijke oorzaak van het feit dat deze cliënten niet de zorg ontvangen die ze wellicht nodig hebben is dat de cliënt (en zijn directe omgeving) vaak geen goed beeld heeft van de psychische stoornissen en evenmin kennis heeft van de daarvoor beschikbare behandelopties.

<sup>85</sup> De werkgroep heeft hiervoor signalen van verschillende kanten gekregen. Daarnaast zie ook Trimbos, Overzicht geestelijke gezondheidszorg, p.15. Zie ook Trimbos, Nemesis II, p.57.

<sup>86</sup> Daarbij hangt een lager opleidingsniveau vaak samen met psychische problemen, Trimbos, Nemesis II, p.40.

## 5 Beleidsvarianten

Uit het onderzoek volgt dat – nog afgezien van de brede heroverweging – het noodzakelijk is het beleid op het gebied van de GGZ te wijzigen. Er is onvoldoende evenwicht in het dienen van de publieke belangen van de Zvw. De toegankelijkheid van de GGZ is groot, maar scheef verdeeld (te veel intramuraal ten opzichte van extramuraal, te veel tweedelijns ten opzichte van eerstelijns). De kwaliteit is slecht inzichtelijk en behandelrichtlijnen worden beperkt gebruikt. Het publieke belang van de betaalbaarheid wordt onvoldoende gediend door verkeerde prikkels in het systeem met een onbedoeld kostenverhogend effect.

Er is een samenhangende aanpak nodig, die ingrijpt op:

- a. de omschrijving en het beheer van het verzekerde pakket;
- b. het gebruik van eigen betalingen;
- c. de (financiële) prikkels in het systeem.

Deze drie wegen kunnen ook worden bewandeld, indien besloten moet worden tot een bezuiniging van 20%, conform de opdracht van de heroverweging curatieve zorg. Gezien de specifieke kenmerken van de GGZ is op onderdelen een apart beleid noodzakelijk. Hieronder zijn besparingsopties geïnventariseerd en worden de voor- en nadelen van de verschillende opties geschetst.<sup>87</sup>

### 5.1 Pakket

Analoog aan de brede heroverweging curatieve zorg heeft de werkgroep opties geïnventariseerd voor een verkleining van het verplicht verzekerde pakket (vergroting van het privaat te verzekeren pakket). De gedachte achter deze opties is dat curatieve zorg voor problemen met de relatief lichtste ziektelast niet meer verplicht verzekerd is. Aangezien de spreiding van ziektelast binnen GGZ-diagnoses naar verwachting hoog is, heeft het voor de GGZ niet de voorkeur de gehele zorg voor een diagnose (bijvoorbeeld depressie) uit het pakket te verwijderen. Voorts is de inschatting dat geestelijk lijden doorgaans een hogere ziektelast impliceert. Daarom is gekozen voor een pakketafbakening op basis van de individuele ziektelast binnen een diagnose.

#### 5.1.1 *Pakketafbakening op basis van individuele ziektelast*

*Beschrijving:* bij binnenkomst van de cliënt wordt middels een scorelijst zijn individuele 'ziektelast' vastgesteld. Op basis daarvan wordt bepaald of GGZ voor de cliënt wel/niet onder het verzekerde pakket valt. Hierbij zijn twee varianten mogelijk:

- a. alleen zwaardere GGZ-problematiek valt nog onder het basispakket in de Zvw. Mensen met lichtere problematiek moeten de zorg zelf betalen of hiervoor een aanvullende verzekering afsluiten;
- b. lichte problemen komen alleen nog maar in aanmerking voor eerstelijns GGZ onder het basispakket van de Zvw, zwaardere problemen blijven onder het basispakket van de Zvw toegang behouden tot eerste- en tweedelijns GGZ.

*Motivatie:* grijpt aan op het knelpunt dat er zich in de eerste- en tweedelijns GGZ relatief veel mensen met relatief lichte problematiek bevinden.

<sup>87</sup> Bij de berekeningen zijn de kosten voor jeugd-GGZ meegenomen.

*Financieel effect:* € 100 – € 150 mln (exclusief eventuele uitvoeringskosten). Opbrengst is mogelijk lager door manipulatie-risico's. Naar verwachting is de maatstaf die gebruikt wordt om de individuele ziektelast te bepalen immers niet volledig objectief, maar enigszins beïnvloedbaar door cliënt/zorgaanbieder. Daarnaast kan de opbrengst in de praktijk afwijken, omdat bij de berekening van de financiële effecten, t.a.v. hoeveel procent lichte problematiek aanwezig is in de tweedelijns GGZ, is uitgegaan van data voor depressie op basis van een meting uit 1997 met een beperkt aantal zorggebruikers. Het is de vraag of dit voor de huidige situatie een representatief beeld geeft.

**a. Lichte problemen komen niet meer in aanmerking voor GGZ onder het verzekerde pakket.**

	Aantal cliënten (x 1.000)	Besparing in tweede lijn (in € mln)
Angststoornissen	30	63
Alcoholstoornissen	12	19
Depressie	45	67
Totaal	87	149

**b. Lichte problemen komen niet meer in aanmerking voor tweedelijns GGZ**

	Aantal cliënten (x 1.000)	Besparing in tweedelijns (in € mln)	Overgang naar EPZ (8 zittingen)	Netto besparing (in € mln)
Angststoornissen	30	63	18	45
Alcoholstoornissen	12	19	7	12
Depressie	45	67	27	40
Totaal	87	149	52	97

*Uitvoerbaarheid:* per 2013. Vergt wetswijziging en het vereist nader onderzoek naar een goede maatstaf voor het bepalen van de ziektelast van de individuele cliënt. Bij het bepalen van deze maatstaf moet ook rekening worden gehouden met de fraudegevoeligheid van het instrument (cliënt en zorgaanbieder moeten niet/zo min mogelijk in staat zijn om de score te manipuleren, dit is immers zeker bij variant a niet uitgesloten).

*Voor-/ nadelen:* voordeel van deze variant is dat hij aangrijpt op de individuele ziektelast van een cliënt. Mensen met zware problematiek blijven volledig onder het verzekerde pakket vallen. Nadeel is dat in dit stadium nog onduidelijk is in hoeverre een objectieve maatstaf gevonden kan worden die voor de zorgaanbieder en cliënt niet/beperkt manipuleerbaar is. Daarnaast dient ook nagedacht te worden hoe om te gaan met co-morbiditeit (houdt deze variant nu geen rekening mee).

5.1.2 *Scherper definiëren aanspraken: zorg zonder DSM-IV-classificatie en zorg met de DSM-IV-classificatie aanpassingsstoornis valt niet meer onder het verzekerde basispakket in de Zvw.*

*Beschrijving:* deze variant betreft daadwerkelijk niet meer onder de Zvw vergoeden van zorg zonder DSM-IV classificatie en betere afbakening van de aanspraken

waardoor GGZ voor cliënten met relatief lichtere psychische klachten/stoornis niet meer onder het verzekerde pakket valt.

*Motivatie:* zorg zonder DSM-IV classificatie valt niet onder de Zvw-GGZ (m.u.v. geïndiceerde preventie voor depressie en alcohol), maar wordt in de praktijk wel nog uit de Zvw gefinancierd wat niet wenselijk is. Verder grijpt deze variant aan op het knelpunt dat relatief veel mensen met relatief lichte problematiek zich in de eerste- en tweedelijns GGZ bevinden. De DSM-IV classificatie aanpassingsstoornis is een "lichte" DSM-IV diagnose in de zin dat het symptomen betreft die een reactie op een identificeerbare stressor zijn, waarbij deze symptomen (in het algemeen depressieve of angstsymptomen) niet van dien aard zijn dat ze een specifieke diagnose "angststoornis" of "depressie" rechtvaardigen.<sup>88</sup>

*Financieel effect:* € 115 mln (exclusief eventuele uitvoeringskosten). Risico is wel dat zorgaanbieders de problematiek gewoon anders gaan benoemen waardoor het toch onder een DSM-IV classificatie valt en de financiële effecten niet behaald worden.

#### Zorg zonder DSM-IV-classificatie uit pakket

<b>Aandeel "Geen DSM-IV-classificatie" in de EPZ</b>	
Aantal cliënten	125.000
Percentage cliënten zonder DSM-IV classificatie	30%
Gemiddeld aantal behandelingen	6,7
Totaal omzet (in € mln)	19

#### Zorg met de DSM-IV-classificatie aanpassingsstoornis uit het pakket

<b>Aandeel "DSM-IV aanpassingsstoornis" in de EPZ</b>	
Aantal cliënten	125.000
Percentage cliënten met DSM-IV classificatie aanpassingsstoornis	22%
Gemiddeld aantal behandelingen	6,7
Totaal omzet (in € mln)	14

<b>Aandeel "DSM-IV aanpassingsstoornis" in de tweedelijns GGZ</b>	
Totaal omzet (exclusief verblijf) (in € mln)	81

*Uitvoerbaarheid:* per 2013. Vergt wetswijziging. Daarnaast dient onderzocht te worden in hoeverre verzekeraars voldoende informatie hebben om te controleren of GGZ voor deze groep cliënten toch niet onder de Zvw gedeclareerd wordt.

