

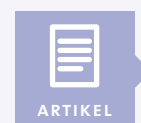
Op weg naar een duurzame ggz; een beleidsperspectief

P.P.T. JEURISSEN, B.A. RAVESTEIJN, R.T.J.M. JANSSEN, M.A.C. TANKE

- ACHTERGROND** Na een decennium van ruime budgettaire groei moet de geestelijke gezondheidszorg (ggz) het sinds 2012 doen met aanzienlijk minder financiële ruimte. De combinatie van de hoge prevalentie van psychische aandoeningen en minder beschikbare middelen vraagt om meer doelmatigheid in de zorgverlening.
- DOEL** Suggesties doen voor doelmatiger zorgverlening binnen de huidige stelsels (curatief, langdurige zorg en maatschappelijk domein), waarbij meer onderscheid tussen lichtere en ernstigere psychische aandoeningen nodig is.
- METHODE** Analyse van relevante beleidsonderzoeken en wetenschappelijke artikelen.
- RESULTATEN** Voor de aanpak van de lichtere aandoeningen is (meer) focus op integrale basiszorg en e-health nodig. Dit kan deels worden bekostigd door de belanghebbenden, onder wie werkgevers. Bij de ernstig psychische aandoeningen is er meer substitutie van intramuraal door (geïntegreerde) ambulante zorg nodig. Daarvoor is een majeure transitie nodig: lagere uitgavengroei én herordering van het zorglandschap.
- CONCLUSIE** Een duurzame ggz is onlosmakelijk verbonden met een effectieve doelmatigheidsagenda. Dit impliceert een forse transitie, maar lijkt in beginsel inpasbaar in het huidige zorgstelsel. Wel is er meer aandacht nodig voor coördinatievraagstukken over de verschillende domeinen heen en minimalisering van de administratieve lasten. De bekostiging moet beter aansluiten bij e-health, collaborative care, casemanagement en de beste aanbestedingswijzen van zorg (best-practice pathways).

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 683-687

TREFWOORDEN budget, doelmatigheid, ggz



Elk jaar wordt circa 20% van de Nederlanders geconfronteerd met psychische klachten en aandoeningen. De ziektelast is hoog, vooral voor ernstige psychische aandoeningen (EPA). Een derde van alle volwassenen met een psychische stoornis krijgt in een zeker jaar enigerlei vorm van psychische hulp. Bij ongeveer 60% van deze trajecten is de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) betrokken (Verbeek e.a. 2014, p. 22).

De relatieve kosten voor ggz zijn in de afgelopen jaren gestegen, van 9,8% van de totale zorguitgaven in 2003, naar 11,1% in 2012. Dit staat gelijk aan circa 1% van het bruto binnenlands product (BBP). In ons land waren er vooral tussen 2008-2011 aanzienlijke overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Deze werden voorna-

melijk veroorzaakt door volumegroei, met name door de snelle stijging van het aantal ambulante contacten en in mindere mate door stijging van het aantal dagen beschermd wonen en de bezetting van de forensische centra (Veerbeek e.a. 2014).

Hoe dit te duiden? Omdat de totale maatschappelijke kosten van de psychische aandoeningen (ziekteverzuim etc.) een veelvoud bedragen van de kosten voor behandeling en er nog steeds een behoorlijke behandelkloof bestaat, zou er volgens sommigen een sterke casus bestaan voor extra investeringen (Layard 2006; OECD 2014). Anderen wijzen daarentegen op 'diagnostische inflatie'. In de ggz zouden er onder invloed van veranderende classificatiesystemen en opvattingen steeds meer diagnoses en

stoornissen bijkomen (Polder 2012; Schrijvers 2014). Dit zou kunnen duiden op medicalisering en overbehandeling.

Misschien hebben beide groepen gelijk. Voor sommige groepen patiënten zullen de maatschappelijke opbrengsten, inclusief de (gezondheids)baten, groter zijn dan de behandelkosten, terwijl bij anderen sprake van overbehandeling kan zijn. Dit vraagt om een onderzoeksagenda waarbij men:

1. de toegevoegde waarde van zorg meet;
2. de effecten van (prijs)prikkels in kaart brengt;
3. dit vertaalt naar mechanismen die passende zorg stimuleren en niet-passende zorg ontmoedigen (Janssen e.a. 2012).

