



*cutting through complexity*



GEZONDHEIDSZORG

## **Monitor generalistische basis GGZ**

Periode: jan 2011 – dec 2014

In opdracht van het Ministerie van VWS

Juni 2015

## **Juni 2015**

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

## Wat brengt de monitor Generalistische Basis GGZ in beeld

### Vraag vanuit Ministerie VWS

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 GB-GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk.

### Methode

- Focus op 3 regio's: Friesland, Utrecht en omstreken en Zuid Limburg
- Kwantitatieve analyse, op basis van Vektis data en data aangeleverd door 7 betrokken aanbieders.
- Enquête onder leden van Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) in de drie regio's.
- Aanvullende gegevens van het Nivel en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LVH).

### Invoering Generalistische Basis-GGZ

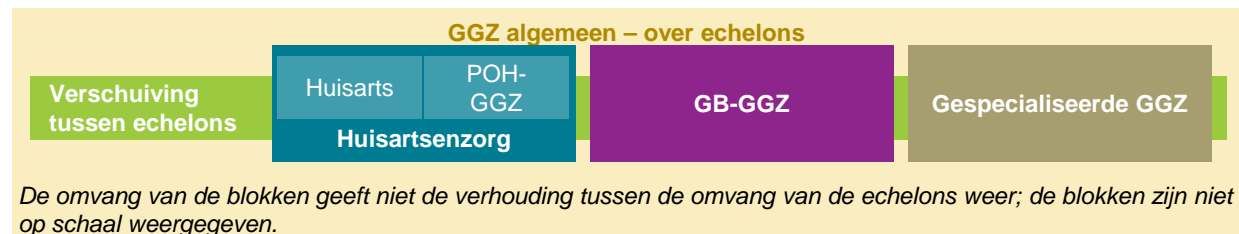
- Met de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) in januari 2014 zijn er nieuwe echelons ontstaan in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Vóór 2014: Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ), Eerstelijns psychologische zorg (EPZ) en 2e lijn; na 2014: POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ (zie ook figuur A.0 onderaan de pagina).
- De GB-GGZ heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichterbij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.
- De introductie van de GB-GGZ heeft effecten op de gehele GGZ keten: GB-GGZ, GGZ binnen de huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ.

### Deze rapportage

- Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis. In deze rapportage geven we een beeld over het eerste en tweede halfjaar van 2014 in vergelijking met de jaren ervoor op basis van kwantitatieve data vanuit Vektis en betrokken zorgaanbieders.
- De monitor brengt de ontwikkeling in de GGZ in kaart sinds de introductie van de GB-GGZ aan de hand van het raamwerk zoals in figuur A.1.
- Alle bevindingen hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen. De GB-GGZ is in januari 2014 ingevoerd. Het vergt tijd voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten van de invoering zichtbaar worden. Op basis van deze rapportage kunnen dan ook geen algemene conclusies worden getrokken. Het beeld ontwikkelt zich in de loop van de monitor verder en wordt steeds vollediger bij volgende rapportages.



Figuur A.0 Vorming van nieuwe echelons



Figuur A.1 Raamwerk voor de monitor

# Samenvatting

## Beoogde doelen behaald: toegankelijkheid

### De monitor

- De monitor brengt de ontwikkeling sinds de introductie van de GB-GGZ in kaart, vanuit perspectieven van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.

Eén van de doelen van de GB-GGZ is dat de toegankelijkheid gewaarborgd is.

Toegankelijkheid wordt inzichtelijk gemaakt door:

- Aantal patiënten in zorg
- Aantal nieuwe patiënten in zorg

### Aantal patiënten

- **POH-GGZ.** Het aantal patiënten bij de POH-GGZ ligt hoger in 2014 dan in voorafgaande jaren. Ook in het tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ
- **GB-GGZ.** In de GB-GGZ zitten in 2014 meer patiënten dan in de EPZ dan in 2013, maar dit kan een vertekening zijn, doordat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden vóór 2014. Ook in het tweede halfjaar is ten opzichte van het eerste halfjaar een stijging te zien in het aantal patiënten in zorg bij de GB-GGZ.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ in 2014 ligt lager dan in de 2<sup>e</sup> lijn in 2013. Ook is tussen het eerste en tweede halfjaar in de gespecialiseerde GGZ een daling van het aantal patiënten zichtbaar.
- **Overkoepelend beeld.** Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 lager dan in de EPZ én 2<sup>e</sup> lijn samen in 2012 en in 2013. De afname in de gespecialiseerde GGZ en de toename in de GB-GGZ sluiten aan bij substitutiedoelstellingen en de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient. Uit de enquête onder vrijgevestigde behandelaren komt een vergelijkbaar beeld naar voren.

### Aantal nieuwe patiënten

- **POH-GGZ.** Het totaal aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is toegenomen sinds de invoering van de GB-GGZ.
- **GB-GGZ.** Bij de GB-GGZ zijn relatief veel nieuwe patiënten, maar dit kan een vertekening zijn, doordat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden vóór 2014. Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt geen verschil in het aantal aanmeldingen (nieuwe patiënten in zorg) in 2014 in de GB-GGZ ten opzichte van het aantal aanmeldingen in de EPZ in 2013.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ ligt lager dan in 2013 in de 2<sup>e</sup> lijn. Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt een vergelijkbaar beeld.

# Samenvatting

## Beoogde doelen behaald: kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de kwaliteit gewaarborgd is.

Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt inzichtelijk gemaakt door:

- Patiëntenstromen
- Verdeling van producten
- Wijzigingen van producten per patiënt

### Patiëntenstromen

Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de goede plek in zorg te laten komen (matched care). Als de patiënt niet direct op de goede plek terecht komt, beweegt hij meer in de keten dan een patiënt die wel direct op de goede plek terecht komt. Daarom zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Hierbij wordt gekeken naar de bewegingen van patiënten tussen de verschillende echelons in de keten.

- **POH-GGZ.** Er is gekeken naar het aantal patiënten dat vanuit de POH-GGZ via een ander echelon in de GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ terecht is gekomen. Bij deze patiënten heeft geen matched care plaatsgevonden. Van het aantal patiënten dat minimaal één consult had bij de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2014, had 1,7% binnen 180 dagen ook een product geopend in de GB-GGZ én in de gespecialiseerde GGZ. Dit is mogelijk een onderschatting, omdat voor de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ alleen zorg bekend is die geleverd is door de betrokken aanbieders. In de volgende rapportages wordt gekeken of het percentage stijgt als een langere periode vooruit gekeken wordt.

Er lijken verschillen te bestaan tussen wel/niet gedetacheerde POH's-GGZ bij de vraag van wie de instelling zijn verwijzingen krijgt. Instellingen krijgen meer verwijzingen van huisartsen bij wie zij een POH-GGZ hebben gedetacheerd, dan van huisartsen met een POH-GGZ, maar zonder detachering bij de betreffende aanbieder. Of het verschil in percentages marktaandeel een indicatie is voor een oneigenlijke voorkeur voor de aanbieder waar vanuit de POH-GGZ gedetacheerd is, kan hieruit niet afgeleid worden: de gegevens van de andere dan betrokken aanbieders ontbreken nog, er is niet te constateren of de

### Patiëntenstromen

verwijsvoorkeur zonder gedetacheerde POH-GGZ anders zou zijn geweest (marktaandeel kan historisch al groot zijn, een gedetacheerde POH-GGZ kent het achterliggende veld goed) en ook bepaalt de cliënt uiteindelijk zelf naar welke aanbieder hij gaat.

- **GB-GGZ.** Er is gekeken naar het aantal patiënten dat na een product bij de GB-GGZ zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ en vervolgens toch weer zorg heeft ontvangen in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Voor 1,3% van de patiënten voor wie een product in de GB-GGZ is gesloten én waarvoor daarna minimaal één consult gedeclareerd is bij de POH-GGZ, is er vervolgens (weer) een product geopend in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ.

Zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014, is 99% van de patiënten voor wie een product geopend is in de GB-GGZ verwezen door de huisarts.

# Samenvatting

## Beoogde doelen behaald: kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de kwaliteit gewaarborgd is.

Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt inzichtelijk gemaakt door:

- Patiëntenstromen
- Verdeling van producten
- Wijzigingen van producten per patiënt

### Patiëntenstromen

- **Gespecialiseerde GGZ.** Er is gekeken is naar het aantal patiënten dat na gespecialiseerde GGZ zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ of de GB-GGZ, en of zij vervolgens toch weer zorg hebben ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Van de patiënten voor wie een product in de gespecialiseerde GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, krijgt 0,4% binnen 180 dagen vervolgzorg via één van de volgende routes:
  1. POH-GGZ (minimaal 1 consult) – GB-GGZ
  2. POH-GGZ (minimaal 1 consult) – gespecialiseerde GGZ
  3. GB-GGZ – gespecialiseerde GGZ.

De meerderheid van de patiënten (67%) voor wie een product is geopend in de gespecialiseerde GGZ in het tweede halfjaar van 2014, ontving in het voorgaande halfjaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ. Een gedeelte van de patiënten was in het voorgaande halfjaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders (27%) en een klein deel ontving alleen zorg bij de POH-GGZ (4%). Bij de categorie 'niet in zorg' dient rekening gehouden te worden met het feit dat alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders bij ons bekend is.

Het grootste deel van de patiënten wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door medisch specialisten (psychiaters), psychologische hulpverleners (psychologen) en psychotherapeuten. Het hoge percentage verwijzingen door deze groep wordt mogelijk verklaard doordat behandelaren binnen een instelling als verwijzer worden aangegeven bij het openen van een vervolg-DBC. Ook wordt een grote groep patiënten door de huisarts verwezen.

### Verdeling van producten en wijzigingen van producten

De onderstaande resultaten gaan specifiek in op de echelons GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

- **GB-GGZ.** Het product Intensief wordt relatief het meest ingezet door de betrokken aanbieders, gevolgd door Chronisch. Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt een iets ander beeld. Hier komt het product Middel juist het meest voor. Chronisch is daarentegen nauwelijks te zien in de vrijgevestigde praktijken. Als het eerste en tweede halfjaar van 2014 met elkaar vergeleken worden, valt op dat het aandeel van producten Kort en Transitieproducten kleiner wordt, en het aandeel producten Intensief en Chronisch toeneemt. Dit is conform verwachting. Het product Kort wordt relatief gezien het vaakst gewijzigd (het product wordt anders afgesloten dan verwacht). 42% van de producten die verwacht Kort waren, zijn anders gesloten, waarbij de producten het vaakst als Transitieproducten gesloten worden.

Van de patiënten die in de GB-GGZ een product hadden, is bij afsluiting bij een klein deel als afsluitreden aangegeven dat de patiënt te licht dan wel te zwaar was. Dit is een indicatie voor het niet direct naar het juiste echelon doorverwijzen van de patiënt. Het merendeel betrof transitieproducten.

De spreiding van het aantal minuten per product is het grootst voor de producten Chronisch. Mogelijk komt dit doordat er veel variatie zit in de doelgroep waarvoor dit type product ingezet wordt. Het gemiddeld aantal minuten per product is in het eerste en tweede halfjaar van 2014 vergelijkbaar. Alleen het gemiddeld aantal minuten voor producten Intensief is in het tweede halfjaar van 2014 (gemiddeld 570 minuten) lager dan in het eerste halfjaar (gemiddeld 640 minuten).

- **S-GGZ.** Zowel het percentage patiënten met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) < 800 minuten als het percentage patiënten met een diagnostiek DBC ligt in 2014 lager dan in voorgaande jaren. Het is nog te vroeg om conclusies te trekken.

# Samenvatting

## Beoogde doelen behaald: Betaalbaarheid

Een ander doel van de GB-GGZ is een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichterbij huis.

Betaalbaarheid wordt onder andere inzichtelijk gemaakt door:

- Behandelkosten (totaal en pp)
- Medicatiekosten (totaal en pp)
- Aantal minuten per product *(besproken onder verdeling van producten en wijzigingen van producten)*
- Aantal patiënten in elk echelon *(besproken onder aantal patiënten)*
- Verplaatsing van patiënten door het systeem *(besproken onder patiëntenstromen)*

### Behandelkosten per patiënt

- **POH-GGZ.** De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn in de afgelopen jaren gestegen. Dat wordt veroorzaakt doordat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ (en daar een inschrijftarief voor declareert) harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ.
- **GB-GGZ.** Bij patiënten met een GB-GGZ product liggen de gemiddelde behandelkosten hoger dan bij patiënten met een EPZ product. Dit kan verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door toename van zorgverlening door de POH-GGZ voor vooral lichtere patiëntengroepen. Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur. Ook tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging zichtbaar.
- **Gespecialiseerde GGZ.** De behandelkosten per patiënt binnen de gespecialiseerde GGZ liggen hoger dan voorheen in de 2<sup>e</sup> lijn, wat (deels) verklaard kan worden door de gemiddeld zwaardere doelgroep (door substitutie van patiënten van de voormalig 2<sup>e</sup> lijn naar de GB-GGZ). Er is een stijging van behandelkosten per patiënt zichtbaar tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014.

### Totale behandelkosten

- **POH-GGZ.** In lijn met de hogere patiënten aantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger dan in voorgaande jaren. Daarnaast zijn de totale kosten voor het inschrijftarief van de POH-GGZ tussen 2011 en 2014 gestegen. Dit kan mogelijk verklaard worden door een toename van het aantal POH's-GGZ en door een stijging van het inschrijftarief.
- **GB-GGZ.** 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. Voor het eerste en tweede halfjaar van 2014 zijn de behandelkosten in de GB-GGZ vergelijkbaar. Uit de enquête onder vrijgevestigde behandelaren blijkt alleen een lichte stijging tussen omzet in 2013 in EPZ en omzet in 2014 in GB-GGZ. Een mogelijke verklaring is dat de groep vrijgevestigden in 2013 relatief meer zorg bood in de EPZ dan de betrokken aanbieders.
- **Gespecialiseerde GGZ.** De totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's licht gedaald ten opzichte van 2013. In het tweede halfjaar van 2014 lijken de kosten gestegen. Mogelijke verklaringen zijn gemiddeld duurdere patiënten in de gespecialiseerde GGZ door substitutie (waarbij het aantal patiënten minder snel daalde dan de gemiddelde kosten per patiënt stegen) en gestegen tarieven. Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt ook een stijging te zien in omzet in de gespecialiseerde GGZ in 2014 ten opzichte van de 2e lijn in 2013.

# Samenvatting

## Beoogde doelen behaald: Betaalbaarheid

De monitor geeft ook inzicht in de werkzaamheid van de POH GGZ, d.m.v.:

- Aantal huisartsen met POH-GGZ
- GGZ zorg geleverd door de huisarts
- GGZ zorg geleverd door de POH
- Verwijzing vanuit huisartsen met/zonder POH-GGZ *(besproken onder patiëntenstromen POH-GGZ)*

In volgende rapportages van de monitor wordt dit inzicht in de werkzaamheid van de POH GGZ aangevuld door middel van kwalitatief onderzoek.

### Medicatiekosten

In de totale medicatiekosten bij de betrokken aanbieders in de regio's is geen trend zichtbaar. De grootste kostenpost van medicatie in de regio wordt gevormd door patiënten die wel GGZ medicatie gebruiken, maar geen behandeling ontvangen bij één van de betrokken aanbieders. Deze groep patiënten ontvangt mogelijk wel behandeling bij andere aanbieders of bij de huisarts. De kosten zijn in het eerste halfjaar van 2014 €5,9 miljoen (64% van totale medicatiekosten) en in het tweede halfjaar van 2014 €6,8 miljoen (63% van totale medicatiekosten).

- **POH-GGZ.** Over de afgelopen jaren en tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een flinke stijging te zien van de medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ. De stijgende trend is te verklaren door een stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ en een stijging van de medicatiekosten per patiënt. Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ is stabiel.
- **GB-GGZ.** De totale medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013. Ook tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging zichtbaar. De resultaten zijn in lijn met het toegenomen aantal patiënten in GB-GGZ bij de betrokken aanbieders. Het percentage patiënten met medicatie is in de GB-GGZ hoger dan in de EPZ, terwijl de kosten per patiënt licht gedaald zijn.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Het percentage patiënten met medicatie in 2014 is licht gestegen ten opzichte van de 2<sup>e</sup> lijn (voor 2014), maar de kosten per patiënt zijn gedaald. In de tweede helft van 2014 liggen de totale medicatiekosten en medicatiekosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ veel hoger dan in de eerste helft van 2014. Dit hangt samen met een stijging van het percentage patiënten dat medicatie ontvangt in de gespecialiseerde GGZ en de sterke stijging van medicatiekosten per patiënt.

### POH-GGZ in huisartsenpraktijk

- **Aantal POH-GGZ.** Het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is op landelijk niveau gestegen naar 77% in het tweede halfjaar van 2014.
- **Inzet huisarts.** In de huisartsenpraktijk is een constant beeld te zien van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld "angstig gevoel"), psychische stoornissen (bijvoorbeeld "angststoornis") en voor sociale problemen (bijvoorbeeld "relatieprobleem").
- **Inzet POH-GGZ.** Bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is tussen 2011 en 2014 een toename te zien van het percentage patiënten dat de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen. Het aantal unieke patiënten dat de huisarts en/of de POH-GGZ bezocht is tussen 2011 en 2012 gestegen, en is vanaf 2012 tot en met 2014 stabiel.



# Inhoudsopgave

## Contactpersonen vanuit KPMG Plexus zijn:

### Joost Kruytzer

Partner KPMG Plexus

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

### Karin Lemmens

Senior manager KPMG Plexus

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

### Gwendy Bos

Adviseur KPMG Plexus

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

### Lieke Ruigrok

Adviseur KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 21274165  
[ruigrok.lieke@kpmgplexus.nl](mailto:ruigrok.lieke@kpmgplexus.nl)

Deze opdracht voert KPMG  
Plexus uit in samenwerking met  
Vektis.

	Pagina		Pagina
<b>Samenvatting</b>	<b>2</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>56</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>10</b>	1. Geformuleerde vragen door VWS	57
1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer	10	2. Overzicht indicatoren	59
1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem	11	3. Toelichting op kwantitatieve data	61
<b>2. Aanpak</b>	<b>12</b>	4. Regio afbakening	64
2.1 Globale beschrijving van de aanpak	12	5. Achtergronden data analyse	65
2.2 Inhoudelijk model	14	6. Gebruikte coderingen	68
<b>3. Bevindingen</b>	<b>15</b>	7. Onderzoek vrijgevestigde aanbieders	74
3.1 Overzicht bevindingen	15	8. Gehanteerde afkortingen	77
3.2 Bevindingen op totaalniveau	16		
3.3 Patiëntstromen tussen echelons	35		
3.4 Bevindingen per echelon	43		

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer

*\* De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ. De hele keten is in beweging, zoals de versterking van de huisartsenzorg (inclusief de POH-GGZ), toename van zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-mental health (EMH). In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis.*

### 1.1.1 Aanleiding

De 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 in de gespecialiseerde (2<sup>e</sup> lijns) GGZ terechtkwamen. Daarnaast keerden mensen na behandeling te langzaam terug naar de 1<sup>e</sup> lijn (huisarts, POH of EPZ). Hierdoor was 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 kwamen.

Per 2014 is de GB-GGZ ingevoerd\*. Deze introductie heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. 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 stelselwijzing in de GGZ goed te volgen. De opdracht kan worden samengevat als: *Het opzetten van de 'Monitoring effecten Generalistische Basis GGZ (monitor) die zich richt op de volgende elementen:*

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de GB-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 kwantitatieve bevindingen uit drie regio's over het eerste en tweede halfjaar van 2014, in vergelijking met het eerste en tweede halfjaar van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013. In hoofdstuk 2 beschrijven we beknopt de aanpak. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag of doelen van de GB-GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ ervaren wordt. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in bijlage 8.

