



# Healthcheck

**Ontwikkelingen binnen de  
Healthcheck GGZ**



22-07-2019

# Inhoudsopgave

Voorwoord **4**

Bevindingen 2018 - GGZ **6**

Zorgkosten **9**

Zorgkosten minder hard gegroeid, mede door decentralisatie **10**

Toekomstbestendigheid van de GGZ blijvend onder druk ondanks de stijging van de omzet **12**

Personeelstekort **14**

Kosten stijgen relatief harder dan omzet **15**

Personeelstekort: omvang van het probleem en impact **16**

Internationaal **18**

Uitgaven GGZ boven het OECD-gemiddelde **19**

Nederland presteert relatief goed op uitkomstindicatoren **22**

## Blijvende druk

26

Personeelstekorten niet op korte termijn opgelost

27

Meer met minder: ondanks beperkte groeirimte budgetdruk op GGZ-instellingen tot 2021

28

## Organiseren

30

Niets doen is geen optie: transformatie van de GGZ is noodzakelijk

30

Digitalisering is essentieel onderdeel in anders organiseren

32

(Internationale) voorbeelden laten zien dat het anders kan

34

## Bijlagen

38

## Contact

42

## Voor u ligt onze **GGZ Healthcheck publicatie** over 2018

Met deze eerste editie willen wij u een compact en inhoudelijk beeld geven van de financiële stand van zaken in de GGZ. We kijken terug en we kijken vooruit. We delen onze bevindingen over de financiële knelpunten in de GGZ, onze visie op oplossingen voor de toekomst en concrete stappen om daar te komen.



# Voorwoord

De houdbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland staat onder druk. Het lijkt erop dat vooral de grotere (integrale) GGZ-instellingen zorg moeten leveren onder grote financiële druk. Ze zitten gevangen in het huidige systeem van omzetplafonds en prijsplafonds, waarbij een afspraak gemaakt wordt over de maximale gemiddelde prijs per patiënt. De marges waren de afgelopen jaren beperkt. De financierbaarheid van een aantal ieders is uitdagend. Dit is niet alleen zorgelijk voor het hier en nu, maar vormt ook een risico voor de toekomstbestendigheid en transformatiekracht van de Nederlandse zorg. We zien dat aanbieders moeite hebben om noodzakelijke innovaties te bekostigen of hun primaire proces te herontwerpen. Noodzakelijke (IT)-investeringen om de transitie richting de toekomst te kunnen maken zijn niet altijd mogelijk. Naast de financiële druk zien we ook spanning op de operationele processen door het toenemende personeelstekort bij aanbieders. We worden steeds vaker geconfronteerd met wachttijden, te hoge werkdruk op de crisisdienst en het sluiten van klinieken. Dit baart zorgen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Ondanks de wachttijden is de toegankelijkheid van de GGZ door de komst van de POH-GGZ en Basis GGZ verbeterd: meer bereik en minder stigma. Transformatie naar de GGZ van de toekomst is noodzakelijk. Er is een ander perspectief nodig, zowel in de benadering van de patiënt (focus op gezondheid in plaats van ziekte), als in de wijze van het organiseren van de zorg, waarbij technologie een cruciale rol speelt. We zien dat er al mooie stappen worden gezet op het gebied van zorg in de wijk en technologische innovaties, zoals e-health en behandeling met behulp van gamification. Het gaat echter veel te traag. Verdere invulling van de ambities vraagt om een ware transformatie van de bestaande GGZ. De oplossingen voor de toekomst moeten gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken. Die helpen om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten en de nieuwe mogelijkheden meer ruimte te geven. Het anders organiseren van de zorg is daarom niet alleen onontkoombaar, maar ook gewenst. Daarvoor zijn regie op de transitie, decentrale initiatieven en ruimte voor investeringen in onder andere digitale oplossingen nodig om de noodzakelijke veranderingen te realiseren.

We hopen dat deze publicatie inspireert om de volgende stappen te zetten om ons zorglandschap toekomstbestendig te maken.



**Dr. Karin Lemmens**  
Director KPMG Health



**Marlies Prins**  
Director KPMG -  
Corporate Finance

# Bevindingen 2018 - GGZ



## Conclusie terugkijkend

### Zorgkosten

**Zorgkosten minder hard gestegen, GGZ-instellingen afgelopen jaren financieel onder druk**

- Zorgkosten groeien minder hard dan het bruto binnenlands product (bbp) door onder andere decentralisatie (netto effect).
- Toekomstbestendigheid GGZ-instellingen staat onder druk; in 2018 is sprake van een afname van het operationeel resultaat ondanks de stijging in de omzet.
- Daarnaast staat de financierbaarheid nog altijd onder druk en door het beperkte verdienvermogen zijn de mogelijkheden om te investeren beperkt.

### Personeelstekort

**Toenemend personeelstekort zorgt voor operationele druk**

- Het aantal vacatures voor psychiaters, psychologen en verpleegkundigen nam in april 2018 toe tot ruim 2.340.
- Tekorten per beroepscategorie variëren per functie: Van 7% van het huidige aantal psychologen tot 12% van het huidige aantal psychiaters.
- Tekorten leiden tot oplopende wachttijden, het sluiten van locaties, onveiligheid bij forensische klinieken en afnemende medewerkerstevredenheid.

### Internationaal

**GGZ scoort internationaal goed op uitkomstindicatoren, maar is relatief duur**

- Uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg liggen boven het gemiddelde van andere OECD-landen: 1) Het aantal bedden voor psychiatrie en het aantal psychiaters, psychologen en verpleegkundigen zijn dalende, maar voornamelijk relatief hoog en 2) productiviteitsverbetering is mogelijk middels verdere ambulantisering echter binnen passende randvoorwaarden.
- Tegelijkertijd scoort de Nederlandse GGZ relatief goed op uitkomstindicatoren ten opzichte van andere landen: de totale last die ontstaat door GGZ-problemen, sterfte door zelfdoding en heropnames na crisisopname is relatief laag.



## Conclusie vooruitkijkend



### Blijvende druk

**Personeelstekort niet op korte termijn opgelost én druk op financiële prestaties blijft**

- Het (dreigende) personeelstekort van verpleegkundigen, psychologen en psychiaters is niet op korte termijn opgelost. Een aantal van de beoogde maatregelen realiseert pas over 2-4 jaar het gewenste effect.
- De recent aangekondigde loonsverhoging van 8,38% in de komende 2,5 jaar zet noodzaak vernieuwing in de GGZ verder op scherp.
- De druk op de GGZ budgetten blijft hierdoor bestaan, ondanks een afgesproken volumegroei. Het CPB rekent op een jaarlijkse groei van 3,4%, terwijl de toegestane groei op basis van het hoofdlijnenakkoord gemiddeld 1,0% per jaar is. Per saldo lopen GGZ-instellingen het risico om 2,4% van de zorgvraag niet vergoed te krijgen. Dit betekent mogelijk een kostenstijging van circa EUR 250 miljoen, dan wel tot een toename in de wachtlijsten.

### Organiseren

**Transformatie naar andere organisatie van GGZ-zorg noodzakelijk, door focus op gezondheid in plaats van ziekte ondersteund door technologie**

- Nieuwe perspectieven op organisatie en het benutten van nieuwe mogelijkheden vanuit technologie zijn essentieel om een toekomstbestendige GGZ te creëren.
- De winst moet gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken, onder meer door het zo veel mogelijk digitaliseren van zorgprocessen en backoffice en het bredere terugdringen van administratieve lastendruk. We zien dat mooie stappen worden gezet op het gebied van zorg in de wijk en technologische innovaties.
- (Internationale) voorbeelden laten zien dat het anders kan.







TERUGKIJKEND

# Zorgkosten



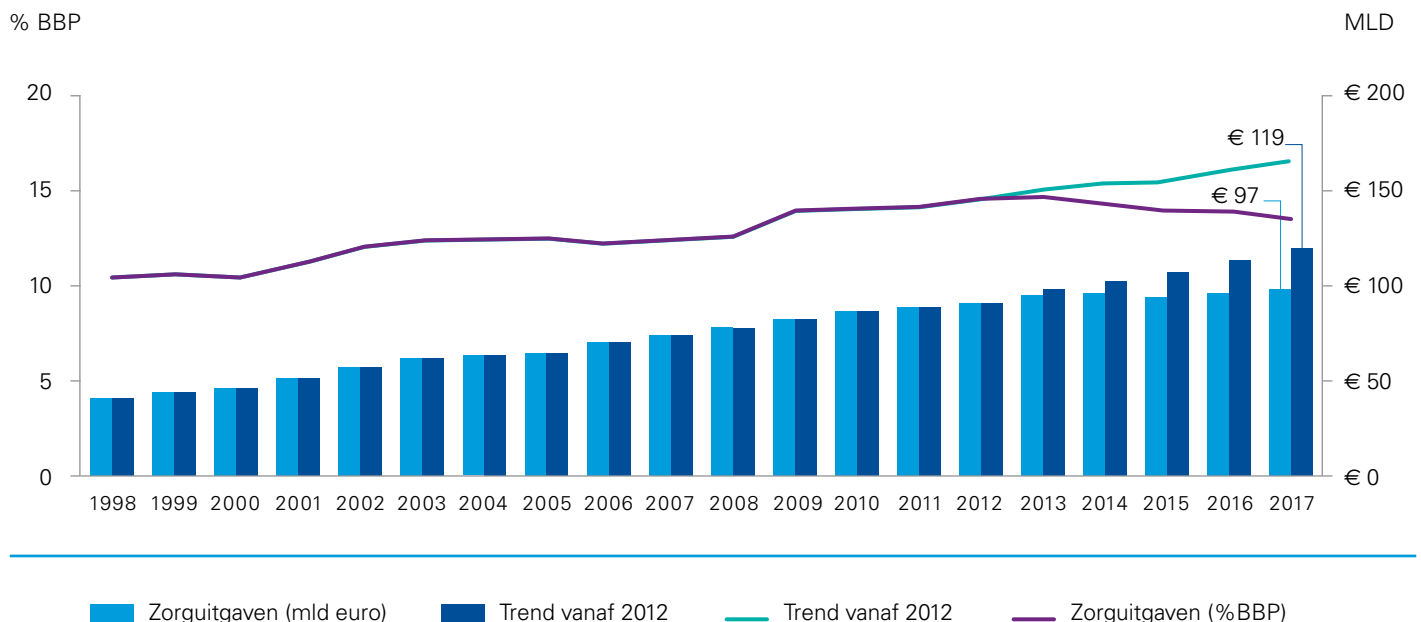
## Zorgkosten minder hard gestegen, GGZ-instellingen afgelopen jaren financieel onder druk

### Zorgkosten minder hard gegroeid, mede door decentralisatie

In absolute zin zijn de totale zorguitgaven in 2017 toegenomen, maar de groei was kleiner dan die van de gehele economie<sup>1,2</sup>. Daarmee zijn de zorgkosten sinds 2012 beteugeld. Mede door de decentralisatie zijn de zorguitgaven minder hard gegroeid dan het bbp. Zonder maatregelen waren de zorguitgaven in 2017 op 16% van het bbp uitgekomen met een absoluut verschil van EUR 22 miljard (zie figuur 1). Verder blijkt dat in 2016 en 2017 de uitgaven aan GGZ minder hard zijn gestegen dan de totale zorguitgaven (zie figuur 2).



