



KPMG
cutting through complexity

PLEXUS

GEZONDHEIDSZORG

Monitor generalistische basis GGZ

Pilot rapportage

In opdracht van het Ministerie van VWS

7 oktober 2014

Oktober 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.

Samenvatting

* De introductie van de generalistische basis (GB) GGZ heeft naast effect op de GB-GGZ ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ. In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis. Deze pilotrapportage geeft een eerste beeld op basis van kwantitatieve en kwalitatieve data.

Met de stelselwijziging zijn er nieuwe echelons ontstaan. Vóór stelselwijziging: EPZ en 2^e lijn; na stelselwijziging: GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ:

1 ^e kwartaal 2011 - 2013	1 ^e kwartaal 2014
Huisarts incl. POH	Huisarts incl. POH
EPZ	GB- GGZ
2e lijn	Gespec. GGZ

Per 1 januari 2014 is een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd*. KPMG Plexus en Vektis hebben de volgende opdracht van VWS gekregen:

Het opzetten van de 'Monitoring effecten generalistische basis GGZ' (verder: monitor) die zich richt op de volgende elementen:

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de stelselwijziging in de GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk.

In deze pilotrapportage geven we een eerste beeld op basis van kwantitatieve (eerste kwartaal 2014) en kwalitatieve data (uit eerder verscheven quickscan). Data van Vektis en data aangeleverd door betrokken zorgaanbieders zijn gecombineerd met ervaringen uit het veld (huisartsen, behandelaren in de GB en gespecialiseerde GGZ, zorgverzekeraars en patiënten). **De eerste kwantitatieve bevindingen zijn nog niet geëxtrapoleerd naar landelijk niveau en hebben daarmee alleen betrekking op de betrokken aanbieders bij de monitor. Op basis van deze eerste pilotrapportage kunnen nog geen conclusies worden getrokken.** Het geeft een eerste voorzichtig beeld. Dit beeld ontwikkelt zich in de loop van de monitor verder en wordt steeds betrouwbaarder.

De monitor brengt de ontwikkeling van de stelselwijziging GGZ in kaart aan de hand van onderstaand raamwerk. Daarbij nemen we de perspectieven van de behandelaren, patiënten en zorgverzekeraars mee.



GGZ algemeen – over echelons

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de verschillende partijen over het algemeen aangeven dat zij positief staan tegenover de stelselwijziging GGZ, echter de invoering staat nog in de kinderschoenen. Hierdoor worden verschillende knelpunten ervaren in de uitvoering.

Als we het eerste kwartaal van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's vergelijken met het eerste kwartaal in voorafgaande jaren (2011-2013) dan zien we het volgende:

- **Aantallen patiënten:** Het aantal patiënten bij de POH-GGZ ligt hoger in 2014 dan in voorafgaande jaren. Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 lager dan het gemiddelde van 2011-2013 in de 1e lijns psychologische zorg (EPZ) én 2^e lijn samen. Als we alleen kijken naar het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ dan ligt dit lager dan in de 2^e lijn; in de GB-GGZ zitten daarmee juist meer patiënten dan in de EPZ; dit sluit aan bij de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient.
- **Behandelkosten:** In lijn met de hogere patiënten aantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger. De kosten in de GB-GGZ liggen hoger dan in eerdere jaren in de EPZ. De zwaardere doelgroep en toename van het aantal patiënten spelen hierbij een rol. De totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn nauwelijks veranderd.

Samenvatting

- **Aantal nieuwe patiënten:** Het totaal aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is toegenomen. Het totaal aan nieuwe patiënten in de GB én gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 ongeveer gelijk aan dat in de eerdere jaren in de EPZ én 2^e lijn. Als we apart naar de echelons kijken dan zijn er bij de GB-GGZ relatief veel nieuwe patiënten. Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ ligt lager dan voorheen in de 2^e lijn.
- **Gemiddelde behandelkosten per patiënt:** De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ lijken vergelijkbaar over de jaren. Bij patiënten met een GB-GGZ product liggen deze hoger dan bij patiënten met een EPZ product. De behandelkosten per patiënt binnen de gespecialiseerde GGZ liggen hoger dan voorheen in de 2^e lijn.
- **Medicatiekosten:** De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ werkt door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep. De totale medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013 voor deze aanbieders. De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen lager dan bij de 2^e lijn. Ook in de GB en gespecialiseerde GGZ spelen het respectievelijk het toenemen en afnemen van de aantallen patiënten een rol. In de GB-GGZ speelt ook dat er een hoger percentage patiënten is met medicatie ten opzichte van de EPZ. Daarnaast zijn de medicatiekosten per patiënt in de GB en gespecialiseerde GGZ gestegen.

Verschuiving tussen echelons

- **Verwijsstromen:** Op basis van de kwantitatieve data kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over verwijsstromen. Uit de kwalitatieve data komt naar voren dat patiënten later lijken te worden verwezen door de opkomst van de POH-GGZ. Het eigen risico lijkt in sommige gevallen een knelpunt bij doorverwijzing.
- **Verwijsinstrumenten:** Verwijsinstrumenten worden door huisartsen als ontoereikend ervaren en hierdoor slechts beperkt gebruikt. Binnen de GB-GGZ wordt het verwijfsmodel, zoals beschreven door HHM, wel vertaald in praktische instrumenten. Hierin ontbreekt het echter aan eenduidigheid. In het algemeen geven verwijzers en aanbieders naar wie verwezen wordt verschillende knelpunten aan in de verwijzing. Deze knelpunten hebben betrekking op de juistheid van verwijzing naar een bepaald echelon en de juistheid en volledigheid van verwijfsgegevens. Er bestaat in het veld nog onduidelijkheid welke zorg in welk echelon geleverd dient te worden. ZN en de NHG zijn momenteel in gesprek over de verwijfsinformatie.

Binnen echelons

- **Huisartsenzorg inclusief POH-GGZ:** Het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is gestegen naar 61%. Dit blijkt uit zowel kwantitatieve (zowel landelijke als gegevens uit de betrokken regio's) als kwalitatieve gegevens. Ook het aantal uren van de POH-GGZ in huisartsenpraktijken neemt toe. De POH-GGZ is veelal gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (31%) en de functie wordt door verschillende beroepsgroepen ingevuld, waarbij de SPV de grootste beroepsgroep is. Hierin zijn regionale verschillen zichtbaar. Zowel huisartsen als patiënten geven aan tevreden te zijn over de POH-GGZ. Ondersteunende instrumenten, zoals consultatie, E-mental health (EMH) en evidence based preventie, worden in huisartsenpraktijken nog beperkt ingezet.

Samenvatting

- **GB-GGZ:** Het product Kort wordt slechts beperkt ingezet in de GB-GGZ. Dit blijkt uit zowel het kwalitatieve als kwantitatieve onderzoek. Een verklaring hiervoor ligt in de inzet van de POH-GGZ aan de voorkant. Het product Intensief wordt relatief vaker ingezet. Uit het kwalitatieve onderzoek komt daarnaast naar voren dat de bandbreedte van dit product als onvoldoende toereikend wordt ervaren om de zwaardere doelgroep te kunnen behandelen. Geprotocolleerde zorg past bijvoorbeeld vaak niet binnen de bandbreedte van dit product. Voor instellingen die GB-GGZ aanbieden, kunnen groepsbehandelingen en EMH mogelijkheden bieden de beschikbare minuten efficiënt in te zetten.
- **GB-GGZ:** Van de patiënten die in de GB-GGZ een product hadden dat is afgesloten, was bij een klein deel als afsluitreden aangegeven dat de patiënt te licht dan wel te zwaar was. Het merendeel betrof transitieproducten.
- **Gespecialiseerde GGZ:** Zowel het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten als het percentage patiënten met een diagnostiek DBC ligt in 2014 lager dan in voorafgaande jaren. Het is nog te vroeg om hier conclusies aan te verbinden.

Zorgverzekeraars en patiënten

- **Zorginkoop:** In 2014 hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt rondom de stelselwijziging GGZ en eisen gesteld aan de zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren echter knelpunten in de zorginkoop door zorgverzekeraars. Voorbeeld van knelpunten zijn de verschillende eisen die door de afzonderlijke zorgverzekeraars worden gesteld en de afspraken die gemaakt worden over de productmix. Zorgverzekeraars ontvangen komende perioden declaratiegegevens op basis waarvan zij beleid aan kunnen passen. Verzekeraars geven aan te verwachten dat screenings- en verwijstools binnen de GB-GGZ aangepast gaan worden. Ook verwachten ze nog aanpassingen in de productstructuur van de GB-GGZ. In de volgende rapportage nemen we de ervaringen mee rondom de zorginkoop van 2015.
- **Ervaringen patiënten:** Eerste ervaringen met de POH-GGZ worden als positief ervaren. Uit de interviews blijkt dat veel patiënten niet bekend zijn met het onderscheid tussen de GB en gespecialiseerde GGZ en de bijkomende veranderingen.

Tot slot, deze monitor is gericht op de stelselwijziging in de GGZ. We kunnen echter niet uitsluiten dat andere ontwikkelingen ook invloed hebben op de monitor. We nemen dit daar waar mogelijk mee in de interpretatie.

Inhoudsopgave

De contactpersonen vanuit
KPMG Plexus voor deze
rapportage zijn:

Joost Kruytzer
Partner KPMG Plexus

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

Karin Lemmens
Manager KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 12513683
lemmens.karin@kpmgplexus.nl

Gwendy Bos
Adviseur KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 10955819
bos.gwendy@kpmgplexus.nl

Deze opdracht voert KPMG
Plexus uit in samenwerking met
Vektis.

	Pag.
Samenvatting	2
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer	6
1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem	7
2. Aanpak	8
2.1 Globale beschrijving van de aanpak	8
2.2 Inhoudelijk model	9
3. Bevindingen	10
3.1 Overzicht bevindingen	10
3.2 Bevindingen op totaalniveau	11
3.3 Verschuivingen tussen echelons	24
3.4 Bevindingen per echelon	28
3.5 Zorgverzekeraars en patiënten	39
Bijlagen	42
1. Geformuleerde vragen door VWS	43
2. Overzicht indicatoren	45
3. Toelichting op kwantitatieve data	46
4. Regio afbakening	49
5. Achtergronden data analyse	50
6. Gebruikte coderingen	52

1. Inleiding

1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer

1.1.1 Aanleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Om mensen met psychische aandoeningen zo goed mogelijk te kunnen behandelen is een samenhangend en gevarieerd zorgaanbod nodig. De kosten van GGZ zijn in het afgelopen decennium relatief meer toegenomen dan in andere zorgsectoren. Dit komt mede doordat mensen met lichte psychische problematiek vaak onnodig in de gespecialiseerde (2e lijns) GGZ terechtkomen. Daarnaast keren mensen na behandeling te langzaam terug naar de 1e lijn (huisarts, POH of 1^e lijns psycholoog). Hierdoor is de vraag naar gespecialiseerde GGZ zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid (onvoldoende gepaste zorg, waardoor wachtlijsten ontstaan), de kwaliteit (door onvoldoende gepaste zorg en zorg ver weg in plaats van dichtbij) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek) van de GGZ in gevaar komt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in juni 2012 een akkoord gesloten met zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in de GGZ. Dit akkoord heeft drie hoofddoelen: 1) de zorg dicht bij de patiënt brengen; 2) de zorg beter en effectiever maken en 3) de zorg betaalbaar houden. Dit akkoord is op 16 juli 2013 verlengd en verder ingevuld.

Per 2014 is de nieuwe werkwijze in de curatieve GGZ ingevoerd (eerder: *Basis GGZ*, in vervolg: *stelselwijziging GGZ* om de volledige lading te dekken). De introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en de versterking van de huisartsenzorg (incl. Praktijkondersteuner Huisarts (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 terechtkomen of blijven. Onderdeel daarvan is meer zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-health. Met de invoering van deze maatregelen verwacht 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.

1.1.2 Vraagstelling

Het ministerie van VWS wil graag een monitor ontwikkelen om de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijziging in de GGZ goed te volgen. De opdracht kan worden samengevat als: *Het opzetten van de 'Monitoring effecten generalistische basis GGZ' (verder: monitor) die zich richt op de volgende elementen:*

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de stelselwijziging GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk.

Deze elementen vallen uiteen in een groot aantal subvragen. Deze staan beschreven in Bijlage 1.

1.1.3 Leeswijzer

In dit document rapporteren we de eerste kwantitatieve bevindingen in combinatie met de kwalitatieve bevindingen uit de quickscan. In hoofdstuk 2 beschrijven we beknopt de aanpak. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag of doelen van de stelselwijziging GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de stelselwijziging GGZ ervaren wordt. De bijlagen geven aanvullende informatie.

1. Inleiding

1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

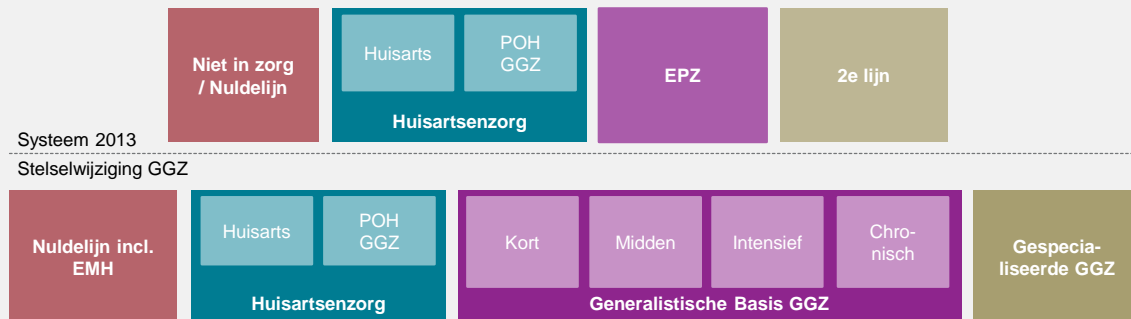
1.1.4 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons, zie figuur hieronder:

1. Huisartsenzorg, waaronder POH-GGZ
2. GB-GGZ
3. Gespecialiseerde GGZ

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

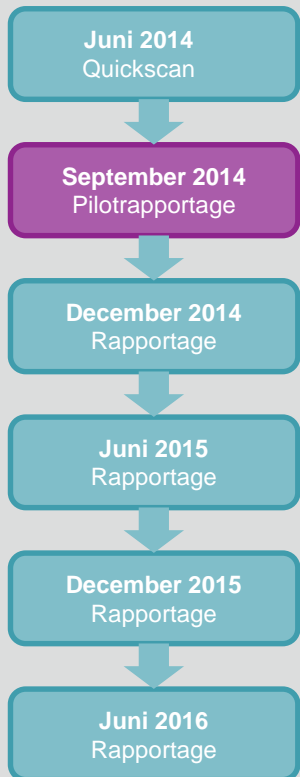
- De nuldelijn is versterkt, d.w.z. er worden verschillende e-Mental Health (EMH) modules aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ werd huisartsen al de mogelijkheden geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, door het aanbieden van EMH-behandelingen, 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 na de stelselwijziging op volle kracht.
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe binnen de 1e lijns psychologische zorg (EPZ) werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2e lijn GGZ samen. De populatie van de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. 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, substitueren van de 2e lijn 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

2.1 Globale beschrijving van de aanpak



2.1.1 Pilotrapportage van de Monitor

Halfjaarlijks verschijnt de monitor die de ontwikkelingen van de invoering van de stelselwijziging GGZ volgt. De pilotrapportage presenteert de resultaten van zowel het kwalitatieve als kwantitatieve onderzoek. Het kwalitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden in het kader van de quickscan. We presenteren deze rapportage als een pilotrapportage, omdat hiervoor alleen nog de data van het *eerste kwartaal van 2014* beschikbaar is en we de haalbaarheid van de indicatoren nog willen toetsen. Vanaf de volgende rapportage rapporteren we de gegevens per half jaar.

2.1.2 Drie regio's als basis voor de monitor om een actueel beeld te kunnen geven

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie regio's: Friesland, Utrecht en omstreken, en Zuid Limburg. In deze regio's zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens verzameld. In juni 2016 vindt een validatie van de monitor plaats op basis van de (tegen die tijd) landelijk beschikbare data. Meer informatie over de data is te vinden in bijlage 3.

2.1.2.1 Kwalitatief onderzoek bestaat uit interviews

Het kwalitatieve onderzoek bestaat uit interviews gehouden ten behoeve van de quickscan met diverse partijen in bovengenoemde regio's:

- Huisartsen: hoe werkbaar is verwijfsmodel, screeningstool, vormgeving van POH GGZ, consultaties van specialisten en verwijzingen;
- GB-GGZ aanbieders: hoe lopen verwijzingen vanuit huisarts/ POH-GGZ, wat zijn ervaringen met de zorgproducten (criteria, toereikendheid, aansluiting bij protocollen) en verloop van inkoopafspraken;
- Gespecialiseerde GGZ aanbieders: hoe lopen verwijzingen vanuit huisarts/ POH-GGZ en uitstroom naar GB-GGZ;
- Zorgverzekeraars: hoe werkbaar is de beschikbare informatie bij het maken van inkoopafspraken;
- Patiënten: wat merkt de patiënt van de invoering en wordt hij/zij betrokken bij verwijzing.

