



Landelijk Platform GGz

LPGGz

**ZORGMARKTADVIES**

**rapport**

## **Verbeter zorgsysteem en realiseer bezuinigingen**

28 mei 2013

In opdracht van Landelijk Platform GGz

Opgesteld door ZorgmarktAdvies

## Samenvatting

Beschrijving voorgestelde maatregel	Verwachte besparing (€ mln)
Voorstel 1 - Aanwenden rendement op reserves voor inkoop GGZ	30
Voorstel 2 - Verkleinen bureaucratie GGZ-aanbieders	71
Voorstel 3 - Tegengaan ongewenste prikkels DBC-systematiek	17
Voorstel 4 - Realiseren shared savings met andere ministeries	136
	<b>254</b>

## Voorstel 1 - Aanwenden rendement op reserves voor inkoop GGZ: besparing van € 30 mln

*De minister van VWS kan in een convenant met zorgverzekeraars overeen komen dat zij de jaarlijkse rendementen op hun reserves inzetten voor de inkoop van zorg. Hierdoor ontstaat een extra ruimte van jaarlijks circa € 0,3 mld voor de inkoop van zorg. Het aandeel van de GGZ in deze € 0,3 mld is circa € 30 mln. Dit kan worden gerealiseerd zonder dat de collectieve lasten toenemen en zonder dat de reserves van zorgverzekeraars worden aangetast.*

### Toelichting

Zorgverzekeraars moeten wettelijk voldoen aan aanzienlijke solvabiliteitseisen. Per 2012 is de vereiste solvabiliteitsmarge door de DNB verhoogd naar 11% van de bruto schadelast. Dit is een minimumeis. In de praktijk hanteren zorgverzekeraars reserves van minimaal circa 150% van de betreffende eis.

Het is op zichzelf verstandig dat zorgverzekeraars zorgvuldig opereren. Voorwaarde is dan wel dat het jaarlijkse rendement dat wordt gerealiseerd op deze reserves wordt ingezet voor financiering van de zorg. Aangezien zorgverzekeraars inmiddels ruimschoots voldoen aan de aangescherpte solvabiliteitseisen is er ook financiële ruimte om vanaf nu het jaarlijkse rendement op de reserves in te zetten voor de inkoop van zorg.

Op grond van DNB cijfers schatten wij in dat de vermogens van zorgverzekeraars ultimo 2011 ongeveer € 7,7 mld bedragen. Hoewel het (beleggings)rendement op de betreffende reserves onzeker is, mag verwacht worden dat zorgverzekeraars gemiddeld een rendement realiseren van circa 4% (de overheid veronderstelt dit rendement ook voor particulieren). Uitgaande van € 7,7 mld is dit een rendement van jaarlijks circa 0,3 mld. Indien zorgverzekeraars dit rendement vanaf nu volledig inzetten voor de inkoop van zorg, dan ontstaat er 0,3 mld extra financiële ruimte, zonder dat de zorgpremies verhoogd hoeven te worden.

We stellen voor dat de minister van VWS een convenant met zorgverzekeraars overeenkomt waarin zorgverzekeraars zich committeren aan het aanwenden van de € 0,3 mld financiële ruimte voor de inkoop van zorg. Concreet betekent dit dat het BKZ niet met € 3,0 mld hoeft te worden verlaagd, maar met € 2,7 mld<sup>1</sup>. Het aandeel van de GGZ in deze € 0,3 mld is circa € 30 mln.

---

<sup>1</sup> Deze € 0,3 mld is feitelijk geen collectieve last. De reserves zijn immers ontstaan omdat we in het verleden al relatief hoge collectieve lasten hebben betaald (om deze reservevorming te financieren). Om dubbel telling te voorkomen, moet het budgettair kader zorg (BKZ) hiervoor gecorrigeerd worden. Het BKZ heeft immers alleen betrekking op collectieve lasten. Om dubbel telling te voorkomen moet het BKZ (structureel) met 0,3 mld worden verhoogd. Of anders gezegd: de bezuinigingsdoelstelling van € 3,0 mld moet worden geconcretiseerd met een verlaging van het BKZ met € 2,7 mld.

