



# Monitor generalistische basis GGZ

Verslagperiode: 2011-2016

In opdracht van het Ministerie van VWS

Juni 2018



## **Juni 2018**

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met Vektis.

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.

# Inhoudsopgave

## Contactpersonen KPMG:

**Karina Kuperus**  
*Partner KPMG Health*  
Tel: + 31 (0)6 51367395

**Karin Lemmens**  
*Senior manager KPMG Health*  
Tel: + 31 (0)6 12513683  
lemmens.karin@kpmg.nl

**Renée de Valk**  
*Senior consultant KPMG Health*  
Tel: +31 (0)6 23173024  
devalk.renee@kpmg.nl

Deze opdracht voert KPMG uit in samenwerking met Vektis.

	Pagina		Pagina
<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>55</b>
<b>1. Inleiding en aanpak</b>	<b>13</b>	1. Geformuleerde vragen door VWS	56
1.1 Inleiding	14	2. Overzicht indicatoren	58
1.2 Aanpak	16	3. Uitgebreide toelichting methode	59
<b>2. Verdieping bevindingen</b>	<b>18</b>	4. Gebruikte coderingen	63
2.1 Toegankelijkheid	20	5. Afkortingen	67
2.2 Betaalbaarheid	32	6. Klankbordgroep	68
2.3 Kwaliteit	41		



# Samenvatting

# Samenvatting: achtergrond

## Scope monitor GB-GGZ

De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. De effecten van deze gehele ontwikkeling worden meegenomen in de monitor GB-GGZ.

Jeugd-ggz is geen onderdeel van deze rapportage. De jeugd-ggz valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten. Ook bij het echelon huisartsenzorg is de jeugd niet meegenomen.

Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet (Zvw) valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt deze LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om €50 miljoen en 1.300 patiënten. In 2016 gaat het landelijk om ongeveer €127 miljoen en 2.250 patiënten (peildatum 20 februari 2018).

## Achtergrond

Per 2014 is een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd. Het nieuwe systeem bestaat uit drie echelons (zie figuur rechts):

- Huisartsenzorg (inclusief zorg geleverd door de praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ))
- Generalistische basis GGZ (GB-GGZ)
- Gespecialiseerde GGZ

KPMG heeft in samenwerking met Vektis een monitor GB-GGZ ontwikkeld om de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijziging in de GGZ te volgen. Het onderzoek voor de huidige rapportage (juni 2018) bestaat uit een kwantitatief onderzoek naar het behalen van de beoogde doelen op basis van de vragen van VWS en de landelijke beschikbare data, bijvoorbeeld patiëntaantallen en behandelkosten (zie Bijlage 1).

Een aantal aandachtspunten bij het lezen van de rapportage:

- In deze rapportage worden resultaten gepresenteerd op basis van de landelijke data over de periode 2011 tot en met 2016. In deze monitor zijn de door de zorgverzekeraar vergoede kosten in de GGZ meegenomen. Hier valt naast de gecontracteerde zorg, ook de niet-gecontracteerde zorg, maar wel door de zorgverzekeraar vergoede zorg onder. Eigen bijdragen zijn niet meegenomen in dit onderzoek.
- In de rapportage worden verklaringen gegeven voor de waargenomen trends in de data. De stelselwijziging is echter niet los te zien van andere ontwikkelingen in het veld. Het zijn daarmee mogelijke verklaringen. Andere relevante ontwikkelingen en factoren van invloed zijn bijvoorbeeld de ambulantisering, inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld omzetplafonds en productmixen), de focus op korter behandelen en de decentralisaties.

- De resultaten van het echelon huisartsenzorg bevatten alleen de zorg geleverd door de POH-GGZ en niet de zorg geleverd door de huisarts. Een deel van de patiënten die voorheen behandeld werd door de huisarts, wordt nu ook behandeld door een POH-GGZ. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.1.2 en 2.2.3) gaan wel specifiek in op GGZ-zorg geleverd door de huisarts. Hierin komt naar voren dat ongeveer 1 op de 5 patiënten die bij de huisarts komt met GGZ problematiek door de POH-GGZ gezien wordt.
- In de samenvatting illustreren we de resultaten waar mogelijk met mogelijke verklaringen. De uitgebreide resultaten, visuele en verdere onderbouwing staan in de hoofd rapportage.



# Samenvatting: toegankelijkheid

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

Toegankelijkheid wordt in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

- Aantal patiënten per echelon
- Aantal patiënten voor GGZ-zorg bij de huisarts en/of de POH-GGZ (i.s.m. Nivel)
- Percentage patiënten per echelon
- Aantal nieuwe patiënten in zorg
- Percentage huisartsen met een POH-GGZ

## Aantal patiënten per echelon

- **Het totaal aantal patiënten dat GGZ-zorg ontvangt stijgt elk jaar tussen 2012 en 2016.** Deze stijging is in 2016 het grootst, zowel absoluut als procentueel. De stijging in totaal aantal patiënten is vergeleken met 2015 47.723 patiënten. Dit is een procentuele stijging van 4%.
- **Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012.** Sinds 2012 is het aantal patiënten bij de POH-GGZ met 332% (2016) gestegen. De stijging is het grootst tussen 2013 en 2014 bij de overgang naar het nieuwe stelsel. De stijging kan verklaard worden door een toename van het aantal huisartsen met een POH-GGZ, substitutie vanuit andere echelons en eventuele aantrekking van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in zorg waren. Mogelijk speelt het eigen risico hierbij een rol aangezien dit niet geldt voor huisartsenzorg.
- **Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ stijgt fors tussen 2014 en 2015.** Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ daalt tussen 2012 en 2013, waarna een stijging te zien is vanaf 2013. Tussen 2014 en 2015 is de stijging fors, namelijk 21%. Deze stijging wordt, echter minder sterk, doorgezet in 2016. Verklaringen voor deze stijging zijn onder andere gerichtere verwijzing naar de GB-GGZ en het op gang komen van de substitutie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ. Daarnaast speelt mogelijk het bestaan van wachtlijsten in de gespecialiseerde GGZ een rol. Sinds 2012 is het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ met 9% (2016) gestegen.
- **Het aantal patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012.** Het aantal patiënten is met 22% (2016) gedaald. Een verklaring is verdere substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ.

## Aantal patiënten voor GGZ-zorg bij de huisarts en/of de POH-GGZ

- Uit de analyse van Nivel blijkt dat **het percentage patiënten dat bij de huisarts is geweest voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen tussen 2011 en 2017 is gestegen.** Deze percentages zijn gestegen van respectievelijk 8,2%, 5,3% en 3,5% in 2011 naar 9,7%, 7,0% en 4,4% in 2017.
- **Ook het percentage patiënten dat bij de POH-GGZ is geweest voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen is tussen 2011 en 2017 gestegen.** Dit percentage is relatief harder gestegen dan de percentages bij de huisarts, namelijk van 0,3%, 0,3% en 0,2% in 2011 naar 1,9%, 1,7% en 1,1% in 2017.

## Percentage patiënten per echelon

- **Ondanks dat het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is gedaald, blijft het echelon in vergelijking met de andere echelons nog veruit het grootst.** De daling in aantal patiënten kan verklaard worden door substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de GB-GGZ. Hierbij is het van belang om in oog te houden dat in het echelon huisartsenzorg alleen de patiënten zijn meegenomen die van de POH-GGZ zorg hebben ontvangen. Het grootste deel van de patiënten met GGZ problematiek komt bij de huisarts (4 op de 5).
- **Het grootste deel van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ wordt behandeld in instellingen. Het grootste deel van de patiënten in de EPZ/GB-GGZ ontvangt zorg bij vrijevestigde aanbieders, maar dit percentage daalt sinds 2015.**

# Samenvatting: toegankelijkheid

## Aantal nieuwe patiënten

- **Minder patiënten nieuw in zorg in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ samen sinds de stelselwijziging; sterke toename van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ.** Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ en 2<sup>e</sup> lijn samen in 2012 en 2013 (respectievelijk 405.000 en 424.000) is hoger dan het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014, 2015 en 2016 (respectievelijk 348.000, 342.000 en 357.000). Dit is een daling in aantal nieuwe patiënten tussen 2012 en 2016 van 12%. Een verklaring is substitutie van patiënten naar de POH-GGZ.
- **Het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ neemt sterk toe** tussen 2012 en 2016 van 74.000 naar 290.000. Dit sluit aan bij de toename van het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ. Dit is een stijging van 294%.
- **Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ/GB-GGZ laat een schommelende beweging zien.** Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ neemt tussen 2012 en 2013 af, maar bij de introductie van de GB-GGZ in 2014 stijgt het. In 2015 en 2016 is een lichte stijging zichtbaar. Mogelijk komt dit door een ingroei-effect, omdat in 2014 voor patiënten uit de 2<sup>e</sup> lijn nieuwe producten GB-GGZ zijn geopend.
- **Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ is lager dan in de voorgaande jaren.** Het aantal nieuwe patiënten daalde in de gespecialiseerde GGZ in vergelijking met het aantal nieuwe patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn. De daling in aantal nieuwe patiënten tussen 2012 en 2016 is 19%. Dit sluit aan bij de daling van het totaal aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ. Een mogelijke verklaring is dat patiënten met lichtere problematiek die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn gingen, nu instromen in de GB-GGZ of in zorg komen bij de POH-GGZ.