# 1. Inleiding

## 1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

### 1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

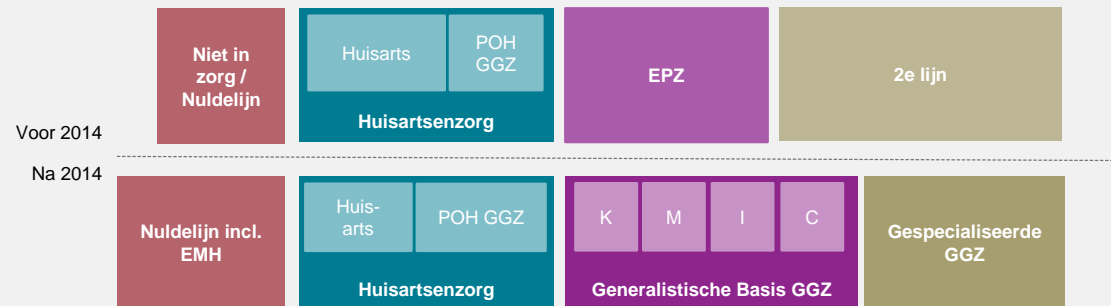
Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons (zie onderstaande figuur):

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, dat wil zeggen dat er verschillende e-mental health (EMH) modules worden 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 na de introductie van de GB-GGZ op volle kracht en levert een deel van de zorg voor patiënten die voorheen in de EPZ werden behandeld.
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2<sup>e</sup> lijns GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in 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 2<sup>e</sup> lijn naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

Vanwege bovenstaande verschuivingen zijn EPZ en 2<sup>e</sup> lijn niet één-op-één vergelijkbaar met GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

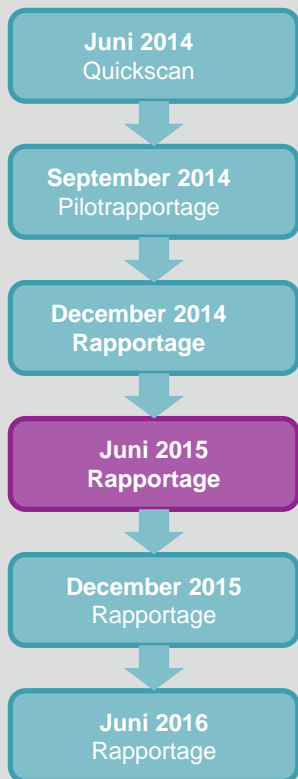


*De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.*

\* 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 Monitor: rapportage juni 2015

Aangezien we veel veranderingen in het veld verwachten en het enige tijd vergt voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten zichtbaar worden, verschijnt halfjaarlijks de monitor die de ontwikkelingen van de invoering van de GB-GGZ volgt. In deze rapportage presenteren we de kwantitatieve bevindingen over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en vergelijken deze met 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013.

In elke rapportage wordt het beeld verder geactualiseerd en aangevuld om de meest recente observaties te kunnen doen. Zo zijn de cijfers uit de rapportage van december 2014 verwerkt in de huidige resultaten die bovendien verder geactualiseerd zijn.

#### 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 bij betrokken zorgaanbieders 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 en de regioafbakening is te vinden in respectievelijk bijlage 3 en 4.

##### 2.1.2.1 Kwantitatief onderzoek levert indicatoren

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op beschikbare data van Vektis en data aangeleverd door betrokken aanbieders in de regio's. Hieruit zijn 23 indicatoren berekend (zie bijlage 2). In de vorige rapportages zijn 14 indicatoren berekend. Aan de huidige rapportage zijn indicatoren toegevoegd die de patiëntenstromen in kaart brengen. De indicatoren omtrent patiëntenstromen zijn tijdens het huidige meetmoment voor het eerst berekend en worden in deze rapportage voor het eerst weergegeven. Voor enkele indicatoren bleek de periode van januari tot en met december 2014 te kort om een goed beeld van patiëntenstromen te geven. Deze indicatoren worden niet in een figuur weergegeven. De resultaten worden wel in de tekst beschreven.

In volgende rapportages worden de 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 vollediger.

## 2. Aanpak

### 2.1 Globale beschrijving van de aanpak

Bij interpretatie van de indicatoren zijn de onderstaande aandachtspunten van belang (zie verder bijlagen 3 en 5).

- Om data van vrijgevestigde behandelaren toe te voegen aan de monitor, hebben we een enquête uitgezet onder leden van de branchevereniging Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) in de drie regio's. Gezien de lage respons (12%) hebben we in overleg met de LVVP besloten om de bevindingen van het aanvullende onderzoek ten aanzien van de vrijgevestigden kwalitatief te beschrijven. Door de lage respons kunnen er geen kwantitatieve uitspraken gedaan worden op basis van het onderzoek. Zie bijlage 7 voor een uitgebreide beschrijving van de aanpak en resultaten van deze enquête.
- De figuren tonen gegevens van de drie regio's gezamenlijk. De indicatoren zijn ook bepaald per regio. Waar er grote verschillen tussen de regio's zichtbaar zijn, wordt dit in de tekst beschreven.
- 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 de tekst beschreven.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende halfjaar een zorgproduct geopend is, openstond of afgesloten is (afhankelijk van de indicator). Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half februari 2015 (# 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. Vanuit Nivel Zorgregistraties eerste lijn is wel een separate analyse opgenomen over patiënten met psychische problematiek bij de huisarts.

#### *2.1.2.2 Kwalitatief onderzoek in de vorm van focusgroepen en interviews*

Halfjaarlijks verschijnt de monitor GB-GGZ. Voor iedere rapportage wordt kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Kwalitatief onderzoek wordt eens per jaar uitgevoerd. Dit betekent dat voor de huidige rapportage geen kwalitatief onderzoek uitgevoerd is, daarmee bevat deze rapportage dan ook geen bevindingen van kwalitatief onderzoek. De volgende ronde van kwalitatief onderzoek vindt in het najaar van 2015 plaats en de bevindingen worden gerapporteerd in de monitor die in december 2015 verschijnt.

## 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 invoering GB-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)
  - 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.



## 3. Bevindingen

### 3.1 Overzicht bevindingen

#### 3.1.1 Overzicht bevindingen

De bevindingen op totaalniveau staan beschreven in de samenvatting op pagina 2-5.

#### 3.1.2 Leeswijzer hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen vanuit het kwantitatieve onderzoek. De resultaten zijn besproken in de klankbordgroep Basis GGZ van VWS. 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.

Paragraaf 3.3 gaat in op de verschuivingen tussen echelons en bevat informatie over: het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee echelons na een consult bij de POH-GGZ, verwijzing door huisartsen met een POH-GGZ, echelons waarin patiënten die zorg ontvangen in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ voorheen zorg ontvingen, het type aanbieder van waaruit patiënten verwezen worden en het percentage patiënten dat na het sluiten van een product in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ opnieuw zorg ontvangt.

In paragraaf 3.4 presenteren we de bevindingen per echelon: huisartsenzorg inclusief POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

#### Interpretatie van de kwantitatieve bevindingen

De kwantitatieve gegevens zijn beschikbaar over het eerste en tweede halfjaar van 2014. Deze worden vergeleken met het eerste en tweede halfjaar van de jaren van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013 (zie schema). Door de lage respons zijn de gegevens van de vrijgevestigde behandelaren niet meegenomen in het kwantitatieve onderzoek en alleen beschrijvend weergegeven. Doordat er nog maar een beperkte dataset beschikbaar is:

- kunnen geen uitspraken gedaan worden over trends op landelijk niveau. De resultaten hebben alleen betrekking op de betrokken aanbieders (instellingen) bij de monitor;
- kunnen verschuivingen tussen de echelons in het nieuwe stelsel nog niet voor alle indicatoren worden weergegeven in figuren: een jaar is voor enkele indicatoren te kort om resultaten in kaart te brengen.

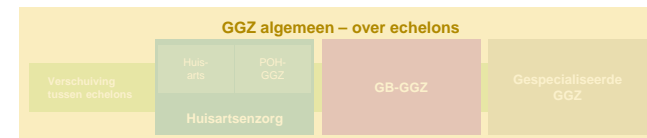
De monitor brengt de effecten van de invoering GB-GGZ halfjaarlijks in kaart om de werking van het stelsel in de praktijk en waar nodig het stelsel verder te onderzoeken of zelfs bij te sturen. Dit beeld ontwikkelt zich geleidelijk en wordt in de loop der tijd steeds vollediger. Vanaf het moment dat landelijke cijfers beschikbaar zijn, zullen we deze toevoegen aan de rapportage. Op basis van deze rapportage kunnen slechts beperkt 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 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> halfjaar 2011 - 2013	1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> halfjaar 2014
Huisarts incl. POH	Huisarts incl. POH
EPZ	GB-GGZ
2e lijn	Gespec. GGZ

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



**Definitie:** het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product (bij GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode. Het echelon gespecialiseerde GGZ bevat ook DBC's die geopend zijn voor 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2<sup>e</sup> lijn.

Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan, is het niet mogelijk om aantal patiënten te bepalen voor 2011.

**Toelichting stippellijn:**

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

### 3.2.1 Aantal patiënten per echelon

- Bij de indicatoren die betrekking hebben op de verdeling over de echelons, is voor de POH-GGZ alle zorg geleverd aan inwoners binnen de regio's weergegeven. Voor de echelons EPZ, GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ is zorg geleverd door 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.
- Onderstaande figuur toont het aantal patiënten in zorg per echelon per halfjaar van 2012 tot 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Hierbij geldt dat als een patiënt in meerdere echelons zorg heeft genoten, alleen de zorg in het zwaarste echelon 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) is in 2014 toegenomen ten opzichte van de jaren ervoor. Dit beeld komt 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<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ dan ligt dat in 2014 lager dan in 2012 en 2013.
- Als het eerste en het tweede halfjaar van 2014 met elkaar vergeleken worden, is een stijging te zien in het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ en de GB-GGZ. In de gespecialiseerde GGZ is een daling van het aantal patiënten zichtbaar.
- Voor de doelgroep <18 jaar is het beeld iets anders en is het totaal aantal patiënten (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) juist licht gedaald in 2014. Dit geldt ook voor het totaal aan patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ bij de populatie <18 jaar.
- Uit de enquête onder vrijgevestigde behandelaren komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Het totaal aantal patiënten in zorg (EPZ/GB-GGZ en 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ) is bij hen ook licht gedaald in 2014 ten opzichte van 2013. Deze daling is met name te zien bij de 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ. De grote stijging tussen EPZ en GB-GGZ is niet zichtbaar in de resultaten van de enquête. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vrijgevestigde behandelaren in verhouding meer EPZ boden dan de betrokken aanbieders (instellingen).

### Aantal patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

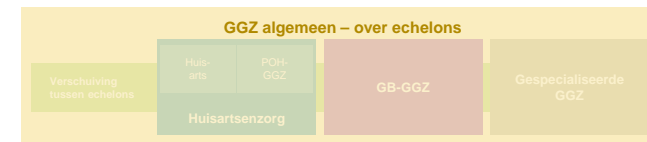
	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	4.728		1.299		44.885	
Jul-dec 2012	5.730		1.077		42.132	
Jan-jun 2013	7.783		1.083		41.941	
Jul-dec 2013	9.817		963		41.416	
Jan-jun 2014		18.006		2.938		37.775
Jul-dec 2014		20.577		4.862		34.862

Nog geen landelijk beeld



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.1.1 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ

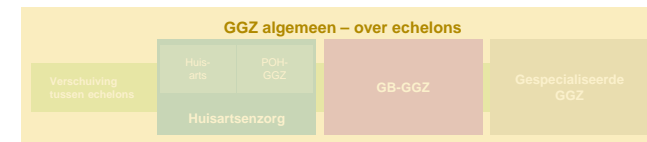
- Op basis van de beschikbare declaratiedata hebben we alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's in beeld. Hierbij geldt dat het tweede halfjaar van 2014 nog niet volledig uitgedeclareerd is. Hier is dus nog een onderschatting te zien. De volgende rapportage geeft een volledig beeld van deze periode.
- De tabel laat zien dat het gebruik van de POH-GGZ hoger ligt in 2014 dan in de voorgaande jaren. Ook tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in het aantal patiënten bij de POH-GGZ. Dit valt te verklaren door de stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie 3.4.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt. Deze cijfers laten een toename zien van zorg geleverd door de POH-GGZ. Naast substitutie vanuit andere echelons kan ook het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg waren hiervoor een verklaring zijn.
- Over alle verslagperioden heen is een stabiel beeld te zien van dubbeling met andere echelons (gelijktijdig of achtereenvolgens): 11,5% van POH-GGZ patiënten heeft in hetzelfde halfjaar ook zorg ontvangen in de EPZ of 2<sup>e</sup> lijn (2013 en eerder) of bij GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ (2014) bij de betrokken aanbieders. Mogelijk ligt in werkelijkheid dit percentage iets hoger, omdat de data ontbreekt van vrijgevestigde praktijken die actief zijn in de betreffende regio's.

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

- Het aantal patiënten in 2014 in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders is een stuk hoger dan het aantal patiënten dat voor 2014 een EPZ prestatie had bij de betrokken aanbieders, maar dit kan een vertekening zijn, doordat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden vóór 2014. Een deel van de patiënten dat voor 2014 in de 2<sup>e</sup> lijn zorg ontving, ontvangt nu mogelijk zorg in de GB-GGZ. De afspraken die aanbieders met zorgverzekeraars hebben gemaakt over substitutie, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een andere mogelijk verklaring is dat alleen zorg geleverd in het zwaarste echelon is meegeteld. In bijlage 5 is te zien dat in het eerste en tweede halfjaar van 2013 respectievelijk 51% en 45% van de patiënten in EPZ niet is meegeteld, omdat zij ook zorg ontvingen in de 2<sup>e</sup> lijn. In de GB-GGZ is in het eerste en tweede halfjaar van 2014 respectievelijk 30% en 22% van de patiënten niet meegeteld, omdat zij ook zorg ontvingen in de gespecialiseerde GGZ.
- Ook tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien van het aantal patiënten dat GB-GGZ ontvangt bij de betrokken aanbieders. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is een ingroeieffect, omdat naar verwachting producten in de GB-GGZ langer openstaan en patiënten dus langer in zorg zijn dan voorheen in de EPZ.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau

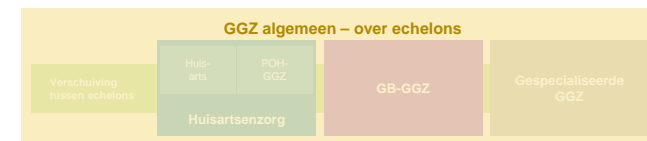


### 3.2.1.3 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Aan de rechterkant van het spectrum wordt zichtbaar dat er minder patiënten zijn met een DBC in de gespecialiseerde GGZ dan er in het verleden patiënten waren met een DBC in de 2<sup>e</sup> lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is ook een daling te zien van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ bij de betrokken aanbieders. Het aantal patiënten in de GB-GGZ neemt juist toe. Mogelijk wordt dit verklaard door verdere substitutie van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ. Dit zou aansluiten bij één van de doelen van de introductie van de GB-GGZ, dat de patiënten met minder complexe zorg die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn verwezen werden, vanaf 2014 gebruik zouden gaan maken van de GB-GGZ.

# 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. De gegevens kunnen nog niet naar landelijk niveau geëxtrapoleerd worden, hierdoor kan geen uitspraak gedaan worden over de totale landelijke behandelkosten en kan 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 patiëntenaantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger: € 1.077k in het eerste halfjaar en € 1.158K in het tweede halfjaar.
- De behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ stegen in het eerste halfjaar van 2014, maar daalden weer in het tweede halfjaar (zie 3.2.4.1). Het is daarom aannemelijk dat de toename in totale behandelkosten volledig veroorzaakt is door de hogere patiëntenaantallen (zie 3.2.1.1).
- Voor de populatie <18 jaar is het beeld vóór 2014 en na 2014 vergelijkbaar met volwassenen. Wel lijken de behandelkosten bij de POH-GGZ gedaald in het tweede halfjaar ten opzichte van het eerste halfjaar. Een volgende rapportage kan hiervan een vollediger beeld schetsen.

#### Totale behandelkosten bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerd GGZ
Jan-jun 2011	€ 248k		€ 716k		€ 116m	
Jul-dec 2011	€ 223k		€ 580k		€ 117m	
Jan-jun 2012	€ 270k		€ 326k		€ 97m	
Jul-dec 2012	€ 308k		€ 259k		€ 104m	
Jan-jun 2013	€ 430k		€ 654k		€ 114m	
Jul-dec 2013	€ 550k		€ 491k		€ 110m	
Jan-jun 2014		€ 1077k		€ 3168k		€ 103m
Jun-dec 2014		€ 1158k		€ 3185k		€ 126m

Nog geen landelijk beeld

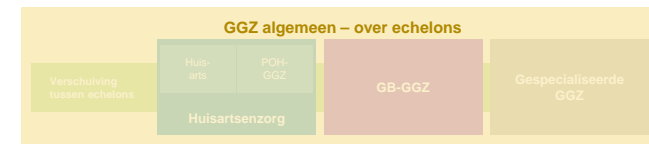
**Algemene definitie:** Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten.

**Definitie behandelkosten huisartsenzorg:** Hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief zijn niet meegenomen in de behandelkosten en worden apart behandeld in 3.2.2.2.

**Toelichting stippellijn:** Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn of meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.2.2 Kosten inschrijftarief POH-GGZ

- Tussen 2011 en 2014 zijn de totale kosten voor het inschrijftarief van de POH-GGZ gestegen. Een verklaring is de toename van het aantal POH's-GGZ in Nederland. Een andere verklaring is een stijging van het inschrijftarief dat per patiënt berekend mag worden. In 2013 bedroeg het inschrijftarief maximaal € 1,97 per ingeschreven verzekerde per kwartaal, terwijl in 2014 dit tarief gestegen is naar € 2,73 per ingeschreven verzekerde per kwartaal\*.
- Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor EMH en consultatieve raadpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken samen af welk deel van het inschrijftarief wordt ingezet voor deze functies\*\*.

**Definitie inschrijftarief POH-GGZ:** het inschrijftarief POH-GGZ is het tarief dat een huisarts per ingeschreven verzekerde per kwartaal mag declareren voor het toegang bieden tot een POH-GGZ. Het inschrijftarief voor de POH-GGZ is onderdeel van de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg. De kosten zijn echter niet meegenomen in de figuur in 3.2.2.1, omdat de kosten voor het inschrijftarief rechtstreeks samenhangen met de toename van het aantal POH's-GGZ. Het meenemen van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ zou de trend in behandelkosten verstoren.

\* Tariefbeschikkingen huisartsenzorg Nza 2013 en 2014.

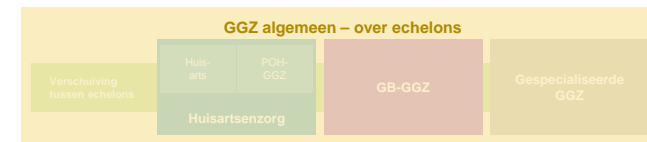
\*\* Bron: Nza (2013). Tarieven en prestaties huisartsenzorg 2014.

**Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ**



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



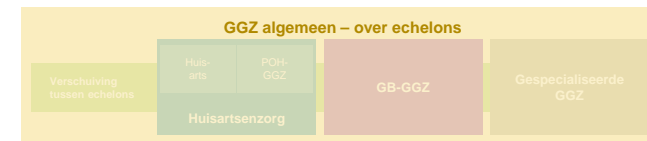
### 3.2.2.3 Totale behandelkosten bij de betrokken aanbieders in de regio's: EPZ/ GB-GGZ

- De totale behandelkosten bij de GB-GGZ in 2014 zijn bij de betrokken aanbieders hoger dan de EPZ-kosten in hetzelfde halfjaar in 2013 bij deze aanbieders.
  - Een gedeelte van dit verschil is te verklaren doordat de betrokken aanbieders voornamelijk 2<sup>e</sup> lijns aanbieders waren in 2013 en dus een relatief klein deel aan EPZ zorg boden.
  - De grotere patiëntenpopulatie 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).
- De behandelkosten in de GB-GGZ zijn stabiel over het eerste en tweede halfjaar van 2014. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is toegenomen (zie 3.2.1.2) en ook de kosten per patiënt zijn toegenomen (zie 3.2.4.2). Een verklaring ligt in de definitie van beide indicatoren: het aantal patiënten toont alle patiënten die zorg ontvangen in de GB-GGZ, terwijl de kosten worden toegewezen aan de periode waarin het product geopend is.
- Voor de populatie <18 jaar lijken de behandelkosten in het tweede halfjaar gestegen ten opzichte van het eerste halfjaar 2014. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgaanbieders een behandeling hebben afgerond en/ of een product hebben gesloten voor de decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten per 1 januari 2015. Aangezien een gedeelte van de kosten gebaseerd is op een inschatting van nog openstaande producten, kan een volgende rapportage hiervan een vollediger beeld geven.
- Uit de enquête onder vrijgevestigde behandelaren blijkt een minder groot verschil tussen omzet in 2013 in EPZ en omzet in 2014 in GB-GGZ. Er is een lichte stijging van omzet te zien. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vrijgevestigde behandelaren in verhouding meer EPZ boden dan de betrokken aanbieders (instellingen).