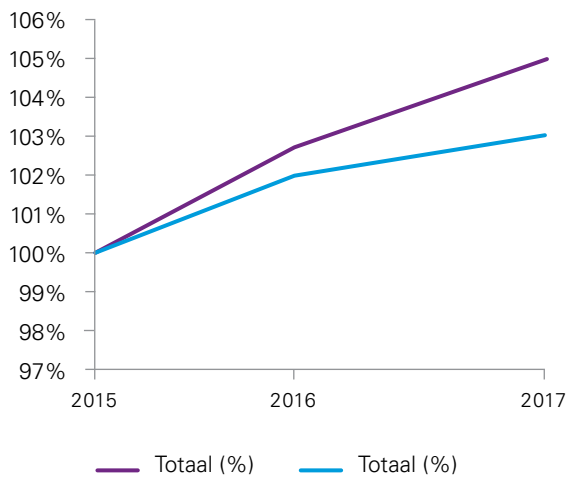
**Figuur 1:** Zorguitgaven minder hard gegroeid dan bbp, verschil met trend voor 2012 €22 mld



<sup>1</sup> Jaarverantwoording in de zorg, FD, CBS, Hoofdlijnenakkoord GGZ 2015-2017, Eerste verkenning effecten hla's

<sup>2</sup> Sample: Grotere aanbieders van GGZ-zorg, waaronder integrale GGZ-aanbieders, verslavingszorgaanbieders, Jeugd-GGZ-aanbieders en aanbieders van ambulante GGZ waarvan de jaarverslagen per 1 juni 2019 beschikbaar waren (zie bijlage 3)

**Figuur 2:** GGZ-uitgaven stijgen minder hard dan totale zorguitgaven (2015 = 100%)



## Nadere toelichting maatregelen en impact op uitgaven GGZ

De diverse maatregelen lijken geleid te hebben tot een minder sterke stijging van de uitgaven in de GGZ. Onderstaand naar financieringsbron een overzicht van de ontwikkelingen die een impact hebben gehad op de zorguitgaven:

1. Zvw: (1) hoofdlijnenakkoord GGZ 2015-2017 - max. groei 1% per jaar (2) plafonds zorgverzekeraars.
2. Wlz: beperkte groei. Vanaf 2016 is er een afname aantal patiënten (ZPP B), mede door het teruglopen van het aantal intramurale Wlz-plekken. Daarbij vindt in de uitgaven een verschuiving plaats van lichtere naar zwaardere pakketten. Dit zijn ook de indicaties met de hoogste absolute omzet (NZa Marktscan). De afbouw van de kapitaalslasten en de invoering van normatieve huisvestingscomponent (NHC) dragen eveneens bij aan de beperkte groei.
3. Wmo: kortingen decentralisaties. Voor de Wmo 2015 raakt dit ook Begeleiding en Beschermd Wonen in de GGZ en vanuit de Jeugdwet ook de aanbieders met aanbod in Jeugd-GGZ.



## Toekomstbestendigheid van de GGZ blijvend onder druk ondanks de stijging van de omzet



### Financieel resultaat

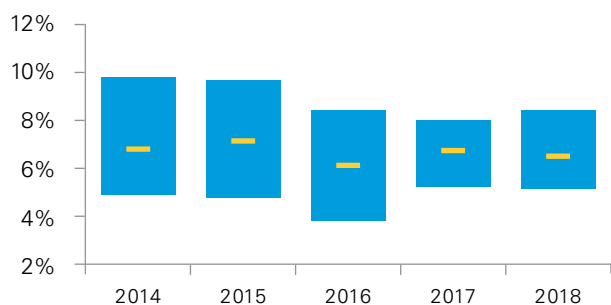
Na de krimp in de omzet van de GGZ in 2016 is voor het tweede jaar op rij herstel van de omzet zichtbaar met een groei van 3,2% in 2018, grotendeels gedreven door hogere zorgopbrengsten (zie bijlage 1 voor omzet ontwikkeling). Ondanks aanhoudende groei is een verslechtering zichtbaar van het operationeel resultaat (gemeten door EBITDA). De geselecteerde GGZ-instellingen rapporteren in 2018 gezamenlijk een EBITDA-marge van 6,7% van de omzet, een verslechtering van 0,7% in vergelijking met 2017 (zie figuur 3). De lagere operationele marge wordt volledig gedreven door een sterke stijging van de personeelskosten, welke ruim 5,0% zijn toegenomen. De overige kosten laten een lichte daling zien van 0,4%.

Na aftrek van kapitaalslasten (afschrijvings- en rentelasten) ontstaat een cumulatief resultaat voor de geselecteerde GGZ-instellingen van 0,9% van de omzet, in vergelijking met 2017 is dit slechts 0,1% lager. Het verschil van 0,6% ten opzichte van de operationele marge wordt voornamelijk veroorzaakt door een verdere terugval van het afschrijvingsniveau.

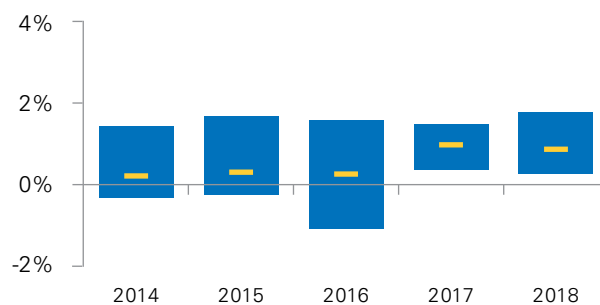
- Hoewel de omzet van de GGZ-instellingen op totaalniveau is toegenomen, laat de spreiding in de omzetsijging (bijlage 1) zien dat in 2015 en 2016 meer dan de helft van de instellingen te maken heeft gehad met een omzetsdaling. Voor 2017 geldt dat de mediane omzets-groei positief wordt, een trend die zich in 2018 heeft doorgezet.
- De spreiding in rentabiliteit is in 2018 groter geworden, wat betekent dat het verschil tussen goed presterende en minder presterende instellingen is toegenomen (zie figuur 4).

De Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) waarschuwt in een zorgnotitie dat financierbaarheid uitdagend is door 'het lage verdienvermogen' van de zorgsector<sup>3</sup>. Met het oog op de noodzakelijke investeringen richting de toekomst is dit een zorgelijke ontwikkeling.

**Figuur 3:** Operationeel resultaat verslechtert (EBITDA), spreiding tussen instellingen neemt toe



**Figuur 4:** Financiële resultaat GGZ-instellingen verslechtert licht in 2018 (rentabiliteit)



<sup>3</sup> NVB. 2017. Rapport Financiering van zorginstellingen

Het beperkte operationele resultaat van de GGZ betekent dat de afgelopen jaren minder geld beschikbaar was voor investeringen of het aantrekken van financiering om investeringen mee te financieren. Dit blijkt ook uit figuur 5 die het verschil weergeeft tussen de afschrijvingskosten en de investeringen (als percentage van de omzet). Hieruit blijkt dat jaarlijks circa 1,5% meer wordt afgeschreven dan wordt geïnvesteerd in de materiële vaste activa ('MVA'). Voor de geselecteerde instellingen betekent het dat cumulatief meer dan EUR 230 miljoen meer is afgeschreven dan geïnvesteerd over de periode 2014 tot en met 2018. In figuur 6 is de afname van de MVA-basis zichtbaar.

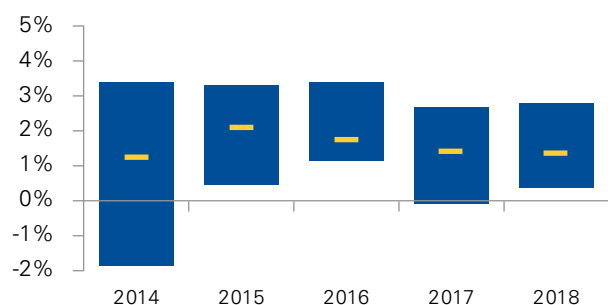
Het achterblijven van het investeringsniveau in combinatie met het verkopen van vastgoed leidt tot een verslechtering van de financiële uitgangsspositie van de GGZ, ondanks dat op het eerste gezicht de solvabiliteitsratio en leverage ratio lijken te verbeteren (zie bijlage 1).

- **Financiële positie:** solvabiliteit laat een jaarlijkse verbetering zien. Deze verbetering wordt voornamelijk gedreven door een verkorting van de balans door een vermindering in vaste activa.
- **Aflossingscapaciteit:** de trend is het sterkst zichtbaar bij de Net Debt-to-EBITDA ratio door een verlaging van de nettoschuld (daling van circa 15% tussen 2014 en 2018). De Debt Service Coverage Ratio schommelt in de periode 2014-2018 tussen de 1,8 en 2,5.

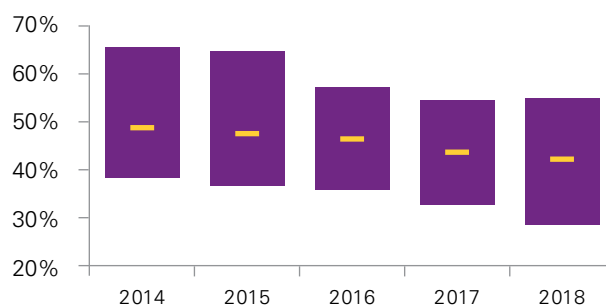
Ondanks deze verbeteringen wordt minder geïnvesteerd, terwijl de benodigde transitie (onder andere op het gebied van digitalisering) vraagt om grote investeringen met een korte afschrijvingsperiode in vergelijking tot vastgoed. Op basis van 2018 heeft EUR 3,1 miljard aan omzet geleid tot EUR 210 miljoen aan operationeel resultaat. De totale rente en aflossingen bedroegen in 2018 EUR 115 miljoen. Dit betekent dat er slechts EUR 95 miljoen aan cashflow beschikbaar is om uit eigen middelen te investeren. Gegeven de afschrijvingslasten van EUR 145 miljoen in 2018, betekent dit dat de MVA verder zullen afnemen. In feite kan het vastgoed in de sector daarmee niet uit eigen middelen op niveau worden gehouden.



**Figuur 5:** De afschrijvingslasten minus de investeringen (% omzet) geeft weer dat jaarlijks substantieel meer wordt afgeschreven dan geïnvesteerd



**Figuur 6:** Materiële vaste activa lopen in 5 jaar sterk terug als percentage van de totale opbrengsten





TERUGKIJKEND

# Personneels- tekort

## Toenemend personeelstekort zorgt voor operationele druk

### Kosten stijgen relatief harder dan omzet

Ondanks het herstel van de omzet in 2018 staan de marges onder druk. De (operationele) winstgevendheid staat onder druk door stijgende personeelskosten (zie figuur 7).

#### Personeelskosten

Tussen 2014 en 2018 zijn de personeelskosten gestegen met een CAGR van 2,5%. Dit is voor een gedeelte toe te wijzen aan de verschuiving naar kosten voor PNIL, welke een steeds groter deel uitmaken van de totale kosten (zie figuur 8). In de periode 2014-2018 zijn de absolute kosten voor PNIL bijna verdubbeld.

Daarnaast lijken de personeelskosten voor staffuncties te stijgen door een toename van de administratieve lasten (zie onderstaand kader)<sup>4,5</sup>. De toename van PNIL kan verklaard worden door het toenemende personeelstekort (zie kader op de volgende pagina). Dit zorgt voor een negatieve spiraal omdat de verschillen tussen het PNIL en de medewerkers in loondienst toenemen, zoals rondom het draaien van diensten en de werkdruk.

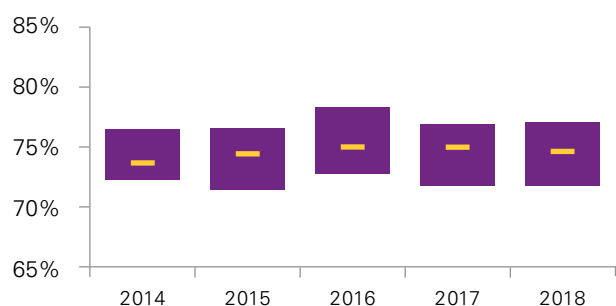
### Toelichting toename administratieve lasten GGZ

De opvatting is breed dat administratieve lastendruk in de zorg te hoog is. In het Actieplan (Ont)Regel de Zorg werken partijen samen om het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professional en patiënt. Het plan volgde mede op het luiden van de 'noodklok' door aanbieders in de GGZ. De transactiekosten zijn toegenomen, vooral in staffuncties, bijvoorbeeld door de uiteenlopende eisen van gemeenten. Dit gaat ten koste van marge.<sup>6</sup>

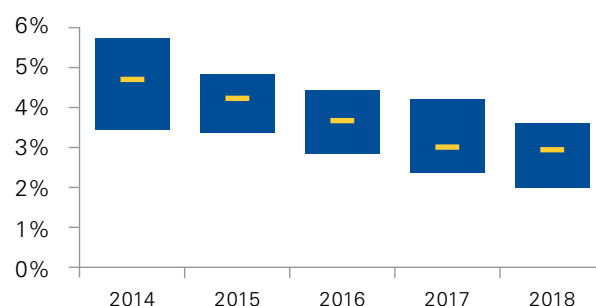


Sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten zijn de administratieve lasten in de GGZ zo hoog geworden, dat zij in het voorjaar van 2016 escaleerden. Ze benoemden dat de transactiekosten zijn toegenomen, vooral in staffuncties, bijvoorbeeld door de uiteenlopende eisen van gemeenten. Dit gaat ten koste van marges.

