



cutting through complexity™



Substitiemodel GGZ

Een inschatting van de effecten van de invoering van de Generalistische Basis GGZ en versterking van de huisartsenzorg voor de GGZ in Nederland

In opdracht van het Ministerie van VWS

Januari 2014



Januari 2014

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor het Ministerie van VWS. Het is niet bedoeld voor andere partijen, buiten deze doelgroep, en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het Ministerie van VWS.

De aard van de werkzaamheden houdt in dat wij geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht hebben uitgevoerd. Daarom kan aan onze rapportage geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend.

Managementsamenvatting

* Dit geldt voor de volgende

DBC's:

- I. DBC bevat één of meerdere van onderstaande zorgtypes:
 - Eénmalig (spoedeisend) consult / crisisinterventie
 - Acute opname
 - Intercollegiaal consult (ICC)
 - Second opinion
 - Rechterlijke Machtiging (RM) (zonder / met voorwaarden)
 - Inbewaringstelling (IBS)
 - Hulpverlening uitgevoerd
 - Ondertoezichtstelling (OTS)
 - Terbeschikkingstelling (zonder / met voorwaarden)
- II. DBC bevat tijd geschreven op de activiteitencode crisis (6)
- III. DBC bevat een verblijfscomponent (productgroep code verblijf ≠ 000)

Op dit moment komen mensen met lichte en matige psychische problematiek onnodig in de gespecialiseerde (tweedelijns) GGZ (SGGZ) terecht. Daarnaast keert een deel van de mensen na behandeling te langzaam terug naar de eerstelijns. Om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ zorg tijdig en op de juiste plek krijgen en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terecht komen of blijven, wordt de Generalistische Basis GGZ (GB GGZ) geïntroduceerd en de huisartsenzorg (incl. praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH GGZ)) versterkt. Deze beleidsmaatregelen hebben een verschuiving van patiënten tussen echelons tot gevolg. De verwachte effecten hiervan in aantallen patiënten en budget worden ingeschat met behulp van dit substitutiemodel.

Voor de substitutie-effecten kunnen verschillende scenario's worden opgesteld, op basis van diverse aannames en inschattingen. In deze rapportage is gekozen om twee scenario's weer te geven. Scenario 1 in dit rapport geeft het maximumscenario weer binnen het voorstel gebaseerd op experts-inschattingen. In aanvulling daarop is scenario 2 uitgewerkt, om inzicht te geven in de mogelijke substitutie-effecten indien wordt uitgegaan van verdergaande ambities.

Scenario 1 is het maximumscenario van het voorstel op basis van experts-inschattingen. In dit scenario is de besparing 338 miljoen euro. Zie voor het gedetailleerde overzicht van de verschuivingen tussen de echelons pagina's 11 t/m 17 van dit rapport.

Voor scenario 2 is de basis het maximumscenario van het voorstel op basis van experts-inschattingen. Deze is op een tweetal punten gewijzigd:

- DBC's die ≤ 1400 minuten bevatten, worden gesubstitueerd naar de GB GGZ of huisarts POH GGZ (i.p.v. 1200 minuten)*. Zie ook uitleg substitutie SGGZ naar GB GGZ op pagina 29).
- Van de patiënten die bij de huisarts komen, wordt 50% doorverwezen voor behandeling bij de POH GGZ en 35% terugverwezen naar de nuldelijn (i.p.v. respectievelijk 75% en 10%). Voor de overige 15 % blijft gelden dat 5% door de huisarts zelf wordt behandeld en 10% wordt doorverwezen naar GB GGZ of SGGZ.

Het tweede scenario levert 375 miljoen euro besparing op. Zie voor het gedetailleerde overzicht van de verschuivingen tussen de echelons pagina's 11 t/m 17 van dit rapport.

Het verschil tussen beide scenario's zit enerzijds in de verschuiving van het aantal patiënten van de specialistische zorg naar de GB GGZ. In scenario 1 gaan 296.000 (=25 % van 1,1 miljoen patiënten in de SGGZ) patiënten vanuit de SGGZ naar de GB GGZ ten opzichte van 318.000 (= 27 % van 1,1 miljoen patiënten in de specialistische GGZ) patiënten in scenario 2. In totaal worden in scenario 1 604.000 mensen behandeld in de GB GGZ ten opzichte van 620.000 in scenario 2. Dit verschil in patiëntaantallen in de GB GGZ tussen beide scenario's komt niet exact overeen met het verschil in afname van het aantal patiënten uit de SGGZ. Dit komt doordat in het model wordt gecorrigeerd voor dubbelingen in het behandeltraject (zie bijlage 3, pagina 23).

Anderzijds wordt het verschil tussen de scenario's veroorzaakt doordat de huisarts in scenario 2 minder patiënten verwijst naar de POH GGZ voor behandeling maar deze patiënten terugverwijst naar de nuldelijn (verwijzing naar POH GGZ is in scenario 1 gelijk aan 75% versus 50% in scenario 2).

In beide scenario's zal de POH GGZ meer taken over nemen van de huisarts, waardoor de kosten van de behandeling door de huisarts zelf bijna halveren. In de huidige situatie behandelt een huisarts zonder POH GGZ 89% van de patiënten zelf, de overige 11% wordt doorverwezen. In het nieuwe systeem wordt maar 5% van de patiënten door de huisarts zelf behandeld en 75% (scenario 1) respectievelijk 50% (scenario 2) door de POH GGZ. De kosten van de POH GGZ stijgen daardoor met 68 respectievelijk 58 miljoen euro (van 24 miljoen euro naar 92 respectievelijk 82 miljoen euro). In het BKZ is extra geld beschikbaar gesteld voor de POH GGZ, namelijk 73,2 miljoen euro in 2015 (en 63,2 miljoen euro in 2014).

Inhoudsopgave

De contactpersonen vanuit KPMG Plexus voor deze rapportage zijn:

Joost Kruytzer

*Partner, Amstelveen,
KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 4156 2479
kruytzer.joost@kpmgplexus.nl

Ilse Matthijssen

*Senior Manager, Amstelveen,
KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 1400 8232
matthijssen.ilse@kpmgplexus.nl

Maaïke Taconis

*Manager, Amstelveen,
KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 2956 4796
taconis.maaïke@kpmgplexus.nl

	Pag
1. Inleiding	
• Aanleiding, vraag & leeswijzer	4
• Beknopte beschrijving nieuwe systeem	5
2. Aanpak	
• Globale beschrijving van de aanpak	6
• Scope	7
• Uitgangspunten	8
3. Bevindingen	
• Resultaten op totaalniveau	9
• Toelichting verschuiving scenario 1	11
• Toelichting verschuiving scenario 2	12
• Toelichting per effect	13
• Toelichting effect introductie GB GGZ	13
• Toelichting effect versterking POH GGZ	14
• Toelichting effect versterking nuldelijn	15
• Toelichting effect reductie medicatie	16
• Toelichting effect sterke basis	17
4. Kritieke succesfactoren	18
Bijlagen	
1. Lijst met experts en betrokkenen	21
2. Gebruikte databronnen	22
3. Methodiek en aannames	23

1. Inleiding

Aanleiding, vraag & leeswijzer

Aanleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Echter, partijen hebben gezamenlijk in het bestuurlijk akkoord gesignaleerd dat op dit moment mensen met lichte en matige psychische problematiek onnodig in de gespecialiseerde (tweedelijns) GGZ (SGGZ) terecht komen. Daarnaast keert een deel van de mensen na behandeling te langzaam terug naar de eerstelijns*. Hierdoor is de vraag naar gespecialiseerde GGZ zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid (wachtlijsten), de kwaliteit (zorg ver weg in plaats van dichtbij) en bovendien de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek) van de GGZ in gevaar komt.

De introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB GGZ) en de versterking van de huisartsenzorg (incl. praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH GGZ)) heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ zorg tijdig en op de juiste plek krijgen en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terecht komen of blijven (matched care). Onderdeel daarvan is meer zelfmanagement, preventie en ondersteuning via e-Mental Health (eMH). Met de invoering van deze maatregelen verwacht het Ministerie van VWS dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ keten** van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dicht bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

Het Ministerie van VWS heeft aangegeven behoefte te hebben aan een substitutiemodel waarmee de impact van bovengenoemde beleidsmaatregelen in termen van patiëntaantallen en budget in kaart kunnen worden gebracht.

De vraag aan KPMG Plexus

Aan KPMG Plexus is gevraagd een substitutiemodel te ontwikkelen dat inzicht geeft in de impact van de hierboven genoemde beleidsmaatregelen voor de verschillende echelons, in termen van patiëntaantallen en budget. Het vertrekpunt voor het model is het nieuwe systeem, dat 'optimaal' functioneert (zie volgende pagina voor toelichting 'optimaal systeem').

Daarnaast is KPMG Plexus gevraagd een voorstel te doen voor de conversietabel ten behoeve van de input voor het vereveningsmodel 2014. Deze conversietabel beschrijft hoe de oude bekostigingsproducten vertaald worden in nieuwe bekostigingsproducten. Deze tabel schetst de wijze waarop het schadebestand van 2011 moet worden bewerkt, als gevolg van de invoering van de GB GGZ, om tot een zo representatief mogelijk schadebestand voor 2014 te komen. Deze zijn in een apart document beschreven.

Leeswijzer

In dit document rapporteren we de bevindingen uit het substitutiemodel. Op de volgende pagina beschrijven we beknopt het systeem dat ten grondslag ligt aan dit model. Hoofdstuk 2 gaat in op de aanpak die we hebben gevolgd om tot het model te komen (aanpak op hoofdlijnen, bijlage 3 gaat in op de technische aanpak en opbouw van het substitutiemodel). In hoofdstuk 2 beschrijven we daarnaast de scope en de uitgangspunten van het substitutiemodel. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het substitutiemodel. Tot slot staan in hoofdstuk 4 de kritieke succesfactoren voor het nieuwe systeem benoemd die van belang zijn voor het daadwerkelijk realiseren van de genoemde substituties in de praktijk.

* Hiermee bedoelen we de huisarts, POH GGZ en eerstelijnspsychologen (ELP).

** Specifiek gaat het dan om de keten van de SGGZ, de GB GGZ, de POH GGZ en de huisarts

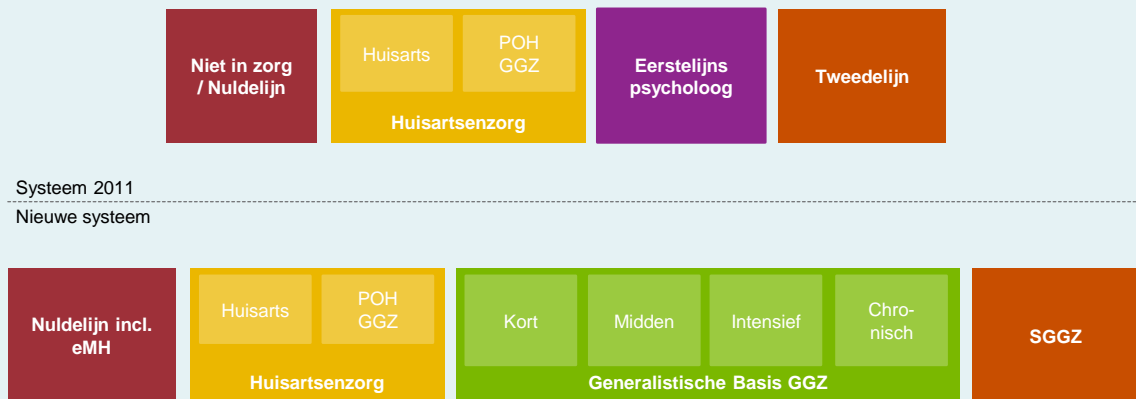
1. Inleiding

Beknopte beschrijving nieuwe systeem

Beknopte beschrijving nieuwe systeem

Hieronder staat een beknopte beschrijving van het nieuwe systeem wanneer deze optimaal functioneert:

- De nuldelijn is versterkt, d.w.z. er worden verschillende e-Mental Health modulen aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH GGZ worden huisartsen op dit moment al de mogelijkheden geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, door het aanbieden van e-Mental Healthbehandelingen, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van de POH GGZ is in het nieuwe systeem op volle kracht.
- In de GB GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe door een eerstelijns psycholoog (ELP) werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de SGGZ. De populatie van de GB GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan nu in de eerstelijns. Binnen de GB GGZ worden vier producten onderscheiden (GB GGZ kort, middel, intensief en chronisch)*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, zullen van de tweedelijns overgaan naar de GB GGZ of naar de huisarts (POH GGZ).



* Voor meer details, zie het rapport van HHM: Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen, januari 2013

2. Aanpak

Globale beschrijving van de aanpak

Globale beschrijving van de aanpak

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een substitutiemodel gebouwd in Excel en Access. Het substitutiemodel bestaat grofweg uit 2 delen:

- I. **Inschatting van de substitutie-effecten:** De invoering van de GB GGZ en versterking van de huisarts met de POH GGZ zorgt voor een verschuiving (substitutie) van patiënten en daarmee gepaard gaande geldstromen binnen de GGZ-keten. De GGZ-keten zal veranderen (zie ook het tekstvak op pagina 3). In dit deel van het substitutiemodel maken we een inschatting van de verschuivingen binnen de GGZ-keten. Hierbij houden we rekening met het feit dat de nieuwe keten in sommige gevallen minder zorgproducten bevat dan de oude keten (bijv. een patiënt die in de huidige situatie bij de ELP en tweedelijng zorg ontving, kan best in de nieuwe situatie alleen binnen de GB GGZ zorg ontvangen).
- II. **Inschatting van het neveneffect 'minder zware patiënten door versterkte basis':** Een goed functionerende huisartsenzorg en GB GGZ zorgt ervoor dat patiënten beter en sneller worden behandeld dan voorheen. Dit zal naast de beoogde substitutie-effecten (benoemd in deel I) als neveneffect ook resulteren in minder "zware" patiënten, die hierdoor minder of minder lang in de SGGZ zullen verblijven. (enerzijds resulteert dit in 'substitutie' van zwaardere naar lichtere DBC's in de tweedelijng met extra substitutiepotentieel naar de GB GGZ tot gevolg, anderzijds resulteert dit in een afname van het aantal patiënten in de tweedelijng). In deel II van het substitutiemodel maken we een grove inschatting van dit effect op het budget van de tweedelijng.

Voor dit model hebben we verschillende aannames of inschattingen gemaakt (een voorbeeld hiervan is een inschatting welke producten in de SGGZ kunnen worden gesubstitueerd naar de GB GGZ en hoe deze producten vervolgens verdeeld worden binnen de zorgzwaarteproducten van de GB GGZ). Deze aannames zijn waar mogelijk gemaakt samen met experts in het veld. Een lijst van de geraadpleegde experts is te vinden in bijlage 1. De experts hebben ieder hun eigen inschatting gegeven van substituties tussen echelons. Daarbij is niet gestreefd naar (volledige) consensus tussen de experts. Op basis van de inschattingen van experts heeft KPMG Plexus een voorstel per echelon gemaakt. Scenario 1 in dit rapport geeft het maximumscenario weer binnen het voorstel gebaseerd op experts-inschattingen. In aanvulling daarop is scenario 2 uitgewerkt, om inzicht te geven in de mogelijke substitutie-effecten indien wordt uitgegaan van verdergaande ambities. De gemaakte aannames zijn steeds expliciet beschreven, zodat transparant is op welke gronden de keuzes zijn gemaakt.

Als input voor het substitutiemodel hebben we gebruik gemaakt van diverse databronnen. Deze staan opgenomen in bijlage 2.

In het substitutiemodel is een aantal van deze aannames eenvoudig aan te passen aan de hand van zogenaamde instelbare parameters. Met deze parameters kunnen gevoeligheidsanalyses worden uitgevoerd: De instelling van deze parameters kan gevarieerd worden. Per instelling geeft het substitutiemodel aan wat het resultaat hiervan op de uitkomst is.