## Huisartsen met een POH-GGZ

- **Het percentage huisartsen met een POH-GGZ neemt toe tussen 2011 en 2015** van 37% in 2011 naar 84% in 2015. Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten bij de POH-GGZ. Het percentage huisartsen met een POH-GGZ blijft tussen 2015 en 2017 nagenoeg gelijk.

# Samenvatting: 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 dicht bij huis.

Betaalbaarheid wordt in het kwantitatieve onderzoek onder andere inzichtelijk gemaakt door:

- Totale behandelkosten
- Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
- Behandelkosten GGZ-zorg bij de huisarts en/of de POH-GGZ (i.s.m. Nivel)
- Percentage behandelkosten per echelon
- Gemiddelde behandelkosten per patiënt
- Aantal patiënten in elk echelon (weergegeven onder toegankelijkheid)
- Aantal minuten per product (weergegeven onder kwaliteit)

## Totale behandelkosten

- **De behandelkosten (voor consulten en inschrijftarief) bij de POH-GGZ laten een stijging zien tussen 2011 en 2016** van €19 miljoen naar €133 miljoen. Dit is gedeeltelijk te verklaren door stijgende patiëntaantallen bij de POH-GGZ met bijbehorende toename in het aantal consulten bij de POH-GGZ en de hogere behandelkosten per patiënt.
- **De totale behandelkosten in de GB-GGZ (variërend van €170 miljoen tot €197 miljoen) zijn hoger in vergelijking met de totale behandelkosten in de EPZ (variërend van €78 miljoen tot €104 miljoen).** Verklaringen hiervoor zijn onder andere de toename in patiënten in de GB-GGZ, de hogere kosten per patiënt in de GB-GGZ en de wijzigingen in de zorgaanspraken binnen de Zvw.
- **De totale behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ fluctueren, maar stijgen licht sinds 2014** (van €2,96 miljard in 2014 naar €3,01 miljard in 2016).

## Behandelkosten GGZ-zorg bij de huisarts en/of de POH-GGZ

- In lijn met de patiëntaantallen **stijgen tussen 2011 en 2017 ook de kosten voor consulten bij de huisarts voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen per ingeschreven patiënt.** Deze kosten stijgen van respectievelijk €1,77, €1,41 en €0,72 in 2011 naar €2,25, €2,03 en €0,94 in 2017.
- **Ook stijgen tussen 2011 en 2017 de kosten voor consulten bij de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen.** Deze kosten stijgen van respectievelijk €0,16, €0,14 en €0,07 in 2011 naar €1,03, €0,99 en €0,52 in 2017.

## Percentage behandelkosten per echelon

- **Het percentage behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is het grootst (tussen de 90% en 96%), maar dit aandeel neemt af sinds 2014.** Het percentage behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ neemt af van 96% in 2012 tot en met 2013 naar 90% in 2016. Verklaringen hiervoor zijn onder andere de stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ en de stijging van de gemiddelde behandelkosten van patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ.

## Gemiddelde behandelkosten per patiënt

- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ (inclusief inschrijftarief) zijn vanaf 2014 toegenomen** (variërend van €211 tot €224 vóór 2014 en variërend van €262 tot €276 na 2014). Een mogelijke verklaring is dat 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. Ook de kosten voor consulten bij de POH-GGZ zijn na 2014 hoger dan voor 2014.
- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ (variërend van €761 tot €902) zijn hoger dan in voorgaande perioden in de EPZ (variërend van €324 tot €395).** Een verklaring is de zwaardere problematiek van de populatie door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ en substitutie van de populatie met lichtere problematiek naar de huisarts en de POH-GGZ. Ook de veranderde tariefstructuur en gewijzigde zorgaanspraken binnen de Zvw spelen hier een rol, gezien de hogere tarieven in de GB-GGZ in vergelijking met de EPZ.



# Samenvatting: betaalbaarheid

- Ook stijgen tussen 2014 en 2016 de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ, onder andere door het grotere aandeel van duurdere producten, zoals intensief en chronisch. Dit wordt mogelijk verklaard door inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders; de contractering van het product chronisch is bijvoorbeeld later op gang gekomen. Daarnaast waren de (maximum) tarieven van 2014 lager dan de tarieven van 2016.
- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ stijgen tussen 2011 en 2016 van €4.274 naar €5.968.** Dit kan verklaard worden door substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de POH-GGZ wat erin resulteert dat gemiddeld langere en dus duurdere DBC's in de gespecialiseerde GGZ overblijven (en dus minder gecompenseerd worden door kortere DBC's). Daarnaast waren de (maximum) tarieven van 2014 lager dan de tarieven van 2015 en 2016.

# Samenvatting: 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 in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

- Aantal consulten bij de POH-GGZ
- Vervolgzorg na de POH-GGZ
- Verdeling van producten in de GB-GGZ
- Wijzigingen van producten in de GB-GGZ
- Aantal minuten per product in de GB-GGZ
- Echelons waarin patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen

## Aantal consulten bij de POH-GGZ

- **Het aantal consulten bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2016.** De mediaan van het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ stijgt van 2 naar 3 consulten. Ook de spreiding van het aantal consulten neemt toe sinds 2011. Het gemiddelde van het aantal consulten is gestegen van 2,9 consulten in 2011 naar 4,7 consulten in 2016. Meer consulten bij de POH-GGZ kan enerzijds wijzen op een te lange behandeling bij de POH-GGZ. Anderzijds kan het duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Het is ook mogelijk dat bepaalde patiënten zorg ontvangen bij de POH-GGZ, bijvoorbeeld waarbij meer tijd nodig is om gericht te kunnen door verwijzen.

## Zorg in de keten na de POH-GGZ

- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten binnen drie maanden geen product in de GB-GGZ. Wel is te zien dat **hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de GB-GGZ binnen drie maanden.** Dit kan enerzijds wijzen op te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten voor vervolgzorg duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.
- **Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ binnen drie maanden.** Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten in 2014, 2015 en 2016

binnen drie maanden geen product in de gespecialiseerde GGZ. Opvallend is dat in 2014 en 2015 na meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ, patiënten vaker wel (57% en 58%) dan niet (43% en 42%) zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Hier gelden dezelfde mogelijke verklaringen, zoals benoemd bij vervolgzorg in de GB-GGZ. Daarnaast is het voor de interpretatie van deze cijfers van belang om mee te nemen dat 1% van de patiënten bij de POH-GGZ meer dan 20 consulten heeft.

- **Na consulten bij de POH-GGZ in 2014, 2015 en 2016 worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie.** Na depressie worden de meeste patiënten na consulten bij de POH-GGZ in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.
- **Patiënten met een hoger aantal consulten bij de POH-GGZ hebben daarna vaker een behandeling voor crisis.** 2% van de patiënten in 2014 en 2015 ontvangen na 1-5 of 5-10 consulten bij de POH-GGZ behandeling voor crisis; voor patiënten met meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ is dit respectievelijk 5% en 7%. Een mogelijke verklaring is dat patiënten bij de POH-GGZ behandeld worden in afwachting van een behandeling in de gespecialiseerde GGZ, bijvoorbeeld door het bestaan van wachtlijsten. Het kan ook gaan om chronische patiënten die stabiel waren en vanuit de gespecialiseerde GGZ zijn afgeschaald naar de POH-GGZ. In het geval van een crisis worden zij weer behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Beide kan een indicatie zijn van te late opschaling.

# Samenvatting: kwaliteit

## Verdeling van producten in de GB-GGZ

- **Het product intensief wordt in de GB-GGZ relatief het meest ingezet**, zowel in 2014, 2015 en 2016 (respectievelijk 32%, 41% en 45%). Daarna volgen de producten middel (26%, 22% en 22%) en kort (20%, 14% en 13%). Het aandeel van het product chronisch is relatief laag, maar groeiend (4%, 8% en 9%). Tussen 2014 en 2016 is een stijging te zien van het percentage van het product intensief en chronisch. Het aandeel van de producten kort en middel neemt juist af. Dit hangt mogelijk samen met het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, die eisen aan de productmix meer hebben losgelaten. Omdat de producten intensief en chronisch duurder zijn dan de producten kort en middel, draagt dit bij aan de stijging van de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ.
- **De productmix in de GB-GGZ verschilt tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders.** Bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van het product intensief relatief kleiner en het aandeel van de producten kort en middel groter dan bij instellingen. Dit wordt mogelijk verklaard door de historie waarbij vrijgevestigde aanbieders meer ELZ leverden. Het product chronisch wordt in 2014, 2015 en 2016 voornamelijk door instellingen geleverd. Dit wordt mogelijk verklaard doordat zorgverzekeraars dit product voornamelijk inkopen bij instellingen, omdat zij multidisciplinaire zorg kunnen leveren.