*Voor-/nadelen:* de behandeling van mensen met een ernstige aanpassingsstoornis valt ook buiten het verplicht verzekerde pakket. Het is overigens onbekend hoe groot deze groep is en wat de ernst van de beperkingen is die deze groep ervaart. Daarnaast dient ook nagedacht te worden hoe om te gaan met co-morbiditeit (houdt deze variant nu geen rekening mee).

<sup>88</sup> Nivel, beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010.

### 5.1.3 Stringent pakketbeheer

*Beschrijving:* om de autonome groei van de zorgaanspraken voor de curatieve GGZ te beheersen is stringent beheer van het Zvw-pakket nodig. Stringent pakketbeheer houdt in dat nieuwe behandelingen pas tot het verzekerde basispakket horen als daar expliciet toe besloten is op basis van een aantal criteria zoals noodzakelijkheid (ziektelast), kosteneffectiviteit en of de kosten van de behandeling zodanig zijn dat een verzekering noodzakelijk is. De minister bekrachtigt jaarlijks de lijst met zorgaanspraken. Het voorstel voor de GGZ wijkt niet af van de voorstellen terzake voor de hele Zvw. Zie de voorstellen van de heroverweging curatieve zorg voor een uitwerking van deze systematiek. Stringent pakketbeheer betekent ook dat de capaciteit van de pakketbeheerder zal moeten worden uitgebreid.

*Motivatie:* deze maatregel pakt de autonome groei van de uitgaven door nieuwe zorgaanspraken aan.

*Financieel effect:* dit leidt niet tot een besparing op basis van de uitgaven 2010, maar wel tot een ombuiging op de groei van de uitgaven die veroorzaakt wordt door 'automatische' pakketuitbreidingen.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012.

*Voor- en nadelen:* voordeel is dat er beter geselecteerd wordt op nieuwe aanspraken. Nadeel is dat een veelbelovende nieuwe aanspraak meer tijd nodig heeft om door de procedure te komen.

#### **Nota bene**

Bij bovenstaande pakketvarianten geldt dat er geen rekening is gehouden met comorbiditeit. In de praktijk blijkt dit wel vaak voor te komen. Uit bijvoorbeeld NESDA onderzoek blijkt dat angststoornis en depressie vaak samengaan. Voor 70% van de cliënten geldt dat er overlap is tussen beide aandoeningen.

## 5.2 Eigen bijdrage

Om de prikkels voor de cliënt in het stelsel te verbeteren kunnen eigen bijdragen (EB) worden ingevoerd. In dit rapport wordt niet ingegaan op varianten uit de heroverweging curatieve zorg, zoals verhoging van het eigen risico. Er is geen reden de GGZ op dat punt anders te zien dan de somatische curatieve zorg. Hieronder volgen varianten voor eigen betalingen die specifiek voor de GGZ kunnen gelden.

### 5.2.1 Drie-drempel variant

*Beschrijving:* vaste eigen bijdrage van 50 euro bij 1<sup>e</sup> consult in de eerstelijns GGZ en daarna vanaf 2<sup>e</sup> consult conform huidige stelsel eigen bijdrage van 15 euro per consult, vaste eigen bijdrage bij opening DBC tweedelijns GGZ en vaste eigen bijdrage bij overschrijding 1800 minuten grens in tweedelijns GGZ. Waarbij 2 subvarianten:

- (a) totale eigen bijdrage eerstelijns GGZ uitgaande van 8 sessies onder het verzekerde pakket (155 euro) = eigen bijdrage bij start tweedelijns GGZ (155 euro) = eigen bijdrage halverwege tweedelijns GGZ (boven 1800 minuten, 155 euro extra);
- (b) totale eigen bijdrage eerstelijns GGZ uitgaande van 8 sessies onder het verzekerde pakket (155 euro) < eigen bijdrage bij start tweedelijns GGZ (175



euro) < eigen bijdrage halverwege tweedelijns GGZ (boven 1800 minuten, 250 euro extra).

*Motivatie:* grijpt aan op de knelpunten dat (a) de cliënt in zijn afweging om GGZ-hulp te zoeken nauwelijks financiële overwegingen meeneemt, (b) de cliënt een prikkel heeft om rechtstreeks in de tweedelijns GGZ terecht te komen en (c) de cliënt eenmaal in de GGZ geen financiële prikkel ervaart om eruit te komen.

*Financieel effect:* € 150 mln (variant a) – € 180 mln (variant b) (zie tabel)

	Voorstel	Aantal (x 1.000)	Opbrengst (in € mln)
1 <sup>e</sup> Lijn-a/b	EB 1 <sup>e</sup> consult naar € 50	125	5
	EB vervolggconsult naar € 15	713	4
2 <sup>e</sup> Lijn – a	EB bij opening: € 155	824	126
	EB boven 1.800 minuten: € 155 extra	195	30
2 <sup>e</sup> Lijn - b	EB bij opening: € 175	824	141
	EB boven 1.800 minuten: € 250 extra	195	49

De inningskosten worden verondersteld 10% van de opbrengst in de tweedelijns te zijn.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012 indien besluitvorming voor 1-4-2011 plaatsvindt. Vergt wijziging van het besluit zorgaanspraken. In dit voorstel vindt inning plaats via de zorgaanbieder, omdat dit helderder is voor de cliënt (geen rekening achteraf, maar gewoon ter plaatse). Dit vereist wel dat de zorgaanbieder een aparte administratie bijhoudt, kan zien wanneer een bepaalde grens bereikt is en de cliënt hiervan op de hoogte stelt.

*Voor-/nadelen:* het voorstel verbetert de prikkelwerking binnen het systeem. Nadeel is dat sommige cliënten met lage inkomens mogelijk niet in staat zijn de eigen bijdrage te betalen. Hiermee is in deze variant geen rekening gehouden. Nadeel is ook de verhoging van de administratieve lasten voor de sector. Een ander nadeel is het risico dat de patiënt de behandeling voortijdig afbreekt in verband met de kosten.

### 5.2.2 *Trapsgewijze eigen bijdrage variant*

*Beschrijving:* de eigen bijdrage in de eerstelijns wordt verhoogd van 10 naar 15 euro per consult, er geldt een instap eigen bijdrage in de tweedelijns van 125 euro en daarna geldt een vervolg eigen bijdrage naar analogie van de DBC-systematiek:

- tot 250 minuten: 125 euro (instap EB);
- van 250 tot 800 minuten: 75 euro;
- van 800 tot 1800 minuten: 75 euro;
- van 1800 tot 3000 minuten: 150 euro;
- van 3000 tot 6000 minuten: 150 euro;
- van 6000 tot 12000 minuten: 150 euro;
- meer dan 12000 minuten: 150 euro.

*Motivatie:* grijpt aan op de knelpunten dat (a) de cliënt in zijn afweging om GGZ-hulp te zoeken nauwelijks financiële overwegingen meeneemt, (b) de cliënt een prikkel heeft om rechtstreeks in de tweedelijns GGZ terecht te komen en (c) de cliënt eenmaal in de GGZ geen enkele financiële prikkel ervaart om eruit te komen.

*Financieel effect:* € 220 mln euro.

	<b>Tarief</b>	<b>Aantal (x 1.000)</b>	<b>Opbrengst (in € mln)</b>
- tot 250 minuten: 125 euro (instap EB)	125	153	18
- van 250 tot 800 minuten: 75 euro	200	272	55
- van 800 tot 1800 minuten: 75 euro	275	206	57
- van 1800 tot 3000 minuten: 150 euro	425	80	34
- van 3000 tot 6000 minuten: 150 euro	575	52	30
- van 6000 tot 12000 minuten: 150 euro	725	41	30
- meer dan 12000 minuten: 150 euro	875	22	20
Totaal		825	242

De inningskosten worden verondersteld 10% van de opbrengst te zijn.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012 indien besluitvorming plaatsvindt voor 1-4-2011. Vergt wijziging van het besluit zorgaanspraken. In dit voorstel vindt inning plaats via de zorgaanbieder, omdat dit helderder is naar de cliënt (geen rekening achteraf, maar gewoon ter plaatse betalen). Dit vereist wel dat de zorgaanbieder een aparte administratie bijhoudt en kan zien wanneer een bepaalde grens bereikt is.

*Voor-/nadelen:* het voorstel verbetert de prikkelwerking binnen het systeem. Nadeel is dat sommige cliënten met lage inkomens mogelijk niet in staat zijn de eigen bijdrage te betalen.