2.1.2.1 Kwantitatief onderzoek levert indicatoren

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op beschikbare data van Vektis en data aangeleverd door deelnemende aanbieders in de regio's. Hieruit zijn 15 indicatoren berekend (zie bijlage 2). In volgende rapportages worden deze indicatoren opnieuw bepaald op de dan meest recente cijfers. Het beeld ontwikkelt zich daarmee in de loop der tijd op basis van de meest actuele data en wordt daarmee steeds betrouwbaarder. Bij interpretatie van de indicatoren zijn de onderstaande aandachtspunten van belang. Meer toelichting over de aanpak en aandachtspunten bij de data is te vinden in bijlagen 3 en 5.

- De figuren tonen gegevens van patiënten (18+) van de geselecteerde aanbieders woonachtig in de vastgestelde regio's. De indicatoren zijn ook berekend voor de <18 jaar populatie. De resultaten hiervan worden in woorden beschreven.
- Het betreft data van zorgproducten geopend in de getoonde kwartalen. Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot eind juli 2014 (# minuten, type product, etc.)
- Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen.

2. Aanpak

2.2 Inhoudelijk model

2.2.1 De monitor presenteert bevindingen aan de hand van een raamwerk

De monitor brengt de ontwikkeling van de stelselwijziging GGZ in kaart aan de hand van onderstaand raamwerk, bestaande uit de volgende drie elementen:

1. Over echelons heen: GGZ algemeen
2. Verschuiving tussen echelons
3. Binnen echelons
 - Huisartsenzorg (Huisarts en POH-GGZ)
 - Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ)
 - Gespecialiseerde GGZ

Bij de bevindingen (hoofdstuk 3) staat op elke pagina rechtsboven onderstaande figuur met daarin uitgelicht op welk onderdeel de betreffende pagina betrekking heeft.

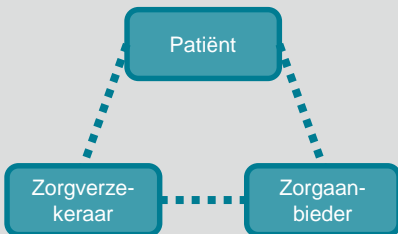


2.2.2 Bij de invulling van het raamwerk nemen we verschillende perspectieven mee

Het raamwerk wordt in het onderzoek ingevuld vanuit drie perspectieven:

- Patiënten: de ervaring van patiënten met de ontwikkelingen rondom de stelselwijziging GGZ;
- Zorgaanbieders: de ervaringen van de verschillende zorgaanbieders in de GGZ keten worden in kaart gebracht: Huisartsen, POH'ers en behandelaren in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ (zowel vrijgevestigd als in instellingen).
- Zorgverzekeraars: de ervaringen van worden zorgverzekeraars met de stelselwijziging GGZ worden in beeld gebracht.

Hiervoor worden vooral kwalitatieve gegevens gebruikt.



3. Bevindingen

3.1 Overzicht bevindingen

3.1.1 Overzicht bevindingen

De overall bevindingen staan beschreven in de samenvatting op pagina 2-4.

3.1.2 Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen. In paragraaf 3.2 beschrijven we de bevindingen op totaalniveau: aantallen patiënten per echelon, totale behandelkosten, nieuwe patiënten per echelon, gemiddelde behandelkosten per patiënt, totale medicatiekosten, percentage patiënten met medicatie en medicatiekosten per patiënt met medicatie. Hiervoor zijn vooral kwantitatieve gegevens gebruikt. Paragraaf 3.3 gaat in op de verschuivingen tussen echelons. Dit wordt vooral kwalitatief beschreven. In paragraaf 3.4 presenteren we de bevindingen per echelon: huisartsenzorg inclusief POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Dit is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Paragraaf 3.5 gaat kwalitatief in op de eerste ervaring van zorgverzekeraars en patiënten.

Interpretatie van de kwantitatieve bevindingen

De kwantitatieve gegevens zijn beschikbaar over het eerste kwartaal van 2014 (januari – maart 2014). Deze worden vergeleken met de eerste kwartalen van 2011-2013 (zie schema). Gegevens van de vrijgevestigde behandelaren zijn in het kwantitatieve onderzoek niet meegenomen, omdat hiervan nog geen gegevens over 2014 beschikbaar zijn. Doordat er nog maar een beperkte dataset beschikbaar is:

- kunnen de gegevens nog niet worden geëxtrapoleerd naar landelijk niveau. Deze hebben daarmee alleen nog betrekking op de betrokken aanbieders bij de monitor.
- kunnen verschuivingen tussen de echelons in het nieuwe stelsel nog niet worden meegenomen in het kwantitatieve onderzoek: 3 maanden is te kort om deze verschuivingen in kaart te brengen.

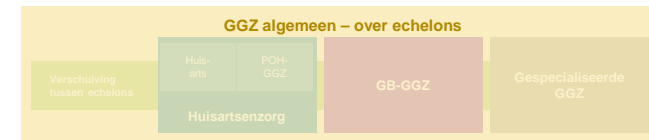
De monitor brengt de effecten van de stelselwijziging GGZ periodiek (vanaf december 2014 half jaarlijks) in kaart om de effecten in de praktijk te signaleren en waar nodig verder te onderzoeken of zelfs bij te sturen. Dit beeld ontwikkelt zich geleidelijk en wordt in de loop der tijd steeds betrouwbaarder. Voor toekomstige rapportages onderzoeken we de mogelijkheid om een extrapolatie naar landelijk niveau betrouwbaar te kunnen uitvoeren. Op basis van deze eerste pilotrapportage kunnen nog geen conclusies worden getrokken. De bijlagen bevatten toelichting en achtergrondinformatie over de monitor.

In de tekst maken we op basis van kwantitatieve gegevens de volgende vergelijkingen:

1 ^e kwartaal 2011 - 2013	1 ^e kwartaal 2014
Huisarts incl. POH	Huisarts incl. POH
EPZ	GB- GGZ
2e lijn	Gespec. GGZ

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.1 Aantal patiënten per echelon

- De onderstaande figuur laat het aantal patiënten in het eerste kwartaal in zorg zien per echelon in 2011-2013 en 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Hierbij geldt dat als een patiënt in meerdere echelons zorg heeft genoten, alleen de zwaarste zorg is meegenomen. Op de volgende pagina's beschrijven we per echelon de belangrijkste bevindingen.
- Het totaal aantal patiënten (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) lijkt te zijn toegenomen. Dit beeld komt echter voort uit de toename van patiënten bij de POH-GGZ. Als er gekeken wordt naar het totaal aan patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ dan ligt dat in 2014 lager dan in 2013 en 2011 en op gelijk niveau als 2012 (jaar van de eigen bijdrage).
- De indicatoren die betrekking hebben op de verdeling over de echelons zijn in de pilotrapportage op het niveau van de betrokken aanbieders gepresenteerd. Op dit moment is het niet mogelijk een betrouwbare extrapolatie naar regionaal of landelijk niveau te doen. Zie voor een toelichting bijlage 5.

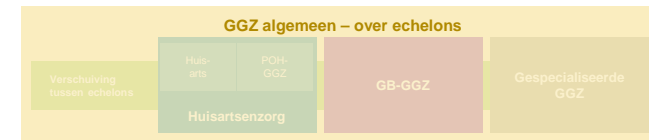
Aantal patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ consult (vóór stelselwijziging GGZ)	POH-GGZ consult (na stelselwijziging GGZ)	Prestatie EPZ	Prestatie GB-GGZ	2e lijns DBC	Gespecialiseerde GGZ DBC
Jan-mrt 2011	2.929		784		13.641	
Jan-mrt 2012	2.986		636		11.850	
Jan-mrt 2013	4.765		550*		13.246	
Jan-mrt 2014		8.323		2.111		10.318

* Doordat er in 2013 wel een dubbeling tussen EPZ en de 2^e lijns DBC's was en in 2014 geen dubbeling tussen GB en gespecialiseerde GGZ geeft dit getal een vertekend beeld. Een deel van de EPZ patiënten is daardoor meegeteld bij de 2^e lijn (zie Bijlage 5).

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.1.1 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ

- De tabel laat zien dat het gebruik van de POH-GGZ hoger ligt in 2014. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de interviews (het kwalitatieve onderzoek) en valt te verklaren door de stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie 3.4.1).
- Op basis van de beschikbare declaratiedata hebben we alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's in beeld.
- Door de aanwezigheid van een POH-GGZ worden patiënten mogelijk langer in huisartsenzorg behandeld. Het is mogelijk dat een deel van deze patiënten alsnog zal doorstromen naar GB of gespecialiseerde GGZ. Het eerste kwartaal van 2014 (januari-maart) is echter nog te kort om daar nu inzicht in te geven.
- Op dit moment zien we nog nauwelijks dubbelingen (gelijktijdig of achtereenvolgend) met andere echelons: 94% van POH-GGZ patiënten heeft geen zorg gebruikt bij de betrokken aanbieders in een ander echelon in hetzelfde kwartaal. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat van de GB-GGZ slechts een beperkt deel in beeld is, omdat van de vrijgevestigde praktijken de data ontbreekt. Het is mogelijk dat het zorggebruik in meerdere echelons met het verloop van de monitor zal toenemen.

3.2.1.2. Aantal patiënten dat gebruik maakt van EPZ/ GB-GGZ

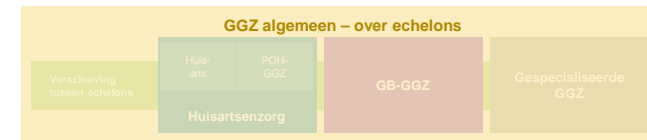
- Bij de betrokken aanbieders in de regio's is in het eerste kwartaal van 2014 een deel van de patiënten ingestroomd in de GB-GGZ. Dit deel is aanzienlijk groter dan het aantal patiënten dat in 2013 een EPZ prestatie had bij deze aanbieders in de regio's. Daarmee komt een deel van het type patiënten dat in 2013 in de 2^e lijn terecht kwam, nu in de GB-GGZ. De afspraken die aanbieders met zorgverzekeraars hebben gemaakt over substitutie, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

3.2.1.3 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Aan de rechterkant van het spectrum wordt zichtbaar dat er minder patiënten zijn met een DBC in de gespecialiseerde GGZ dan er in 2013 patiënten waren met een DBC in de 2^e lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Eén van de doelen van de stelselwijziging GGZ is dat minder complexe zorg die voorheen naar de 2^e lijn verwezen werd, vanaf 2014 gebruik zou gaan maken van de GB-GGZ. Hoewel de krimp van het aantal patiënten en de nieuwe instroom in de gespecialiseerde GGZ zichtbaar is in de cijfers, gaven aanbieders in de interviews aan dat de uitstroom van patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ achterloopt op hun verwachtingen (en de afspraken die ze hebben gemaakt met de zorgverzekeraars).
- Het totale aantal patiënten dat gebruik maakt van de GB en gespecialiseerde GGZ ligt in het eerste kwartaal van 2014 lager bij de aanbieders in de regio's ten opzichte van de aantallen bij deze aanbieders in hetzelfde kwartaal in 2013.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.2 Totale behandelkosten

Deze indicator laat de totale behandelkosten zien van producten die zijn geopend in de verslagperiode (eerste kwartalen 2011 – 2014). De gegevens kunnen nog niet naar landelijk niveau geëxtrapoleerd worden, hierdoor kan geen uitspraak gedaan worden over de totale behandelkosten en alleen een voorzichtige vergelijking per echelon worden gedaan. Op basis van deze cijfers kunnen geen conclusies worden getrokken.

3.2.2.1. Totale behandelkosten in het echelon huisartsenzorg

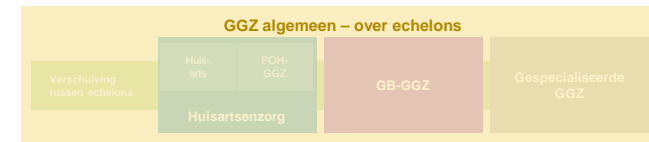
- In lijn met de hogere patiënten aantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger: € 359k.
- Aangezien de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ nauwelijks zijn toegenomen (zie 3.2.4.1), is deze toename vrijwel volledig veroorzaakt door de hogere patiënten aantallen (zie 3.2.1.1).

Totale behandelkosten bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ consult (vóór stelselwijziging GGZ)	POH-GGZ consult (na stelselwijziging GGZ)	Prestatie EPZ	Prestatie GB-GGZ	2e lijns DBC	Gespecialiseerde GGZ DBC
Jan-mrt 2011	€ 121k		€ 191k		€ 59m	
Jan-mrt 2012	€ 126k		€ 126k		€ 51m	
Jan-mrt 2013	€ 196k		€ 283k		€ 60m	
Jan-mrt 2014		€ 359k		€ 1.696k		€ 60m

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



Definitie behandelkosten

GB-GGZ: Om deze indicator te kunnen bepalen zijn de kosten van nog openstaande producten in de GB-GGZ ingeschat op basis van ingevuld "verwacht" product.

Definitie behandelkosten 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ:

Nog openstaande DBC's zijn geëxtrapoleerd op basis van openingsduur, diagnose, aantal reeds geschreven minuten en behandeldagen.

3.2.2.2 Totale behandelkosten bij de aanbieders in de regio's: EPZ/ GB-GGZ

- De totale behandelkosten bij de GB-GGZ in het eerste kwartaal van 2014 zijn bij de betrokken aanbieders zes keer zo hoog als de EPZ-kosten in hetzelfde kwartaal in 2013 bij deze aanbieders. Een gedeelte van dit verschil is te verklaren doordat de betrokken aanbieders voornamelijk 2^e lijns aanbieders waren in 2013 en dus een relatief klein deel aan EPZ zorg boden.
- De grotere patiëntpopulatie met een GB-GGZ product ten opzichte van patiënten met een EPZ product (zie 3.2.1.2) leidt ook tot substantieel hogere totale behandelkosten in dit echelon.
- Daarnaast zijn de kosten per patiënt met een GB-GGZ product ook hoger dan de kosten per patiënt met een EPZ product (zie verder 3.2.4.2).

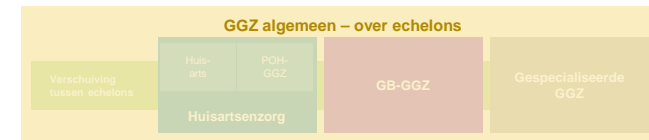
3.2.2.3. Totale behandelkosten bij de aanbieders in de regio's: 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn bij de aanbieders in de regio's nauwelijks veranderd. Dit ondanks het lagere aantal patiënten. Een verklaring hiervoor is dat de duurdere patiënten in de gespecialiseerde GGZ blijven. Daarnaast kan meespelen dat de tarieven van 2013 lager waren dan de tarieven van 2014. De GGZ tarieven mochten in 2014 met gemiddeld 6,3 procent extra stijgen, bovenop de normale prijsindexatie van 2,5 procent*. Daarnaast zijn bij verschillende aanbieders nog de NZa tarieven meegenomen omdat de contracten met de zorgverzekeraars voor 2014 nog niet definitief zijn. Dit leidt tot een overschatting. Een nauwkeuriger vergelijking volgt in de latere rapportages.

* ZN: 'Stijging ggz-tarieven geeft wachtlijsten' Medisch Contact. 27 september 2013

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg

Het totaal aantal nieuwe patiënten (POH-GGZ, EPZ/ GB-GGZ en 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ) lijkt te zijn toegenomen. Dit beeld komt echter voort uit de toename van patiënten bij de POH-GGZ. Als er gekeken wordt naar het totaal aan patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ dan ligt dat in 2014 ongeveer gelijk aan dat in de eerdere jaren.