Meer details over de aanpak en de aannames die zijn gedaan, staan in bijlage 3.

2. Aanpak

Scope van het substitutiemodel

AWBZ

In de AWBZ zijn onder invloed van scheiden wonen en zorg ZZP 1 en 2 geëxtramuraliseerd (optimale situatie). Daarnaast worden er delen van ZZP 3 geëxtramuraliseerd vanuit de ambitie om verder te ambulantisieren.

Experts schatten in dat de introductie van de GB GGZ en de versterking van de POH geen invloed heeft op de substitutie van deze geëxtramuraliseerde ZZP's. Indien er behandeling plaatsvindt voor de patiënten van deze ZZP's, zal deze naar verwachting plaatsvinden in de SGGZ. De onderbouwing hiervoor staat opgenomen in bijlage 3. Om deze reden vallen de substituties uit de AWBZ daarom buiten de scope van ons model.

Scope van het substitutiemodel

Binnen de GGZ zijn verschillende ontwikkelingen gaande, die ieder op zichzelf invloed kunnen hebben op patiëntverschuivingen tussen echelons in de GGZ-keten. Voor het model hebben we de ontwikkelingen die we includeren daarom expliciet afgebakend, in afstemming met het Ministerie van VWS. Naast de introductie van de GB GGZ en de versterking van de huisarts met de POH GGZ hebben we meegenomen:

- Versterking nuldelijn (e-Mental Health, zelfhulp etc.)
- Mogelijkheid tot een specialistisch consult bij POH GGZ en GB GGZ
- Ambulantisering in de AWBZ (doel om 1/3^e van de bedden te reduceren in 2020), zie ook het kader hiernaast. We nemen aan dat de patiënten die in de curatieve tweedelijns zorg worden geëxtramuraliseerd niet gesubstitueerd worden naar de GB GGZ
- Reduceren van medicatie (substitutie door behandeling of nuldelijn). De kosten van de medicatie nemen we niet mee, maar wel de effecten op de behandeling door het reduceren van medicatie.

Een aantal ontwikkelingen en effecten hebben we expliciet niet meegenomen :

- Discussie met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Reden hiervoor is dat ten tijde van ons onderzoek het hoofdbehandelaarschap nog ter discussie stond en we deze dus niet als onderscheidend kenmerk voor de SGGZ danwel de GB GGZ hebben kunnen hanteren
- Decentralisaties (overheveling extramurale begeleiding en jeugd GGZ naar de gemeenten). De effecten van de decentralisaties zijn deels nog niet te overzien en laten we daarom buiten beschouwing.
- Veranderingen in het verzekerde pakket, zoals het feit dat aanpassingsstoornissen inmiddels uit het pakket zijn gehaald. In afstemming met het Ministerie van VWS gaven zij aan dat zij deze apart opnemen in de tabel voor de risicoverevening.
- Innovaties en ontwikkelingen van behandelmethodes die impact hebben op het (toekomstig) zorgaanbod in de hele GGZ-keten, zoals bijvoorbeeld groepsbehandelingen die individuele therapie vervangen.

De volgende kosten nemen we niet mee in het model:

- DBBC's (forensische zorg). Aanname is dat deze patiënten geen gebruik maken van de GB GGZ
- Kosten voor opbouw van collectieve voorzieningen, zoals e-Mental Health portals voor zelfhulp (nuldelijn) etc.
- Kosten van psychofarmaca
- Eventuele opleidings- en scholingskosten (huisarts, POH GGZ etc)

2. Aanpak

Uitgangspunten van het substitutiemodel

Uitgangspunten van het substitutiemodel

Onderstaand beschrijven we de uitgangspunten van het substitutiemodel:

- De verwijscriteria op basis van patiëntkenmerken uit het rapport opgesteld door HHM vormen de basis voor de opgestelde substitutieregels en daaraan verbonden percentages. Een samenvatting hiervan staat in het plaatje hiernaast. Deze verwijscriteria hebben we met hulp van experts vertaald naar geregistreeerde kenmerken (declaratiegegevens).
- Bij de vertaling naar de nieuwe productstructuur binnen de GB GGZ gaan we uit van een steady state en optimale situatie. Dit houdt in dat de GB GGZ optimaal en volledig functioneert. Overgangssituaties hebben we voor het model buiten beschouwing gelaten. Experts hebben kritieke succesfactoren benoemd die nodig zijn om tot deze optimale eindsituatie te komen. Deze staan beschreven in hoofdstuk 4.
- Uitgangspunt voor het opstellen van de substitutiestromen en percentages is de Volwassenenzorg. Alleen voor de doelgroep Jeugd hebben we de substituties vanuit de tweedlijn apart ingeschat. Vanwege de aanlevering van DBC-gegevens in leeftijdscohorten hebben we in het model de leeftijden 0 t/m 19 jaar geselecteerd voor de doelgroep Jeugd
- Eigen betalingen voor niet-verzekerde consulten in de ELP nemen we mee. Deze kosten zijn binnen het substitutiemodel herkenbaar in kaart gebracht.
- We gaan er in het model vanuit dat de POH functie voldoende beschikbaar is en dat de benodigde expertise binnen de POH functie aanwezig is. Dat wil zeggen dat de substitutie wordt bepaald op basis van inhoud en niet wordt beperkt door beschikbaarheid of (gebrek aan) expertise van de POH functie.

Patiëntcriteria voor behandeling bij HA / POH GGZ

- Geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis; of
- Vermoeden DSM-benoemde stoornis, maar daarbij is de ernst licht of subklinisch, het risico laag, de complexiteit afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld; of
- Stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.

Patiëntcriteria voor behandeling in GB GGZ

- Lichte ernst
- Laag risico
- Enkelvoudig beeld - lage complexiteit
- Aanhoudende klachten

Kort
(300 min)

- Matige ernst
- Laag tot matig risico
- Enkelvoudig beeld - lage complexiteit
- Duur van de klachten beantwoordt aan criteria DSM richtlijn

Midden
(500 min)

- Ernstige problematiek
- Laag tot matig risico
- Enkelvoudig beeld - lage complexiteit
- Duur van de klachten beantwoordt aan criteria DSM richtlijn

Intensief
(750 min)

- Risico-gevoelig of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie
- Laag tot matig risico

Chronisch
(750 min)

Patiëntcriteria voor behandeling in SGZ

- Sprake van een hoog risico* en/of hoge complexiteit** bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis. De 'score' op andere criteria is in die gevallen niet doorslaggevend.

* *Hoog risico: duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suicide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.*

** *Hoge complexiteit: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.*

3. Bevindingen

Resultaten op totaalniveau

Scenario 1

Maximumscenario binnen het voorstel gebaseerd op experts-inschattingen.

Scenario 2

De basis voor dit scenario is het maximumscenario van het voorstel op basis van experts-inschattingen, gewijzigd met:

- ✓ Alle DBC's die ≤ 1400 minuten bevatten, worden gesubstitueerd naar de GB GGZ of huisarts POH GGZ (i.p.v. 1200 minuten)
- ✓ Van de patiënten die bij de huisarts komen, wordt 50% behandeld bij de POH GGZ en 35% terugverwezen naar de nuldelijn (i.p.v. resp. 75% en 10%). Voor de overige 15% blijft geldend dat 5% door de huisarts zelf wordt behandeld en 10% wordt doorverwezen

(zie ook uitleg substitutie SGGZ naar GB GGZ pagina 29)

3.1 Resultaten op totaalniveau

Onderstaande tabel toont de verschuivingen als gevolg van de beleidsveranderingen (de invoer van de GB GGZ en het versterken van de huisartsenzorg) zowel in aantallen patiënten als in totale kosten Zvw voor de twee scenario's ten opzichte van de huidige situatie:

	Aantallen (in duizenden patiënten) ¹			Kosten (in miljoenen euro's)		
	Huidig	Scenario 1	Scenario 2	Huidig	Scenario 1	Scenario 2
Huisarts	# 1.434	# 1.339	# 1.339	€ 25	€ 14	€ 14
POH GGZ	# 89	# 1.004	# 669	€ 24	€ 92	€ 82
ELP	# 344	# 0	# 0	€ 195 ³	€ 0	€ 0
GB GGZ	# 0	# 604	# 620	€ 0	€ 483	€ 496
SGGZ	# 1.178	# 759	# 740	€ 4.019 ²	€ 3.335	€ 3.296
Totaal (incl eigen bijdrage + eigen betalingen ELP)				€ 4.263	€ 3.924	€ 3.888

Besparing: € 339

Besparing: € 375

¹ In deze tabel zijn de verschuivingen weergegeven in aantallen patiënten. Hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

² De kosten SGGZ 2011 (4.019 milj.) zijn gebaseerd op het meest volledige bestand van declaratiegegevens op DBC-niveau beschikbaar, echter het totaalbedrag in dit bestand is naar schatting voor 95% volledig, door:

- Ontbreken van correctie op onderfinanciering (ruim 100 miljoen)
- Ontbreken van een balanspost, aangezien het bestand gebaseerd is op 9 kwartalen (tevens ruim 100 miljoen)

³ Dit is inclusief naar schatting 73 miljoen euro eigen betalingen of betalingen uit aanvullende verzekering voor de ELP (vergoeding in basisverzekering 2011: t/m 8 zittingen; eigen betalingen: 10 euro per zitting). Deze 73 miljoen euro is berekend op basis van totaal aantal patiënten met een contact bij de ELP (iBMG declaratiegegevens 2011), een tarief per consult € 80 waarvan € 10 eigen betaling en een gemiddeld totaal aantal contacten bij de ELP o.b.v. LVE codeboek 2011 (7,1 consulten). De GB GGZ wordt wel geheel verzekerde zorg, dit zal zorgen voor extra kosten binnen de GB GGZ.

3. Bevindingen

Resultaten op totaalniveau

In scenario 1 en 2 hebben we de huidige kosten (incl eigen betalingen voor de ELP) gecorrigeerd voor de kostenstijgingen en dalingen als gevolg van de invoer van de GB GGZ en het versterken van de huisartsenzorg (dit resulteert in kostenstijging huisartsenzorg, kostendaling ELP, kostendaling SGGZ en kostenstijging GB GGZ).

- In scenario 1 zijn de totale kosten 3.925 miljoen euro. Dit betekent een besparing van 7,9% ten opzicht van de huidige situatie (inclusief de 73 miljoen euro uit eigen betalingen voor de ELP)
- In scenario 2 zijn de totale kosten 3.888 miljoen euro. Dit betekent een besparing van 8,8% ten opzicht van de huidige situatie (inclusief de 73 miljoen euro uit eigen betalingen voor de ELP)

Onderstaand geven we per echelon een korte toelichting, in de volgende paragraaf wordt dit uitgebreider toegelicht:

- **Huisarts:** De huidige totale kosten voor huisartsenzorg (voor mensen met psychische klachten) zijn 49 miljoen euro, waarvan 25 miljoen euro POH GGZ en 24 miljoen euro huisartsenzorg (excl POH). Door de versterking van de huisarts met een POH GGZ, daalt het aantal patiënten bij de huisarts maar licht, terwijl de kosten bijna halveren. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de huisarts een andere rol gaat spelen in het proces. De huisarts zal meer de poortwachtersrol vervullen (en dus veel patiënten nog maar eenmalig zien) en minder de rol van behandelaar. In de huidige situatie behandelt een huisarts zonder POH GGZ 89% van de patiënten zelf, de overige 11% wordt doorverwezen. In het nieuwe systeem behandelt de huisarts nog maar 5% van de patiënten zelf, de rest wordt doorverwezen of terugverwezen naar de nuldelijn.
- **POH GGZ:** De kosten van de POH GGZ stijgen met 68 miljoen euro. Er zijn twee redenen voor deze stijging: 1) stijging van de totale abonnementskosten van 40 miljoen euro; het streven is dat alle huisartsen in de toekomst ondersteund worden door een POH GGZ. Dit betekent dat de abonnementskosten van de huisarts per patiënt stijgen (3,76 euro per patiënt per jaar extra). 2) stijging van de variabele kosten van 28 miljoen euro; het aantal consulten bij de POH GGZ stijgt en hiervoor ontvangt de POH GGZ een vergoeding per consult.
- **ELP:** in het huidige systeem zijn de totale kosten voor de ELP 195 miljoen euro (122 miljoen euro Zvw + 73 miljoen euro eigen betalingen). Doordat ELP in de huidige vorm niet meer in het nieuwe systeem bestaat, komen deze kosten te vervallen.
- **GB GGZ:** Een deel van de patiënten die momenteel bij de huisarts, POH GGZ, ELP of SGGZ wordt behandeld, zal worden gesubstitueerd naar de GB GGZ. De kosten voor de introductie van de GB GGZ bestaan uit de kosten voor de producten die deze patiënten in het nieuwe systeem afnemen in de GB GGZ.
- **SGGZ:** Door de introductie van de GB GGZ en de versterking van de huisartsenzorg zal een deel van de patiënten uit de SGGZ behandeld worden in de GB GGZ of bij de huisarts. Daarnaast verwachten we hier bovenop een kostendaling in de SGGZ door de versterking van de basiszorg. Hierdoor zal enerzijds de zorgzwaarte in de SGGZ bij aankomst lager zijn of wordt de behandelduur in de SGGZ korter.

Op de volgende twee pagina's geven we allereerst de totaalresultaten per scenario, waarna we de diverse onderliggende effecten op aparte pagina's laten zien. Meer details over de aanpak en de aannames die zijn gedaan, staan in bijlage 3.

Resultaten

Scenario 1 - Netto effect beleidsveranderingen

3.1.1 Toelichting verschuivingen scenario 1

Nevenstaande figuur toont de netto effecten van de beleidsveranderingen voor scenario 1. De figuur toont de verschuiving in aantallen patiënten tussen de echelons*. Hierin is rekening gehouden met ontubbeling (zie kader).