### 5.2.3 *Eigen bijdrage per DBC variant*

*Beschrijving:* de huidige eigen bijdrage in de eerstelijns blijft gehandhaafd, in de tweedelijns wordt een procentuele eigen bijdrage van 20% per DBC met een maximum van 1000 euro per jaar ingevoerd.

*Motivatie:* grijpt aan op de knelpunten dat (a) de cliënt in zijn afweging om GGZ-hulp te zoeken nauwelijks financiële overwegingen meeneemt en (b) de cliënt een prikkel heeft om rechtstreeks in de tweedelijns GGZ terecht te komen.

*Financieel effect:* € 280 mln (inclusief verrekening veronderstelde inningskosten van 10% van de opbrengst). Mogelijk valt de opbrengst in de praktijk lager uit aangezien geen rekening is gehouden met cliënten die meerdere DBC's in een jaar ontvangen en daardoor sneller boven de 1000 euro eigen bijdrage grens komen.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012 indien besluitvorming voor 1-4-2011 plaatsvindt. Vergt wijziging van het besluit zorgaanspraken. In dit voorstel vindt inning plaats via de zorgaanbieder, omdat dit helderder is naar de cliënt (geen rekening achteraf, maar gewoon ter plaatse). Dit vereist wel dat de zorgaanbieder een extra administratie voert.

*Voor-/nadelen:* het voorstel verbetert de prikkelwerking binnen het systeem. Nadeel is dat sommige cliënten met lage inkomens mogelijk niet/moeilijk in staat zijn de eigen bijdrage te betalen. Indien per DBC gekeken wordt dan wordt de maximale eigen bijdrage van 1000 euro pas bereikt bij DBC's vanaf 3000 minuten.

#### 5.2.4 *Zelf betalen no-show*

*Beschrijving:* indien een cliënt niet komt opdagen c.q. een afspraak niet op tijd afzegt (zogenaamde no-show), worden de kosten (minuten) die de zorgaanbieder daarvoor maakt niet door verzekeraar vergoed. Aanbieders mogen zelf beslissen of en hoe zij deze kosten verhalen op de cliënt.

*Motivatie:* er is nu geen prikkel voor de aanbieder en de cliënt om no-shows te voorkomen, aangezien no-shows vergoed worden door de zorgverzekeraar.

*Financieel effect:* circa € 40 mln.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012. In dit voorstel wordt de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het innen van de kosten van no-shows bij de cliënt aangezien de verzekeraar ze niet meer vergoed. Vergt wel aanpassingen in de administratie met als gevolg een verzwaring van de administratieve lasten voor de aanbieder. Overigens zijn DBC onderhoud en de Nza momenteel ook in overleg hoe de activiteit 'no show' beter af te bakenen/in te perken zodat in 2011 al stappen gezet kunnen worden. Het is nog onduidelijk hoe dit vorm krijgt.

*Voor-/nadelen:* het voordeel is dat het de prikkel bij de aanbieder en de cliënt vergroot om verspilling van schaarse zorgcapaciteit te reduceren. Nadeel is dat niet durven/willen komen voor een behandeling vaak onderdeel van de GGZ-problematiek is waarvoor een cliënt behandeld moet worden. Indien daar kosten voor worden gerekend kan dit het effect hebben dat de patiënt helemaal van behandeling afziet. Dit is een wezenlijk verschil met de somatische zorg. Risico is de fraudegevoeligheid. Zowel zorgaanbieder als cliënt hebben geen belang bij het melden van de no-show en voor de verzekeraar is het moeilijk te controleren of een cliënt wel is geweest.

#### 5.2.5 *Eigen bijdrage intramurale Zvw-GGZ en AWBZ-GGZ meer in lijn met elkaar.*

*Beschrijving:* invoeren hoge eigen bijdrage intramurale GGZ onder de Zvw zodat deze meer in lijn is met de eigen bijdrage die geldt voor intramurale GGZ onder de AWBZ. Bij de berekening wordt uitgegaan van het invoeren van de lage AWBZ eigen bijdrage voor cliënten die onder de Zvw intramuraal verblijven. Dit houdt in een eigen bijdrage van 134 euro per volledige maand (ook voor hoge inkomens, bij AWBZ is deze overigens wel inkomensafhankelijk en betalen hoge inkomens meer).

*Motivatie:* sluit meer aan op de AWBZ-GGZ. Het kan gezien worden als een vergoeding voor bijvoorbeeld eten.

*Financieel effect:* € 10 mln (bij invoer voor cliënten die langer dan 1 maand intramuraal verblijven) – € 15 mln (bij invoer vanaf 1<sup>e</sup> dag intramurale verblijf). Hierin zijn de veronderstelde inningskosten van 10% van de opbrengst verrekend.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012. Vergt wijziging van het besluit zorgaanspraken.

*Voor-/nadelen:* nadeel is dat voor cliënten met lage inkomens 134 euro extra per maand hoog kan worden geacht in combinatie met andere huisvestingslasten die ze mogelijk nog hebben.

### 5.2.6 Eigen bijdrage varianten die aangrijpen op medicijngebruik

*Beschrijving:* vaste eigen bijdrage per voorschrift voor geneesmiddelen in de GGZ (anti-depressiva en ADHD middelen).

*Motivatie:* de gebruiker wordt zich bewust dat geneesmiddelen niet gratis zijn. De maatregel geldt het hele jaar en houdt zijn remmende werking het hele jaar (in tegenstelling tot het eigen risico als dat is 'volgemaakt'). Dit geldt uiteraard alleen als er geen maximum is.

*Financieel effect:* € 15 mln.

Als wordt uitgegaan van € 2 per voorschrift is de mogelijke besparing (in mln euro's):

Maatregel	2010	2011	2012	2013
Antidepressiva		15	15	15
ADHD		1,4	1,4	1,4

De inschatting van de opbrengst is redelijk hard. Er wordt verondersteld dat de inningskosten 10% van de opbrengst zijn. De uiteindelijke opbrengst hangt wel nog af van de gedragseffecten: ontwijkmogelijkheden voor artsen, apothekers en cliënten (bijvoorbeeld meer geneesmiddelen op één recept zetten en grotere verpakkingen afleveren).

*Uitvoerbaarheid:* per 2012. Het vergt een wijziging van het besluit zorgaanspraken. Wel dient nog onderzocht te worden hoe tot een medisch onderbouwde selectie van geneesmiddelen kan worden gekomen (waarom bij de ene groep geneesmiddelen wel en bij de andere geen eigen bijdragen).

*Voor-/nadelen:* het voorstel brengt extra administratieve lasten met zich mee, vooral bij zorgverzekeraars en apothekers. Een nadeel is ook dat GGZ-patiënten anders behandeld worden v.w.b. medicijngebruik dan patiënten in andere sectoren. Daarnaast houdt deze maatregel geen rekening met comorbiditeit. En nadeel kan zijn dat patiënten vanwege het kostenaspect hun medicijnen minder goed gaan slikken, hetgeen tot verergering van hun problematiek kan leiden (en daarmee hogere zorgkosten).

#### **Nota bene**

Bij bovenstaande eigen bijdrage varianten gelden nog de volgende algemene opmerkingen:

- gegeven de beperkte tijd en gegevens is het niet mogelijk geweest gedragseffecten mee te nemen bij het berekenen van de financiële opbrengsten van de verschillende varianten;
- ook is het niet mogelijk geweest te corrigeren voor het effect dat de opbrengsten van het verplicht eigen risico kunnen afnemen door introductie/verhoging van een eigen bijdrage voor de GGZ;
- bij de opbrengstberekeningen zijn de DBC-categorieën indirecte tijd en crisis niet meegenomen.

### 5.3 Doelmatigheid

In de rapportage van de werkgroep heroverweging curatieve zorg worden naast maatregelen te allen tijde twee scenario's voor de zorginkoop onderscheiden. Deze

scenario's verschillen qua sturing van het zorgstelsel. Scenario A berust grotendeels op overheidssturing via zorgkantoren nieuwe stijl en de stringente budgettering van deze zorgkantoren. Scenario B is vooral gebaseerd op sturing door volledig risicodragende zorgverzekeraars. In dit rapport wordt hierop aangesloten.

### Samenvatting verwachte besparingen maatregelen te allen tijde en beide scenario's

Maatregel	Structurele besparing 2015 (x 1 mln. euro) <sup>b</sup>	
	Scenario A	Scenario B
Stimulering zelfmanagement en e-mental health	60	60
Versterking eerstelijnszorg	90	90
Verbeteren bekostigingsprikkel	c	c
Stimuleren afbouw intramurale capaciteit	Onbekend	Onbekend
Versterking kwaliteit GGZ	30	30
Versterken rol verzekeraars	c	c
Aanpalende domeinen (WMO)	15	15
Scenario A: Stringente budgettering zorgkantoren	170 <sup>a</sup>	-
Scenario B: Afschaffing ex post compensaties	-	220
Totaal	365	415

a Na correctie voor een lager zorgvolume (= € 58 mln).

b De maatregelen zijn berekend in contante waarde 2015, hierbij is gebruik gemaakt van een reële discontovoet van 3%.

c Deze loopt mee bij de financiële effecten van scenario A en B.