## Gewijzigde producten in de GB-GGZ

- De meeste definitieve producten komen overeen met het verwachte product en worden dus niet gewijzigd. **Het percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-**

**GGZ daalt licht tussen 2014 en 2016** van 18% naar 16%. Mogelijk draagt het dalende percentage producten kort en middel hieraan bij, omdat deze producten relatief vaker worden gewijzigd. Daarnaast kan de daling in percentage gewijzigde producten mogelijk verklaard worden doordat er minder strikte afspraken zijn over de productmix.

## Aantal minuten per product in de GB-GGZ

- **Gemiddeld aantal minuten per product in de GB-GGZ stijgt licht maar blijft onder de HHM tijdsinschatting.** In 2014, 2015 en 2016 blijft bij alle typen producten de mediaan van het aantal minuten per product onder de HHM tijdsinschatting. Tussen 2014 en 2015 stijgt het aantal minuten per product licht, voor alle typen producten. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er substitutie plaatsvindt vanuit de gespecialiseerde GGZ, waardoor de gemiddelde behandelduur in de GB-GGZ toeneemt. Daarnaast kan substitutie van patiënten met relatief lichte problematiek van de GB-GGZ naar de huisartsenzorg resulteren in een doelgroep met relatief zware problematiek in de GB-GGZ. Mogelijk geven deze cijfers een onderschatting weer door eventuele onderregistratie van minuten bij vrijgevestigde aanbieders.
- De spreiding in minuten is het grootst bij het product chronisch. Mogelijk komt dit doordat de chronische doelgroep zich kenmerkt als een gemêleerde doelgroep.

# Samenvatting: kwaliteit

## Echelons waarin patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen

- **De meeste patiënten in de GB-GGZ hebben in het voorgaande jaar geen zorg ontvangen, of alleen zorg bij de POH-GGZ of in de EPZ/GB-GGZ.** Het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee of meer echelons neemt tussen 2014 en 2016 toe van 6% naar 9%. Dit kan mogelijk wijzen op gepast op- en afschalen. Anderzijds kan er ook sprake zijn van een afname van matched care over de echelons: de patiënt wordt niet direct in het juiste echelon behandeld. Om inzicht te krijgen om welke redenen patiënten in twee of meer echelons zorg ontvangen is verder onderzoek nodig.
- **De meeste patiënten die zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ** (61% in 2014, 58% in 2015 en 55% in 2016). Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg (24% in 2014 en 22% in 2015 en 2016). Het percentage patiënten in zorg bij twee of meer echelons neemt toe van 7% in 2014 naar 11% in 2016. Hiervoor gelden dezelfde mogelijke verklaringen als hierboven beschreven voor de GB-GGZ.



# 1. Inleiding en aanpak

# 1.1 Inleiding

\*De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. De hele keten is in beweging, zoals de versterking van de huisartsenzorg en 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 in samenwerking met Vektis.

## 1.1.1 Aanleiding

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Om mensen met psychische aandoeningen zo goed mogelijk te kunnen behandelen is een samenhangend en gevarieerd zorgaanbod nodig. De kosten van GGZ zijn in de jaren voor 2014 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, praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) of eerstelijns psychologische zorg (EPZ)). Hierdoor was de vraag naar gespecialiseerde GGZ relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid van zorg onder druk kwam (onvoldoende gepaste zorg en wachtlijsten), alsmede de kwaliteit (door onvoldoende gepaste zorg en zorg ver weg in plaats van dichtbij) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek).

Per 2014 is een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd, waarbij de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) is geïntroduceerd.\* De stelselwijziging 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 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 met een monitor de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijziging in de GGZ volgen. De opdracht kan worden samengevat als: *Het opzetten van de 'Monitoring effecten GB-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.

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

## 1.1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat de inleiding en een beschrijving van de aanpak. In de aanpak beschrijven we de afbakening van de scope en de aandachtspunten van de monitor van juni 2018. In hoofdstuk 2 gaan we dieper 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. Het hoofdstuk omvat een beschrijving van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in Bijlage 5.

# 1.1 Inleiding

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

## 1.1.4 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

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

- Huisartsenzorg, waar zorg geleverd door de POH-GGZ onderdeel van uitmaakt
- GB-GGZ
- Gespecialiseerde GGZ

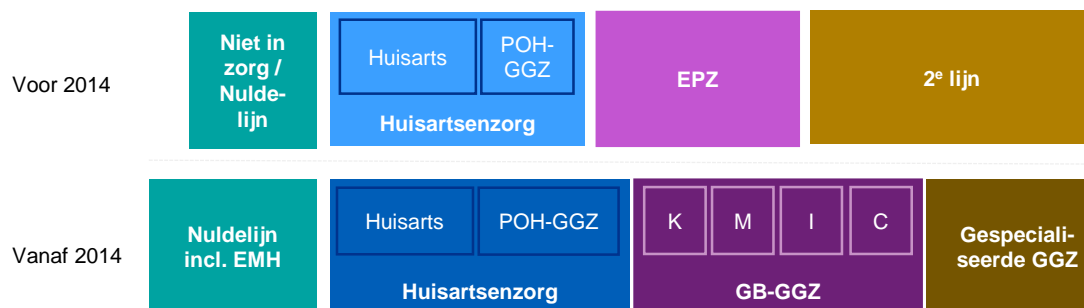
Hieronder staat een beknopte beschrijving van het nieuwe systeem wanneer deze optimaal functioneert:

- 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 mogelijkheid geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, EMH-behandelingen aan te bieden, 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 versterkt 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 gespecialiseerde GGZ 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. De kleuren in de figuur komen overeen met de kleuren die in de rest van de rapportage voor de echelons worden gebruikt.*

# 1.2 Aanpak



## 1.2.1 Monitor: rapportage juni 2018

Het onderzoek voor de rapportage juni 2018 is een kwantitatief onderzoek naar het behalen van de beoogde doelen op basis van landelijke kwantitatieve data, bijvoorbeeld patiëntaantallen en behandelkosten.

Dit voert KPMG uit in samenwerking met Vektis en is gebaseerd op declaratiegegevens (zie paragraaf 1.2.2).

In deze rapportage worden resultaten gepresenteerd op basis van de landelijke data over de periode 2011 tot en met 2016.

De rapportage juni 2018 verschilt in enkele opzichten van eerder verschenen rapportages. Deze verschillen zijn omschreven in Bijlage 3.

Bij het onderzoek is een klankbordgroep betrokken. In Bijlage 6 is een overzicht opgenomen van de functie en de leden van de klankbordgroep.

Naast de monitor GB-GGZ lopen diverse onderzoeken in de GGZ, waaronder door het Trimbos-instituut en Nivel. Deze onderzoeken worden later gepubliceerd en de resultaten vormen een aanvulling op de monitor GB-GGZ.

## 1.2.2 Kwantitatief onderzoek

Bij de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met de volgende punten:

- Het kwantitatief onderzoek is gebaseerd op landelijke declaratiedata in beheer van Vektis. De data omvat zorg geleverd door zowel instellingen als vrijgevestigde aanbieders. In deze monitor zijn de door de zorgverzekeraar vergoede kosten in de GGZ meegenomen. Hier valt ook het deel van niet gecontracteerde zorg vergoed door de

zorgverzekeraar onder (130 miljoen in 2016). Eigen bijdragen zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

- Het kwantitatieve onderzoek geeft landelijke resultaten weer. Waar relevant is een verdiepende analyse gemaakt. Dit is een analyse waarin onderscheid gemaakt is tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders.
- 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. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.1.2 en 2.2.3) gaan wel specifiek in op GGZ-zorg geleverd door de huisarts. Hierin komt naar voren dat ongeveer 1 op de 5 patiënten die bij de huisarts komt voor GGZ problematiek door de POH-GGZ gezien wordt. Voor de rest van de kwantitatieve resultaten in de rapportage geldt: hoewel de POH-GGZ onderdeel is van het echelon huisartsenzorg, heeft de data onder kopjes “POH-GGZ” enkel betrekking op de POH-GGZ en niet op GGZ-zorg die de huisarts levert. Een deel van de patiënten die voorheen behandeld werd door de huisarts, wordt nu ook behandeld door een POH-GGZ.
- Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet (Zvw) valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt de LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om €50 miljoen en 1.300 patiënten. In 2016 gaat het landelijk om ongeveer €127 miljoen en 2.250 patiënten.
- Op basis van de beschikbare data zijn 18 indicatoren berekend. In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de indicatoren.