In de volgende paragraaf gaan we meer gedetailleerd in op de verschuivingen per effect:

- 3.2.1 Introductie basis GGZ
- 3.2.2 Versterking POH GGZ
- 3.2.3 Versterking nuldelijn
- 3.2.4 Reductie medicatie
- 3.2.5 Sterke basis

Ontubbeling

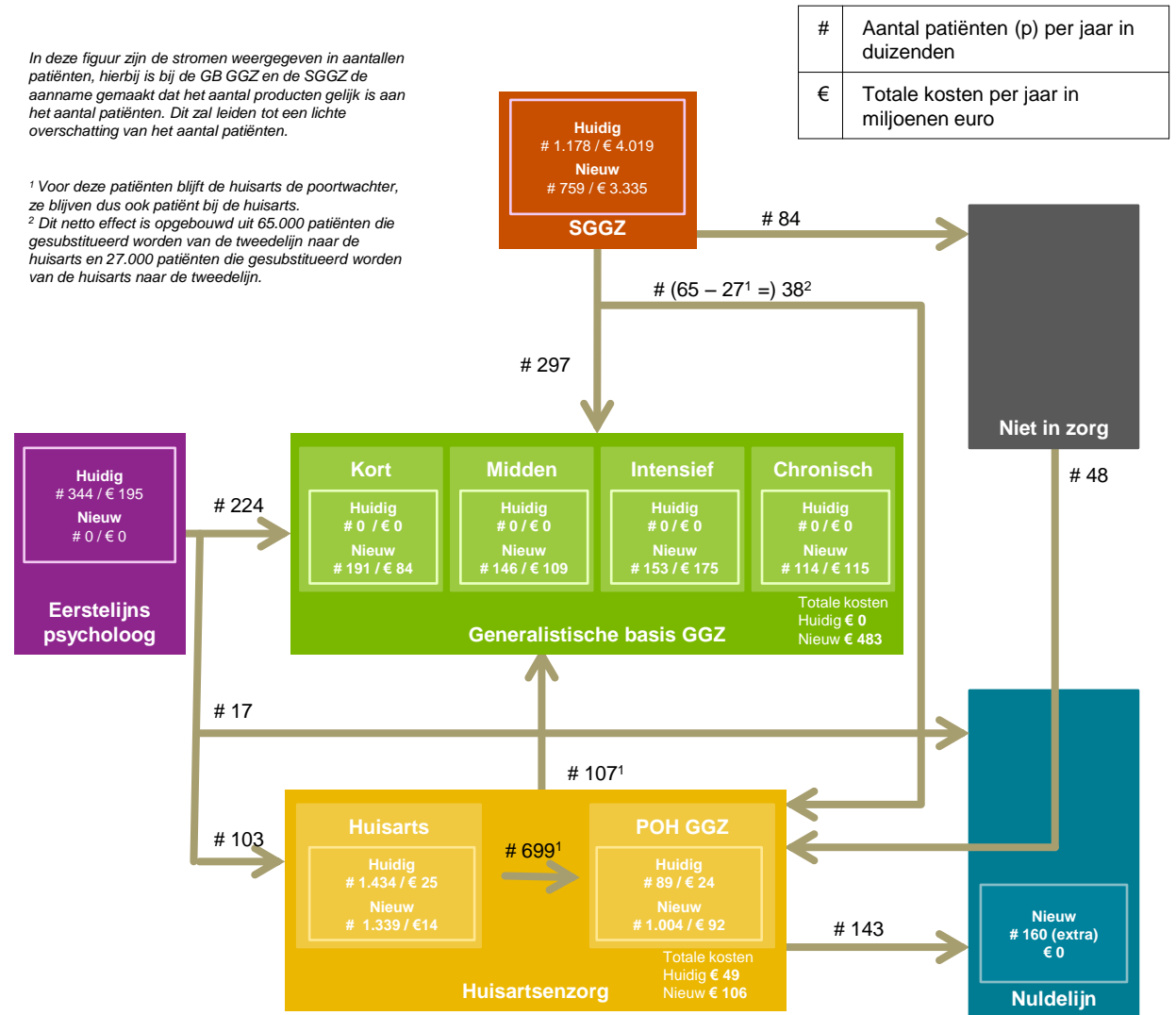
In het nieuwe systeem gaat de patiënt nieuwe, andere ketens doorlopen. Deze ketens worden naar verwachting korter ("in één keer goed"). Dit is de reden dat de verschillende verschuivingen naar bijvoorbeeld de GB GGZ niet precies optellen tot het aantal patiënten in de GB GGZ. Voor verdere uitleg, zie bijlage 3. Voorbeeld:



* We hebben bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten, dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

¹ Voor deze patiënten blijft de huisarts de poortwachter, ze blijven dus ook patiënt bij de huisarts.
² Dit netto effect is opgebouwd uit 65.000 patiënten die gesubstitueerd worden van de tweedelijns naar de huisarts en 27.000 patiënten die gesubstitueerd worden van de huisarts naar de tweedelijns.



Resultaten

Scenario 2 - Netto effect beleidsveranderingen

3.1.2 Toelichting verschuivingen scenario 2

Nevenstaande figuur toont de netto effecten van de beleidsveranderingen voor scenario 2. De figuur toont de verschuiving in aantallen patiënten tussen de echelons*. Hierin is rekening gehouden met ontubbeling (zie kader).

In de volgende paragraaf gaan we meer gedetailleerd in op de verschuivingen per effect:

- 3.2.1 Introductie basis GGZ
- 3.2.2 Versterking POH GGZ
- 3.2.3 Versterking nuldelijn
- 3.2.4 Reductie medicatie
- 3.2.5 Sterke basis

Ontubbeling

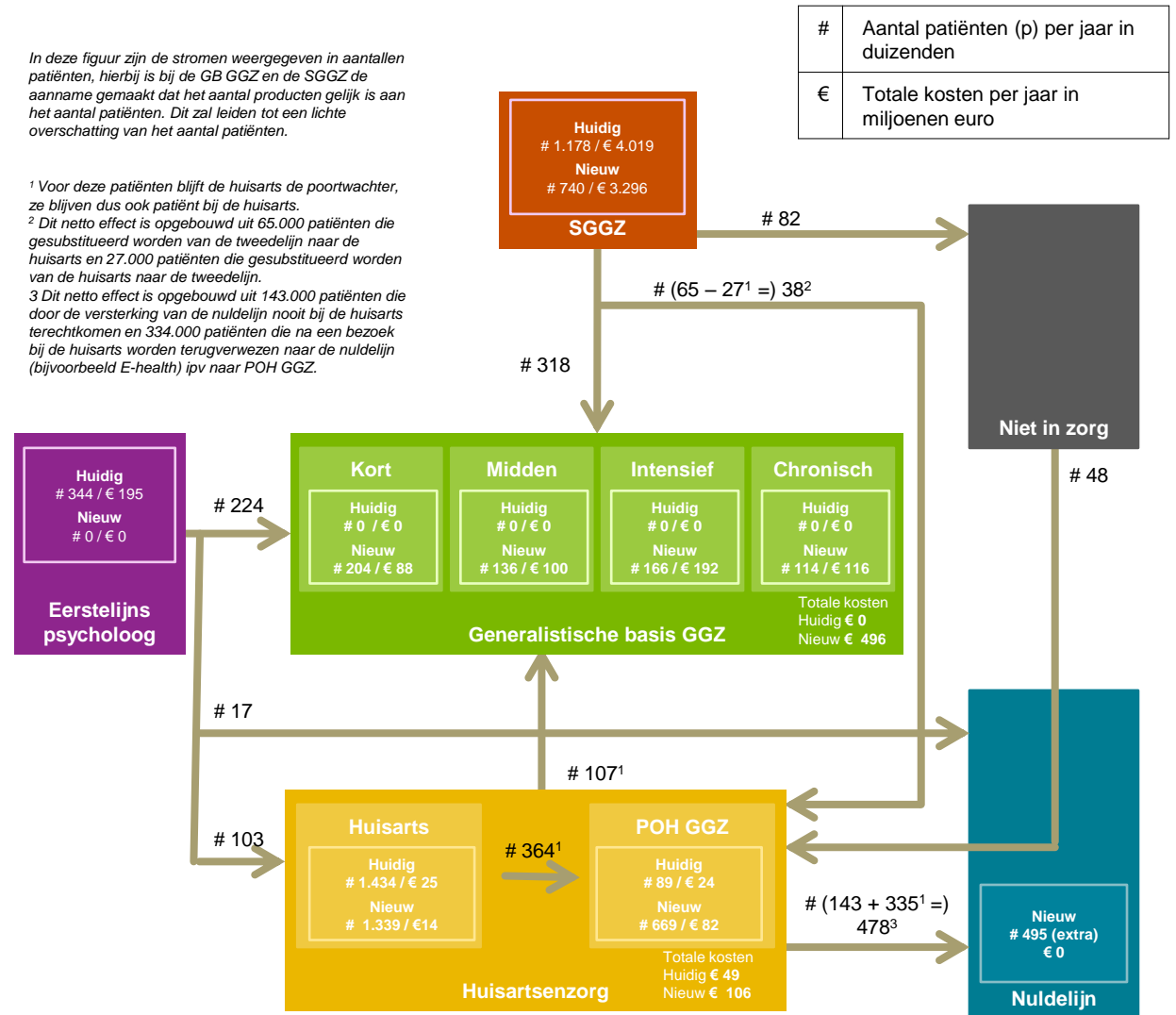
In het nieuwe systeem gaat de patiënt nieuwe, andere ketens doorlopen. Deze ketens worden naar verwachting korter ("in één keer goed"). Dit is de reden dat de verschillende verschuivingen naar bijvoorbeeld de GB GGZ niet precies optellen tot het aantal patiënten in de GB GGZ. Voor verdere uitleg, zie bijlage 3. Voorbeeld:



* We hebben bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten, dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

¹ Voor deze patiënten blijft de huisarts de poortwachter, ze blijven dus ook patiënt bij de huisarts.
² Dit netto effect is opgebouwd uit 65.000 patiënten die gesubstitueerd worden van de tweedelijns naar de huisarts en 27.000 patiënten die gesubstitueerd worden van de huisarts naar de tweedelijns.
³ Dit netto effect is opgebouwd uit 143.000 patiënten die door de versterking van de nuldelijn nooit bij de huisarts terechtkomen en 334.000 patiënten die na een bezoek bij de huisarts worden terugverwezen naar de nuldelijn (bijvoorbeeld E-health) ipv naar POH GGZ.



Resultaten

Toelichting effect introductie GB GGZ

3.2 Toelichting per effect

In deze paragraaf lichten we de verwachte verschuiving toe per effect dat we hebben doorgerekend:

1. Introductie basis GGZ
2. Versterking POH GGZ
3. Versterking nuldelijn
4. Reductie medicatie
5. Sterke basis

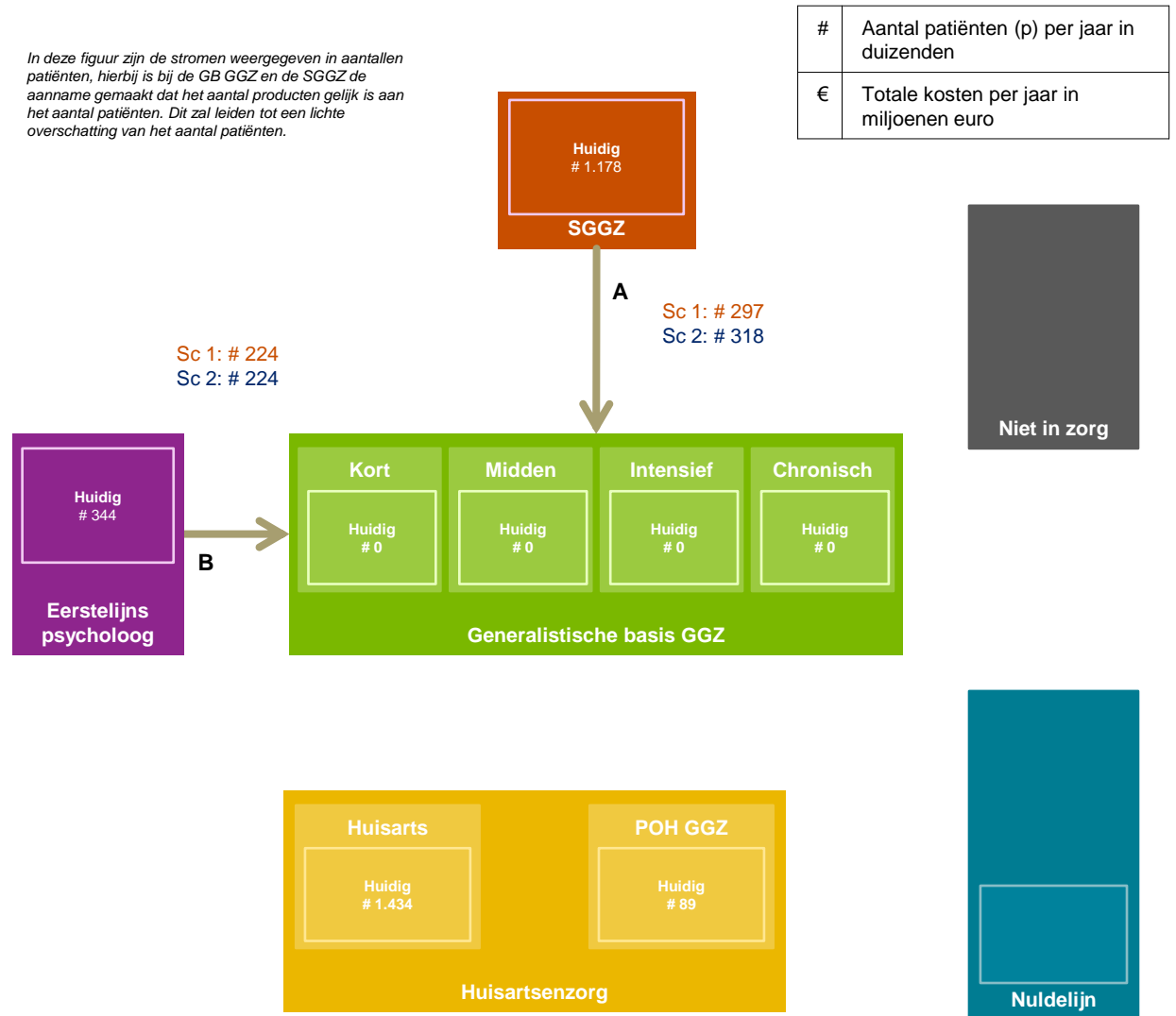
3.2.1 Toelichting effect introductie GB GGZ

De figuur rechts toont de verschuivingen in aantallen patiënten als gevolg van de introductie van de GB GGZ. We verwachten twee effecten, te weten:

- A. Een gedeelte van de specialistische GGZ zorg wordt gesubstitueerd naar de GB GGZ.
- B. Een gedeelte van de ELP zorg wordt gesubstitueerd naar de GB GGZ (NB: ELP verdwijnt). Gezien de kosten van basisverzekerde zorg ELP exclusief eigen betalingen is (eigen bijdrage en betaling consulten) en bij GB GGZ inclusief, zullen bij de overgang van ELP naar GB GGZ de kosten extra stijgen.

Het verschil in verschuiving A tussen scenario 1 en 2 wordt veroorzaakt door het verschil in de minutengrens van te substitueren DBC's. In scenario 1 is de bovengrens gelijk aan 1200 minuten. In scenario 2 is deze grens opgerekt naar 1400 minuten. Dit resulteert in meer substitueerbare DBC's naar de GB GGZ in scenario 2 ten opzichte van scenario 1.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.



