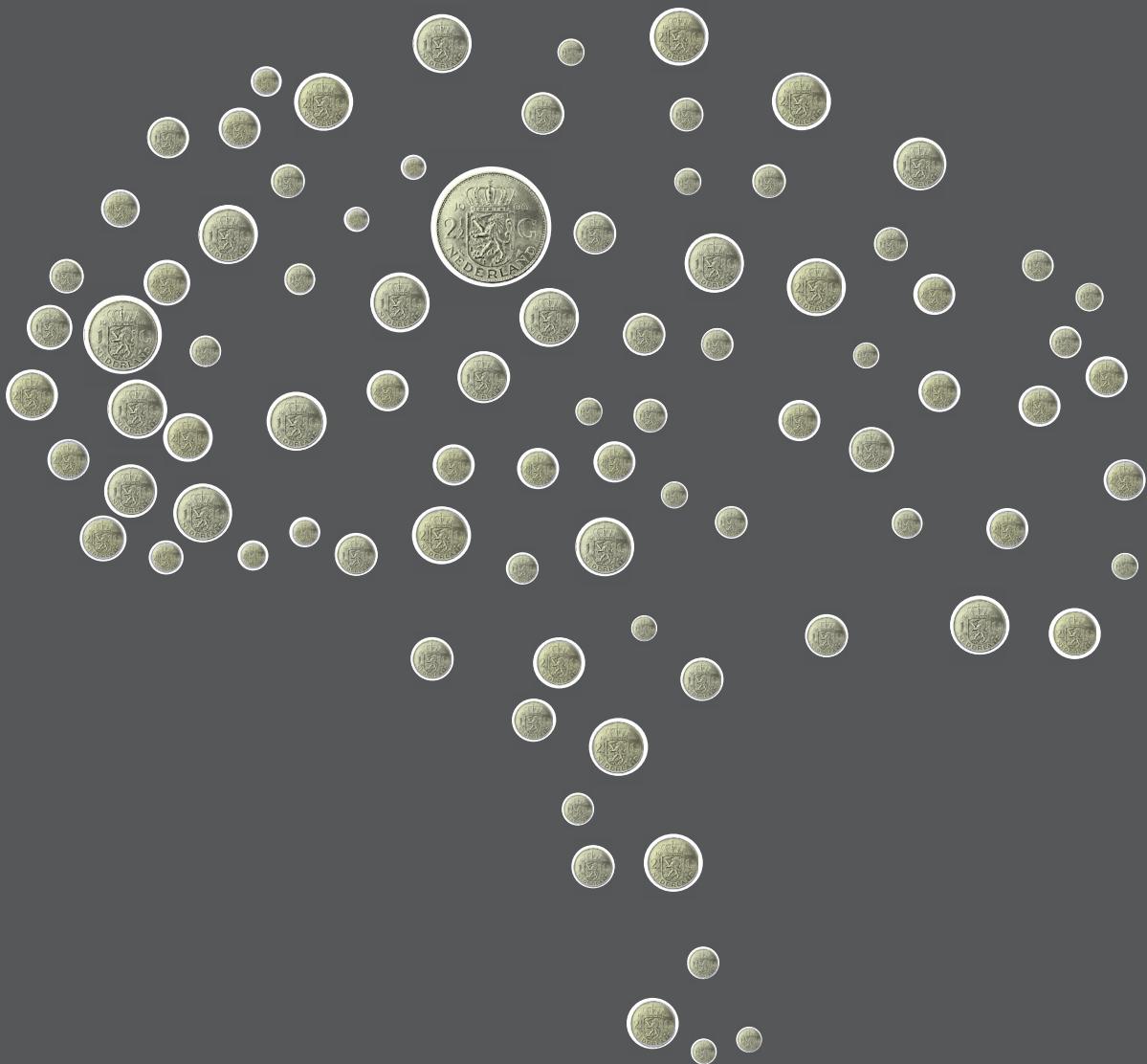


Waar is de gulden een daalder waard?



Waar is de gulden een daalder waard?

GGZ studie

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	8
Inleiding en aanleiding	12
Een sector die loont	12
Diagnose in één oogopslag	16
Waar is de gulden een daalder waard?	17
Operationele prestaties.....	18
Einde aan de exodus?	18
Heeft het rupsje nu genoeg?.....	20
Financiële prestaties	22
Begin van de zeven magere jaren?	22
Wie 't kleine niet eert.....	23
Hamsteren voor andere tijden	25
Kwaliteitsprestaties.....	28
Meten is weten?.....	28
Over de gulden en de daalder	30
Appels en peren.....	33
Aanbevelingen.....	35
Aanbieders vergroot samen transparantie, verbeter wendbaarheid en pas kostenstructuren aan	35
Inkopers gooi het kind niet met het badwater weg	36
Aanpak en verantwoording	37

Voorwoord

Constateren dat er veel verandert in de GGZ is als het intrappen van een open deur. De sector met alle ontwikkelingen kan worden vergeleken met een winkel die grondig wordt verbouwd, desondanks open moet blijven en daarbovenop veel commentaar krijgt op de dienstverlening. De sector kent de introductie van de generalistische basis GGZ, extramuralisering, beddenafbouw, een toename van het aantal verschillende financiers door overhevelingen, banken en verzekeraars die kritisch(er) worden en meer aandacht voor het meetbaar maken van kwaliteit. Parallel aan deze ontwikkelingen is er een voortdurende discussie over de toegevoegde waarde van de sector en bijvoorbeeld verslavingszorg in exotische oorden en verwarde mensen op straat. Aanbieders van GGZ moeten op al deze ontwikkelingen anticiperen. Ze worden geacht efficiënt en wendbaar te zijn en kwalitatief hele goede zorg te blijven leveren in een steeds complexer zorgveld.

Alle bovenstaande ontwikkelingen maken het lastig om een sectorstudie uit te brengen. Hoe interpreteren we trendbreuken? Welke effecten zijn het gevolg van veranderende wetgeving en welke effecten hebben te maken met veranderd gedrag van patiënten en organisaties? Kijken we naar effecten van maatregelen en kunnen we al evalueren? Of zoals bijvoorbeeld bij de extramuralisering: zijn de patiënten al wel ambulant maar de kosten nog niet? Is er sprake van een kost die is vooruitgegaan aan de baat en moet het effect nog komen? In deze eerste sector studie over de GGZ zijn we ons er van bewust dat waargenomen trends zijn gehuld in een mist van de effecten van alle ontwikkelingen. Dit doet de vraag rijzen of dit wel het goede moment is om een GGZ sector studie uit te brengen. In onze ogen is dit juist het goede moment, omdat juist nu instellingen een scherpe koers nodig hebben om de organisatie door de woelige tijden heen te loodsen. Daarnaast kan men zich afvragen: wordt het ooit anders en is het ooit 'rustig geweest'?

De bijdrage die de GGZ sector levert aan onze maatschappij staat als een paal boven water. Deze bijdrage lijkt in de discussie over kosten wel eens onderbelicht te blijven. Uiteindelijk gaat het echter om het leveren van een zo groot mogelijke maatschappelijke waarde voor elke euro (of gulden) die aan de GGZ wordt besteed. In het nieuws overheersen vaker de berichten over te hoge kosten naast de berichten over de negatieve

consequenties van bezuinigingen, zoals het aantal verwarde personen op straat. Het lijkt erop alsof de grote hoeveelheid veranderingen een aantal organisaties murw geslagen heeft. In deze gevallen gaat de overlevingsmodus aan en wordt de organisatie reactief en defensief. Dat is ontzettend zonde. Het maakt GGZ organisaties namelijk een speelbal van de omgeving. Een voorbeeld hiervan is het meten van kwaliteit door middel van de ROM systematiek. Natuurlijk is er veel aan te merken op deze methode en natuurlijk is de bijdrage van de GGZ veel breder dan een meetbare bijdrage aan vermindering van de klachten. We kunnen hier echter ook op een andere manier naar kijken. Bijna iedereen heeft de ROM voor nu geaccepteerd als de maat. Laten we ons dan niet verzetten, maar de ROM systematiek gebruiken om er uit te halen wat er in zit en te proberen maximaal van elkaar te leren daar waar daar mogelijkheden voor zijn.

Uit onze studie blijken grote verschillen in gemeten behandel-effect. Die grote verschillen doen vermoeden dat er veel van elkaar te leren is, waardoor de waarde van de sector als geheel meetbaar vooruit kan gaan.

Wanneer GGZ instellingen weer zelf vooruitkijken, van elkaar leren, ambitieus zijn in transparantie en zichtbaar kwaliteit verbeteren, dan behouden ze zelf de regie. Deze zelfde attitude geldt voor het behouden van regie ten aanzien van het beheersen van kosten en het efficiënt werken. Neem het heft in eigen hand en werk continue aan een slanke, wendbare, efficiënte organisatie. In dat geval zal een zorgverzekeraar of gemeente altijd volgend zijn in beleid van de regie-houdende GGZ instellingen.

Uit de studie blijkt duidelijk perspectief. Voornamelijk de kleine instellingen laten goede resultaten zien, op zowel financieel vlak als op kwaliteit. Deze positieve resultaten van kleine instellingen zullen deels het gevolg zijn van ondernemerschap, mentaliteit, een efficiënte organisatie en moderne werkprocessen. Daarnaast zullen de positieve resultaten deels het gevolg zijn van het gericht aanbieden van zorg aan een specifieke populatie. Dit betekent dat het succes van kleine instellingen zeker niet zomaar te kopiëren is naar de grote geïntegreerde instellingen. Er is echter wel een transformatie nodig. Ook met de complexere en gedifferentieerde populatie zullen instellingen winstgevend moeten zijn en ook bij de grote geïntegreerde instellingen zal de geprotocolleerde curatieve GGZ moeten kunnen concurreren op prijs en kwaliteit. Zonder deze transformatie zullen grote geïntegreerde instellingen blijven krimpen en uiteindelijk een schaalgrootte en een patiëntenpopulatie overhouden die nauwelijks tot efficiënte behandeling kan leiden en dat zou veel waarde vernietigen.

Met deze sector studie beogen we de huidige ontwikkelingen en de transformatie een impuls te geven. We zijn van plan van deze studie een periodiek terugkerende serie te maken. We zijn er vast van overtuigd dat we de komende jaren steeds meer kunnen laten zien en dat het aantal instellingen waar de gulden een daalder waard is meer en meer zal toenemen.

Samenvatting

Deze studie is een eerste aanzet om de meerwaarde van de GGZ inzichtelijk te maken door de financiële prestaties te koppelen aan de kwaliteitsprestaties. Op deze manier proberen wij een bijdrage te leveren aan het inzicht in de toegevoegde waarde van de GGZ. Inzicht dat de sector, maar vooral de maatschappij, ons inziens hard nodig heeft. Wij zien negen ontwikkelingen in de GGZ gebaseerd op de uitgevoerde analyses. Op basis daarvan doen wij aanbevelingen aan aanbieders en inkopers van GGZ zorg.