**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.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.2.4 Totale behandelkosten bij de betrokken aanbieders in de regio's: 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's licht gedaald ten opzichte van 2013.
  - De behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ lijken fors gestegen tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ is juist afgenomen (zie 3.2.1). De gemiddelde behandelkosten per patiënt zijn gestegen (zie 3.2.4.3). Mogelijke verklaringen voor de stijging in totale behandelkosten zijn:
    - Uitgestelde verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ. Tussen 2013 en het eerste halfjaar van 2014 is een daling te zien in de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ. In het tweede halfjaar van 2014 stijgen de kosten weer. Een vergelijkbare trend is zichtbaar in het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ (zie 3.2.3.3). Dit kan wijzen op uitstel van verwijzing van patiënten naar de gespecialiseerde GGZ.
    - De patiënten met zwaardere problematiek blijven in de gespecialiseerde GGZ. Aan patiënten met zwaardere problematiek zijn over het algemeen hogere kosten verbonden.
    - Door extramuralisering zijn mogelijk patiënten die zorg ontvingen gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingestroomd in zorg gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze patiënten worden mogelijk behandeld in de gespecialiseerde GGZ.
    - 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\*.
    - De kosten voor nog openstaande producten in de 2e lijn en de gespecialiseerde GGZ zijn geëxtrapoleerd. Omdat de extrapolatie voor het eerste halfjaar van 2014 betrouwbaar lijkt, verwachten we niet dat de extrapolatie een groot deel van de kostenstijging verklaart.
- Met het sluiten van meer producten in de periode, worden de kosten steeds vollediger. Het beeld ontwikkelt zich verder in de komende rapportage.
- Voor de populatie <18 jaar lijken de behandelkosten in het tweede halfjaar van 2014 gestegen ten opzichte van het eerste halfjaar. Aangezien een gedeelte van de kosten gebaseerd is op een inschatting van nog openstaande producten, kan een volgende rapportage hierin een vollediger beeld geven.
  - Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt ook een stijging in omzet in de gespecialiseerde GGZ in 2014 ten opzichte van de 2e lijn in 2013.

#### Definitie behandelkosten 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ:

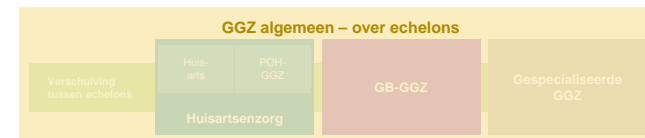
Hieronder vallen kosten van zowel klinische als ambulante behandeling in de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ.

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

\* 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 in alle echelons (POH-GGZ, EPZ/ GB-GGZ en 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ) lijkt te zijn toegenomen tussen 2012 en 2014. Dit beeld komt echter voort uit de toename van patiënten bij de POH-GGZ. Het totaal aantal nieuwe patiënten in de twee echelons GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 ongeveer gelijk aan het aantal nieuwe patiënten in de twee echelons EPZ én 2<sup>e</sup> lijn in de eerdere jaren.

Het beeld voor de populatie <18 jaar is voor deze indicator vergelijkbaar met het beeld voor de volwassen populatie.

#### 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 halfjaar van 2014 meer dan twee keer zo hoog als in het eerste en tweede halfjaar van 2013. Ook in de jaren ervoor is een stijging te zien, maar wel minder sterk. Dit sluit aan bij de bevinding dat het totaal aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ is gestegen (zie 3.2.1.1). Een verklaring hiervoor zit in de toename van het aantal huisartsen die toegang hebben tot een POH-GGZ (zie 3.4.1.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt. Ook deze cijfers wijzen op een toename van zorg geleverd door de POH-GGZ, mogelijk door substitutie vanuit andere echelons, maar ook door het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg waren.
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een lichte daling te zien van het aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ. De volgende rapportage kan een volledig beeld laten zien als meer declaratiedata van Vektis rondom POH-GGZ beschikbaar zijn.

#### Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.400		846		8.850	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.040	
Jan-jun 2013	5.622		781		9.024	
Jul-dec 2013	6.879		709		8.129	
Jan-jun 2014		14.192		2.526		6.162
Jun-dec 2014		13.688		2.293		6.495

Nog geen landelijk beeld

**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<sup>e</sup> lijns DBC in voorgaande jaar)

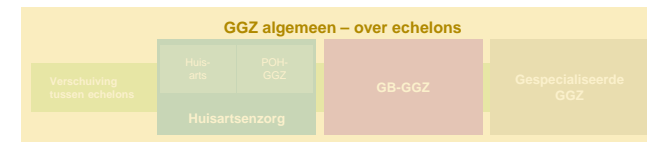
Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken, is het niet mogelijk om nieuwe patiënten te bepalen voor 2011.

#### Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

# 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 hetzelfde echelon bij de aanbieders in de regio's (bij GB geen EPZ product en/of 2<sup>e</sup> lijns DBC in voorgaande jaar)

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

- In de GB-GGZ zijn relatief veel nieuwe patiënten: 86% van de patiënten die in het eerste halfjaar van 2014 een GB-GGZ product hadden, ontvingen in het voorgaande jaar geen zorg in de EPZ en/of 2<sup>e</sup> lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's. In het tweede halfjaar van 2014 is dit percentage gedaald tot 47%.
- Het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ is vrij hoog.
  - Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de EPZ bij de betrokken aanbieders relatief klein was.
  - Een andere mogelijke verklaring is dat alleen zorg geleverd in het zwaarste echelon is meegeteld. In bijlage 5 is te zien dat in het eerste en tweede halfjaar van 2013 respectievelijk 51% en 45% van de patiënten in EPZ niet is meegeteld, omdat zij ook zorg ontvingen in de 2<sup>e</sup> lijn. In de GB-GGZ is in het eerste en tweede halfjaar van 2014 respectievelijk 30% en 22% van de patiënten niet meegeteld omdat zij ook zorg ontvingen in de gespecialiseerde GGZ.
- Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt geen verschil in aantal aanmeldingen (unieke patiënten die nieuw in zorg kwamen) in de EPZ in 2013 ten opzichte van het aantal aanmeldingen in 2014 in de GB-GGZ.

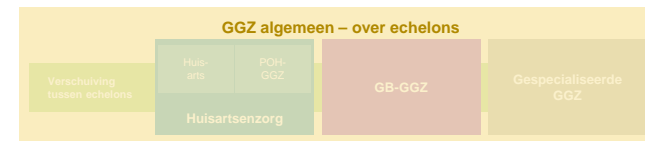
### 3.2.3.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de 2<sup>e</sup> lijns/ gespecialiseerde GGZ

- In de gespecialiseerde GGZ stroomde in het eerste halfjaar van 2014 6.162 patiënten in en in het tweede halfjaar van 2014 6.495. In de 2<sup>e</sup> lijn was dit in 2012 en 2013 hoger. Daarmee is er een terugloop van het aantal nieuwe patiënten in het zwaarste echelon. Dit sluit aan bij de lagere patiëntaantallen (zie 3.2.1).
- Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt een vergelijkbaar beeld. Ook hier is een terugloop te zien in het aantal aanmeldingen in 2014 in de gespecialiseerde GGZ ten opzichte van het aantal aanmeldingen in 2013 in de 2<sup>e</sup> lijn.



# 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. Op de volgende pagina zijn de indicatorwaarden in tabelvorm weergegeven. Bij de interpretatie zijn enkele algemene aspecten van belang:

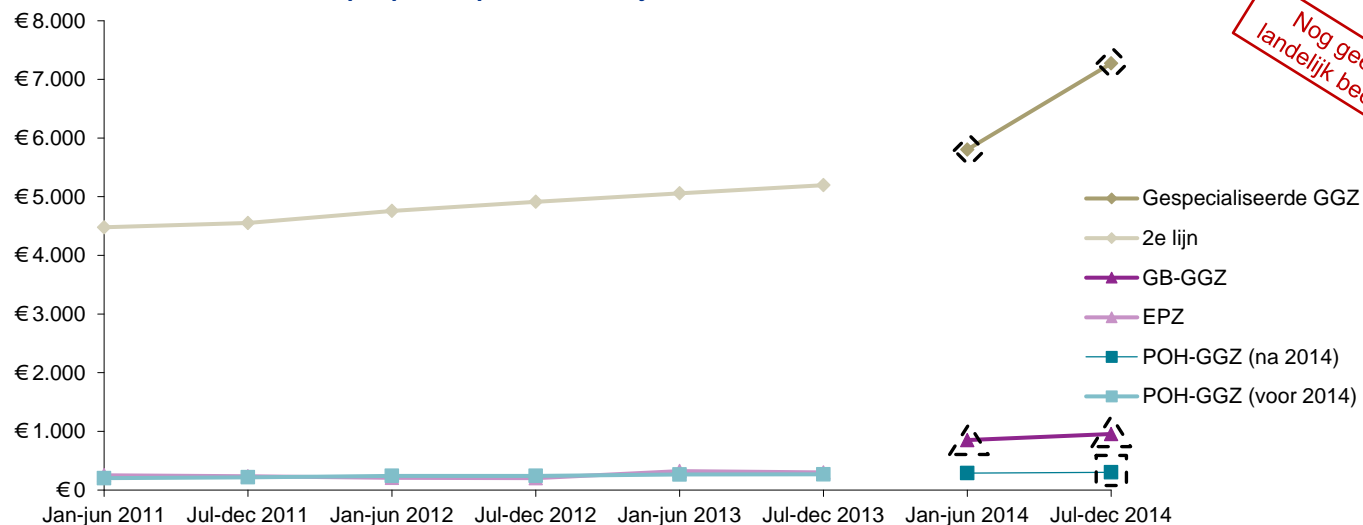
- Hogere tarieven per DBC of product (zie 3.2.2.3) hebben ook invloed op de behandelkosten per patiënt.
- De manier van registreren, bijvoorbeeld door parallelle DBC's, meerdere korte opeenvolgende DBC's of aanpassing in het beleid bij recidivering (of een DBC heropend wordt of een nieuwe vervolg DBC geopend wordt) hebben geen invloed op de behandelkosten per patiënt.
- Indien een patiënt zelf betaald heeft voor zijn behandeling zijn deze kosten niet bekend. Dit leidt tot een onderschatting van de behandelkosten per patiënt in de EPZ aangezien in dit echelon veel eigen betalingen werden gedaan. Vergoedingen vanuit een aanvullende verzekering zijn overigens wel opgenomen in de gemiddelde behandelkosten.

**Definitie:** onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico is niet afgetrokken van de behandelkosten.

#### Toelichting stippellijn:

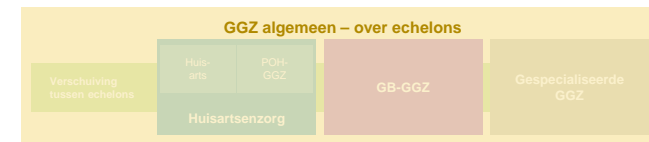
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders



# 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 in de afgelopen jaren gestegen. Dat wordt veroorzaakt doordat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ en daar een inschrijftarief voor declareert harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ. De kosten voor consulten (niet apart weergegeven in onderstaande tabel) waren tot 2014 stabiel over de verslagperiodes rond de €50 per patiënt per halfjaar. In het eerste halfjaar van 2014 stegen de kosten naar €55 per patiënt per halfjaar, maar in het tweede halfjaar daalden de kosten weer naar €51.
- Voor de doelgroep < 18 jaar zijn de gemiddelde kosten per patiënt bij de POH-GGZ veel hoger (rond €1100 per halfjaar). Dit komt door het feit dat relatief weinig jongeren gebruikmaken van de POH-GGZ en het inschrijftarief daarom verdeeld wordt over minder patiënten. De kosten voor POH-GGZ consulten zijn juist per patiënt iets lager dan bij volwassenen, rond €38 per patiënt per halfjaar.

### Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 201		€ 252		€ 4.479	
Jul-dec 2011	€ 217		€ 234		€ 4.552	
Jan-jun 2012	€ 241		€ 207		€ 4.757	
Jul-dec 2012	€ 241		€ 202		€ 4.914	
Jan-jun 2013	€ 265		€ 322		€ 5.057	
Jul-dec 2013	€ 267		€ 300		€ 5.197	
Jan-jun 2014		€ 288		€ 851		€ 5.803
Jun-dec 2014		€ 301		€ 955		€ 7.273

Nog geen landelijk beeld

**Definitie behandelkosten POH-GGZ:** hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ en de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevene, dus ook ingeschrevene die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt.

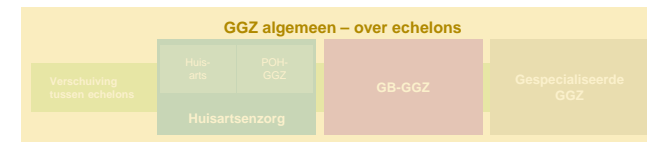
\* In 2013 kostte een gemiddeld EPZ consult €60. Dit is na aftrek van de eigen bijdrage van €20 per consult zoals deze gold voor de basisverzekering in 2013.

#### Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn of meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

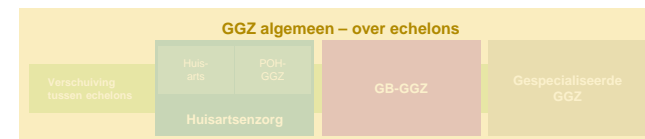
- De gemiddelde behandelkosten bij patiënten met een GB-GGZ product (€ 851 in het eerste halfjaar van 2014 en € 955 in het tweede halfjaar van 2014) zijn hoger dan bij patiënten met een EPZ product (€ 253 gemiddeld in de periode 2011 tot en met 2013).
  - Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door substitutie naar de POH-GGZ van de vooral lichtere patiëntengroepen.
  - Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur. 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, met uitzondering van patiënten die extra consulten vergoed kregen uit een aanvullende verzekering. De producten binnen de GB-GGZ bieden ruimte voor langere behandeling. De daarmee vastgestelde tarieven zijn daarom ook hoger (het product Kort kost al (maximaal) €454).
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in de kosten per patiënt in de GB-GGZ. Dit kan mogelijk verklaard worden door verdere substitutie van patiënten met zwaardere problematiek vanuit de gespecialiseerde GGZ. Dit is ook te zien in de productmix (zie 3.4.2.1), waarbij relatief gezien meer producten Intensief en Chronisch gedeclareerd worden. Op regionaal niveau geldt overigens dat voor één van de drie regio's de kosten in het tweede halfjaar juist lager lijken dan in het eerste halfjaar van 2014.
- In de volgende rapportage wordt gekeken of een trend zichtbaar wordt.

### 3.2.4.3 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij 2<sup>e</sup> lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Ook patiënten binnen de gespecialiseerde GGZ zijn duurder dan voorheen patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn.
  - Een mogelijke verklaring is dat als uit de 2<sup>e</sup> lijn de lichtere patiënten naar de GB-GGZ gesubstitueerd worden, de zwaardere (en dus duurdere) patiënten in de gespecialiseerde GGZ overblijven.
  - Tevens zijn de kosten bepaald op basis van extrapolatie, wat betekent dat nog sprake kan zijn van een overschatting. Omdat de extrapolatie voor het eerste halfjaar van 2014 betrouwbaar lijkt, verwachten we niet dat de extrapolatie een groot deel van de kostenstijging verklaart.
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in de behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ. Mogelijke verklaringen hiervoor komen overeen met de verklaringen voor de stijging van de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ (zie 3.2.2.4).
- Bij de gespecialiseerde GGZ zijn jeugdige patiënten goedkoper, maar de trend is vergelijkbaar (€3,6k in eerste halfjaar 2013 en €4,3k in eerste halfjaar 2014).
- In de volgende rapportage wordt gekeken of een trend zichtbaar wordt.

## 3. Bevindingen

### 3.2 Bevindingen op totaalniveau



#### 3.2.5 Totale medicatiekosten per echelon

Totale medicatiekosten zijn GGZ medicatiekosten (geselecteerde ATC, zie bijlage 6) voor patiënten in behandeling in het betreffende echelon, waarbij de patiënt is toegewezen aan het zwaarste echelon indien hij in meerdere echelons zorg ontvangt in dezelfde verslagperiode.

- De totale medicatiekosten bij de betrokken aanbieders in de regio's stijgen en dalen steeds iets over de jaren heen. Er is geen eenduidige trend zichtbaar.
- De grootste kostenpost van medicatie in de regio wordt gevormd door patiënten die wel GGZ medicatie gebruiken, maar geen behandeling ontvangen bij de betrokken aanbieders. Dit kunnen patiënten zijn die zorg ontvangen bij andere (vrijgevestigde) aanbieders of bij de huisarts (niet bij POH-GGZ) of patiënten die niet in zorg zijn in het betreffende halfjaar. De kosten zijn in het eerste halfjaar van 2014 €5,9 miljoen en in het tweede halfjaar van 2014 €6,8 miljoen. Dit is respectievelijk 64% en 63% van alle medicatiekosten van patiënten in de regio. Dit is niet weergegeven in de figuur, omdat het mogelijk is dat deze patiënten wel zorg in de GGZ ontvangen bij een andere aanbieder dan de aanbieders betrokken bij dit onderzoek.
- Ook voor de populatie <18 jaar zijn de totale medicatiekosten afgelopen jaren steeds iets gestegen en gedaald, waarbij geen eenduidige trend zichtbaar is. Bij deze populatie is ook het merendeel van de medicatiekosten van patiënten die wel medicatie ontvangen, maar geen behandeling krijgen bij de betrokken aanbieders (68% in het eerste en tweede halfjaar van 2014).

#### Totale medicatiekosten van patiënten in behandeling bij betrokken aanbieders

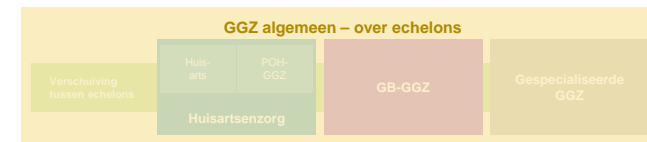
	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	€ 72k		€ 16k		€ 3,5m	
Jul-dec 2012	€ 76k		€ 11k		€ 3,2m	
Jan-jun 2013	€ 108k		€ 10k		€ 3,2m	
Jul-dec 2013	€ 135k		€ 10k		€ 3,3m	
Jan-jun 2014		€ 219k		€ 42k		€ 3,1m
Jun-dec 2014		€ 311k		€ 54k		€ 3,6m

Nog geen  
landelijk beeld

Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.5.1 Totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ

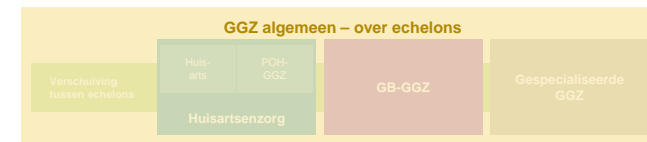
- De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1) werkt ook door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep.
- De totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ is flink gestegen afgelopen jaren. Deze stijging is te verklaren doordat er meer patiënten in behandeling zijn bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1.) en door een stijging in de medicatiekosten per patiënt in 2014 (zie 3.2.7.1). Het percentage patiënten dat medicatie gebruikt is wel stabiel gebleven (zie 3.2.6.1).
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een flinke stijging te zien van de medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ. Hoewel er tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 ook een stijging te zien is in het aantal patiënten bij de POH-GGZ, loopt deze niet evenredig met de stijging in de medicatiekosten. Een mogelijke verklaring is dat nog niet alle zorg geleverd door de POH-GGZ gedeclareerd is en het aantal patiënten nog een onderschatting is.
- In tegenstelling tot de 18+ populatie, zijn de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ voor de populatie <18 jaar tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 gedaald met 18%.

### 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 twee richtingen:
  - Hogere patiëntenaantallen (zie 3.2.1.2);
  - Van dit grotere aantal patiënten krijgt ook een aanzienlijk hoger percentage medicatie voorgeschreven (zie 3.2.6.2).De medicatiekosten per patiënt met GGZ medicatie in de GB-GGZ zijn daarentegen gedaald (zie 3.2.7.2).
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in de totale medicatiekosten in de GB-GGZ. Dit kan mogelijk verklaard worden door de stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ.
- Ook in de GB-GGZ zijn de totale medicatiekosten voor de populatie <18 jaar gedaald tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 (-25%).

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau

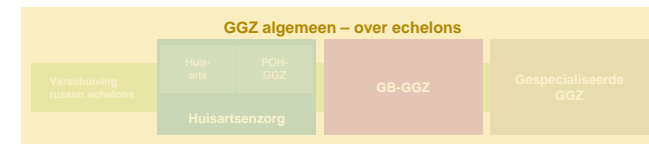


### 3.2.5.3 Totale medicatiekosten bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen in het eerste halfjaar van 2014 lager dan in de jaren hiervoor bij de 2<sup>e</sup> 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 licht gestegen (zie 3.2.6.3). De kosten per patiënt met GGZ-medicatie zijn licht gedaald (zie 3.2.7.3).
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 zijn de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ sterk gestegen. Dit hangt samen met een stijging van het percentage patiënten dat medicatie ontvangt in de gespecialiseerde GGZ en met de sterke stijging van medicatiekosten per patiënt. Voor de populatie <18 zijn de kosten licht gestegen (4%).