Resultaten

Toelichting effect versterking POH GGZ

3.2.2 Toelichting effect versterking POH GGZ

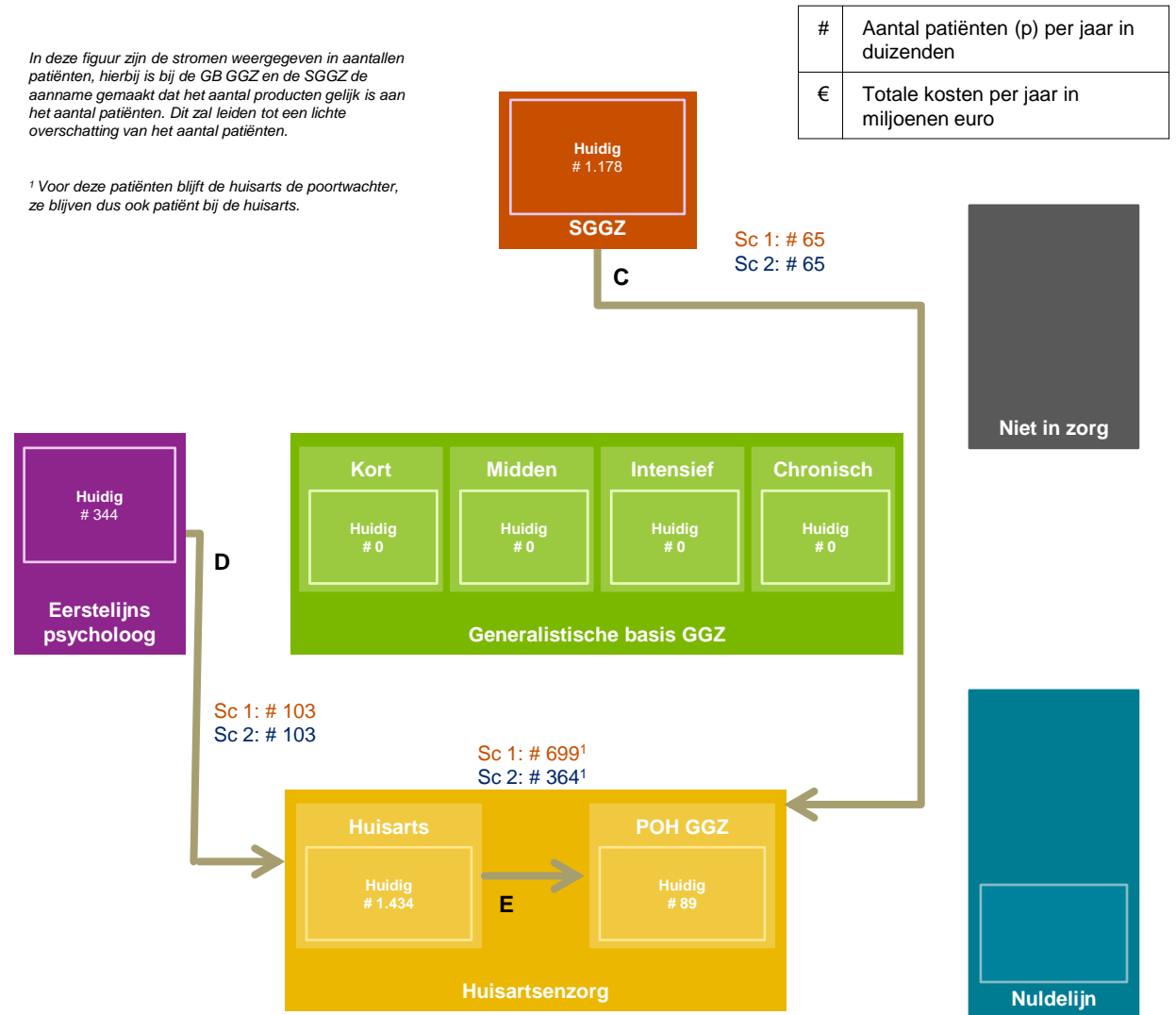
De figuur rechts toont de verschuivingen in aantallen patiënten als gevolg van de versterking van de POH GGZ. In het nieuwe systeem gaan we er vanuit dat iedere huisarts van een POH GGZ gebruik maakt. We verwachten drie effecten, te weten:

- C. Een gedeelte van de zorg in de SGGZ rondom medicatie en diagnostiek wordt gesubstitueerd naar de POH GGZ:
 - Medicatie → Een gedeelte van de stabiele medicatiepatiënten die momenteel in de SGGZ farmacotherapie ontvangen, kunnen behandeld worden bij de POH GGZ.
 - Diagnostiek → Een deel van de minder complexe diagnostiek die nu in de SGGZ plaatsvindt, kan gesubstitueerd worden naar de POH GGZ.
- D. De minder complexe patiënten bij de ELP worden gesubstitueerd naar de POH GGZ.
- E. In 2011 heeft 34% van de huisartsen een POH GGZ ter ondersteuning. Wanneer het nieuwe systeem helemaal geïmplementeerd is, gaan we er vanuit dat iedere huisarts van een POH GGZ gebruik maakt. Huisartsen (die nu geen POH GGZ hebben) gaan in de toekomst dus minder zelf doen.

Het verschil in verschuiving E tussen scenario 1 en 2 wordt veroorzaakt doordat in scenario 2 de huisarts 33% minder patiënten doorverwijst voor behandeling naar de POH GGZ. Deze patiënten gaan in dit scenario naar de nuldelijn. In scenario 1 verwijst de huisarts 75% van de patiënten na het eerste consult door naar de POH GGZ, in scenario 2 is dit 50%. Dit resulteert in een afname van substitutie van behandeling van de huisarts naar de POH GGZ van 335 patiënten.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

¹ Voor deze patiënten blijft de huisarts de poortwachter, ze blijven dus ook patiënt bij de huisarts.



Resultaten

Toelichting effect versterking nuldelijn

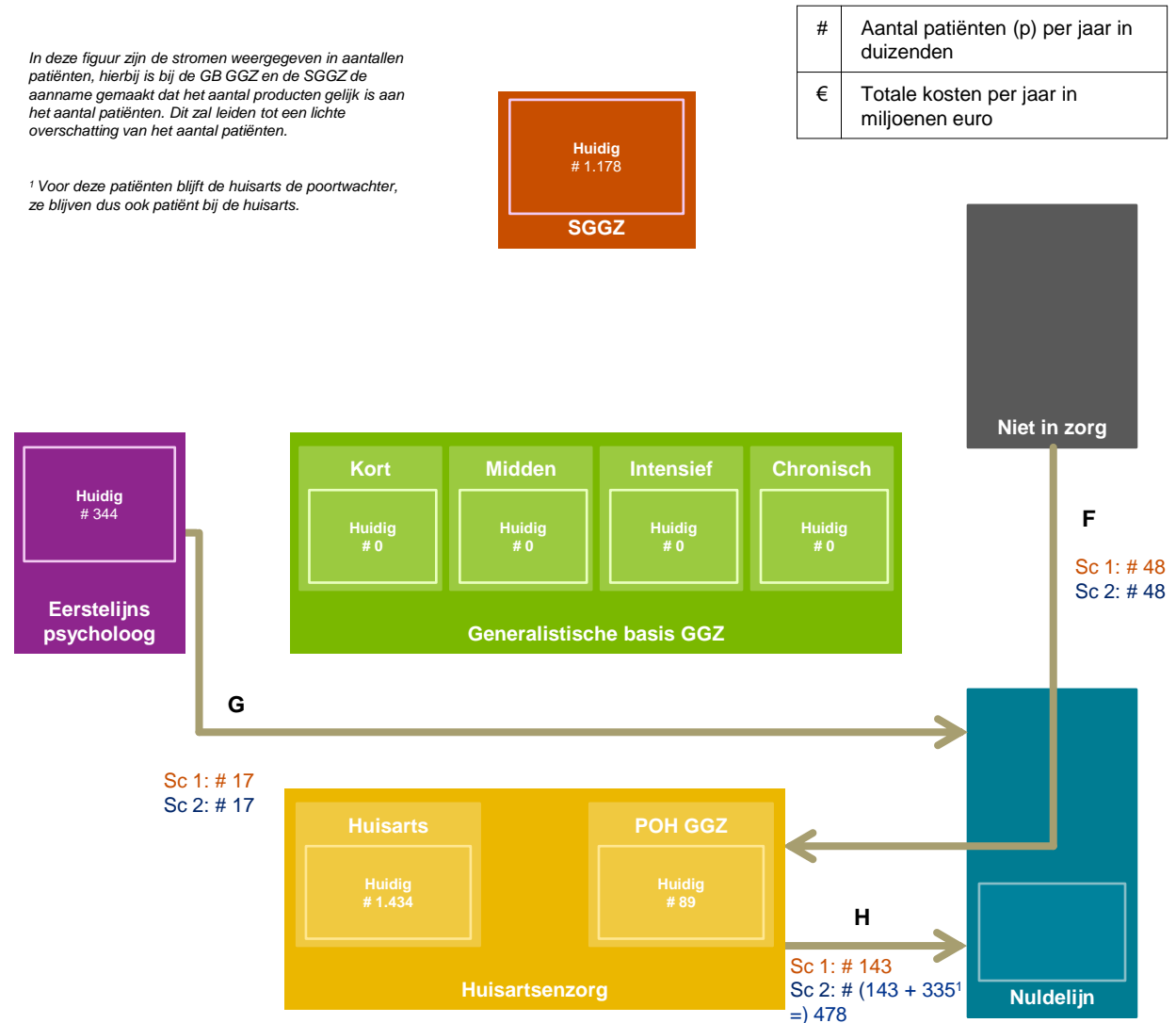
3.2.3 Toelichting effect versterking nuldelijn

De figuur rechts toont de verschuivingen in aantallen patiënten als gevolg van de versterking van de nuldelijn. We verwachten drie effecten, te weten:

- F. De huisartsenzorg zal in de nieuwe situatie meer patiënten aantrekken, doordat:
 - door het verhogen van de kwaliteit en bekendheid van zelfhulpprogramma's het aantal patiënten dat hier gebruik van maakt zal stijgen. Dit leidt ook tot een toename van patiënten die naar aanleiding van de resultaten bij de huisarts zullen komen.
 - in de oude situatie de mogelijkheid bestond tot zelfverwijzen naar de ELP. Dit is in het nieuwe systeem voor de GB GGZ niet langer mogelijk. Deze patiënten komen eerst bij de huisarts.
 - G. Een gedeelte van patiënten bij de ELP wordt gesubstitueerd naar de nuldelijn doordat deze patiënten genoeg hebben aan bijvoorbeeld E-Health. Dit effect wordt waarschijnlijk versterkt doordat een deel van de huidige ELP patiënten niet geassocieerd wil worden met het officiële GGZ systeem (NB: deze patiënten betalen in de huidige situatie de ELP consulten zelf).
 - H. Een afname van het aantal patiënten bij de huisarts/POH GGZ aangezien deze patiënten genoeg hebben aan zelfhulpprogramma's.
- Het verschil in verschuiving H tussen scenario 1 en 2 wordt veroorzaakt doordat in scenario 2 de huisarts 25% meer terugverwijst naar de nuldelijn. In scenario 1 verwijst de huisarts 10% van de patiënten na het eerste consult terug naar de nuldelijn, in scenario 2 is dit 35%.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

¹ Voor deze patiënten blijft de huisarts de poortwachter, ze blijven dus ook patiënt bij de huisarts.



Resultaten

Toelichting effect reductie medicatie

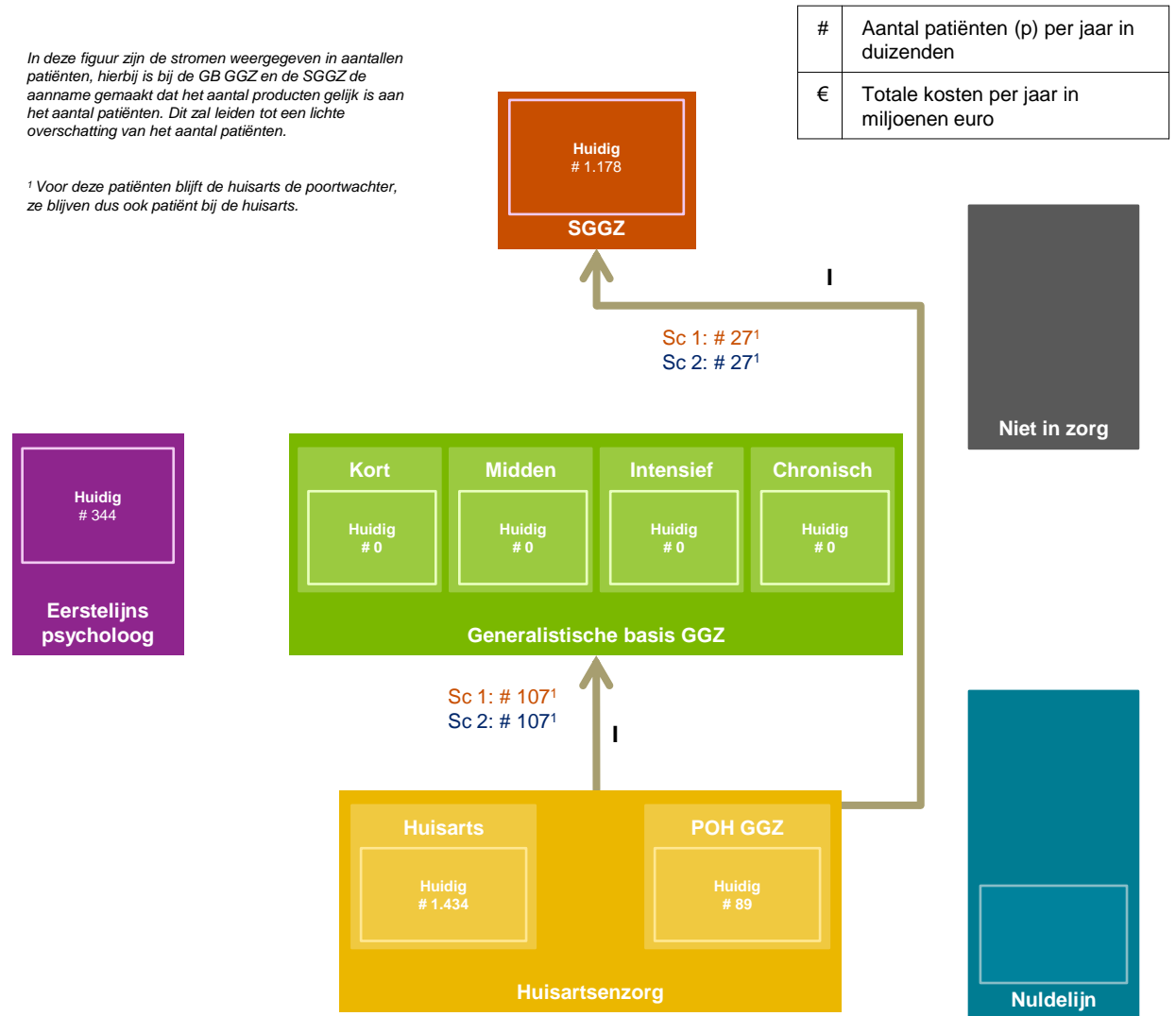
3.2.4 Toelichting effect reductie medicatie

De figuur rechts toont de verschuivingen in aantallen patiënten als gevolg van de reductie van medicatie. We verwachten het volgende effect:

- I. Vanwege de reductie van medicatie zal een deel van de medicatiepatiënten niet meer worden behandeld door de huisarts. De medicatiecontacten van deze patiënten worden gesubstitueerd door een behandeling in de GB GGZ of de SGGZ. Binnen deze behandeling zal de medicatie worden afgebouwd, op termijn verdwijnen deze patiënten (deels) uit zorg.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.

¹ Voor deze patiënten blijft de huisarts de poortwachter, ze blijven dus ook patiënt bij de huisarts.