1. **Een sector die loont – Nederland geeft het meeste geld uit aan de GGZ van alle Europese landen, maar de totale kosten van psychische aandoeningen zijn lager dan het Europees gemiddelde.** Geen enkel Europees land geeft per hoofd van de bevolking zoveel geld uit aan de GGZ als Nederland. In 2013 bedroegen de uitgaven aan geneeskundige GGZ in totaal EUR 6 miljard, meer dan een verdubbeling ten opzichte van 1999. Nederland geeft hiermee 1% van haar BBP uit aan de GGZ. Echter, de totale maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen zijn in Nederland lager dan het Europees gemiddelde. De totale maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen zijn een factor vier hoger dan de kosten van de GGZ zorg. Het hefboomeffect van een goede GGZ zorg is dus groot en dat maakt dat slim investeren in de sector loont.
2. **Guur weer op komst? – De kostenstijging vlakt af, reserves worden aangevuld.** Het kwantitatieve beeld van de sector toont afnemende financiële ruimte en krimpende productie. De sector lijkt af te stevenen op andere tijden en bereidt zich daar gemiddeld genomen voorzichtig op voor. Aanbieders vullen hun reserves aan en investeren in kwaliteit. De sector maakt zich op voor andere tijden.
3. **Einde aan de exodus? – Daling aantal cliënten lijkt tot staan gebracht.** Het aantal GGZ cliënten in de tweede lijn daalde de afgelopen drie jaar met gemiddeld 3% per jaar. In 2014 stabiliseert het aantal cliënten. Heeft de verschuiving van tweedelijns GGZ plaatsgehad en is deze nu tot staan gebracht? Feit is dat het aantal cliënten in behandeling bij GGZ-aanbieders in de periode 2011 tot 2013 met circa 100.000 is afgenomen. Het aantal cliënten behandeld door de POH neemt toe. Er lijkt dus substitutie te hebben plaatsgehad, maar vooralsnog lijkt deze niet door te zetten.

4. **Begin van de zeven magere jaren? – De omzet van GGZ aanbieders nam toe, maar minder sterk dan in voorgaande jaren.** De sterke groei die de GGZ omzet sinds het begin van deze eeuw kenmerkte is de afgelopen jaren afgezwakt. De afgelopen drie jaar steeg de GGZ omzet gemiddeld met 1%, tegen 3% in de jaren daarvoor. Gecorrigeerd voor inflatie komt dit neer op een lichte krimp.
5. **Heeft het rupsje nu genoeg? – De behandeling van een cliënt wordt steeds duurder.** Het aantal cliënten dat tweedelijns aanbieders behandelen daalt, terwijl de kosten stijgen. De behandelkosten per cliënt stegen daardoor in de periode 2011–2014 gemiddeld met 5% per jaar. Gedeeltelijk is de lichte/basis GGZ verhuisd naar de eerste lijn, maar minder cliënten genereren evenveel kosten. Dit kan drie dingen betekenen: 1) de prevalentie van zware GGZ zorg is toegenomen, 2) er wordt nu GGZ zorgvraag behandeld die voorheen onbehandeld bleef, of 3) aanbieders en verzekeraars slagen er nog niet in om de dalende productie te vertalen in lagere kosten. Het is lastig deze vraag te beantwoorden op basis van onze analyses, mogelijk is het een combinatie van factoren. Diepgaander onderzoek is daarvoor nodig, maar dit effect is cruciaal voor sector en maatschappij.
6. **Wie 't kleine niet eert – Kleine aanbieders zijn winstgevender dan (middel) grote aanbieders en de verschillen worden steeds groter.** De winstgevendheid is gehalveerd van 2% naar 1% tussen 2011 en 2014. Kleine GGZ aanbieders hebben een veel hogere winstmarge dan (middel)grote GGZ aanbieders: 6% om 1%. Hierbij zien we geen verschil tussen algemene en gespecialiseerde aanbieders. De vraag is waarom? Hebben kleinere aanbieders een andere, meer uniforme casemix, die meer rendement mogelijk maakt? Of hebben kleinere aanbieders simpelweg betere bedrijfsvoering en wat kunnen grotere aanbieders vervolgens hiervan leren?
7. **Locatie, locatie, locatie – De solvabiliteit van GGZ aanbieders stijgt meer dan de winst doet vermoeden.** De solvabiliteit van GGZ aanbieders is gestegen van 17% in 2011 tot 23% in 2014. Dat is meer dan de winst van 1% in 2014 doet vermoeden. Deze toename is gedeeltelijk gedreven door een aanscherping van financieringsvoorwaarden van banken. De verbetering van de solvabiliteit volgt met name uit een stijging van het absolute eigen vermogen, en pas in 2014 ook door 'verkorting' van de balansen.

8. Meten is weten? – Uitkomsten meten is nieuw en de variatie tussen aanbieders is groot. In 2012 is de GGZ sector begonnen met het meten en centraal verzamelen van uitkomsten met verschillende ROM-instrumenten. De eerste jaren gebeurde dit nog niet consistent en was het aantal meetpunten beperkt, maar vanaf 2014 zijn de aantallen bij verschillende aanbieders groot genoeg voor een meer betrouwbare vergelijking. Er is nog veel discussie over de waarde van ROM-scores, maar op dit moment is ROM de best beschikbare uitkomstmaat voor het bepalen van kwaliteit in de GGZ. We zien een grote spreiding tussen uitkomsten van aanbieders. Delta T-scores¹ lopen uiteen van ca. 3 tot 13, een factor 4 a 5 verschil.

9. Over de gulden en de daalder – Effectiviteit en efficiëntie van aanbieders wisselt sterk; kleine aanbieders komen vaak goed uit de bus. Kleine aanbieders zijn niet alleen winstgevender dan grote, een flink aantal noteert ook goede uitkomsten. Grote aanbieders laten minder uitschieters zien op kwaliteit en behandelkosten. Dit inzicht vraagt wel om enige nuance. De uitkomstscores die zijn gepubliceerd, houden geen rekening met verschillen in populatie: het zou kunnen dat behandeling van specifieke populaties zorgt voor het hoge financiële en kwaliteitsrendement van kleine aanbieders.

Op basis van de inzichten in deze studie zien wij kansen in de sector en hebben wij aanbevelingen voor aanbieders en voor inkopers van de zorg. Drie aanbevelingen voor aanbieders:

- 1. Wees gezamenlijk proactief in transparant maken van de waarde.** Meten van kwaliteit staat nog in de kinderschoenen en is methodisch zeker nog niet perfect. Op dit moment zijn de ROM scores wel de enige manier om de toegevoegde waarde van de sector transparant te maken. Enkele aanbieders pakken dit voortvarend op. Hier liggen kansen voor de sector om dit meer gezamenlijk te doen te leren van elkaars best practices.
- 2. Maak uw organisatie wendbaarder.** De sector zal minder kapitaalintensief worden door innovaties en ambulantisering. Kleine aanbieders spelen hier makkelijker op in, de groteren zullen hun wendbaarheid moeten vergroten en nog kritischer moeten zijn op hun activa.

¹ Delta T is een maat voor psychische gezondheidswinst die in de GGZ wordt gehanteerd. Het is het verschil tussen de meting van de ernst van de aandoening (routine outcome measure) bij start en beëindiging van de behandeling.

3. Zorg voor een concernindeling en kostenstructuur die passen bij de cliëntvraag
– Grote aanbieders zullen concerns zo moeten indelen dat de geleverde zorg maximaal past bij de vraag van de cliënt en daardoor een efficiënte kostenstructuur mogelijk maakt. Grote organisaties moeten meer doen om schaalvoordeel van standaardisatie en automatisering in de ondersteuning te benutten dan de kleinere aanbieders om zichzelf niet uit de markt te prijzen ten opzichte van de kleinere aanbieders.

Een aanbeveling voor de inkopers van GGZ zorg:

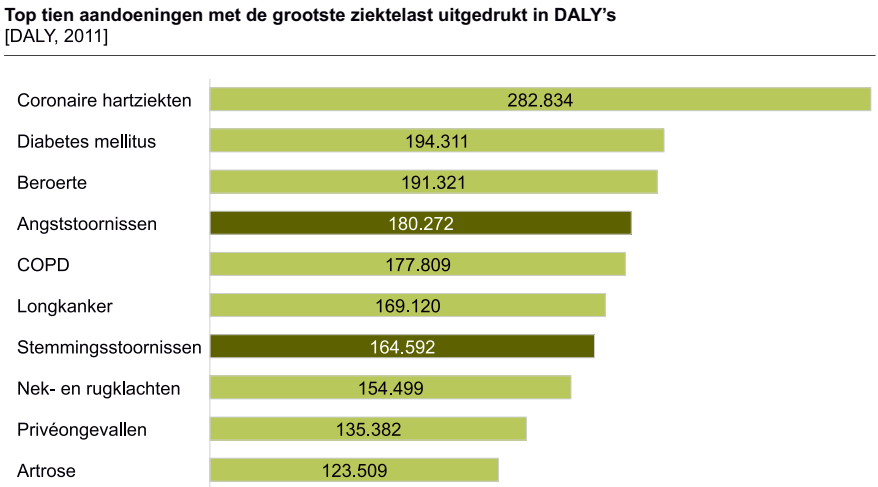
1. Gooi het kind niet met het badwater weg. Er is veel goeds gaande in de sector en de toegevoegde waarde van goede GGZ is evident. Dat de kosten hoog zijn en inkopers van zorg een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben om deze kosten in te perken door zuinige en zinnige zorg in te kopen is ook evident. Het is hierbij essentieel dat beleid aanzet tot gericht bezuinigen waardoor goede zorg gespaard blijft. Goed begrijpen wat goede GGZ is, is daarvoor noodzakelijk.

Inleiding en aanleiding

Een sector die loont

Psychische aandoeningen hebben veel impact op het sociaal en professioneel functioneren en staan dan ook hoog in de top tien van aandoeningen met een hoge ziektelast². Deze ziektelast gaat vaak gepaard met een groot verlies aan arbeidsparticipatie. Verschillende studies laten zien dat de indirecte kosten van de psychische aandoeningen mede daardoor een viervoud van de directe kosten bedragen.

FIGUUR 1
Psychische aandoeningen vormen een grote last voor patiënt en maatschappij



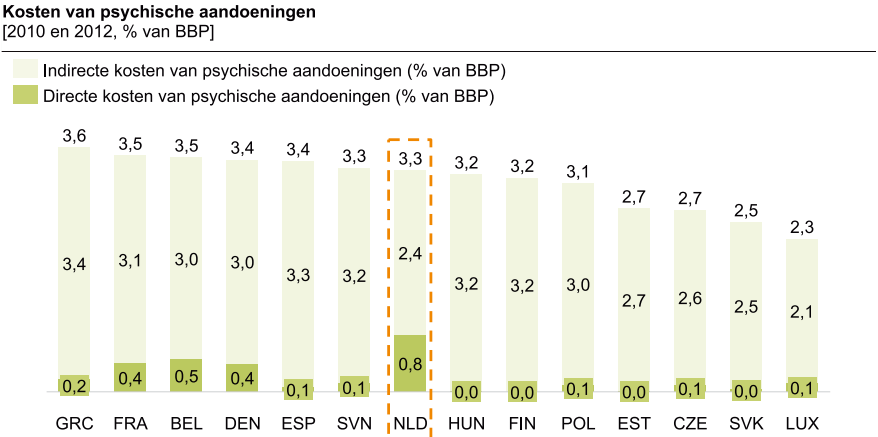
Bron: GGZ in tabellen 2013 -2014 Trimbos, RIVM, Gupta Strategists

Nederland heeft historisch gezien veel geïnvesteerd in de GGZ en besteedt van alle Europese landen het grootste deel van haar BBP³ aan GGZ. Ondanks de hoge directe uitgaven aan GGZ, liggen de totale GGZ-gerelateerde kosten in Nederland onder het Europees gemiddelde. De GGZ heeft dus kwalitatieve en kwantitatieve meerwaarde voor onze samenleving.