**Figuur 7:** Personeelskosten als % van omzet



**Figuur 8:** Toename PNIL als % van omzet



<sup>4</sup> Dit hebben we niet aan kunnen tonen op basis van openbare data.

<sup>4</sup> Jaarverantwoording in de zorg

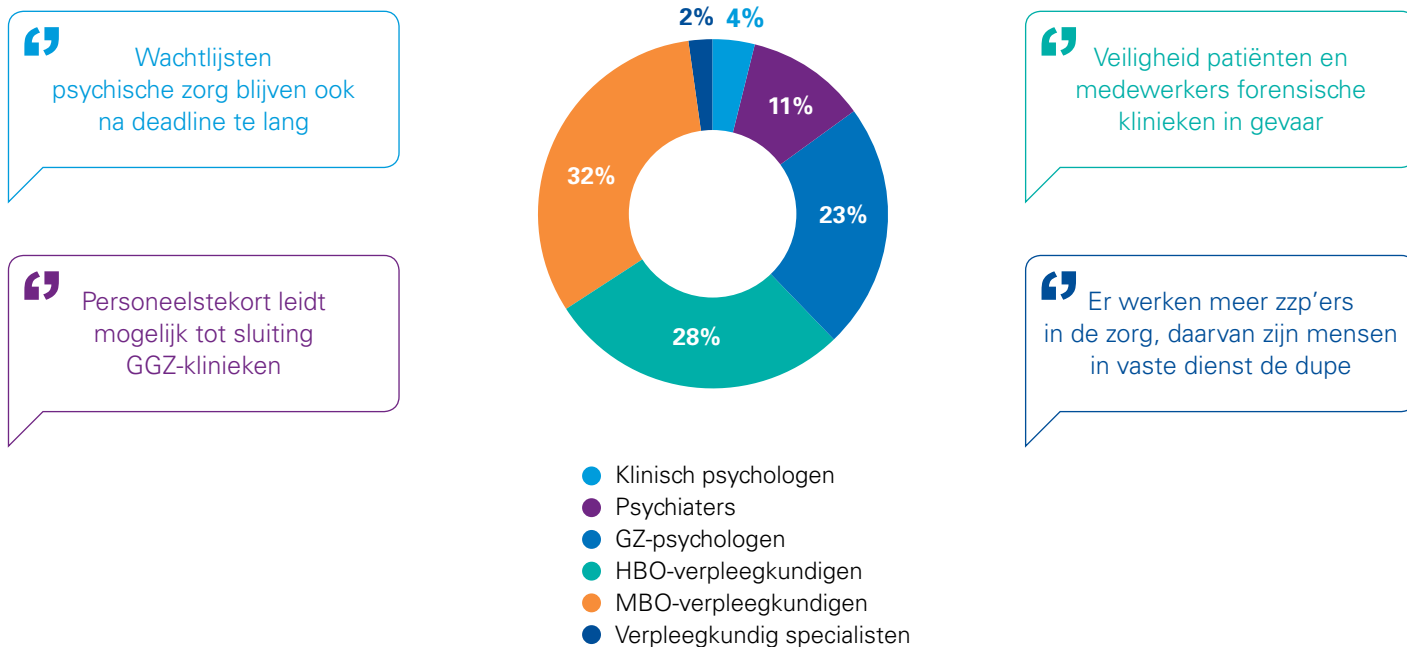
<sup>6</sup> GGZ Nederland. 2017. Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg

## Personeelstekort: omvang van het probleem en impact

Het aantal vacatures voor psychiaters, psychologen en verpleegkundigen nam toe tot ruim 2.340 in april 2018<sup>7</sup>. Operationeel zijn er uitdagingen door de toenemende personeelstekorten. Tekorten per beroepscategorie variëren per functie: 7% van het huidige aantal psychologen (GZ-psychologen en klinisch psychologen), 8% van het huidige aantal verpleegkundigen (MBO-verpleegkundigen, HBO-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) en 12% van het huidige aantal psychiaters. Nederland kent in vergelijking tot andere landen nog altijd relatief veel psychiaters, psychologen en verpleegkundigen (zie pagina 22).



### Tekorten aan GGZ-personeel per eind april 2018



<sup>7</sup> GGZ Nederland, Actieprogramma VWS, NZa, NOS, Skipr, zorgvisie, Medisch Contact, Trouw



## Personeelstekort heeft o.a. volgende impact<sup>8</sup>



Oplopende wachtlijsten



Veiligheidsrisico's



Sluiten van GGZ-locaties



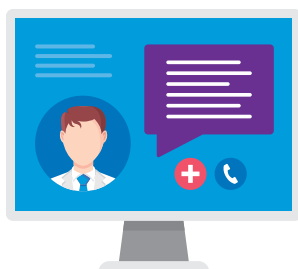
Moeilijk in te vullen diensten



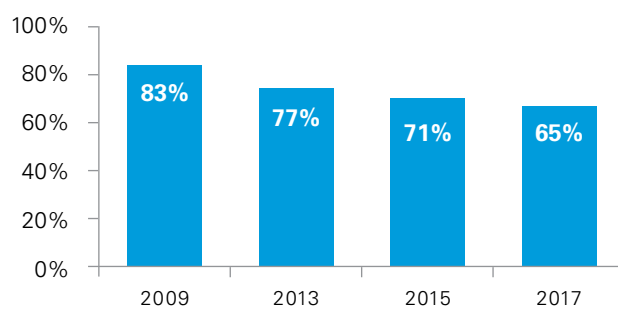
Negatieve impact medewerkertevredenheid en ziekteverzuim

### Steeds meer ZZP'ers<sup>8</sup>

Steeds meer regiebehandelaren werken niet in loondienst maar als vrijgevestigde of ZZP'er. Dit is in lijn met de algehele toename van ZZP'ers in de zorg. Het aantal ZZP'ers steeg ten opzichte van 2013 met 50% van 80.000 naar 121.000.



### Medewerkertevredenheid daalt in periode 2013-2017 met circa 3% per jaar<sup>8</sup>



36% ervaart te hoge werkdruk

49% ervaart te hoge werkdruk

<sup>8</sup> GGZ Nederland, Actieprogramma VWS, NZa, NOS, Skipr, zorgvisie, Medisch Contact, Trouw



TERUGKIJKEND

# Internationaal

## GGZ scoort internationaal goed op uitkomstindicatoren, maar is relatief duur

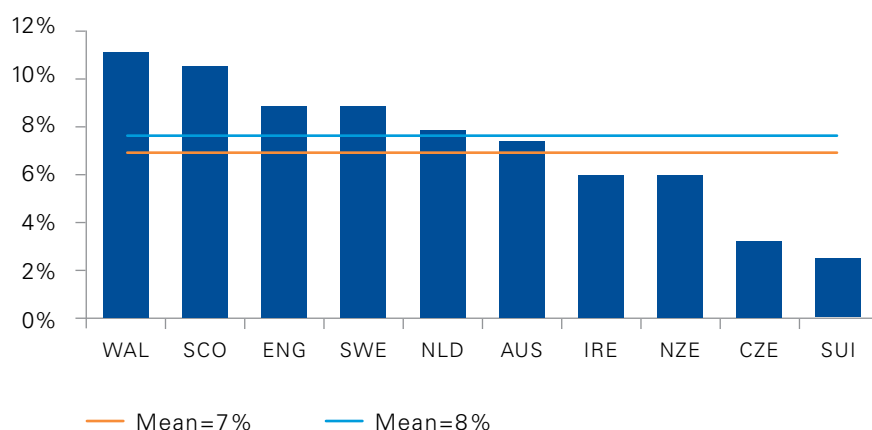
### Uitgaven GGZ boven het OECD-gemiddelde

Nederland geeft meer uit aan GGZ-zorg dan de meeste andere OECD-landen<sup>9,10</sup>. De totale uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg in 2011 bedroegen 10,7% van de totale gezondheidszorguitgaven (zie bijlage 2). Recenter onderzoek<sup>11</sup> door de NHS laat zien dat ondanks een daling in het aandeel van de totale gezondheidszorg-uitgaven naar 7,9%, de uitgaven aan de Nederlandse GGZ echter nog boven het gemiddelde liggen (zie figuur 9).

Alleen kijken naar de uitgaven geeft een te beperkt en eenzijdig beeld van prestaties en mogelijke uitdagingen van de Nederlandse GGZ (zie kader op pagina 20 'Gevolgen onderbehandeling'). Achtereenvolgens geven we mogelijke verklaringen voor de relatief hoge uitgaven aan de Nederlandse GGZ en we kijken naar een aantal uitkomst-indicatoren (Disability-Adjusted Life Years (DALY's), sterftcijfers en heropnames na crisisopname).

Verbetermogelijkheden moeten gezocht worden in de richting van productiviteit (bijvoorbeeld verdere ambulantisering en afbouw intramurale plaatsen) en toegankelijkheid, mits binnen passende randvoorwaarden.

**Figuur 9:** Relatief hoge uitgaven GGZ: 7,9% van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg in 2016/2017



- Mental Health spending averages 7% of overall health spending across the participant group, where data is available.
- Wales and Scotland are the highest proportionate spenders in mental health at 11% of total healthcare expenditure, but against a lower total healthcare expenditure.
- Switzerland is lowest in percentage terms at 3% of total healthcare expenditure, but should be viewed against the backdrop of higher levels of absolute health spending, which are the 2<sup>nd</sup> highest of the participant group.

<sup>9</sup> Ondanks beperkingen van internationale vergelijkingen kunnen deze waardevolle inzichten verschaffen in mogelijke verbeteringen. Bijvoorbeeld door de wijze waarop data wordt verzameld en lokale context, zie ook [kingsfund.org.uk](http://kingsfund.org.uk). De meest recente OECD-data over uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg dateert van 2011.

<sup>10</sup> OECD, Eurostat, The Economist

<sup>11</sup> NHS Benchmarking Network

## Pleidooi om te kijken naar uitkomsten en maatschappelijke impact in de brede zin

Onderbehandeling van patiënten met geestelijke gezondheidsklachten heeft niet alleen gevolgen voor de kwaliteit van leven van patiënten, maar ook voor de economie. Wanneer niet (op tijd) wordt behandeld, leidt dit tot maatschappelijk onwenselijke kosten in de vorm van werkloosheid, ziekteverzuim en criminaliteit, een verlaagde productiviteit en kosten van onnodige medische zorg. Onderzoek laat zien dat elke €1,- gespenseerd aan effectieve behandeling voorkomt dat we €4,24 uit hoeven te geven aan deze maatschappelijk onwenselijke kosten.