In dit artikel beschrijven wij aan de hand van relevant wetenschappelijk en beleidsonderzoek welke uitdagingen moeten worden overwonnen voor een duurzame ggz.

Twee patiëntengroepen

PATIËNTEN MET LICHTERE KLACHTEN

Patiënten met lichtere klachten kennen hoge indirecte kosten. Veel mensen met (lichte) psychische klachten hebben betaald werk. Daarom gaan psychische aandoeningen gepaard met hoge indirecte kosten (verzuim, presentisme, werkloosheid). Vaak zijn deze kosten ook hoger dan de kosten van eigenlijke behandeling (OECD 2014). Psychische klachten gaan bovendien vaak samen met aanzienlijke somatische kosten (Naylor e.a. 2012). Veel lichtere psychische klachten worden nu niet behandeld en kunnen persisteren. Waarom krijgen zo veel mensen dan toch geen behandeling?

Als we abstraheren van de aanzienlijke hoeveelheid klachten die vanzelf overgaan, kan een eerste mogelijke reden liggen in het gebrekkig functioneren van de keten: slechts 61% van de mensen geeft aan dat ze met psychische klachten naar de huisarts gaan; 12% lager dan het OECD-gemiddelde (ibid, p. 63). Het aantal psychische diagnoses binnen de huisartsenpraktijken is tussen 2005 en 2010 desalniettemin met 45% toegenomen (Bijenhof e.a. 2010, p. 10). Dit duidt erop dat de huisarts meer mogelijkheden heeft om patiënten door te verwijzen.

Een tweede mogelijke reden kan van budgettaire aard zijn. De latente vraag naar lichtere psychische hulp is groot en veel gebruikelijke therapieën zijn relatief duur en kunnen daarom niet zonder meer voor rekening komen van de basisverzekering. Bovendien blijkt uit onderzoek dat patiënten in de ggz relatief gevoelig zijn voor prijsveranderingen (Frank 2011). Ondanks de potentiële winsten rondom verzuim en dergelijke blijken werkgevers niet altijd bereid deze kosten voor hun rekening te nemen. Er bestaat dan ook grote behoefte aan betaalbare laagdremp-

AUTEURS

PATRICK JEURISSEN, bijzonder hoogleraar Betaalbaarheid van zorg, Radboudumc, wetenschappelijk adviseur van het ministerie van VWS en directeur Celsus Academie voor betaalbare zorg, Radboudumc, Nijmegen.

BASTIAN RAVESTEIJN, gezondheidseconoom, Harvard Medical School, Department of Health Care Policy, Boston.

RICHARD JANSSEN, hoogleraar Gezondheidseconomie, Universiteit Tilburg.

MARIT TANKE, onderzoeker, Celsus Academie, Radboudumc, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Patrick Jeurissen, Postbus 20.350, 2500 EJ Den Haag.

E-mail: pp.jeurissen@minvws.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-3-2016.

pelige en effectieve behandelingen. In beginsel kunnen deze bijvoorbeeld worden gevonden binnen de eerste lijn en bij toepassing van e-health. De nieuwe basis-ggz valt te zien als een poging om hieraan invulling te geven. Ook e-health biedt goede vooruitzichten om (gestandaardiseerde) zorg te bieden tegen lage kosten voor grote groepen (Lokkerbol 2015). Voor patiënten met comorbiditeit blijkt *collaborative care* in de eerste lijn (combinatie van casemanagement, consultatie, educatie en zelfmanagement op basis van een zorgplan) tot goede resultaten te leiden, inclusief kostenbesparingen (Katon e.a. 2008).

PATIËNTEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen hebben ook hoge directe kosten. Schizofrenie, ernstige depressies en bipolaire stoornissen gaan gepaard met een zeer hoge ziektebelasting. Deze stoornissen raken naar schatting 280.000 Nederlanders. Een kleine 60% krijgt hulp van ggz en verlosingszorg; ruim 15% komt in aanraking met bemoeizorg en (wellicht) de eerste lijn, maar een kwart krijgt geen hulp (Delespaul 2013). Deze groep heeft in de regel comorbiditeit en de levensverwachting is laag. Integrale aanpak van somatische en psychische klachten is een belangrijke opgave voor zorgverbetering, maar geen vanzelfsprekendheid (Brown e.a. 2015). Zo vinden de psychiatrische en de somatische behandeling vaak op verschillende locaties plaats, hetgeen de samenwerking tussen professionals belemmert.

De behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen zoals schizofrenie en bipolaire stoornissen is erg duur. Er is een veelheid van hulpverleners bij betrokken en de zorg is intensief en langdurig. Intensieve zorg in de buurt (casemanagement) is belangrijk voor herstel. Die zorg moet ook beschikbaar zijn buiten kantooruren. In ons land kenmerkt de sector zich juist door relatief veel intramurale zorg en verslavingszorg. Bij effectieve wijkzorg kan de intramurale zorg zich meer beperken tot crisisopnames en beschermde woonvormen (OECD 2014). De internationale trend is dan ook om de bedden capaciteit voor acute episodes in gewone ziekenhuizen te concentreren en klassieke psychiatrische ziekenhuizen te sluiten (Tansella 2010).

De budgettaire groei van de afgelopen 15 jaar is in ons land echter niet benut voor het creëren van een 'zachte landing' bij de afbouw van bedden. Substitutie door ambulante zorg kwam daardoor relatief traag op gang en transitie naar somatische instellingen vond niet plaats. Integendeel zelfs: de capaciteit voor psychiatrie in de algemene ziekenhuizen is tussen 1998 en 2006 met 56% afgenomen (Forti e.a. 2014).

Stelsel en bekostiging

BESTUURLIJKE ORDENING

Nog niet zo lang geleden viel nagenoeg de hele ggz onder de AWBZ. Dit was de resultante van bestuurlijke herschikkingen die tientallen jaren hebben geduurd en pas begin deze eeuw min of meer waren afgerond. Nu, nauwelijks tien jaar later, kampt de ggz met een van de meest gefragmenteerde bestuurlijke ordeningen in de zorg. De Zorgverzekeringswet financiert de eerste 3 jaar van de gespecialiseerde behandelingen, de basis-ggz, de geneesmiddelen en de kosten van comorbiditeit. De Wet langdurige zorg (Wlz) financiert verblijf met behandeling dat langer duurt dan 3 jaar. Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, de beschermde woonvormen en de begeleiding en dagbesteding. Het Rijk financiert de voorzieningen binnen het justitiële circuit.

Het College voor Zorgverzekeringen (cvz; nu Zorginstituut Nederland) becijferde dat de overheveling van de (curatieve) ggz in 2008 naar de Zorgverzekeringswet 1,1 miljard euro heeft gekost, waarvan 500 miljoen euro voor eenmalige administratieve lasten (Bijenhof e.a. 2012, p. 14). Omdat reguliere aanbieders vooralsnog gebudgetteerd bleven, kwam deze overschrijding voor een groot deel op het conto van nieuwe aanbieders. Deze groep heeft inmiddels een marktaandeel van 20% van het aantal behandelingen (GGZ Nederland 2014, p. 14). De keuzemogelijkheden van patiënten en verwijzers zijn derhalve behoorlijk toegenomen.

BEKOSTIGING GERICHT OP VOLUME

In de ggz is het lastig om op basis van de diagnose een schatting te maken van de te verwachten behandelkosten (Van Os 2014). Vooral de intensiteit van de extramurale hulpbehoefte wisselt sterk. De kosten van intramurale zorg zijn beter in te schatten. Bekend is verder dat de kosten zeer scheef verdeeld zijn: de meeste kosten komen op het conto van een klein deel van de patiënten. Dit bemoeilijkt de ontwikkeling van een adequate risicoverevening.

Vanaf 2008 wordt de curatieve ggz bekostigd met diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Verzekeraars liepen daarover geen risico, waardoor de daaropvolgende kostenstijging voorspelbaar was. In 2010 werd vervolgens ook de bekostiging van de langdurige ggz aangepast. Budgetfinanciering werd vervangen door bekostiging op basis van zorgzwaarte. Beschikbare middelen werden gekoppeld aan werkelijke productie. Ook hiervan ging een opdrijvende werking uit, terwijl tegelijkertijd de zorgzwaarte toenam. Tussen 2011 en 2014 is het aantal patiënten met een intramurale indicatie met 30% gestegen (NZa 2014, p. 21).