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



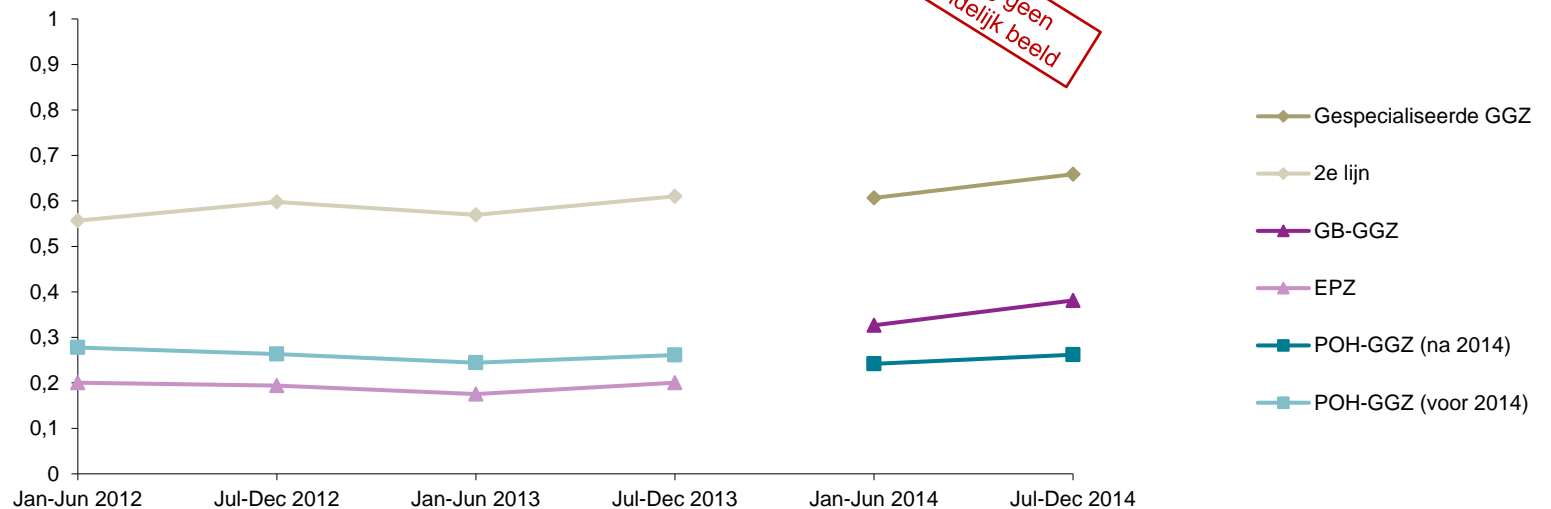
### 3.2.6 Percentage patiënten met medicatie

Deze indicator geeft het percentage patiënten met medicatie weer per echelon. Voor de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is een stijging te zien in het percentage patiënten met medicatie tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014.

#### 3.2.6.1 Percentage patiënten met medicatie bij POH-GGZ

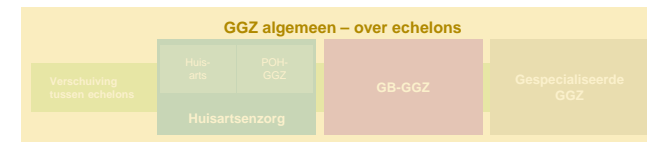
- Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ toont een stabiele trend over de afgelopen jaren rond de 26%.
- Bij patiënten <18 jaar is het percentage patiënten met medicatie beduidend lager dan bij de volwassenen. Een verklaring hiervoor kan een andere mix van stoornissen en bijbehorend voorschrijven van GGZ-medicatie zijn, als ook terughoudender voorschrijven van medicatie bij de jeugdige populatie. Dit percentage varieerde afgelopen jaren tussen 3,7% en 7,5% (doordat het om relatief kleine aantallen gaat, is de spreiding ook relatief groot).

% 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 tot 2014 rond de 20%. In het eerste halfjaar van 2014 lag het aandeel patiënten met medicatie in de GB-GGZ op 29% en in het tweede halfjaar van 2014 op 34%. Een mogelijke verklaring kan zijn dat in de GB-GGZ patiënten met zwaardere problematiek behandeld worden dan voorheen in de EPZ. Ook hebben de patiënten mogelijk een andere mix van stoornissen dan voorheen in de EPZ. Door beide redenen is het mogelijk dat deze patiënten in een groter aantal gevallen medicatie nodig hebben.
- Ook bij de patiënten <18 jaar is een stijging te zien: bij EPZ had ongeveer 3% van de patiënten <18 jaar medicatie, bij de GB-GGZ is dit percentage gestegen naar respectievelijk 18% en 27% in het eerste en tweede halfjaar van 2014.

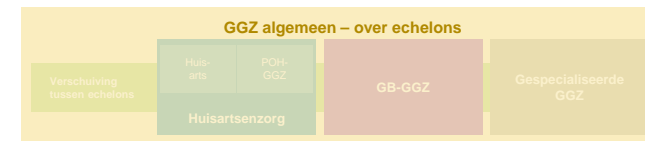
### 3.2.6.3 Percentage patiënten met medicatie bij 2<sup>e</sup> lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Het percentage patiënten in de 2<sup>e</sup> lijns GGZ met medicatie lag afgelopen jaren rond 60%. Ook hier vindt een stijging plaats in de gespecialiseerde GGZ, naar respectievelijk 64% en 66% in het eerste en tweede halfjaar van 2014. Ook dit kan mogelijk verklaard worden door de zwaardere patiëntenpopulatie.
- Dit geldt ook voor de patiënten <18 jaar, waar het percentage patiënten met medicatie in de 2<sup>e</sup> lijn rond 35% lag en in het eerste en tweede halfjaar van 2014 in de gespecialiseerde GGZ respectievelijk 39% en 40% was.



# 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. In de GB-GGZ is sinds 2014 een daling te zien in medicatiekosten per patiënt. Bij de POH-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ is een stijging zichtbaar. Over de jaren heen is echter nog geen duidelijke trend zichtbaar. In de volgende rapportage zal blijken hoe de medicatiekosten per patiënt met medicatie zich verder ontwikkelen in de verschillende echelons.

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.

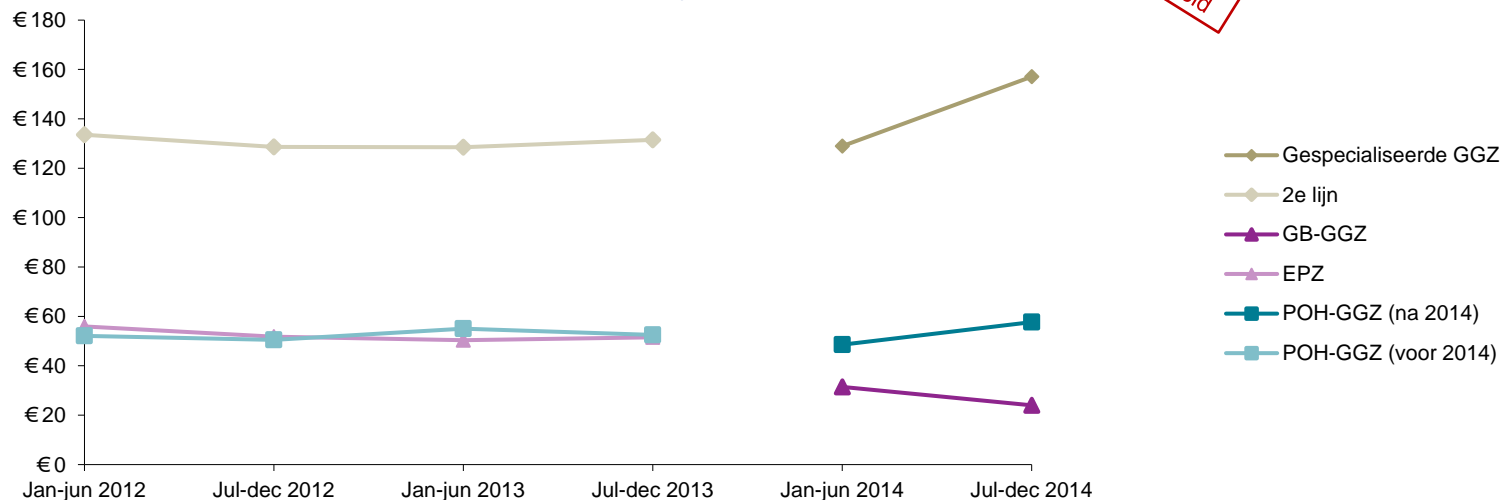
#### 3.2.7.1 Medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ

- In het eerste halfjaar van 2014 wordt per patiënt met medicatie bij de POH-GGZ gemiddeld € 49 per patiënt per half jaar aan medicatie uitgegeven. In het tweede halfjaar van 2014 liggen deze kosten op € 58. De medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ fluctueren over de tijd; er is (nog) geen duidelijke trend zichtbaar.

**Definitie:** deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product open hadden staan (bij 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode.

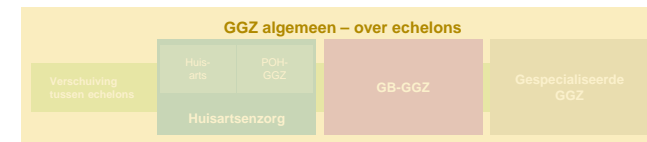
Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

Medicatiekosten per patiënt met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



**Definitie:** deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product open hadden staan (bij 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode.

### 3.2.7.2 Medicatiekosten per patiënt bij EPZ/ GB-GGZ

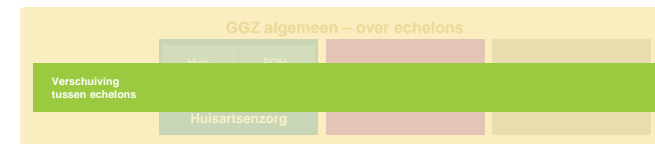
- Alleen in de GB-GGZ wordt de trend van dalende medicatiekosten per patiënt in 2014 doorgezet. In het eerste halfjaar van 2014 waren de medicatiekosten per patiënt €31 en in het tweede halfjaar van 2014 €24. In de volgende rapportages wordt gemonitord of de trendbreuk zich doorzet.

### 3.2.7.3 Medicatiekosten per patiënt bij de 2<sup>e</sup> lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De medicatiekosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn lagen tot 2013 rond €131. De kosten in de gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 gedaald naar €129 en in het tweede halfjaar van 2014 weer gestegen naar €157.
- In de gespecialiseerde GGZ zijn de kosten bij jongere patiënten (<18) lager dan bij volwassenen. Ook bij de populatie <18 jaar is een sterke stijging te zien van de medicatiekosten per patiënt tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014. De medicatiekosten per patiënt stegen in deze groep van €69 naar €90.

## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



#### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons

Naast de indicatoren waarmee het GGZ systeem op een bepaald moment in de tijd wordt bekeken, zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Hierbij wordt gekeken naar het bewegen van patiënten tussen verschillende echelons in de keten. Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is bijvoorbeeld om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de goede plek in zorg te laten komen (matched care). Als de patiënt niet direct op de goede plek terecht komt, beweegt hij meer in de keten dan een patiënt die wel direct op de goede plek terecht komt.

In de volgende paragrafen worden de resultaten van patiëntenstromen tussen echelons besproken.

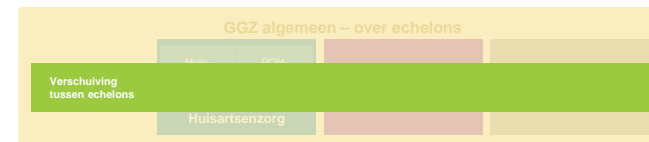
- In paragraaf 3.3.1 worden de patiëntenstromen besproken die starten in de huisartsenzorg. Gekeken wordt naar:
  - Het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee verschillende echelons na een consult bij de POH-GGZ. Hierbij wordt 180 dagen vooruit gekeken.
  - Verwijzingen door huisartsen met of zonder een gedetacheerde POH-GGZ.
- In paragraaf 3.3.2 worden patiëntenstromen beschreven die starten in de GB-GGZ. Bijbehorende indicatoren zijn:
  - De echelons waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in voorgaande halfjaar. Hier wordt 180 dagen teruggekeken.
  - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ.
  - Het percentage patiënten dat binnen 180 dagen na het sluiten van een product in de GB-GGZ opnieuw wordt verzorgd. Hier wordt 180 dagen vooruit gekeken.
- In paragraaf 3.3.3 worden tenslotte patiëntenstromen besproken die starten in de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt gekeken naar:
  - De echelons waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande halfjaar. Hier wordt 180 dagen teruggekeken.
  - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ.
  - Het percentage patiënten dat binnen 180 dagen na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ opnieuw wordt verzorgd. Hier wordt 180 dagen vooruit gekeken.

In de betreffende paragrafen wordt steeds in een figuur weergegeven naar welke echelons gekeken wordt.

Voor enkele indicatoren zijn nog geen duidelijke resultaten zichtbaar. Mogelijk komt dit doordat de betreffende patiëntenstroom niet vaak voorkomt. Een andere mogelijkheid is dat het bewegen van patiënten tussen de echelons enige tijd kan duren en resultaten pas later zichtbaar worden. Voor indicatoren zonder zichtbare resultaten is geen figuur opgenomen. Wel zijn de resultaten in tekst beschreven.

## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



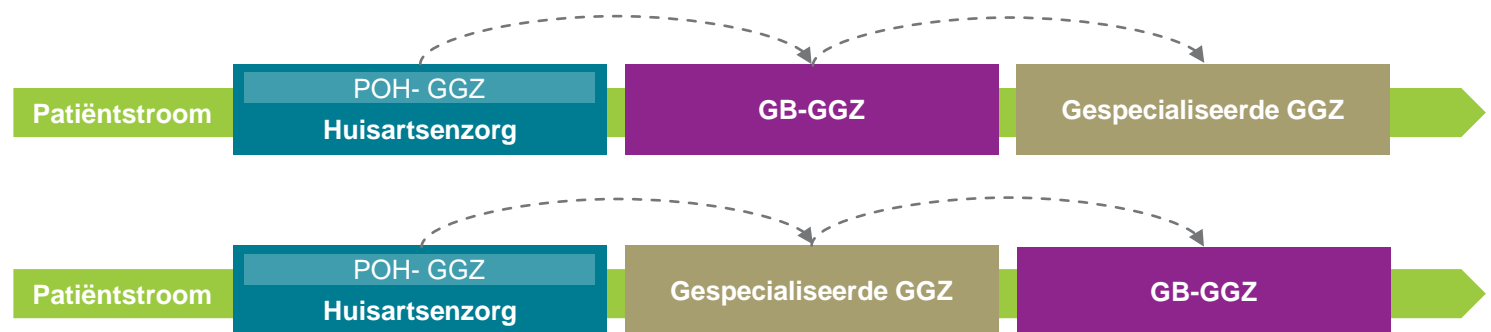
**Definitie:** Deze indicator gaat over patiënten die na een consult bij de POH-GGZ zorg hebben ontvangen in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 180 dagen vooruit gekeken vanaf het laatste consult bij de POH-GGZ voor het openen van het volgende product. Alle patiënten met minimaal één consult bij de POH-GGZ worden in deze indicator meegenomen. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.

\*Ook voor de indicatoren met betrekking tot patiëntenstromen kan op basis van de beschikbare data geen GGZ-zorg geleverd door huisartsen onderscheiden worden. Voor het echelon huisartsenzorg is om die reden alleen gekeken naar zorg geleverd door de POH-GGZ.

#### 3.3.1 Patiëntstromen gezien vanuit huisartsenzorg\*

##### 3.3.1.1 Percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee verschillende echelons na consult bij POH

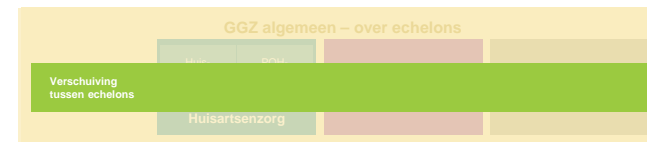
- Deze indicator gaat over het aantal patiënten dat vanuit de POH-GGZ via een ander echelon in de GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ terecht is gekomen. Bij deze patiënten heeft geen matched care plaatsgevonden. Deze indicator geeft patiënten weer die na een consult bij de POH-GGZ zorg hebben ontvangen in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur). Onderscheid kan gemaakt worden in de volgorde waarin zorg ontvangen is (na de POH-GGZ eerst in de GB-GGZ of eerst in de gespecialiseerde GGZ). Tevens kan onderscheid gemaakt worden in 1) patiënten voor wie een product eerst gesloten wordt, voor een product in een volgend echelon geopend wordt en 2) patiënten voor wie een product in een echelon geopend wordt terwijl een product in een ander echelon nog open staat. In deze indicator worden alle bovengenoemde opties meegenomen (er is geen onderscheid gemaakt tussen de opties).
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 180 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met december 2014. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.
- Van het aantal patiënten dat minimaal één consult had bij de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2014 en die vervolgens een product hadden in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ, had 1,7% binnen 180 dagen na het POH-GGZ consult een product geopend in de GB-GGZ én in de gespecialiseerde GGZ. Wat betreft de volgorde van de echelons is van deze 1,7% voor bijna alle patiënten na het laatste consult bij de POH-GGZ een product GB-GGZ geopend en voordat deze gesloten is een product geopend in de gespecialiseerde GGZ. De 1,7% geeft een onderschatting weer, omdat voor de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ alleen zorg bekend is die geleverd is door de betrokken aanbieders.
- Onder de populatie <18 jaar komt deze patiëntstroom niet voor (0%).
- In de volgende rapportages wordt gekeken of het percentage stijgt als een langere periode vooruit gekeken wordt. Voor het eerste halfjaar van 2014 is het dan mogelijk een jaar vooruit te kijken.



De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.

## 3. Bevindingen

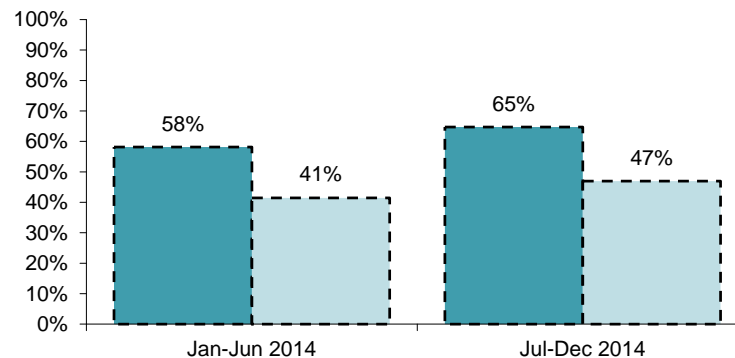
### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



#### 3.3.1.2 Verwijzingen door huisartsen met of zonder een gedetacheerde POH-GGZ

- Deze indicator geeft weer wat de gemiddelde verhouding is bij instellingen die POH's-GGZ detacheren (4 aanbieders) tussen verwijzingen van huisartsen die een POH-GGZ hebben die gedetacheerd is door de betrokken aanbieders en verwijzingen van huisartsen die wel een POH-GGZ hebben, maar die niet gedetacheerd is vanuit de betrokken aanbieder.
- De gegevens zijn gebaseerd op cijfers aangeleverd door de betrokken aanbieders. Hierin ontbreken daarom de cijfers van verwijzingen naar andere dan de betrokken aanbieders. Bij de landelijke validatie (rapportage juni 2016) kan een vollediger beeld geschetst worden.
- Deze cijfers zijn geaggregeerd op het niveau van verwijzende huisartsen, maar opgebouwd uit data aangeleverd door betrokken aanbieders. Alleen de verwijzingen van huisartsen naar betrokken aanbieders zijn bekend en meegenomen in de indicator. Idealiter zou deze indicator bepaald worden op basis van data vanuit de huisarts, maar deze data is op dit moment niet beschikbaar.
- Mogelijk heeft de profilering van aanbieders met een gedetacheerde POH-GGZ (focus op gespecialiseerde of GB-GGZ) invloed op onderstaande resultaten. In de resultaten is geen onderscheid gemaakt tussen verwijzingen naar GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Uit deze eerste analyse lijken verschillen te bestaan tussen wel/niet gedetacheerde POH's-GGZ bij de vraag van wie de instelling zijn verwijzingen krijgt. Instellingen krijgen de meeste verwijzingen van huisartsen bij wie zij een POH-GGZ hebben gedetacheerd. Echter, enig verschil is ook te verwachten. Ten eerste kan meespelen dat aanbieders juist een POH-GGZ detacheren bij huisartsen waar ze historisch al een groot marktaandeel hadden. Ten tweede is een van de voordelen voor huisartsen van het hebben van een POH GGZ, dat deze het achterliggende veld goed kent en de patiënt gericht kan doorverwijzen. De kennis over het aanbod van de "eigen" aanbieder is dan inhoudelijk een voordeel, maar dat leidt ook tot relatief meer verwijzingen naar die aanbieder. Of het verschil in percentages marktaandeel een indicatie is voor een oneigenlijke voorkeur voor de aanbieder waar vanuit de POH-GGZ gedetacheerd is, kan hieruit niet afgeleid worden, omdat de gegevens van de andere dan betrokken aanbieders nog ontbreken.

#### Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder



- Percentage verwijzingen naar aanbieder, vanuit huisarts met POH-GGZ, die is gedetacheerd vanuit die aanbieder
- percentage verwijzingen naar aanbieder, vanuit huisarts met POH-GGZ, maar die niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder

NB: Deze cijfers zijn geaggregeerd op het niveau van verwijzende huisartsen, maar opgebouwd uit data aangeleverd door betrokken aanbieders. Alleen de verwijzingen van huisartsen naar betrokken aanbieders zijn bekend en meegenomen in de indicator.

Nog geen landelijk beeld

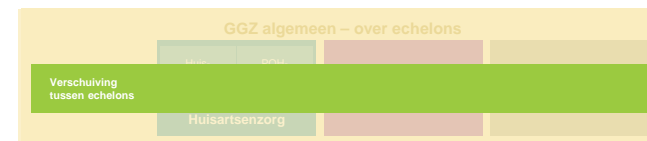
**Definitie:** deze indicator laat zien welk deel van de verwijzingen naar de betrokken aanbieder afkomstig is van huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ van deze aanbieder versus verwijzingen afkomstig van huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ die niet gedetacheerd is door deze aanbieder, geaggregeerd over alle betrokken aanbieders.

#### Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als landelijke declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



**Definitie:** *gekeken is in welke echelons patiënten in de 180 dagen voor het openen van het product GB-GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 180 dagen teruggekeken.*

*Binnen de categorie 'overig' vallen:*

- *Patiënten die in het voorgaande halfjaar alleen zorg ontvingen in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in alle drie de echelons*

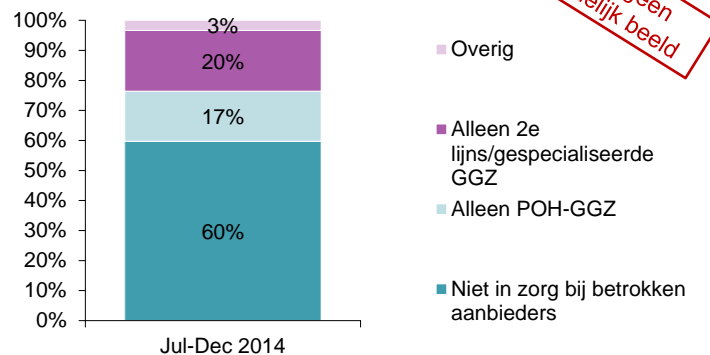
*Omdat deze categorieën in totaal 3% van de patiënten beslaan, is ervoor gekozen deze categorieën gezamenlijk weer te geven.*

#### 3.3.2 Patiëntstromen gezien vanuit GB-GGZ

##### 3.3.2.1 Echelon(s) waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in voorgaande halfjaar

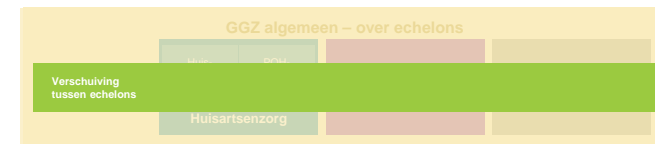
- De meerderheid van de patiënten (60%) voor wie een product is geopend in de GB-GGZ in het tweede halfjaar van 2014, was in het voorgaande halfjaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders. Alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders is bij ons bekend. Dit draagt bij aan het hoge percentage patiënten dat niet in zorg was in het voorgaande halfjaar. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen, maar niet bij één van de betrokken aanbieders.
- Een gedeelte van de patiënten ontving alleen zorg bij de POH-GGZ, waarbij alle zorg geleverd door een POH-GGZ bekend en meegenomen is. Een deel van de patiënten ontving alleen zorg in de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ, waarbij alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders in beeld is.
- In de volgende rapportages is het mogelijk voor het eerste halfjaar van 2015 een jaar terug te kijken. De percentages veranderen hierdoor mogelijk.
- Voor de populatie <18 jaar geldt een vergelijkbaar beeld, met iets hogere percentages voor de categorieën 'niet in zorg bij de betrokken aanbieders' en 'alleen 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ'. Het merendeel ontving in het voorgaande halfjaar geen zorg (64%), alleen in de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ (31%) en een gedeelte alleen bij de POH-GGZ in zorg was (4%).
- Tussen de drie regio's variëren de percentages enigszins. De categorie 'niet in zorg bij betrokken aanbieders' varieert tussen 55% en 70%, 'alleen POH-GGZ' tussen 13% en 20% en 'alleen 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ' tussen 15% en 25%. Voor alle drie de regio's geldt dat deze drie categorieën meer dan 95% van het totaal beslaan.

##### Echelon(s) waarin patiënten in GB-GGZ in voorgaande halfjaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders



## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



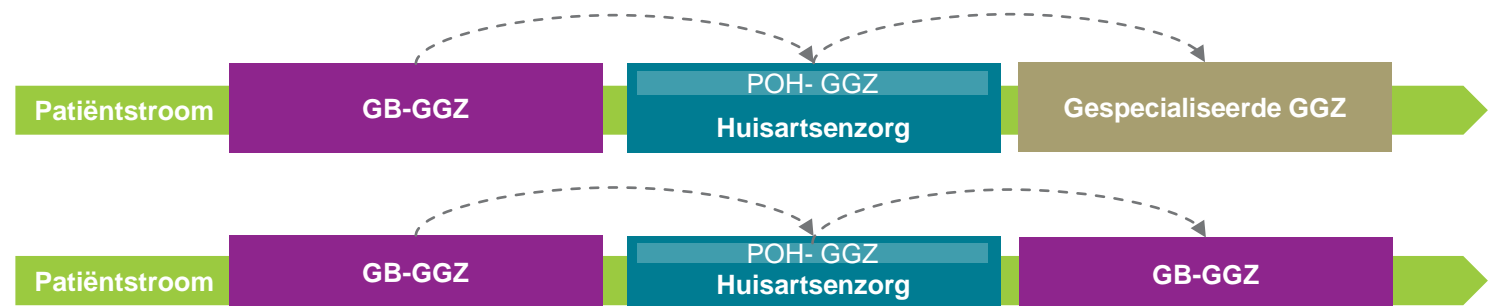
**Definitie:** De indicator beschreven in 3.3.2.3 gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de GB-GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 180 dagen vooruit gekeken vanaf het moment van sluiten van het eerste product GB-GGZ. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.

#### 3.3.2.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ

- Zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014, is 99% van de patiënten voor wie een product geopend is in de GB-GGZ verwezen door de huisarts.
- Voor de populatie <18 jaar is het beeld vergelijkbaar met 98% en 99% van de patiënten verwezen door de huisarts in respectievelijk het eerste en tweede halfjaar van 2014.

#### 3.3.2.3 Percentage patiënten dat binnen 180 dagen na het sluiten van een product in de GB-GGZ opnieuw zorgt ontvangt

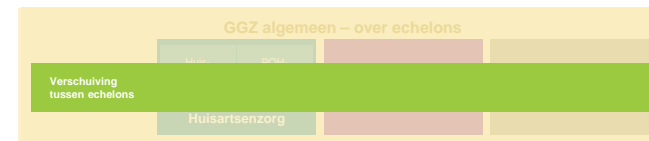
- Deze indicator gaat over het aantal patiënten dat na een product bij de GB-GGZ zorg hebben ontvangen bij de POH-GGZ, maar vervolgens toch weer zorg hebben ontvangen bij de GB-GGZ óf de gespecialiseerde GGZ. Er is gekeken naar patiënten die na het sluiten van een product in de GB-GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur).
- Van de patiënten voor wie een product GB-GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, is voor 1,3% na het sluiten van het product GB-GGZ minimaal één consult gedeclareerd bij de POH-GGZ en vervolgens een product geopend in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ.
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 180 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met december 2014. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.
- In de volgende rapportages wordt gekeken of het percentage stijgt als een langere periode vooruit gekeken wordt. Voor het eerste halfjaar van 2014 is het dan mogelijk een jaar vooruit te kijken.
- Voor de populatie <18 jaar is het percentage nog lager: voor 0,5% van de patiënten is na het sluiten van het product GB-GGZ minimaal één consult gedeclareerd bij de POH-GGZ en vervolgens een product geopend in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ.



*De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.*

## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



**Definitie:** *gekeken is in welke echelons patiënten in de 180 dagen voor het openen van het product in de gespecialiseerde GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 180 dagen teruggekeken.*

*Binnen de categorie ‘overig’ vallen:*

- *Patiënten die in het voorgaande halfjaar alleen zorg ontvingen in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in alle drie de echelons.*

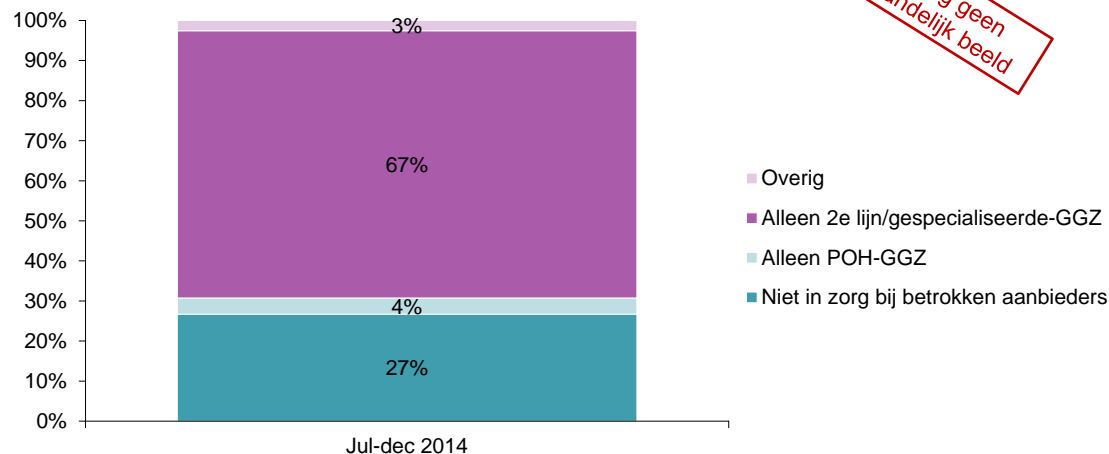
*Omdat deze categorieën in totaal 3% van de patiënten beslaan, is ervoor gekozen deze categorieën gezamenlijk weer te geven.*

#### 3.3.3 Patiëntstromen gezien vanuit de gespecialiseerde GGZ

##### 3.3.3.1 Echelon(s) waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in voorgaande halfjaar

- De meerderheid van de patiënten (67%) voor wie een product is geopend in de gespecialiseerde GGZ in het tweede halfjaar van 2014, ontving in het voorgaande halfjaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ. Een gedeelte van de patiënten was niet in zorg bij de betrokken aanbieders en een klein deel ontving alleen zorg bij de POH-GGZ. Bij de categorie ‘niet in zorg’ dient rekening gehouden te worden met het feit dat alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders bij ons bekend is. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen, maar niet bij één van de betrokken aanbieders. Voor de POH-GGZ is wel alle geleverde zorg bekend en meegenomen.
- Van de populatie <18 jaar heeft 54% van de patiënten in het halfjaar voorafgaand aan het openen van een product in de gespecialiseerde GGZ zorg ontvangen in gespecialiseerde GGZ. 42% van de patiënten heeft in het voorgaande halfjaar geen zorg ontvangen. Dit percentage is hoger dan bij de volwassenpopulatie, wat verklaard kan worden doordat bij de <18 jaar populatie meer patiënten nieuw in zorg zullen zijn.
- In de volgende rapportage is het mogelijk voor het eerste halfjaar van 2015 een jaar terug te kijken. De percentages veranderen hierdoor mogelijk.
- Tussen de drie regio's variëren de percentages enigszins. De categorie ‘niet in zorg bij betrokken aanbieders’ varieert tussen 25% en 31%, ‘alleen POH-GGZ’ tussen 3% en 7% en ‘alleen 2e lijn/gespecialiseerde GGZ’ tussen 59% en 71%. Voor alle drie de regio's geldt dat deze drie categorieën meer dan 95% van het totaal beslaan.

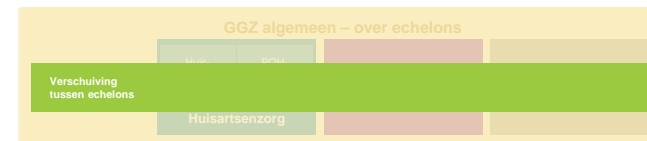
##### Echelon(s) waarin patiënten in gespecialiseerde GGZ in voorgaande halfjaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders





## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons

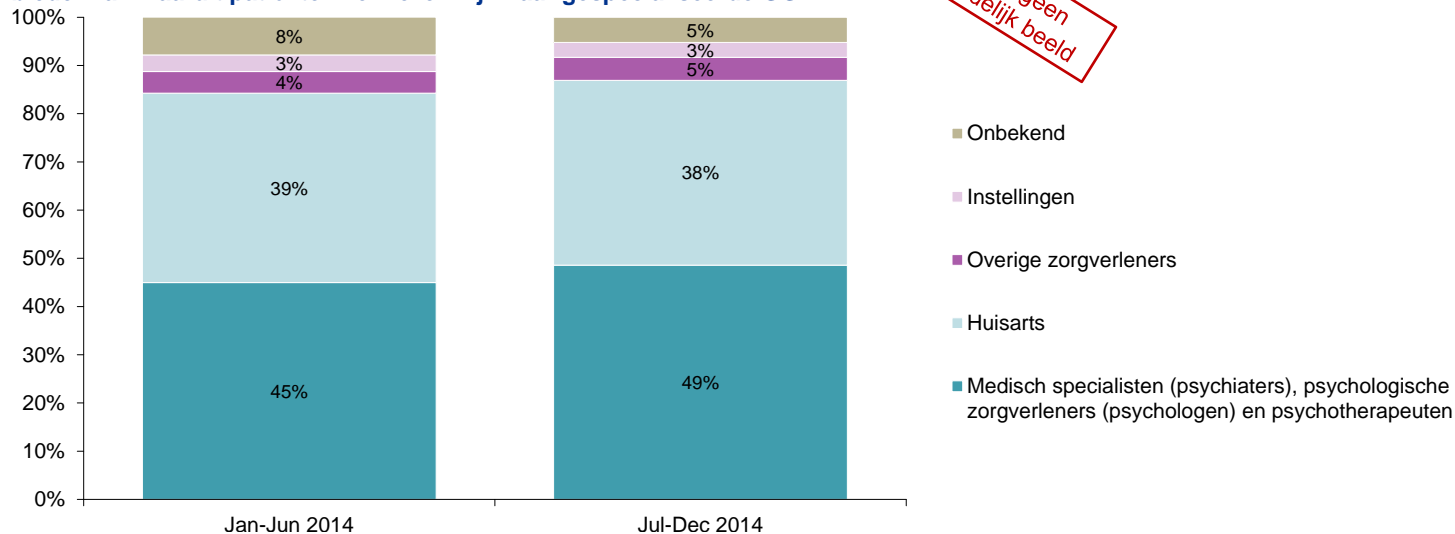


**Definitie:** Onder “overige zorgverleners” vallen alle zorgverleners die niet onder de overige genoemde categorieën van verwijzers vallen. Voorbeelden zijn artsen arbeid en gezondheid/bedrijfsgeneeskunde, basisartsen, verpleeghuisartsen en verslavingsartsen.

#### 3.3.3.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ

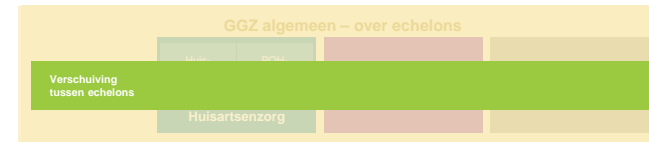
- Waar in de GB-GGZ bijna alle patiënten verwezen worden door de huisarts (zie 3.3.2.2), is voor de gespecialiseerde GGZ meer spreiding te zien in verwijzers. Het grootste deel van de patiënten wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door de categorie medisch specialisten (psychiaters), psychologische hulpverleners (psychologen) en psychotherapeuten. Dit kunnen vrijgevestigde aanbieders zijn, maar ook behandelaren die in een instelling werkzaam zijn. Het hoge percentage verwijzingen door deze groep kan mogelijk verklaard worden doordat behandelaren binnen een instelling als verwijzer worden aangegeven bij het openen van een vervolg-DBC. Ook een groot deel van de patiënten wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door een huisarts. Een klein deel wordt verwezen door overige zorgverleners en instellingen.
- De resultaten over het eerste en tweede halfjaar van 2014 zijn vergelijkbaar.
- Bij de populatie <18 jaar worden de meeste patiënten vanuit de categorie medisch specialisten (psychiaters), psychologische hulpverleners (psychologen) en psychotherapeuten en de huisarts verwezen naar de gespecialiseerde GGZ.
- Bij één van de drie regio's is een relatief groot gedeelte van de verwijzers onbekend. Het is daarom mogelijk dat de andere categorieën relatief gezien groter zijn dan in deze figuur aangegeven.

Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar gespecialiseerde GGZ



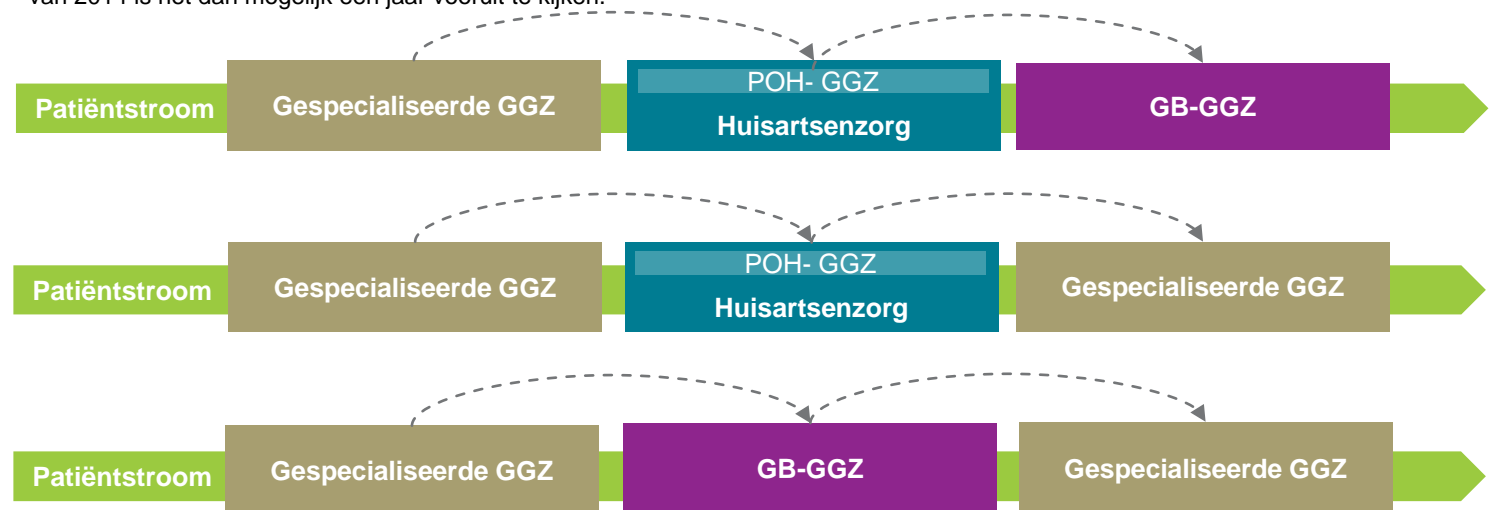
## 3. Bevindingen

### 3.3 Patiëntstromen tussen echelons



#### 3.3.3.3 Percentage patiënten dat binnen 180 dagen na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ opnieuw zorg ontvangt

- Er is gekeken is naar het aantal patiënten voor dat na de gespecialiseerde GGZ, zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ óf de GB-GGZ, maar vervolgens toch weer zorg heeft ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Deze indicator gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Ook worden in deze indicator patiënten bekeken die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ een product geopend hadden in de GB-GGZ en vervolgens in de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur). Onderscheid kan gemaakt worden in de volgorde waarin zorg ontvangen. Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden in 1) patiënten voor wie een product in de GB-GGZ eerst gesloten wordt, voor een volgend product in de gespecialiseerde GGZ geopend wordt of 2) patiënten voor wie het product nog openstaat bij het openen van het volgende product. In deze indicator worden alle bovengenoemde opties meegenomen (er is geen onderscheid gemaakt tussen de opties).
- Van de patiënten voor wie een product in de gespecialiseerde GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, is voor 0,4% één van de drie onderstaande routes doorlopen.
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 180 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met december 2014. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.
- In de volgende rapportages wordt gekeken of het percentage stijgt als een langere periode vooruit gekeken wordt. Voor het eerste halfjaar van 2014 is het dan mogelijk een jaar vooruit te kijken.