## Voorstel 2 - Verkleinen bureaucratie GGZ-aanbieders: besparing van € 71 mln

*Tussen GGZ-instellingen bestaan grote verschillen wat betreft de overhead. Het verlagen van de overhead en het verkleinen van de verschillen in overhead kunnen een substantiële besparing opleveren. Als de GGZ-sector het gemiddelde overheadpercentage weet te verlagen met 2,0%-punt door alleen te snijden in de overhead en de facilitaire functies dan levert dat € 71 mln op. Het is aan de zorgverzekeraars en de zorgkantoren om deze potentiële besparing via de zorginkoop daadwerkelijk te realiseren. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen hierbij richting de GGZ-aanbieders een gedifferentieerde aanpak hanteren.*

### Toelichting

Onderstaande tabel geeft inzicht in de overhead in de GGZ. Bijlage 1 bevat een uitgebreidere tabel waarin de overhead van de GGZ-sector wordt vergeleken met de overhead in andere zorgsectoren.

	GGZ	
	2010	2011
Totaal aantal werknemers (lonen in € mln)	2.813	2.903
Totaal overhead en facilitaire functies (lonen in € mln)	624	652
Overheadpercentage	22,2	22,5

Bron: CBS Statline

Uit het onderzoeksrapport 'Meer Tijd voor de Cliënt' van Plexus en BKB blijkt dat er tussen GGZ-instellingen grote verschillen bestaan wat betreft de overhead: in 2008 ligt het overheadpercentage tussen de 15% en 30% met uitschieters van 9% aan de onderkant en 39% aan de bovenkant. De grootte van de instelling heeft hier nauwelijks invloed op. Een deel van de verschillen zou verklaard kunnen worden door het zorgaanbod (langdurige zorg versus ambulante zorg). Echter GGZ-instellingen lijken ook zelf invloed te hebben op de omvang van het overheadpersoneel.

Het verlagen van de overhead en het verkleinen van de verschillen in overhead kunnen een substantiële besparing opleveren. Berenschot becijfert voor de GGZ (excl. RIBW) in haar Benchmark Care 2012 dat het gemiddelde overheadpercentage van het op één na beste kwartiel aan GGZ-instellingen 2,0%-punt lager ligt dan het gemiddelde overheadpercentage van alle GGZ-instellingen. Als de GGZ-sector het gemiddelde overheadpercentage weet te verlagen met 2,0%-punt door alleen te snijden in de overhead en de facilitaire functies dan levert dat € 71 mln op (i.c. de loonkosten van overhead en facilitaire functies en daarmee ook de totale loonkosten worden met € 71 mln verlaagd).

	GGZ 2011		Verlaging overhead percentage met 2,0%- punt		GGZ Toekomst		Structurele besparing: € 71 mln
Totaal aantal werknemers (lonen in € mln)	2 903	→		→	2 832	→	
Totaal overhead en facilitaire functies (lonen in € mln)	652				581		
Overheadpercentage	22,5				20,5		

Het ministerie van VWS kan voor 2014 het macrokader voor de curatieve GGZ en de AWBZ-middelen voor de GGZ in totaal verlagen met € 71 mln. Het is aan de zorgverzekeraars en de zorgkantoren om de potentiële besparing van € 71 mln via de zorginkoop daadwerkelijk te realiseren. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen hierbij richting de GGZ-aanbieders een gedifferentieerde aanpak hanteren.

### Voorstel 3 - Tegengaan ongewenste prikkels DBC-systematiek: besparing van € 17 mln

*Door de daadwerkelijke tijdsinzet bij GGZ DBC's verplicht op de factuur te vermelden, worden zorgverzekeraars in staat gesteld om ongewenste prikkels van de DBC-systematiek in de GGZ tegen te gaan en een besparing te realiseren van ongeveer € 17 mln.*