Bron: APE, Tentatieve kwantificering doelmatigheidsmaatregelen in de GGZ, 2010.

#### Nota bene

De doorrekening van de maatregelen te allen tijde en de twee scenario's heeft een tentatief karakter en mag dan ook niet meer als een zeer ruwe indicatie van de budgettaire effecten worden gezien. De effecten van ingrijpende systeemwijzigingen op de kosten zijn notoir moeilijk aan te geven. Bovendien zijn niet alle beoogde beleidsmaatregelen even ver uitgewerkt. Dit bemoeilijkt de kwantificering.

Daarnaast blijft de interactie met de pakket maatregelen en eigen bijdrage maatregelen in onderstaande analyses buiten beschouwing. Als deze beleidsmaatregelen tot een verminderd zorggebruik leiden, heeft dit in beginsel tot gevolg dat de hier berekende budgettaire besparingen lager uitpakken.

#### 5.3.1

##### Scenario A

*Beschrijving:* in scenario A kopen regionale zorginkoopkantoren met een vast budget in bij concurrerende zorgaanbieders. De beschikbare zorgbudgetten worden over de zorgkantoren verdeeld op basis van demografische en sociaaleconomische criteria. De zorgverzekering wordt vervangen door een voorzieningenstelsel. Door het voorzieningenstelsel heeft de burger geen afdwingbare zorganspraken. Omdat er geen sprake meer is van concurrerende zorgverzekeraars is een nominale premie niet langer noodzakelijk en zou er voor kunnen worden gekozen de voorziening te financieren uit inkomensafhankelijke belastingen. Het zorgaanbod in dit scenario is

formeel vrij. De bekostiging van GGZ-aanbieders vindt plaats via prestatiebekostiging (DBC), met maximumtarieven en een regionaal budgetplafond.

*Motivatie:* op deze wijze maakt stringente budgettering van de zorgkantoren het in principe mogelijk om - in combinatie met een voorzieningenstelsel - de kosten gedurende een bepaalde periode te beheersen.

*Financieel effect:* de kosten komen in 2018 € 250 mln lager uit dan bij ongewijzigd beleid. De contante waarde van deze besparing bedraagt in 2015 € 230 mln. Deze besparing komt deels voor rekening van het wegwerken van ondoelmatigheden en voor een ander deel door een beperking van het productievolume. De exacte verhoudingen zijn lastig te bepalen. Ruw geschat wordt aangenomen dat een kwart van de besparingen (circa € 60 mln) het gevolg is van een vermindering van de productie. Hiervoor gecorrigeerd is de contante waarde in 2015 € 170 mln. In de opbrengst zijn de effecten van de maatregelen (maatregelen te allen tijde) 'bekostigingsprikkels zorgaanbieders' en 'versterking positie zorginkoper' meegenomen.

*Uitvoerbaarheid:* dit is een majeure wijziging in de sturing van het huidige zorgstelsel. Vervanging van het verzekeringsstelsel door een voorzieningenstelsel en de vervanging van zorgverzekeraars door ZBO's zal veel tijd vergen en gaat gepaard met substantiële transitiekosten.

*Voor- en nadelen:* dit scenario brengt hoge transitiekosten met zich mee. Naar verwachting overtreffen de transitiekosten van dit scenario de besparingen op korte en middellange termijn ruimschoots. Zorgverzekeraars zullen een aanzienlijke compensatie vragen voor het wegvallen hun huidige activiteiten en omzet. De stringente budgettering van de zorgkantoren kan deels een minder snelle ontwikkeling van de productie tot gevolg hebben. Dat laatste betekent dat het risico van wachtlijsten ontstaat (rantsoenering). Dat komt de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg niet ten goede en kan leiden tot een toename van de maatschappelijke ontevredenheid.

### 5.3.2 Scenario B

*Beschrijving:* in scenario B ontwikkelen de huidige zorgverzekeraars zich door tot onderling concurrerende volwaardige en selectieve zorginkopers met alle prikkels die daar bij horen. Ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening van de zorgverzekeraars worden afgeschaft. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden zoveel mogelijk geprikkeld tot doelmatigheid. De regelgeving richt zich op het voorkomen van risicoselectie, op maximale transparantie en op het doelmatig werken van zorgprofessionals (versterken bekostigingsprikkels). Regels voor tarieven, budgetten, capaciteit of onderhandelingsvorm worden in de eindsituatie afgeschaft.

*Motivatie:* dit scenario berust op een versnelde uitvoering van de lopende stelselontwikkeling, inclusief de prestatiebekostiging. Verzekeraars worden gestimuleerd om doelmatig zorg in te kopen.

*Financieel effect:* de kosten van de geneeskundige GGZ komen in 2020 € 260 mln lager uit dan bij ongewijzigd beleid. De contante waarde van deze besparing bedraagt in 2015 € 220 mln. In deze opbrengst zijn de effecten van de maatregelen

(maatregelen te allen tijde) 'bekostigingsprikkels zorgaanbieders' en 'versterking positie zorginkoper' meegenomen.

*Uitvoerbaarheid:* verbetering ex ante vereveningsmodel en afbouw nacalculatie is al in gang gezet, en worden versneld. De macronacalculatie wordt in deze variant uiterlijk in 2015 afgeschaft. Daarnaast vereist dit scenario verbeteringen in de transparantie van de kwaliteit van de zorg en de prikkels (bijvoorbeeld de bekostigingsprikkels voor de zorgaanbieders) in het systeem. Dit zal nog de nodige inspanning vergen.

*Voor- en nadelen:* dit scenario heeft naar verwachting beperktere transitiekosten dan scenario A, omdat het voor een belangrijk deel voortborduurde op lopend beleid. Dit scenario scoort in het algemeen goed op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De verzekeraar heeft een prikkel om efficiënt zorg in te kopen, met name substitutie van intramuraal naar extramuraal en substitutie van tweede- naar eerstelijns zullen worden gestimuleerd. De verzekeraar heeft geen/beperkte prikkels om risico's te selecteren door goede ex ante verevening, acceptatieplicht en collectiviteiten.

### 5.3.3 *Maatregelen te allen tijde*

Welk scenario ook wordt gekozen voor de sturing van het zorgstelsel en het realiseren van besparingen, enkele maatregelen zijn te allen tijde noodzakelijk om daadwerkelijk resultaat te bereiken. Alle onderstaande maatregelen zijn maatregelen die in beide scenario's de doelmatigheid van de GGZ zullen bevorderen, alleen de specifieke invulling kan per scenario verschillen.

#### 5.3.3.1 Cliënt: Stimuleren zelfmanagement cliënt

Doel van deze maatregelen is de weerbaarheid van de cliënt te vergroten, waardoor hij minder snel een beroep op GGZ hoeft te doen. Daarnaast is de opzet dat de cliënt in die gevallen waarin hij redelijkerwijs geacht wordt zelf zijn problemen de baas te kunnen, geen beroep meer doet op GGZ. Hierin kan hij ook worden gestimuleerd door eigen bijdragen (zie aldaar).

### **A. Onderzoeken mogelijkheden voor verder activeren van de zelfredzaamheid van cliënten**

*Beschrijving:* VWS onderzoekt de mogelijkheden voor het verder activeren van de zelfredzaamheid van cliënten. Hierbij dient ook de rol van de gemeenten in het kader van de Wmo te worden benut. Dit sluit aan bij het beleid gericht op 'welzijn nieuwe stijl' dat thans in ontwikkeling is (zie voor de rol van de gemeenten ook maatregel 5.3.3.7 B).

*Motivatie:* in de huidige samenleving staan mensen meer dan vroeger onder druk en zijn ze kwetsbaarder door het wegvallen van traditionele steunsystemen. De zelfredzaamheid van cliënten staat daardoor onder druk. Het ministerie van VWS dient de mogelijkheden te onderzoeken hoe het vergroten van zelfredzaamheid in Nederland kan worden gerealiseerd. Hierbij dienen ook de mogelijkheden van E-mental health te worden betrokken. De rol die gemeenten nu al hebben in het kader van de Wmo dient hierbij ook te worden benut. En als laatste dient ook gekeken te worden naar ervaringen in het buitenland.

*Financieel effect:* leidt pas op langere termijn tot besparingen. De hoogte van de besparingen is afhankelijk van de precieze invulling. Daarnaast is dit een noodzakelijke voorwaarde om reductie van zorgaanspraken te faciliteren.