3.2.3.1 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ

- De instroom van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is in het eerste kwartaal van 2014 twee keer zo hoog als in hetzelfde kwartaal in 2013. Dit sluit aan bij het feit dat het totaal aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ is gestegen (zie 3.2.1.1)

Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

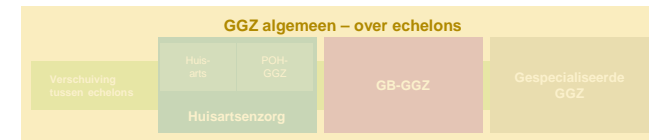
	POH-GGZ consult (vóór stelselwijziging GGZ)	POH-GGZ consult (na stelselwijziging GGZ)	Prestatie EPZ	Prestatie GB-GGZ	2e lijns DBC	Gespecialiseerde GGZ DBC
Jan-mrt 2012	1.685		340		4.635	
Jan-mrt 2013	2.704		318		4.678	
Jan-mrt 2014		5.214		1.469		3.665

Definitie: een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in hetzelfde echelon bij de aanbieders in de regio's (bij GB geen EPZ product en/of 2^e lijns DBC in voorgaande jaar)

Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken, is het niet mogelijk om nieuwe patiënten te bepalen voor 2011.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



Definitie: een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in zelfde echelon bij de aanbieders in de regio's (bij GB geen EPZ product en/of 2^e lijns DBC in voorgaande jaar)

3.2.3.2 Aantal nieuwe patiënten in zorg: EPZ/ GB-GGZ

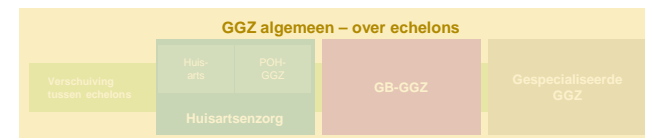
- Bij de GB-GGZ zijn er relatief veel nieuwe patiënten: 70% van de patiënten die in het eerste kwartaal van 2014 een GB-GGZ product hadden, hadden in het voorgaande jaar geen EPZ en/of 2^e lijns DBC bij de aanbieders in de regio's. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de EPZ bij de aanbieders in de regio's relatief klein was.

3.2.3.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- In het eerste kwartaal van 2012 en 2013 was de instroom van nieuwe patiënten in de 2^e lijns GGZ ruim 4.600 en in 2014 voor de gespecialiseerde GGZ ruim 3.600. Daarmee is er een terugloop van het aantal patiënten in het zwaarste echelon. Dit sluit aan bij de lagere patiëntaantallen.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau

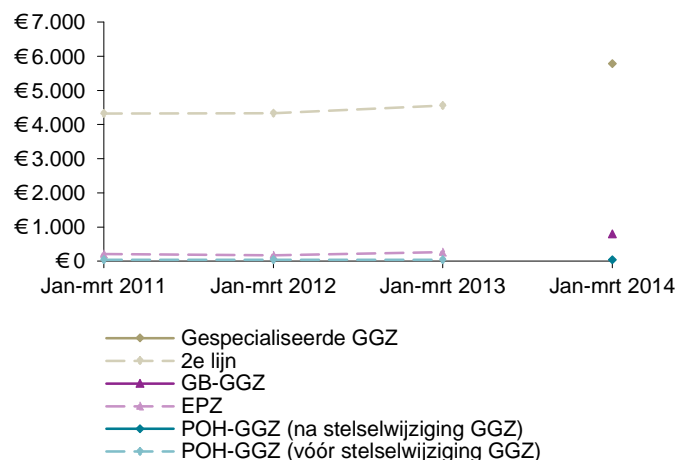


3.2.4 Gemiddelde behandelkosten per patiënt

Deze indicator geeft de gemiddelde behandelkosten per patiënt weer in de verschillende echelons. Bij de interpretatie zijn enkele algemene aspecten van belang:

- Hogere tarieven per DBC (zie 3.2.2.3) hebben ook invloed op de behandelkosten per patiënt.
- De manier van registreren, bijvoorbeeld door parallelle DBC's, meerdere korte opeenvolgende DBC's of aanpassing in het beleid bij recidivering (of een DBC heropend wordt of een nieuwe vervolg DBC geopend wordt) hebben geen invloed op de behandelkosten per patiënt.
- Dit geldt ook voor een eventuele eigen bijdrage of het eigen risico.
- Aanbieders geven aan dat zorgverzekeraars steeds meer sturen op lagere kosten per patiënt, dus in de toekomst gaan de behandelkosten per patiënt mogelijk dalen. Op dit moment is daar nog niets van te zien. Dat komt waarschijnlijk door substitutie effecten en het feit dat echelons uit voorgaande jaren niet rechtstreeks te vergelijken zijn met 2014.
- Zowel de kosten als de trend voor de doelgroep <18 jaar zijn vergelijkbaar met de kosten voor volwassenen. Alleen bij de gespecialiseerde GGZ zijn jeugdige patiënten goedkoper, maar de trend is vergelijkbaar (€3,4k in 2013 en €4,5k in 2014).

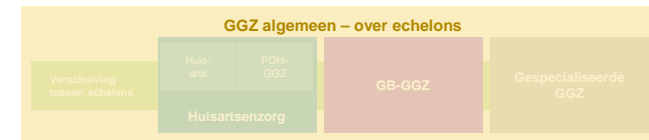
Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders



	POH-GGZ consult (vóór stelselwijziging GGZ)	POH-GGZ consult (na stelselwijziging GGZ)	Prestatie EPZ	Prestatie GB-GGZ	2e lijns DBC	Gespecialiseerde GGZ DBC
Jan-mrt 2011	38		207		4.318	
Jan-mrt 2012	39		177		4.334	
Jan-mrt 2013	38		265		4.558	
Jan-mrt 2014		41		803		5.782

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.4.1 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij POH-GGZ

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn vergelijkbaar over de jaren. Er is een lichte stijging te zien, de toekomstige rapportages laten zien of deze ontwikkeling zich door zet.

3.2.4.2 Gemiddelde behandelkosten per patiënt met EPZ/ GB-GGZ product

- De gemiddelde behandelkosten bij patiënten met een GB-GGZ product (€ 800) zijn veel hoger dan bij patiënten met een EPZ product (€ 265 in 2013).
 - Een mogelijke verklaring is dat zwaardere patiënten gebruik maken van de GB-GGZ producten dan voorheen bij EPZ het geval was. Bovendien is de tariefstructuur veranderd. Bij de EPZ kregen patiënten maximaal 5 consulten vergoed in de basisverzekering. Uitgaande van een prijs van €60 euro per consult*, valt te verwachten dat de behandelkosten bij de EPZ onder de €300 per patiënt uitkomen. De vastgestelde tarieven binnen de GB-GGZ zijn hoger dan dit bedrag (het product Kort kost al (maximaal) €454). Bovendien geldt hier geen eigen bijdrage voor patiënten.
 - Een andere mogelijke verklaring aangedragen door aanbieders is dat patiënten langer bij de POH-GGZ blijven. Dit zou moeten leiden tot een stijging in de kosten per patiënt bij de POH-GGZ; deze is op dit moment nog maar beperkt te zien.

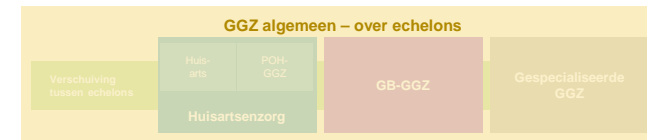
3.2.4.3 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij 2^o lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Ook patiënten binnen de gespecialiseerde GGZ (€ 5,8k) zijn duurder dan voorheen patiënten in de 2^o lijn (€4,6k in 2013). Een mogelijke verklaring is dat als uit de 2^o lijn de lichtere patiënten naar de GB-GGZ gesubstitueerd worden, de zwaardere (en dus duurder) patiënten in de gespecialiseerde GGZ overblijven.

* In 2013 kostte een gemiddeld EPZ consult €60. Dit is na aftrek van de eigen bijdrage van €20 per consult zoals deze gold voor de basisverzekering in 2013.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.5 Totale medicatiekosten per echelon

Dit zijn GGZ medicatiekosten (geselecteerde ATC, zie bijlage 6) voor patiënten in behandeling in het betreffende echelon.

3.2.5.1 Totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ

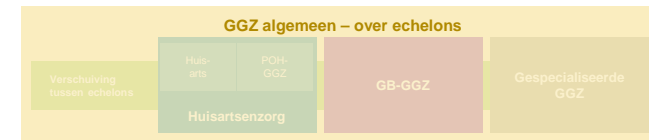
- De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1) werkt ook door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep.
- De totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ is ongeveer verdubbeld ten opzichte van het eerste kwartaal in 2013. Deze stijging is te verklaren door de stijging in het aantal patiënten dat medicatie gebruikt. Dit komt zowel doordat er meer patiënten in behandeling zijn bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1.) als door het feit dat van deze patiënten een hoger percentage medicatie gebruikt (zie 3.2.6.1). Aan de andere kant zijn de medicatiekosten per patiënt (zie 3.2.7.1) zelfs licht gedaald.

Totale medicatiekosten van patiënten in behandeling bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ consult (vóór stelsel- wijziging GGZ)	POH-GGZ consult (na stelselwijziging GGZ)	Prestatie EPZ	Prestatie GB-GGZ	2e lijns DBC	Gespecialiseerde GGZ DBC
Jan-mrt 2011	€ 27k		€ 6k		€ 552k	
Jan-mrt 2012	€ 31k		€ 5k		€ 472k	
Jan-mrt 2013	€ 38k		€ 3k		€ 471k	
Jan-mrt 2014		€ 67k		€ 23k		€ 449k

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.5.2 Totale medicatiekosten: EPZ/ GB-GGZ

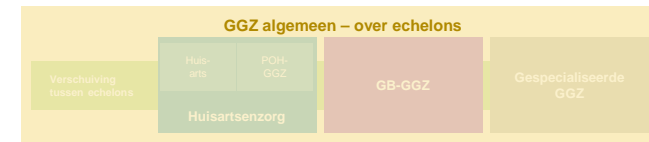
- De medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ – bij de betrokken aanbieders in de regio's – zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013 voor deze aanbieders. Verklaringen hiervoor zijn te vinden in drie richtingen:
 - Hogere patiënten aantallen (zie 3.2.1.2);
 - Van dit grotere aantal patiënten krijgt ook een aanzienlijk hoger percentage medicatie voorgeschreven (zie 3.2.6.2);
 - Bovendien zijn de medicatiekosten per patiënt met GGZ medicatie ook gestegen (zie 3.2.7.2).

3.2.5.3 Totale medicatiekosten bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen lager dan in de jaren hiervoor bij de 2^e lijn. Dit hangt samen met het lagere aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ (zie 3.2.1.3), want het percentage patiënten met medicatie is wel gestegen (zie 3.2.6.3), evenals de kosten per patiënt (zie 3.2.7.3).
- De totale medicatiekosten bij de betrokken aanbieders in de regio's zijn iets gestegen van €513k naar €538k.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.6 Percentage patiënten met medicatie

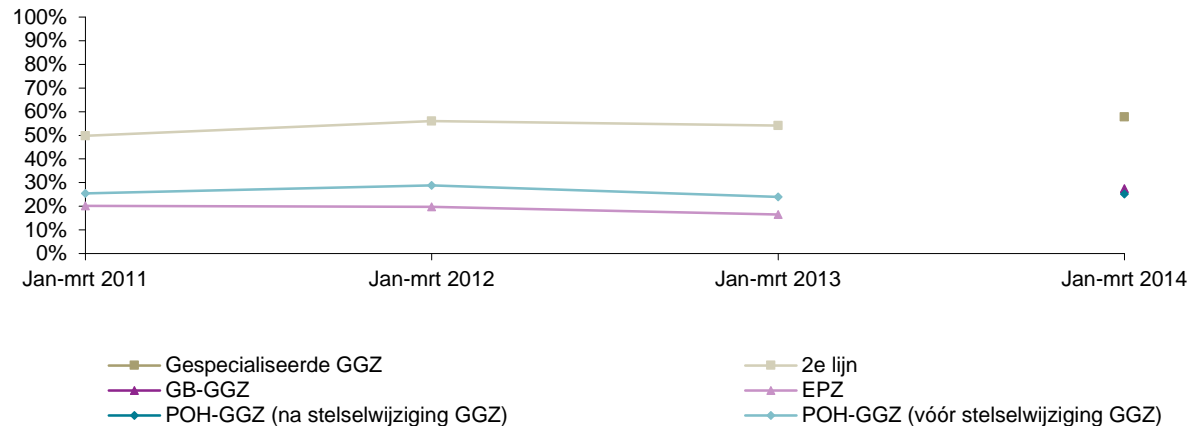
Deze indicator geeft het percentage patiënten met medicatie weer per echelon.

3.2.6.1 Percentage patiënten met medicatie bij POH-GGZ

- Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ toont een stabiele trend over de afgelopen jaren.
- Bij patiënten <18 jaar is het percentage patiënten met medicatie beduidend lager dan bij de volwassenen. Dit percentage lag afgelopen jaren stabiel rond 4,8%. Een verklaring hiervoor kan een andere mix van stoornissen en bijbehorend voorschrijven van GGZ-medicatie zijn, als ook terughoudender voorschrijven van medicatie bij de jeugdige populatie.

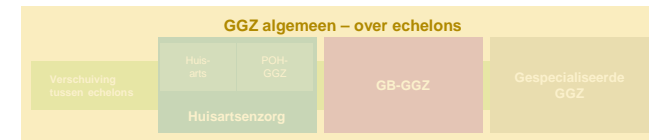
**In de grafiek zijn de eerste kwartalen van 2011, 2012, 2013 en 2014 weergegeven. De perioden zijn dus niet aansluitend.*

% Patiënten met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders



3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.6.2 Percentage patiënten met medicatie bij EPZ/ GB-GGZ

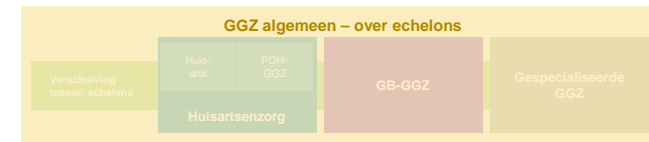
- Het percentage patiënten met medicatie bij de EPZ lag afgelopen jaren net onder de 20%. Bij de GB-GGZ ligt het percentage patiënten met medicatie hoger (27%). Een mogelijke verklaring kan zijn dat in de GB-GGZ zwaardere patiënten en met mogelijk een andere mix van stoornissen behandeld worden dan voorheen in de EPZ en dat deze patiënten daardoor in een groter aantal gevallen medicatie nodig hebben.
- Ook bij de patiënten <18 jaar is een stijging te zien: bij EPZ had ongeveer 3,3% van de patiënten <18 jaar medicatie, bij de GB-GGZ is dit percentage gestegen naar bijna 20%.

3.2.6.3 Percentage patiënten met medicatie bij 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Het percentage patiënten in de 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ met medicatie is nauwelijks veranderd afgelopen jaren.
- Dit geldt ook voor de patiënten <18 jaar, waar het percentage patiënten met medicatie in de 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ rond de 30% ligt.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



3.2.7 Medicatiekosten per patiënt met medicatie

Deze indicator geeft weer wat de medicatiekosten per patiënt zijn voor patiënten die medicatie ontvangen en daarnaast in behandeling zijn in één van de echelons. Voor alle drie de echelons was in de oude systematiek (2011 – 2013) een lichte daling in kosten per patiënt zichtbaar. Een verklaring hiervoor kan zijn dat vanwege preferentiebeleid de medicatieprijzen afgelopen jaren gedaald zijn.

Bij jongere patiënten (<18 jaar) is de groep bij POH-GGZ en EPZ met medicatie zo klein dat kosten per patiënt niet betrouwbaar te bepalen zijn.

3.2.7.1 Medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ

- Bij de POH-GGZ zet de dalende trend van kosten per patiënt in het eerste kwartaal van 2014 door.

3.2.7.2 Medicatiekosten per patiënt bij EPZ/ GB-GGZ

- De medicatiekosten per patiënt in de GB-GGZ (€39) liggen hoger dan die bij de EPZ in 2013 (€35). Mogelijk komt dit doordat er vanwege substitutie een zwaardere patiëntenpopulatie bij de GB-GGZ zit dan voorheen bij de EPZ bij de betrokken aanbieders in de regio's.

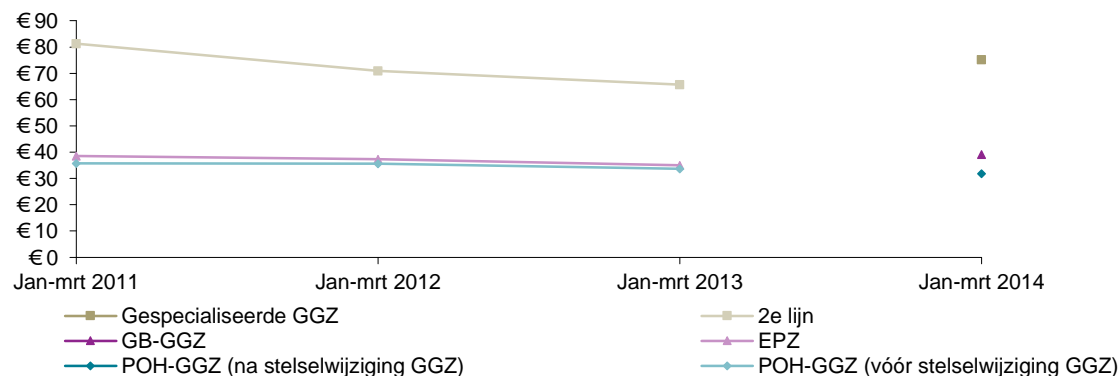
3.2.7.3 Medicatiekosten per patiënt bij de 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De medicatiekosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ (€75) liggen hoger dan die in de 2^e lijn in 2013 (€66). Mogelijk komt dit door substitutie van de lichtere patiënten naar de GB-GGZ en de zwaardere patiënten met hogere medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ blijven.
- De kosten bij jongere patiënten (<18) zijn lager dan bij volwassenen, maar ook deze waren afgelopen jaren gedaald naar €40. In 2014 liggen deze weer hoger: €44.