TEGENKRACHTEN DOOR STIJGENDE KOSTEN

De stijgende kosten riepen tegenkrachten op die, meer dan bij de somatische zorg, leidden tot pakketmaatregelen en tot hogere eigen betalingen. In 2009 zijn hypnotica en sedativa grotendeels uit het pakket gehaald. In 2010 stelde het cvz dat psychoanalyse niet meer tot het basispakket behoort. In 2012 werd de curatieve ggz geconfronteerd met een aantal substantiële besparingsmaatregelen: een specifieke eigen betaling van 200 euro (in 2013 weer afgeschaft); hogere eigen bijdragen voor verblijf, eerstelijnspsychologie en e-health; aanpassingsstoornissen uit het pakket en een generieke korting op de tarieven. Bovendien behoorde ook de behandeling van werk- en relatieproblemen volgens het cvz niet tot het verzekerde pakket.

Het gevolg van al deze maatregelen was dat de kosten voor de curatieve ggz daalden met 4% tot 4,1 miljard euro in 2012. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde curatieve ggz daalde met 8% een stuk sneller (NZa 2014, p. 7). Daarbij stegen volgens de NZa de prijzen bij de gebudgetteerde aanbieders; bij de niet-gebudgetteerde aanbieders daalden de prijzen juist verder tot 87% van het maximumtarief. De totale uitgaven van de gebudgetteerde aanbieders daalden met 2,5%, die van de niet-gebudgetteerde aanbieders met 10,4% (ibid, p. 30). De gevestigde aanbieders hebben hun marktpositie dus beter weten te beschermen.

In 2012 is een bestuurlijk akkoord afgesloten dat weliswaar een kleine groei mogelijk maakt, maar met een macrobeheersingsinstrument om eventuele overschrijdingen automatisch te compenseren. Een belangrijke wens van de sector was daarbij de afschaffing van de specifieke eigen betalingen. Sinds 2013 heeft ook de zorginkoop meer

aandacht gekregen. Vooral de voorheen niet gebudgetteerde aanbieders worden relatief vaak niet gecontracteerd. In de langdurige zorg is er nog wel groei. De uitgaven in de AWBZ stegen tussen 2008 en 2012 met 36%. Dit komt door een combinatie van én hogere zorgzwaarte én meer contractering van het beschermd wonen.

CONCLUSIES

Wij concluderen dat een duurzame ggz onlosmakelijk verbonden is met een effectieve doelmatigheidsagenda. De ggz zal niet zomaar kunnen blijven doorgroeien. Met meer doelmatigheid kan extra capaciteit worden vrijgemaakt om aan noodzakelijke zorgbehoeften te voldoen. Wij suggereren om daarbij onderscheid te maken tussen lichtere en ernstigere aandoeningen. Voor lichtere aandoeningen zijn integrale basiszorg en e-health cruciaal. Hier kan men ook zoeken naar meer financiering door belanghebbenden (werkgevers). Bij de ernstiger aandoeningen dient geïntegreerde en gespecialiseerde zorg in de wijk samen te gaan met minder bedden. In beide gevallen zijn (meer) verbindingen met de somatische zorg belangrijk.

Het hoeft geen verbazing te wekken dat dit behoorlijk aansluit bij de 'geest' van het Hoofdlijnenakkoord uit 2012. Voor zover daarin de stem van de professionals is verwoord, mag een zeker draagvlak worden verwacht. Het mag desalniettemin ook duidelijk zijn dat dit gepaard gaat met majeure transitieproblemen. Zo is de koppeling tussen het medisch georiënteerde deel, bekostigd binnen de Zorgverzekeringswet, en de meer sociale oriëntatie die ten grondslag ligt aan de Wet maatschappelijke ondersteuning

(Wmo), bekostigd door de gemeenten, een forse uitdaging. Kan het huidige stelsel waarin de ggz geen eigen bestuurlijke ordening meer kent, maar waar het karakter van de zorg (curatief, langdurend, sociaal, etc.) bepaalt waar de zorg wordt ondergebracht (Zorgverzekeringswet, Wlz, Wmo, etc.) zo'n transitie accommoderen? Dat hangt in ieder geval af van een drietal opgaven.

- Op de eerste plaats dient men te zorgen voor voldoende regie tussen de verschillende domeinen, zodat afwenteleffecten hanteerbaar blijven. Het is vooralsnog een open vraag of verzekeraars deze rol invullen, dan wel dat vanuit het aanbod of de professie deze rol wordt opgepakt.