*Uitvoerbaarheid:* 2011.

*Voor- en nadelen:* voordeel van deze maatregel is dat een, op basis van deze mogelijkheden, versterkte zelfredzaamheid van de cliënt de druk op de GGZ voorzieningen doet afnemen. Voor de cliënt is het een voordeel dat hij minder hinder van psychische problemen zal ondervinden omdat hij weerbaarder is.

## **B. E-mental health bevorderen**

*Beschrijving:*

- samen met verzekeraars en cliëntenorganisaties bevorderen dat waar efficiënt effectieve (anonieme) E-mental health ter voorkoming van zorg (preventie) wordt gefinancierd. Zonodig dienen hiertoe de bestaande bekostigingsregels te worden aangepast;
- mogelijk maken van E-mental health in de eerstelijnszorg door aanpassing van bekostigingsregels (bekostiging niet anonieme E-mental health is al mogelijk in de tweedelijns).

*Motivatie:* E-mental health kan een belangrijke bijdrage leveren aan kosteneffectieve zorg. De financiering van deze vorm van E-mental health is nog een probleem, omdat individuele verzekeraars moeten investeren en de verzekeraars collectief daarvan de vruchten plukken (prisoners dilemma). Het voorstel beoogt de bestaande drempels voor E-mental health weg te nemen.

*Financieel effect:* dit levert een budgettaire besparing op van € 70 mln in 2020. De contante waarde hiervan in 2015 bedraagt € 60 mln.

*Uitvoerbaarheid:* deze maatregelen zijn goed uitvoerbaar. Dit geldt in minder mate voor anonieme E-mental health. Er zijn nog dit jaar afspraken met verzekeraars en cliëntenorganisaties te maken. De overige voorstellen (regelaanpassing) zijn uitvoerbaar per 2012.

*Voor- en nadelen:* voordeel is dat de cliënt door een grotere zelfredzaamheid minder een beroep op zorg moet doen. Ook kan eerder in het ziekteproces worden behandeld met meer preventieve werking en damage-control tot gevolg. Voordeel van E-mental health is dat het vaak even effectief is als reguliere GGZ, maar een stuk goedkoper. De kans is wel aanwezig dat een deel van de latente vraag wordt geactiveerd (drempel voor mensen om hulp te zoeken wordt verlaagd) wat extra kosten met zich meebrengt.

### **5.3.3.2**

**Zorgaanbieders: Versterking eerstelijnszorg**

Uit de analyse blijkt dat in de tweedelijns GGZ wordt geleverd die ook in de goedkopere eerstelijns kan worden geleverd. Via verschillende maatregelen wordt stepped care gestimuleerd (minder (snel) naar de tweedelijns) en zal meer zorg in de eerstelijns plaatsvinden. Dit vraagt een versterking van de eerstelijns. Er werken in de eerstelijnszorg verschillende zorgaanbieders die GGZ leveren; huisarts, POH-GGZ, eerstelijnspsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en maatschappelijk werk.



#### A. Invoering nieuwe prestatie integrale generalistische GGZ in de eerstelijns

*Beschrijving:* de huisarts, de eerstelijnspsycholoog of een samenwerkingsverband krijgt van de verzekeraar een budget toegekend waarmee hij zelf eerstelijns GGZ kan leveren of kan inkopen. Onder de prestatie valt de probleemverheldering, diagnose, bevorderen zelfredzaamheid, medicijnen, behandeling en nazorg (ook uit de tweedelijns). Het budget wordt gefinancierd door gelden die nu in de eerste- en tweedelijns GGZ omgaan.

*Motivatie:* invoering van een prestatie integrale generalistische GGZ zal de samenwerking in de eerstelijns versterken en de doelmatigheid verbeteren.

*Financieel effect:* dit resulteert in een besparing van € 105 mln in 2020. De contante waarde hiervan in 2015 bedraagt € 90 mln.

*Uitvoerbaarheid:* invoering op z'n vroegst per 2012. De prestatie moet nog goed worden omschreven (taak NZa). Ook vergt de uitwerking van de financiering (budget voor populatie) en de prestatie-indicatoren veel tijd.

*Voor- en nadelen:* Substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg. Prikkel om meest doelmatige zorg te leveren omdat financiering tevens plaatsvindt op basis van prestatie-indicatoren. Dit zal stimuleren dat er meer aandacht komt voor de zelfredzaamheid van de cliënt, meer gebruik van E-mental health en het goed toepassen van de richtlijnen.

#### B. Alle aanbieders van eerstelijns psychologische zorg dienen BIG geregistreerd te zijn

*Beschrijving:* de BIG beroepsstructuur dusdanig aanpassen dat alle aanbieders van eerstelijns psychologische zorg BIG geregistreerd zijn.

*Motivatie:* de eisen om eerstelijns GGZ aan te bieden zijn momenteel beperkt waardoor de kwaliteit en herkenbaarheid van de aanbieders niet altijd is gewaarborgd.

*Financieel effect:* deze maatregel is vooral flankerend en leidt op korte termijn niet tot betekenisvolle kostenbesparingen. Op lange termijn zijn wellicht enige besparingen mogelijk als de hogere kwaliteit de effectiviteit van de behandelingen vergroot.

*Uitvoerbaarheid:* per 2013. Vereist aanpassing van de wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG). Nader verkend zal moeten worden (met veldpartijen) op welke wijze een en ander het best vorm kan krijgen.

*Voor- en nadelen:* de kwaliteit van de aanbieders is beter gewaarborgd en de herkenbaarheid van de eerstelijns in de GGZ neemt toe. Nadeel is dat beperking van het aanbod kan leiden tot een kostenstijging.

#### 5.3.3.3 Zorgaanbieders: Verbeteren bekostigingsprikkels

*Financieel effect:* voor onderstaande maatregelen ter verbetering van de bekostigingsprikkels bij zorgaanbieders is het financieel effect niet per maatregel in beeld gebracht. De effecten lopen mee in scenario A en scenario B.

A. Werken aan een transparante DBC-systematiek die aanbieders beloont voor geleverde prestaties

*Beschrijving:* het doorontwikkelen van een transparante DBC-systematiek die aanbieders beter beloont voor geleverde prestaties. Deze systematiek dient niet zozeer aan te sluiten op de verrichte activiteiten en daarop gebaseerde minuten geleverde zorg (input van zorgproces), als wel op de met deze inzet bereikte prestaties in termen van gezondheidswinst (output van het zorgproces).

*Motivatie:* de huidige DBC-systematiek geeft een onvolledig beeld van de effectiviteit van de geleverde zorg en prikkelt niet om zo doelmatig en kort mogelijk te behandelen. Een systematiek die aanbieders beloont voor prestaties stelt aanbieders en verzekeraars ook beter in staat om effectief te onderhandelen en stimuleert innovatie en kwaliteit.

*Uitvoerbaarheid:* invoering van deze systematiek zal niet voor 2018 haalbaar zijn. Deze systematiek stelt stevige eisen aan de transparantie van de zorg en aan de instrumenten om de outcome van het zorgproces te meten. De ontwikkeling van deze DBC's vergt de nodige tijd en inspanning. Op zich is dit niet erg, omdat een snelle vervanging van het bestaande systeem voor alle betrokken erg lastig zal zijn.

*Voor-/nadelen:* voordeel is dat deze systematiek innovatie en kwaliteit stimuleert. Nadeel is dat de systematiek hoge eisen stelt aan transparantie en outcome meting. Naast de ontwikkeling zal ook de invoering een stevige inspanning eisen van alle betrokken actoren.

B. Afbakening tijdsregistratie

*Beschrijving:* hierbij worden in de huidige DBC-systematiek de DBC's van de meest voorkomende diagnoses ingedeeld in zwaarteklassen (licht, middel, zwaar) en worden grenzen gesteld aan het maximaal aantal minuten per behandeling dat afhankelijk is van de zwaarteklasse. De grenzen die worden gesteld moeten aansluiten bij landelijk vastgestelde protocollen of (multidisciplinaire) richtlijnen (nog niet alle multidisciplinaire richtlijnen laten zich op dit moment uit over het gemiddeld aantal behandelingen).

*Motivatie:* stimuleert zorgaanbieders efficiënt te werken.

*Uitvoerbaarheid:* op z'n vroegst 1-1-2012. Ook afhankelijk van in hoeverre protocollen/richtlijnen snel beschikbaar zijn.

*Voor-/nadelen:* voordeel is dat aanbieders worden gestimuleerd te werken volgens de richtlijnen en protocollen. Tevens wordt daardoor de mogelijkheid tot upcoding beperkt. Er zal daarnaast toezicht moeten zijn op de classificatie van cliënten.