² GGZ in tabellen 2013 – 2014 Trimbos, RIVM
³ BBP, Bruto Binnenlands Product

Verschillende internationale studies tonen het belang aan van een sterk ontwikkelde geestelijke gezondheidszorg^{4,5}. Grofweg zijn er drie invalshoeken om iets over de toegevoegde waarde van de GGZ te zeggen. Een eerste, globale, manier is door te kijken naar overall well-being⁶ en de totale ziektelast van psychische aandoeningen⁷. Op well-being behoort Nederland bij de top van Europa, maar op ziektelast zijn we een middenmoter. Een tweede manier om de toegevoegde waarde van GGZ te beoordelen is met specifieke indicatoren. Zo heeft Nederland een relatief lage suïcideratio en een relatief laag aantal inwoners met alcoholafhankelijkheid⁸. Deze indicatoren zijn echter niet alleen een gevolg van het functioneren van de GGZ. De intrinsieke eigenschappen van onze maatschappij, zoals sociale cohesie, welvaart en attitude richting psychische aandoeningen spelen hier ook een belangrijke rol. Een derde invalshoek om de toegevoegde waarde van GGZ te beoordelen is een analyse van de indirecte kosten van psychische aandoeningen. Hier valt op dat, ondanks dat Nederland een groter deel van haar BBP spendeert aan directe, curatieve GGZ, Nederland qua totale kosten in de middenmoot scoort.

FIGUUR 2
Nederland heeft relatief hoogste directe GGZ-kosten, maar totale kosten van psychische aandoeningen zijn gemiddeld



Bron: OECD, Gupta Strategists

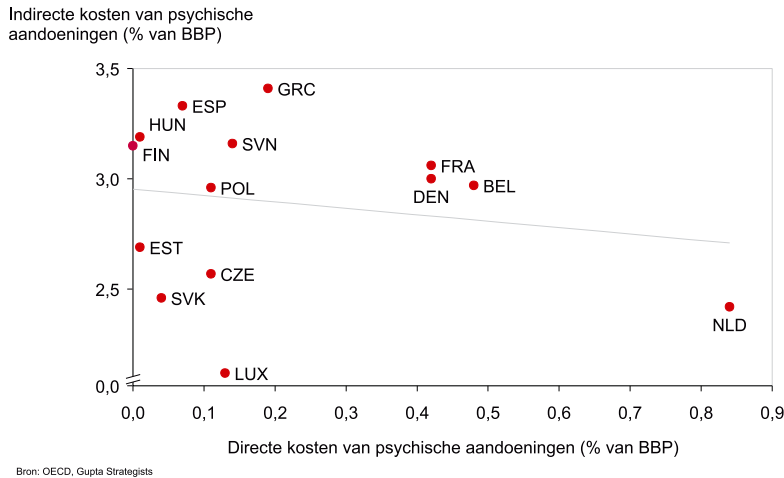
⁴ Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, Whiteford, Harvey A et al., The Lancet , Volume 382 , Issue 9904 , 1575 - 1586
⁵ Patel V, Lund C, Hatheril S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 115-34
⁶ Gallup global well-being scale; o.b.v. telefonische interviews met random steekproef bestaande uit 1.000 inwoners per land
⁷ Ziektelast in DALY; analyse WHO-data
⁸ Prevalentie alcoholafhankelijkheid en suïcideratio in Europa, analyse WHO-data

Vanuit deze drie invalshoeken scoort de Nederlandse GGZ gemiddeld goed. Een causaal verband tussen investeringen en kwalitatief goede GGZ is echter niet te achterhalen. Zo is de combinatie van hoge uitgaven aan psychische zorg en gemiddelde totale kosten een uitzondering binnen Europa. In andere landen die veel investeren in de GGZ leidt dit niet duidelijk tot lagere totale kosten. Andersom geldt ook dat er landen zijn die veel minder direct investeren in GGZ en toch relatief lage indirecte kosten hebben. Niet elke investering is even effectief in iedere situatie.

FIGUUR 3

Geen verband tussen de hoge directe kosten en lage indirecte kosten, directe kosten NL opvallend hoog

Percentage directe GGZ kosten uitgezet tegen de indirect GGZ kosten [2010 en 2012, % GDP]

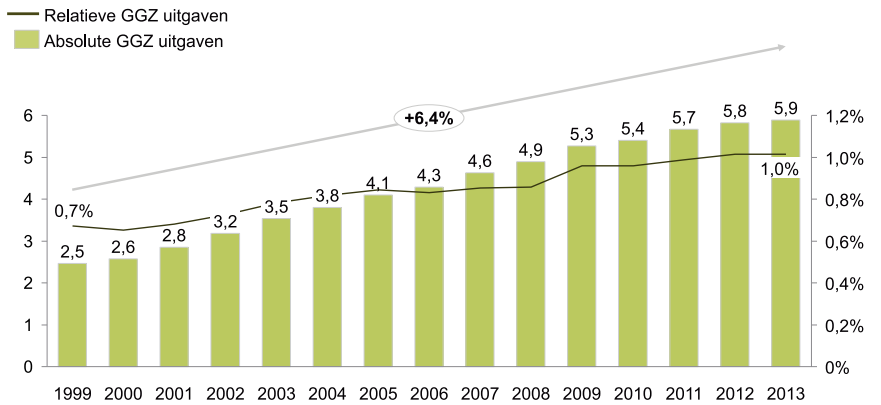


Ondertussen zijn de directe kosten in Nederland blijven stijgen. De gemiddelde toename in de afgelopen 15 jaar was meer dan 6% per jaar, resulterend in een verdubbeling over die periode. Ook relatief gezien zijn we meer gaan uitgeven. Elk jaar groeit het percentage van het BBP dat we reserveren voor de GGZ met 3%; dit geldt overigens niet alleen voor de GGZ, maar is van toepassing op de hele gezondheidszorg. Relatief gezien hebben we met afstand de duurste GGZ van Europa.

FIGUUR 4

De GGZ uitgaven groeien met 6% per jaar, zijn sinds 1999 meer dan verdubbeld en bedragen nu ~1% van het BBP

Absolute en relatieve uitgaven aan GGZ [EUR mld, % van BBP, 1999-2013]

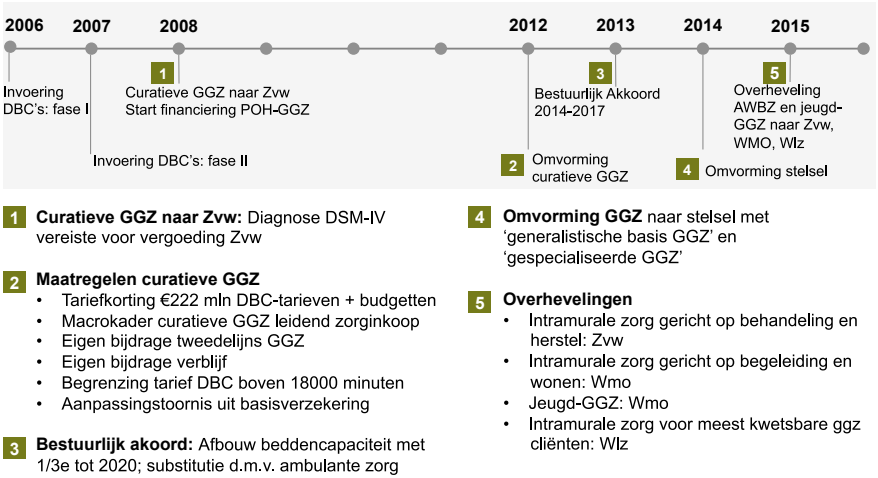


Bron: CBS statline, RVM, Gupta Strategists

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Nederlandse overheid de kostenstijging in de GGZ onder controle probeert te krijgen met een aantal ingrepen. Zo is de DBC-systematiek ingevoerd en is de verantwoordelijkheid voor de curatieve GGZ verplaatst naar zorgverzekeraars en de verantwoordelijkheid voor de jeugd GGZ naar de gemeenten. Hierbij is niet alleen het budget overgeheveld, maar ook het vereveningsmodel aangescherpt om de risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten. In 2016 verruimt de overheid de bandbreedte van de nacalculatie en per 2017 zijn verzekeraars volledig risicodragend op de GGZ. Daarnaast is in 2014 de generalistische basis GGZ ingevoerd waarmee men substitutie van zorg en daarmee vergroting van doelmatigheid beoogt. Dit heeft verstreckende gevolgen voor het inkoopbeleid van de verzekeraars en zal de efficiencydruk doen toenemen. Figuur 5 geeft een overzicht van de voornaamste stelselwijzigingen die de afgelopen jaren zijn doorgevoerd.

FIGUUR 5

De afgelopen jaren zijn er meerdere stelselwijzigingen doorgevoerd in de GGZ



Bron: Ministerie van VWS, Gupta Strategists

Diagnose in één oogopslag

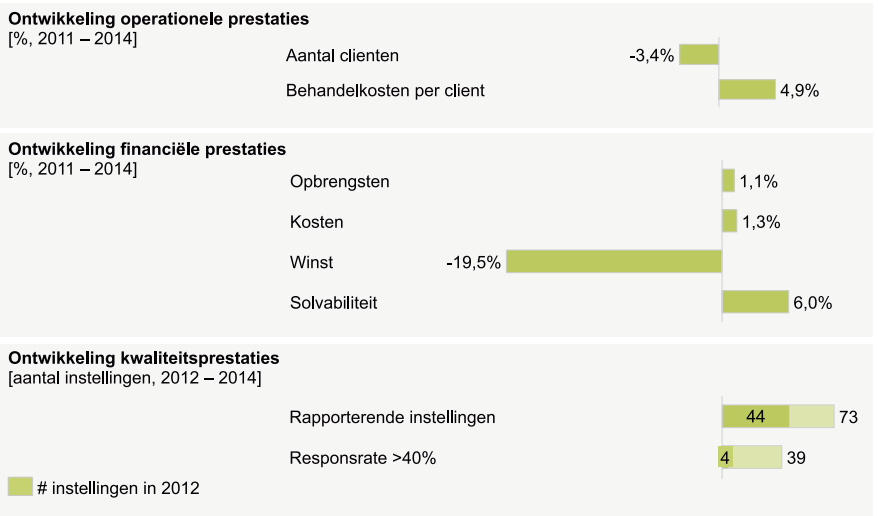
Het algemene beeld van de sector in cijfers is er één van afnemende financiële ruimte en productie. De sector bereidt zich voorzichtig voor op andere tijden. Aanbieders vullen hun reserves aan en investeren voorzichtig in transparantie van kwaliteit. Samengevat lijken we te kijken naar een sector waarin aanbieders zich, ieder op hun eigen manier, voorbereiden op andere tijden.