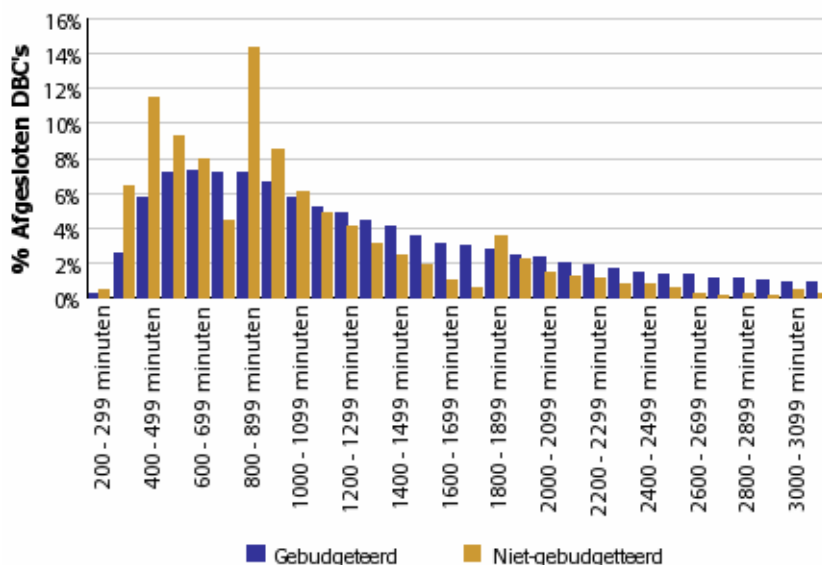
#### Toelichting

De huidige DBC-systematiek in de GGZ is in belangrijke mate afhankelijk van de tijdsinzet van behandelaars. De werkelijk ingezette tijd is daarbij niet zichtbaar op de factuur. Er zijn harde tijdsgrenzen (800, 1.800, 3.000 en 6.000, 12.000 en 18.000 minuten) die de hoogte van het tarief bepalen. Een paar minuten extra behandelen kan soms leiden tot circa een verdubbeling van het tarief. Dit geeft behandelaars een prikkel om langer te behandelen om zo net boven een gunstigere tijdsgrens uit te komen. Zie in bijgaande tabel een voorbeeld voor de in 2013 gehanteerde tijdsgrenzen en tarieven voor depressieve stoornissen.

Depressieve stoornissen	
Vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.082,47
Vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.172,60
Vanaf 1.799 tot en met 2.999 minuten	€ 3.992,90
Vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 6.926,64
Vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 13.405,05
Vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 23.527,52
Vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten	€ 33.680,69
Vanaf 24.000 minuten	€ 47.573,33

Vanwege voorgaande worden er bijvoorbeeld rond de tijdsgrens van 800 minuten relatief weinig DBC's afgesloten met een tijdsinzet van 780 minuten, maar relatief veel met een tijdsinzet van 820 minuten. Dit leidt enerzijds tot een relatief hoog tarief voor de geleverde prestatie en anderzijds tot onnodige extra behandel tijd.

#### Verdeling afgesloten DBC's per tijdsklasse in 2009 voor de productgroep depressie



Uit voorgaande figuur uit de marktscan GGZ 2008 – 2011 van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat ook daadwerkelijk relatief veel DBC's worden gedeclareerd waarvan het aantal minuten net boven de tijdsgrens ligt. Dit gebeurt met name bij niet- gebudgetteerde aanbieders. Op grond van deze figuur schatten wij dat circa 8% van de DBC's van niet-gebudgetteerde aanbieders onnodig in een hogere tijdsgrens wordt gedeclareerd. Onze inschatting is dat het financiële effect van onnodig te hoog declareren circa 4% bedraagt van de omzet van niet-gebudgetteerde aanbieders. De totale omzet van niet-gebudgetteerde aanbieders bedraagt in 2012 circa € 429 mln. Het financieel effect van te hoge declaraties bedraagt naar schatting circa € 17 mln.

Dit bedrag kan worden bespaard door zorgverzekeraars. Voorwaarde is dat zorgverzekeraars op de DBC-factuur informatie krijgen over de daadwerkelijk bestede minuten van GGZ-aanbieders. Zorgverzekeraars kunnen dan zorgaanbieders die relatief vaak net boven de tijdsgrens uitkomen, korten op het tarief.

Zorgverzekeraars kunnen nu al bij de inkoopcontracten informatie vragen over de daadwerkelijk bestede minuten. Dit gaat min of meer op vrijwillige basis (als onderdeel van de onderhandelingen bij de zorginkoop). Zorgverzekeraars hebben bij niet-gecontracteerde aanbieders echter weinig mogelijkheden om die informatie af te dwingen. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars de volledige € 17 mln kunnen besparen, adviseren wij de NZa te vragen de GGZ-aanbieders te verplichten om het daadwerkelijke aantal geregistreerde minuten op de factuur te vermelden. Daarnaast adviseren we om de GGZ-aanbieders te verplichten de rekening aan patiënten te sturen zodat ook zij de juistheid van de gegevens kunnen controleren.