#	Aantal patiënten (p) per jaar in duizenden
€	Totale kosten per jaar in miljoenen euro

Resultaten

Toelichting effect sterke basis

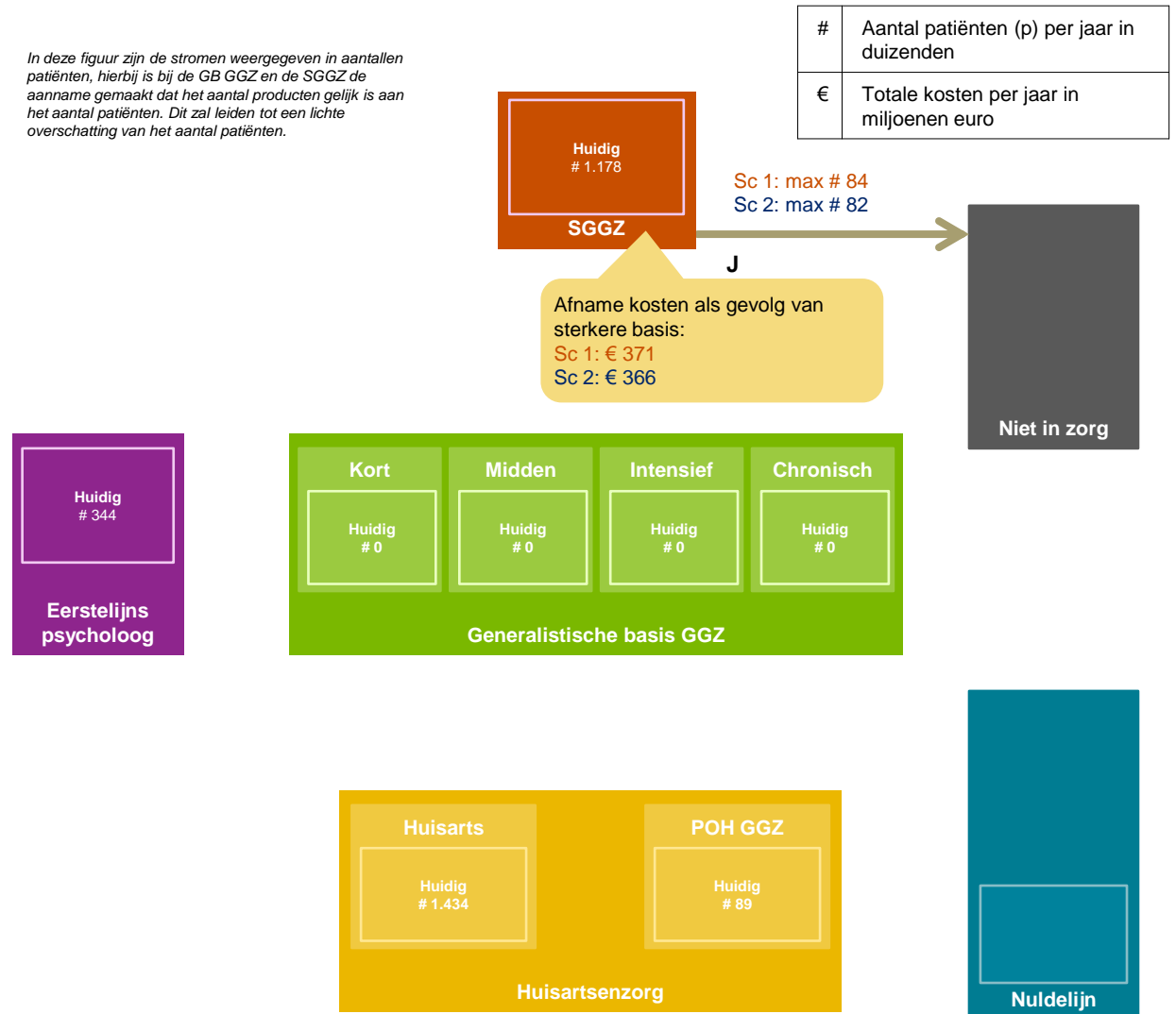
3.2.5 Toelichting effect sterke basis

De figuur rechts toont de verschuivingen in aantallen patiënten als gevolg van een versterkte basis. We verwachten het volgende effect:

- J. Een goed functionerende huisartsenzorg en GB GGZ zorgt ervoor dat patiënten beter en sneller worden behandeld dan voorheen. Dit zal naast de beoogde substitutie-effecten (benoemd in de paragrafen 3.2.1 t/m 3.2.4) als neveneffect ook resulteren in minder 'zware' patiënten, die hierdoor minder of minder lang in de SGGZ zullen verblijven. In dit stadium is nog niet te zeggen welk effect dit heeft op welke DBC's in de SGGZ. Daarom hebben we ervoor gekozen om dit effect tot uitdrukking te brengen door de kosten van de SGGZ op totaalniveau te verlagen. Voor beide scenario's is de kostendaling in de SGGZ ingeschat op 10%.

De figuur rechts toont het effect in de maximale verschuiving van het aantal patiënten. Daarnaast staat het effect in kostenbesparing weergegeven. Ondanks dat voor beide scenario's hetzelfde percentage van 10% is genomen zie je een verschil tussen scenario 1 en 2 in kostenbesparing. Dit is te verklaren door het feit dat de kosten in de SGGZ na aftrek van de substitutie effecten in scenario 2 lager zijn dan in scenario 1.

In deze figuur zijn de stromen weergegeven in aantallen patiënten, hierbij is bij de GB GGZ en de SGGZ de aanname gemaakt dat het aantal producten gelijk is aan het aantal patiënten. Dit zal leiden tot een lichte overschatting van het aantal patiënten.



4. Kritieke succesfactoren

Kritieke succesfactoren voor een optimaal functionerend systeem

In het substitutiemodel is het optimale systeem het uitgangspunt. De inschattingen van de substitutiepercentages gaan er dan ook vanuit dat het systeem goed functioneert. De experts hebben een aantal kritieke succesfactoren benoemd die minimaal geregeld moeten zijn, zodat het systeem optimaal werkt. Deze staan hieronder weergegeven. We pretenderen hierbij niet volledig te zijn.

- Het goed optuigen van de nuldelijn:
 - Voor eMH in nuldelijn kan een (vorm van) kwaliteitscertificaat en het bundelen in één portaal helpen om de vindbaarheid te vergroten en kwaliteit te garanderen. Experts zijn overtuigd dat dit de toestroom naar de nuldelijn zal vergroten.
 - Goede begeleiding van ouderen
- De huisarts is in staat een indicatieve diagnose te geven. Hij wordt hierbij ondersteund door triagemethodieken met geobjectiveerde verwijscriteria, waar de hulpvraag en de behandelbaarheid van de patiënt onderdeel van zijn. De methodiek(en) zijn passend bij de huisarts, wat inhoudt dat deze kort en krachtig zijn. Daarbij wordt de huisarts eventueel ondersteund door een specialist op consultatiebasis.
- HA / POH zijn geschoold voor het begeleiden van verschillende doelgroepen in de GGZ, zoals de ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) doelgroep (hersteldenken) en Jeugdigen.
- De POH functie wordt vervuld door een mix van verschillende disciplines, en daarmee expertise, met kennis van zorgaanbod in de regio
- Voldoende financiële ruimte voor consultatie van een psychiater in de POH GGZ. Vroege betrokkenheid van een hoog opgeleide professional resulteert in betere triage en uiteindelijk minder instroom in de tweedelij.
- De GB GGZ moet goed zijn ingericht en georganiseerd. Er zijn heldere richtlijnen om te voorkomen dat er een vrijbrief is om naar eigen inzicht te behandelen.
- Motiveren van de patiënt bij het reduceren van medicatie. Hier moet voldoende aandacht voor zijn bij de huisarts, gecombineerd met een therapeut binnen handbereik. Eerdere poging(en) hadden nog weinig succes.
- Transparantie over het nieuwe systeem: dit is het monitoren van de feitelijke patiëntverschuivingen, inclusief de behandelminuten en het behandelresultaat (op geaggregeerd niveau). De wens van experts is dat er een dergelijk transparantie (en openheid) komt dat er een zelflerend systeem kan ontstaan, waarbij de trajecten en resultaten worden gekoppeld.
- Voldoende (financiële) ruimte om chronische zorg goed vorm te geven in de GB GGZ en bij de POH GGZ. Er is een risico dat patiënten die meerdere consulten op jaarbasis behoeven, zoals een EPA-patiënt, sneller dan zorginhoudelijk noodzakelijk worden terugverwezen naar de SGGZ. Hierdoor ontstaat versnippering van de zorg. De experts adviseren dat het (financieel) mogelijk wordt expertise naar de patiënt toe te halen (zoals een psychiater uit het FACT team naar de POH GGZ).
- Voldoende capaciteit aan (basis)psychologen in de GB GGZ. Experts geven aan dat door een vergrijzing van de beroepsbevolking van ELP, terwijl er ook weinig opleidingsplaatsen zijn, deze capaciteit in de toekomst mogelijk tekort schiet.

4. Kritieke succesfactoren

Tegengaan van perverse prikkels in het nieuwe systeem, is ook een kritieke succesfactor

Experts hebben een aantal perverse prikkels genoemd, die ervoor kunnen zorgen dat patiëntstromen tussen echelons toch anders kunnen worden dan in een optimaal functionerend systeem. Tegengaan van onderstaande perverse prikkels is daarmee een kritieke succesfactor.

- Producten in GB GGZ zijn fluïde. Dit kan zorgen voor upcoding (minder korte producten en meer intensieve GB GGZ producten)
- In de ELP geldt nu nog een eigen bijdrage. Voor de GB GGZ geldt geen eigen bijdrage, waardoor het zorggebruik kan toenemen. Daarbij komt dat er in de ELP een maximaal aantal consulten wordt vergoed, wat in de GB GGZ niet meer het geval. Dit zal naar verwachting ook leiden tot groei van het zorggebruik
- De GB GGZ valt binnen het eigen risico, de POH GGZ niet. Er is vanuit de patiënt gezien een prikkel om meer naar de POH GGZ te verwijzen.
- Het doorverwijzen naar de instelling waarvoor de POH GGZ of geconsulteerde specialist werkzaam is (geldt voor POH en GB GGZ), waarbij niet de zorgvraag maar de instelling waar men zelf werkzaam leidend is.

Om te voorkomen dat deze prikkels leiden tot ongewenste patiëntverschuivingen, zal de zorgverzekeraar hierop moeten sturen. Ook is goede afstemming tussen huisartsenzorg en GB GGZ en SGGZ noodzakelijk om afschuiving te voorkomen.

Bijlagen

1. Lijst met experts en betrokkenen
2. Gebruikte databronnen
3. Methodiek en aannames

Bijlage 1 - Lijst met experts en betrokkenen

Onderstaande experts hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit substitutiemodel:

- Marlene de Regt
- Ellen Romeijn
- Sylvia van Manen
- Johan van Luik
- Dineke Smit
- Frits Bosch
- Bram de Wit
- Niels Sprangers
- Margret Overdijk
- Lucretia d'Fonseca
- Sybolt Okke de Vries
- Erik Ruhe
- Mirjam van Nieuwenhuijzen

Voor dit model hebben we verschillende aannames of inschattingen moeten maken. Deze aannames zijn waar mogelijk gemaakt samen met bovenstaande experts. De experts hebben ieder hun eigen inschatting gegeven van substituties tussen echelons. Op basis van deze inschattingen heeft KPMG Plexus een voorstel per echelon gemaakt. Scenario 1 in dit rapport geeft het maximumscenario weer binnen het voorstel gebaseerd op experts-inschattingen. In aanvulling daarop is scenario 2 uitgewerkt, om inzicht te geven in de mogelijke substitutie-effecten indien wordt uitgegaan van verdergaande ambities. Scenario 2 is daarmee niet (volledig) gebaseerd op de inschattingen van bovenstaande experts.

Projectgroep:

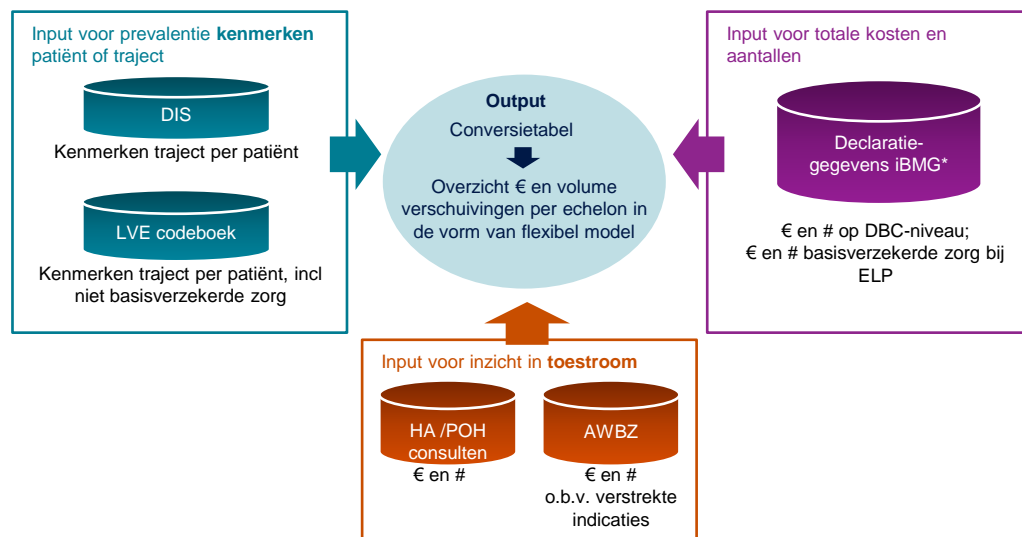
Bij de start van het project is een projectgroep samengesteld: deze bestond vanuit het Ministerie van VWS uit: Nicole Schell, Afke Bouten, Joke Kikstra en Hans Venderbos, aangevuld door Erwin Eisinger, en KPMG Plexus: Joost Kruytzer, Ilse Matthijssen, Maaïke Taconis, Sanneke de Smit en Karin Vernooij.

Bijlage 2 - Gebruikte databronnen

We hebben gebruik gemaakt van de volgende (ongekoppelde) registraties:

- Huisartsenzorg:
 - Zorggebruik huisarts door Nederlandse bevolking 2011 (CBS statline)
 - Gegevens van patiënten bij huisarts met psychische klachten of stoornis 2008 (Trimbos, Trendrapportage GGZ, 2010)
 - Gegevens gebruik POH GGZ 2011 (NZa, Advies bekostiging POH GGZ, 2012)
- Eerstelijns psychologische zorg
 - Geregistreeerde ELP consulten 2011 (LVE, benodigde doorsnedes aangeleverd door Nivel op afgesloten behandeltrajecten met openingsdatum 2011)
- Tweedelijns GGZ zorg
 - Gedeclareerde DBC's inclusief zorgprofiel 2011 (DIS, afgesloten DBCs met openingsdatum 2011)
 - Aantal en € gedeclareerde DBC's door zorgverzekeraars 2011 voor berekening risicoverevening (iBMG)
- Langdurige GGZ zorg
 - Geregistreeerde patiënten met AWBZ ZPP GGZ indicatie 2011 (CIZ, Basisrapportage)

De beslisbomen zijn gebaseerd op traject- en patiëntkenmerken uit het DIS en LVE codeboek. Wanneer we de beslisbomen voor substitutie op deze databronnen toepassen, komen we tot percentages per product (aantallen patiënten). Deze percentages hebben we toegepast op de iBMG declaratiedata, aangezien dit bestand het meest accuraat is voor totale kosten en aantal declaraties. 0,14% van de iBMG DBC's kwam niet voor in de gegevens van DIS. Hiervoor hebben we alle producten evenredig opgehoogd om weer op 100% iBMG totalen uit te komen.



* De kosten SGGZ 2011 (4.019 milj.) zijn gebaseerd op het meest volledige bestand van declaratiegegevens op DBC niveau beschikbaar, echter het totaalbedrag in dit bestand is naar schatting voor 95% volledig, door:

- Ontbreken van correctie op onderfinanciering (ruim 100 miljoen)
- Ontbreken van een balanspost, aangezien het bestand gebaseerd is op 9 kwartalen (tevens ruim 100 miljoen)

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Opbouw substitutiemodel

Het substitutiemodel bestaat grofweg uit twee delen. Deze delen zijn samen opgedeeld in drie stappen. Onderstaand een korte toelichting per stap.

Deel I: Inschatting van de substitutie-effecten

Stap 1

In de eerste stap bekijken we per echelon welke substituties te verwachten zijn in het nieuwe systeem. In deze stap substitueren we per echelon de huidige producten / behandelingen naar producten uit de nieuwe productstructuur. Op basis van expertopinie (gebaseerd op product- en patiëntkenmerken die terug te vinden zijn in zorgregistraties van het jaar 2011) zijn hiervoor beslisbomen opgesteld, zie verderop in deze bijlage. Scenario 2 van dit model gaat uit van verdergaande substitutie (zie bladzijde 9). Deze hebben we ook in de beslisbomen weergegeven (zie bladzijden 25 en 29).