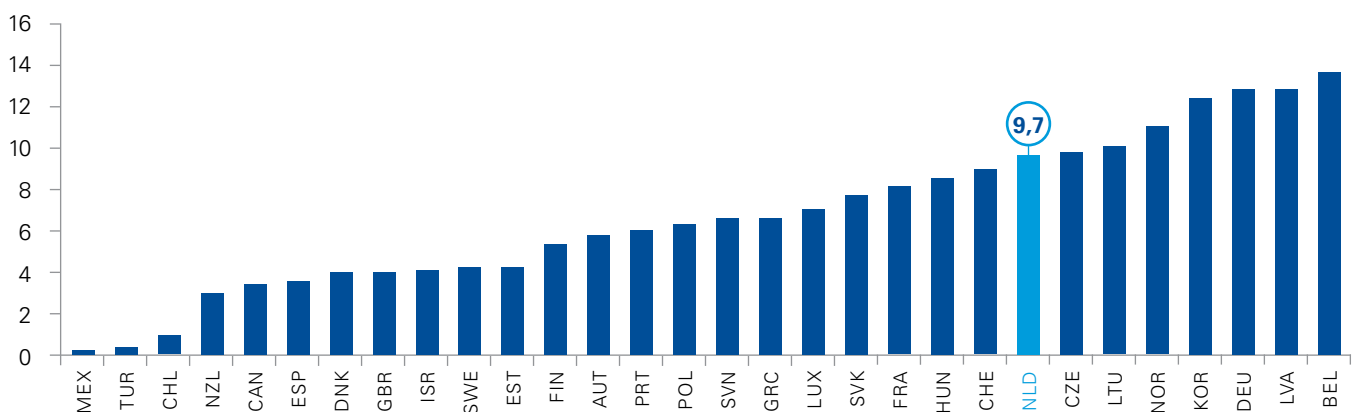
**Bron:** The Economist

### In Nederland wordt relatief veel zorg geleverd vanuit de intramurale setting

Het aantal bedden voor patiënten met psychische problemen in Nederlandse ziekenhuizen en intramurale GGZ-instellingen ligt boven het OECD-gemiddelde (zie figuur 10)<sup>12,13</sup>. Andere databronnen laten zien dat Nederland al verder is in de ambulantiseringsslag met circa 8,3 bedden per 10.000 inwoners, maar internationaal gezien nog steeds achterblijft<sup>14</sup>. Dit ondanks dat het aantal bedden tussen 2009-2016 met ruim 30% is gedaald (zie onderstaand kader) vanuit de gedachte dat patiënten thuis kunnen herstellen. Deze daling duidt op een verschuiving van de intramurale naar de extramurale ambulante setting; de opbouw van de ambulante capaciteit blijft echter achter ondanks goede initiatieven<sup>15</sup>.

Vanuit internationaal oogpunt lijkt er ruimte voor verdere ambulantisering. Dit vraagt echter ook om passende randvoorwaarden, zoals het borgen van continuïteit en afstemming binnen het zorgnetwerk. Denk aan het flexibel op- en afschalen van zorg, maar ook aan intensieve(re) samenwerking tussen de GGZ en het sociaal domein. Ambulantisering gaat veel verder dan specialistische ambulante behandeling en vergt ook bredere oplossingen in de regionale keten, waaronder gemeentelijk gefinancierde zorg en ondersteuning.

**Figuur 10:** Relatief hoog aantal bedden: 9,7 bedden in ziekenhuizen en intramurale GGZ instellingen per 10.000 inwoners voor psychiatrie in 2016



<sup>12</sup> Het aantal bedden voor geestelijke gezondheidszorg van de OECD bevat bedden in zowel ziekenhuizen als intramurale GGZ-instellingen.

<sup>13</sup> OECD, Trimbos, Eurostat, WHO, NHS Benchmarking Network, IGJ

<sup>14</sup> NHS Benchmarking Network

<sup>15</sup> <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/toezicht-op-ambulante-ggz-betere-zorg-nodig-voor-thuiswonende-mensen-met-chronische-aandoeningen>



## Nederlandse GGZ werkt aan afbouw intramurale plaatsen

Nederland beschikt van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit af te bouwen en tot 2020 terug te brengen tot twee derde van de capaciteit in 2008 en om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren<sup>16</sup>.

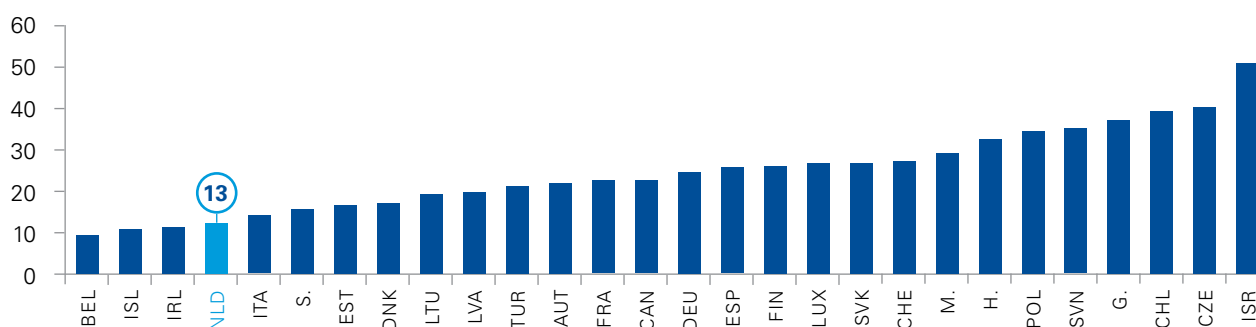


### Ten opzichte van OECD-landen relatief korte ligduur en veel ontslagen

De gemiddelde ligduur in Nederlandse intramurale GGZ-instellingen vanwege geestelijke gezondheidsklachten is relatief laag (zie figuur 11)<sup>17,18</sup>. Andere databronnen bevestigen dat en laten zelfs een verdere daling zien naar een gemiddelde ligduur van 10 dagen<sup>19</sup>.

Het aantal ontslagen uit GGZ-instellingen gerelateerd aan geestelijke gezondheidszorgklachten per 100.000 inwoners is in Nederland relatief hoog<sup>18</sup>. Bij het afnemen van het aantal opnamen, blijft de gemiddelde verblijfsduur per opname min of meer gelijk.

**Figuur 11:** Relatief korte ligduur (13 dagen voor intramurale zorg in 2016)



<sup>16</sup> <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/ambulantisering-in-de-ggz-moeilijk-te-sturen>

<sup>17</sup> De ligduur en ontslagen van de OECD hebben betrekking op ziekenhuizen en intramurale GGZ-instellingen

<sup>18</sup> OECD, Trimbos, Eurostat, WHO

<sup>19</sup> NHS Benchmarking Network

### Relatief veel psychiaters, psychologen en verpleegkundigen

Een groot deel van de uitgaven bestaat uit personeelskosten. Nederland heeft relatief meer personeel in vergelijking met de meeste andere landen. Het aantal psychiaters, psychologen en verpleegkundigen per 100.000 inwoners is relatief hoog in vergelijking met andere landen (zie figuur 12). Het hoge aantal GGZ-werknemers draagt bij aan de relatief hoge uitgaven.

Ondanks dat er procentueel al veel professionals zijn (hoge dichtheid psychiaters, en dergelijke, ten opzichte van internationaal) is er sprake van personeelstekorten. Dit zit in de wijze waarop de beschikbare capaciteit wordt benut. Mogelijkheden voor betere benutting van de bestaande capaciteit liggen in het anders aanwenden binnen het dienstverleningsmodel, verplichtende randvoorwaarden kritisch op meerwaarde bekijken en waar nodig flexibiliseren (context regiebehandelaar) en het terugbrengen van ballast in processen en trajecten, denk aan administratieve last (voorkomen activiteiten die geen waarde toevoegen).

### Nederland presteert relatief goed op uitkomstindicatoren

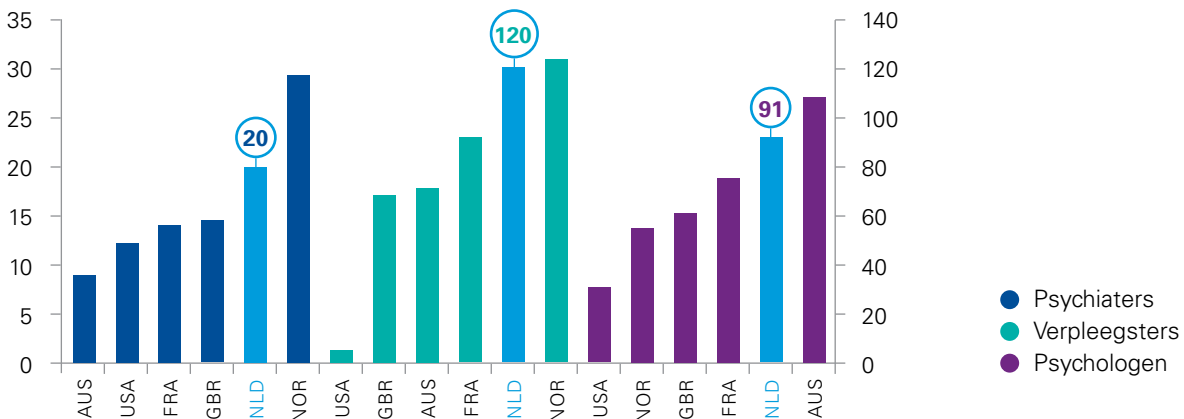
#### Disability-Adjusted Life Years onder het gemiddelde

Disability-Adjusted Life Years (DALY's) zijn door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkeld als maat voor de totale last die ontstaat door ziektes. Met de DALY's worden zowel het aantal mensen dat vroegtijdig sterft als het aantal jaren dat mensen leven met beperkingen door ziekte gemeten. Het aantal DALY's voor geestelijke gezondheidsklachten en verslavingsproblematiek ligt in Nederland onder het gemiddelde (zie figuur 13)<sup>18</sup>.

#### Sterftecijfer door zelfdoding onder het gemiddelde

Ook het aantal suïcides per 100.000 inwoners ligt met 12,6 onder het gemiddelde (zie figuur 14)<sup>20</sup>. Zowel een laag aantal DALY's als een laag sterftecijfer kan wijzen op een goed functionerende geestelijk gezondheidszorg, maar het kan ook wijzen op verminderde aanwezigheid van geestelijke gezondheidsklachten.

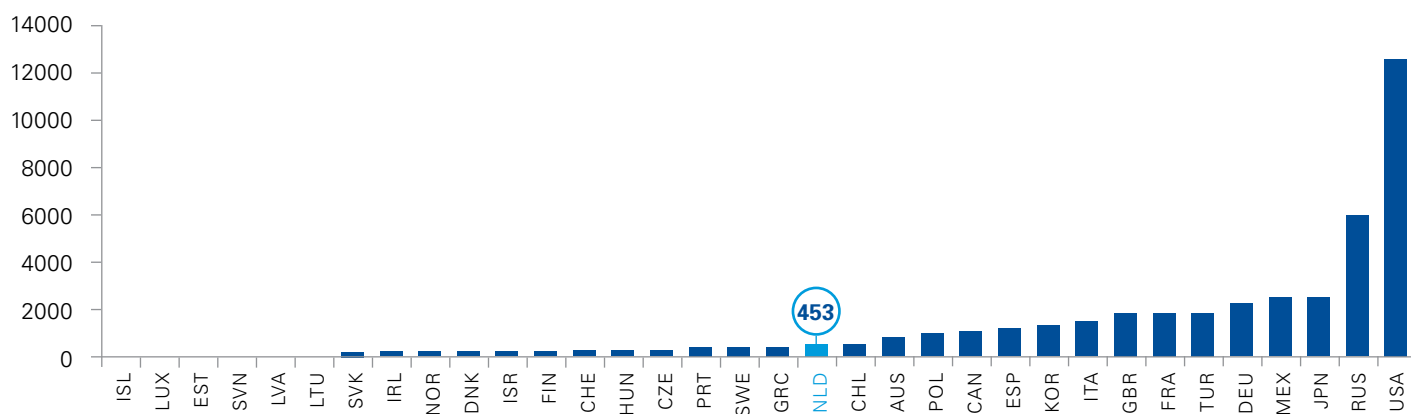
**Figuur 12:** Relatief hoog aantal psychiaters, psychologen verpleegkundigen (respectievelijk 20, 91 en 120 per 100.000 inwoners in 2014)



<sup>20</sup> OECD, Eurostat, WHO



**Figuur 13:** Disability Adjusted Life Years door geestelijke gezondheidsproblemen in Nederland lager dan in meeste andere landen: 453 jaar in 2015