Het aantal cliënten dat aanbieders jaarlijks behandelen is fors afgenomen, met meer dan 3% per jaar. De kosten namen minder af, waardoor de gemiddelde behandelkosten per cliënt met 5% zijn toegenomen. In tegenstelling tot het beeld van de afgelopen 15 jaar, neemt de groei van de totale uitgaven aan GGZ sinds 2011 af. Van 2011-2014 is de sector jaarlijks slechts met 1,1% gegroeid, ten opzichte van de eerdere ruim 6% per jaar. Gecorrigeerd voor de inflatie betekent dit een lichte krimp. De winst loopt sterk terug, maar blijft gemiddeld genomen nog positief. Solvabiliteit is door winst en balansverkorting toegenomen.

Kwaliteitsregistratie in de vorm van ROM-metingen neemt aanzienlijk toe, meer dan de helft van de aanbieders rapporteert en de helft daarvan heeft een respons van meer dan 40%, maar er is nog ruimte voor verbetering.

FIGUUR 6

Minder cliënten, hogere behandelkosten, financiële prestaties staan onder druk meer registratie van kwaliteit



Bron: jaarverslagen GGZ, Gupta Strategist

Waar is de gulden een daalder waard?

De sector heeft grote stappen gezet in het transparant maken van de kwaliteit van de geleverde zorg, maar dit gaat nog niet zonder horten of stoten. Sinds 2012 meten zorgaanbieders hun uitkomsten op een gestandaardiseerde manier. Niet alle aanbieders doen hier nog aan mee en deelnemende aanbieders doen de metingen (vaak) niet voor alle cliënten. De geleverde waarde van de sector als geheel is daardoor nog onvoldoende transparant en staat (mede daarom) steeds weer ter discussie.

Er ligt dus een grote uitdaging op sector- en op aanbiederniveau. Gezamenlijk staat de sector voor de vraag: "Welke waarde leveren wij voor elke geïnvesteerde euro?" Enerzijds is dit relevant voor de externe verantwoording. Het beantwoorden van deze vraag biedt een duidelijke business case richting de overheid en kan verdere kortingen op het macrobudget voorkomen. Anderzijds helpt het beantwoorden van deze vraag ook de interne bedrijfsvoering. Aanbieders moeten met minder geld dezelfde of betere zorg gaan leveren en zullen daarvoor inzichtelijk moeten krijgen hoe zij hun geld het best kunnen besteden.

Operationele prestaties

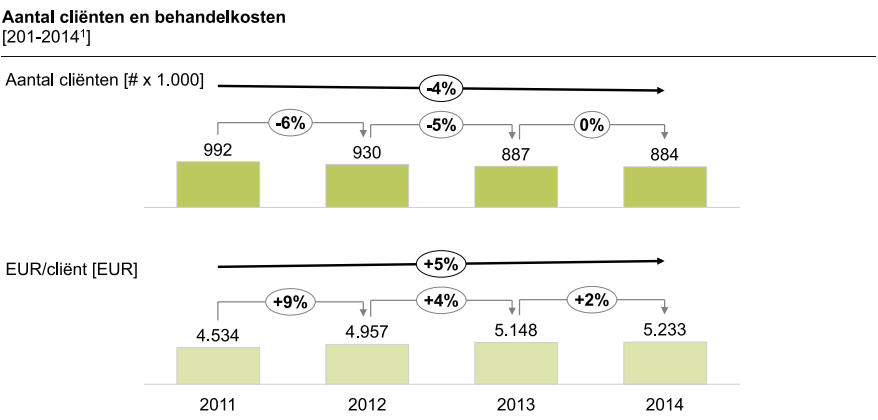
Einde aan de exodus?

In de sector zien we de afgelopen jaren een forse daling van het aantal cliënten, met een stabilisatie in 2014. Over de periode 2011-2013 bedraagt de gemiddelde jaarlijkse krimp 5%, het aantal cliënten daalt in 2014 niet meer. Deze daling manifesteert zich alleen bij de grote aanbieders. De daling in het aantal cliënten is gaande sinds 2008^{9,10}. Voor deze daling zijn meerdere verklaringen denkbaar. Mogelijke verklaringen liggen met name in een beperking van de toegang tot de tweedelijns GGZ als gevolg van stelselwijzigingen.

Kleine aanbieders lijken beter mee te kunnen bewegen met de veranderingen in de GGZ en het lukt hen om cliënten naar zich toe te trekken. Kleine algemene aanbieders groeiden met 11% van 2011-2014 en kleine gespecialiseerde aanbieders zelfs met 18%. De groei van kleine gespecialiseerde aanbieders is gedreven door een toename in het aantal verslavingsklinieken in de periode 2010-2012. De ontwikkelingen in 2014 bij verschillende typen aanbieders zijn nog niet bekend, omdat veel kleine gespecialiseerde aanbieders nog geen jaarverslag hebben gedeponereerd.

FIGUUR 7

Aantal cliënten daalt met stabilisatie in 2014; kosten per cliënt blijven toenemen

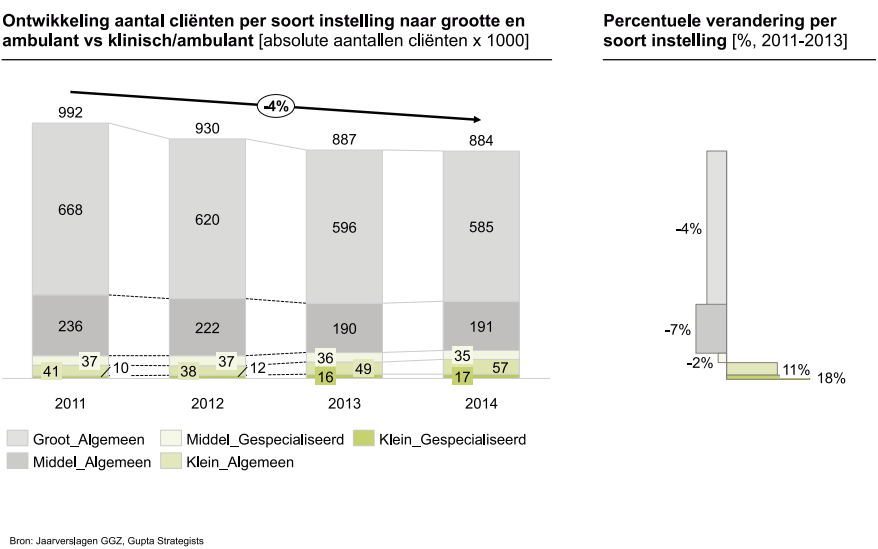


¹ De data van 2014 is op basis van een extrapolatie van de instellingen die een jaarverslag hebben gedeponereerd
Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

⁹ S. van Dijk, A. Knispel & J. Nuijen (2011) GGZ in tabellen 2010 Trimbos instituut
¹⁰ Sectorrapport GGZ 2012, feiten en cijfers over een sector in beweging GGZ Nederland

FIGUUR 8

Aantal cliënten neemt sterk af in 2012 en 2013, vooral bij de grote instellingen; kleine instellingen laten groei zien



Bron: Jaarverslagen GGZ, Gupta Strategists

Drie stelselwijzigingen die waarschijnlijk verband houden met de dalende zorgvraag zijn het verplicht stellen van de DSM-diagnose om in aanmerking te komen voor vergoeding, de invoering van het eigen risico en de eigen bijdrage en de invoering van de basis GGZ. Sinds 2008 is een DSM-diagnose verplicht gesteld en sinds 2012 is de diagnose 'aanpassingsstoornis' ook geen reden meer voor vergoeding. Daarnaast geldt het eigen risico binnen de zorgverzekeringswet sinds 2009, met een flinke verhoging in 2013.

Met de invoering van de basis GGZ is de rol van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) bij de huisarts flink uitgebreid. De gedachte van de minister was dat deze fungeert als poortwachter en toestroom van cliënten naar de GGZ-aanbieders verlaagt. Interessant is het effect van de capaciteitsuitbreiding van de POH-GGZ in 2014. Dit ging, zoals te verwachten, gepaard met een sterke stijging van het aantal patiënten met psychische diagnose bij de huisarts (ca. 900.000 in 2013 en ca. 1.000.000 in 2014) en POH-GGZ (van ca. 100.000 naar ca. 200.000)¹¹, terwijl we tegelijkertijd juist een stabilisatie in aantal cliënten bij GGZ-aanbieders zien. De verwachte daling blijft hier dus uit. Deze stabilisatie impliceert dat er nog weinig daadwerkelijke substitutie van zorg plaats vindt. Een deel van de stabilisatie is mogelijk te verklaren door een afname van de

¹¹ D. de Beurs & P. Verhaak (2015) Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014 NIVEL

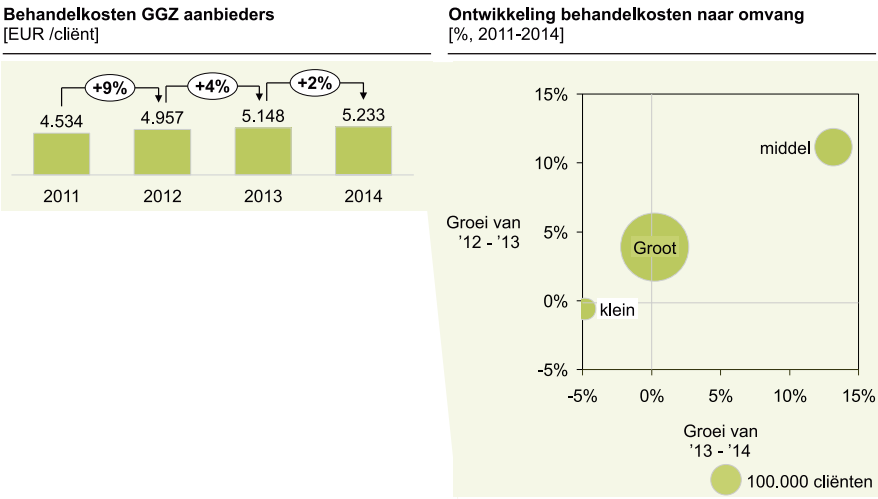
wachttijsten. In de laatste monitor Generalistische Basis GGZ zien we in drie regio's in Nederland wel een daling van het aantal cliënten in de curatieve GGZ in 2014¹². Een landelijke analyse zal moeten uitwijzen hoe deze daling zich verhoudt tot de stabilisatie van het aantal cliënten op basis van jaarverslagen van aanbieders.

Heeft het rupsje nu genoeg?

De daling in het aantal cliënten wordt meer dan gecompenseerd door de stijging in de kosten per cliënt. De gemiddelde behandelkosten per cliënt stegen in de periode 2011-2014 gemiddeld met 5% per jaar. Deze stijging neemt wel af in 2014 ten opzichte van 2011. Grote en kleine aanbieders hebben geen stijgende behandelkosten meer van 2013 naar 2014, de middelgrote aanbieders wel. Blijkbaar slagen grote en kleine aanbieders er beter in om zich aan te passen aan het stelsel en is het voor middelgrote aanbieders moeilijk een weg te vinden in de basis en specialistische GGZ. Of, cynischer, middelgrote aanbieders zijn nog onder de radar gebleven van de zorgverzekeraars en maken daar dankbaar gebruik van.