Definitie: deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast een product geopend hadden in de verslagperiode in het betreffende echelon

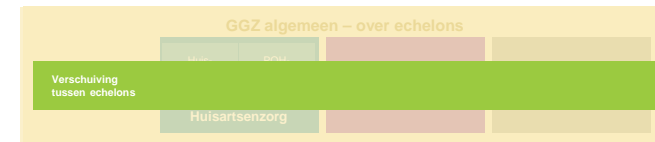
**In de grafiek zijn de eerste kwartalen van 2011, 2012, 2013 en 2014 weergegeven. De perioden zijn dus niet aansluitend.*

Medicatiekosten per patiënt met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders



3. Bevindingen

3.3 Verschuivingen tussen echelons



3.3.1 Verschuivingen tussen echelons nog onvoldoende uit de data te halen

Indicatoren voor verschuiving tussen echelons geven we in toekomstige rapportages weer, daarvoor is nu nog te weinig data beschikbaar over een voldoende lange periode. De verwachting is dat we deze in de rapportage van juni 2015 pas goed kunnen meenemen. Dan hebben we namelijk gegevens over de periode van minimaal één jaar. Op basis van de interviews zijn al verschillende inzichten verkregen:

3.3.2 Verschuivingen tussen echelons komen nog op niet goed gang

Op basis van kwantitatieve gegevens kunnen we nog geen uitspraken doen over de verschuivingen van patiënten van het ene naar het andere echelon. Hiervoor hebben we nog te weinig data. Uit de interviews komen verschillende knelpunten naar voren op dit vlak.

3.3.2.1 Patiënten worden later verwezen door opkomst POH-GGZ

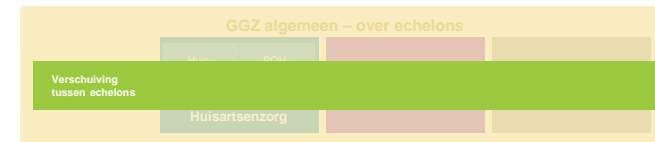
Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ is hoger dan in 2013 (zie 3.2.1.1). Uit de interviews komt dit ook naar voren, ook wordt het beeld bevestigd dat de beschikbaarheid van de POH-GGZ groter is geworden (3.4.1). Daarnaast wordt aangegeven dat er ook sprake is van een uitbreiding van het aantal uren POH-GGZ. Verschillende aanbieders in de GB-GGZ geven dat hierdoor patiënten op een later tijdstip of niet worden verwezen naar de GB-GGZ. De aanbieders van GB-GGZ en ook zorgverzekeraars ervaren dat het aantal patiënten dat instroomt in de GB-GGZ achterblijft bij de verwachtingen, zoals de afspraken die er zijn gemaakt met de zorgverzekeraars. Zowel de Behandelaren in de GB-GGZ als enkele verzekeraars denken dat de achterlopende instroom tijdelijk is, omdat huisartsen eerst aan de slag willen met hun POH-GGZ. De stroom aan patiënten is echter zo groot dat een deel van de patiënten uiteindelijk toch doorstroomt naar de GB-GGZ. Vrijgevestigden merken het verschil in instroom minder, omdat zij van oudsher vaak meer EPZ behandelingen deden dan de instellingen. Instellingen die zich nu specifiek op de GB-GGZ richten, deden van oudsher nog veel 'minder complexe' tweedelijns behandelingen. De kwantitatieve gegevens laten zien dat patiënten instromen in de GB-GGZ, het is echter nog niet mogelijk om op basis hiervan een uitspraak te doen over de mate waarin dat gebeurt ten opzichte van de verwachtingen.

3.3.2.2 Eigen risico lijkt in sommige gevallen een knelpunt in doorverwijzing

Voor zorg die patiënten consumeren in de GB en gespecialiseerde GGZ geldt het eigen risico. Voor huisartsenzorg en daarmee de POH-GGZ geldt geen eigen risico. Het minimale eigen risico is sinds 1 januari verhoogd naar 360 EUR, deze ontwikkeling staat los van de stelselwijziging GGZ. Verschillende bronnen geven aan dat dit voor sommige patiënten een obstakel is in de doorverwijzing, mede omdat er bij de POH-GGZ beschikbaar is waarvoor geen eigen risico geldt. Hierdoor komen bepaalde patiënten eerder bij de POH-GGZ uit dan bij de GB of gespecialiseerde GGZ of geven ze aan niet te willen worden doorverwezen. In het kader van matched care is een dergelijke ontwikkeling onwenselijk.

3. Bevindingen

3.3 Verschuivingen tussen echelons



3.3.2.3 De substitutie van de 2^e lijns GGZ naar de GB-GGZ is op veel plekken nog niet goed op gang gekomen

Uit de interviews komt naar voren dat de substitutie van de 2^e lijns GGZ naar de GB-GGZ nog niet overal goed op gang is gekomen. Patiënten die al in behandeling waren, blijven veelal nog bij hun bekende hulpverlener. Behandelaren in de GB-GGZ geven aan dat zij meer instroom vanuit de 2^e lijns GGZ verwachtten op basis van de typen zorg die op basis van de stelselwijziging GGZ naar de GB-GGZ gesubstitueerd zouden kunnen worden (zowel chronisch als niet-chronisch). Door een aantal respondenten wordt aangegeven dat nog niet alle GB-GGZ aanbieders klaar zijn voor het behandelen van patiënten vanuit de voorheen 2^e lijns GGZ. Als reden worden onder andere de eisen die aan het hoofdbehandelaarschap worden gesteld genoemd. Daarnaast lijken de producten in de GB-GGZ niet altijd toereikend om patiënten uit de 2^e lijns GGZ op te vangen (zie 3.4.2). Ook zorgverzekeraars benoemen als een van de twee belangrijkste oorzaken voor de beperkte substitutie naar de GB-GGZ, dat de GB-GGZ nog niet voldoende is ingericht om patiënten op te vangen die voorheen in de 2^e lijn behandeld werden.

3.3.3 Verwijsinstrumenten worden (nog) beperkt gebruikt of als ontoereikend ervaren

Er zijn verschillende screenings- en verwijsmoedellen beschikbaar. Het gebruik hiervan varieert. Met name de verwijsinstrumenten worden als ontoereikend ervaren. In de praktijk ligt hier mede een oorzaak voor de knelpunten in de verwijzing.

3.3.3.1 Huisartsen staan niet achter de screenings- en triageinstrumenten

De beschikbare screenings- en triageinstrumenten hebben zeer beperkt draagvlak onder huisartsen en worden maar beperkt gebruikt. Voornaamste punt hierbij is dat ze onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn; dit is momenteel in ontwikkeling. Huisartsen geven aan vooral te hechten aan een goede verwijsbrief¹. Instrumenten die wel gebruikt worden, zijn veelal instrumenten waarmee in het verleden al ervaring is opgedaan, zoals de 4DKL. Uit de interviews blijkt dat vooral de POH's-GGZ gebruik maken van deze instrumenten.

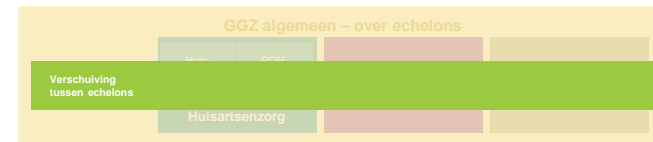
In een aantal regio's wordt al gewerkt met een beslissingsondersteuner die behulpzaam kan zijn in het maken van de juiste keuzes. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een verwijshulp door vertegenwoordigers uit de huisartsenzorg, de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ voor de regio Friesland. Op een website is een model geplaatst, waar op basis van onderliggende beslissobomen en aan de hand van het beantwoorden van vragen een advies gegeven wordt over naar welk echelon een patiënt het best verwezen kan worden: www.ggzverwijshulp.nl. In de regio Limburg wordt door huisartsen ook gewerkt met TelePsy om een indicatie te krijgen of een patiënt moet worden doorverwezen naar de GB of gespecialiseerde GGZ.

3.3.3.2 Juistheid van verwijzing en juiste verwijsgegevens knelpunten bij doorverwijzing

Zowel de verwijzers (huisartsen) als de aanbieders waarnaar verwezen is, ervaren knelpunten in de verwijzing. Deze hebben te maken met de juistheid van de verwijzing. Lukt het bijvoorbeeld om gericht naar de GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ door te verwijzen. Vanuit huisartsen wordt duidelijk dat zij het lastig vinden om de juiste verwijsroutes te vinden, omdat deze anders zijn dan zij voorheen gewend waren. Het is voor huisartsen nog niet altijd duidelijk welke patiënten naar welke zorgaanbieder verwezen kunnen worden voor optimale zorg. Huisartsen lijken nog onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om naar de GB-GGZ te verwijzen.

3. Bevindingen

3.3 Verschuivingen tussen echelons



Verwijssystemen zijn nog in ontwikkeling, het vergt nog tijd ze breed te implementeren en valideren. Uit de peiling van de LHV¹ blijkt dat 68% van de respondenten minder verwijsmogelijkheden ervaart naar de GB-GGZ dan voorheen naar de EPZ. Tenslotte ervaart 65% van de respondenten minder mogelijkheden om naar de gespecialiseerde GGZ te verwijzen ten opzichte van de oude systematiek.

Een ander knelpunt in de verwijzing is dat de *juiste verwijsggegevens* regelmatig ontbreken in de verwijsbrief. Bij veel huisartsen bestaat er onduidelijkheid over wat er op de verwijsbrief moet komen. Het ontbreken van de juiste verwijsggegevens resulteert erin dat de huisarts gevraagd wordt deze alsnog aan te leveren. Dit zorgt voor veel administratieve last bij zowel de aanbieder van GB/gespecialiseerde GGZ als de verwijzer. Beide knelpunten komen ook naar voren in het onderzoek van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)². Hieruit blijkt dat de verwijsbrieven van huisartsen veelal niet voldoen aan de eisen van zorgverzekeraars en dat huisartsen het lastig vinden om naar het juiste echelon te verwijzen. Er zijn daarnaast ook verschillende ontwikkelingen gaande: De LHV geeft op hun website handvaten voor de informatie op de verwijsbrief. Hierbij is het van belang dat deze handvatten goed onder de aandacht komen bij de huisartsen. ZN en de NHG zijn ook in gesprek over de verwijsinformatie. Daarin wordt gekeken op welke wijze de huisarts kan komen tot een adequate verwijzing op basis van het rapport van HHM.

Ook zorgverzekeraars geven aan dat het regelmatig voorkomt dat verwijzingen door huisartsen niet kloppen op inhoud en/of vorm, bijvoorbeeld incomplete verwijzingen. De eisen die aan een verwijsbrief gesteld worden, verschillen overigens per zorgverzekeraar. Daarnaast verschilt het per verzekeraar hoe wordt omgegaan met foutieve verwijzingen; sommige verzekeraars laten verwijzingen terug sturen naar de huisarts en andere verzekeraars leggen de verantwoordelijkheid bij de partij naar wie is doorverwezen.

De gebrekkige verwijzing leidt ertoe dat aanbieders van GB-GGZ meerwerk ervaren bij de triage en dat zij huisartsen moeten nabellen om de verwijzingen compleet te krijgen. Dit wordt door huisartsen en aanbieders van GB-GGZ als belastend ervaren. Tevens wordt het als bureaucratisch ervaren dat alle verwijzingen via de huisarts moeten verlopen, bijvoorbeeld ook doorverwijzingen van GB-GGZ naar gespecialiseerde GGZ en andersom. Ook al kan dit op basis van telefonisch overleg. Huisartsen geven specifiek aan dat zij momenteel veel last hebben van de overgang, omdat er veel verwijzingen geschreven moeten worden voor bestaande patiënten in de GB- en gespecialiseerde GGZ ten behoeve van de verzekering. In dit kader is het NHG samen met de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders bezig met een projectnetwerk kwaliteitsontwikkeling op te zetten. Hierin worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de huisarts, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ, bijvoorbeeld over de wijze van terugkoppelen. In het tweede kwartaal 2015 zullen deze afspraken definitief op papier staan.

3.3.3.3 Er bestaat onduidelijkheid in het veld over welke zorg waar het beste geleverd kan worden

De verschillende partijen in het veld (huisartsen, POH-GGZ, behandelaren in GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) geven aan dat het nog zoeken is welke zorg precies in welk echelon geleverd moet worden. De producten in de GB-GGZ zijn bijvoorbeeld algemeen beschreven. Er wordt aangegeven dat er behoefte bestaat aan heldere afspraken over welke zorg waar geleverd wordt. Ook wordt aangegeven dat het voorkomt dat patiënten naar de GB worden verwezen om lange wachtlijsten voor de gespecialiseerde GGZ te omzeilen. Hierdoor is er geen sprake van 'matched care'. Als er over een langere periode kwantitatieve data beschikbaar is, kunnen deze patiëntstromen ook in kaart worden gebracht.

Ook bestaat onduidelijkheid over wanneer een patiënt overgedragen kan worden naar een lager echelon in de keten. Wanneer is een patiënt bijvoorbeeld stabiel genoeg om vanuit de gespecialiseerde GGZ of een product Chronisch overgedragen te worden aan een POH-GGZ?

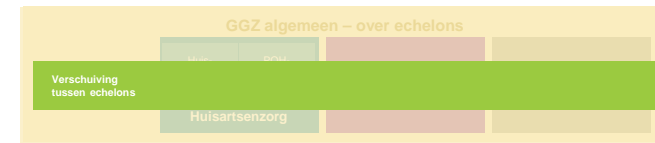
Bronnen

¹ LHV en NHG in overleg met zorgverzekeraars over verwijzing naar GGZ, 26 februari 2014

² Nederlands Instituut van Psychologen (mei 2014). *Tussenrapportage Meldpunt Zorgstelsel GGZ 2014*.

3. Bevindingen

3.3 Verschuivingen tussen echelons

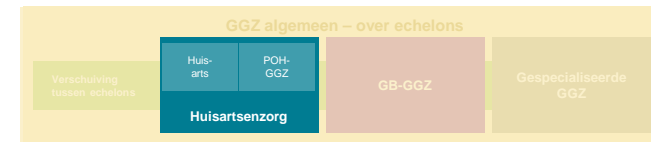


3.3.3.4 Het verwijsmodel wordt binnen de GB-GGZ gebruikt en vertaald in praktische instrumenten, zoals verwijskaarten, maar eenduidigheid ontbreekt

Het verwijsmodel, zoals beschreven door HHM, wordt in het veld vertaald in praktische instrumenten. Behandelaren binnen de GB-GGZ gebruiken verschillende methoden om te bepalen in welke echelon een patiënt behandeld moet worden en welk product het meest passend is. Veel behandelaren redeneren hierbij vanuit de behandeling die zij het meest passend achten voor de patiënt. Vervolgens wordt gekeken binnen welk product deze behandeling wordt geleverd. Behandelaren waarschuwen dat de minuten niet mogen gaan bepalen welke zorg een patiënt ontvangt.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



Definitie: Het aantal

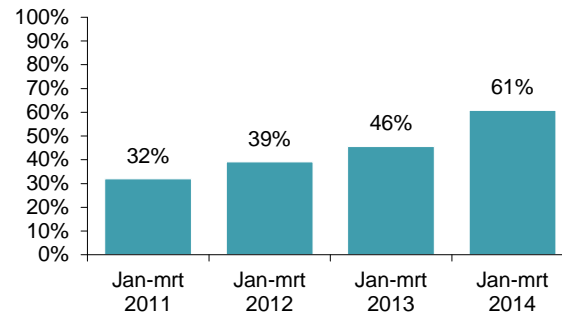
huisartsen dat een POH-GGZ module declareerde in het eerste kwartaal van het verslagjaar als percentage van het totale aantal huisartsen dat een inschrijftarif declareerde in dezelfde periode

Huisartsenpraktijken zijn in deze analyse niet meegenomen, maar de resultaten op praktijkniveau zijn vergelijkbaar met de hier gepresenteerde cijfers.