Stap 2

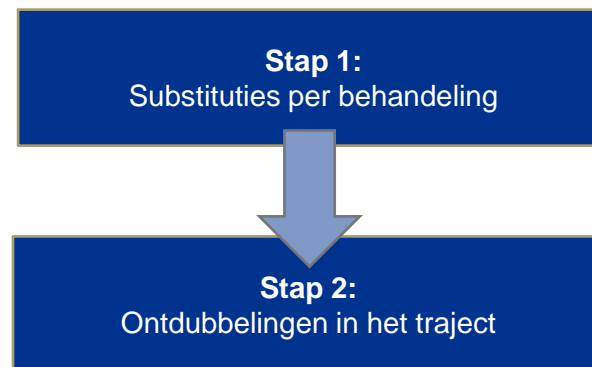
In het nieuwe systeem gaat de patiënt nieuwe, andere ketens doorlopen. Deze ketens worden naar verwachting korter ("in één keer goed"). In stap 1 bekijken we de substituties per echelon en redeneren we niet vanuit het totale traject dat de patiënt heeft doorlopen. Deze nieuwe ketens komen daardoor nog niet tot uitdrukking. We verwachten dat er door de wijzigingen in de ketens een aantal dubbelingen in trajecten voorkomen. Hiervoor corrigeren we in deze stap. Voorbeelden hiervan geven we verderop in deze bijlage.

Deel II: Inschatting van het neveneffect "minder zware patiënten door versterkte basis"

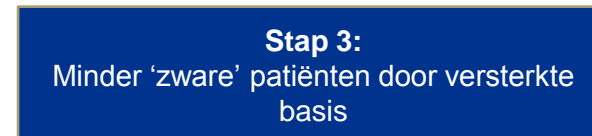
Stap 3

Er komen minder 'zware' patiënten door versterkte basiszorg. Wanneer de huisartsenzorg en de GB GGZ goed functioneren (optimale situatie) gaan we er vanuit dat patiënten beter en sneller worden behandeld in de basiszorg, waardoor zij minder of minder lang in de tweedelijns behandeld hoeven te worden (wat uiteindelijk resulteert in een reductie van het aantal minuten DBC's).

Deel I: Inschatting van de substitutie-effecten

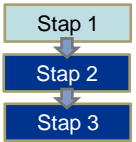


Deel II: Inschatting van het neveneffect "minder zware patiënten door versterkte basis"



Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Stap 1: Substitutie per behandeling



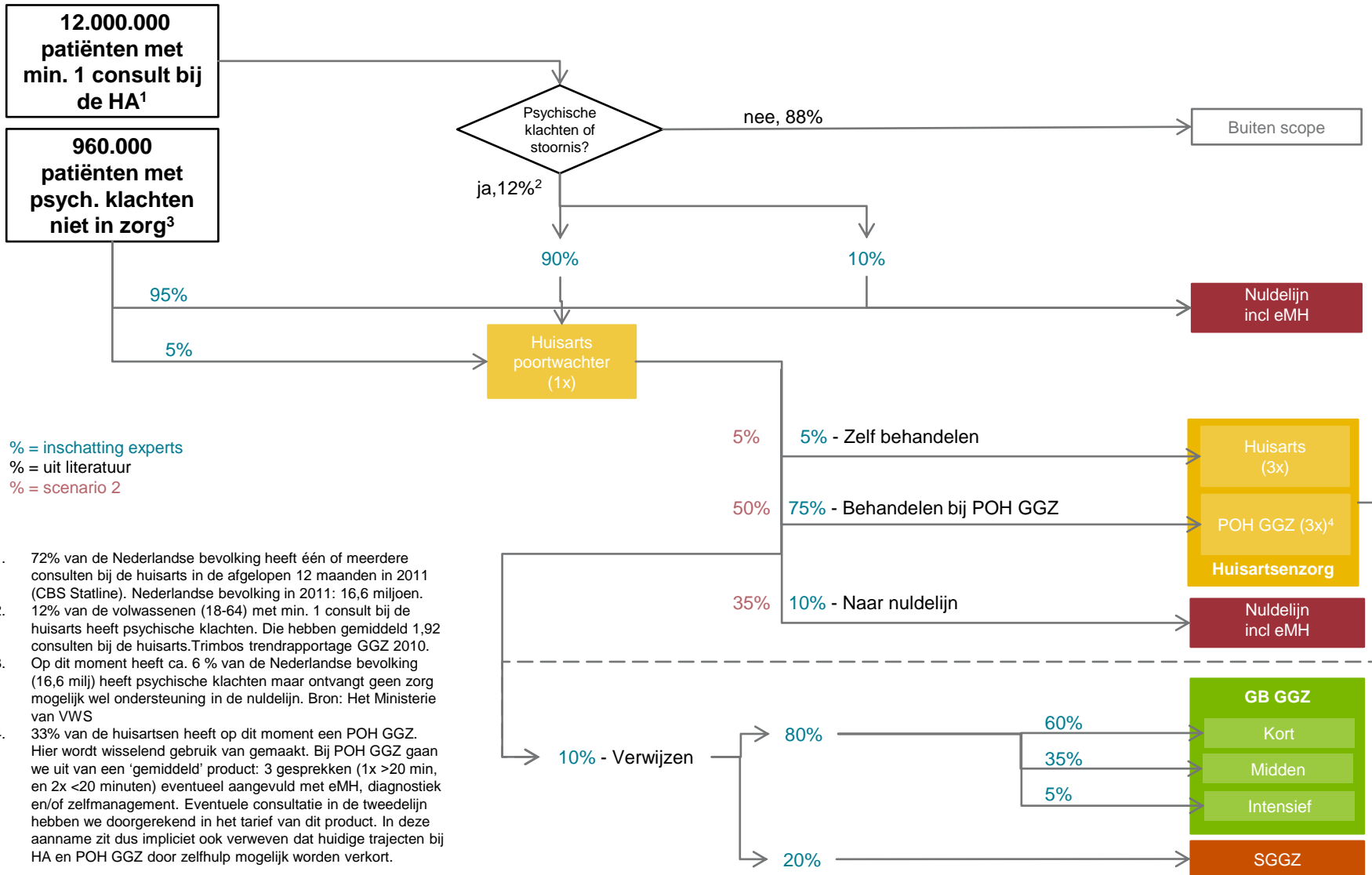
Op de volgende pagina's volgen voor de echelons huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns GGZ zorg de verwachte substituties in de huidige behandeling in de nieuwe productstructuur.

De substituties zijn weergegeven in beslisbomen, waarin op basis van een aantal criteria de patiënten die in 2011 in dit echelon zijn behandeld, worden verdeeld over de echelons in het nieuwe systeem: nuldelijn, huisartsenzorg (inclusief POH GGZ), GB GGZ kort, midden, intensief en chronisch, en de SGGZ en AWBZ.

Scenario 1 en 2 bevatten voor een belangrijk deel dezelfde substitutiepercentages. Daar waar deze van elkaar afwijken staat het in de beslisbomen aangegeven.

Huisartsenzorg

Beslisboom voor substituties Huisarts en POH GGZ

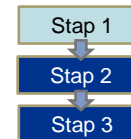


% = inschatting experts
% = uit literatuur
% = scenario 2

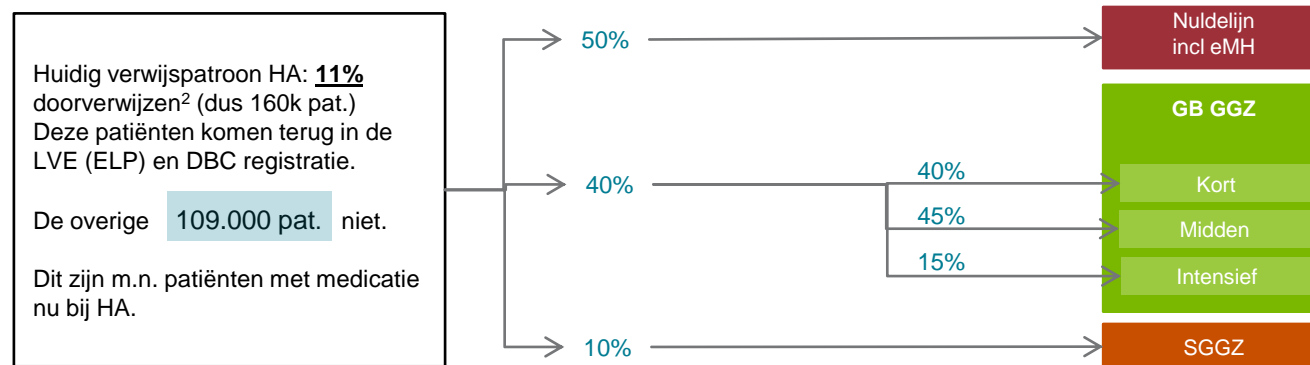
- 72% van de Nederlandse bevolking heeft één of meerdere consulten bij de huisarts in de afgelopen 12 maanden in 2011 (CBS Statline). Nederlandse bevolking in 2011: 16,6 miljoen.
- 12% van de volwassenen (18-64) met min. 1 consult bij de huisarts heeft psychische klachten. Die hebben gemiddeld 1,92 consulten bij de huisarts. Trimbos trendrapportage GGZ 2010.
- Op dit moment heeft ca. 6% van de Nederlandse bevolking (16,6 milj) heeft psychische klachten maar ontvangt geen zorg mogelijk wel ondersteuning in de nuldelijn. Bron: Het Ministerie van VWS
- 33% van de huisartsen heeft op dit moment een POH GGZ. Hier wordt wisselend gebruik van gemaakt. Bij POH GGZ gaan we uit van een 'gemiddeld' product: 3 gesprekken (1x >20 min, en 2x <20 minuten) eventueel aangevuld met eMH, diagnostiek en/of zelfmanagement. Eventuele consultatie in de tweedelij hebben we doorgerekend in het tarief van dit product. In deze aanname zit dus impliciet ook verweven dat huidige trajecten bij HA en POH GGZ door zelfhulp mogelijk worden verkort.

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties huisartsenzorg



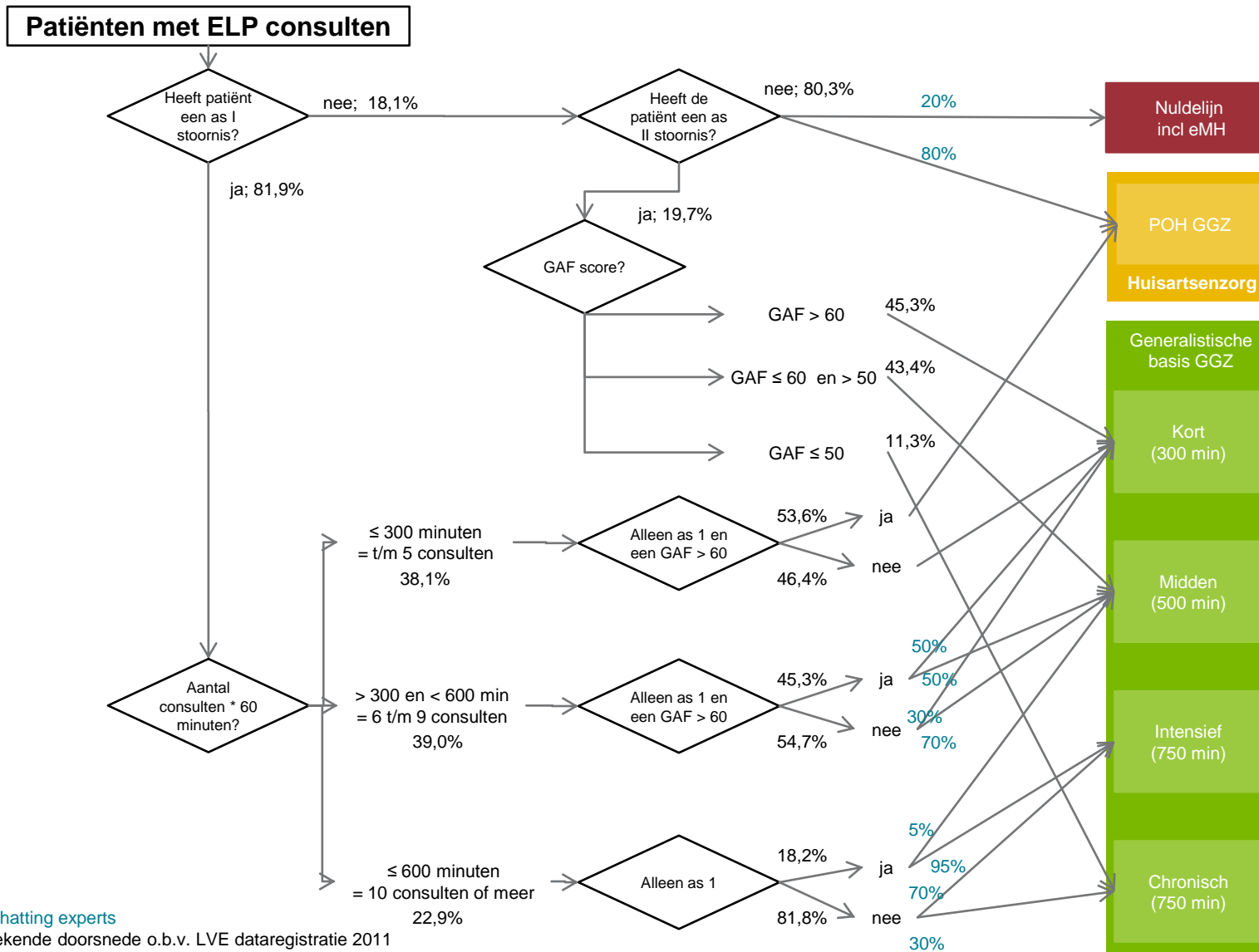
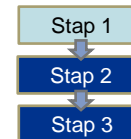
- De beslisboom van de huisartsenzorg gaat uit van de verwijspersentages die in het nieuwe systeem door de huisarts gebruikt zullen worden. Het startpunt van de boom is het huidig aantal patiënten dat voor minimaal één consult bij de huisarts komt (72% van de bevolking, CBS), 12% daarvan komt met psychische klachten of stoornis. De overige 88% valt buiten de scope van dit onderzoek.
- Door versterking van de nuldelijn met zelfhulp en eMH, zullen er in de toekomst minder patiënten bij de huisarts komen met psychische klachten. De inschatting van experts is dat 10% van de huidige populatie bij de huisarts straks uit de voeten kan met (zelf)hulp in de nuldelijn, 90% blijft dus bij de huisarts komen. Aan de andere kant vindt er door de zelfhulp en eMH-modules in de nuldelijn in de toekomst naar verwachting ook een grotere toestroom plaats naar de huisarts. Experts schatten in dat ongeveer 5% van de mensen met psychische klachten of stoornis nu niet in zorg, door versterking van de nuldelijn bij de huisarts terecht komt. Dit vormt samen de populatie die zich in de toekomst bij de huisarts meldt met psychische klachten of stoornis en dus minimaal 1x bij de huisarts komt.
- Experts schatten in dat in een goed werkend systeem 5% van de patiënten door de huisarts zelf behandeld wordt met gemiddeld 3 gesprekken. In scenario 1 wordt 75% van de populatie wordt door de POH GGZ behandeld. 20% van de patiënten wordt doorverwezen (waarbij we een terugverwijzing naar de nuldelijn ook als verwijzing beschouwen). Het nieuwe systeem zorgt ervoor dat er dus anders wordt doorverwezen door de huisarts. In scenario 2 gaan we uit van 50% die wordt gezien door de POH GGZ. 45% van de patiënten wordt terugverwezen (10% doorverwezen naar GB GGZ of SGZZ en 35% terug naar de nuldelijn).
- Uit de Trimbos rapportage blijkt dat de huisarts op dit moment 11% van haar patiënten met psychische klachten of stoornis doorstuurt of terugstuurt naar de nuldelijn. In het nieuwe systeem wordt dat 20%. Dit is een verschil van 109.000 (1,35 miljoen x 20% minus 1,44 miljoen x 11%) patiënten op jaarbasis. Deze groep wordt gesubstitueerd naar elders in het nieuwe systeem. De gedachte hierachter is dat dit de groep patiënten betreft die in de huidige situatie psychofarmaca voorgeschreven krijgt¹. Deze mensen lopen vaak jarenlang bij de huisarts, terwijl een deel van deze mensen met een eenmalig goede behandeling ook uit zorg zou kunnen. In het substitutiemodel verwerken we dit effect als volgt:



1. 56% van de patiënten met psychische klachten bij de huisarts krijgt medicatie. Bron: Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ. Daarvan krijgt 33% van de patiënten met psychische klachten bij de huisarts antidepressiva voorgeschreven. 28% slaap- of kalmeringsmiddelen. Bron: Trimbos, Trendrapportage GGZ 2010.
2. 11% van de volwassenen (18-64) die met psychische klachten of stoornis bij de huisarts komt wordt doorverwezen. Trimbos trendrapportage GGZ 2010.