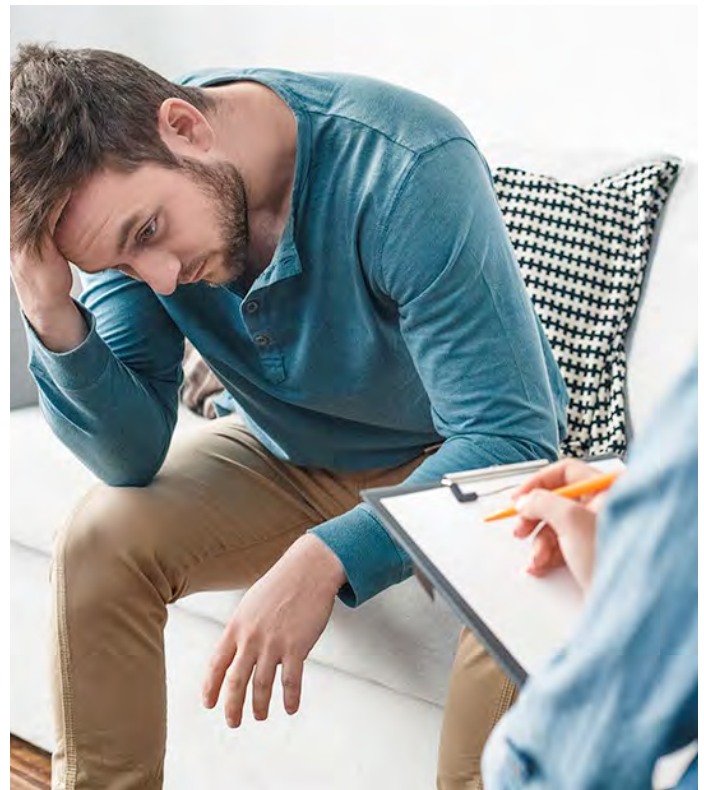




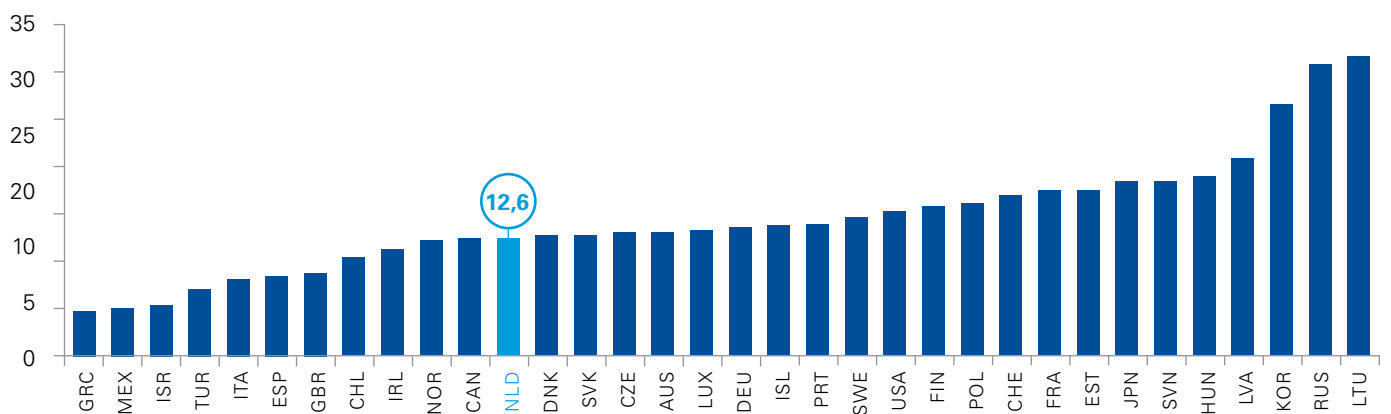
**Heropnames na crisisopname lager dan in de meeste andere landen**

Een heropname na crisisopname is gedefinieerd als een ongeplande en onverwachtse intramurale heropname binnen een specifieke periode (bijvoorbeeld 30 dagen), met hetzelfde probleem waarvoor de patiënt eerder was opgenomen en behandeld.

Deze heropnames kunnen voorkomen indien een patiënt te vroeg ontslagen is of als de extramurale vervolgondersteuning onvoldoende is. Nederland lijkt het op dit vlak relatief goed te doen ten opzichte van andere landen (zie figuur 15).



**Figuur 14:** Relatief laag sterftecijfer door zelfdoding: 12,6 zelfdodingen per 100.000 inwoners in 2016



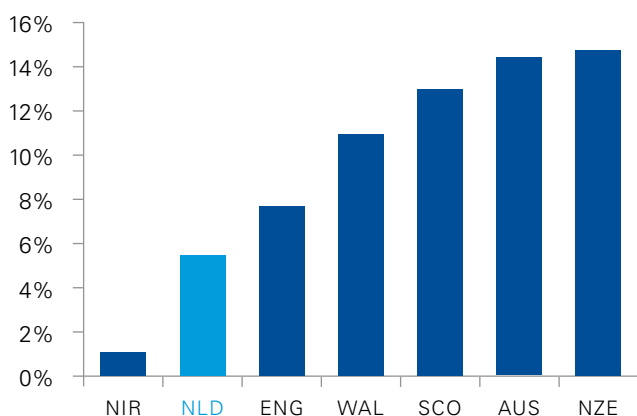


## Toegankelijkheid hebben we niet internationaal vergeleken, uit eigen onderzoek weten we dat er uitdagingen zijn omtrent wachttijden en het bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022

De wachttijden in de GGZ overschrijden voor bepaalde aandoeningen al langere tijd de zogenaamde Treeknormen (deze beschrijven de maximaal aanvaardbare wachttijden binnen de zorg). De wachttijden zijn met name lang voor zorg voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met GGZ-problematiek. Mensen krijgen hierdoor niet op tijd de zorg die zij nodig hebben. Dat kan ertoe leiden dat hun gezondheid achteruit gaat en zij uiteindelijk meer zorg nodig hebben. Hiermee komt de toegankelijkheid van zorg onder druk. De afgelopen jaren zijn verschillende acties ingezet om de wachttijden binnen de zogenaamde Treeknormen te brengen. Dit leidt echter nog tot onvoldoende resultaat. Dit komt mede doordat wachttijden een complex probleem zijn; er is geen eenduidige oorzaak: een tekort aan behandelcapaciteit (en slechte

verdeling ervan), suboptimale samenwerking in de regio, inefficiënt op- en afschalen, een krappe arbeidsmarkt en onvoldoende informatievoorziening voor de wachtende cliënt. Er wordt nu op drie niveaus gewerkt aan het aanpakken van deze problematiek: op landelijk niveau (optimaliseren van de landelijke kaders), op regionaal niveau (optimaliseren van de regionale zorgnetwerken) en op aanbieder niveau (optimaliseren van interne processen) en met de verschillende partijen: aanbieders, financiers en cliënten- en naastenvertegenwoordiging. Dit zorgt al voor stappen in de goede richting: betere samenwerking tussen partijen rondom in-, door- en uitstroom (o.a. GGZ en sociaal domein) en meer focus op eigen kracht zorgen regionaal al voor een afname van de wachttijden. Er zijn echter meer stappen nodig om de toegankelijkheid te verbeteren<sup>21,22</sup>.

**Figuur 15:** Percentage heropnames na crisisopname



<sup>21</sup> <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3725885440>

<sup>22</sup> <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/07/17/meer-inspanning-nodig-om-wachttijden-ggz-op-te-lossen>



VOORTUITKIJKEND

# Blijvende druk

# Personeelstekort niet op korte termijn opgelost én druk op financiële prestaties blijft

## Personeelstekorten niet op korte termijn opgelost

Voor de GGZ levert het personeelstekort van verpleegkundigen, psychologen en psychiaters de grootste uitdaging op. Ondanks dat er verschillende acties worden ingezet, verwachten wij niet dat de personeelstekorten voor deze drie functies op korte termijn opgelost worden.

### Tekort aan verpleegkundigen

Het dreigend tekort in 2022 is circa 125.000 verpleegkundigen<sup>23,24,25</sup>. Daarom is VWS een actieprogramma gestart (zie figuur 16):

1. Groei instroom: een groot deel van de 45.000 verpleegkundigen zal opgeleid moeten worden. Afhankelijk van het type opleiding zullen we de effecten over 2-4 jaar zien.
2. Reductie uitstroom: door het verminderen van uitstroom is er veel te winnen (soms wel 20-25% per jaar). Denk alleen al aan minder kosten voor het inwerken en minder verlies aan productiviteit.
3. Uitbreiding contract: gelet op de huidige tekorten en ervaren werkdruk is het de vraag of deze interventie op korte termijn het beoogde effect realiseert.
4. Productiviteit verhogen: de internationale vergelijking laat zien dat er mogelijkheden zijn om de productiviteit in de GGZ te verhogen. Het verhogen van productiviteit moet komen van het fundamenteel anders organiseren van zorg. Dit vereist samenwerking tussen aanbieders in het zorglandschap en investeringen in technologie.

### Tekort aan gespecialiseerde psychologen

Op basis van het Bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022 komen er 150 opleidingsplaatsen bij voor GZ-psychologen<sup>26</sup>. GGZ Nederland verwacht dat er in 2020 een cumulatief tekort van 950 GZ-psychologen is. De extra opleidingsplaatsen lossen daarom maar een deel van het tekort op (circa 16% van het totale tekort in 2020).

### Tekort aan psychiaters

De tekorten van psychiaters zijn het meest prangend voor crisis- en ANW-diensten, maar ook in de breedte is er een tekort. Extra opleiden kost veel tijd. Met name ten aanzien van de diensten zijn oplossingen mogelijk waarin de bestaande (behandel)capaciteit beter ingezet kan worden. Dit vraagt echter ook om samenwerking en/of druk vanuit landelijke kaders.



<sup>23</sup> Op basis van het ministerie van Volksgezondheid, dit betreft het totale tekort over alle sectoren. Circa 11% van de BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkt in de GGZ

<sup>24</sup> (1) Hoofdlijnenakkoord, (2) CPB, (3) CPB, (4) Zorgvisie, Actieprogramma VWS, (5) GGZ Nederland

<sup>25</sup> Het ministerie heeft inmiddels de oorspronkelijke voorspelling van eind 2017 aangepast: het verwachte tekort in 2022 had 110.000 verpleegkundigen en verzorgenden moeten zijn en niet 125.000. Skipr.

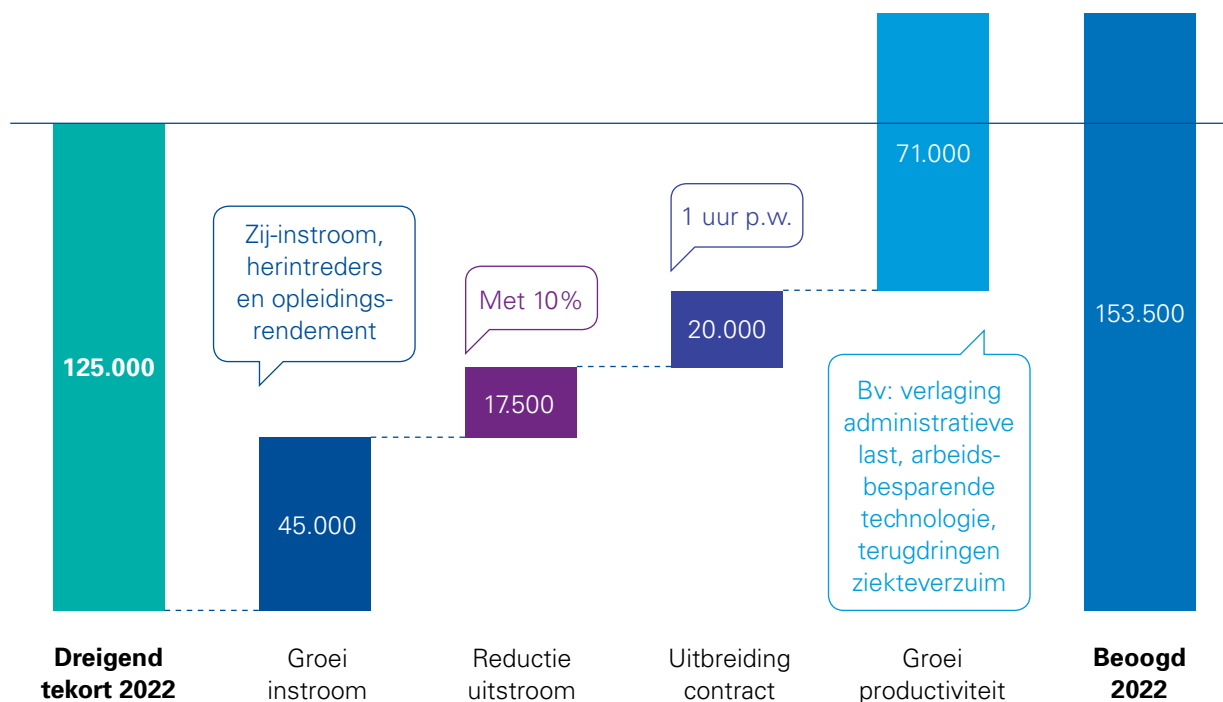
<sup>26</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>