3.4.1 Huisartsenzorg

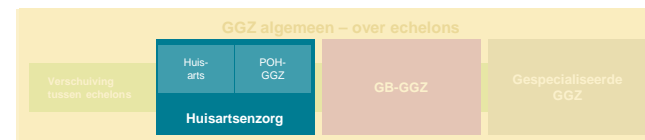
- Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. Hiermee wordt het beeld uit de interviews en het onderzoek van de LHV bevestigd (zie 3.4.1.1). Zoals in de volgende paragrafen blijkt, verschilt de invulling van de functie qua dienstverband en beroep sterk.
- Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten in behandeling bij POH-GGZ (zie 3.2.1.1).
- De figuur hieronder geeft het landelijke beeld. In de betrokken regio's (± 730 huisartsen) is het beeld voor 2013 (45%) en 2014 (61%) vergelijkbaar. In 2011 en 2012 waren in de betrokken regio's nog wat minder huisartsen met een POH-GGZ in de praktijk, vergeleken met het landelijk beeld, respectievelijk 27% en 33%.

% Huisartsen met POH-GGZ (landelijk)



3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



3.4.1.1 Toename van (uren voor) POH-ers in de huisartsenpraktijken

Het aandeel van de huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is sinds 1 januari 2014 gestegen naar 61% (zie 3.4.1). De mate waarin verschilt per regio en is ook afhankelijk van de mate waarin al met POH-GGZ gewerkt werd. Bij huisartsen die al met een POH-GGZ werkten, is sprake van een uitbreiding van het aantal uren. Uit een peiling uitgevoerd door de LHV³ blijkt dat 72% van de 1050 ondervraagde huisartsen samenwerkt met een POH-GGZ. Dat is 10% punt meer dan in 2013. Deze cijfers liggen wat hoger dan de bevindingen in deze rapportage, mogelijke verklaring daarvan is dat de gegevens in de figuur op de vorige pagina zijn gebaseerd op volledige, landelijke data van Vektis. De gegevens van de LHV zijn verkregen door middel van een peiling. Hierbij kan een bias zitten, omdat huisartsen die een POH-GGZ hebben wellicht meer bereid zijn om de vragenlijst te beantwoorden.

Uit gegevens van de LHV blijkt dat sommige huisartsen nog op zoek zijn naar een POH-GGZ. Huisartsen hebben soms moeite met het vinden van een POH-GGZ⁴. Hierin zijn regionale verschillen zichtbaar.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij huisartsen in voorgaande jaren nog moesten stimuleren met een POH-GGZ te werken. Nu merken zij dat huisartsen in 2014 meer POH-GGZ uren aanvragen. Zij zien hiervoor verschillende oorzaken:

- Het is een gewenst effect van de invoering van de stelselwijzing GGZ;
- Huisartsen sturen makkelijk door naar de POH-GGZ als deze in de praktijk werkzaam is;
- De POH-GGZ kan deels zelf behandelen en heeft hier kwalificaties voor;
- Voor zorg geleverd door de POH-GGZ geldt geen eigen risico;
- Huisartsen hebben een financieel belang bij het werken met een POH-GGZ als zij zelfstandig zijn.

De beschikbaarheid van meer (uren voor de) POH-GGZ maakt ook dat er in de praktijk meer gebruik van wordt gemaakt. Verschillende aanbieders in de GB-GGZ geven aan dat patiënten langer bij de huisarts blijven en pas met ernstigere problematiek worden verwezen (zie 3.3.2.1).

3.4.1.2 Invulling POH-GGZ gevarieerd in termen van dienstverband en beroep

De POH-GGZ is veelal gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (31%). Daarnaast is 28% in dienst van de huisarts, 26% vanuit de huisartsen zorggroep en 15% in een ander dienstverband³. De dienstverbanden verschillen sterk regionaal en er lijkt een onderscheid te zijn tussen grotere huisartsenpraktijken en -centra die vaker een POH-GGZ in dienst hebben en solo- of duopraktijken die vaker een POH-GGZ gedetacheerd hebben vanuit een instelling. Daarnaast zijn ontwikkelingen gaande waarbij de POH-GGZ meer onder de zorggroepen komen te vallen. Als er meer zicht komt op de gegevens over de verwijsstromen (zie 3.3.1), kan inzichtelijk worden gemaakt of de POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een instelling verwijzen naar hun eigen of andere aanbieder voor GB of gespecialiseerde GGZ.

De POH-GGZ is aan een duidelijke opmars bezig

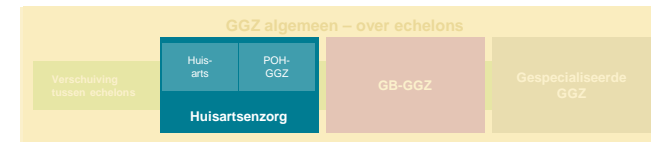
Bronnen

³ Landelijke Huisartsenvereniging (mei 2014). Tweede LHV-peiling over GGZ-nieuwe stijl - Huisartsen pakken GGZ voortvarend op.

⁴ LHV (10 april 2014). Groot tekort aan POH'ers GGZ.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



De functie POH-GGZ wordt door verschillende beroepsgroepen ingevuld, zoals Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV), (basis)psychologen en maatschappelijk werkers. V&VN geeft aan dat 60% van de POH-GGZ in Nederland SPV is. Het beeld dat de POH-GGZ functie vooral wordt ingevuld door een SPV zien we terug in de interviews.

In de invulling van de functie POH-GGZ bestaat nog veel variatie. Het lijkt erop dat mede de kennis en ervaring van de oorspronkelijke beroepsgroep van de POH ook maakt dat er meer of minder zelf behandeld wordt door de POH-GGZ. Hierbij speelt met name de ervaring mee. Daar waar SPV-ers eerder behandel-elementen inbrengen in de POH-consulten, lijken andere disciplines voor behandeling eerder door te verwijzen. Dit is echter een eerste beeld en moet nog nader onderzocht worden. Verschillende partijen geven echter wel duidelijk aan dat de variatie mede komt door het ontbreken van een duidelijke afbakening van de invulling van de functie van de POH-GGZ. Momenteel werkt een landelijke werkgroep aan een uniform competentieprofiel van de POH-GGZ⁶. Ook zijn er regionaal initiatieven om hier meer eenduidigheid in te krijgen, zoals de ontwikkeling van een kwaliteitskader POH-GGZ. De behoefte dat dit op korte termijn concreet invulling krijgt, neemt toe.

Hoewel huisartsen in voorgaande jaren sceptisch waren over samenwerking met een POH-GGZ, zijn de geluiden nu positief. Veel huisartsen geven aan tevreden te zijn over de POH-GGZ. Hierbij wordt wel opgemerkt dat er huisartsen zijn die al gewend zijn aan het samenwerken met een POH-GGZ en huisartsen die voor het eerst met een POH-GGZ werken. De laatste groep is soms nog zoekend in hoe de samenwerking goed in te richten. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Cliëntenbelang Amsterdam dat patiënten erg tevreden zijn over de POH-GGZ⁷. Het onderzoek laat zien dat patiënten de werkwijze van de POH-GGZ enorm waarderen: snel handelen, klachtgericht werken en geen diagnose. Zeker door mensen die eerder binnen de GGZ zijn behandeld. Positieve ervaringen zijn: geen eindeloze bureaucratie, onderzoeken en (stigmatiserende) diagnose, maar praktische hulp, meer tijd en geen druk om medicatie in te nemen. Deze werkwijze lijkt ook effectief: bij veel mensen leidt de begeleiding tot klachtvermindering of inzicht in de problemen. Aandachtspunten die worden genoemd zijn: meer duidelijkheid voor patiënten welke zorgprofessional ze voor zich hebben, de inspraak in de aanpak, de patiënt informeren over informatieverstrekking aan de huisarts, follow-up en/of nazorgmogelijkheden.

3.4.1.3 Consultatie, E-Mental Health (EMH) en evidence based preventie nog beperkt opgepakt in de huisartsenpraktijk

Verschillende ondersteunende instrumenten, zoals consultatie, EMH en evidence based preventie, krijgen nog maar (zeer) beperkt vorm. Er valt daarom nog weinig over te zeggen. EMH wordt in huisartsenpraktijken nog niet of nauwelijks gebruikt. Sommige respondenten geven aan dat het de vraag is hoe dit toegankelijk kan worden aangeboden, omdat er betrokkenheid vanuit een behandelaar nodig is en de investering in EMH vaak groot is. Anderen geven aan dat ze zich aan het oriënteren zijn op de mogelijkheden. Vaak in samenwerking met andere huisartsenpraktijken in de regio.

Huisartsen geven specifiek aan dat preventieprogramma's verdwenen zijn, omdat dit niet meer past in de GB-GGZ, bijvoorbeeld burn-out preventie of assertiviteitstrainingen. Deze doelgroep valt in het nieuwe systeem onder de geïndiceerde preventieprogramma's, de huisartsen zijn echter nog niet klaar om dit over te nemen. Hier ligt een potentieel risico dat preventie achterblijft bij de behoefte.

Een verzekeraar geeft aan dat de brede groep van huisartsen zich onvoldoende betrokken voelt bij de stelselwijziging GGZ, waardoor bij huisartsen het gevoel ontstaat dat zij deze wijziging 'opgelegd krijgen'.

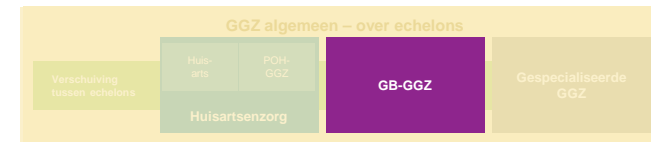
Bronnen

⁶ *Praktijkondersteuner GGZ. Functie krijgt duidelijk profiel. De Dokter. LHV. September 2013*

⁷ *Onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de POH GGZ in Amsterdam. Cliëntenbelang Amsterdam. 2013*

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



Definitie: deze verdeling is gemaakt op basis van aantal producten binnen de GB-GGZ

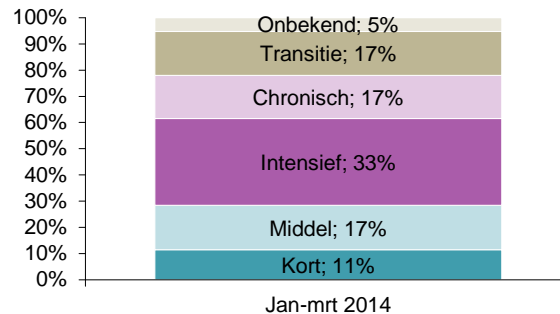
Bij nog niet gesloten producten (51%), is het ingevulde verwachte product als uitgangspunt genomen. Dit is nog niet voor alle producten ingevuld, vandaar dat ook een gedeelte op onbekend staat.

3.4.2 Generalistische Basis GGZ

3.4.2.1 Verdeling van producten binnen de GB-GGZ

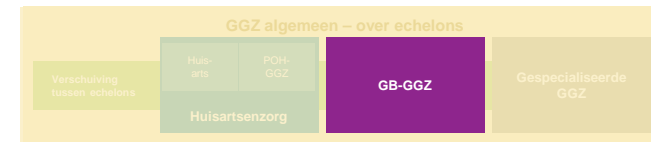
- Hieronder is de verdeling van producten binnen de GB-GGZ weergegeven voor de betrokken aanbieders in de regio's. Mogelijk is de getoonde verdeling van producten niet representatief voor de volledige GB-GGZ, omdat de vrijgevestigde praktijken niet zijn meegenomen.
- Een relatief klein gedeelte van de producten is Kort. Uit de interviews is hiervoor als verklaring aangedragen dat de POH-GGZ diens rol goed oppakt en daarom de patiënten behandelt die in deze productgroep passen (zie 3.3.4.1).
- De productgroep intensief komt relatief veel voor. Mogelijk komt dit doordat alle betrokken aanbieders in 2013 voornamelijk 2^e lijns GGZ boden en relatief weinig EPZ.
- De groep transitieproducten bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. Hetzij omdat blijkt dat er geen sprake is van een DSM diagnose, hetzij omdat het patiënten betreft die overgaan van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem met nog maximaal 2 consulten te gaan (zie bijlage 6). Het percentage transitieproducten gaat afnemen, doordat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is van patiënten uit de EPZ systematiek.
- Bij de patiënten <18 jaar komen producten middel en intensief gemiddeld iets minder vaak voor, respectievelijk 14% en 27%. Kort, chronisch en transitie komen daarentegen weer iets vaker voor.

% Verdeling van aantal producten binnen de GB-GGZ bij betrokken aanbieders



3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



3.4.2.2 Inzet van POH-GGZ maakt dat product Kort maar beperkt kan worden ingezet

Door de substitutie van zorg, vangt de POH-GGZ de lichtere patiënten op die voorheen door middel van een EPZ prestatie werden behandeld. Dit maakt volgens de geïnterviewden dat het product Kort als zeer beperkt wordt ervaren (bandbreedte van 300 minuten) en daardoor maar beperkt kan worden ingezet. Dit beeld wordt ook bevestigd in het kwantitatieve onderzoek (zie 3.4.2.1). De respondenten geven verder aan dat de scheidslijn tussen het product Kort en de zorg geleverd door de POH-GGZ onvoldoende helder is. Dit heeft onder meer te maken met de verschillende invulling van de rol van POH-GGZ; deze is onvoldoende gedefinieerd (zie 3.4.1.2).

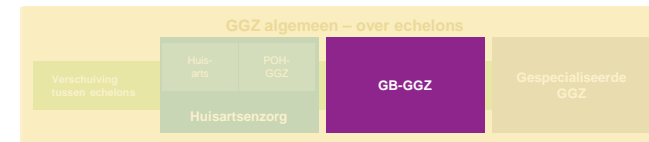
Daarnaast wordt aangegeven dat in de GB-GGZ alleen patiënten binnenkomen bij wie een DSM diagnose wordt verwacht. Hierdoor moet ook tijd besteed worden aan het stellen van de juiste diagnose. De korte tijd binnen het product Kort is niet toereikend om naast diagnosticeren ook nog te behandelen. Dit in tegenstelling tot de beschrijving van het product in het HHM rapport. Dit argument wordt overigens ook voor de andere producten gegeven. De verwachting van het veld is dan ook dat het product Kort minder vaak ingezet zal worden dan bij invoering van de stelselwijziging GGZ werd verwacht.

3.4.2.3 Er is meer behoefte aan het product Intensief; ook dit product lijkt niet altijd voldoende

De patiëntenpopulatie van de GB-GGZ is zwaarder dan die van de voormalige EPZ. Een deel van de patiënten die voorheen in de 2^e lijn behandeld werd, wordt nu in de GB-GGZ behandeld. Uit de interviews wordt duidelijk dat er veel meer behoefte is aan producten Intensief dan is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Behandelaren in de GB-GGZ geven tevens aan dat het lastig is de zwaardere doelgroep te behandelen binnen het beperkte aantal minuten van het product intensief (zie 3.4.2.4).

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



3.4.2.4 Huidige producten lijken te beperkt om protocollair te werken

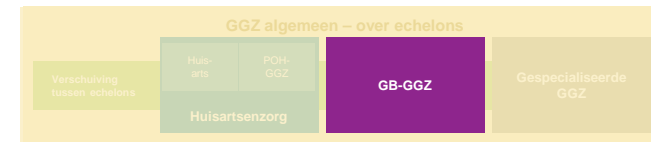
Er is volgens de verschillende respondenten behoefte aan een product met een grotere bandbreedte, bijvoorbeeld van 1200 minuten, om het “gat” tussen GB en gespecialiseerde GGZ te vullen. Dit product kan worden ingezet voor patiënten die niet complex genoeg zijn voor de gespecialiseerde GGZ, maar te kort komen in minuten in de GB-GGZ. Hierbij wordt onder andere het argument aangedragen dat diagnostiek en behandeling beide tijd vragen. Een andere belangrijke argument is volgens behandelaren dat de bandbreedte van het product Intensief ontoereikend is om geprotocolleerd te werken. Het is daardoor niet mogelijk om protocollen voor bijvoorbeeld angst- of depressieve stoornissen te doorlopen. Deze doelgroep kan qua problematiek prima in de GB-GGZ behandeld worden, maar de bandbreedte is te beperkt. In de praktijk kan dat leiden tot verschillende onwenselijke situaties. Bijvoorbeeld, dat deze ‘te lichte’ doelgroep naar de gespecialiseerde GGZ verwezen wordt, omdat daar wel het protocol doorlopen kan worden of dat de doelgroep start met een behandeling in de GB-GGZ en dan alsnog verwezen wordt naar de gespecialiseerde GGZ. In beide gevallen is de zorg duurder uit en is er geen sprake van ‘matched care’.

Een ander voorbeeld is dat het protocol niet wordt afgemaakt en de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. De verwachting is dat hier grotere kans is op terugval en daarmee uiteindelijk duurdere zorg.