NB. Gebudgetteerde aanbieders hadden tot voor kort een aanzienlijk minder grote prikkel om bewust de tijdsgrens te overschrijden omdat ze toch recht hadden op een gegarandeerd budget. Gezien de invoering van prestatiebekostiging per 2013 wordt dit echter ook voor deze groep aanbieders een aandachtspunt.

## Voorstel 4 - Realiseren shared savings met andere ministeries: besparing van € 136 mln

*De GGZ kost veel, maar goede psychische zorg voorkomt ook kosten. GGZ-zorg bespaart naar schatting minimaal circa € 1,36 mld op de domeinen arbeidsmarkt/sociale zekerheid en justitie. Vanwege deze besparing is het reëel dat de betreffende departementen ook meebetalen aan de aan het ministerie van VWS opgelegde bezuiniging. We denken bijvoorbeeld aan een percentage van circa 10% van de kostenbesparing die GGZ-zorg op hun beleidsterrein realiseert. Dit is circa € 136 mln structureel.*

### Toelichting

De GGZ realiseert baten, waar ook andere beleidsdomeinen van profiteren. Op dit moment worden de kosten echter voornamelijk gedragen door het ministerie van VWS. Het is wenselijk dat andere domeinen die profiteren van de GGZ via een shared savings afspraak ook bijdragen aan de kosten. Hieronder is dit uitgewerkt voor de domeinen arbeidsmarkt/sociale zekerheid en justitie.

#### Arbeidsmarkt/sociale zekerheid

Psychische klachten hebben een negatief effect op het domein arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Psychische klachten kunnen enerzijds leiden tot verlies van arbeidsproductiviteit (vanwege verlies van concentratie en energie en vanwege verzuim). Anderzijds kunnen door verzuim kosten ontstaan op het gebied van sociale zekerheid. Op basis van cijfers van de OECD en een artikel van Gustavsson e.a. bedragen de indirecte kosten door psychische ziekten (voornamelijk productieverlies) in Nederland circa 1,3% van het BBP. Dat is circa € 7,8 mld.

#### **Relatie tussen GGZ en arbeidsmarkt/sociale zekerheid**

“Van alle WAO-gevallen is 30 tot 35% het gevolg van een psychische aandoening. Nog eens 20% van de niet-afgekeurde (en dus werkende) beroepsbevolking heeft een psychische aandoening. Rekenen we psychische klachten ook mee, dan heeft ruim 30% van de werkenden psychische problematiek. In 2009 had 63% van de mensen in de Wajong een psychische aandoening. Hetzelfde geldt voor een derde van de mensen die gebruikmaakt van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).” Bron: Vektis

“De GGZ dringt het productieverlies door een ziekte met 13% terug, heeft het Trimbos-instituut berekend. Dit staat gelijk aan een kostenbesparing van een miljard euro.” Bron: Vektis Zorgthermometer, juli 2012. Dit betekent dat met een uitgave van circa € 4 mld aan (curatieve) GGZ een besparing wordt gerealiseerd van 1 mld op het terrein van het ministerie van SZW. Dit betekent overigens ook dat een bezuiniging van het ministerie van VWS van € 100 mln op de GGZ wellicht leidt tot een kostenverhoging bij het ministerie van SZW van € 25 mln.

Vanuit bovenstaande constatering vinden wij het reëel dat het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ook bijdraagt aan de budgettaire problematiek van het ministerie van VWS. Bijvoorbeeld door een financiële bijdrage te geven van 10% van de kostenbesparing van 1 mld die de GGZ-zorg realiseert op het terrein van het ministerie van SZW. Het betreft in dat geval een bedrag van circa € 100 mln. Dit betekent dat het ministerie van SZW met € 100 mln bijdraagt aan de VWS-taakstelling van € 3,0 mld.

## Justitie

Een belangrijk deel van de mensen in detentie heeft een psychische stoornis. Denk bijvoorbeeld aan een verslaving en/of een psychose. Uit onderzoek van Bulten en Nijman uit 2009 blijkt dat 56,5% van de gedetineerden een psychische stoornis heeft (verslaving meegerekend). Van de gedetineerden had 81,7% ooit een psychische stoornis.