# 1.2 Aanpak



- In de begeleidende tekst van de figuren worden afgeronde cijfers genoemd.
- Doordat DBC's een jaar open kunnen staan en Vektis data ontvangt van afgesloten declaraties, zit er een vertraging in het beschikbaar komen van landelijke gegevens. De analyses hebben betrekking op het stelsel met de EPZ en 2<sup>e</sup> lijns GGZ van 2011 tot en met 2013 en het stelsel na de introductie van de GB-GGZ met de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014 tot en met 2016 (zie figuur aan de linkerkant van deze pagina).
- De figuren tonen gegevens van patiënten (18+). Door de decentralisatie van jeugdzorg (incl. GGZ) naar gemeenten per 1 januari 2015, zijn gegevens over de populatie <18 jaar niet beschikbaar bij Vektis. Deze doelgroep is daarom geëxcludeerd in dit onderzoek en over deze doelgroep kunnen geen gegevens worden gerapporteerd. Ook bij het echelon huisartsenzorg is de jeugd niet meegenomen.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende jaar een zorgproduct of DBC geopend is, openstond of afgesloten is (afhankelijk van de indicator). De verwerkingsdatum van de gegevens is 20 februari 2018. Op dat moment was de data voor 90% compleet.
- Alleen gesloten producten en DBC's waarvan de declaratie is goedgekeurd zijn meegenomen; afgeschreven producten of DBC's worden niet meegenomen in de berekeningen.
- De cijfers in de huidige rapportage zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de cijfers uit de voorgaande rapportages. Hieronder worden de redenen hiervoor kort opgesomd. In Bijlage 3 is een uitgebreide argumentatie beschreven.
  - In de rapportages tot en met juni 2016 zijn verslagperiodes van een halfjaar gehanteerd. In de huidige rapportage zijn verslagperiodes van een heel jaar, gelijk aan de rapportage van vorig jaar, gehanteerd.
  - Voor één zorgverzekeraar zijn in de rapportage voor de jaren 2015 en 2016 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen door de manier van declareren, wat mogelijk tot een kleine onderschatting bij de POH-GGZ in 2015 en 2016 leidt.
  - Door heraanlevering van data door zorgverzekeraars kunnen correcties plaatsvinden in de data.
  - In de jaren vanaf 2014 zijn de cijfers nog gestegen door nieuwe aanleveringen die nog hebben plaatsgevonden na de analyses van voorgaande jaren. Dit heeft voornamelijk invloed op de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- De effecten van de stelselwijziging kunnen niet los worden gezien van andere ontwikkelingen en factoren die van invloed zijn, zoals de ambulantisering, inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld omzetplafonds en productmixen), de focus op korter behandelen en de decentralisaties.

## 1.2.3 Klankbordgroep

De resultaten van het onderzoek zijn besproken in de klankbordgroep Basis GGZ van het Ministerie van VWS. Bijlage 6 bevat een overzicht met de deelnemers van de klankbordgroep.



# 2. Verdieping bevindingen

# 2. Verdieping bevindingen

## Leeswijzer hoofdstuk 2

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen vanuit het onderzoek. De resultaten van het kwantitatieve onderzoek worden steeds weergegeven in een figuur en vervolgens in tekst beschreven. In onderstaande figuur worden de paragrafen van dit hoofdstuk weergegeven met voorbeelden van bijbehorende indicatoren.

### 2.1 Toegankelijkheid

- Aantal patiënten per echelon
- Aantal nieuwe patiënten in zorg per echelon
- Percentage huisartsen met een POH-GGZ

### 2.2 Betaalbaarheid

- Totale behandelkosten per echelon
- Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
- Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ

### 2.3 Kwaliteit

- Verdeling van producten binnen de GB-GGZ
- Aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ
- Vervolg zorg na aantal consulten bij de POH-GGZ



# 2.1 Toegankelijkheid

# 2.1.1 Aantal patiënten per echelon (1/3)

- Definitie: het betreft hier het aantal unieke patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product dan wel DBC in de verslagperiode (bij GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ). Het echelon gespecialiseerde GGZ bevat ook DBC's die geopend zijn vóór 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2e lijn.
- Wanneer een patiënt in meerdere echelons zorg heeft ontvangen, is de patiënt alleen in het zwaarste echelon meegenomen. Zie bijlage 3 voor aantallen patiënten per echelon zonder toewijzing aan het zwaarste echelon.
- In de analyse van de voorgaande rapportage is per abuis een groep patiënten dubbel meegenomen. De rapportage van juni 2017 geeft om deze reden een overschatting van het aantal patiënten weer. In deze rapportage worden alleen unieke patiënten per jaar geteld. Dit geldt met name voor het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz., waar het gaat om patiënten met twee DBC's waarvan één DBC over de jaargrens heenloopt.

## Aantal patiënten per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2012	84.916		212.385		812.050		1.109.351
2013	128.472		198.594		785.352		1.112.418
2014		259.095		178.068		708.946	1.146.109
2015		321.995		215.840		646.632	1.184.467
2016		367.234		232.415		632.541	1.232.190

## Het totaal aantal patiënten dat GGZ-zorg ontvangt stijgt elk jaar tussen 2012 en 2016

- Het totaal aantal unieke patiënten dat GGZ-zorg ontvangt stijgt elk jaar tussen 2012 en 2016. Dit betreft een stijging van 1,1 miljoen naar 1,2 miljoen patiënten.
- Deze stijging is het grootst, zowel absoluut als procentueel, in 2016. De stijging in totaal aantal patiënten is vergeleken met 2015 47.723 patiënten. Dit is een procentuele stijging van 4%.

## Het aantal patiënten in het zwaardere echelon gespecialiseerde GGZ neemt af, terwijl het aantal patiënten in de echelons GB-GGZ en POH-GGZ toeneemt

- Het totaal aantal patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en de 2e lijn/ gespecialiseerde GGZ samen daalt sinds 2012 (van 1,02 miljoen in 2012 naar 0,86 miljoen in 2016); het aantal patiënten bij de POH-GGZ neemt fors toe.
- Data met betrekking op behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts is bij Vektis niet beschikbaar en daarmee niet meegenomen in de analyses. Deze patiënten zijn dus ook niet meegerekend bij de POH-GGZ in het echelon huisartsenzorg of bij het totaal aantal patiënten. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.1.2 en 2.2.3) gaan wel specifiek in op GGZ-zorg geleverd door de huisarts.

# 2.1.1 Aantal patiënten per echelon (2/3)

### Vervolg

- De correcte cijfers in de huidige rapportage zijn dan ook niet te vergelijken met de cijfers uit de voorgaande rapportage.
- Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

\*Voor het echelon huisartsenzorg betreft het alleen aantallen patiënten bij de POH-GGZ, dus niet in het hele echelon. Daarnaast is ook de jeugd niet meegenomen.

### Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012

- Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012. De stijging is het grootst tussen 2013 en 2014, bij de overgang naar het nieuwe stelsel. Het aantal patiënten bij de POH-GGZ is procentueel gestegen tussen 2012 en 2016 met 332%.
- De stijging kan verklaard worden door:
  - De stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.5).
  - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
  - Substitutie vanuit de andere echelons.
  - Aantrekking van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren. Mogelijk speelt het eigen risico een rol aangezien dit niet geldt voor huisartsenzorg.
- Sinds 2012 is een stabiel beeld te zien van het percentage patiënten dat naast zorg bij de POH-GGZ in hetzelfde jaar ook zorg ontving in de EPZ, GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn of gespecialiseerde GGZ (zie Bijlage 3). Deze patiënten zijn toegewezen aan het zwaarste echelon waarbinnen zij zorg ontvingen en vallen derhalve buiten het aantal patiënten dat is weergegeven voor de POH-GGZ. Dit percentage patiënten is tussen 2012 en 2016 27% tot 24%.

### Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ stijgt fors tussen 2014 en 2015

- Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ daalt tussen 2012 en 2013, waarna een stijging te zien is vanaf 2013. Tussen 2014 en 2015 is de stijging fors. Deze stijging wordt, minder

sterk, doorgezet in 2016. Sinds 2012 is het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ met 9% (2016) gestegen. Mogelijke verklaringen van de stijging zijn:

- Gerichtere verwijzing naar de GB-GGZ vanuit de huisartsenpraktijk, door (betere) afspraken over de verwijscriteria en inzicht van het regionale zorgaanbod (wie biedt welke zorg aan?).
- Het op gang komen van substitutie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ, onder andere doordat een deel van de patiënten met stabiele chronische problematiek gesubstitueerd worden vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Dit komt overeen met de doelen van de stelselwijziging en de daling van patiënten in de gespecialiseerde GGZ.
- Mogelijk speelt het bestaan van wachtlijsten in de gespecialiseerde GGZ een rol. Patiënten ontvangen in een dergelijke situatie overbruggingszorg in de GB-GGZ.
- Het percentage patiënten dat naast zorg in de EPZ of GB-GGZ ook zorg ontving in de 2<sup>e</sup> lijn of gespecialiseerde GGZ is te zien in Bijlage 3. Daarnaast is het aantal patiënten per echelon zonder toewijzing aan het zwaarste echelon te zien. Door toewijzing aan het zwaarste echelon, zijn deze patiënten niet meegerekend in het echelon EPZ/GB-GGZ. Dit percentage is sinds 2014 stabiel rond de 20% en bedroeg in 2012 en 2013 respectievelijk 15% en 16%.

# 2.1.1 Aantal patiënten per echelon (3/3)

## Het aantal patiënten in de 2e lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012

- Het aantal patiënten in de 2<sup>e</sup>lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012. Deze daling in aantal patiënten is tussen 2012 en 2016 22%. Deze daling is het forst tussen 2014 en 2015, samenhangend met de stijging van aantal patiënten in de GB-GGZ. Deze daling wordt, echter minder sterk, doorgezet in 2016. Dit kan onder andere verklaard worden door verdere substitutie van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Dit sluit aan bij één van de doelen van de stelselwijziging dat patiënten met minder complexe problematiek gebruik maken van de GB-GGZ. Daarnaast kan mogelijk het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ gedaald zijn door de toenemende wachtlijsten. Mogelijk hadden meer patiënten zorg in de gespecialiseerde GGZ ontvangen wanneer wachtlijsten niet bestonden.

# 2.1.2 Aantal patiënten bij de huisarts en de POH-GGZ

Toelichting bij de analyses van Nivel, van toepassing op de volgende vier pagina's

- De tabel geeft de gestandaardiseerde percentages van het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 4) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode
- De percentages zijn gestandaardiseerd voor leeftijd, geslacht en stedelijkheid
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van max. 500 praktijken (wisselend per jaar)
- De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 6%-10% van de huisartsenpraktijken in Nederland.

\*Door verandering in aanlevering van de data is het totaal aantal ingeschreven patiënten in de Nivel Zorgregistratie 1<sup>e</sup> lijn in 2016 lager dan in andere jaren. Door alle percentages te standaardiseren voor leeftijd, geslacht en stedelijkheid is hiervoor gecorrigeerd.

## Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

Onderstaande tabel laat het percentage patiënten zien dat in een jaar bij de huisarts (HA) en de POH-GGZ is geweest voor psychische symptomen, psychische stoornissen en/of sociale problematiek.

- Over de gehele periode van 2011 tot 2017 is in alle drie de categorieën voor zowel de huisarts als de POH-GGZ een stijging te zien van het percentage patiënten.
- Van de patiënten die in 2017 bij de huisarts komt voor psychische symptomen of sociale problemen, komt ongeveer 1 op de 5 bij de POH-GGZ. Voor psychische stoornissen is dit ongeveer 1 op de 4.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Totaal aantal ingeschreven patiënten Nivel Zorgregistraties 1 <sup>e</sup> lijn	Percentage patiënten bij de huisarts (HA) en POH-GGZ met psychische symptomen, psychische stoornissen of sociale problemen ten opzichte van de totaal aantal ingeschreven patiënten					
		Psychische symptomen		Psychische stoornissen		Sociale problemen	
		% HA	%POH-GGZ	% HA	%POH-GGZ	% HA	%POH-GGZ
2011	704.486	8,3	0,3	5,2	0,3	3,5	0,2
2012	862.828	8,1	0,5	5,5	0,4	3,8	0,3
2013	1.199.287	8,8	0,8	5,8	0,7	4,1	0,4
2014	1.243.795	9,1	1,4	6,4	1,2	4,2	0,7
2015	1.262.494	9,4	1,4	6,7	1,2	4,3	0,7
2016	995.599*	9,3	1,5	6,6	1,3	4,1	0,8
2017	1.381.401	9,7	1,9	7,0	1,7	4,4	1,0



# 2.1.2 Geschatte aantal patiënten in Nederland

- Data (vervolg):
  - Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland en is hiermee dus anders dan de overige data in deze rapportage. De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 6%-10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Meer informatie: Factsheet Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk 2011 – 2017. 2018 NIVEL

## Geschatte aantal patiënten in Nederland

De percentages uit de Nivel Zorgregistraties eerste lijn zijn gebruikt om te **schatten** hoeveel patiënten er **in heel Nederland** per jaar bij de huisarts en de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en/of sociale problemen zijn geweest.

- In 2017 komen naar schatting 1,3 miljoen patiënten bij de huisarts voor psychische symptomen. Dat zijn er 242.000 meer dan in 2011.
- Het geschatte aantal patiënten dat bij de POH-GGZ komt voor psychische symptomen is gestegen met 213.000 tussen 2011 en 2017.
- De som van het aantal patiënten bij de POH-GGZ weergegeven in onderstaande tabel komt niet overeen met de totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ weergegeven in paragraaf 2.1.1. Dit verschil is onder andere te verklaren doordat in deze paragraaf het aantal patiënten is geschat op basis van een andere bron, namelijk de database van het Nivel. Daarnaast is bij de schatting van het Nivel de toewijzing naar het zwaarste echelon niet meegenomen. De patiëntaantallen bij POH-GGZ weergegeven in paragraaf 2.1.1 zijn wel gecorrigeerd door een toewijzing aan het zwaarste echelon. Als laatste kunnen de verschillen verklaard worden doordat de analyse van het Nivel patiënten bij de POH-GGZ indeelt in drie categorieën. Per categorie is het aantal weergegeven het aantal unieke patiënten. Echter, patiënten kunnen wel voorkomen in meerdere categorieën waardoor zij mogelijk dubbel meetellen.

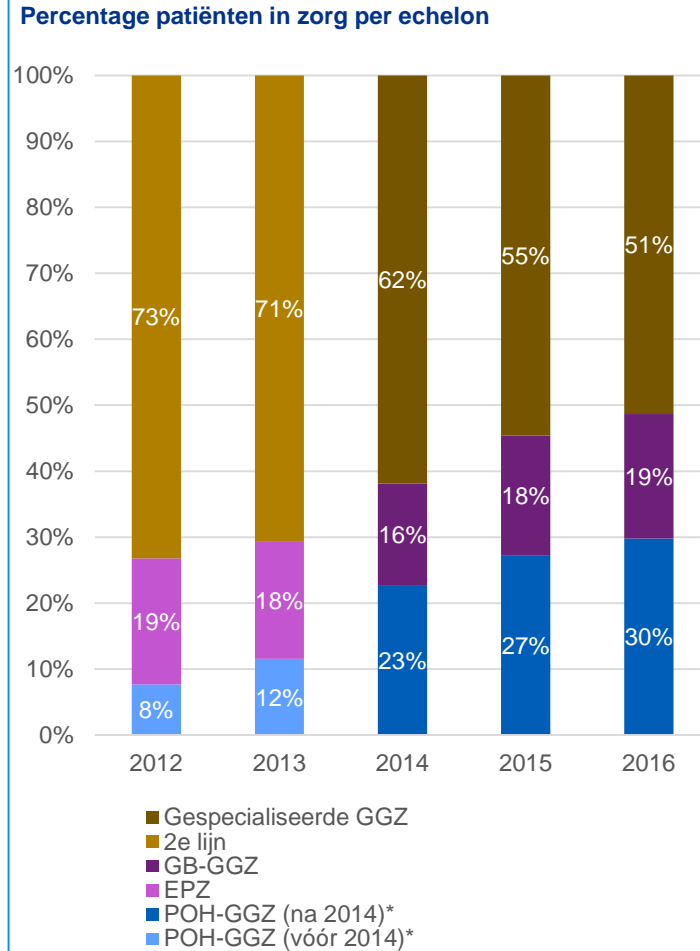
	Aantal inwoners Nederland boven de 18	Schattingen voor de Nederlandse bevolking 18 jaar en ouder					
		Psychische symptomen		Psychische stoornissen		Sociale problemen	
		Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ
2011	13.153.716	1.088.000	45.000	682.000	37.000	467.000	21.000
2012	13.243.578	1.072.000	67.000	729.000	56.000	507.000	36.000
2013	13.316.082	1.169.000	105.000	769.000	88.000	550.000	56.000
2014	13.457.924	1.220.000	182.000	857.000	157.000	559.000	94.000
2015	13.471.533	1.265.000	229.000	904.000	199.000	576.000	121.000
2016	13.613.732	1.260.000	209.000	903.000	183.000	564.000	105.000
2017	13.677.409	1.330.000	258.000	957.000	228.000	608.000	136.000

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

# 2.1.3 Percentage patiënten per echelon (1/2)

- Definitie: het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product dan wel DBC (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 vóór 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2<sup>e</sup> lijn.
- Wanneer een patiënt in meerdere echelons zorg heeft ontvangen, is de patiënt alleen in het zwaarste echelon meegenomen.
- Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

\* Voor het echelon huisartsenzorg betreft het alleen aantallen patiënten bij de POH-GGZ, dus niet in het hele echelon.