## Meer met minder: ondanks beperkte groeiruimte budgetdruk op GGZ-instellingen tot 2021

Het ziet er naar uit dat de operationele en financiële druk op GGZ instellingen zal toenemen (zie figuur 18). Bij ongewijzigd beleid zou het budget op basis van een CPB-raming uitkomen op EUR 4,2 miljard (3,4% volumegroei, exclusief inflatie op jaarbasis). Er is echter een gemiddelde jaarlijkse groei afgesproken in het hoofdlijnenakkoord van 1,0%<sup>27,28</sup>. In absolute termen bedraagt de groei tussen 2019 en 2021 circa EUR 126 miljoen:

**Figuur 16:** Actieprogramma verpleegkundigen<sup>29</sup>



<sup>27</sup> Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 1,3% in 2019, 1,1% in 2020, 0,9% in 2021 en 0,7% in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling

<sup>28</sup> Hoofdlijnenakkoord, Actieprogramma VWS

<sup>29</sup> Op basis van het ministerie van Volksgezondheid, dit betreft het totale tekort over alle sectoren. Circa 11% van de BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkt in de GGZ

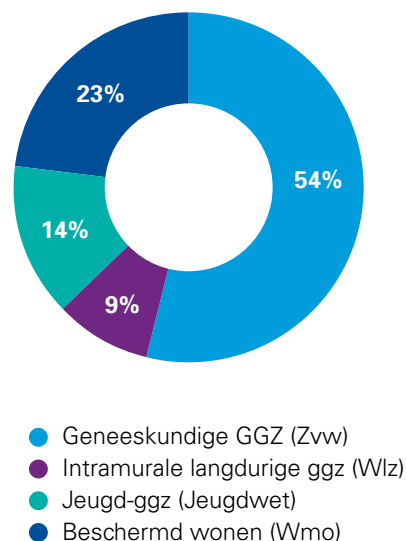
- Circa 54% van de financiering voor de GGZ komt vanuit de Zvw (zie figuur 17).
- Dit betekent dat een deel van de verwachte groei, circa EUR 276 miljoen, door de GGZ-instellingen opgevangen moet worden (zie figuur 18) of er ontstaan (langere) wachtlijsten.

Voor de Wmo en Wlz wordt op korte termijn ook geen groei verwacht, eerder krimp:

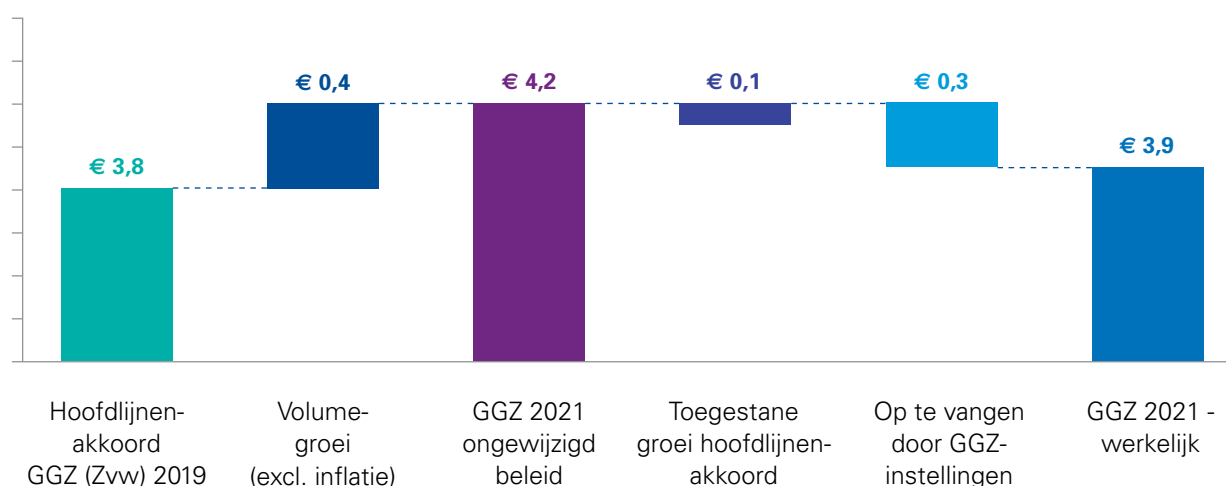
- Per 2021 zal een deel van de budgetten verschuiven tussen Wmo en Wlz door het openstellen van de Wlz voor GGZ-patiënten. De NZa rekent op een landelijke verhoging van het Wlz-budget met ruim EUR 600 miljoen.
- Daarbij lopen verschillende instellingen vast op de coeisen van 4-5%, omdat gemeenten niet meer dan 1-2% indexeren.
- Daarbij komt de recent aangekondigde loonsverhoging van 8,38% in de komende 2,5 jaar.

Dit zet de noodzaak tot sectorvernieuwing verder op scherp. Met het tekort aan personeel enerzijds en de stijgende loon- en PNIL-kosten anderzijds loopt de sector het risico om in een verdere houdgreep te komen. Meer budget lost het probleem niet op ook. Door in andere modellen te gaan werken, waarin met minder menskracht tot goede resultaten wordt gekomen, kan de sector uit spiraal raken.

**Figuur 17:** Geneeskundige GGZ (Zvw) vormt ruim 50% van totale financiering (aandeel financieringsbronnen 2017)



**Figuur 18:** Ondanks beperkte groei ruimte Zvw-budget druk op GGZ-instellingen tot 2021





VOORTUITKIJKEND

# Organiseren

## Transformatie naar andere organisatie van GGZ-zorg noodzakelijk, door focus op gezondheid in plaats van ziekte ondersteund door technologie

### Niets doen is geen optie: transformatie van de GGZ is noodzakelijk

Blijvende druk op budgetten en schaarste aan personeel houden het Nederlandse GGZ-landschap in hun greep. Doorgaan op de huidige voet betekent vastlopen, waarbij aanbieders mogelijk failliet gaan<sup>30,31</sup>. Kortom niets doen is geen optie. Daarbij verandert de zorgvraag van de patiënt steeds meer in een zorgvraag van een zorgconsument die 24/7 en dichtbij beschikking wil hebben over GGZ-zorg. En zien we ook een maatschappelijke discussie ontstaan over de grenzen van de psychische hulp en de toegevoegde waarde<sup>32</sup>. Nieuwe perspectieven op organisatie van de zorg en het benutten van nieuwe innovatieve mogelijkheden zijn essentieel om een andere route in te slaan.

De focus moet liggen op gezondheid in plaats van op ziekte en technologie moet worden benut om nieuwe vormen van zorg en organiseren mogelijk te maken. Via een warme transformatie kan dan worden toegewerkt naar een duurzaam zorglandschap. Een integraal georganiseerd zorglandschap waarin, met behulp van technologie, met minder mensen dezelfde of zelfs meer zorg geleverd wordt. Om dit te bereiken zijn er fundamentele veranderingen nodig. We zien dat er al mooie stappen worden gezet op het gebied van zorg in de wijk en technologische innovaties, zoals e-health en behandeling met behulp van gamification. Verdere invulling van de ambities vraagt om een transformatie van de bestaande GGZ, daarbij moet het tempo omhoog. De winst moet gezocht worden in andere en slimmere manieren van werken om het beschikbare budget en de schaarse capaciteit optimaal te benutten, te weten

### Integraal in de regio

Opbouw van regionale netwerken met als doel:

1. In samenwerking met ketenpartners zowel ter preventie en ondersteuning van behandeling als ter bevordering van de uitstroom uit behandeling, lichtere vormen van zorg goed neer te zetten als opvang thuis met GGZ-hulp vanuit de eerste lijn en/of wijkteams;
2. Versnippering van kennis en ervaring en dubbel werk (innovaties) in het aanbiedersveld te voorkomen;
3. Noodzakelijke investeringen in innovatie te kunnen doen, gebruikmakend van de schaal van de samenwerking;
4. Shared Services voor algemene ondersteuning zo efficiënt mogelijk in gezamenlijkheid te organiseren;
5. Regionaal te sturen op maatschappelijke doelstellingen.



<sup>30</sup> <https://home.kpmg.com/nl/nl/home/insights/2018/03/wie-doet-het-met-wie.html>

<sup>31</sup> Taskforce. 2018. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Den Haag: ministerie van VWS

<sup>32</sup> <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/09/21/het-is-niet-normaal-om-mooi-en-succesvol-te-zijn-en-alles-onder-controle-te-hebben-a1626090>

### Efficiënt en doelmatig door technologie

Het zoveel mogelijk benutten van technologie om te komen tot een andere organisatie van de zorg met als doel:

1. Preventie en vroegsignalering, verplaatsing van zorg naar het voorliggend veld en het leveren van zorg op afstand te faciliteren als gebruik van e-health ter ondersteuning van hulp vanuit de eerste lijn en in blended care modules, digitale platformen voor lotgenoten contact en telemedicine.
2. Het lerend vermogen en transparantie te verbeteren door zorguitkomsten binnen de organisatie zoveel mogelijk te meten en breed te delen.
3. Datagedreven beslissingen te faciliteren door data binnen het aanbiedersnetwerk in een veilige omgeving te delen en te gebruiken voor beslissingen ten aanzien van o.a. interventies en investeringen.
4. Capaciteit bij aanbieders en ketenpartners optimaal te benutten door capaciteiten integraal te managen met behulp van technologie o.a. op- en afschalen tussen BGGZ-SGGZ en GGZ enerzijds en huisarts en sociaal domein anderzijds.
5. Niet zorg-gerelateerde activiteiten zoveel mogelijk weghalen bij psychiaters, psychologen en verpleegkundigen, waar mogelijk door aanpassingen van regelgeving en door gebruik van technologie en robotisering.

### Met de juiste (financiële) prikkels

Het organiseren van de juiste (financiële) prikkels met als doel:

1. Nieuw integraal georganiseerd zorgaanbod te stimuleren door het ontwikkelen van passende vormen van bekostiging.
2. Ruimte voor investeringen in innovatie te creëren door o.a. het drastisch hervormen van het primaire proces om daarmee middelen vrij te maken.
3. Toegankelijkheid van zorg enerzijds en efficiëntie en doelmatigheid anderzijds te borgen door contracteren over meerdere jaren en na het bereiken van budgetplafonds<sup>33</sup>.
4. Zorgen dat er overal dezelfde (basis)zorg wordt geleverd door het ontwikkelen van zorgstandaarden op basis van evidence based onderzoek waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van technologie om zorg te ondersteunen of over te nemen.
5. Personeel te behouden door vernieuwend en flexibel beleid op dit gebied te ontwikkelen.

Digitale transformatie betekent ook investeren. Dit staat op gespannen voet met de financiële krapte. Op korte termijn kunnen investeringen de operationele druk op de GGZ instellingen misschien zelfs verergeren. Echter niets doen is geen optie. KPMG en Mental Health Australia hebben een businesscase voor transformatie gemaakt<sup>34</sup>. Digitale transformatie maakt een hogere kwaliteit GGZ tegen lagere kosten mogelijk, nodig om de beschikbaarheid van betaalbare kwalitatief hoogwaardige zorg in de toekomst te kunnen garanderen.