### **De kosten van GGZ-zorg vergeleken met de kosten van detentie**

De gemiddelde kosten van curatieve GGZ bedragen in 2010 circa € 3.333,- per cliënt per jaar (eerste en tweede lijn)<sup>2</sup>. De kosten van detentie bedragen daarentegen gemiddeld € 247,- per dag in 2012 (info Dienst Justitiële Inrichtingen). Voor een volledig jaar is dat circa € 90.000. Daarnaast zijn er kosten vanwege schade van misdrijven, kosten van opsporing en kosten van rechtspraak. De kosten voor gedetineerden met psychische stoornissen zullen gemiddeld overigens hoger zijn dan € 90.000 op jaarbasis, omdat zij idealiter ook tijdens detentie psychische zorg ontvangen (voor circa de helft van de betreffende gedetineerden was dit in 2009 overigens niet het geval).

Helaas zijn er geen goede cijfers bekend over de mate waarin GGZ-zorg uitgaven op het domein justitie voorkomt. Wel is een onderzoek bekend naar het specifieke effect van verslavingszorg. “Elke zorgeuro die wordt besteed aan verslavingszorg en forensische zorg voor verslaafden, levert volgens sommige berekeningen een besparing van € 2,13 op aan maatschappelijke kosten, zoals daar zijn de inzet van politie en justitie en uitkering van schadeverzekeringen.” Bron: GGZ NL 2012.

De kosten van forensische zorg worden overigens al gedragen door het ministerie van Veiligheid en Justitie. Maar ook binnen de Zorgverzekeringswet heeft een substantieel deel van de kosten betrekking op verslavingszorg. Uit cijfers van DBC Onderhoud blijkt dat circa 44.000 DBC's in 2010 betrekking hebben op verslavingszorg. De gemiddelde kosten van DBC's in de GGZ bedragen € 3.900. Het bedrag voor verslavingszorg in de Zorgverzekeringswet betreft daarmee ongeveer € 170 mln.

Uitgaande van eerder genoemde onderzoek leidt de uitgave van € 170 mln aan verslavingszorg tot een besparing van circa € 362 mln aan maatschappelijke kosten, waarvan het grootste deel terecht komt op het domein van justitie. Vanuit deze overweging vinden wij het reëel dat het ministerie van Veiligheid en Justitie ook, bijvoorbeeld voor 10% bijdraagt, aan de budgettaire problematiek van het ministerie van VWS. Het betreft een bedrag van circa € 36 mln. Dit betekent dat het ministerie van Veiligheid en Justitie met € 36 mln bijdraagt aan de VWS-taakstelling van € 3,0 mld.

---

<sup>2</sup> De totale kosten voor curatieve GGZ bedragen in 2010 circa € 3.956 mln. Er werden 1.186.914 cliënten geholpen. Bron: Marktscan en beleidsbrief GGZ, NZa, februari 2013.



## Bijlage 1 - Overhead in de zorg

	Alg. Zkh		GGZ		GHZ		VV&T	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Totaal aantal werknemers (aantal banen)	193.420	195.640	83.650	84.440	163.830	166.380	421.520	429.580
Totaal overhead en facilitaire functies (aantal banen)	59.150	59.060	20.510	20.520	24.700	24.130	96.260	95.510
Overheadpercentage	30,6	30,2	24,5	24,3	15,1	14,5	22,8	22,2
Totaal aantal werknemers (aantal arbeidsjaren)	133.220	135.110	63.020	63.470	100.960	103.270	220.090	224.290
Totaal overhead en facilitaire functies (aantal arbeidsjaren)	39.160	39.230	15.060	15.040	16.020	15.610	50.950	50.560
Overheadpercentage	29,4	29,0	23,9	23,7	15,9	15,1	23,1	22,5
Totaal aantal werknemers (lonen in € mln)	5.503	5.717	2.813	2.903	3.615	3.822	7.861	8.123
Totaal overhead en facilitaire functies (lonen in € mln)	1.412	1.465	624	652	577	599	1.826	1.826
Overheadpercentage	25,7	25,6	22,2	22,5	16,0	15,7	23,2	22,5

Bron: CBS Statline