FIGUUR 9

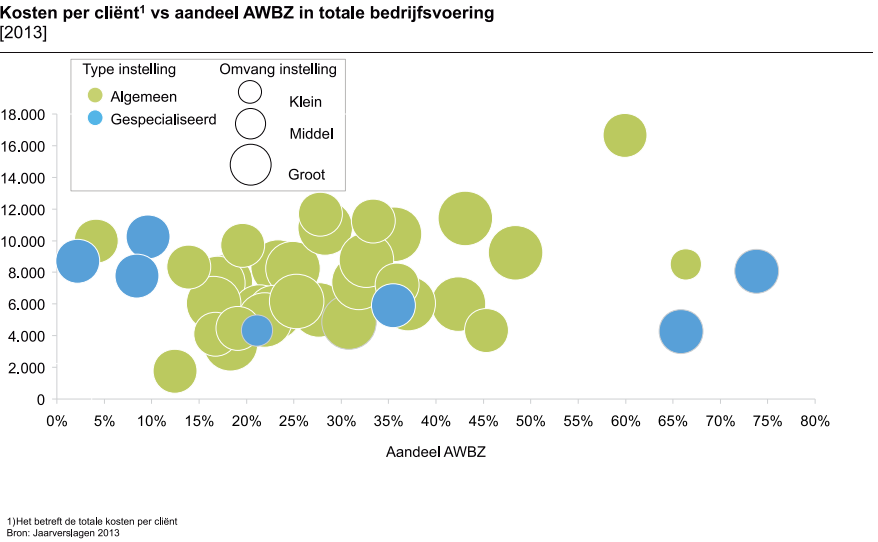
Stijging behandelkosten neemt af, vooral door de grote en kleine aanbieders, middelgroot groeit door



We zien veel variatie in behandelkosten, wat deels afhangt van de hoeveelheid AWBZ-zorg die de aanbieder levert. Dit geldt vooral voor de grote aanbieders, die zowel ambulant als klinisch behandelen. Hier variëren de behandelkosten per cliënt met een factor 3.

FIGUUR 10

Kosten per cliënt hangen samen met aandeel AWBZ, maar ook binnen vergelijkbare groepen is er veel variatie



¹² Monitor Generalistische Basis GGZ, Periode: jan 2011-juni 2015 KPMG Plexus

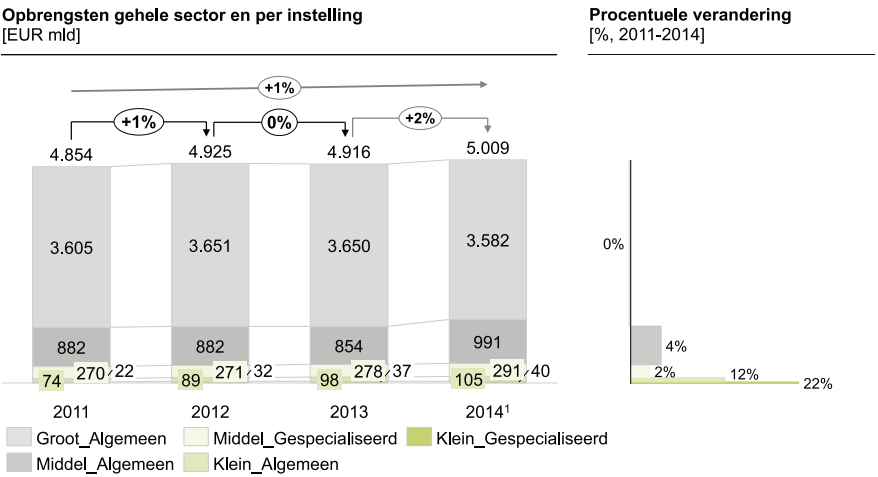
Financiële prestaties

Begin van de zeven magere jaren?

De bovengenoemde afvlakking van de kostengroei van de GGZ-sector als geheel vertaalt zich natuurlijk ook in eenzelfde ontwikkeling in de omzetten van de afzonderlijke aanbieder. De omzetgroei van de sector bedroeg in de periode 2011-2014 gemiddeld 1% per jaar: van EUR 4,8 mld in 2010 naar EUR 5,0 mld in 2014. Tussen 2012 en 2013 groeide de omzet niet. De grote aanbieders groeiden niet en krompen defacto, wanneer rekening wordt gehouden met inflatie. De groei wordt gedreven door de middelgrote en kleine aanbieders. Een mogelijke verklaring is dat inkopers van zorg meer groeiruimte geven aan middelgrote en kleinere aanbieders, ondanks het feit dat behandelkosten bij middelgrote aanbieders ook sterk groeien.

FIGUUR 11

Lichte groei van de totale sector is gedreven door de middelgrote en kleine aanbieders

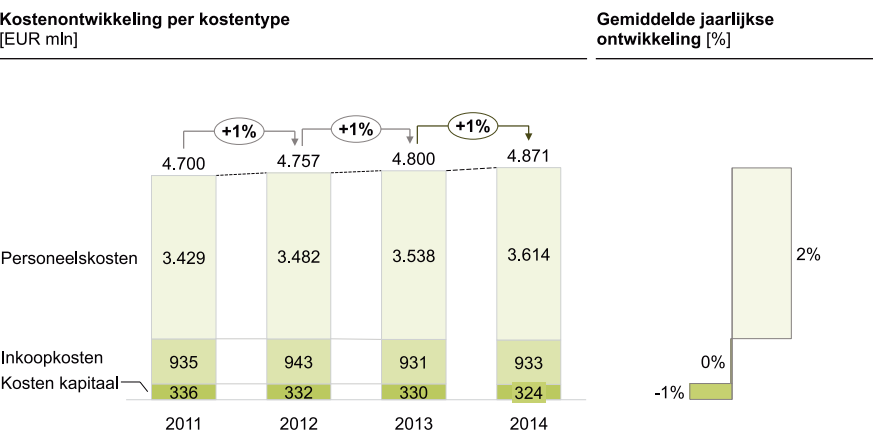


In dezelfde periode groeiden de kosten van de sector jaarlijks met gemiddeld 1%. De oorzaak van de stijgende kosten zijn de personeelskosten. Toch is de groei van de personeelskosten niet buitenproportioneel, deze ligt in lijn met de gemiddelde loonstijging in de zorg. De kosten van kapitaal dalen en de inkoopkosten blijven gelijk. De lage rentestanden zullen hier mede debet aan zijn. Voor verbetering van het

bedrijfsresultaat en financierbaarheid van de sector is meer nodig dan deze afremming in de kosten van kapitaal.

FIGUUR 12

Kosten stijgen met circa 1% de afgelopen jaren, volledig door groeiende personeelskosten



Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

Wie 't kleine niet eert

De winstgevendheid van de sector als totaal is gehalveerd van 2% naar 1%. In 2014 lijkt er sprake van enig herstel. In vergelijking met de ziekenhuissector is deze sterke daling van de winstgevendheid opvallend. Bij de ziekenhuizen zien we winstmarges jaar op jaar licht stijgen.

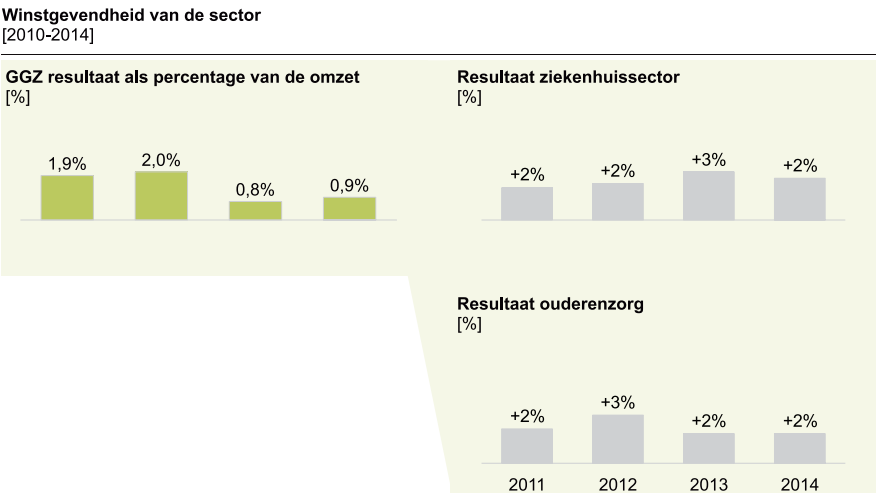
In totaal was een kwart van de aanbieders in 2014 verlieslatend. De resultaten van aanbieders fluctueren daarbij sterk van jaar tot jaar. Slechts 7% van de aanbieders was zowel in 2013 als in 2014 verlieslatend.

In deze overkoepelend negatieve tendens in winstgevendheid zien we dat kleine aanbieders juist steeds betere resultaten halen. De kleine aanbieders laten relatief hoge en groeiende marges zien. De ontwikkeling van de winstgevendheid bij de kleine gespecialiseerde aanbieders bedraagt zelfs meer dan 50% over de periode 2010-2013.

De grote aanbieders hebben echter allemaal te maken met kleine en krimpende marges. Aanbieders in het middensegment laten de grootste daling van de winstgevendheid zien.