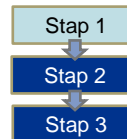
Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Beslisboom voor substituties ELP



Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties ELP



Uitgangspunt voor deze beslisboom zijn de ELP declaratiegegevens 2011 (LVE dataregistratie). Deze gegevens substitueren we aan de hand van een aantal criteria naar de nuldelijn, POH GGZ en de GB GGZ. Deze criteria staan hieronder toegelicht.

- Een van de indicatoren voor GB GGZ-zorg is het hebben van een DSM stoornis. Hierbij is nog onderscheid gemaakt tussen as 1 en as 2 problematiek: Als er geen sprake is van een as I stoornis, en geen sprake is van een as II stoornis is de inschatting dat 20% van deze patiënten in het nieuwe systeem kan worden gesubstitueerd naar de nuldelijn, aangezien hier e-Mental Health modules zijn waar mensen zelf mee aan de slag kunnen (mits optimale situatie dat dit goed georganiseerd is). 80% van deze populatie gaat naar de POH GGZ. De patiënten met een as II (en geen as I) stoornis worden gesubstitueerd naar de GB GGZ, waarbij de GAF-score een indicatie is voor de zorgzwaarte en daarmee voor de verdeling tussen de zorgzwaarteproducten in de GB GGZ.
- Vervolgens hebben we gekozen voor aantallen consulten als afkappunt, omdat dit naar het idee van de experts, met alle beperkingen van dien, de beste maat is voor substitutie naar de GB GGZ. De producten in de GB GGZ zijn uiteindelijk ook “mandjes” met tijd (respectievelijk 300, 500 en 750 min) en het kan ook in de GB GGZ zo zijn dat er matig ernstige patiënten in korte tijd (bv 300 min) worden behandeld.
- Om ook de zorgzwaarte in de mate van substitutie mee te nemen, zijn de patiënten vervolgens op basis van GAF-score verdeeld. Ook is rekening gehouden met comorbiditeit: wanneer er sprake is van zowel problematiek op as I en as II, schatten experts in dat er meer patiënten naar een “zwaarder” product worden gesubstitueerd (met meer minuten). Vooral bij de categorie patiënten met meer dan 10 consulten is de inschatting dat as 2 problematiek een indicatie is voor chronische problematiek en dat hierdoor meer patiënten worden gesubstitueerd in het chronische product van de GB GGZ, waar het accent naar verwachting meer komt te liggen op begeleiding dan op behandeling.

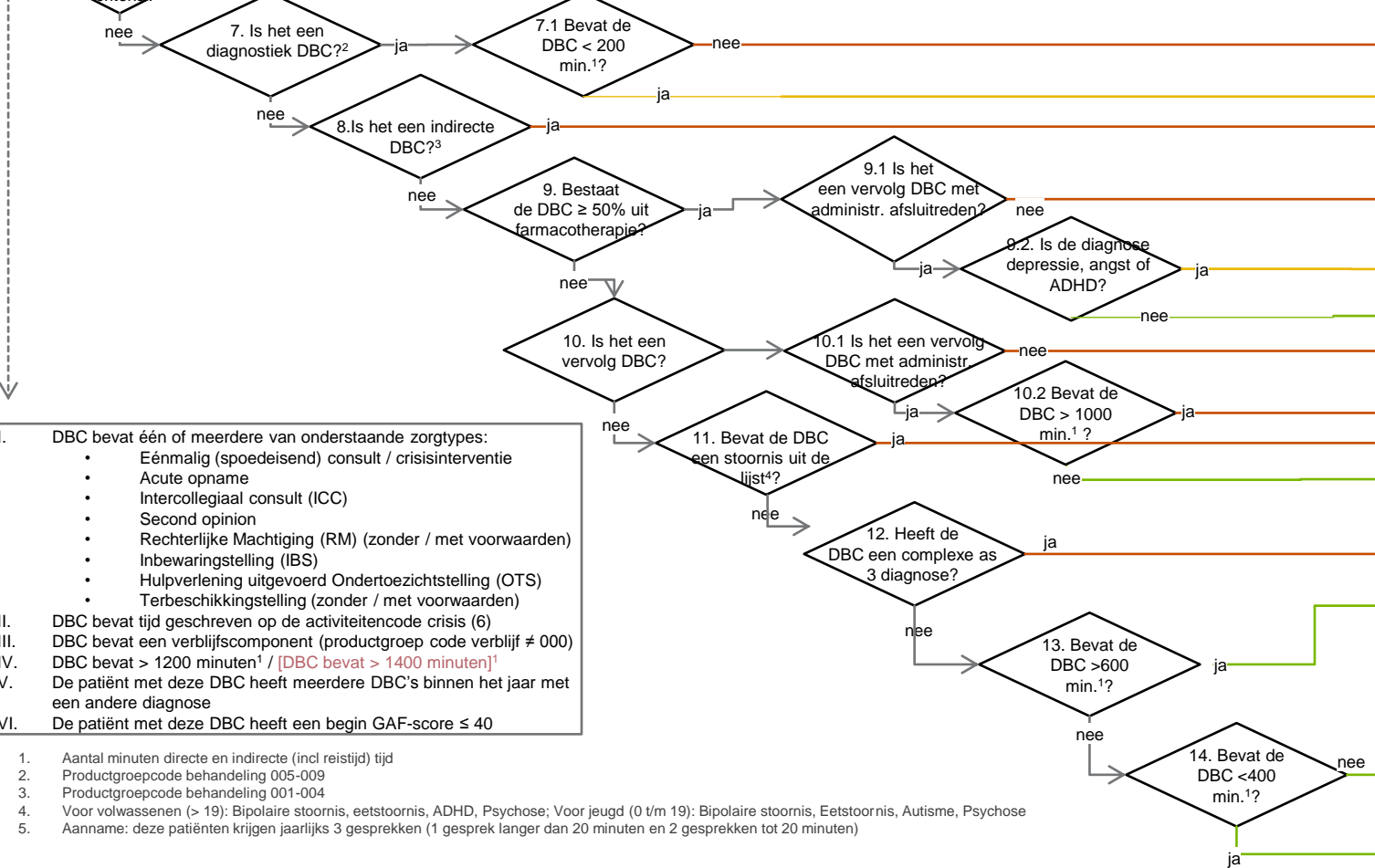
Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Beslisboom voor substituties tweedelijns zorg – DBC's

DBC's

Scenario 1
Scenario 2

0. Voldoet de DBC aan één of meer van de volgende 6 criteria?



SGGZ

HA/POH⁵

GB GGZ

Chronisch

Intensief

Midden

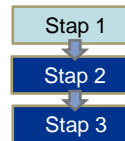
Kort

- I. DBC bevat één of meerdere van onderstaande zorgtypes:
- Eénmalig (spoedeisend) consult / crisisinterventie
 - Acute opname
 - Intercollegiaal consult (ICC)
 - Second opinion
 - Rechterlijke Machtiging (RM) (zonder / met voorwaarden)
 - Inbewaringstelling (IBS)
 - Hulpverlening uitgevoerd Ondertoezichtstelling (OTS)
 - Terbeschikkingstelling (zonder / met voorwaarden)
- II. DBC bevat tijd geschreven op de activiteitencode crisis (6)
- III. DBC bevat een verblijfscomponent (productgroep code verblijf ≠ 000)
- IV. DBC bevat > 1200 minuten¹ / [DBC bevat > 1400 minuten]¹
- V. De patiënt met deze DBC heeft meerdere DBC's binnen het jaar met een andere diagnose
- VI. De patiënt met deze DBC heeft een begin GAF-score ≤ 40

1. Aantal minuten directe en indirecte (incl reistijd) tijd
2. Productgroepcode behandeling 005-009
3. Productgroepcode behandeling 001-004
4. Voor volwassenen (> 19): Bipolaire stoornis, eetstoornis, ADHD, Psychose; Voor jeugd (0 t/m 19): Bipolaire stoornis, Eetstoornis, Autisme, Psychose
5. Aanname: deze patiënten krijgen jaarlijks 3 gesprekken (1 gesprek langer dan 20 minuten en 2 gesprekken tot 20 minuten)

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties tweedelijns zorg – DBC's



De beslisboom van de tweedelijns is generalistisch voor alle leeftijdsgroepen (jeugd, volwassenen en ouderen) en zowel van toepassing op de curatieve als de chronische patiënten. Op één plek in de boom is een uitzondering gemaakt voor de doelgroep jeugd (zie voetnoot 4 onderaan de beslisboom).

De beslisboom van de tweedelijns is gebaseerd op de DBC-structuur. Op basis van exclusiecriteria worden DBC's gespecificeerd van patiëntgroepen die niet in de GB GGZ terecht behoren te komen in het nieuwe systeem. De exclusiecriteria zijn gebaseerd op de interpretatie van experts op de exclusiecriteria zoals opgenomen in het HHM rapport.

De criteria in de beslisboom zijn grofweg op te delen in de volgende groepen:

- Exclusie risicovolle en/of complexe patiënten (criteria 1 t/m 6)
- Exclusie speciale DBC-groepen (criteria 7 & 8)
- Medicatiepatiënten (criterium 9)
- Chronische patiënten (criterium 10)
- Bijkomende risico's initiële DBC's (criteria 11 & 12)
- Verdeling binnen niet-chronische GB GGZ (criteria 13 & 14)

De verschillende groepen worden hieronder uitgewerkt.

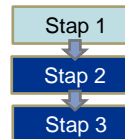
Exclusie risicovolle en/of complexe patiënten (criteria 1 t/m 6)

Zes criteria zijn opgesteld waarvan de experts inschatten dat deze een indicator zijn voor risicovolle en/of complexe patiënten, deze patiënten worden geëxcludeerd voor de GB GGZ en blijven in het nieuwe systeem in de tweedelijns. De zes criteria zijn zorgtype, crisis, verblijf, minutengrens, aantal zorgtrajecten en GAF-score, deze worden hieronder beschreven.

- **Zorgtype** (criterium 1) - Specifieke zorgtypes die specialistische behandeling vereisen blijven in de tweedelijns. Dit kan gebeuren om twee redenen:
 - De experts schatten in dat dit zorgtype een indicatie is van een risicovolle en/of complexe patiënt: eenmalig (spoedeisend) consult / crisisinterventie, acute opname, rechterlijke Machtiging (RM) (zonder / met voorwaarden), inbewaringstelling (IBS), hulpverlening uitgevoerd ondertoezichtstelling (OTS) en terbeschikkingstelling (zonder / met voorwaarden).
 - Het zijn specifieke zorgtypes waarvan de experts inschatten dat die in de nieuwe situatie ook in de tweedelijns zullen worden uitgevoerd: intercollegiaal consult (ICC) en second opinion.
- **Crisis** (criterium 2) - Experts schatten in dat patiënten waarbij tijd is geschreven op crisisactiviteiten een hoog risico en/of een hoog complexe aandoening hebben, deze patiënten blijven in de tweedelijns.
- **Verblijf** (criterium 3) - Experts schatten in dat een verblijfcomponent in een DBC een indicator is voor een hoog risico en/of een hoog complexe aandoening, deze patiënten blijven in de tweedelijns.

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties tweedelijns zorg – DBC's



- *Minutengrens* (criterium 4) - Experts schatten in dat het totaal aantal minuten (directe tijd + indirecte tijd incl. reistijd) zorg per patiënt een indicator is voor de complexiteit van de behandeling. Hierbij speelt mee dat het zwaarste product in de GB GGZ gemiddeld 750 minuten bevat. Inschatting is wel dat tijdsinstaat gemaakt kan worden op DBC's die gesubstitueerd worden van de SGGZ naar de GB GGZ door standaardisatie en het beperken van indirecte tijd.

De hoogte van de minutengrens was een belangrijk discussiepunt binnen de expertgroep. Uiteindelijk waren de meningen verdeeld tussen een grens van 1000 of 1200 minuten. Een deel van de experts gaf aan dat alle DBC's waarvoor meer dan 1000 minuten geschreven zijn te complex zijn voor de GB GGZ. Een ander deel van de experts dacht dat een deel van de patiënten met 1000 tot en met 1200 minuten wel in de GB GGZ geholpen kan worden en vonden de overige exclusiecriteria sluitend genoeg om deze groep af te bakenen.

Scenario 1 in dit rapport geeft het maximumscenario weer binnen het voorstel gebaseerd op experts-inschattingen, te weten 1200 minuten. In scenario 2 is uitgegaan van 1400 minuten.

- *Aantal zorgtrajecten* (criterium 5) - Wanneer meerdere diagnoses van toepassing zijn op een patiënt heeft de instelling meerdere opties. 1) Eén DBC openen voor de hoofddiagnose en de andere diagnoses als nevend diagnoses registreren. Wanneer voor deze optie wordt gekozen suggereert de registratie dat de behandelaar eerst de hoofddiagnose behandelt en eventueel later nog andere diagnoses. 2) Meerdere DBC's openen voor één patiënt. Wanneer een behandelaar ervoor kiest meerdere DBC's te openen is de interpretatie dat verschillende diagnoses parallel worden behandeld. Experts schatten in dat meerdere geopende DBC's een indicator is voor complexe DBC's en daarom blijven deze in de tweedelijns. Zie later voor hoe met nevend diagnoses wordt omgegaan in het model.
- *GAF-score* (criterium 6) - Experts schatten in dat een begin GAF-score van minder of gelijk aan 40 een indicator is voor risicovolle en/of complexe patiënten, deze blijven in de tweedelijns.

Exclusie speciale DBC groepen (criteria 7 & 8)

Twee specifieke DBC groepen worden geëxcludeerd van de GB GGZ:

- *Diagnostiek DBC's* (criterium 7) - Experts schatten in dat de diagnostiek DBC's voornamelijk uitgebreide psychologische onderzoeken zijn die in de tweedelijns moeten blijven. Wanneer de huisarts uitgebreidere triagemogelijkheden heeft, zal een deel (alle diagnostiek DBC's minder dan 200 minuten) door de huisarts worden uitgevoerd.
- *Indirecte tijd DBC's* (criterium 8) - Experts schatten in dat de indirecte tijd DBC's in de tweedelijns blijven. Momenteel (2013) mogen indirecte tijd DBC's niet langer worden gedeclareerd.

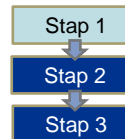
Medicatiepatiënten (criterium 9)

Een specifieke doelgroep binnen de GGZ zijn patiënten die stabiel gehouden worden met behulp van medicatie. Deze groep wordt geïdentificeerd door alle patiënten te selecteren waarbij meer dan 50% van de geschreven tijd is geregistreerd op de activiteitscode farmacotherapie.

Binnen de groep medicatiepatiënten bestaan twee subgroepen: patiënten waarbij de medicatie nog wordt ingesteld en patiënten die zich al in een stabiele situatie bevinden. Het instellen van medicatie is een complex proces en zal naar inschatting van de experts in de SGGZ moeten blijven. De patiënten die stabiel zijn wat medicatiegebruik betreft zouden kunnen worden gesubstitueerd.