Uit onderzoek van het NIP² blijkt dat psychologen de nieuwe productmix in de GGZ moeilijk werkbaar vinden in de praktijk. Gerapporteerd wordt dat veel patiënten die vanuit de gespecialiseerde GGZ worden doorverwezen naar de GB-GGZ zwaarder zijn en niet binnen het weinig aantal beschikbare minuten passen. Ook wordt als bezwaar genoemd dat een diagnose gesteld moet worden bij een kind, voordat het kind behandeld kan worden in de GB-GGZ. Bij kinderen ligt dit complexer dan bij volwassenen, waardoor vaak relatief veel tijd opgaat aan diagnostiek. De afspraken over de productmix zijn hierdoor in de praktijk moeilijk waar te maken.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



3.4.2.5 Percentage patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien dat in de GB-GGZ een product had dat is afgesloten met als afsluitreden dat de patiënt te licht dan wel te zwaar is. De cijfers zijn nog een onderschatting, omdat nog 51% van de producten gesloten moet worden. Het valt echter te verwachten dat producten voor patiënten die op de verkeerde plek zijn beland relatief snel worden afgesloten. In een volgende rapportage wordt dit cijfer gecorrigeerd.
- Voor een gedeelte van de afgesloten producten was de afsluitreden niet gevuld (11%). Hierdoor vindt mogelijk ook een onderschatting van deze indicator plaats. Dit heeft te maken met de opstartfase van GB-GGZ. De verwachting is dat in volgende rapportages de afsluitreden wel gevuld is bij alle gesloten producten, omdat dit een verplichte registratie is. De betrouwbaarheid van deze indicator wordt dus naar verwachting beter in de komende rapportages.
- Het merendeel van de producten dat afgesloten wordt vanwege patiënt te licht/ te zwaar betreft transitieproducten (66,5%). Enerzijds is dit inhoudelijk te verwachten, dit is immers één van de redenen voor invoering van een transitieproduct (zie verder bijlage 6). Aan de andere kant zijn ook relatief meer transitieproducten reeds gesloten dan andere producten. In een volgende rapportage kan een betrouwbaarder beeld geschetst worden.
- Bij de patiënten <18 jaar is het totale percentage van patiënten met afsluitreden te licht/te zwaar iets groter dan bij volwassenen (15,9%). Wat opvalt, is dat het percentage patiënten met afsluitreden te licht aanzienlijk groter (11,7%) is dan afsluitreden te zwaar (4,2%).

Definitie: het percentage afgesloten producten met afsluitreden te licht/ te zwaar van alle producten geopend in het eerste kwartaal van 2014

De volledige benaming van de afsluitredenen is als volgt:

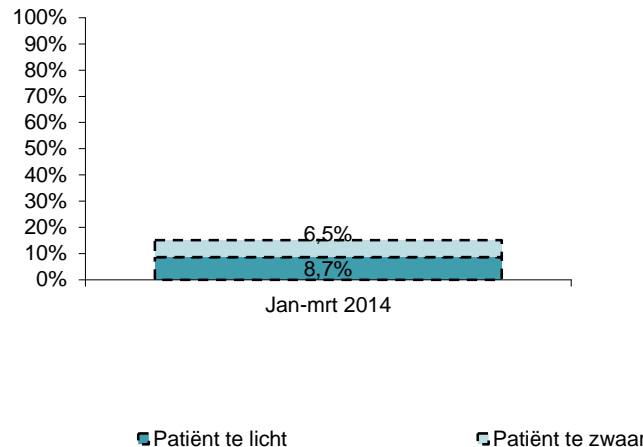
Te licht: "Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)"

Te zwaar: "Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel GB-GGZ"

Toelichting stippellijn:

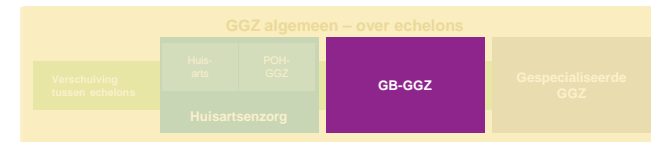
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

% patiënten in GB-GGZ met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar bij betrokken aanbieders



3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



3.4.2.6 Groepsbehandeling en EMH bieden mogelijk uitkomst voor bepaalde doelgroepen

Om de beschikbare minuten binnen de producten in de GB-GGZ efficiënt in te zetten bieden groepsbehandelingen en EMH mogelijk uitkomst. In de praktijk wordt hier nog maar in beperkte mate mee gewerkt. Vooral de instellingen die GB-GGZ bieden, zien hier mogelijkheden, al is het maar een deel van de oplossing. Patiënten en behandelaren moeten nog goed met EMH leren werken en groepsbehandeling is niet voor alle patiënten geschikt. Vrijgevestigden geven aan dat het moeilijk is om aan de voorwaarden voor EMH te voldoen, gezien de middelen en tijd om een beveiligde online portal op te zetten. Ook het aanbieden van groepsbehandelingen is voor vrijgevestigden vaak niet haalbaar. Hiervoor is namelijk vaak een bepaald volume nodig om groepsbehandeling frequent genoeg te kunnen aanbieden.

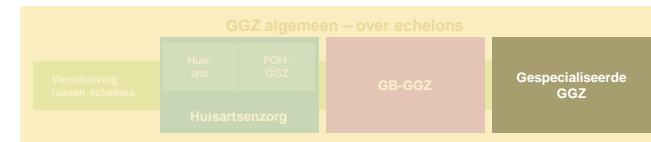
3.4.2.7 Consultatie wordt nog zeer beperkt gebruikt, echter eerste afspraken zijn gemaakt tussen huisartsengroepen en aanbieders van GB en gespecialiseerde GGZ

Uit interviews blijkt dat veel partijen consultatie een nuttige functie vinden binnen het nieuwe GGZ stelsel, maar dat er in de praktijk nog nauwelijks gebruik van wordt gemaakt. Sommige huisartsen staan er sceptisch tegenover, anderen zijn zich niet altijd bewust van de mogelijkheid tot consultatie. Toch ontstaan de eerste afspraken hierover tussen huisartsen en aanbieders van GB-GGZ. Ook ontstaan initiatieven van aanbieders om consultatie onder de aandacht te brengen bij huisartsen. Aangegeven wordt dat consultatie de huisarts kan ondersteunen in het stellen van een diagnose of het voorschrijven van medicijnen. Aan de andere kant leeft de vraag wat het effect van consultatie is op de administratieve last: *“is het niet te veel rompslomp voor de vergoeding die er tegenover staat”*. Afspraken over consultatie worden zowel met de instellingen die GB/gespecialiseerde GGZ bieden, als met vrijgevestigden gemaakt.

Ook zorgverzekeraars geven aan dat huisartsen steeds meer samenwerken om specialistische consulten op orde te krijgen. Echter, consultatie wordt volgens zorgverzekeraars nog te weinig toegepast door huisartsen. Consultatie van specialisten zou meer ingezet moeten worden, om bijvoorbeeld de kwaliteit van doorverwijzingen en het voorschrijven van medicijnen te verbeteren.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



Definitie: van alle DBC's geopend in het eerste kwartaal van 2014 geeft deze indicator het percentage DBC's < 800 minuten. Hieruit zijn de volgende DBC's uitgesloten:

- DBC's met een verblijfscomponent
- Vervolg DBC's
- Diagnostiek DBC's
- Crisis DBC's
- patiënten waarvoor binnen 1 maand na sluiten van de DBC een nieuwe DBC wordt geopend met dezelfde diagnose

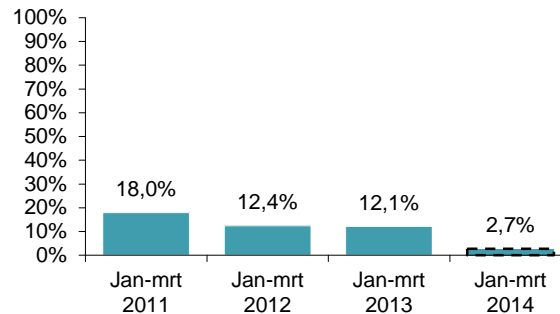
3.4.3 Gespecialiseerde GGZ

De volgende indicatoren gaan dieper in op de gespecialiseerde GGZ.

3.4.3.1 Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten

- Onderstaande figuur laat het percentage patiënten zien met een DBC < 800 minuten. In 2011 tot 2013 was een lichte daling van dit percentage zichtbaar (voor definitie en exclusiecriteria, zie hiernaast).
- De indicator geeft een onderschatting voor het eerste kwartaal van 2014, want het is alleen te bepalen op gesloten producten en slechts 33% is gesloten. In een volgende rapportage wordt deze waarde geactualiseerd. Op dit moment is het daarom nog niet mogelijk om een uitspraak te doen over effecten sinds de stelselwijziging GGZ.
- De verwachting is dat het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten zal afnemen met de invoering van de stelselwijziging GGZ, omdat een gedeelte van deze zorg gesubstitueerd kan worden naar de GB-GGZ.
- Het is mogelijk dat in deze indicator ook afspraken met zorgverzekeraars zichtbaar zijn.

% patiënten met een DBC < 800 minuten bij betrokken aanbieders

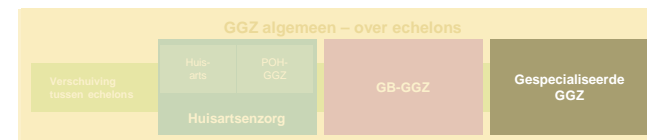


Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



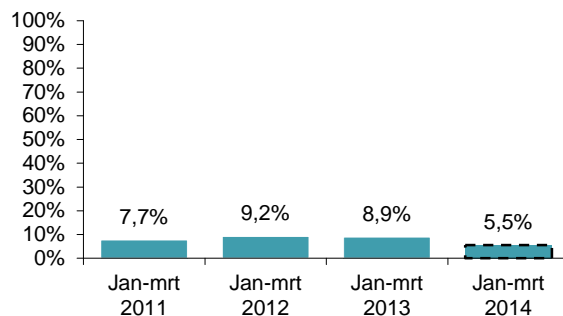
Definitie: Van alle DBC's die in het eerste kwartaal zijn geopend, geeft deze indicator het percentage patiënten waarvoor een DBC is gesloten als diagnostiek DBC.

In de teller zijn alleen patiënten meegenomen die naast de diagnostiek DBC geen andere DBC's in de 2e lijn/S-GGZ hadden.

3.4.3.2 Percentage patiënten met een diagnostiek DBC

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien met een diagnostiek DBC. Het eerste kwartaal van 2014 is een onderschatting, omdat nog niet alle (diagnostiek) DBC's zijn afgesloten. Het is echter de verwachting dat diagnostiek DBC's relatief snel gesloten worden en dus dat het aantal diagnostiek DBC's dat mist relatief klein is. In de volgende rapportage wordt een betrouwbaarder beeld van 2014 geschetst, omdat dan meer data beschikbaar zijn.
- Bij de interpretatie van onderstaande resultaten dient rekening gehouden te worden met het feit dat zorgaanbieders afspraken maken met zorgverzekeraars over het aantal diagnostiek DBC's dat zij leveren. Dalingen en stijgingen in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC kunnen dus mogelijk deels verklaard worden door afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld niet meer dan 10% diagnostiek DBC's).
- Daarnaast kan het aantal diagnostiek DBC's een lichte onderschatting zijn van de werkelijkheid, omdat door het registratiesysteem voor één aanbieder voor 1,5% van diens DBC's niet bepaald kon worden of het om een diagnostiek DBC ging. In de volgende rapportage wordt dit meegenomen.
- Bij de groep patiënten <18 jaar ligt het percentage diagnostiek DBC's iets hoger (rond 11%).

% patiënten met een diagnostiek DBC bij betrokken aanbieders



Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon

3.4.4 Veranderingen voor vrijgevestigde praktijken groter dan voor instellingen

3.4.4.1 Vrijgevestigde behandelaren organiseren zich in zorggroepen en zoeken samenwerking op met andere partijen

Een trend is zichtbaar waarbij vrijgevestigde psychologen zich organiseren in zorggroepen. Dit om makkelijker te kunnen voldoen aan de voorwaarden die de GB-GGZ stelt. Deze zorggroepen van psychologen zoeken bijvoorbeeld gezamenlijk contact met huisartsen om verwijzlijnen tot stand te brengen, om zich beter te profileren bij huisartsen en om huisartsen duidelijk te maken welke patiënten wel en welke niet naar hen verwezen kunnen worden. Ook wordt contact gelegd met instellingen om scherp te stellen wie welk type zorg levert en wordt samenwerking gezocht met de POH-GGZ om te bespreken wie welke zorg kan leveren. Vooral vrijgevestigde aanbieders ervaren veel (administratieve) lasten van de GB-GGZ. Het kost hen bijvoorbeeld veel tijd om de modules en praktijkprogramma's aan te passen.

3.4.4.2 Instellingen lijken volgens zorgverzekeraars beter voorbereid op stelselwijzig GGZ dan vrijgevestigde behandelaren

Zorgverzekeraars merken op dat er verschillen zijn in hoe vrijgevestigde behandelaren en instellingen omgaan met de invoering van de stelselwijzig GGZ. Vrijgevestigde psychologen lijken moeite te hebben zich aan te passen aan de nieuwe eisen in de GB-GGZ, zowel qua inhoud als qua proces. Vrijgevestigde psychologen organiseren zich om deze reden steeds meer in zorggroepen om tegenwicht te kunnen bieden aan instellingen, die over het algemeen beter voorbereid lijken te zijn op de stelselwijzig GGZ en minder problemen ervaren. Tevens werken zorggroepen van psychologen samen aan het versterken van verwijzlijnen vanuit de huisarts. Ook de eisen die verzekeraars stellen aan vrijgevestigde behandelaren en instellingen verschillen. Zo koopt een verzekeraar voor GB-GGZ alleen de producten Kort, Middel en Intensief in bij vrijgevestigde behandelaren en het product Chronisch alleen bij instellingen.

3. Bevindingen

3.5 Zorgverzekeraars en patiënten

3.5.1 Zorginkoop kent nog diverse knelpunten

Zorgverzekeraars werken beleid uit in inkoopafspraken; aanbieders ervaren hier nog knelpunten.

3.5.1.1 Aanbieders ervaren verschillende knelpunten rondom (eisen omtrent) zorginkoop

De afschaffing van het representatiemodel en de 'nieuwheid' van de stelselwijziging GGZ zorgen ervoor dat aanbieders te maken krijgen met veel verschillende eisen en eisen waarvan de toegevoegde waarde onduidelijk is voor de aanbieders. Een voorbeeld dat genoemd wordt, is dat een zorgverzekeraar niet toestaat dat voor een patiënt in één jaar zowel een GB- als gespecialiseerde GGZ product wordt gedeclareerd. Uit de interviews met zorgaanbieders wordt duidelijk dat er ook grote variatie is hoe zorgverzekeraars omgaan met de afspraken die er zijn gemaakt: van rigide tot flexibel. Dit betekent dat sommige verzekeraars strak vasthouden aan de afspraken, ongeacht de ontwikkelingen. Anderen zijn flexibeler en kijken ook naar hoe het nu loopt en zijn hierover in gesprek met de aanbieders. Ook uit onderzoek van het NIP blijkt dat psychologen de kwaliteitseisen van zorgverzekeraars onredelijk vinden en worden de verschillen tussen zorgverzekeraars onwerkbaar genoemd⁷.

Knelpunten in de inkoopafspraken die naar voren komen, zijn de afspraken over de productmix. Dit hangt samen met de punten ten aanzien van product Kort en Intensief die onder 3.2.4 zijn benoemd. Een ander knelpunt zijn de eisen rondom het hoofdbehandelaarschap, vooral binnen het product Kort is dit moeilijk in te richten. Ook zijn er afspraken gemaakt over het verschuiven van budgetten van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Door het achterlopen van de substitutie en het achterblijven van de instroom in de GB-GGZ ontstaat hierdoor onzekerheid bij aanbieders van GB/gespecialiseerde GGZ.

Bovendien is een knip zichtbaar tussen de eisen en de afspraken voor de aanbieders van GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ ten opzichte van de huisartsenzorg. De eisen die bijvoorbeeld aan kwaliteit worden gesteld lopen erg uiteen. Dit is ook zichtbaar in de knip die er soms intern is bij zorgverzekeraars qua aandachtsgebied: huisarts of GGZ.

3.5.1.2 Zorgverzekeraars werken aan afspraken rondom de stelselwijziging GGZ

Zorgverzekeraars proberen op hun beurt goede afspraken te maken rondom de stelselwijziging GGZ. Zo proberen ze de nieuwe werkwijze te stimuleren door bijvoorbeeld budgetten van de tweedelijns over te zetten naar de GB-GGZ en door in het zorginkoopproces de gezamenlijkheid op te zoeken tussen huisartsenzorg en GB-GGZ. Uit de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg van de Nza⁸ blijkt dat zorgverzekeraars voorwaarden hanteren voor substitutie van GGZ zorg naar de GB-GGZ of huisartsenzorg. Deze voorwaarden verschillen per verzekeraar en omvatten bijvoorbeeld substitutie van 4% tot 16% van het budget, substitutie van 15% tot 50% van in het verleden behandelde patiënten of daling van 4% van de gemiddelde kosten per patiënt. Andere sturingsmechanismen die verzekeraars inzetten is het stimuleren van correct verwijzen door foutieve verwijzingen (zowel qua vorm als inhoud) terug te sturen naar de huisarts of het stellen van eisen aan de geleverde zorg. Dit alles met wisselend succes, zoals blijkt uit de vorige pagina.