<sup>33</sup> Monitor contractering GGz 2019

<sup>34</sup> KPMG en Mental Health Australia



## Digitalisering is essentieel onderdeel in anders organiseren

Er is echter ook handelingsverlegenheid bij aanbieders, zeker daar waar het technologische transformatie betreft. Zij kunnen al aan de slag met het formuleren van een visie en strategie gebaseerd op de daadwerkelijke meerwaarde van inzet van technologie. Zonder een recept voor succes te willen geven, zien we wel een aantal belangrijke elementen<sup>35</sup>:

### Discover, stress-test en aspire:

- Ontwikkel op basis van een goed overzicht van de ontwikkeling van technologie een duidelijk beeld van het toekomstige leveringsmodel van de zorg en de positie die de organisatie in het technologieveld wil innemen.

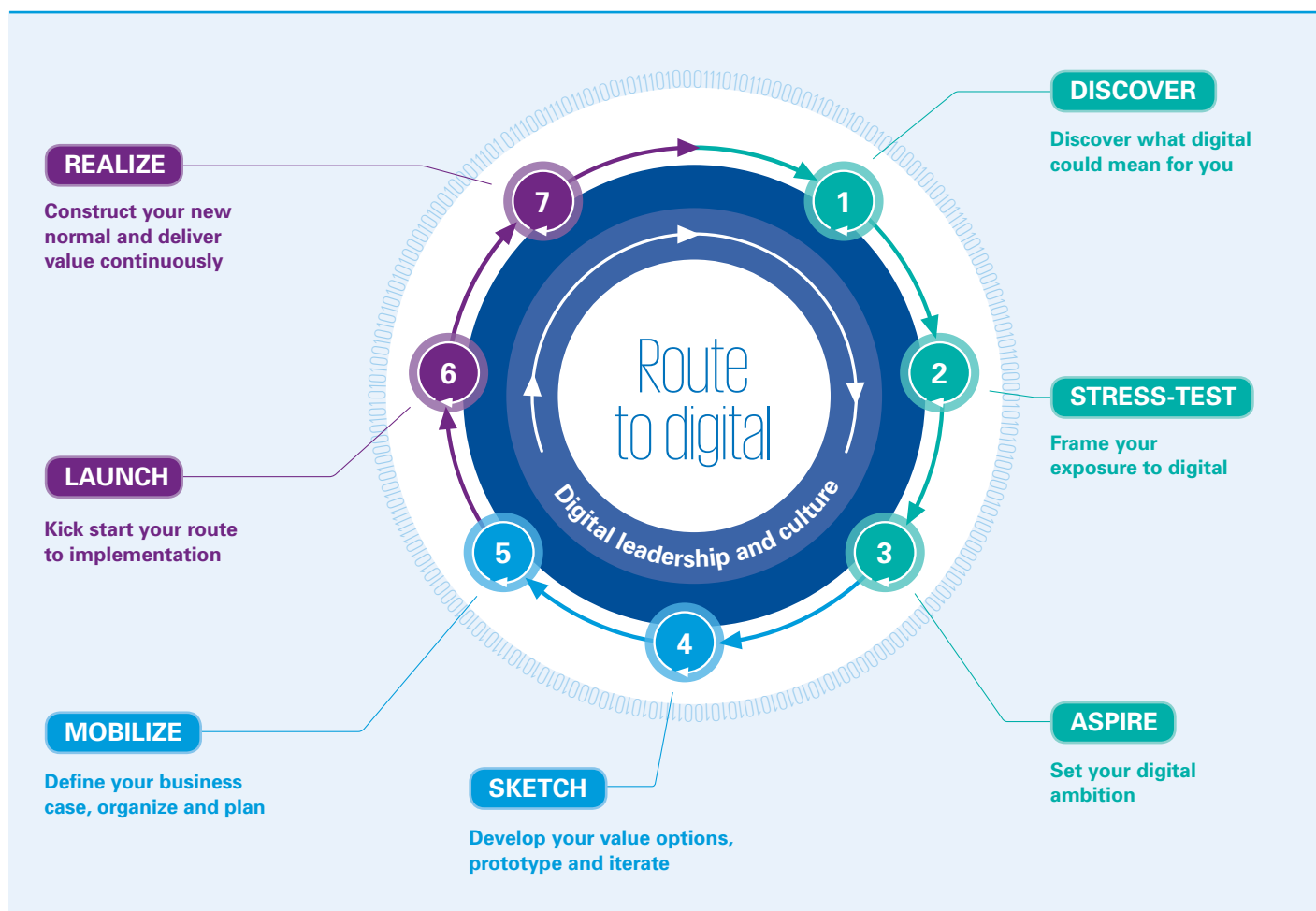
### Sketch and mobilize:

- Vertaal de digitale ambitie in het operating model voor de organisatie.
- Maak een overzicht van de mogelijke partners met wie de transformatie wordt vormgegeven (zowel in het ontwikkelproces als in de levering van zorg).
- Maak inzichtelijk wat succesfactoren en mogelijke belemmeringen zijn voor de transformatie die nodig is, en vertaal deze naar een goed implementatieplan.

### Launch and realize:

- Communiceer over de innovatieagenda in de organisatie, en monitor initiatieven.
- Evalueer continu hoe nieuwe technologie kan zorgen voor innovatie in het zorgleveringsproces.

### KPMG route to digital



<sup>35</sup> <https://home.kpmg/nl/nl/home/insights/2019/03/healthcare-remagined-de-meest-impactvolle-technologische-ontwikkelingen-in-de-zorg.html>

We zien dat aanbieders moeite hebben om noodzakelijke innovaties te bekostigen of hiervoor hun primair proces te herontwerpen. In de digitale route is sterk leiderschap essentieel om met een koersvaste investeringsagenda de digitale transformatie vorm te geven in de veelheid van ontwikkelingen die op ons af komen. De leider moet inspireren, motiveren en aanzetten tot een cultuur van continu verbeteren en innoveren binnen de organisatie en in samenwerking met partners buiten de organisatie.

De uitdaging is om de GGZ écht anders in te richten door technologie en niet het vervangen van (onderdelen) door technologie, zoals we bijvoorbeeld hebben gezien met E-health. Technologie maakt verbeteringen mogelijk van meer dan een factor 10, het gaat niet om procesoptimalisatie maar om het echt anders inrichten van de zorg (rondom de patiënt). Voorbeelden van technologieën die dit duidelijk maken zijn:

- Mental health chatbot: Chatbot Tess kan daadwerkelijk empathie tonen via kunstmatige intelligentie (X2AI). Hij kan daardoor op een heel persoonlijke manier psychotherapie en psycho-educatie verzorgen en mensen bij hun behandeling begeleiden.
- aiMei is een app die gebruikmaakt van Artificial Emotional Intelligence en Natural Language Processing. Hij kan vragen stellen om mentale of emotionele toestanden te bepalen en zelfs potentiële risico's op zelfbeschadiging door de patiënt herkennen. Daarnaast kan hij ook interacteren met andere meetinstrumenten van de patiënt. Hierdoor kan aiMei activiteiten en patronen herkennen en daarmee de algehele emotionele en fysieke gezondheid van de patiënt monitoren.
- Augmented Reality (AR) en Virtual Reality (VR) worden gebruikt voor verschillende doeleinden, waaronder training (VR), patiëntenvoorlichting (VR) en behandeling (AR). AR kan bijvoorbeeld worden gebruikt als een vorm van exposure therapie. Denk aan een fobiebehandeling waarbij de patiënt in staat is om vaardigheden te leren en vertrouwen op te bouwen in een virtuele omgeving. Andere op maat gemaakte behandelingstoepassingen zijn het gebruik van VR voor sociale cognitietraining bij patiënten met autisme.

Voor meer details en andere mooie voorbeelden van technologie en welke stappen daarvoor nodig zijn zie onze publicatie *Healthcare Reimagined*.

## (Internationale) voorbeelden laten zien dat het anders kan

### Voorbeeld van uitkomstbekostiging in Nederland

Verslavingszorgaanbieders Jellinek en Tactus hebben een voorkeurscontract gekregen van Zilveren Kruis<sup>36</sup>. Deze aanbieders leveren kwalitatief goede verslavingszorg, voor een passende prijs.

- Zilveren Kruis heeft de twee zorgverleners daarom een tweejarig contract aangeboden.
- De geselecteerde aanbieders hebben volgens Zilveren Kruis laten zien dat de verslavingszorg die ze leveren kwalitatief goed, klantgericht én doelmatig is.
- Er worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over wachttijden, het aantal verzekerden dat de behandeling volledig afmaakt. Of het percentage verzekerden dat na behandeling van zijn verslaving af is of is begeleid naar een gereguleerd gebruik.

Meerjarencontracten zijn een voorwaarde om tot transformatie te komen, de zorgsector wordt hierdoor beter financieerbaar waardoor investeerder, pensioenfondsen, en andere professionele beleggers de vereiste investeringen mede kunnen financieren. De financieringsbasis van de zorgsector wordt zo aanzienlijk verbreed<sup>37</sup>.

### Voorbeeld van meerjarencontract in Nederland

GGZ-aanbieder Vincent van Gogh heeft een vijfjarig contract gesloten met VGZ voor de transformatie van de geestelijke gezondheidszorg<sup>38</sup>.

- De organisatie uit Venray is een leertuin gestart waarin nauw wordt samenwerkt met ketenpartners.
- Er wordt samengewerkt vanuit een triple-aim-gedachte: (1) verbeteren kwaliteit van zorg (2) verbeteren gezondheid inwoners en (3) verlagen zorgkosten.
- Vincent van Gogh zal meer ambulante zorg aanbieden en nieuwe ambulante producten ontwikkelen die in twee gemeenten worden getest. Tegelijk wordt de klinische capaciteit fors afgebouwd.

<sup>36</sup> <https://www.zilverenkruis.nl>

<sup>37</sup> NVB. 2019. Van bricks naar clicks. Naar een betere financiering van zorginstellingen.

<sup>38</sup> <https://home.kpmg/nl/nl/home/insights/2019/03/healthcare-remained-de-meest-impactvolle-technologische-ontwikkelingen-in-de-zorg.html>

### Voorbeeld laboratorium voor innovatie in de sociale psychiatrie in Triëst

Sinds 1980 heeft de stad Triëst psychiatrische ziekenhuizen gesloten en een netwerk opgezet van 24-uurs gemeenschapscentra voor geestelijke gezondheidszorg<sup>39</sup>. In het Triëst model staat de cliënt centraal, en niet zijn of haar klachten. Er wordt zorg geboden met oog op herstel en sociale inclusie. Het promoten van geestelijke gezondheid en het aanpakken van vooroordelen jegens GGZ-cliënten en samenwerking met het sociale vangnet van de cliënt en de bredere gemeenschap, vormen hierbij een belangrijke onderdelen (o.a. netwerk met sociale bedrijven die GGZ-cliënten opnemen).

Er zijn geen speciale procedures of betalingen nodig voor toegang tot de GGZ: contact kan rechtstreeks worden gemaakt via inloopuren of telefonisch zonder tussenkomst van de huisarts. Huisbezoek kan plaatsvinden zowel in crisis- als in niet-crisissituaties. Er zijn geen wachtlijsten en het eerste consult vindt doorgaans plaats binnen 24 uur nadat het verzoek is gedaan.



Het Triëst model is een laboratorium geworden voor innovatie op het gebied van sociale psychiatrie; het wordt door de World Health Organization (WHO) gezien als één van de meest progressieve publieke GGZ-modellen in de wereld. Het model is nu geïmplementeerd in een hele Italiaanse regio, en inspireert andere organisaties in meer dan 30 landen in Europa, Azië, Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland. Het model heeft geleid tot verbeterde kwaliteit van zorg (o.a. gemeten in sterftcijfer) en verminderd gebruik van ziekenhuisbedden in de Italiaanse regio.<sup>39</sup> In Triëst worden via beurzen opleidingsplaatsen aangeboden. Ongeveer 25% van degenen die een opleiding volgen vindt werk in de GGZ-systeem.