FIGUUR 13

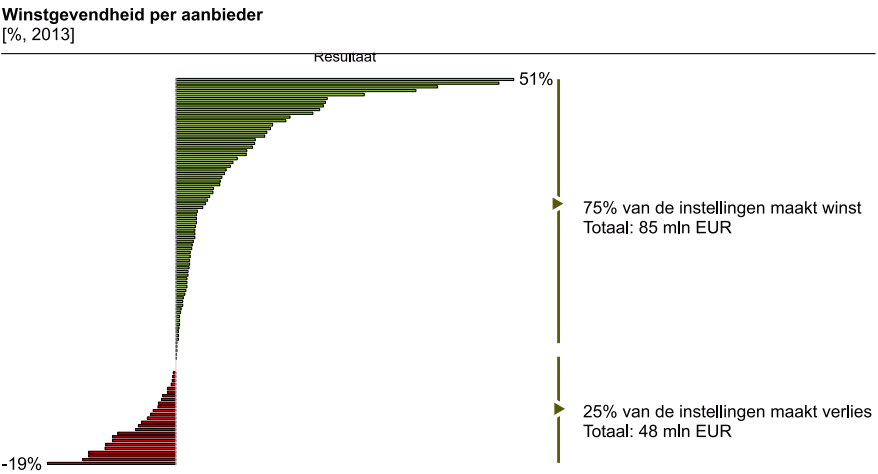
Afgenomen winstgevendheid is relatief laag in vergelijking met ziekenhuizen en ouderenzorg



Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

FIGUUR 14

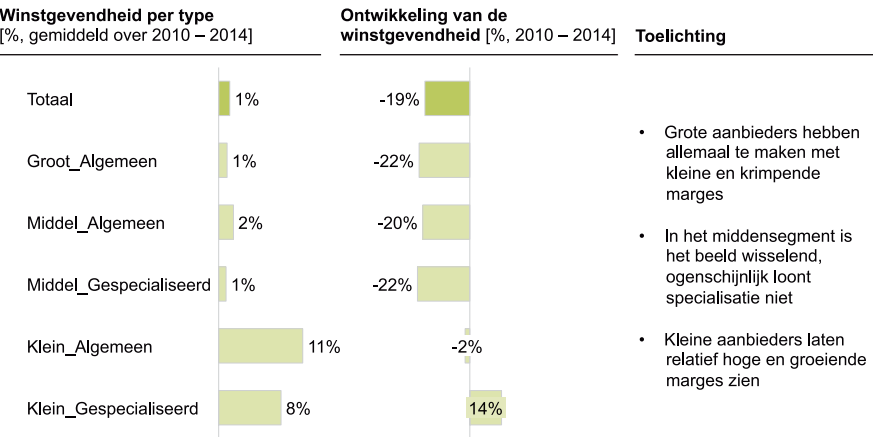
Een kwart van de aanbieders maakt verlies in 2013



Bron: Jaarverslagen GGZ, Gupta Strategists

FIGUUR 15

Kleinere aanbieders zijn winstgevender en hebben een positieve ontwikkeling van de winstgevendheid



Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

Hamsteren voor andere tijden

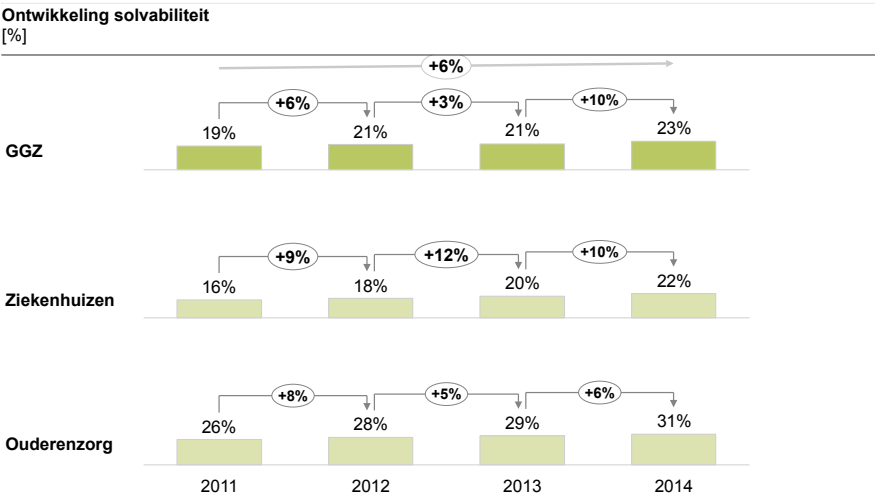
Door de stelselwijzigingen gaan aanbieders meer risico lopen. Door een hoger risico stijgt de noodzaak tot financiële gezondheid. Gelukkig zijn de aanbieders er gemiddeld genomen in geslaagd hun belangrijkste balansratio, de solvabiliteit, te verbeteren. Vooral de grote aanbieders hebben een inhaalslag gemaakt met een gemiddelde toename van 15% tussen 2010 en 2013. De GGZ-sector heeft als geheel een hogere solvabiliteit dan de ziekenhuissector, maar blijft in groei achter.

De verhoging van de solvabiliteit is vooral het gevolg van stijging van het eigen vermogen, en pas in 2014 ook van verkorting van de balansen, lees minder activa en passiva. De verwachting was dat de grotere aanbieders activa zouden afstoten door onder meer de verschuiving van klinische naar ambulante zorg. Die ontwikkeling begint pas in 2014 zichtbaar te worden. Afstoten van overtollig vastgoed is niet iets wat van de ene op de andere dag is geregeld en is ook niet in iedere regio even gemakkelijk¹³. Voor de financiële gezondheid en flexibilisering is het wel noodzakelijk dat deze beweging doorzet.

¹³ Parnassia lanceert 'Funda' voor zorgvastgoed, Zorgvisie 19 juni 2014; Saneringsfonds nodig voor vastgoed in de GGZ, Zorgvisie 15 januari 2016

FIGUUR 16

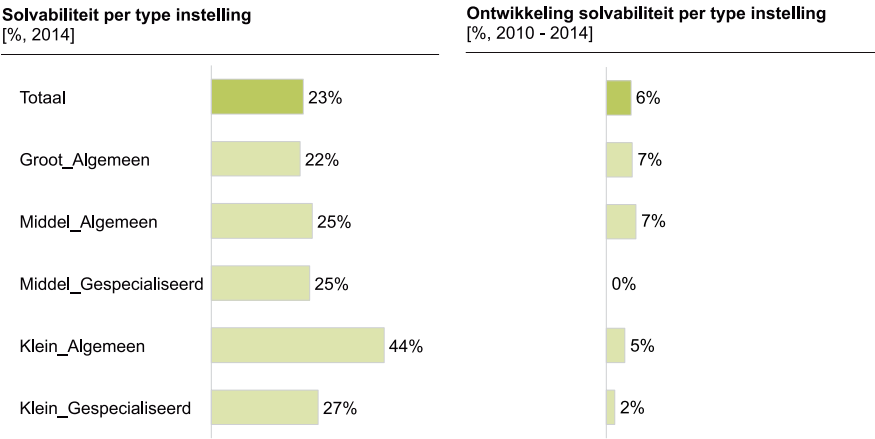
Vergelijkbare solvabiliteit en ontwikkeling als in de ziekenhuissector



Bron: Jaarverslagen GGZ, MSZ en VVT-sector, Gupta Strategists

FIGUUR 17

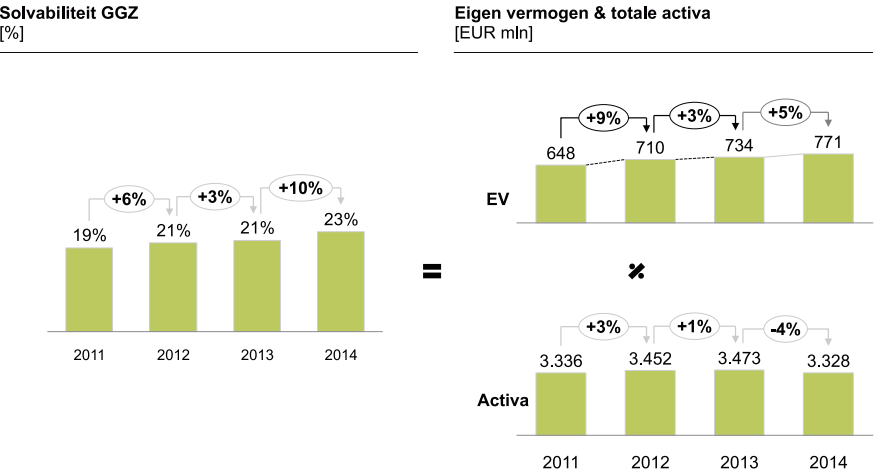
Kleine instellingen hebben een relatief hoge solvabiliteit; de ontwikkeling is het sterkst onder grote instellingen



Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

FIGUUR 18

Stijging in solvabiliteit is pas vanaf 2014 ook gevolg van verkorten balansen

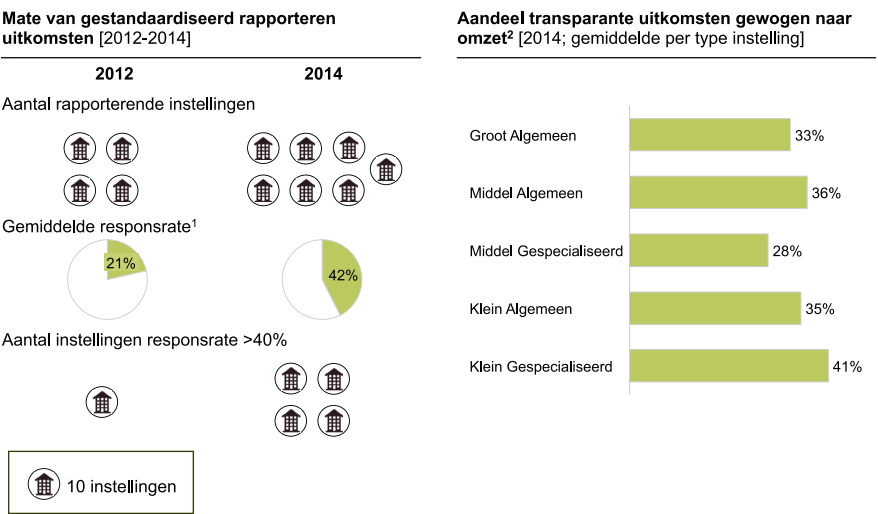


Bron: GGZ Jaarverslagen, Gupta Strategists

Meten is weten?

Vanaf 2012 is er openbare data van GGZ-aanbieders beschikbaar met daarin het aandeel behandeltrajecten waar ROM-gegevens zijn verzameld en vanaf 2013 ook de gemiddelde verandering van de T-score (delta T). Het aantal aanbieders dat uitkomsten transparant maakt is sinds 2012 fors toegenomen: in 2012 waren dat 44 aanbieders, in 2014 al 73 (van de in deze studie geïnccludeerde instellingen). Ook het gemiddelde responspercentage in de openbare database en het aantal aanbieders met een respons boven de 40% is flink verbeterd. Dit zijn mooie stappen vooruit, maar we zien ook dat de voorhoede sinds de beginfase van ROM al responsepercentages tussen de 80 en 90% bereikt. Een aantal aanbieders heeft ROM vanaf het begin omarmd en ingezet. Ze gebruiken ROM zowel intensief om de behandeling van individuele cliënten te monitoren en verbeteren als om goede afspraken met verzekeraars te maken op basis van transparant hoge kwaliteit. Er is dus nog veel ruimte voor verbetering voor de middenmoot en achterblijvers.

Instellingen maken in toenemende mate uitkomsten transparant, maar er is nog werk aan de winkel



Bron: Openbare kwaliteitsinformatie GGZ, via www.zorginzicht.nl en jaarverslagen 2013

Als we in de ziekenhuissector kijken, zien we dat het meten en gebruiken van uitkomsten van zorg veel verder is. Een voorbeeld is Santeon, een verband met een aantal vooroplopende STZ-ziekenhuizen. Zij zijn vooruitstrevend bezig met het ontwikkelen van uitkomstmaten en eisen onderling volledige transparantie. Santeon-ziekenhuizen nemen zelf het initiatief richting zorgverzekeraars om te laten zien dat ze goede kwaliteit van zorg leveren. Het zou een mooie ontwikkeling zijn als GGZ-aanbieders ook meer zelf aan het roer komen te staan van ontwikkelingen in transparantie en aantonen van kwaliteit van zorg. Er is een grote investering gedaan om ROM op de rails te krijgen, nu is het aan de aanbieders om dit optimaal uit te benutten en door te ontwikkelen.