Bronnen

⁸ Nza (april 2014). Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) - Weergave van de markt 2009-2013.

3. Bevindingen

3.5 Zorgverzekeraars en patiënten

Enkele voorbeelden van eisen van zorgverzekeraars

- Instellingen die uitsluitend ambulante zorg leveren moeten 16% tot 20% van hun zorg in de GB-GGZ leveren en integrale instellingen (totaal aanbod van ambulant tot klinisch) 10%. Als de transitie van zorg niet bereikt wordt, worden instellingen gekort op hun budget.
- Een opleidingseis en taakomschrijving voor de POH GGZ.
- Eisen aan de productmix van aanbieders: hoeveel zorg wordt in elke echelon vergoed? En hoeveel kan een aanbieder van elk product in de GB-GGZ aanbieden? Zorgaanbieders geven aan dat zij nog geen zicht hebben op de vraag of zij dit jaar aan deze eis voldoen. Zorgaanbieders geven ook aan deze eis lastig te vinden en dat de eis problemen op kan leveren, doordat het risico bestaat dat patiënten niet de best passende behandeling krijgen. Dit komt doordat de instelling of de behandelaar het maximum voor het betreffende echelon al heeft bereikt.
- Ook geven aanbieders aan de eisen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap lastig te vinden. In de praktijk lijkt het niet altijd mogelijk dat een patiënt bijvoorbeeld 20% of 30% van de behandeling door een hoofdbehandelaar wordt gezien. Ook wordt aangegeven dat deze eis de zorg onnodig duurder maakt.
- Het meten en opleveren van ROM-scores.

3.5.1.3 Zorgverzekeraars verwachten komende tijd ontwikkelingen in de GB-GGZ

Zorgverzekeraars ontvangen komende perioden declaratiegegevens vanuit de GGZ. Op basis van deze data verwachten zorgverzekeraars inzicht in patiëntstromen. Ook verwachten verzekeraars bij het beschikbaar komen van data meer te kunnen sturen, bijvoorbeeld op kwaliteit en praktijkvariatie. Ten slotte kunnen verzekeraars met data bepalen of, en zo ja hoe, het beleid aangepast moet worden.

Zorgverzekeraars verwachten dat tools aangepast worden, bijvoorbeeld aanpassing van de verwijstool, zodat meer mensen naar de GB-GGZ doorverwezen worden in plaats van naar de gespecialiseerde GGZ en het valideren van tools. Zorgverzekeraars zijn voornemens het gebruik van tools te stimuleren, bijvoorbeeld door het gebruik van een screeningstool door de POH-GGZ te belonen met een hoger tarief. Belangrijk is om dat in afstemming te doen met de aanbieders⁶. In de volgende rapportage nemen we de ervaringen mee rondom de zorginkoop van 2015.

3. Bevindingen

3.5 Zorgverzekeraars en patiënten

3.5.1.4 Zorgverzekeraars verwachten wijzigingen in producten GB-GGZ:

- Een aantal verzekeraars verwacht dat gestopt wordt met het aanbieden van het product Kort. Enkele verzekeraars zijn hier echter op tegen. Zij geloven dat er wel een doelgroep is voor het GB-GGZ product Kort en dat zorgaanbieders hun eigen werk nog onvoldoende beschouwen en kijken of een patiënt in minder minuten geholpen kan worden.
- Enkele verzekeraars verwachten dat het aantal minuten voor het product Chronisch uitgebreid zal worden. Verzekeraars geven hierbij echter aan dat het risico op aanbod geïnduceerde vraag bestaat.
- Enkele verzekeraars opperden de suggestie van het toevoegen van EMH als product, zodat inzichtelijk wordt of en waar het ingezet wordt.

Zorgverzekeraars verwachten meer en duidelijker patiëntstromen in komende perioden. Zorgverzekeraars willen daarnaast in de toekomst ook hardere eisen stellen aan substitutie van zorg.

3.5.2 Ervaringen van de patiënt nog maar beperkt in beeld

Er is nog weinig te zeggen over de ervaringen van de patiënten specifiek met de GB-GGZ. Dit heeft te maken met de beperkte organisatiegraad van deze doelgroep. In de volgende rapportages wordt dit meegenomen. Eerste ervaringen met de POH-GGZ worden als positief ervaren (zie 2.3.1). Uit de interviews blijkt dat veel patiënten niet bekend zijn met de stelselwijziging GGZ en de bijkomende veranderingen. Wel wordt opgemerkt dat patiënten actiever betrokken worden, bijvoorbeeld bij de verdeling van het aantal beschikbare minuten over de tijd (sessies in een korte tijd of juist uitgesmeerd over de tijd) en dat patiënten op het behandelaanbod worden gewezen.

Een duidelijk signaal komt van het Landelijk Platform GGZ⁹. Zij geeft aan alarmerende meldingen te krijgen van patiënten en familieleden over lange wachttijden in de gespecialiseerde GGZ. Het gaat om wachttijden voor bijvoorbeeld een psychiater of GGZ-instelling, waarbij de wachttijden oplopen tot meer dan een half jaar. Het is echter niet duidelijk of de invoering van de stelselwijziging GGZ daar een aanleiding voor is.

Ervaringen patiënt nog maar beperkt in beeld

Bronnen

⁹ GGZnieuws (2014). *Patiënten melden lange wachttijden bij psychiaters en instellingen.*



cutting through complexity™

PLEXUS®

Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Toelichting op kwantitatieve data
4. Regio afbakening
5. Achtergronden data analyse
6. Gebruikte coderingen

Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

Worden de beoogde doelen van invoering van de stelselwijziging GGZ behaald?

- Inzicht geven in de verschuiving patiënten- (behandel-) stromen per echelon.
- Inzicht geven in de uitgaven in de gehele keten van de GGZ; een overzicht geven van de macro-verschuivingen.
- Inzicht geven of er verandering is in medicatiegebruik (in gehele keten, inclusief huisarts).
- Inzicht geven of er gerichte verwijzingen zijn (patiënt op juiste plek, sneller terugverwijzen).

Vormgeving POH-GGZ en GB-GGZ

POH-GGZ

- Inzicht geven of de flexibilisering en functionalisering van de POH-GGZ voldoende mogelijkheden biedt om zelfmanagement te stimuleren, e-health toe te passen en evidence based preventie binnen de huisartsenpraktijk te beleggen.
- Inzicht geven in welk percentage van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ in dienst hebben (loondienst, gedetacheerd via instelling of een andere arbeidsovereenkomst).
- Inzicht geven of de huisartsenpraktijk gebruik maakt van consultatie van een aanbieder van de GB-GGZ en/of gespecialiseerde GGZ. Wat voor invloed heeft dit op (het aantal) verwijzingen? Kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen het wel en niet aanwezig zijn van een ondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk en het type ondersteuning? Hierbij een vergelijking maken tussen het aantal doorverwijzingen van huisartsen met een POH-GGZ in loondienst en een POH-GGZ met een detacheringsovereenkomst en bij laatstgenoemde onderscheid te maken in doorverwijzing naar de eigen instelling of een andere instelling. M.a.w: Wordt er meer verwezen naar de instelling waar de POH-er bij in dienst is?
- Inzicht geven of de patiënt actief betrokken wordt bij een verwijzing en of deze keuzevrijheid heeft naar welke aanbieder van de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt verwezen. Hoe vaak komt het voor dat patiënt toch kiest voor dezelfde aanbieder(s) als waar de POH-er in dienst is?
- Inzicht geven of de huisarts of diens ondersteuner gebruik maakt van een screeningstool en het verwijfsmodel. En hebben die tools effect op het verwijfsgedrag?

Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

GB-GGZ

- Inzicht geven of de objectieve criteria goed hanteerbaar zijn voor de aanbieder van de GB-GGZ, wordt het juiste product bepaald? Wordt het product vaak gewijzigd? Hoe vaak worden meerdere producten per patiënt geopend (zowel binnen GB-GGZ als ook DBC's in gespecialiseerde GGZ of achtereenvolgens tussen de echelons)?
- Inzicht geven of de vier producten in de GB-GGZ toereikend zijn om een adequate behandeling te geven (voor diverse patiëntengroepen, inclusief jeugd).
- Inzicht geven welke tarieven worden gehanteerd en hoe is de verdeling van het aantal producten tussen de verschillende aanbieders van GB-GGZ.
- Inzicht geven of gebruik wordt gemaakt van medisch specialistische consultatie. Leidt dit tot minder verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ?
- Inzicht geven of de producten GB-GGZ aansluiten bij de protocollen en richtlijnen die door het veld worden gehanteerd.
- Inzicht geven of de producten voldoende mogelijkheden bieden om e-health, consultatie van een medisch specialist en groepsbehandelingen toe te passen.
- Inzicht in welke aanbieders (onderscheid naar verschillende organisatievormen) welke producten declareren.

Overige vragen

- Inzicht geven in wat de patiënt merkt van invoering van de stelselwijziging GGZ. In hoeverre wordt de cliënt/ patiënt door de huisarts actief betrokken bij de beoordeling van de besluitvorming over de verwijzing.
- Inzicht geven of de invoering van de stelselwijziging GGZ bijdraagt aan kwaliteit van zorg in de keten van GGZ.
- Inzicht geven in het type (inkoop) afspraken die verzekeraars en aanbieders maken over de invoering van de stelselwijziging GGZ. Is er voor verzekeraars voldoende informatie om de inkoopfunctie goed te kunnen vormgeven?

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Onderstaand een overzicht van de indicatoren.

- Indicator 2 en 4 hebben we niet gerapporteerd, omdat we deze niet kunnen uitrekenen zonder extrapolatie.

Nr.	Indicator
1	# patiënten in zorg per echelon
2	% patiënten per echelon
3	Totale behandelkosten per echelon
4	% behandelkosten per echelon
5	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
6	% huisartsen met POH-GGZ
7	gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
8	% patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar
9	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
10	% patiënten met diagnostiek DBC
11	% producten GB-GGZ
12	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
13	Totale medicatiekosten per echelon
14	Medicatiekosten per patiënt per echelon
15	% patiënten met medicatie per echelon

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Bronnen kwantitatieve data

De kwantitatieve data zijn afkomstig van Vektis en van betrokken aanbieders. Vektis heeft data geleverd met betrekking tot:

- Patiëntgegevens algemeen (postcode, leeftijd, etc.)
- POH-GGZ
- EPZ (vóór 1 januari 2014)
- Farmacie

De betrokken aanbieders hebben data geleverd met betrekking tot:

- de 2e lijns GGZ (vóór 1 januari 2014)
- GB-GGZ (vanaf 1 januari 2014)
- Gespecialiseerde GGZ (vanaf 1 januari 2014).

Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

- Forensische zorg
- Ziekenhuiszorg
- Wmo zorg
- AWBZ zorg
- Mensen zonder bsn (o.a. buitenlanders, illegalen)
- Verzekerden met zorg buiten de gedefinieerde regio's

Verslagperiode

Deze pilotrapportage heeft betrekking op de eerste kwartalen van 2011, 2012, 2013 en 2014.

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Leeftijdscategorieën

De figuren in deze rapportage omvatten zorg geleverd aan patiënten van 18 jaar en ouder. Per 1 januari 2015 wordt jeugd GGZ overgeheveld naar gemeenten. Deze zorg is voor Vektis tegen die tijd niet meer inzichtelijk. Om de verslagperioden vergelijkbaar te houden, wordt vanaf de start van het project alleen zorg aan patiënten van 18 jaar en ouder weergegeven in figuren.

Zolang data van de <18 jaar populatie beschikbaar is, worden indicatoren wel voor deze populatie apart uiterekend. Bevindingen over deze populatie worden in woorden weergegeven.

Aandachtspunten bij interpretatie data

Bij de interpretatie van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek dient rekening gehouden te worden met onderstaande punten:

- De indicatoren gaan over verzekerden met een declaratie bij:
 - de POH-GGZ
 - EPZ (2011-2013)
 - 2^e lijn (2011-2013)
 - GB-GGZ (incl. transitieproduct) (2014)
 - Gespecialiseerde GGZ (DBC's en geselecteerde OVP's) (2014).
- In de analyses worden resultaten weergegeven van betrokken aanbieders. De resultaten geven dus geen volledig beeld van de regio's.
 - Voor zorg geleverd in de EPZ, 2^e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is uitgegaan van zorg geleverd door de deelnemende zorgaanbieders. Dit betekent dat voor deze echelons niet alle zorg in de regio's in kaart is gebracht, maar alleen dat deel van de zorg dat geleverd is door de betrokken aanbieders.
 - Uitzondering hierop is data met betrekking tot zorg geleverd door de POH-GGZ. Alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's is hierbij meegenomen.
- Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek bestaat het echelon 'huisartsenzorg' alleen uit zorg geleverd door de POH-GGZ. Voor zorg geleverd door de huisarts is niet te onderscheiden of deze zorg GGZ-zorg was. Patiënten die alleen bij de huisarts komen voor hun psychische problematiek zijn dan ook niet meegenomen in de analyses.
- Data met betrekking tot EPZ zorg in 2011, 2012 en 2013 is geleverd door Vektis. Vektis heeft alleen beschikking tot data met betrekking tot verzekerde zorg (zowel basis als aanvullende verzekering). Onverzekerde zorg geleverd in de EPZ is niet meegenomen in de analyses. De analyses geven dus mogelijk een onderschatting van de totale zorg geleverd in de eerstelijns psychologische zorg (EPZ).

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Bronnen

¹ *Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ*

² *Bron: NZa, REGELING NR/CU-524, Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ*

Aandachtspunten bij interpretatie data – vervolg

- De analyses met betrekking tot kosten zijn uitgevoerd op declaratiebedragen. Voor de verrekening van opbrengstverschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) gold tot 2012 een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven¹. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen². Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat de kosten in deze rapportage tussen 2011 en 2012 en de daaropvolgende jaren, niet geheel vergelijkbaar zijn.
- De openingsdatum van een product bepaalt aan welke verslagperiode het product wordt toegewezen. Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot eind juli 2014 (# minuten, type product, etc.)

Fouten in data aanlevering

Onderstaande punten betreffen bijzonderheden in de data geconstateerd na aanlevering van de databestanden. In een volgende rapportages worden deze punten gecorrigeerd aangezien dan een volledige nieuwe data aanlevering plaatsvindt met up to date gegevens van alle geleverde zorg.

- Voor de jaren 2011, 2012 en 2013 zijn geen EPZ gegevens aangeleverd van één specifieke agb. Dit wordt in een volgende rapportage gecorrigeerd. Het effect lijkt echter minimaal, omdat het om 145 van de 10 duizend declaraties gaat (1,4%).
- Eén aanbieder heeft niet van alle afgesloten DBC's een prestatiecode geleverd (1,5% van alle DBC's). Dit betekent dat dit mogelijk leidt tot een onderschatting van indicator "Percentage patiënten met een diagnostiek DBC". Dit wordt in een volgende rapportage gecorrigeerd. Ook hier lijkt het effect minimaal, omdat het slechts een beperkt gedeelte van één aanbieder betreft waarvoor onbekend is of het diagnostiek DBC's betreft.
- Eén aanbieder heeft niet alle GB declaraties aangeleverd. Het gaat hier om 344 prestaties, wat neerkomt op ongeveer 14% van het totaal. Dit wordt in een volgende rapportage gecorrigeerd. Voor indicatoren rondom aantallen en kosten kan dit van invloed zijn.
- Eén aanbieder declareerde in aanloop op de introductie van de stelselwijziging GGZ in 2013 aanstaande GB-GGZ zorg als OVP in de 2^e lijn. Dit geeft mogelijk een overschatting van de geleverde 2^e lijnszorg in 2013.

Bijlage 4 – Regio afbakening

Definitie: Voor de regio afbakening is marktaandeel gedefinieerd als het aantal patiënten dat zorg ontvangt bij de betrokken aanbieders ten opzichte van het totaal aantal patiënten met EPZ danwel 2e lijns GGZ zorg in het postcodegebied in het betreffende jaar.