<sup>39</sup> Cult Med Psychiatry, The Journal of Nervous and Mental Disease, Trieste Mental Health Department

### Voorbeeld technologie belangrijk element in regionale organisatie van diensten in Georgia<sup>40</sup>

De grote behoefte aan GGZ-zorg die door de orkaan Katrina in 2005 ontstond, gaf aanleiding voor Georgia de GGZ zorg in de regio gecoördineerd te gaan organiseren. Georgia heeft daarbij gekozen voor een patiëntgerichte benadering waarbij technologie een belangrijk onderdeel is van de organisatie:

- Inwoners van de staat Georgia met geestelijke gezondheidsklachten kunnen 24/7 gratis bellen naar een callcenter. Dit callcenter behandelt meer dan 250.000 telefoontjes per jaar.
- Er is een website die een beknopt overzicht geeft van het (online) aanbod in de staat. Deze website maakt het mogelijk informatie te delen tussen zorgaanbieders o.a. om afspraken te maken, de beschikbaarheid van bedden te checken en mobiele crisisteam te tracken.
- Er wordt gestuurd op resultaat en efficiëntie middels voorspellende data-analyses.
- Investerings in technologie vormen een belangrijk onderdeel van de investeringsagenda.

### Voorbeeld verbetervoorstellen geestelijke gezondheidszorg in Australië

KPMG heeft in opdracht van Mental Health Australia onderzoek gedaan naar concrete voorstellen om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren<sup>41</sup>. Deze verbetervoorstellen leveren gezondheidsvoordelen, maatschappelijke voordelen en economische voordelen op. Pagina 37 geeft een overzicht van de economische voordelen. Het primaire doel van verbetering van zorg is gezondheidsvoordeel voor de patiënt; het levert echter ook maatschappelijke en economische voordelen op.



<sup>40</sup> KPMG – Mental Health Canada – In Search of the Perfect Mental Health System

<sup>41</sup> KPMG – Mental Health Australia – Investing to Save: The economic benefits for Australia of investment in mental health reform

**Verbetervoorstel 1<sup>42</sup>****Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen ondersteunen om werk te behouden, en geestelijke gezondheid van medewerkers behouden**

Interventies voor geestelijke gezondheid werknemers	Proef verzekeringspremies voor medewerkers op basis van risicoprofiel beroep	Proef – ondersteuning tijdens werk voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen	Ondersteuning bij werk voor mensen met ernstige psychische stoornissen
<b>Besparing:</b> EUR 2,8 miljard	<b>Besparing:</b> EUR 0,31 miljard	<b>Besparing:</b> niet kwantificeerbaar	<b>Besparing:</b> EUR 0,07 miljard

**Verbetervoorstel 2<sup>42</sup>****Minimaliseren van vermijdbare SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames**

Woning voor 15-24 jaren met geestelijke gezondheidsproblemen die een risico vormen dakloos te worden	Proactieve benadering na een poging tot zelfmoord	Minimum dataset afspreken voor GGZ in de eerste lijn
<b>Besparing:</b> EUR 1 miljard korte termijn, EUR 3 miljard lange termijn	<b>Besparing:</b> EUR 0,06 miljard korte termijn, EUR 0,6 miljard lange termijn	<b>Besparing:</b> niet kwantificeerbaar

**Verbetervoorstel 3<sup>42</sup>****Investeren in promotie, preventie en vroegsignalering**

Tijdige interventies in fysieke gezondheid (mensen met co-morbiditeit, fysieke en geestelijke gezondheidsproblemen)	Preventie en vroegsignalering	Vroege interventies ondersteund door E-health
<b>Besparing:</b> EUR 1,1 miljard	<b>Besparing:</b> EUR 0,06 miljard	<b>Besparing:</b> EUR 0,3 miljard

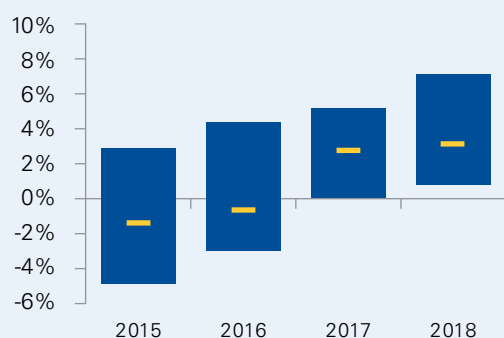
<sup>42</sup> KPMG – Mental Health Australia

# Bijlagen

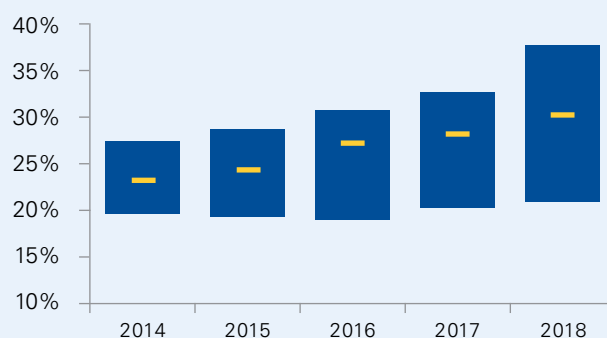


## Bijlage 1: Omzetontwikkeling en ratio's financierbaarheid

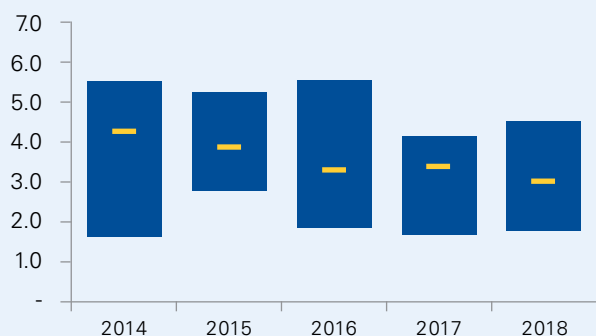
**Figuur 19:** Omzetgroei in de periode 2015-2018



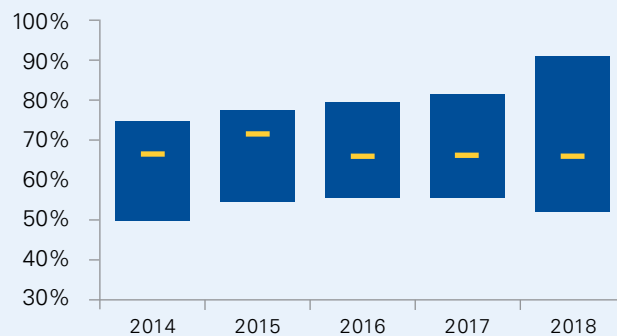
**Figuur 20:** Solvabiliteit



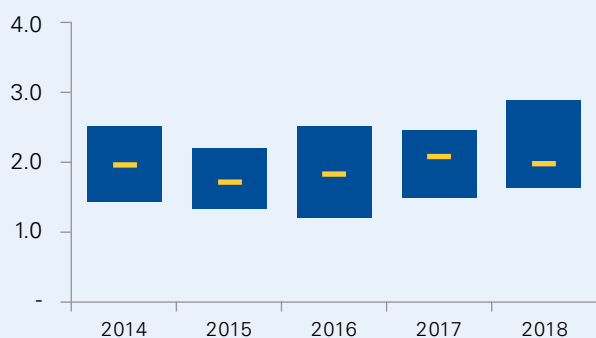
**Figuur 21:** Net leverage



**Figuur 22:** Schuld / MVA

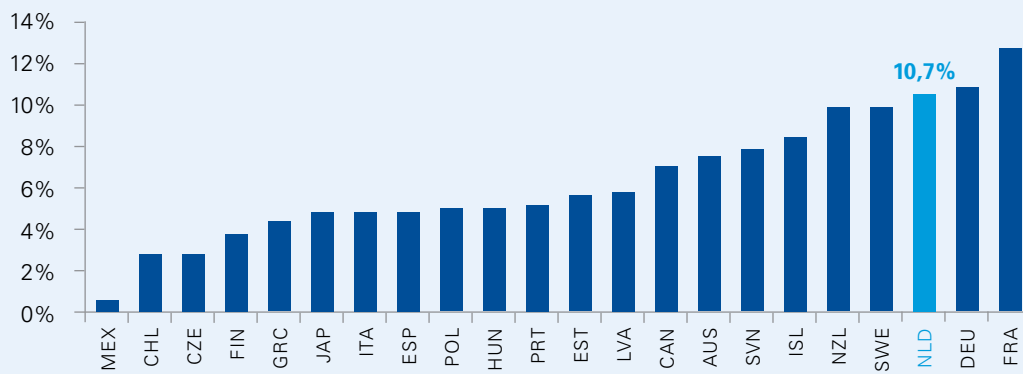


**Figuur 23:** Debt Service Coverage Ratio



## Bijlage 2: Nederlandse uitgaven internationaal vergeleken

**Figuur 24:** Relatief hoge uitgaven GGZ (10,7% van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg in 2011)





## Bijlage 3: Basis van samenstelling & belangrijke overwegingen

### Basis van samenstelling

1. Zorginstellingen leveren financiële data, operationele gegevens en KPI's digitaal aan bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('Jaarverslagenzorg'). In de algemene informatie geven de instellingen hun eigen typering aan. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzamelt deze gegevens in de zogenaamde DigiMV-database (openbaar toegankelijk).
2. KPMG heeft vervolgens een aantal aanpassingen gemaakt, zoals:
  - a. Het filteren van de instellingen uit de DigiMV-dataset op basis van de aangegeven typering. Zorginstellingen kunnen meer dan één typering aangeven (bijvoorbeeld een GGZ-aanbieder die ook jeugdzorg levert). Echter, waar dit het geval is zijn de gegevens niet op te splitsen naar de verschillende typering. Op basis van de aangegeven typering, algemene marktkennis en fte-allocation heeft KPMG een typering per instelling toegewezen.
  - b. Het filteren op de grotere aanbieders van GGZ zorg (integrale GGZ aanbieders, verslavingszorgaanbieders, Jeugd-GGZ aanbieders en aanbieders van ambulante GGZ) waarvoor voldoende consistente en betrouwbare data beschikbaar is voor de gehele periode om zo tot een vergelijkbare analyse te komen. In het totaal zijn dit 30 instellingen, die gezamenlijk een omzet vertegenwoordigen van 58% van de GGZ-markt, uitgaande van circa EUR 6,7 miljard aan GGZ uitgaven.
  - c. Een aantal instellingen heeft over 2018 nog geen jaarrekening gedeponneerd; deze zijn opgenomen in de analyses over de gehele sector. Cijfers over de jaren 2014-2017 zijn wel opgenomen in de grafieken, welke gericht zijn op instellingsniveau.
  - d. Het filteren op een omzetrempel van minimaal EUR 10 miljoen.
  - e. Het corrigeren van een aantal evidente fouten in de data en het aanvullen van prominente omissies in de data op basis van de originele jaarrekeningen. Mogelijke datafouten betreffen onder andere: invoer in duizenden euro's in plaats van in euro's, omdraaien van negatieve en positieve getallen en specifieke items binnen de winst-en-verliesrekening en balans die niet optellen tot respectievelijk het nettoresultaat en het totaal aan activa/passiva. Omissies in de data troffen we bijvoorbeeld relatief veel aan bij productieaantallen en een aantal andere KPI's. Het is desalniettemin mogelijk dat wij bepaalde fouten/ommissies niet hebben gecorrigeerd/aangevuld. We maken daarom van deze gelegenheid gebruik om alle instellingen op te roepen om de DigiMV-database accuraat en volledig te (blijven) vullen.
3. KPMG heeft de verrijkte en geschoonde dataset als basis gebruikt voor deze analyse.

# Contact

De contacten binnen KPMG met betrekking tot dit rapport zijn:



**Karin Lemmens**

Director KPMG Health -  
Strategy

**E.** [lemmens.karin@kpmg.nl](mailto:lemmens.karin@kpmg.nl)



**Marlies Prins**

Director KPMG Health -  
Corporate Finance

**E.** [prins.marlies@kpmg.nl](mailto:prins.marlies@kpmg.nl)



**Arjan Ogink**

Director KPMG Health -  
Strategy

**E.** [ogink.arjan@kpmg.nl](mailto:ogink.arjan@kpmg.nl)



**KPMG**

Laan van Langerhuize 1  
1186 DS Amstelveen  
+31 20 6568595

Postbus 74500  
1070 DB Amsterdam

[www.kpmg.nl](http://www.kpmg.nl)

---

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.