Er zijn natuurlijk nog vele kanttekeningen te plaatsen bij ROM als maat voor kwaliteit. De huidige ROM-scores zijn erg gericht op het meten van afname van klachten. Een stap verder is om niet afname van klachten als uitkomstmaat te gebruiken, maar om te kijken naar het algehele functioneren en kwaliteit van leven van de cliënt. Een goede behandeling is niet alleen het op korte termijn verminderen van symptomen, maar zorgt er op langere termijn voor dat de cliënt zo optimaal mogelijk functioneert in de maatschappij. Ondanks deze kanttekeningen bieden de huidige ROM-scores op dit moment de best beschikbare inzichten in kwaliteit van zorg op het niveau van uitkomsten van zorg. De delta T-score ernst problematiek is op zich sensitief en heeft een behoorlijk onderscheidend vermogen. De gemiddelde scores per behandeltraject lopen uiteen van 3 tot 15. Het betreft hierbij alleen aanbieders die een respons boven de 40% laten zien. Als we deze scores in meer detail bekijken zien we dat ook binnen categorieën van aanbieders de variatie in scores groot is. Kleine aanbieders scoren gemiddeld genomen hoger dan grote aanbieders. Een verklaring voor deze verschillen is momenteel niet vanuit openbare data te geven. Er is geen mogelijkheid tot correctie voor populatie kenmerken door het ontbreken van informatie over bijvoorbeeld demografische samenstelling of ernst van klachten bij start behandeling binnen de populaties die de aanbieders zien. Ondanks het ontbreken van een casemix-correctie geeft de mate van variatie die we ook binnen typen aanbieders zien een indicatie dat er verschillen zijn tussen instellingen in de effectiviteit van behandeling.

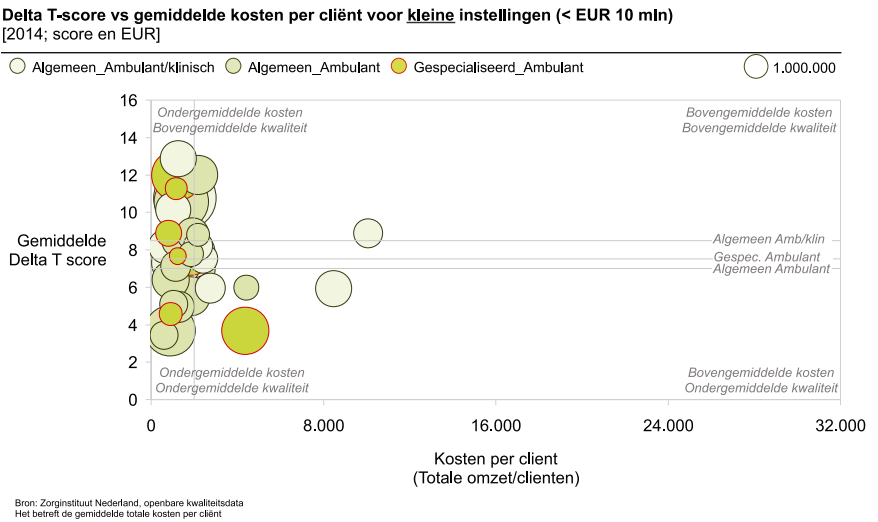
Over de gulden en de daalder

Wij hebben de financiële prestaties aan kwaliteitsinformatie gekoppeld op aanbieder-niveau. Dit geeft inzicht in de kosten van de gezondheidsverbetering. We hebben ervoor gekozen om dit voor kleine, middelgrote en grote aanbieders apart te doen. Daarnaast laten we het type aanbieder zien in de figuren..

Kleine aanbieders – De spreiding in kosten per cliënt binnen de kleine aanbieders is beperkt, vrijwel allemaal liggen ze dicht bij het gemiddelde van EUR 2.000 per cliënt. Wat betreft kwaliteitsuitkomsten is de spreiding groter en beweegt de Delta-T zich tussen twee en dertien, met een gemiddelde van rond de acht.

FIGUUR 20

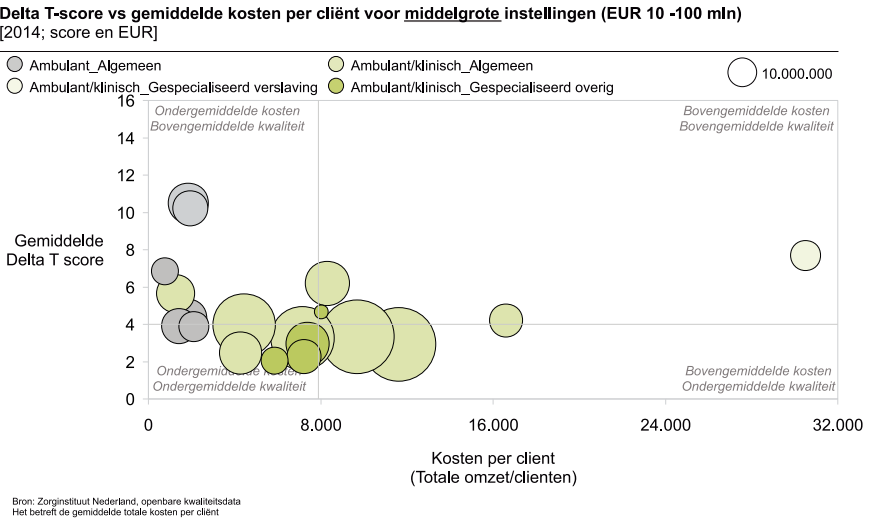
Bij de kleine instellingen is spreiding op kwaliteit groot, algemene ambulante/ klinische aanbieders scoren het beste



Middelgrote aanbieders – Voor middelgrote aanbieders is dit beeld anders. De spreiding op de behandelkosten treedt hoofdzakelijk op bij algemene ambulante/klinische aanbieders. Andere typen aanbieders liggen dicht bij elkaar wat betreft behandelkosten. Wat betreft kwaliteit valt op dat de spreiding heel klein is, behalve onder de algemene ambulante aanbieders waar twee aanbieders juist hoog scoren.

FIGUUR 21

Twee ambulante algemene aanbieders vallen op door hoge kwaliteitsscore en lage behandelkosten

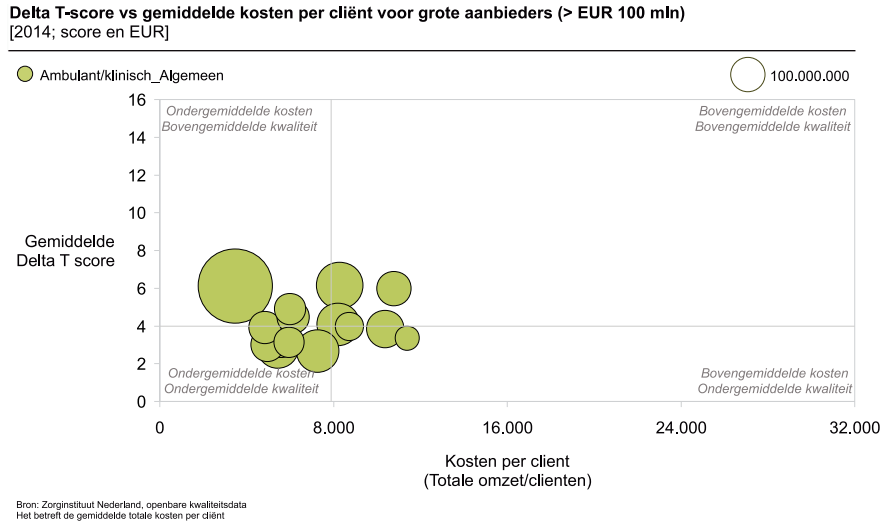


Grote aanbieders – Bij de grote aanbieders is het beeld wezenlijk anders. De spreiding op zowel behandelkosten als kwaliteit is kleiner dan bij de kleine en de middelgrote aanbieders. De grootste aanbieders vallen op met relatief lage behandelkosten en een hoge kwaliteitsscore ten opzichte van de rest.

Deze inzichten kunnen we zeker niet zonder nuance interpreteren. De belangrijkste nuance is het verschil in cliëntenpopulatie; dit verschil is slechts voor een deel te duiden op basis van de door ons gebruikte indeling. Een belangrijke verbetering zou zijn om de startwaarde van de ROM score mee te nemen als correctie voor de casemix. Dit zou betekenen dat de zwaarte van de populatie meeloopt in de analyse. De huidige uitkomsten zijn dan ook een eerste aanzet om financiële en kwaliteitsprestaties aan elkaar te koppelen om de waarde van de geleverde zorg transparant te maken. Er zal nog veel moeten gebeuren om dit meer te objectiveren, uiteraard altijd rekening houdend met de beperkingen van de mogelijkheden om waarde te kwantificeren binnen een sector als de GGZ.

FIGUUR 22

Spreiding bij grote aanbieders kleiner; de grootste valt op door lage behandelkosten en relatief hoge kwaliteitsscores



Achtergrond ROM-scores in de GGZ

GGZ-instellingen en zorgverzekeraars hebben met de Stichting Benchmark GGZ (SBG) de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het gestandaardiseerd meten van de uitkomst van een behandeling in de GGZ, zogeheten Routine Outcome Monitoring (ROM). Behandelaren zetten ROM in om voortgang van behandeling van individuele cliënten te monitoren en passen indien nodig behandeling hierop aan. Daarnaast is ROM gekozen als hoofdinstrument om kwaliteit in de GGZ inzichtelijk en transparant te maken. Publicatie van ROM-scores per instelling is opgenomen in de transparantiekalender van het zorginstituut Nederland.

Er zijn meerdere instrumenten in omloop die de uitkomst van een behandeling in de GGZ meten met elk een andere meetschaal. Om toch de ruwe scores van verschillende instrumenten te kunnen vergelijken hanteert SBG de genormaliseerde T-score. De genormaliseerde T-score is een instrumentvrije meetschaal. Ruwe scores van verschillende instrumenten worden getransformeerd naar een T-score. Deze T-scores kunnen vervolgens onderling vergeleken worden. De te gebruiken meetinstrumenten, vergelijkbaarheid van meetinstrumenten en benodigde casemixcorrecties voor een optimale interpretatie van uitkomsten zijn nog steeds in ontwikkeling.

Er zijn verschillende uitkomstmaten die relevante informatie geven over effectiviteit van behandeling in de GGZ. Inmiddels rapporteert SBG uitkomsten van drie typen maten, namelijk ernst van de problematiek, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Scores worden in 6 categorieën samengevat, namelijk Kinderen & Jeugd, Verslaving care, Verslaving cure, Volwassenen cure, Volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen en Ouderen. In deze studie richten we ons op Verslaving en Volwassenen cure. Binnen de categorie volwassenen cure is alleen de delta T-score voor verandering in ernst van de problematiek openbaar beschikbaar. Kwaliteit van leven en dagelijks functioneren binnen de groep verslaving cure wordt door een beperkt aantal instellingen gerapporteerd.