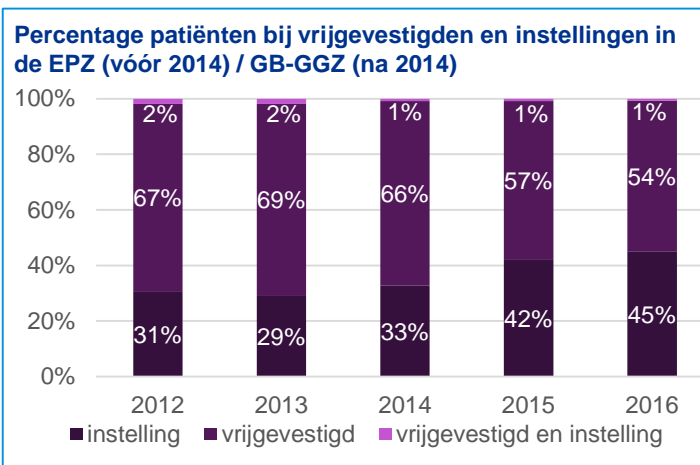
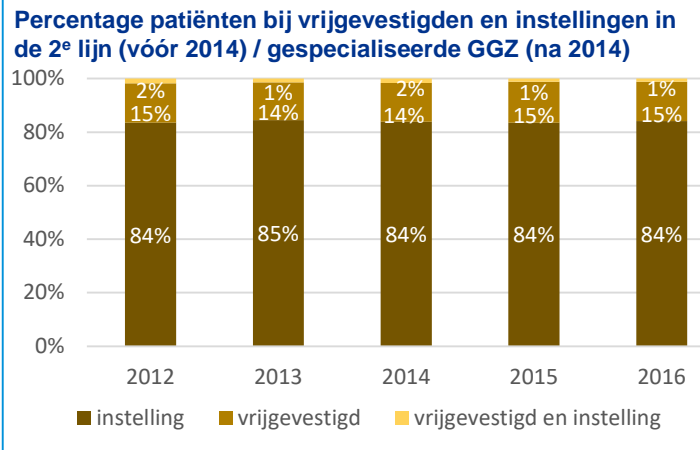


## Het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is veruit het grootst, maar daalt sinds 2014

- De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat zien dat het echelon 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ over de jaren heen het grootst is. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ af en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe.
- Het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ laat een dalende trend zien. Dit kan verklaard worden door substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de GB-GGZ.
- Het aandeel patiënten in de GB-GGZ stijgt licht sinds 2014 en is daarmee teruggekomen op het aandeel van de EPZ in 2012.
- Het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt toe. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014 is dit aandeel fors gestegen tot 30% in 2016. Hierbij is het van belang om in oog te houden dat in het echelon huisartsenzorg alleen de patiënten zijn meegenomen die van de POH-GGZ zorg hebben ontvangen. Het grootste deel van de patiënten ziet de huisarts voor GGZ problematiek. Het aandeel patiënten in het echelon huisartsenzorg is dus groter dan het aandeel patiënten bij de POH-GGZ.
- Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses. Deze patiënten zijn dus niet meegenomen in de weergegeven 100%. Als deze zorg meegenomen zou worden, is de stijging/daling in de andere echelons naar verhouding wellicht kleiner.

# 2.1.3 Percentage patiënten per echelon (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.



## Het grootste deel van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ wordt behandeld in instellingen

— Het grootste deel van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ ontvangt zorg in instellingen (nagenoeg stabiel 84% tussen 2012 en 2016). 14% tot 15% van de patiënten ontvangt behandeling bij vrijgevestigde aanbieders en 1% tot 2% bij zowel een instelling als een vrijgevestigde aanbieder. Behandeling bij zowel een instelling als vrijgevestigde aanbieder kan binnen een jaar opeenvolgend plaatsvinden of in het geval er meerdere verschillende aandoeningen of stoornissen behandeld worden.

## Het grootste deel van de patiënten in de EPZ/GB-GGZ ontvangt zorg bij vrijgevestigde aanbieders, maar dit percentage daalt sinds 2015

- De meeste patiënten in de EPZ/GB-GGZ ontvangen zorg bij vrijgevestigde aanbieders. Tussen 2012 en 2014 varieert dit percentage tussen de 66% en 69%. In 2015 daalt dit percentage naar 57% en in 2016 naar 54%.
- Het aandeel patiënten in de GB-GGZ dat behandeld wordt in een instelling is redelijk stabiel tussen 2012 en 2014 (31% tot 33%) en stijgt in 2015 en 2016 naar respectievelijk 43% en 45%.
- Een verklaring voor deze trend is dat het aantal patiënten in de GB-GGZ is toegenomen sinds 2014 (zie paragraaf 2.1.1). Deze toename in patiënten vindt grotendeels plaats bij de instellingen. Het absolute aantal patiënten in de GB-GGZ dat zorg ontvangt bij vrijgevestigde aanbieders stijgt licht sinds 2014; het absolute aantal patiënten in de GB-GGZ bij instellingen stijgt sterker. Om deze reden stijgt het aandeel patiënten dat behandeld wordt in een instelling.

# 2.1.4 Aantal nieuwe patiënten in zorg (1/2)

- Definitie: een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in hetzelfde echelon (bij GB geen EPZ product en/of 2<sup>e</sup>-lijns DBC in voorgaande jaar). Dit zijn ook patiënten die in het voorgaande jaar geen zorg ontvingen.
- Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken, is het niet mogelijk om nieuwe patiënten te bepalen voor 2011.

\* Voor het echelon huisartsenzorg betreft het alleen aantallen patiënten bij de POH-GGZ, dus niet in het hele echelon

## Aantal nieuwe patiënten in zorg

	POH-GGZ (vóór 2014 )*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2012	73.614		151.782		253.289		478.685
2013	110.067		144.617		279.227		533.911
2014		230.156		150.337		197.197	577.690
2015		259.866		149.100		203.124	612.090
2016		290.060		151.083		205.455	646.598

## Minder patiënten nieuw in zorg in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ samen sinds de stelselwijziging; sterke toename van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ

- Er is een grote stijging van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ. Dit aantal is sinds 2014 gestegen van 230.156 nieuwe patiënten naar 290.060 nieuwe patiënten. Een patiënt wordt als nieuw beschouwd, wanneer deze in het voorgaande jaar geen zorg ontving bij de POH-GGZ.
- Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek bij de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses.
- Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ en 2<sup>e</sup> lijn samen in 2012 en 2013 (respectievelijk 405.000 en 424.000) is hoger dan het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014, 2015 en 2016 (respectievelijk 348.000, 342.000 en 357.000). Dit is een daling in aantal nieuwe patiënten tussen 2012 en 2016 van 12%. Dit wordt gedeeltelijk verklaard door substitutie naar de POH-GGZ, waardoor minder zorg geleverd wordt in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ.
- Het verschil in aantal nieuwe patiënten tussen de POH-GGZ en de andere echelons kan gedeeltelijk verklaard omdat behandeling bij de POH-GGZ over het algemeen een kortdurend karakter heeft in vergelijking met de andere echelons. De relatief hoge complexiteit van problematiek in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ resulteert mogelijk in een langere gemiddelde doorlooptijd, waardoor er minder ruimte is voor nieuwe patiënten.

# 2.1.4 Aantal nieuwe patiënten in zorg (2/3)

## Aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ stijgt sterk

- Het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ neemt sterk toe tussen 2012 en 2016 van 74.000 naar 290.000. Dit is een stijging van 294%. Dit sluit aan bij de bevinding dat het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ is gestegen (zie paragraaf 2.1.1). Mogelijke verklaringen zijn:
  - De toename van het aantal huisartsen dat toegang heeft tot een POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.5).
  - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
  - Substitutie vanuit andere echelons.
  - Het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.
- Het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ daalt tussen 2012 en 2016 van 87% naar 79% na een tijdelijke stijging in 2014. Het percentage nieuwe patiënten is dus vrij hoog. Over het algemeen heeft behandeling bij de POH-GGZ een kortdurend karakter, wat, samen met de uitbreiding van capaciteit de afgelopen jaren, het hoge percentage nieuwe patiënten (groten)deels verklaart.

## Aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ stijgt tussen 2013 en 2014 en is vervolgens min of meer stabiel

- Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ/GB-GGZ laat een schommelende beweging zien. Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ neemt tussen 2012 en 2013 af van 152.000 naar 145.000. Bij de introductie van de GB-GGZ in 2014 stijgt het aantal nieuwe patiënten naar 150.000 en fluctueert daarna rond dat aantal. Mogelijk komt dit door een ingroei-effect, omdat in 2014 voor patiënten uit de 2<sup>e</sup> lijn nieuwe producten GB-GGZ zijn geopend.
- Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ neemt in 2016 in vergelijking met 2015 en 2014 toe, terwijl het aantal nieuwe patiënten nagenoeg gelijk blijft. Dit kan verklaard worden doordat er substitutie plaatsvindt vanuit de gespecialiseerde GGZ. Hierdoor neemt mogelijk de complexiteit van de problematiek in de GB-GGZ toe, waardoor de gemiddelde behandelduur ook toeneemt.
- Ook in de GB-GGZ is sprake van een relatief hoog percentage nieuwe patiënten. Tussen 2012 en 2014 lag het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten tussen de 71% en 84%. In 2015 en 2016 daalt dit naar respectievelijk 69% en 65%.

# 2.1.4 Aantal nieuwe patiënten in zorg (3/3)

## Aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ lager dan in de 2<sup>e</sup> lijn

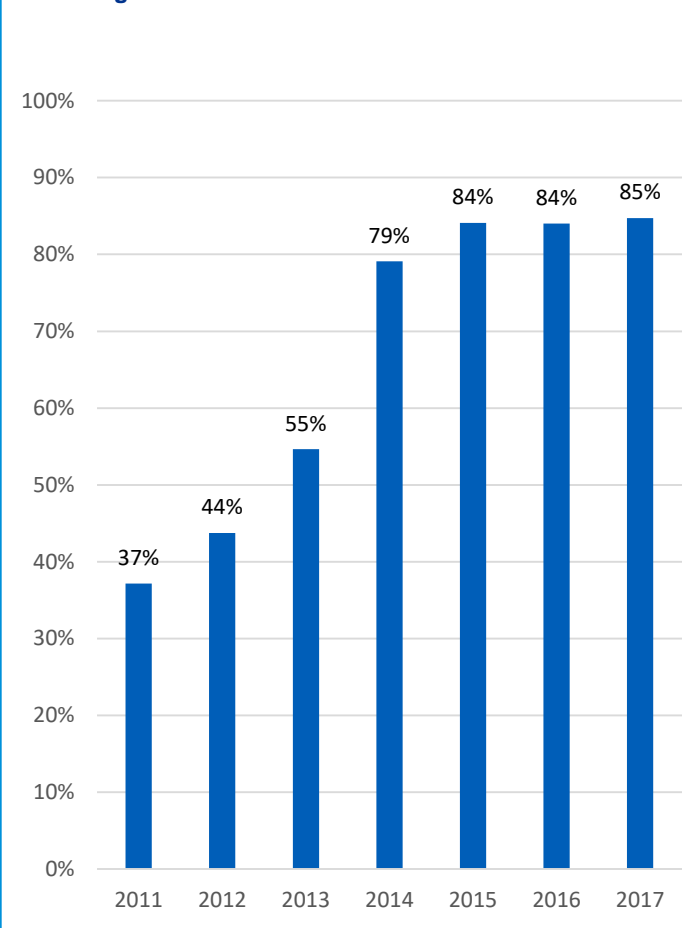
- Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ is lager dan in de voorgaande jaren in de 2<sup>e</sup> lijn. In 2012 en 2013 in de 2<sup>e</sup> lijn was het aantal nieuwe patiënten respectievelijk 253.000 en 279.000 en in de gespecialiseerde GGZ daalde dat aantal naar 197.000 in 2014, 203.000 in 2015 en 205.000 in 2016. De daling in aantal nieuwe patiënten tussen 2012 en 2016 is 19%. Een verklaring is dat patiënten met lichtere problematiek die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn gingen, nu instromen in de GB-GGZ of in zorg komen bij de POH-GGZ.
- In de gespecialiseerde GGZ is het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten lager dan bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ. Tussen 2012 en 2016 varieerde dit aantal van 36% tot 28%. Dit komt mogelijk doordat patiënten over het algemeen langere tijd in zorg zijn in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ doordat deze doelgroep complexe problematiek heeft. Bij deze complexere doelgroep lukt het aanbieders van gespecialiseerde GGZ mogelijk nog onvoldoende goed om (tijdig) af te schalen naar lichtere zorg en ondersteuning. Dit in combinatie met de afname in capaciteit in de gespecialiseerde GGZ geven mogelijke verklaringen voor de toenemende wachtlijsten.

# 2.1.5 Percentage huisartsen met een POH-GGZ

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

\*Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV Peiling GGZ, 2017

Percentage huisartsen met een POH-GGZ



## Het percentage huisartsen met een POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015 en is vervolgens stabiel

- Het percentage huisartsen met een POH-GGZ neemt toe tussen 2011 en 2015 van 37% in 2011 naar 84% in 2015. Dit verklaart mede de stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.1).
- Het percentage huisartsen met een POH-GGZ is tussen 2015 en 2017 nagenoeg gelijk gebleven.
- In een landelijke enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kwam naar voren dat in 2017 96% van de huisartsen samenwerkte met een POH-GGZ. Hierbij zijn verschillende vormen van dienstverbanden gehanteerd, waaronder in dienst (36%), gedetacheerd vanuit een zorggroep (24%), gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (27%) en door middel van een ZZP contract (7%)\*.
- De verschillen tussen deze rapportage en de enquête van de LHV zijn mogelijk te verklaren door de volgende punten:
  - Deze rapportage kijkt naar individuele huisartsen en declaraties van POH-GGZ codes. Huisartsen die werken in een praktijk met een POH-GGZ, maar niet declareren voor de POH-GGZ worden niet meegeteld. De enquête van de LHV kijkt ook individuele huisartsen. Echter, er wordt uitgevraagd of er een POH-GGZ in de praktijk werkzaam is. Of deze daadwerkelijk ingezet wordt is niet meegenomen. Daarnaast kunnen mogelijk dubbelstellingen ontstaan wanneer meerdere huisartsen in dezelfde praktijk werken.
  - De LHV-enquête heeft wellicht een andere afspiegeling van de huisartsenpopulatie dan weergegeven in de declaratiedata van Vektis. Mogelijk zijn alleen leden van de LHV meegenomen.



# 2.2 Betaalbaarheid



# 2.2.1 Totale behandelkosten (1/2)

— Algemene definitie: Onder behandelkosten verstaan we het door de zorgverzekeraar vergoede bedrag. Hier valt naast de gecontracteerde zorg, ook de niet-gecontracteerde zorg, maar wel door de zorgverzekeraar vergoede zorg onder. Eigen bijdragen zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

\* Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Het inschrijftarief voor de POH-GGZ is onderdeel van de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg. De kosten voor het inschrijftarief zijn echter niet meegenomen in de totale behandelkosten over de echelons heen. Om deze reden zijn de totale behandelkosten over de echelons heen minder dan de som van de behandelkosten per echelon. Dit is gedaan 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 kan daardoor mogelijk de trend in totale behandelkosten vertekenen.

## Totale behandelkosten per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2011	€ 19 mln		€ 104 mln		€ 3.204 mln		€ 3.313 mln
2012	€ 24 mln		€ 81 mln		€ 2.694 mln		€ 2.782 mln
2013	€ 39 mln		€ 78 mln		€ 3.073 mln		€ 3.162 mln
2014		€ 90 mln		€ 170 mln		€ 2.963 mln	€ 3.155 mln
2015		€ 113 mln		€ 187 mln		€ 3.039 mln	€ 3.253 mln
2016		€ 133 mln		€ 197 mln		€ 3.009 mln	€ 3.242 mln

\* Zie blauwe kader voor definitie behandelkosten POH-GGZ en verklaring verschil totale behandelkosten.