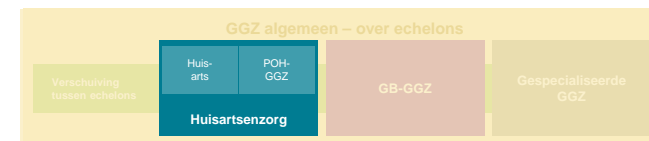


De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.

**Definitie:** Deze indicator gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Ook worden in deze indicator patiënten bekeken die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ een product geopend hadden in de GB-GGZ en vervolgens in de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 180 dagen vooruit gekeken vanaf het moment van sluiten van het eerste product in de gespecialiseerde GGZ. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4 Bevindingen per echelon

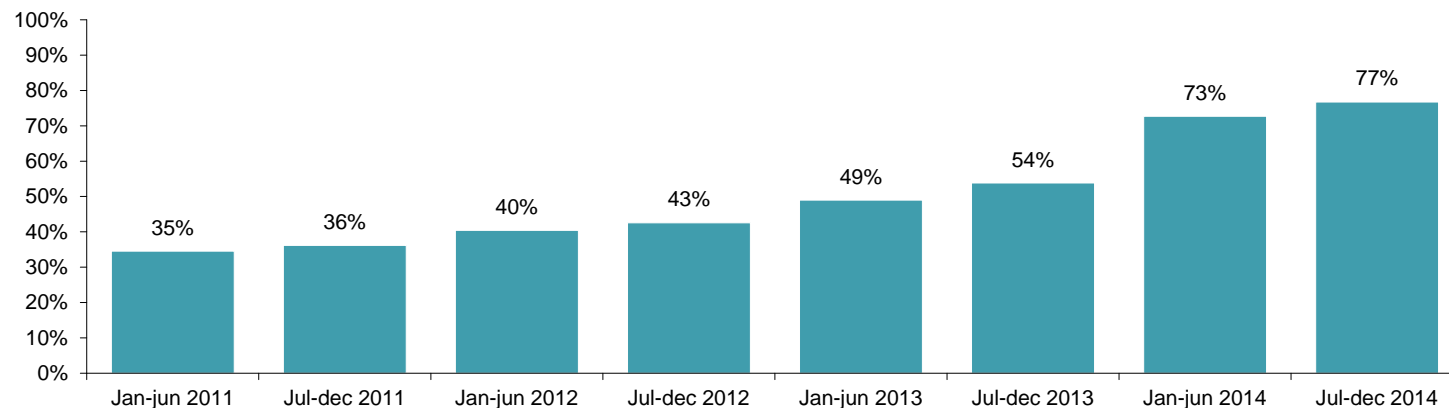
In de volgende paragrafen worden resultaten per echelons weergegeven. Achtereenvolgens komen de echelons huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ aan bod.

##### 3.4.1 Huisartsenzorg

###### 3.4.1.1 Percentage huisartsen met POH-GGZ

- Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. 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 weer. In de betrokken regio's ( $\pm$  765 huisartsen) is het percentage huisartsen met een POH-GGZ voor 2011 en 2012 enkele procentpunten lager dan het landelijke gemiddelde. In 2013 en 2014 is het percentage juist hoger dan landelijk met in het eerste halfjaar van 2014 78% en het tweede halfjaar van 2014 84%. Dit kan verklaard worden door het feit dat huisartsen in één van de regio's in eerste instantie zeer weinig gebruik maakten van de POH-GGZ, maar hier in 2013 juist massaal voor kozen\*.

###### % Huisartsen met POH GGZ (landelijk)

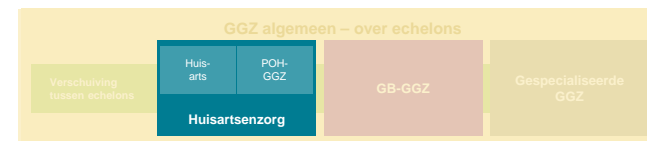


**Definitie:** Het aantal huisartsen dat een POH-GGZ module declareerde in minimaal één van beide kwartalen van de verslagperiode als percentage van het totale aantal huisartsen dat een inschrijftarief declareerde in dezelfde periode

\*In het julinummer (2015) van het tijdschrift 'De Dokter' verschijnen de resultaten van een enquête van de LHV. De enquête is uitgezet onder huisartsen en heeft betrekking op de inzet van de POH-GGZ. In de enquête is onder andere gevraagd naar het dienstverband van de POH-GGZ

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



**Definitie:** het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor Psychische symptomen, Psychische stoornissen en Sociale problemen in de betreffende periode.

**Data:**

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)
- Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

#### 3.4.1.2 Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

- In de huisartsenpraktijk is het aantal unieke patiënten dat de huisarts en/of de POH-GGZ bezocht voor psychosociale problematiek (Psychische symptomen, Psychische stoornissen en/of Sociale problemen) tussen 2011 en 2013 gestegen van 8,5% naar 9,8% (niet weergegeven in de tabel). Tussen 2013 en 2014 blijft het beeld stabiel. Dit kan verklaard worden door een continue stijging bij de POH-GGZ, het aantal patiënten bij de huisarts geeft een wisselend beeld.

#### 3.4.1.3 Patiënten met psychische problematiek bij de huisarts

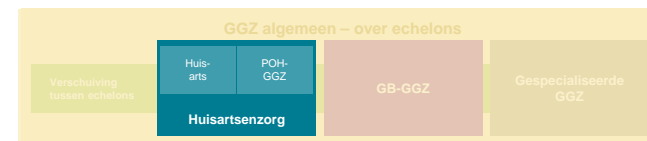
- In de huisartsenpraktijk is een constant beeld te zien van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld “angstig gevoel”), psychische stoornissen (bijvoorbeeld “angststoornis”) en voor sociale problemen (bijvoorbeeld “relatieprobleem”).
- De tabel hieronder laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de huisarts is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio’s waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
jan-jun 2011	816.927	40.295	4,9%	26.585	3,3%	16.458	2,0%
jul-dec 2011	826.680	41.034	5,0%	26.798	3,2%	16.777	2,0%
jan-jun 2012	519.193	24.176	4,7%	17.514	3,4%	10.758	2,1%
jul-dec 2012	514.830	24.211	4,7%	17.250	3,4%	11.055	2,1%
jan-jun 2013	771.919	39.673	5,1%	27.451	3,6%	17.891	2,3%
jul-dec 2013	769.817	38.739	5,0%	27.082	3,5%	17.513	2,3%
jan- jun 2014	723.039	37.641	5,2%	25.417	3,5%	15.760	2,2%
jul-dec 2014	722.127	36.353	5,0%	25.160	3,5%	15.581	2,2%

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1.4 Patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ

- Bij de POH-GGZ in huisartsenpraktijk is tussen 2011 en 2014 een toename te zien van het percentage patiënten dat de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen.
- De tabel hieronder laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

**Definitie:** het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor Psychische symptomen, Psychische stoornissen en Sociale problemen in de betreffende periode.

#### Data:

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)
- Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.

Meer informatie: Factsheet

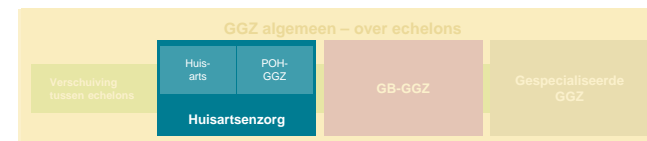
Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
jan-jun 2011	816.927	1.773	0,2%	1.434	0,2%	807	0,1%
jul-dec 2011	826.680	1.947	0,2%	1.610	0,2%	923	0,1%
jan-jun 2012	519.193	1.276	0,2%	1.098	0,2%	709	0,1%
jul-dec 2012	514.830	1.435	0,3%	1.201	0,2%	788	0,2%
jan-jun 2013	771.919	2.856	0,4%	2.482	0,3%	1.630	0,2%
jul-dec 2013	769.817	3.243	0,4%	2.862	0,4%	1.873	0,2%
jan- jun 2014	723.039	4.899	0,7%	4.052	0,6%	2.404	0,3%
jul-dec 2014	722.127	5.732	0,8%	4.604	0,6%	2.795	0,4%

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1.5 Behandelkosten bij de huisarts voor psychische problematiek

- In de huisartsenpraktijk fluctueren de kosten van de huisartsenzorg voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen voor de totale zorg voor ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijken die onderdeel uitmaken van de studie.
- De kosten per ingeschreven patiënt fluctueren tussen 2011 en 2014, waarbij er tussen 2013 en 2014 een daling in de kosten per ingeschreven patiënt zichtbaar is.
- De tabel hieronder laat de kosten zien van huisartsenzorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
jan-jun 2011	816.927	€ 751.418	€ 0,9	€ 638.668	€ 0,8	€ 325.865	€ 0,4
jul-dec 2011	826.680	€ 759.532	€ 0,9	€ 636.217	€ 0,8	€ 333.901	€ 0,4
jan-jun 2012	519.193	€ 445.695	€ 0,9	€ 420.120	€ 0,8	€ 220.811	€ 0,4
jul-dec 2012	514.830	€ 441.410	€ 0,9	€ 407.948	€ 0,8	€ 222.144	€ 0,4
jan-jun 2013	771.919	€ 767.107	€ 1,0	€ 672.002	€ 0,9	€ 362.025	€ 0,5
jul-dec 2013	769.817	€ 740.878	€ 1,0	€ 664.454	€ 0,9	€ 352.800	€ 0,5
jan- jun 2014	723.039	€ 701.043	€ 1,0	€ 602.733	€ 0,8	€ 303.066	€ 0,4
jul-dec 2014	722.127	€ 674.709	€ 0,9	€ 585.186	€ 0,8	€ 297.701	€ 0,4

**Definities:** behandelkosten betreffen de kosten voor consulten voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen

#### Data:

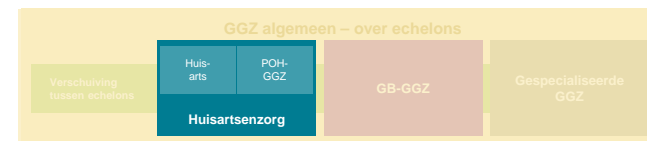
- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)
- Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.

#### Meer informatie: Factsheet

Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1.6 Behandelkosten bij de POH-GGZ voor psychische problematiek

- In de huisartsenpraktijk is een toename te zien in de kosten van de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen voor de totale zorg voor ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijken die onderdeel uitmaken van de studie.
- De kosten per ingeschreven patiënt nemen tussen 2011 en 2014 toe.
- De tabel hieronder laat de kosten zien van POH-GGZ zorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

**Definities:** behandelkosten betreffen de kosten voor consulten voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen. Inschrijftarieven zijn hierin niet meegenomen.

#### Data:

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)
- Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.

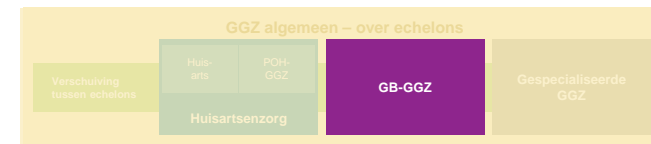
Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
jan-jun 2011	816.927	€ 73.482	€ 0,1	€ 63.131	€ 0,1	€ 33.371	€ 0,0
jul-dec 2011	826.680	€ 80.962	€ 0,1	€ 70.417	€ 0,1	€ 39.288	€ 0,0
jan-jun 2012	519.193	€ 53.481	€ 0,1	€ 52.351	€ 0,1	€ 29.488	€ 0,1
jul-dec 2012	514.830	€ 59.176	€ 0,1	€ 53.228	€ 0,1	€ 32.634	€ 0,1
jan-jun 2013	771.919	€ 122.302	€ 0,2	€ 119.739	€ 0,2	€ 72.017	€ 0,1
jul-dec 2013	769.817	€ 143.049	€ 0,2	€ 141.679	€ 0,2	€ 80.533	€ 0,1
jan- jun 2014	723.039	€ 216.549	€ 0,3	€ 191.653	€ 0,3	€ 106.139	€ 0,1
jul-dec 2014	722.127	€ 253.983	€ 0,4	€ 220.856	€ 0,3	€ 124.549	€ 0,2

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon

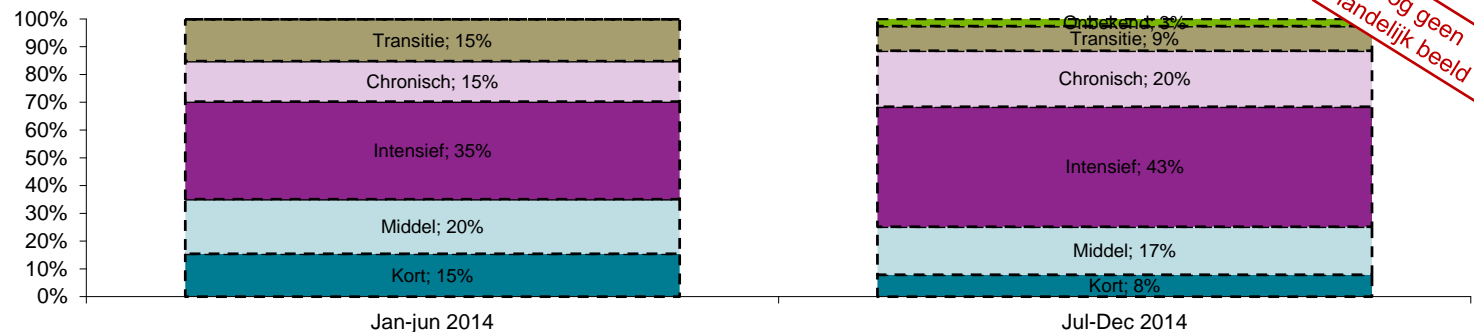


### 3.4.2 GB-GGZ

#### 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.
- Bovendien is het mogelijk dat het type nog wijzigt van producten die nog niet gesloten zijn (zie verder 3.4.2.2). Ten opzichte van de vorige rapportage is de verschuiving voor het eerste halfjaar 2014 beperkt. De volgende rapportage kan een nog vollediger beeld schetsen.
- Als het eerste en tweede halfjaar van 2014 met elkaar vergeleken worden, valt op dat het aandeel van producten Kort en Transitieproducten kleiner wordt, en het aandeel producten Intensief en Chronisch toeneemt. Dit is conform verwachting, zoals beschreven in de vorige rapportage. De productgroep Intensief komt in beide verslagperiodes het meest voor.
- 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 (zie bijlage 6). Het percentage transitieproducten zal afnemen, doordat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is van patiënten uit de EPZ systematiek.
- Voor de populatie <18 jaar ziet de verdeling van producten er iets anders uit. De producten Kort, Middel en Transitie komen relatief gezien vaker voor en de producten Intensief en Chronisch minder vaak.
- Uit de enquête onder vrijgevestigde aanbieders blijkt een iets ander beeld. Hier komt het product Middel juist het meest voor. Chronisch is daarentegen nauwelijks te zien in de vrijgevestigde praktijken. Dit kan verklaard worden doordat het product Chronisch in 2014 door zorgverzekeraars vrijwel niet gecontracteerd werd bij vrijgevestigde aanbieders. Vergelijkbaar met het beeld van de betrokken instellingen, is ook bij de vrijgevestigden een afname te zien in het percentage transitieproducten van het eerste naar het tweede halfjaar van 2014.

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



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

Bij nog niet gesloten producten (17% voor het eerste halfjaar en 63% voor het tweede halfjaar), is het ingevulde verwachte product als uitgangspunt genomen. Voor 2,6% van de producten in het tweede halfjaar is het verwachte product niet gevuld, vandaar dat ook een gedeelte op onbekend staat.

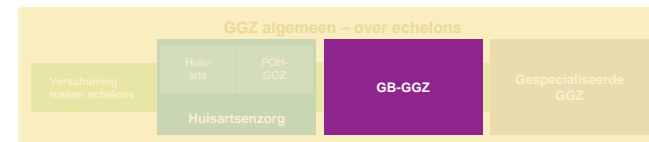
**Toelichting stippellijn:**

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

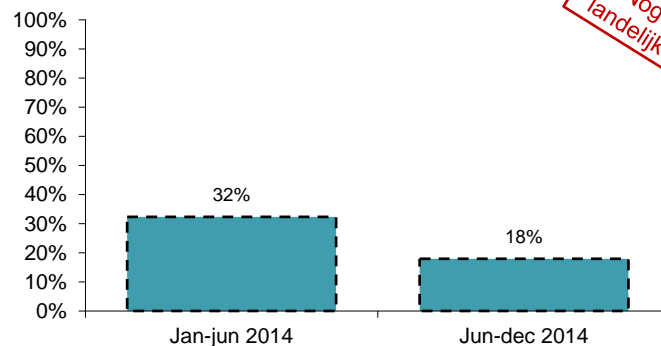
## 3.4 Bevindingen per echelon



### 3.4.2.2 Percentage patiënten met gewijzigd product

- In onderstaande figuur is weergegeven hoe vaak voor een patiënt het verwachte product anders is dan het definitieve product. De tabel onder aan deze pagina geeft aan hoeveel producten van een bepaald type verwacht waren en hoe deze gesloten zijn voor het eerste en tweede halfjaar van 2014.
- Voor het eerste halfjaar van 2014 is 83% van de producten in de GB-GGZ gesloten en voor het tweede halfjaar van 2014 37%. Vooral voor het tweede halfjaar van 2014 wordt dus nog een onderschatting gemaakt. In een volgende rapportage kan een vollediger beeld worden geschetst.
- De tabel laat zien dat hoewel producten Intensief het vaakst voorkomen in het eerste en tweede halfjaar van 2014 (zie ook 3.4.2.1), producten Kort relatief gezien het vaakst gewijzigd worden. In 42% van de gevallen wordt een verwacht product Kort anders gesloten, waarbij het product meestal als Transitieproduct gesloten wordt. Ook de producten Middel en Intensief worden relatief vaak anders gesloten dan verwacht, respectievelijk in 25% en 18% van de gevallen.
- Betrokken aanbieders geven aan dat het verwachte product soms overschreven wordt als de verwachting verandert. Dit betekent dat niet met zekerheid vaststaat dat het verwachte product ook het product is dat in eerste instantie als verwacht product is aangemerkt.
- Voor patiënten <18 is het percentage gewijzigde producten opvallend: 51% in het eerste halfjaar van 2014 en 80% in het tweede halfjaar van 2014. Voornamelijk producten Middel en Intensief worden gewijzigd. In een volgende rapportage zijn meer producten gesloten en kan een vollediger beeld geschetst worden.

### % patiënten met gewijzigd product in GB-GGZ bij betrokken aanbieders



### Verwacht versus definitief product jan-dec 2014

verwacht product	definitief product					Totaal
	Kort	Middel	Intensief	Chronisch	Transitie	
Kort	320	16	7	0	175	518
Middel	239	1.132	62	0	195	1.628
Intensief	326	370	3.265	7	209	4.177
Chronisch	67	51	26	1.529	49	1.722
Transitie	2	0	0	0	330	332
<b>Totaal</b>	<b>954</b>	<b>1.569</b>	<b>3.360</b>	<b>1.536</b>	<b>958</b>	<b>8.377</b>

Nog geen landelijk beeld

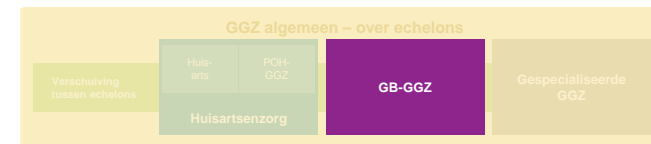
**Definitie:** het percentage patiënten waarvoor het verwachte product anders is dan het definitieve product ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.