Appels en peren

Deze studie is een analyse van de GGZ sector gebaseerd op beschikbare financiële en kwaliteitsdata met als doel een bijdrage te leveren aan de discussie over de toegevoegde waarde van de GGZ. Deze analyse laat zien dat er aanzienlijke variatie is in uitkomsten, kosten van behandelingen en bedrijfsresultaat tussen GGZ instellingen. De analyses kennen uiteraard beperkingen, maar bieden ons inziens toch voldoende aanknopingspunten om een aantal aanbevelingen te doen aan de sector. Aanbevelingen die gericht zijn op het succesvol doorlopen van de noodzakelijke transitie van de GGZ en te komen tot een sector die haar maatschappelijke toegevoegde waarde aantoont en realiseert.

De analyses in de studie kennen een aantal beperkingen:

1. De sector is heterogeen, er zijn veel verschillende typen aanbieders en geen enkele instelling is volledig vergelijkbaar met een andere instelling. We hebben een indeling gemaakt om te kunnen vergelijken. Deze indeling is niet 100% sluitend, maar de gehanteerde groepen zijn zo homogeen als mogelijk gemaakt.
2. De beschikbare kwaliteitsinformatie is nog onvolledig, meetinstrumenten zijn nog niet volledig vergelijkbaar en er is geen rekening gehouden met verschillen in cliëntkenmerken en zorgvraag van cliënten. Het is belangrijk deze kanttekeningen in het achterhoofd te houden bij interpretatie van onze conclusies.
3. De beschikbare operationele data is vaak onvolledig ingevuld en heeft niet altijd het gewenste detailniveau. Informatie over intensiteit en type van behandeling en behandelduur zou bijvoorbeeld waardevol zijn om diepgaander inzicht te genereren in de behandelkosten per cliënteenschap in plaats van op totaal cliëntniveau. Ook inzicht in stand van zaken omtrent ambulantisering is nu niet te geven op basis van openbare data.
4. De analyses zijn nog niet uitgevoerd op aandoeningsniveau. Dit maakt dat we uitkomsten voor verschillende aandoeningen nu over één kam scheren, terwijl er onderliggende verschillende mechanismen werkzaam zijn. Dieperliggende analyse op aandoeningsniveau is noodzakelijk om waarde per aandoening inzichtelijk te maken om portfolio analyses en inkoop op waarde mogelijk te maken.

Echter, ondanks de beperkingen van de analyses, is de potentie van de ingeslagen weg groot.

Aanbevelingen

Op basis van onze analyses hebben wij drie aanbevelingen voor aanbieders en één aanbeveling voor de bekostigers van de GGZ

Aanbieders vergroot samen transparantie, verbeter wendbaarheid en pas kostenstructuren aan

1. **Wees gezamenlijk proactief in transparant maken van de waarde** – Deze studie laat zien dat een aantal aanbieders duidelijke koplopers zijn op uitkomsten van behandeling en behandelkosten. Een gezamenlijke proactieve houding in het verder transparant maken van de toegevoegde waarde van de GGZ is daarom zinvol. Alleen dit zal ervoor zorgen dat de acceptatie zal toenemen en er ruimte ontstaat voor goede initiatieven en daarmee goede zorg. Er liggen kansen voor vooruitstrevende partijen om waarde van de GGZ aan te tonen én verder te vergroten. Een kans in het werkelijk bruikbaar maken van ROM scores ligt in het samen verder onderzoek doen naar oorzaken van variatie en casemix. Aanbieders die minder scores kunnen dit inzicht gebruiken om te leren van de koplopers. De aanvoerders kunnen ook actief een podium opzoeken om hun best-practice over te brengen en discussie over optimale praktijkvoering aan te wakkeren. Dit zorgt voor een versnelling van innovatie waarbij flexibele en pro-actieve aanbieders steeds beter gedijen. Nieuwe samenwerkingsverbanden werken hierbij katalyserend. De maatschappij is gebaat bij betere kennisdeling en de daaruit volgende verbeterde behandeluitkomsten. Aanhoudende psycho-somatische klachten leiden tot hogere MSZ kosten. Ziekenhuiskosten voor pijn op de borst, buikpijn en vermoeidheid zonder lichamelijk oorzaak zijn ca EUR 130 mln per jaar¹⁴. Grotere waarde ligt in het terugdringen van verzuim en bevorderen van herinstroom van mensen met psychische klachten op de arbeidsmarkt.
2. **Maak uw organisatie wendbaar** – Ambulantisering en e-health zal andere organisatiemodellen vragen die wendbaarder zijn. De GGZ zal als geen andere sector een grote transformatie doormaken van kapitaalintensief naar kapitaalsextensief. Waar het kan moeten balansen korter. Veel meer nog dan in ziekenhuizen zullen bedden en vastgoed plaatsmaken voor e-health en ambulante behandeling. Dit terwijl in 2014 de kapitaalsintensiteit nog op het niveau van de MSZ zorg ligt.

¹⁴ Op basis van open DIS data 2012

3. Zorg voor een concernindeling en kostenstructuur die passen bij de cliëntvraag

– De financiële druk in de GGZ is groot, getuige de lage winstmarges en de moeite om de jaarverslagen goedgekeurd te krijgen. Deze druk zal niet afnemen. De kleine organisaties slagen er op dit moment vaak in om slank georganiseerd te zijn, terwijl dit voor grote aanbieders een forse uitdaging is. Dit zal deels liggen aan het type geleverde zorg en deels aan de omvang en indeling van de organisatie. Er zijn verschillende mogelijkheden voor grote organisaties om toch mee te komen in de gevraagde efficiëntieslagen. Voor een deel van de geleverde zorg kunnen ook grotere organisaties op een lager kostenniveau komen, bijvoorbeeld door deze zorg op onderdeel/labelniveau te organiseren. Als ze hier in slagen, blijven ze op achterstand door de vaak uitgebreide overhead van het hele concern. Zelfsturing en minder ondersteuning zijn interessante oplossingen, maar dit kan alleen als de rest maximaal efficiënt is georganiseerd en zorgonderdelen logisch zijn opgedeeld waardoor efficiënte processen mogelijk zijn. Daarnaast kunnen grote organisaties het schaalvoordeel van standaardisering en automatisering van ondersteuning uitgebreider benutten om concurrentieel niet op achterstand te raken ten opzichte van de kleinere organisaties.

Inkopers gooi het kind niet met het badwater weg

Zorg voor de noodzakelijke efficiencydruk, maar doe dit met verstand. Dat de kosten hoog zijn, is evident. Dat de variatie groot is, is ook evident. Echter de toegevoegde waarde van goede GGZ is minstens even evident. Internationaal vergelijk duidt op toegevoegde waarde van de sector. Op nationaal niveau is duidelijk dat maatschappelijk baten van een goed functionerende GGZ sector groot zijn. Druk uitoefenen op budgetten is maatschappelijk gezien gerechtvaardigd, mits goede zorg gespaard blijft. Het huidige beleid is zeer gericht op bezuinigen en zet aanbieders en verzekeraars aan tot bezuinigingen volgens de 'kaasschaaf' methodiek. Deze wijze van bezuinigen leidt tot gelijkmatig snoeien van onkruid en bloeiende knoppen en ondermijnt op termijn de hoogwaardige kwaliteit van de GGZ sector waar we trots op zijn. Er zijn inmiddels voldoende aanknopingspunten om goede zorg inzichtelijk te maken en gericht gedifferentieerd beleid te maken en in te kopen.

Aanpak en verantwoording

Deze studie is gebaseerd op de reeds gedeponeerde en goedgekeurde jaarverslagen van 2011 tot en met 2014 en beschikbare kwaliteitsdata van instellingen in de curatieve GGZ over de jaren 2013 en 2014. Daarnaast hebben we geput uit diverse nationale en internationale cijfers en studies. Uit deze gegevens destilleerden we de voornaamste operationele, financiële en kwaliteitsprestaties van de sector.

We rapporteren op twee niveaus:

- 1) **Gehele curatieve GGZ-sector:** Onze analyse omvat 103 instellingen met een gezamenlijke omzet van circa EUR 5 miljard in 2013 waarvan ca 76% van de omzet binnen de Zvw gemaakt is. Dit is een zeer groot deel van de zorgkosten zoals opgenomen in het NZa sectorrapport over de curatieve GGZ o.b.v. betaalde schade in 2013¹⁵. In totaal zijn er circa 369 instellingen die GGZ aanbieden in Nederland. Veel van deze instellingen richten zich ook of vooral op jeugdzorg, begeleid wonen, begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking, forensische GGZ of re-integratie. Deze instellingen zijn niet meegenomen in de analyse. Daarnaast zijn de hele kleine praktijken (<10 psychologen en maximaal 2 locaties) geëxcludeerd omdat deze praktijken niet goed vergelijkbaar zijn met GGZ-instellingen.
- 2) **Vergelijkingsgroepen:** Instellingen zijn ingedeeld in vijf vergelijkingsgroepen op basis van twee overwegingen:
 - a. Omvang van de instelling (op basis van omzet)
 - i. Groot: >100 EUR mln omzet
 - ii. Middel: 10-100 EUR mln omzet
 - iii. Klein: <10 EUR mln omzet
 - b. Specialisatie van de instelling (op basis van informatie op de website)
 - i. Gespecialiseerd: instellingen die zich richten op één specifieke aandoeningsgroep zoals verslaving of eetstoornissen¹⁶
 - ii. Algemeen: instellingen die meerdere typen aandoeningen behandelen

¹⁵ Sectorrapport GGZ 2014, NZa. Het verschil is te verklaren door het ontbreken van de vrijgevestigde zorgverleners in onze analyse en mogelijk een net andere selectie van instellingen die overwegend curatieve GGZ leveren.

¹⁶ Een instelling wordt beschouwd als "gespecialiseerd" wanneer deze zich enkel richt op één of twee van de volgende aandoeningen: verslavingen, persoonlijkheidsstoornissen, interculturele problematiek (trauma, immigratie, etc.), begeleiding bij kanker, doven en slechthorenden, gezinsbegeleiding, arbeidsgelerateerde psychische klachten, ouderen GGZ of een combinatie met somatische problematiek.

Daarnaast is bij het onderdeel van deze studie over kwaliteit ook de indeling klinisch versus ambulant gebruikt om groepen met enigszins vergelijkbare typen cliënten te creëren (tabel 1).

TABEL 1

Aantal geïncludeerde instellingen per type 2013

Omvang en specialisatie	Aantal klinisch en ambulant	Aantal alleen ambulant	Aantal totaal
Groot algemeen	20		20
Middel algemeen	12	8	20
Middel gespecialiseerd	10	1	11
Klein algemeen	15	18	33
Klein gespecialiseerd	4	15	19
Totaal	61	42	103

Van 2014 is voor circa 80% van de instellingen financiële en operationele data bekend. In januari 2016 ontbreekt van 32 instellingen de rapportage van aantal cliënten en van 25 instellingen het volledige jaarverslag. Hierdoor is er geen informatie beschikbaar over ~20% van de omzet in de sector. Om toch een beeld te geven van de ontwikkeling in 2014 geven we op totaalniveau deze inzichten over 80% van de instellingen. Bij verdiepende inzichten per type instelling geven we de ontwikkeling tot en met 2013 weer.

Voor nadere informatie over deze studie:
Gerhard Wullink
+31 6 22816739
gerhard.wullink@gupta-strategists.nl