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties tweedelijns zorg – DBC's



Twee criteria specificeren de stabiele medicatiegebruikers binnen de totale groep van medicatiepatiënten, enerzijds moet de DBC een vervolg DBC zijn en anderzijds moet de DBC om administratieve redenen zijn afgesloten. Wanneer dit het geval is gaat het om vervolg DBC waar vrijwel zeker nog een vervolg DBC achteraan komt, dit schatten de experts in als een goede indicatie voor stabiele medicatiepatiënten.

De stabiele medicatiepatiënten kunnen gesubstitueerd worden naar de huisarts/POH of naar de GB GGZ, de experts schatten in dat patiënten met een angst, depressie en ADHD stoornis het best bij de huisarts terecht kunnen, de rest kan geholpen worden in de GB GGZ.

Chronische patiënten (criterium 10)

Chronische patiënten worden gespecificeerd door vervolg DBC's met een administratieve afsluitreden (zie ook medicatiepatiënten). Experts schatten in dat alle chronische patiënten met minder dan 1000 minuten gesubstitueerd kunnen worden naar het chronisch product van de GB GGZ.

Bijkomende risico's initiële DBC's (criteria 11 & 12)

Experts geven aan dat binnen de groep initiële DBC's een aantal extra criteria bestaan om risicovolle en/of complexe patiënten te herkennen, namelijk specifieke stoornissen, as 3 problematiek en nevendiagnoses. Deze drie worden hieronder beschreven.

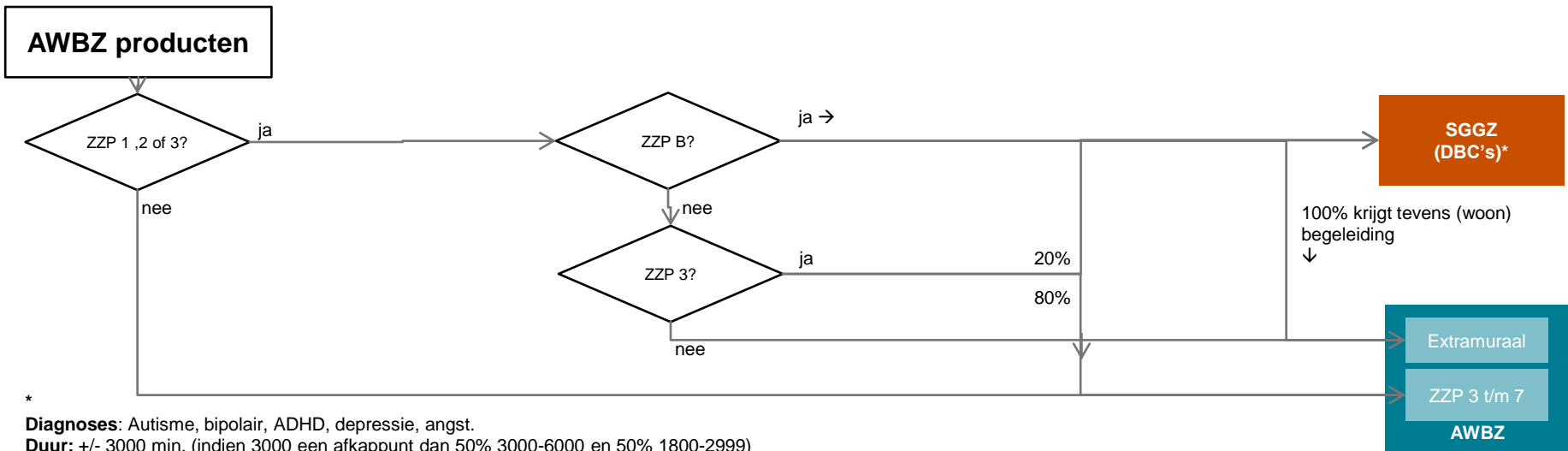
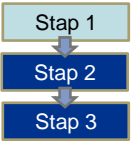
- Specifieke stoornissen (criterium 11) - Experts hebben aangegeven dat patiënten met een initiële DBC met aandoeningen bipolair, eetstoornis, ADHD of psychose altijd in de tweedelijns moeten blijven in verband met de complexiteit. Voor jeugd is ADHD in deze lijst vervangen door autisme.
- Complexe as 3 diagnose (criterium 12) – In de registratie kunnen professionals kiezen voor drie type registraties als het gaat om as 3: geen as 3 problematiek, enkelvoudige as 3 problematiek en complexe as 3 problematiek. Experts schatten in dat wanneer patiënten complexe as 3 problematiek hebben, dit interfereert met de behandeling. Initiële DBC's met complexe as 3 problematiek blijven daarom in de tweedelijns.
- Nevendiagnoses – Experts geven aan dat het regelmatig voorkomt dat een nevendiagnose op as 1 of as 2 interfereert met de behandeling van de hoofddiagnose. Echter niet elke nevendiagnose interfereert met de behandeling. Indien deze interfereert, moet deze in de tweedelijns blijven. Uit de data blijkt dat het wel of niet meenemen van dit criterium een grote impact heeft op de resultaten van het model. Er is uiteindelijk door het Ministerie van VWS voor gekozen om dit criterium niet in de scenario's mee te nemen.

Verdeling binnen niet-chronische GB GGZ (criteria 13 & 14)

De uiteindelijke opsplitsing binnen de niet-chronische GB GGZ wordt gedaan op basis van minuten. DBC's met minder dan 400 minuten gaan naar het product kort, tussen de 400 en 600 minuten naar het product midden en meer dan 600 minuten naar het product intensief.

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

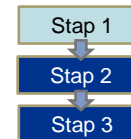
Beslisboom voor substituties AWBZ



*
Diagnoses: Autisme, bipolair, ADHD, depressie, angst.
Duur: +/- 3000 min. (indien 3000 een afkappunt dan 50% 3000-6000 en 50% 1800-2999)

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

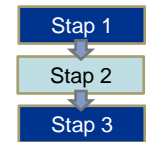
Toelichting en onderbouwing beslisboom voor substituties AWBZ



- Door scheiden wonen en zorg en door ambulantisering in de langdurende GGZ verwachten we een toestroom van patiënten naar de Zvw gefinancierde GGZ zorg. Per 1 januari 2013 is scheiden wonen en zorg voor nieuwe patiënten met ZPP 1 en 2 indicatie al ingevoerd. Ook de afbouw van bedden ten behoeve van meer ambulante behandeling in de GGZ is een traject dat al is ingezet. Deze beslisboom gaat uit van de situatie dat scheiden wonen en zorg en ambulantisering al volledig heeft plaatsgevonden.
- Experts verwachten dat het behandelingsdeel van de ZPP 1B, 2B en 3B door ambulantisering en scheiden wonen en zorg gesubstitueerd wordt naar de SGGZ. De redenering hierbij is dat dit patiënten betreffen die voorheen 16 tot 24 uur in een GGZ-instelling verbleven, waarbij de “toekomstige” behandeling tenminste één keer per week zal moeten plaatsvinden. Hierdoor is substitutie met een consult in de GB GGZ of POH GGZ niet wenselijk. Op basis van wekelijks contact van een uur, zal de patiënt zo'n 3000 minuten zorg in de tweedelijns behoeven. Daarnaast geven experts aan dat deze patiënten ook (woon)begeleiding krijgen in het extramurale deel van de AWBZ.
- De ZPP 1C en 2C worden gesubstitueerd door extramurale zorg in de AWBZ. Bij ZPP 3C zal onder invloed van ambulantisering een deel van de patiënten (20%) worden gesubstitueerd naar de SGGZ. Ook hier is de redenering dat deze groep frequente begeleiding / behandeling nodig heeft en daarom behandeling in de SGGZ behoeft. Dit sluit vaak al aan bij de behandeling die de patiënten naast de ZPP al kregen in de vorm van een DBC.
- Experts verwachten geen substitutie naar Zvw gefinancierde zorg vanuit andere AWBZ producten dan de ZPP1, 2 en 3.
- Experts verwachten geen substitutie naar de GB GGZ vanuit de AWBZ. Bovenstaande genoemde effecten zijn daardoor niet gerelateerd aan de introductie van de GB GGZ of versterking van de tweedelijns. De substituties vanuit dit echelon vallen daarmee buiten de scope van het model.

Bijlage 3 - Methodiek en aannames

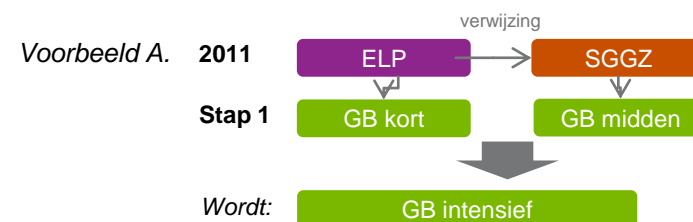
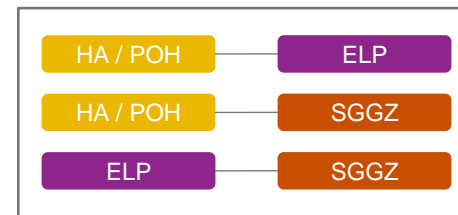
Stap 2: Ontdubbelingen in het traject-1



In deze stap schatten we het aantal dubbelingen in voor trajecten en corrigeren we voor verwachte wijzigingen in de keten. Er zijn twee typen schakels in een (deel)keten van een patiënt te onderscheiden. Een veelvoud of combinatie van beiden kan uiteraard voorkomen in de totale keten van een patiënt:

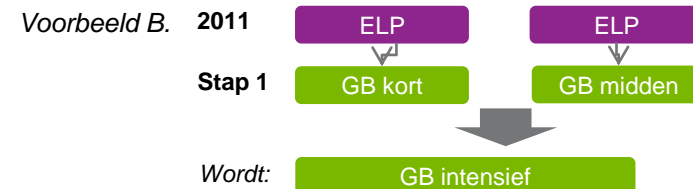
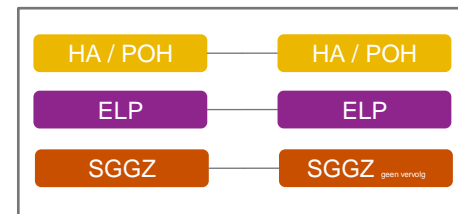
A. Schakeling van behandelingen in verschillende echelons

Door deze schakeling ontstaan dubbeltellingen doordat we vanuit twee echelons naar hetzelfde nieuwe echelon 'substitueren'. Zie voorbeeld A hiernaast. De huidige verwijzpercentages geven een indicatie van hoe vaak dit maximaal kan voorkomen. Let op! Dit is slechts één voorbeeld. Dergelijke dubbelingen komen ook voor bij HA/POH trajecten.



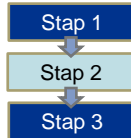
B. Meerdere behandelingen in één echelon

De verwachting is dat door versterkte basiszorg patiënten in het nieuwe systeem één groter product krijgen. Zie voorbeeld B hiernaast. Let op! Dit is slechts één voorbeeld. Dergelijke dubbelingen komen ook voor bij HA/POH trajecten.



Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Stap 2: Ontdubbelingen in het traject -II

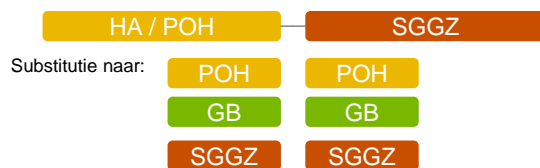


Om een inschatting te maken van het aantal verwachte dubbelingen in de keten van een GGZ patiënt, berekenen we de verwachting dat dit voorkomt als volgt:



kans(verwezen van HA naar ELP) x

- kans(substitutie HA/POH → POH) x kans(substitutie ELP → POH)
- kans(substitutie HA/POH → GB) x kans(substitutie ELP → GB)



kans(verwezen van HA naar tweedelij) x

- kans(substitutie HA/POH → POH) x kans(substitutie DBC → POH)
- kans(substitutie HA/POH → GB) x kans(substitutie DBC → GB)
- kans(substitutie HA/POH → DBC) x kans(substitutie DBC → DBC)

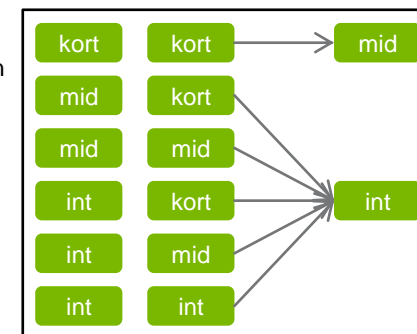


kans(verwezen van ELP naar tweedelij) x

- kans(substitutie ELP → POH) x kans(substitutie DBC → POH)
- kans(substitutie ELP → GB) x kans(substitutie DBC → GB)

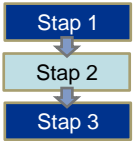
We corrigeren deze dubbelingen als volgt:

- Voor de POH trajecten nemen we het aantal POH trajecten die ontstaan vanuit de huisartsenboom als uitgangspunt. We corrigeren voor dubbelingen in POH contacten door de substituties van ELP en SGGZ naar POH weg te strepen.
- Indien een dubbeling bij de GB GGZ voorkomt passen we nevenstaand schema toe als correctie.
- Indien een dubbeling bij de SGGZ voorkomt corrigeren we niet



Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Stap 2: Ontdubbelingen in het traject -III



- Het verwachte aantal POH GGZ consulten in het optimale plaatje leiden we in de beslisboom af vanuit *nieuwe* verwijspersentages bij de huisarts. We gaan hierbij uit van één traject. Een correctie voor POH is dus niet nodig.



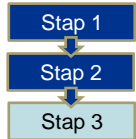
- In de LVE data die we gebruiken voor de ELP consulten kunnen patiënten die meerdere keren in een jaar een nieuwe reeks behandelingen starten niet van elkaar onderscheiden worden. Dit betekent dat trajecten bij de ELP in onze data al worden opgeteld en we dus 'grotere trajecten' substitueren. Daardoor is er in deze stap geen correctie nodig.



- We nemen aan dat als een patiënt in de SGGZ twee aparte DBC's had dat deze dan beide noodzakelijk waren en niet gesubstitueerd kunnen worden naar één groot product. Correctie is dus ook hier niet nodig.

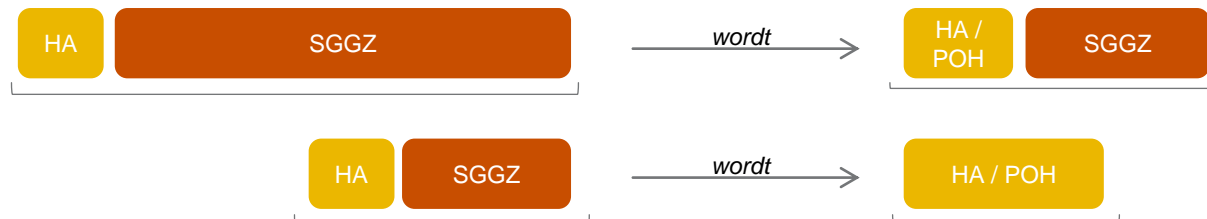
Bijlage 3 - Methodiek en aannames

Stap 3: Minder 'zware' patiënten door versterkte basis



Er komen minder 'zware' patiënten door versterkte basiszorg. Wanneer de huisartsenzorg en de GB GGZ goed functioneren (optimale situatie) gaan we ervan uit dat patiënten beter en sneller worden behandeld in de basiszorg, waardoor zij minder of minder lang in de tweedelijng behandeld hoeven te worden (wat uiteindelijk resulteert in een reductie van het aantal minuten DBC's).

Voorbeelden



We nemen aan dat de producten in de SGGZ door deze kwaliteitsverbetering met een percentage afneemt. We passen dit percentage evenredig toe op alle producten in de toekomstige SGGZ. Voor beide scenario's is dit percentage -10%.



cutting through complexity™

PLEXUS®
X

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.

De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.