#### 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

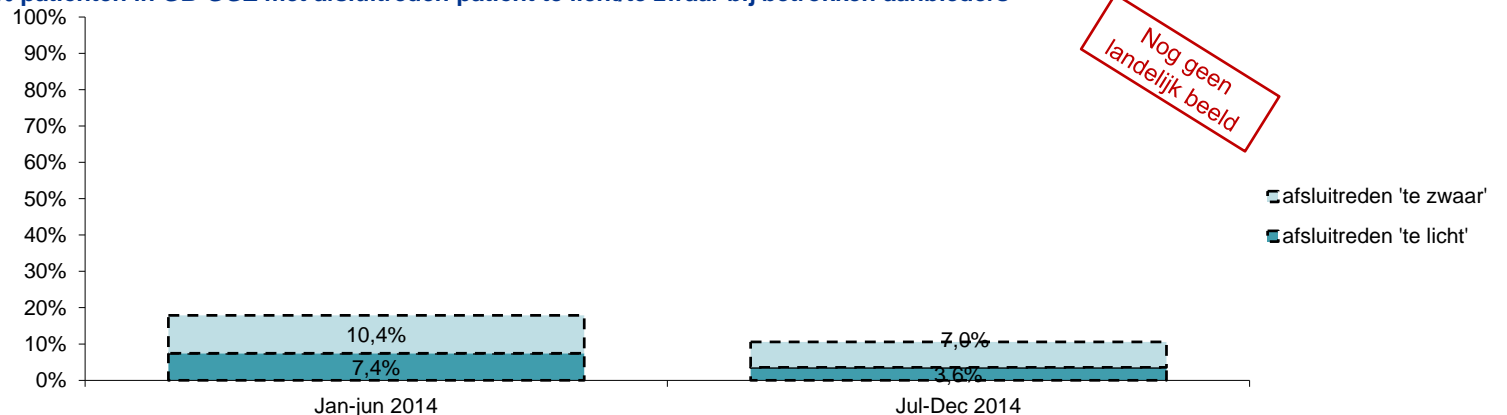
## 3.4 Bevindingen per echelon



### 3.4.2.3 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 in het eerste halfjaar nog 17% van de producten gesloten moet worden en in het tweede halfjaar nog 63%. Ten opzichte van de cijfers van de vorige rapportage is voor het eerste halfjaar dan ook een lichte stijging te zien (toen waren de cijfers 7,2% te licht en 8,7% te zwaar). De verschuiving is in lijn met de verwachting dat producten voor patiënten die op de verkeerde plek zijn beland relatief snel worden afgesloten. In een volgende rapportage worden de cijfers geactualiseerd.
- Het merendeel van de producten dat afgesloten wordt vanwege patiënt te licht/ te zwaar betreft transitieproducten (ruim 50% voor beide halfjaren). Dit is te verwachten, het is immers één van de redenen voor invoering van een transitieproduct (zie verder bijlage 6). Tevens zijn relatief meer transitieproducten reeds gesloten dan andere producten. In een volgende rapportage kan een vollediger beeld geschetst worden.
- Bij de patiënten <18 jaar is het totale percentage van patiënten met afsluitreden te licht/te zwaar veel groter dan bij de volwassenen doelgroep (49%). Veruit de meerderheid hiervan is te licht. In het eerste halfjaar van 2014 komt het percentage te licht op 39% en het percentage te zwaar op 10%. Deze resultaten verschillen sterk van de resultaten bij volwassenen. In het kwalitatieve onderzoek dat we voor de volgende rapportage uitvoeren, zoeken we naar een verklaring voor dit verschil.
- Tussen de drie regio's zijn grote verschillen te zien. In de ene regio blijft het percentage met afsluitreden te licht/ te zwaar vrijwel gelijk over beide periodes, terwijl in twee andere regio's het percentage met afsluitreden te licht/te zwaar veel hoger is in het eerste halfjaar dan het tweede halfjaar. In de volgende rapportage kan een vollediger beeld gegeven worden als meer producten gesloten zijn.

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



**Definitie:** het percentage patiënten waarvoor een product is afgesloten met afsluitreden te licht/ te zwaar ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.

De volledige benaming van de afsluitredenen is als volgt:

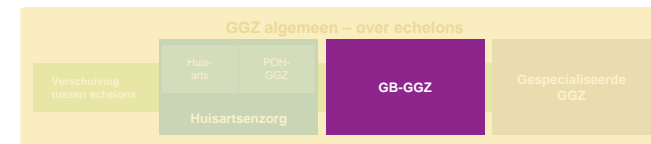
- Te licht:** "Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)"
- Te zwaar:** "Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel GB-GGZ"

#### 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.

# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon



**Definitie:** Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type.

Het onderste streepje geeft het 5<sup>e</sup> percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95<sup>e</sup> percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25<sup>e</sup> percentiel en eindigt bij de het 75<sup>e</sup> percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

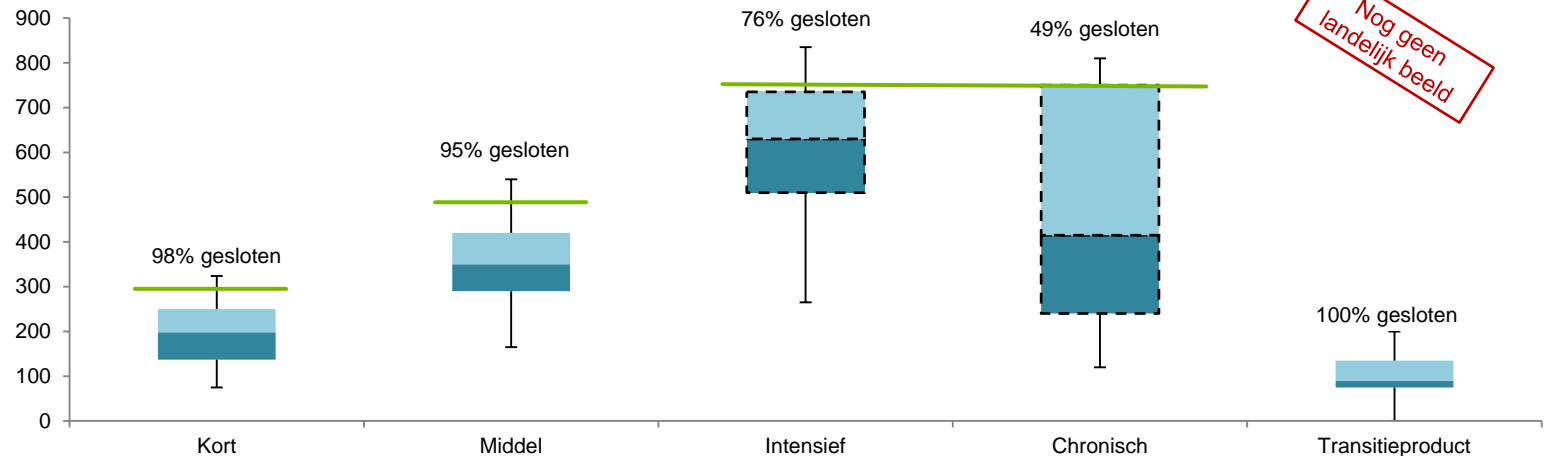
### Toelichting stippellijn:

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

### 3.4.2.4 Verdeling van aantal minuten per product

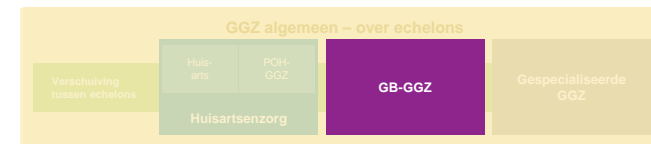
- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het eerste halfjaar van 2014. Opvallend is dat het beeld nauwelijks wijzigt ten opzichte van de vorige rapportage, terwijl wel veel meer producten gesloten zijn. Het is hiermee de verwachting dat de eerste inschatting voor het tweede halfjaar van 2014 (zie volgende pagina) ook redelijk is. In een volgende rapportage kan een vollediger beeld geschetst worden.
- Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen. Bovendien staat bij openstaande producten nog niet vast of het product ook als hetzelfde type gesloten zal worden (zie verder 3.4.2.2). De percentages gesloten producten zijn opgenomen in de figuur. In absolute aantallen is de figuur gebaseerd op 572 producten Kort, 706 producten Middel, 1.008 producten Intensief, 272 producten Chronisch en 571 Transitieproducten.
- Daarnaast is de spreiding in Chronische producten groter dan bij de andere producten. Mogelijk komt dit doordat er bij dit type product veel variatie zit in de doelgroep waarvoor deze ingezet wordt, bijvoorbeeld ook als vervolg of naast een product Kort, Middel of Intensief of voor patiënten die alleen voor medicatiecontacten komen. Dit kan tevens het verschil in mediaan verklaren tussen het eerste en het tweede halfjaar (zie volgende pagina) bij het product Chronisch.

Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2014



### 3. Bevindingen

#### 3.4 Bevindingen per echelon



**Definitie:** Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type.

Het onderste streepje geeft het 5<sup>e</sup> percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven de waarde. Het bovenste streepje is het 95<sup>e</sup> percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25<sup>e</sup> percentiel en eindigt bij de het 75<sup>e</sup> percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

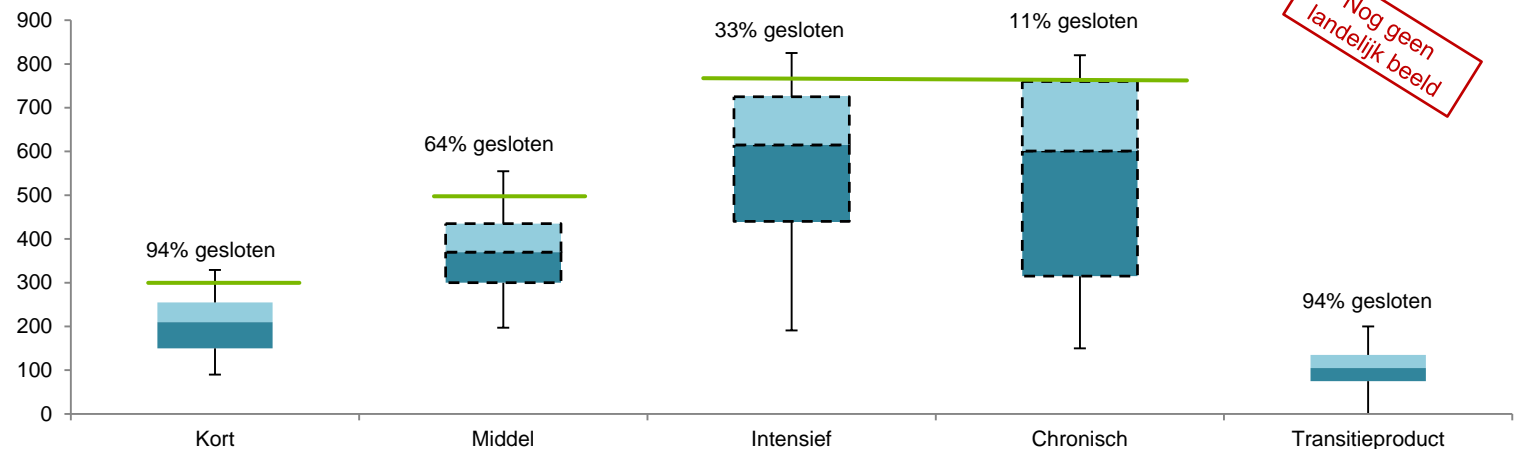
In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

**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.

- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het tweede halfjaar van 2014. Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen.
- Aangezien nog niet alle producten gesloten zijn, kan het beeld nog wijzigen. Het is de verwachting dat het aantal minuten dan naar boven wordt bijgesteld aangezien producten die langer openstaan waarschijnlijk ook meer minuten bevatten. Dit geldt met name voor producten Intensief en Chronisch, omdat daar het grootste gedeelte van de producten nog niet gesloten is. Hieraan kunnen dus nog geen conclusies worden verbonden.
- De figuur is gebaseerd op 251 producten Kort, 285 producten Middel, 310 producten Intensief, 61 producten Chronisch en 296 Transitieproducten.
- Het gemiddeld aantal minuten per product is in het eerste en tweede halfjaar van 2014 vergelijkbaar. Alleen het gemiddeld aantal minuten voor producten Intensief is in het tweede halfjaar van 2014 (gemiddeld 570 minuten) lager dan in het eerste halfjaar (gemiddeld 640 minuten).

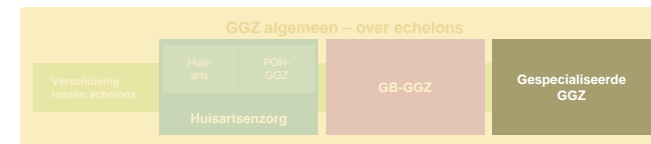
**Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jul-dec 2014**



Nog geen landelijk beeld

# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon



### 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 beide halfjaren van 2014, want deze indicator kan alleen bepaald worden voor gesloten producten. Voor deze periodes geldt dat op moment van data aanlevering respectievelijk 66% en 35% van de producten gesloten was. 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 introductie van de GB-GGZ. Ten opzichte van de vorige rapportage is het tweede halfjaar van 2013 nu wel volledig. Hierdoor is een kleine verschuiving zichtbaar van 10,2% in de vorige rapportage naar 10,3% in deze rapportage. Hieruit kan afgeleid worden dat de inschatting toen redelijk betrouwbaar was. In een volgende rapportage kan een vollediger beeld geschetst worden van 2014.
- De verwachting is dat het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten zal afnemen met de invoering van de GB-GGZ, omdat een gedeelte van deze zorg gesubstitueerd kan worden naar de GB-GGZ.
- Bij de groep patiënten <18 jaar is het beeld vergelijkbaar met het beeld hieronder.

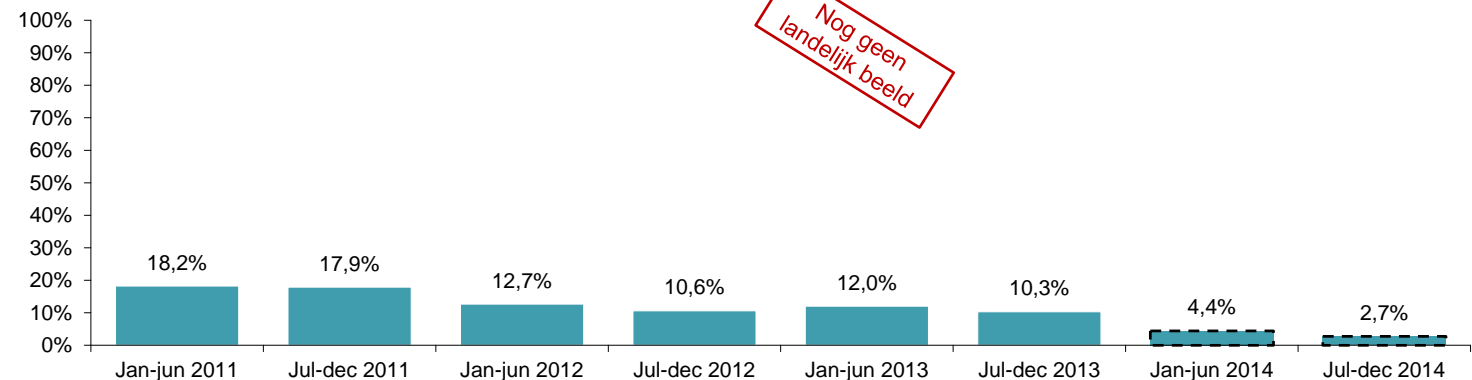
**Definitie:** van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend geeft deze indicator het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten. Hieruit zijn de volgende DBC's uitgesloten:

- 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

#### Toelichting stippellijn:

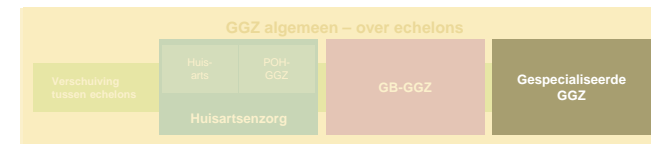
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

% patiënten met een DBC < 800 minuten bij betrokken aanbieders



# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon



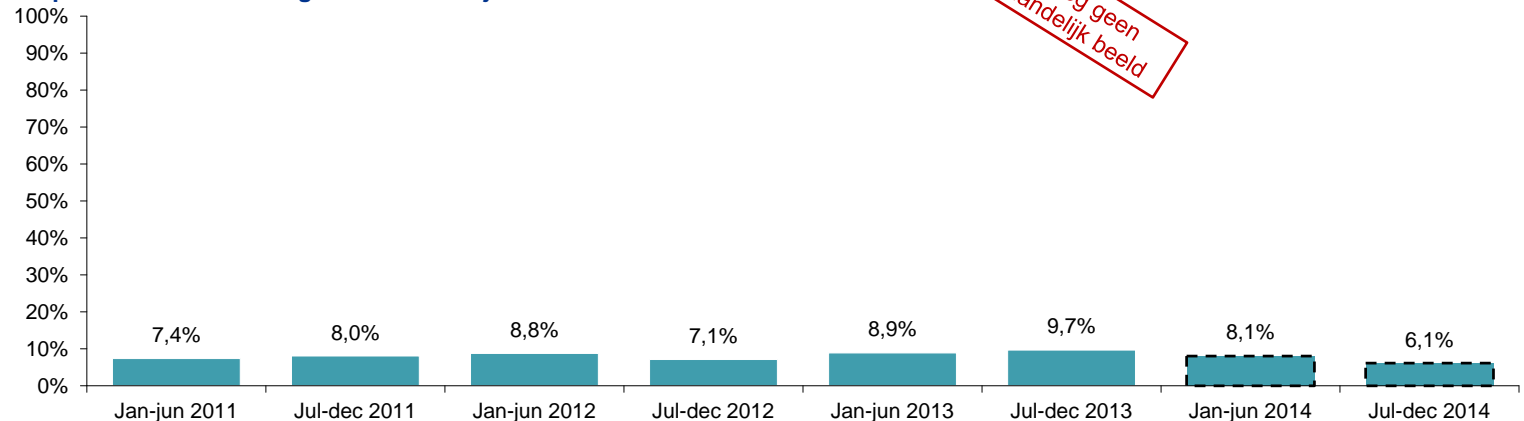
**Definitie:** Van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend, geeft deze indicator het percentage patiënten waarvoor een DBC is gesloten als diagnostiek DBC.

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

### 3.4.3.2 Percentage patiënten met een diagnostiek DBC

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien met een diagnostiek DBC. De beide helften van 2014 geven een onderschatting, omdat nog niet alle (diagnostiek) DBC's zijn afgesloten (respectievelijk 66% en 35%). Het tweede halfjaar van 2013 was in de vorige rapportage nog niet volledig gesloten. Dat is nu wel het geval. Het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in het tweede halfjaar 2013 is ten opzichte van de vorige rapportage veranderd van 9,3% naar 9,7% nu. Hieruit kan afgeleid worden dat de inschatting toen redelijk betrouwbaar was. In een volgende rapportage kan een volledig beeld geschetst worden van 2014.
- 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).
- Bij de groep patiënten <18 jaar ligt het percentage patiënten met een diagnostiek DBC iets hoger (rond 11,5%) vóór 2014 en is in 2014 (zelfs met een onderschatting) al een stijging te zien van het aantal diagnostiek DBC's met naar verhouding minder patiënten, maar juist meer diagnostiek.

% 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.



*cutting through complexity™*



# Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Toelichting op kwantitatieve data
4. Regio afbakening
5. Achtergronden data analyse
6. Gebruikte coderingen
7. Onderzoek vrijgevestigde aanbieders
8. Gehanteerde afkortingen

## 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.

- Op deze pagina zijn de indicatoren weergegeven die in de voorgaande rapportages ook weergegeven zijn. Op de volgende pagina zijn de indicatoren weergegeven die in deze rapportage voor het eerste weergegeven worden.

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg	% huisartsen met POH-GGZ
GB-GGZ	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	% patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
S-GGZ	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
	% patiënten met diagnostiek DBC
Over echelons	# patiënten in zorg per echelon
	Totale behandelkosten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
	Totale medicatiekosten per echelon
	% patiënten met medicatie per echelon
	Medicatiekosten per patiënt per echelon

## Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	Percentage patiënten die zorg ontvangen in twee verschillende echelons 180 dagen na laatste POH consult
	Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder*
GB-GGZ	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar GB-GGZ
	Percentage patiënten dat recidiveert binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product
S-GGZ	Echelon(s) waarin patiënten S-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar S-GGZ
	Percentage patiënten dat recidiveert binnen 365 dagen na sluiten S-GGZ product

\* Deze indicator is geformuleerd naar aanleiding van de motie van Kuzu van 2 juli 2013. Op dit moment is het nog niet mogelijk om volledig invulling te geven aan de motie, omdat slechts beperkte data van verwijzingen beschikbaar is. Vanaf het moment dat landelijke validatie plaatsvindt (juni 2016) kan de vraag uit de motie beter beantwoord worden.

## 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).

Tevens zijn kwantitatieve gegevens uitgevraagd bij vrijgevestigde aanbieders (zie hiervoor bijlage 7).