C. Verbeteren productstructuur verblijf

*Beschrijving:* heldere objectieve patiëntcriteria koppelen aan de zwaarteklassen van de productstructuur verblijf. In de huidige DBC-systematiek voor de GGZ zijn er 5 categorieën voor de intensiteit van de verblijfsgroepen met overnachting. Er is momenteel echter geen landelijke uniformiteit over de intensiteit per categorie. Dit betekent dat vormen van verblijf met sterk uiteenlopende kosten binnen een en dezelfde categorie kunnen worden geregistreerd.

*Motivatie:* grijpt aan op het knelpunt dat de NZa in zijn uitvoeringstoets heeft geconstateerd dat de huidige productstructuur voor verblijf verzekeraars niet in staat stelt goed te kunnen inkopen. De aanbieder stelt zelf vast in welke klasse verblijf valt (licht-middel-zwaar categorieën) zonder dat de verzekeraar dit kan controleren.

*Uitvoerbaarheid:* per 1-1-2012.

*Voor-/nadelen:* voordeel is dat de geleverde zorg transparanter wordt en de beloning van aanbieders beter gekoppeld aan de geleverde prestaties. Hierdoor wordt de verzekeraar beter in staat gesteld zijn rol te spelen.

D. Invoeren prestatiebekostiging (en schaf overgangsregime Zvw af)

*Beschrijving:* voor een effectieve prikkel van de aanbieder is het wenselijk dat alleen op prestaties (voor de Zvw dus op basis van DBC's) wordt bekostigd.

*Motivatie:* in de huidige situatie hebben instellingen van voor 1-1-2008 te maken met verschillende systemen. Dat is administratief belastend en geeft gebrekkige prikkels.

*Uitvoerbaarheid:* per 1-1-2012 (mits dan ook aan randvoorwaarden om financiële risico's te beperken is voldaan).

*Voor-/nadelen:* prestatiebekostiging brengt volume-risico's (lees financiële risico's) met zich mee. Deze maatregel kan worden ingevoerd indien aan een aantal randvoorwaarden is voldaan om de financiële risico's te beperken (o.a. meer risicodragendheid verzekeraars en betere transparantie van kwaliteit). Risico op afwenteling vanuit AWBZ op Zvw indien in de AWBZ geen prestatiebekostiging wordt ingevoerd.

E. Indirecte tijd als standaard opslag in de DBC-tarieven meenemen

*Beschrijving:* het is nu toegestaan om (onbeperkt) indirecte tijd op DBC's te schrijven. Het voorstel is deze tijd te normeren en als standaard opslag in de DBC-tarieven mee te nemen.

*Motivatie:* er bestaat nu geen inzicht in de effectiviteit en in de daadwerkelijke levering van de indirecte tijd die op DBC's mag worden geschreven. Omdat het bij veel DBC's nodig zal zijn om "niet-face-to-face-tijd" in een cliënt te steken, is het afschaffen van de indirecte tijd geen optie. Echter door deze tijd te normeren wordt de perverse prikkel weggenomen en de efficiency gestimuleerd.

*Uitvoerbaarheid:* op z'n vroegst 2012.

*Voor-/nadelen:* nadeel is dat de flexibiliteit van de bestaande bekostigingssystematiek afneemt (overigens vervalt dit nadeel als op lange termijn de markt wordt vrijgegeven) en de kostenconformiteit voor zwaardere cliënten onder druk kan komen te staan.

#### F. Stellen minimale tijdsgrens aan onderscheidende activiteit

*Beschrijving:* het vaststellen van een minimale tijdsgrens voor de onderscheidende activiteit waarop vervolgens bepaald wordt of een DBC wordt afgeleid naar variant 1 of 2 (lagere of hogere tarief).

*Motivatie:* in de huidige systematiek is een beperkte tijdsbesteding (bijvoorbeeld 5 minuten) aan de onderscheidende activiteit al voldoende om de duurdere DBC te declareren. Dit is een prikkel tot upcoding die met het voorstel wordt verminderd.

*Uitvoerbaarheid:* op zijn vroegst per 2011.

*Voor-/nadelen:* voordeel is dat de DBC-systematiek minder kwetsbaar wordt voor upcoding.

#### G. Aanscherpen regels voortijdig afsluiten DBC

*Beschrijving:* conform somatiek in de DBC-spelregels opnemen dat wanneer een cliënt binnen 3 maanden zich opnieuw aanmeldt voor dezelfde primaire diagnose na afsluiten van de voorgaande DBC, deze DBC heropend moet worden in plaats van het openen van een nieuwe (vervolg-) DBC. Dat laatste is een vorm van upcoding.

*Motivatie:* vermindert de prikkel voor de zorgaanbieder om een DBC vroegtijdig af te sluiten op financiële gronden.

*Uitvoerbaarheid:* op zijn vroegst per 2011.

*Voor-/nadelen:* voordeel is aansluiting bij de somatiek en het verminderen van een perverse prikkel in het bestaande systeem.

#### H. Voor lichte aandoeningen is alleen eerstelijnsbekostiging mogelijk

*Beschrijving:* daar waar de huisarts verwijst naar de tweedelijns voor eerstelijnszorg krijgt de tweedelijns alleen nog maar een eerstelijnsstarief.

*Motivatie:* de bestaande bekostiging geeft aanbieders een prikkel om zorg vooral in de tweedelijns aan te bieden, ook als de eerstelijns daarvoor geschikt zou zijn. Voor de lange termijn zal de markt dit naar verwachting terugdringen. Voor de korte termijn valt dit niet valt te verwachten, daarvoor wordt dit voorstel gedaan.

*Uitvoerbaarheid:* per 2011. Vereist wel dat de huisarts in het vervolg expliciet op de verwijsbrief schrijft of gespecialiseerde tweedelijnszorg nodig is (anders geldt het eerstelijnsstarief).

#### 5.3.3.4 Zorgaanbieders: Stimuleren afbouw intramurale capaciteit

Er is een grote intramurale capaciteit in Nederland. Zowel vanuit kostenperspectief als vanuit het perspectief van de optimale behandeling is deze capaciteit ongewenst. Deze capaciteit wordt gecreëerd en in stand gehouden door het bestaande bekostigingssysteem. Doel van deze maatregelen is om in de eerste plaats de bestaande perverse prikkels die de intramurale capaciteit stimuleren te schrappen. Wanneer deze prikkels (op korte termijn) onvoldoende soelaas bieden, kan de capaciteit worden teruggedrongen door centrale regulering.

#### A. Verbeteren prikkels in Zvw en AWBZ

*Beschrijving:* introductie van integrale tarieven in de Zvw en de AWBZ, afschaffing van de nacalculatie op de kapitaalslasten, afschaffen van de contracteerplicht in de AWBZ en in de AWBZ niet langer aparte middelen voor nieuwe capaciteit reserveren. Voor de Zvw komt dit voorstel neer op het afschaffen van het overgangsregime (zie voorstel 5.3.3.3 D) en de introductie van integrale tarieven.

*Motivatie:* bezettingsverliezen op intramurale GGZ in Zvw en AWBZ komen nu voor rekening van de respectievelijke fondsen. Daardoor zijn de kapitaalslasten van de intramurale capaciteit risicovrij voor de aanbieder. In de Zvw remt dit de extramuralisering, omdat zorgverzekeraars en aanbieders beide een prikkel hebben om iemand intramuraal op te nemen en te houden. In de AWBZ hebben aanbieders door contracteerplicht en nacalculatie zelfs een ongewenste prikkel om capaciteit uit te breiden. Het zorgkantoor heeft namelijk geen instrument om nieuwe capaciteitsaanvragen af te wijzen. Daarbij heeft een zorgkantoor daartoe ook geen prikkel aangezien zij hiervoor extra middelen van het Rijk krijgen. Het is daarom beter om zowel in de Zvw als in de AWBZ het exploitatierisico bij de aanbieder neer te leggen.

*Financieel effect:* dit zal op termijn leiden tot een vermindering van de intramurale capaciteit in de AWBZ en een vergroting van de doelmatigheid. Dit heeft in beginsel geen budgettaire consequenties voor de curatieve zorg.

*Uitvoerbaarheid:* in de AWBZ wordt al gewerkt aan integrale tarieven en deze kunnen op z'n vroegst per 2011 worden ingevoerd. De overige maatregelen kunnen per 2012 worden ingevoerd.

*Voor-/nadelen:* nadeel is dat de instelling wordt gestimuleerd om in de bestaande bedden cliënten langer dan strikt noodzakelijk intramuraal te houden (en zo bezettingsverliezen te voorkomen). De verzekeraar kan hieraan wel tegenwicht bieden.

#### B. Norm stellen voor intramurale capaciteit

*Beschrijving:* het stellen van een norm voor het maximum aantal toegestane bedden per regio of inwoner en het aanscherpen van de toelating op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Nieuwe toelatingen worden dan niet verstrekt voorzover deze normen zijn of worden overschreden.