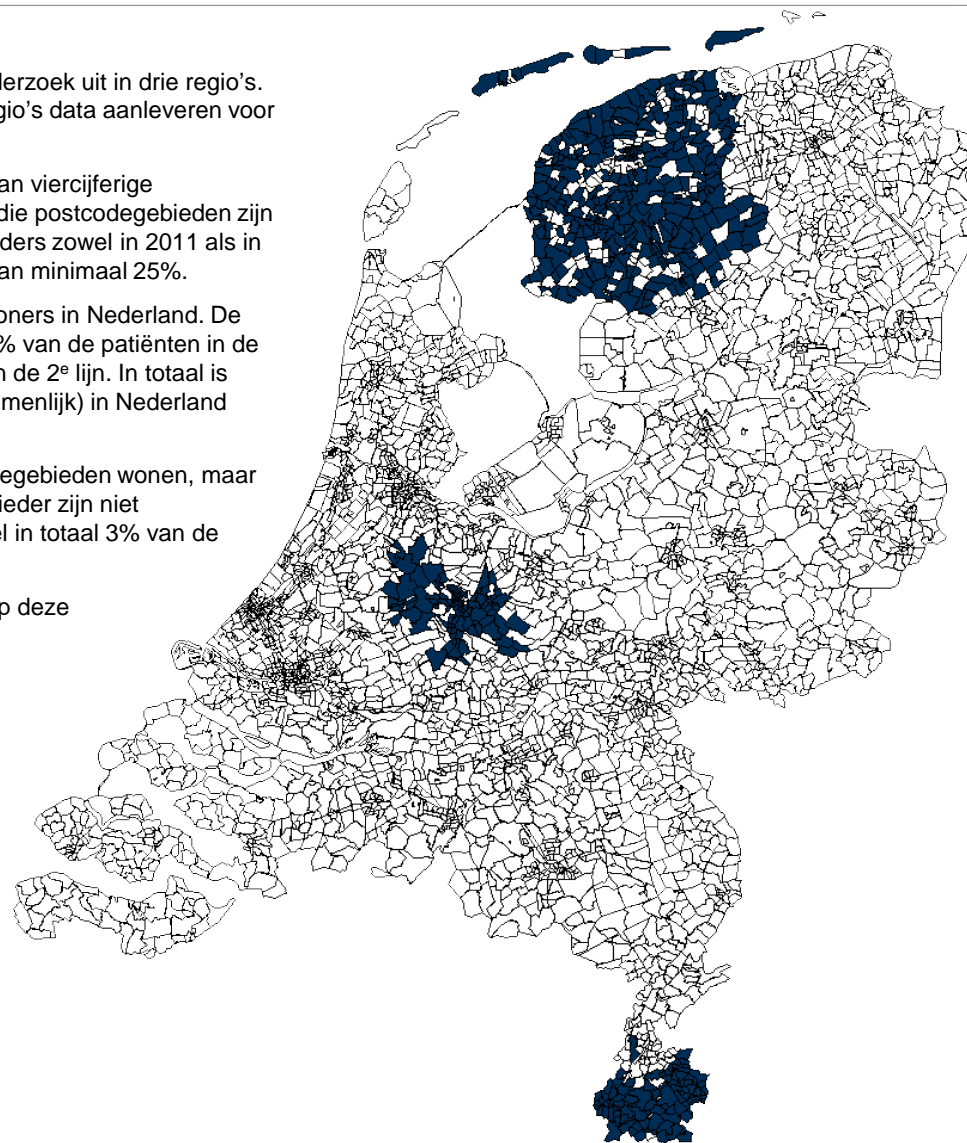
De monitor voert kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit in drie regio's. In bijlage 6 staat welke aanbieders uit deze regio's data aanleveren voor de kwantitatieve analyses in deze monitor.

De regio's zijn afgebakend door een selectie van viercijferige postcodegebieden. De selectie is zodanig dat die postcodegebieden zijn geselecteerd waarbinnen de betrokken aanbieders zowel in 2011 als in 2012 een gezamenlijk marktaandeel hadden van minimaal 25%.

De regio's omvatten 10,2% van het aantal inwoners in Nederland. De betrokken aanbieders bedienden in 2013 12,4% van de patiënten in de EPZ in de regio's en 49,9% van de patiënten in de 2^e lijn. In totaal is 4,4% van patiënten (EPZ en 2^e lijns GGZ gezamenlijk) in Nederland geanalyseerd.

Patiënten die niet in de geselecteerde postcodegebieden wonen, maar wel in behandeling zijn bij een betrokken aanbieder zijn niet meegenomen in de analyse. Op deze wijze viel in totaal 3% van de patiënten van de betrokken aanbieders af.

De landkaart hiernaast laat zien welk gebied op deze wijze geselecteerd is.



Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

Toewijzing zwaarste echelon

Een patiënt met producten bij meerdere echelons telt mee bij het 'zwaarste' echelon waar hij in verslagperiode een geopend product had. Uitzondering hierop vormen:

- indicatoren met betrekking tot kosten: kosten worden meegenomen in het echelon waarin ze worden gemaakt;
- indicatoren specifiek voor producten in GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ: hierbij worden alle producten bekeken en niet alleen de producten van patiënten voor wie het betreffende echelon het zwaarste echelon is.

Door patiënten toe te wijzen aan het zwaarste echelon, is er een percentage patiënten dat wel zorg ontvangt bij POH-GGZ, EPZ of GB-GGZ, maar niet is meegenomen in de analyses. We hebben de percentages in beeld gebracht. Dit percentage lijkt fors te kunnen verschillen tussen kwartalen. In de volgende monitor als we meer gegevens beschikbaar hebben, komen we terug op de vraag of dit toevallig of structureel is.

Percentage afgesloten producten

De resultaten van de indicatoren zijn bepaald op basis van data zoals deze eind juli beschikbaar waren. Op dat moment waren nog niet alle geopende producten reeds afgesloten (in 2^e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ). Hieronder staat een overzicht van het percentage producten dat al wel gesloten was. Bij de indicatoren waar we nog verschuiving verwachten als meer producten gesloten zijn, is dit aangegeven in de figuren door middel van stippelijntjes.

	Jan-mrt 2011	Jan-mrt 2012	Jan-mrt 2013	Jan-mrt 2014
2e lijn	100%	100%	100%	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	49%
Gespecialiseerde GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	33%

Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

Extrapolatie openstaande producten

Aanbieders hebben ook gegevens aangeleverd van producten die nog niet gesloten zijn. Voor deze producten is een inschatting gemaakt van de te verwachten kosten van het product, waarbij:

- Voor producten in de GB-GGZ is uitgegaan van het verwachte zorgproduct dat betrokken aanbieders hebben ingevuld.
- Voor de 2e lijns- en gespecialiseerde GGZ een inschatting is gemaakt van de productgroep en bijbehorende kosten op basis van diagnose, het aantal reeds geregistreerde behandelminuten, het aantal reeds geregistreerde verblijfsdagen en de tijd dat de DBC al openstaat. Voor verblijfsdagen gaan we uit van de gemiddelde kosten per verblijfsdag per diagnose in het jaar 2012 met een correctie voor inflatie. Voor behandelminuten wordt uitgegaan van de maximumtarieven van de NZa per productgroep per diagnose.

DBC onderhoud heeft aangegeven geen grove bezwaren te zien in deze methode. Een dergelijke extrapolatie is een globale inschatting. Kanttekeningen aan de methodiek zijn in ieder geval:

- De doorlooptijd is gebaseerd op gegevens uit 2013 (dus inclusief productie die vanaf 2014 in de GB-GGZ valt);
- Er is een overschatting van zorgproducten zonder diagnose, omdat de diagnose vaak pas later wordt gesteld (en de DBC hertypeerd wordt).

Elke volgende rapportage worden de meest recente gegevens door de betrokken aanbieders opnieuw aangeleverd en worden de cijfers steeds definitiever. De eerste ervaringen met de methodiek lijken positief. Door betrokken aanbieders is voor gespecialiseerde GGZ zorg €2,7 miljoen aan DBC's aangeleverd. Door middel van de opschaling is dit geëxtrapolerd naar €60 miljoen. In 2013 is bekend dat voor ongeveer €60 miljoen 2^e lijns zorg geleverd is. In orde grootte sluit de extrapolatie daarom aan bij de verwachting. Zodra het product gesloten is, worden de daadwerkelijke kosten in de eerstvolgende rapportage meegenomen. Dit betekent dat op termijn een beter inzicht in de kwaliteit van deze extrapolatie verkregen wordt en dat de cijfers in volgende rapportages steeds betrouwbaarder zullen zijn.

Bij 0,3% van de aangeleverde producten (827 van de 256 duizend) zijn zowel behandelminuten, verblijfsdagen als kosten 0 aangeleverd. Deze producten zijn daarom niet meegenomen in de extrapolatie.

Afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld met betrekking tot productieplafond) worden niet meegenomen in deze kostenbepaling.

Extrapolatie regio's naar landelijk niveau

De gegevens zoals in deze rapportage gepresenteerd zijn de cijfers zoals aangeleverd door de betrokken aanbieders. Idealiter vindt een extrapolatie plaats van deze aanbieders naar een beeld van de volledige regio's of zelfs naar het landelijk niveau. Gezien de korte verslagperiode van slechts 3 maanden (en daardoor beperkt beschikbare data) is het op dit moment nog te vroeg om een dergelijke extrapolatie uit te voeren. Een extra moeilijkheid hierin is het momenteel nog ontbreken van bruikbare data vanuit de vrijgevestigde aanbieders evenals inzichten in hoeverre de effecten van de stelselwijziging GGZ bij instellingen vergelijkbaar zijn met die bij vrijgevestigde aanbieders. Voor toekomstige rapportages onderzoeken we de mogelijkheid om een extrapolatie naar regionaal of landelijk niveau betrouwbaar te kunnen uitvoeren.

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen betrokken aanbieders

Betrokken aanbieders

Dit zijn de betrokken aanbieders met bijbehorende agb's:

AGB-code	Aanbieder	Regio
06290204	GGZ Friesland	Friesland
06290618	Altrecht	Utrecht en omstreken
22227262	AZmn Indigo	Utrecht en omstreken
06291104	Mondriaan	Zuid-Limburg
73733115	Lionarons	Zuid-Limburg
53530340	Lionarons (De Wijkpraktijk)	Zuid-Limburg
73733105	Virenze	Friesland Utrecht en omstreken Zuid-Limburg
79790174	Riagg Maastricht	Zuid-Limburg
17081749	Riagg Maastricht (Prima)	Zuid-Limburg
94056452	Riagg Maastricht	Zuid-Limburg

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen POH-GGZ en EPZ

POH-GGZ

Voor de POH-GGZ zijn de volgende coderingen binnen de huisartsenzorg meegenomen. Deze codes zijn gebruikt voor twee doeleinden:

- Om te selecteren welke zorg als POH-GGZ zorg is geregistreerd
- Hoeveel huisartsen gebruik maken van een POH-GGZ (laatste drie codes)

Prestatiecode	Jaren waarin deze code gebruikt werd	omschrijving
12110	2008-2014	consult POH GGZ
12111	2008-2014	consult POH GGZ langer dan 20 minuten
12112	2008-2014	visite POH GGZ
12113	2008-2014	visite POH GGZ langer dan 20 minuten
12114	2008-2014	telefonisch consult POH GGZ
12115	2008-2009	herhalingsrecept POH GGZ (ongeacht het aantal receptregels)
12115	2013	e-mailconsult POH-GGZ
12116	2014	groepsconsult
11201	2008-2013	praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)
11201	2014	Module praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) per kwartaal
14789	2012-2013	Implementatie POH GGZ

EPZ

Voor de 1e lijns psychologische zorg (EPZ) zijn alle bestaande prestatiecodes binnen de EPZ meegenomen om de geleverde zorg in kaart te brengen.

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen GB-GGZ

GB-GGZ

Binnen de generalistische basis GGZ (GB-GGZ) bestaan de volgende prestatiecodes die zijn gebruikt om de zorg binnen de GB-GGZ te definiëren:

Prestatiecode	Omschrijving
180001	GB-GGZ Kort (BK)
180002	GB-GGZ Middel (BM)
180003	GB-GGZ Intensief (BI)
180004	GB-GGZ Chronisch (BC)
180005	Transitieprestatie

Voor declaratie van een transitieproduct in de GB-GGZ gelden de volgende richtlijnen*:

- Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling afgesloten en wordt een transitieproduct in rekening gebracht.
- Indien voor een patiënt in 2013 een behandeling in het kader van 1e lijnspsychologische zorg (EPZ) is gestart en nog slechts voor maximaal twee consulten doorloopt in 2014 dan wordt het in 2013 uitgevoerde deel van de behandeling op 31 december 2013 beëindigd en conform de beleidsregel 1e lijnspsychologische zorg in rekening gebracht. Voor het afrondende deel in 2014 wordt een transitieproduct in rekening gebracht.

Om beide typen zorg in beeld te brengen, wordt het transitieproduct in het onderzoek meegenomen als een product binnen de GB-GGZ.

Om de reden van sluiting in kaart te brengen, zijn daarnaast de volgende codes binnen de GB-GGZ gebruikt:

Reden sluiten code	Omschrijving
12	Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)
13	Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel GB-GGZ

* NZa: Regeling NR/CU-530

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen

2^e lijn en gespecialiseerde GGZ

2^e lijn en gespecialiseerde GGZ

Voor de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ zijn alle DBC's meegenomen uit de codelijst van DBC onderhoud. Daarnaast hebben we ook de volgende OVP's meegenomen. De laatste is alleen meegenomen voor één aanbieder, omdat via deze OVP in het jaar 2013 producten zijn gedeclareerd die in 2014 in de GB-GGZ zouden vallen.

Declaratiecode	Omschrijving
194073	OVP niet-basispakketzorg consult
194074	OVP niet-basispakketzorg verblijf
194028	Individuele preventie bij hoog risico groepen per uur

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen Medicatie

Medicatie

Als GGZ-medicatie zijn de volgende medicijnen meegenomen.

ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving
N05AA01	CHLOORPROMAZINE	N05AH03	OLANZAPINE	N05BA14	Pinazepam	N05BX02	Gedocarnil	N06AX03	MIANSERINE
N05AA02	LEVOMEPROMAZINE	N05AH04	QUETIAPINE	N05BA15	Camazepam	N05BX03	Etifoxine	N06AX05	TRAZODON
N05AA03	PROMAZINE	N05AL01	SULPIRIDE	N05BA16	Nordazepam	N06AA01	DESIPRAMINE	N06AX11	MIRTAZAPINE
N05AB02	FLUFENAZINE	N05AN01	LITHIUM	N05BA17	Fludiazepam	N06AA02	IMIPRAMINE	N06AX12	BUPROPION
N05AB03	PERFENAZINE	N05AX08	RISPERIDON	N05BA18	Ethyl loflazepate	N06AA04	CLOMIPRAMINE	N06AX16	VENLAFAXINE
N05AB04	PROCHLOORPERAZINE	N05AX12	ARIPIPRAZOL	N05BA19	Etizolam	N06AA09	AMITRIPTYLINE	N06AX21	DULOXETINE
N05AC01	PERICIAZINE	N05AX13	PALIPERIDON	N05BA21	Clotiazepam	N06AA10	NORTRIPTYLINE	N06AX22	AGOMELATINE
N05AC02	THIORIDAZINE	N05BA01	Diazepam	N05BA22	Cloxazolam	N06AA12	DOXEPINE	N06BA04	METHYLFENIDAAT
N05AD01	HALOPERIDOL	N05BA02	Chlordiazepoxide	N05BA23	Tofisopam	N06AA16	DOSULEPINE	N06BA09	ATOMOXETINE
N05AD05	PIPAMPERON	N05BA03	Medazepam	N05BA56	Lorazepam, combinations	N06AA21	MAPROTILINE	N06DA03	RIVASTIGMINE
N05AD06	BROOMPERIDOL	N05BA04	Oxazepam	N05BB01	Hydroxyzine	N06AB03	FLUOXETINE	N06DA04	GALANTAMINE
N05AD07	BENPERIDOL	N05BA05	Potassium clorazepate	N05BB02	Captodiame	N06AB04	CITALOPRAM	N06DX01	MEMANTINE
N05AE03	SERTINDOL	N05BA06	Lorazepam	N05BB51	Hydroxyzine, combinations	N06AB05	PAROXETINE	N07BA02	BUPROPION
N05AF01	FLUPENTIXOL	N05BA07	Adinazolam	N05BC01	Meprobamate	N06AB06	SERTRALINE	N07BB01	DISULFIRAM
N05AF03	CHLOORPROTIXEEN	N05BA08	Bromazepam	N05BC03	Emylcamate	N06AB08	FLUVOXAMINE	N07BB03	ACAMPROSAAT
N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	N05BA09	Clobazam	N05BC04	Mebutamate	N06AB10	ESCITALOPRAM	N07BB04	NALTREXON
N05AG01	FLUSPIRILEEN	N05BA10	Ketazolam	N05BC51	Meprobamate, combinations	N06AF03	FENELZINE	N07BC01	BUPRENORFINE
N05AG02	PIMOZIDE	N05BA11	Prazepam	N05BD01	Benzoctamine	N06AF04	TRANLYCYPROMINE	N07BC02	METHADON
N05AG03	PENFLURIDOL	N05BA12	Alprazolam	N05BE01	Buspirone	N06AG02	MOCLOBEMIDE	N07BC51	BUPRENORFINE, COMBINATIEPREPARATEN
N05AH02	CLOZAPINE	N05BA13	Halazepam	N05BX01	Mephenoxalone	N06AX01	OXITRIPTAN		



© 2014 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. Gedrukt in Nederland.

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