### 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 rapportage heeft betrekking op de jaren 2011 tot en met 2014 en de verslagperioden betrekken halfjaar. Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om enkele indicatoren te bepalen voor 2011.

## 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 is jeugd GGZ overgeheveld naar gemeenten. Deze zorg is voor Vektis daarom 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 uitgerekend. Bevindingen over deze populatie worden in woorden weergegeven bij de betreffende indicator.

### 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is uitgegaan van zorg geleverd door de betrokken 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 deze 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 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 EPZ.

## Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

### Bronnen

<sup>1</sup> *Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ*

<sup>2</sup> *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-tarieven<sup>1</sup>. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen<sup>2</sup>. 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 half februari 2015 (# minuten, type product, etc.).

## 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.

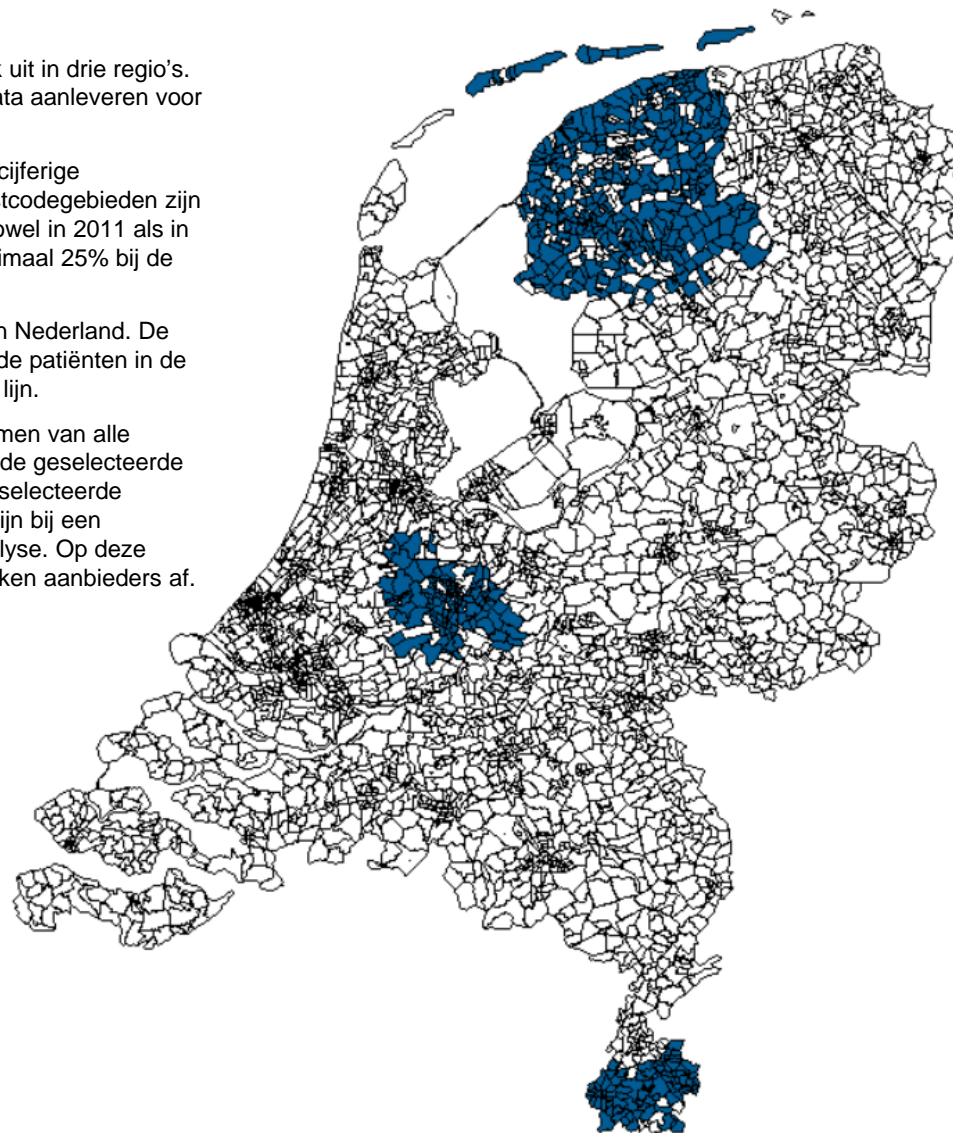
De monitor voert kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit in drie regio's. In bijlage 6 staat welke aanbieders uit deze regio's data aanleveren voor de kwantitatieve analyses in deze monitor.

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% bij de populatie van 18 jaar en ouder.

De regio's omvatten 10,3% van het aantal inwoners in Nederland. De betrokken aanbieders bedienden in 2013 10,8% van de patiënten in de EPZ in de regio's en 49,5% van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn.

In de kwantitatieve analyses zijn gegevens meegenomen van alle patiënten (in zorg bij de betrokken aanbieders) die in de geselecteerde postcodegebieden wonen. 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 een verslagperiode een geopend product had. Dit betekent dat een patiënt in hetzelfde halfjaar ofwel eerst bij de EPZ/GB-GGZ zorg ontving en daarna in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ of omgekeerd. Uitzondering op toewijzing aan het zwaarste echelon 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.
- Indicatoren met betrekking tot patiëntstromen: hier wordt gekeken naar alle echelons waarin de patiënt zorg ontvangen heeft.

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 verslagperiodes. Als we meer gegevens beschikbaar hebben, komen we terug op de vraag of dit toevallig of structureel is.

### Percentage patiënten niet meegenomen in betreffende echelon omdat zij in zwaarder echelon ook zorg ontvingen in de verslagperiode

	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jul-dec 2014
POH-GGZ	12%	12%	11%	11%	11%	12%
EPZ	18%	18%	51%	45%	n.v.t.	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	30%	22%

Nog geen  
landelijk beeld



## Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

### Percentage afgesloten producten

De resultaten van de indicatoren zijn bepaald op basis van data zoals deze half februari beschikbaar waren. Op dat moment waren nog niet alle geopende producten reeds afgesloten (in POH-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ).

Voor de POH-GGZ data geldt voor het tweede halfjaar van 2014 dat van het derde kwartaal ongeveer 93% gedeclareerd is en voor het vierde kwartaal ongeveer 74%. Voor de voorliggende periodes is 100% van de data gedeclareerd en dus inzichtelijk.

Hieronder staat voor de 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ een overzicht van het percentage producten dat al wel gesloten was. OVP's zijn in deze berekening niet meegenomen, omdat OVP's geen producten zijn die open kunnen staan. Bij de indicatoren waar we nog verschuiving verwachten als meer producten gesloten zijn, is dit aangegeven in de figuren met stippelijntjes.

### Percentage afgesloten producten

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jun-dec 2014
2e lijn	100%	100%	100%	100%	100%	100%	n.v.t.	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	83%	66%
Gespecialiseerde GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	37%	35%

Nog geen  
landelijk beeld

## 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 zorgproduct dat betrokken aanbieders hebben ingevuld. Indien dit niet gevuld was, is uitgegaan van het ingevulde verwachte zorgproduct.
- 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 2012 (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 was voor de vorige rapportage voor het tweede halfjaar van 2013 € 63,5 miljoen aan DBC's aangeleverd. Door middel van opschaling was dit geëxtrapolerd naar € 104 miljoen. Voor de huidige rapportage is door betrokken aanbieders een nieuwe aanlevering gedaan voor het tweede halfjaar van 2013. Deze aanlevering is nu compleet en betreft € 110 miljoen. 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 0,24% van de aangeleverde producten (740 van de 310 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. In de rapportage van juni 2016 worden de trends op regionaal niveau gevalideerd met landelijke data. Op dat moment zijn namelijk landelijke declaratiedata beschikbaar bij Vektis, zowel van instellingen als van vrijgevestigde aanbieders.

## 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 (Prima)	Zuid-Limburg

# Bijlage 6 – Gebruikte coderingen

## Huisartsenzorg

### Huisartsenzorg

De volgende ICPC-coderingen zijn gebruikt om patiënten met psychische problematiek bij de huisarts in kaart te brengen.

Psychische symptomen			Psychische stoornissen			Sociale problemen			
P01	Angstig/nervuus/ gespannen gevoel	P16	Acuut alcohol misbruik/intoxicatie	P70	Seniele dementie/Alzheimer	Z01	Armoede/financieel probleem	Z15	Verlies/overlijden van partner
P02	Crisis/voorbijgaande stressreactie	P17	Tabaksmisbruik	P71	Andere organische psychose(n)	Z02	Probleem met voedsel/water	Z16	Relatieprobleem met kind
P03	Down/depressief gevoel	P18	Geneesmiddelmisbruik	P72	Schizofrenie	Z03	Probleem huisvesting/buurt	Z18	Probleem met ziekte van kind
P04	Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	P19	Drugsmisbruik	P73	Affectieve psychose	Z04	Probleem met sociale/culturele achtergrond	Z19	Verlies/overlijden van kind
P05	Zich oud voelen/gedragen	P20	Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen	P74	Angststoornis/angsttoestand	Z05	Probleem met werksituatie	Z20	Relatieprobleem met ouders/familie
P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	P21	Overactief kind/hyperkinetisch syndroom	P75	Hysterie/hypochondrie	Z06	Probleem met werkloosheid	Z21	Probleem met gedrag van ouders/familie
P07	Libido verlies/vermindering	P22	Andere zorgen gedrag kind	P76	Depressie	Z07	Probleem met opleiding	Z22	Probleem met ziekte van ouders/familie
P08	Seksuele bevrediging verlies/vermindering	P23	Andere zorgen gedrag adolescent	P77	Suicidepoging	Z08	Probleem met sociale verzekering/welzijnszorg	Z23	Verlies/overlijden van ouders/familie
P09	Bezorgdheid over seksuele voorkeur	P24	Specifiek leerprobleem	P78	Neurasthenie/surmenage	Z09	Probleem met justitie/politie	Z24	Relatieprobleem met vrienden
P10	Stamelen/stotteren/tics	P25	Levensfaseprobleem volwassene	P79	Andere neurose	Z10	Probleem toegankelijkheid/ beschikbaarheid gezondheidszorg	Z25	Probleem ten gevolge van geweld
P11	Eetprobleem(en) bij kind	P27	Angst voor psychische ziekte	P80	Persoonlijkheds-/karakterstoornis	Z11	Probleem met ziek zijn	Z27	Angst een sociaal probleem te hebben
P12	Enuresis [ex. U04]	P28	Functiebeperking/handicap psychische ziekte	P85	Mentale retardatie/intellectuele achterstand	Z12	Relatieprobleem met partner	Z28	Sociale functiebeperking/handicap
P13	Encopresis	P29	Andere psychische symptomen/klachten	P98	Andere/niet gespecificeerde psychose(n)	Z13	Probleem met gedrag van partner	Z29	Ander sociaal probleem
P15	Chronisch alcoholmisbruik			P99	Andere psychische stoornissen	Z14	Probleem met ziekte van partner		

## 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

### Bron:

<sup>1</sup> NZa: Regeling NR/CU-530

### GB-GGZ

Binnen de 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<sup>1</sup>:

- 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

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen

### 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ

#### 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ

Voor de 2<sup>e</sup> 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
N05AA01	CHLOORPROMAZINE	N05AH03	OLANZAPINE	N05BE01	Buspirone	N06AX11	MIRTAZAPINE
N05AA02	LEVOMEPROMAZINE	N05AH04	QUETIAPINE	N06AA01	DESIPRAMINE	N06AX12	BUPROPION
N05AA03	PROMAZINE	N05AL01	SULPIRIDE	N06AA02	IMIPRAMINE	N06AX16	VENLAFAXINE
N05AB02	FLUFENAZINE	N05AN01	LITHIUM	N06AA04	CLOMIPRAMINE	N06AX21	DULOXETINE
N05AB03	PERFENAZINE	N05AX08	RISPERIDON	N06AA09	AMITRIPTYLINE	N06AX22	AGOMELATINE
N05AB04	PROCHLOORPERAZINE	N05AX12	ARIPIPRAZOL	N06AA10	NORTRIPTYLINE	N06BA04	METHYLFENIDAAT
N05AC01	PERICIAZINE	N05AX13	PALIPERIDON	N06AA12	DOXEPINE	N06BA09	ATOMOXETINE
N05AC02	THIORIDAZINE	N05BA01	Diazepam	N06AA16	DOSULEPINE	N06DA03	RIVASTIGMINE
N05AD01	HALOPERIDOL	N05BA02	Chlordiazepoxide	N06AA21	MAPROTILINE	N06DA04	GALANTAMINE
N05AD05	PIPAMPERON	N05BA04	Oxazepam	N06AB03	FLUOXETINE	N06DX01	MEMANTINE
N05AD06	BROOMPERIDOL	N05BA05	Potassium clorazepate	N06AB04	CITALOPRAM	N07BA02	BUPROPION
N05AD07	BENPERIDOL	N05BA06	Lorazepam	N06AB05	PAROXETINE	N07BB01	DISULFIRAM
N05AE03	SERTINDOL	N05BA08	Bromazepam	N06AB06	SERTRALINE	N07BB03	ACAMPROSAAT
N05AF01	FLUPENTIXOL	N05BA09	Clobazam	N06AB08	FLUVOXAMINE	N07BB04	NALTREXON
N05AF03	CHLOORPROTIXEEN	N05BA10	Ketazolam	N06AB10	ESCITALOPRAM	N07BC01	BUPRENORFINE
N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	N05BA11	Prazepam	N06AF03	FENELZINE	N07BC02	METHADON
N05AG01	FLUSPIRILEEN	N05BA12	Alprazolam	N06AF04	TRANLYCYPROMINE	N07BC51	BUPRENORFINE, COMBINATIEPREPARATEN
N05AG02	PIMOZIDE	N05BA17	Fludiazepam	N06AG02	MOCLOBEMIDE	N06BA02	Dexamfetamine
N05AG03	PENFLURIDOL	N05BA56	Lorazepam, combinations	N06AX03	MIANSERINE		
N05AH02	CLOZAPINE	N05BB01	Hydroxyzine	N06AX05	TRAZODON		



# Bijlage 7 – Onderzoek vrijgevestigde aanbieders

## Aanpak onderzoek

### Aanleiding voor onderzoek onder vrijgevestigde aanbieders

In eerdere versies van de monitor zijn de resultaten gebaseerd op aangeleverde data van zeven betrokken aanbieders. Dit zijn de grotere GGZ-instellingen in de onderzochte regio's. De vrijgevestigde input vond plaats via het kwalitatieve onderzoek. Om in het beeld van de monitor ook de vrijgevestigden kwantitatief te betrekken, is voor de huidige rapportage een enquête onder vrijgevestigde aanbieders in de drie regio's uitgezet.

### Aanpak enquête

- Leden van de branchevereniging LVVP in de drie regio's hebben een digitale enquête gekregen bestaande uit 7 vragen (zie volgende pagina). We hebben aan 392 emailadressen de vragenlijst gestuurd. Na meerdere herinneringen (vanuit zowel KPMG Plexus als de LVVP) hebben uiteindelijk 46 respondenten de vragenlijst ingevuld. Dit komt overeen met een respons rate van 12%.
- De gegevens over 2013 zijn ook bekend bij Vektis. De aangeleverde cijfers zijn daarom naast de beschikbare data van Vektis gelegd voor validatie. Om verschillende redenen was het moeilijk de definities gelijk te trekken, bijvoorbeeld:
- Vektis beschikt alleen over data met betrekking tot verzekerde zorg, terwijl vrijgevestigde aanbieders ook data omtrent onverzekerde zorg leverden.
- Omzet rekt Vektis toe aan consultdatum, terwijl vrijgevestigden aangaven dit toe te rekenen naar het moment van het ontvangen van de omzet.
- Vrijgevestigden leverden ook data over niet afgesloten DBC's, terwijl Vektis deze informatie niet heeft.
- Data van 2014 kon niet vergeleken worden, omdat deze data nog niet geheel uitgedeclareerd en bij Vektis aangeleverd is.
- Om deze redenen was het niet mogelijk om een echte validatieslag uit te voeren. Wel hebben we respondenten benaderd voor extra toelichting op het moment dat de ingevulde resultaten opvallend leken.
- Gezien de lage respons en de moeilijkheid voor validatie van de aangeleverde data hebben we in overleg met de LVVP besloten om de bevindingen van het aanvullende onderzoek ten aanzien van de vrijgevestigden kwalitatief te beschrijven. Door de lage respons kunnen er geen kwantitatieve uitspraken gedaan worden op basis van het onderzoek..

### Mogelijke verklaringen voor lage respons

Naast de 46 ingevulde vragenlijsten hebben 30 andere respondenten aan ons of de LVVP redenen aangegeven waarom het voor hen niet mogelijk was om de enquête in te vullen. Meest voorkomende reacties waren:

- De gevraagde gegevens zijn (nog) niet (gemakkelijk) te achterhalen
- Het invullen van de vragenlijst kost teveel tijd. De LVVP geeft aan dat leden bij hen aangeven dat ze vanwege de fors verhoogde administratieve lasten niet toekomen aan extra zaken, zoals het leveren van een bijdrage aan dit onderzoek.
- Twijfels over geboden privacy

# Bijlage 7 – Onderzoek vrijgevestigde aanbieders

## Inhoud vragenlijst

### Inhoud vragenlijst

Naast enkele vragen over personalia om een validatie te kunnen doen op de aangeleverde resultaten, hebben we vier inhoudelijke vragen gesteld voor vier perioden (twee halfjaren in 2013 en 2014) en twee echelons (EPZ/GB-GGZ, 2e lijn/gespecialiseerde GGZ).

- Aantal aanmeldingen

Definitie: onder aantal aanmeldingen valt het aantal unieke patiënten dat in de betreffende periode bij u nieuw in zorg kwam (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond), omdat deze persoon hiervoor (minimaal 1 jaar) bij u geen GGZ-zorg heeft ontvangen. Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg. (notatie zonder komma's of punten)

- Aantal patiënten in de zorg

Voor EPZ: het aantal unieke patiënten voor wie u zorg gedeclareerd heeft in de genoemde periode (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond). Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg.

Voor 2e lijn/GB-GGZ/gespecialiseerde GGZ: het aantal unieke patiënten voor wie een product openstond bij u in de genoemde periode (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond). Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg. (notatie zonder komma's of punten)

- Omzet/behandelkosten

Voor EPZ: het bedrag dat u heeft ontvangen voor de zorg geleverd (consulten) in de genoemde periode (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond). Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg.

Voor 2e lijn/GB-GGZ/gespecialiseerde GGZ: het bedrag dat u heeft ontvangen of verwacht te ontvangen voor DBC's of producten geopend in de betreffende periode (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond). Kunt u inschatten wat de omzet zal zijn van DBC's of producten die op dit moment nog niet gesloten zijn? Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg.

- Aantal producten GB-GGZ (per type, alleen 2014)

Definitie: het aantal producten geopend in de betreffende periode van elk type product (ook wanneer er alleen diagnostiek plaatsvond). Dit geldt voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg.

## Bijlage 7 – Onderzoek vrijgevestigde aanbieders

### Overzicht respondenten

#### Overzicht respondenten

De volgende respondenten hebben de vragenlijst ingevuld (en daarnaast nog 15 aanbieders die niet genoemd wilden worden)

Naam praktijk	Naam praktijk
Botshol Psychotherapie	Psychologenpraktijk van Dijk en Hoog Antink
BW-psychologie	Psychologenpraktijk Voerendaal Steenbeek
Centrum voor Basis GGZ Dokkum-Burgum	Psychologiepraktijk Tuinwijk
Eerstelijnspraktijk Woudenberg	Psychoogeenpraktijk Nijlan Bootsma
Eerstelijnspsycholoog Medisch Centrum Dorp	Psychotherapie praktijk theysmeyer
Heuvelrug	Psychotherapiepraktijk A.F. de Wolf
Mw. drs. M.J.T. Frericks	Psychotherapiepraktijk Broekhuizenvorst
Praktijk voor klinische psychologie en psychotherapie	Psychotherapiepraktijk Notermans
Praktijk voor Psychotherapie J. Van Mulken B.V.	Psychotherapiepraktijk P.A. Baggelaar
Praktijk voor psychotherapie. Prof.dr. MHF van Uden	Psychotherapiepraktijk Sanders
PSY-Care	Psychotherapiepraktijk Wies Verheul
Psychologenpraktijk cladder	PVP Leo van Horen
Psychologenpraktijk de Greev	S.P.E.L. Amersfoort
Psychologenpraktijk Mondriaanlaan	S.Vossen Psychotherapie
Psychologenpraktijk Steyl	Van der Wall Psychologie

## Bijlage 8 – Gehanteerde afkortingen

Afktoring	Volledige omschrijving
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
EMH	E-mental health
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVVP	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zvw	Zorgverzekeringswet



© 2015 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.