*Motivatie:* zowel vanuit kostenperspectief als vanuit het perspectief van de optimale behandeling is een grote intramurale capaciteit ongewenst. Wanneer deze capaciteit door prikkels niet kan worden teruggedrongen, kan dat gebeuren door haar te normeren. Er wordt niet gekozen voor een gedwongen afbouw van de bestaande capaciteit in verband met de hiermee samenhangende uitvoeringsproblemen. Wel is het mogelijk om bestaande boventallige capaciteit op basis van afspraken vrijwillig te extramuraliseren.

*Financieel effect:* onbekend. Naar verwachting slaan de opbrengsten van deze maatregel met name in de AWBZ neer.

*Uitvoerbaarheid:* per 2012, vergt wetswijziging. Door te kiezen voor het bevriezen van de bestaande capaciteit en het geleidelijk vrijwillig extramuraliseren is deze maatregel goed uitvoerbaar. Het gedwongen afbouwen van de bestaande capaciteit brengt wetswijziging en uitvoeringskosten (transitiekosten) met zich mee.

*Voor- en nadelen:* nadeel is dat dit marktwerking verlamt door het creëren van kunstmatige schaarste en bestaande instellingen in een voorrangspositie plaatst door toetreding van concurrenten moeilijk te maken.

#### 5.3.3.5 Zorgaanbieders: Versterken kwaliteit GGZ

De cliënt en de verzekeraar kunnen alleen hun rol in het systeem spelen wanneer het aanbod voldoende transparant is. Hoewel in de GGZ voor veel aandoeningen multidisciplinaire richtlijnen zijn ontwikkeld, is het naleven van bestaande richtlijnen geen gemeengoed in de GGZ. Hierdoor wordt mogelijk minder effectieve zorg geleverd. Doel van deze maatregelen is om de transparantie en de kwaliteit te bevorderen, zodat het systeem beter kan werken.

##### A. Bevorderen gebruik richtlijnen

*Beschrijving:* er zijn drie stappen: ten eerste de ontwikkeling van richtlijnen (ook voor co-morbiditeit). Vervolgens de implementatie van de richtlijnen en tot slot controle op het gebruik. Er zal een landelijk orgaan moeten zijn om de eerste twee taken op te pakken. Dit landelijk orgaan zal (delen van) de regieraad, zichtbare zorg, DBC-onderhoud bundelen en stuurt op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Het toezicht en de handhaving liggen bij de IGZ. Deze taken krijgen een wettelijke basis.

*Motivatie:* aan de ontwikkeling van richtlijnen is al veel gebeurd, echter aan de implementatie in de praktijk valt nog veel te verbeteren.

*Financieel effect:* dit leidt tot een structurele besparing van circa € 30 mln in 2015. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de nu al voor handen zijnde richtlijnen vanaf 2012 gebruikt worden door de zorgaanbieders.

*Uitvoerbaarheid:* het regieorgaan is al opgericht en zal moeten worden uitgebreid om ook de implementatie van richtlijnen te bevorderen.

*Voor- en nadelen:* er komt meer inzicht in de kwaliteit. Hierdoor kan de cliënt kiezen voor de beste zorg, de verzekeraar kan beter inkopen en de zorgaanbieder kan d.m.v. benchmark inzicht krijgen in zijn eigen kwaliteit. Hierdoor wordt de levering van effectieve zorg gestimuleerd. Nadelen zijn de toename van administratieve lasten en de kosten voor een landelijk richtlijnen orgaan.

##### B. Prestatie-indicatoren GGZ verbeteren en invoering van een landelijk uniforme ROM (routine outcome measurement)

*Beschrijving:* prestatie-indicatoren in de GGZ verbeteren door indien mogelijk indicatoren te ontwikkelen op diagnosesniveau in plaats van instellingsniveau en een set te maken die door alle partijen in het veld gebruikt kan worden (dus geen aparte subsets zoals nu het geval is). Verder zal VWS in overleg gaan met partijen over de mogelijkheid van een landelijk uniforme invoering van ROM en een dergelijke systematiek zo nodig voorschrijven.

*Motivatie:* de prestatie-indicatoren in de GGZ zijn door hun vormgeving momenteel nog onvoldoende geschikt om aan de volledige informatievraag van cliënten en verzekeraars te voldoen.

*Financieel effect:* voor deze maatregel is het financieel effect niet apart in beeld gebracht. Dit loopt mee bij scenario A en B.

*Uitvoerbaarheid:* de prestatie-indicatoren zijn in ontwikkeling, de verantwoordelijkheid ligt bij Zichtbare Zorg. VWS zal Zichtbare Zorg opdracht geven om de prestatie-indicatoren op bovenstaande punten aan te passen. Het gebruik van ROM wordt nu besproken in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Waar nodig kan VWS faciliteren.

*Voor- en nadelen:* door een landelijk uniforme meting van outcome wordt het beter mogelijk om aanbieders te belonen voor de daadwerkelijk geleverde prestatie. Dat maakt ook de gewenste aanpassing aan de bekostiging (zie elders) beter mogelijk.

#### 5.3.3.6 Verzekeraars: Versterken rol verzekeraars

A. Bevorderen van de kennis bij verzekeraars van de GGZ, waar nodig barrières wegnemen

*Beschrijving:* met verzekeraars in overleg waar nog barrières zijn voor doelmatige zorginkoop. Verzekeraars krijgen binnen de grenzen van de privacywetgeving toegang tot voor het uitvoeren van hun rol relevante DBC-InformatieSysteem (DIS) gegevens (bv toegang tot de zorgprofielen op instellingsniveau).

*Motivatie:* verzekeraars kunnen in het huidige systeem niet goed beoordelen of het gerechtvaardigd is dat een zorgaanbieder qua behandeling (bijvoorbeeld gemiddeld aantal minuten voor depressie-behandeling) afwijkt van andere zorgaanbieders. Verzekeraars hebben wel een kenniscentrum opgezet. Goede data voor analyse zijn, mede doordat DBC's nog niet goed en volledig worden aangeleverd, echter nog onvoldoende aanwezig

*Financieel effect:* voor deze maatregel is het financieel effect niet apart in beeld gebracht. De effecten lopen mee in scenario A en scenario B.

*Uitvoerbaarheid:* per 2011.

*Voor- en nadelen:* deskundige verzekeraars zijn beter toegerust voor de zorginkoop.

B. Verzekeraars: Werkelijk bestede tijd naar verzekeraar

*Beschrijving:* de verzekeraar krijgt inzicht in de werkelijk bestede tijd die een behandelaar heeft besteed aan een cliënt door de werkelijk bestede tijd ook bij de DBC te registreren.

*Motivatie:* door de huidige vormgeving van de DBC-productstructuur hebben aanbieders een prikkel om door te behandelen tot over de volgende DBC-grens (upcoding). Als een cliënt van de ene naar de andere DBC-categorie gaat, krijgt de aanbieder een hogere vergoeding. Dit voorstel geeft zorgverzekeraars beter inzicht

in hoeverre dit bij een bepaalde aanbieder voorkomt en vergroot daardoor hun sturingsmogelijkheden. Hierdoor wordt deze vorm van upcoding tegengegaan.

*Financieel effect:* voor deze maatregel is het financieel effect niet apart in beeld gebracht. De effecten lopen mee in scenario A en scenario B.

*Uitvoerbaarheid:* per 2011.

*Voor-/nadelen:* voordeel is dat upcoding wordt tegengegaan. Geen extra administratieve lasten omdat aanbieders nu al de verstrekte minuten moeten registreren. Nadeel is mogelijk privacyaspect (vermelden van het aantal minuten op de declaratie).

#### 5.3.3.7

Aanpalende domeinen: Betere afstemming met aanpalende domeinen  
De GGZ is een sector met vele verbindingen naar andere zorgsectoren vanwege de overlap en samengaan met andere ziekten maar ook naar andere maatschappelijke velden zoals veiligheid, onderwijs, arbeid en wonen. Daardoor ontstaan grensproblemen en mogelijkheden tot afwenteling.

A. De jaargrens voor overgang van Zvw naar AWBZ bij intramurale zorg gaat van 1 naar 3 jaar

*Beschrijving:* in tegenstelling tot nu komen geneeskundige intramurale cliënten straks na 3 jaar in plaats van 1 jaar in de AWBZ terecht. Hiermee komt naar schatting circa 80% van de intramurale cliënten in de Zvw terecht.

*Motivatie:* bij de overgang van Zvw naar AWBZ is de grens op 1 jaar gezet, gelijk aan de ziekenhuizen. Echter de gemiddelde behandelduur voor de GGZ is veel langer dan in ziekenhuizen. Wanneer een cliënt doorstroomt naar de AWBZ, komt hij niet langer ten laste van de verzekeraar. Verzekeraars hebben geen prikkel om bij deze cliënten de verblijfsduur te beperken (als deze wordt beperkt valt de besparing in de AWBZ terwijl er meer kosten in de Zvw zijn vanwege de extramurale behandeling). Door deze grens te verlengen krijgen verzekeraars deze prikkel wel.