- Op de tweede plaats lopen de transactiekosten van de parallelle bestuurlijke circuits behoorlijk op, met name voor de geïntegreerde aanbieders die zorg contracteren met zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en met het Rijk; dit vraagt aandacht.

- Op de derde plaats bestaat er behoefte aan bekostigingsvormen die doelmatige behandeling stimuleren. Daarbij denken we aan vormen van populatiebekostiging bij lichtere aandoeningen (op basis van adequate risicoprofielen). Op die wijze ontstaat meer ruimte voor preventie en laagdrempelige e-health. Dit kan wellicht worden ontwikkeld in specifieke 'proeftuinen'.

Nadere analyses zijn nodig naar patronen in patiëntfactoren, behandelfactoren, praktijkvariatie en kosten van patiënten met psychische aandoeningen. Op basis van de beste aanbiedingswijzen van zorg (*best-practice pathways*) kunnen dan nieuwe bekostigingsvormen worden ontwikkeld.

LITERATUUR

- Bijenhof AM, Folkertsma MA, Kommer GJ, Slobbe LJC, Polder JJ. Kostenontwikkeling GGZ. Kosten van Ziekten Notities 2012-1. Bilthoven: RIVM; 2012.
- Brown JD, Barrett A, Hourihan K, Caffery E, Ireys HT. State variation in the delivery of comprehensive services for Medicaid beneficiaries with schizophrenia and bipolar disorder, *Community Ment Health J* 2015; 51: 523-34.
- Delepaul en de Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 55: 427-37.
- Forti A, Nas C, Frankx G, van Geldrop A, Petronea I, van Strien Y, e.a. Mental Health Analysis: the Netherlands, *OECD Working Papers* 73; 2014.
- Frank RG. Economics and mental health: An International Perspective. In: Glied S, Smith PC (red.) *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press; 2011.
- GGZ Nederland. Sectorrapport ggz 2012. Feiten en cijfers over een sector in beweging, Utrecht: GGZ Nederland; 2014.
- Janssen R, van Busschbach J. Op weg naar gepaste geestelijke gezondheidszorg. *ESB* 2012; 97: 81-6.
- Katon WJ, Russo JE, von Korff M, Lin EHB, Ludman E, Ciechanowski PS. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: 1155-9.
- Layard R. *Happiness. Lessons from a new science*. Londen: Penguin Books; 2006.
- Lokkerbol J. Rationalization of innovation: the role of health-economic evaluation in improving the efficiency of mental health care. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2015.
- Os J van. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. *Leusden: Diagnosis*; 2014.

- Naylor C, Galea A, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. Londen: The Kings Fund; 2012.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014. Utrecht: NZa; 2014.
- OECD. Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care. OECD Health Policy Studies. Parijs: OECD Publishing; 2014.
- Polder JJ. De Gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder én zieker worden? Amsterdam: Reed Business; 2012.
- Tansella M. Alternatives to standard acute inpatient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. Br J Psychiatry 2010; 197: 51-53.
- Veerbeek M, Knispel A, Nuijen J. GGZ In Tabellen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.

SUMMARY

Towards a sustainable, cost-effective mental health care; a policy perspective

P.P.T. JEURISSEN, B.A. RAVESTEIJN, R.T.J.M. JANSSEN, M.A.C. TANKE

BACKGROUND After a decade of robust growth in spending, Dutch mental healthcare is on a more stricter budgetary path since 2012. High prevalence of illness and limited spending, imply the need for efficient mental healthcare delivery.

AIM To advise how mental health care can be managed more efficiently. There will also have to be more differentiation between mild and serious psychiatric illnesses.

METHOD Review of academic articles and policy studies.

RESULTS With regard to the treatment of fairly common disorders, more attention needs to be given to integrated basic care and e-health. Employers and stakeholders can perhaps play a role in financing some of these services. Severe mental disorders can be handled more often on an integrated ambulatory basis setting than only in a hospital setting, while scaling down inpatient capacity. These steps would represent a major transition and would require spending cuts and a change in the provider 'landscape'.

CONCLUSION Sustainable mental healthcare is inseparably linked to an agenda that provides value for money and it implies a major transition. However, in principle, it should be possible to fit these changes into the current system of governance. More attention needs to be given to coordination between the various domains, and to a reduction in administrative costs. Reimbursement methods should align e-health, collaborative care, case-management and best-practice pathways.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 683-687

KEY WORDS budget, efficiency, mental health care