*Financieel effect:* op de AWBZ worden financiële besparingen behaald en in de Zvw zullen de kosten iets stijgen. Per saldo zal een verhoging van de grens van de verblijfsduur naar verwachting leiden tot een beperkte daling van de totale GGZ-kosten (AWBZ en Zvw samen) de verkorting van de intramurale verblijfsduur.

*Uitvoerbaarheid:* op zijn vroegst per 2015. Het optrekken van de jaargrens betekent een verdere overheveling van GGZ van AWBZ naar Zvw. Dit vergt een wetswijziging. Daarnaast is aanvulling van de ex ante risicoverevening noodzakelijk. Voor de kosten van deze overheveling zullen de verzekeraars geleidelijk steeds meer risico gaan lopen.

*Voor- en nadelen:* minder afwenteling op de AWBZ en verkorting van het intramurale verblijf.

B. Afspraken maken met gemeenten om de GGZ onder de WMO op te pakken op het terrein van o.a. de OGGZ en de dagbesteding

*Beschrijving:* gemeenten zijn verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning en participatie van mensen met psychische problemen. Voor dit laatste zijn



middelen overgeheveld van de AWBZ naar het gemeentefonds. Deze middelen zijn niet geormerkt. Goed gemeentelijk beleid kan veel GGZ problematiek voorkomen. Er ligt hier een gezamenlijk belang van gemeenten, Rijk en verzekeraars, maar partijen moeten elkaar wel vinden in een gemeenschappelijke aanpak. De afspraken zijn erop gericht deze aanpak door samenwerking te realiseren (zie voor de zelfredzaamheid van de cliënt ook maatregel 5.3.3.1 A).

*Motivatie:* gemeenten zijn bij uitstek in staat op lokaal niveau een samenhangende (preventieve) aanpak vorm te geven.

*Financieel effect:* op basis van een ruwe schatting kan hiermee in 2015 structureel € 15 mln worden bespaard.

*Uitvoerbaarheid:* per 2011. Afhankelijk van in hoeverre gemeenten bereid zijn hierover afspraken te maken. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de besteding van de middelen uit het gemeentefonds.

*Voor- en nadelen:* Minder afwenteling.

C. Meer samenhang sociale zekerheid en GGZ om meer mensen aan het werk te helpen

*Beschrijving:* meer afstemming tussen curatieve zorg en bedrijfsartsen om zo psychische problemen als gevolg van werk te voorkomen dan wel vroegtijdig te onderkennen. En bij de behandeling rekening houden met het feit dat arbeid een onderdeel is van de behandeling.

Een stap verder gaat het verantwoordelijk maken van werkgevers voor de arbeidsgerelateerde curatieve zorg. Door de kosten van verzuim en herstel in één hand te leggen, wordt het eenvoudiger deze op elkaar af te stemmen. Dit kan ook via een constructie waarbij zorg- en verzuimverzekeraars samenwerken en een insteek waarbij zorgverzekeraars ook een belang krijgen bij de preventie van uitval uit arbeid.

*Motivatie:* door een betere re-integratie komen meer mensen met psychische problemen aan het werk. En inzet op preventie van uitval uit arbeid door psychische problemen, kan leiden tot een kortere behandelperiode voor cliënten (werken is ook gezond).

*Financieel effect:* de opbrengst van deze maatregel treedt op bij de werkgever en binnen de sociale zekerheid. Voor de zorg levert deze maatregel geen majeure besparingen op.

*Uitvoerbaarheid:* de uitvoerbaarheid is een traject van lange adem en zal samen met SZW en andere stakeholders (verzekeraars, artsengroepen) moeten worden opgepakt.

*Voor- en nadelen:* werk is een onderdeel is van het re-integratie proces. Door beide onderdelen af te stemmen, kan de synergie beter worden benut (door integratie met arbeid wordt het herstel bespoedigd, daardoor worden verzuimkosten gedrukt). Nadeel is dat werkgevers via het werkgeversdeel al een deel van de curatieve zorg betalen en niet dubbelop willen betalen. Nadeel van een constructie waarbij zorg- en verzuimverzekeraars samenwerken is dat hierbij de privacywetgeving belemmerend kan zijn.



## Bijlage 1 Werkgroepleden

### *Voorzitter*

L.J.S. Wever

Ministerie van VWS

### *Leden*

K. Kuipers

Ministerie van VWS

C.E. Mur

J&G

D. Schiet

Ministerie van SZW

F. W. Vijselaar

Ministerie van Financiën

J. W. van den Berg

Ministerie van Financiën

W.P.H. Brunenberg

Ministerie van VWS

E.C.M. van Campen (adviserend lid)

Sociaal en Cultureel Planbureau

P.W.C. Koning (adviserend lid)

Centraal Planbureau

R.C.M.H. Douven (adviserend lid)

Centraal Planbureau

### *Secretariaat*

K.T.P. Janssen

Ministerie van Financiën

P. Boone

Ministerie van VWS

M.A. Germing

Ministerie van VWS



## Bijlage 2 Totaaloverzicht maatregelen en opbrengsten

Nummering in rapport	(bedrag x € mln)	2012	2013	2014	2015	Structureel *
	<b>1. Maatregelen te allen tijde</b>				<b>195</b>	<b>195</b>
5.3.3.1	Stimulering zelfmanagement cliënt				60	60
5.3.3.2	Versterking eerstelijnszorg				90	90
5.3.3.3	Verbetering bekostigingsprikkels				**	**
5.3.3.4	Stimuleren afbouw intramurale capaciteit				onbekend	onbekend
5.3.3.5	Versterken kwaliteit GGZ				30	30
5.3.3.6	Versterken rol verzekeraars				**	**
5.3.3.7	Aanpalende domeinen (Wmo)				15	15
	<b>2. Bron 1: sturing van het stelsel</b>					
5.3.1	Scenario A: budgettering zorginkoopkantoren				170	170
5.3.2	Scenario B: risicodragende zorgverzekeraars				220	220
	vv volledig risicodragende verzekeraars					
	<b>3. Bron 2: eigen betalingen</b>					
5.2.1	Drie-drempel variant a	150	150	150	150	150
	Drie-drempel variant b	180	180	180	180	180
5.2.2	Trapsgewijze variant	220	220	220	220	220
5.2.3	Eigen bijdrage per DBC	280	280	280	280	280
5.2.4	Zelf betalen no-show	40	40	40	40	40
5.2.5	Eigen bijdrage verblijf	10	10	10	10	10
5.2.6	Eigen bijdrage medicijnen	15	15	15	15	15
	<b>4. Bron 3: pakketmaatregelen</b>					
5.1.1	Lichte problemen uit het pakket		150	150	150	150
	Lichte problemen alleen in eerstelijns GGZ		100	100	100	100
5.1.2	Zorg zonder DSM-IV classificatie uit pakket		20	20	20	20
	Diagnose DSM-IV aanpassingsstoornis uit pakket		95	95	95	95

\* = alle besparingen zijn naar 2015 verdisconteerd. \*\* = loopt mee met de besparingen in bron 1.

### Nota bene

- Bij de berekening van de opbrengsten van de verschillende maatregelen is geen rekening gehouden met eventuele overlap. Dit betekent dat de opbrengsten niet zondermeer opgeteld kunnen worden. Bijvoorbeeld, ingrijpen in het pakket leidt ook tot lagere opbrengsten van de eigen bijdragen.
- In de berekeningen zijn geen gedragseffecten meegenomen. Daarnaast is bij de berekening van de opbrengsten van pakket en eigen betalingen geen rekening gehouden met toekomstige groei van de GGZ.
- Gegeven de beperkt beschikbare tijd en gegevens zijn niet alle doorrekeningen even hard. Dit geldt voor de doorrekening van de pakketmaatregelen die voor een groot deel gebaseerd zijn op beperkte data van 1997. En dit geldt in nog sterkere mate voor de doelmatigheidsopbrengsten. Deze zijn sterk tentatief en kunnen als niet meer gezien worden dan ruwe indicaties.



## Bijlage 3: In opdracht van de werkgroep verricht onderzoek

In opdracht van de werkgroep zijn er drie onderzoeken verricht. Het betreft:

1. Nivel, Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses, 2010.
2. Trimbos, Overzicht Geestelijke Gezondheidszorg, 2010.
3. APE, Tentatieve kwantificering doelmatigheidsmaatregelen in de GGZ, 2010.

Deze rapporten zijn op te vragen bij:

**Inspectie der Rijksfinanciën**

Bureau beleidsonderzoek

T 070 – 342 73 35

e-mailadres BBO@minfin.nl