## Sinds de stelselwijziging lopen de totale behandelkosten terug door daling van de kosten in de gespecialiseerde GGZ

- De totale behandelkosten dalen tussen 2011 en 2012 van afgerond €3,31 naar €2,78 miljard. Een verklaring is de invoering van diverse pakketmaatregelen die geleid hebben tot kostenverlaging\*\*. Eén van deze maatregelen was de invoer van een eigen bijdrage die in 2012 betaald moest worden. Deze eigen bijdragen hebben mogelijk geleid tot een afname van het zorggebruik. Daarnaast zijn de eigen bijdragen in de data niet inzichtelijk.
- De eigen bijdragen werden in 2013 weer afgeschaft, wat mede heeft geleid tot een verhoging van de totale behandelkosten naar afgerond €3,16 miljard.
- Tussen 2013 en 2015 is een lichte stijging van de kosten te zien tot €3,25 miljard in 2015. Deze stijging wordt veroorzaakt door de groei van kosten bij de POH-GGZ en de GB-GGZ. Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses. Deze kosten zijn dus ook niet meegerekend bij de POH-GGZ of bij de totale kosten.
- De kosten in de gespecialiseerde GGZ dalen juist door verschuiving van zorg vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts en de POH-GGZ. De totale behandelkosten dalen licht in 2016 naar €3,24 miljard. Deze daling wordt verklaard door een daling van de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ.

## 2.2.1 Totale behandelkosten (2/2)

\*\* Voor een overzicht van de maatregelen die in 2012 zijn ingevoerd, zie ook Zorgthermometers Vektis (2011), Vooruitblik 2012.

### De behandelkosten (voor consulten en het inschrijftarief) bij de POH-GGZ laten een stijging zien tussen 2011 en 2016

- De behandelkosten bij de POH-GGZ laten een sterke stijging zien tussen 2011 en 2016 van €19 miljoen naar €133 miljoen. Verklaringen zijn:
  - Stijgende patiëntaantallen POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.1)
  - Kosten voor inschrijftarief POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2016 onder andere door een sterke toename van het aantal POH's-GGZ. De stijgende kosten hangen dus voor een belangrijk deel samen met de stijging van huisartsen met een POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief worden apart weergegeven (zie paragraaf 2.2.2).
  - Ook de stijgende behandelkosten per patiënt kunnen bijdragen aan de stijging (zie paragraaf 2.2.5). Dit kan onder andere verklaard worden door de stijging van het aantal consulten bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.3.1).

### De totale behandelkosten in de EPZ/GB-GGZ stijgen sinds 2014 na een daling in 2012 en 2013

- De totale behandelkosten in de GB-GGZ zijn hoger dan in de EPZ (vóór 2014). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
  - Het aantal patiënten in de GB-GGZ ligt hoger dan het aantal patiënten in de EPZ (zie paragraaf 2.1.1)
  - De kosten per patiënt met een GB-GGZ product zijn hoger dan de kosten per patiënt met een EPZ product doordat in de GB-GGZ patiënten met complexere problematiek worden behandeld dan in de EPZ (zie paragraaf 2.2.5).
  - De zorgaanspraken binnen de Zvw zijn gewijzigd. Door wijzigingen in het verzekerde pakket van basis- en aanvullende verzekeringen, wijzigt de zorg of de

vergoeding van zorgkosten waar een verzekerde recht op heeft. Voorheen kon een patiënt in de EPZ bijvoorbeeld aanspraak maken op vijf behandelsessies. In de GB-GGZ is ook ruimte om intensiever te behandelen.

- Het gedifferentieerd maximumtarief waarmee per 1 januari 2015, wanneer afgesproken met de zorgverzekeraar, een hoger tarief gedeclareerd kan worden.
- De totale behandelkosten in de GB-GGZ stijgen tussen 2014 en 2016 van respectievelijk €170 miljoen naar €197 miljoen. Een verklaring hiervoor is de stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.1.1) en van de gemiddelde behandelkosten in de GB-GGZ (paragraaf 2.2.5).

### De totale behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ fluctueren licht sinds 2014

- De behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen tussen 2011 en 2012 van €3,20 naar €2,69 miljard. Dit kan verklaard worden door onder andere de eigen bijdrage in 2012 (zoals omschreven op de vorige pagina).
- In 2013 stijgen de totale kosten naar €3,07 miljard, onder andere door de teruggedraaide eigen bijdragen. Sinds 2014 fluctueren de kosten licht tot €3,01 miljard in 2016.
- Tussen 2013 en 2016 is de daling in aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ groter dan de daling van de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ, wat verklaard kan worden doordat vooral de lichtere zorg gesubstitueerd wordt naar de huisarts en GB-GGZ en de zwaardere en duurdere problematiek in de gespecialiseerde GGZ blijft.

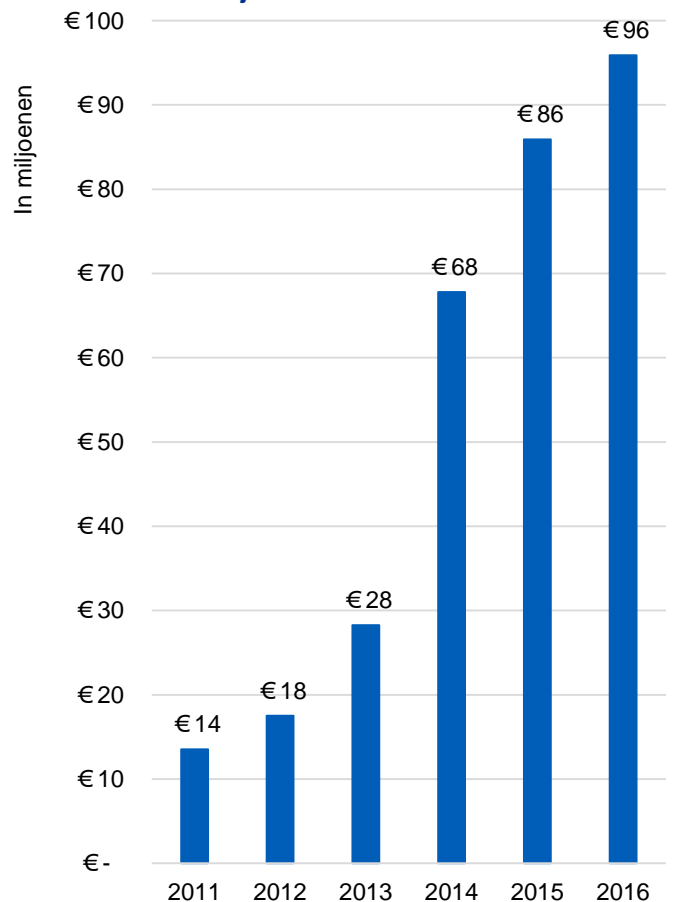
## 2.2.2 Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ

- 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 totale behandelkosten over de echelons heen, 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 totale behandelkosten verstoren.

\* Bron; Tariefbeschikkingen huisartsenzorg NZa 2013 en 2016.

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

Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ



Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2016

- De totale inschrijfkosten POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2016. De grootste stijging is te zien in 2014. Verklaringen voor de stijging zijn:
  - De toename van het aantal huisartsen met een POH-GGZ in Nederland (zie paragraaf 2.1.5).
  - Een stijging van het inschrijftarief dat per verzekerde berekend mag worden. In 2013 bedroeg het inschrijftarief maximaal €1,97 per ingeschreven verzekerde per kwartaal, terwijl in 2016 dit tarief gestegen is naar €2,83 per ingeschreven verzekerde per kwartaal\*.
- Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor e-mental health en consultatieve raadpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken samen af welk deel van het inschrijftarief wordt ingezet voor deze functies\*\*. Hoeveel consultatie plaatsvindt, verschilt per regio. Uit een aantal regio's komt naar voren dat samenwerking tussen huisarts, POH-GGZ en instellingen goed op gang is gekomen en consultatie steeds meer plaatsvindt. Om hier meer inzicht in te verkrijgen is verdiepend onderzoek nodig.

## 2.2.3 Behandelkosten bij de huisarts en de POH-GGZ

Toelichting bij de analyses van Nivel:

- De percentages zijn gestandaardiseerd voor leeftijd, geslacht en stedelijkheid
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van max. 500 praktijken (wisselend per jaar)
- De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 6%-10% van de huisartsenpraktijken in Nederland.
- Het inschrijftarief is niet meegenomen in de berekening

\*Door verandering in aanlevering van de data is de *populatie at risk* in 2016 lager dan in andere jaren. Door alle percentages te standaardiseren voor leeftijd, geslacht en stedelijkheid is hiervoor gecorrigeerd

\*\*Om contacten met een patiënt te kunnen declareren registreert de huisarts wat voor soort consult er is geweest: (telefonisch) consult, visite, of emailconsult. Een consult kan kort (< 20 minuten) of lang zijn (> 20 minuten). Aan elke verrichting hangt een door de overheid vastgesteld tarief.

### Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

Onderstaande tabel geeft de kosten weer voor de geregistreerde (telefonische) consulten, visites of emails\*\* van de huisarts en POH-GGZ voor patiënten met psychische symptomen, psychische stoornissen en/of sociale problemen. Het aantal consulten is vervolgens vermenigvuldigd met de tarieven van de Nederlandse Zorg Autoriteit. Dit aantal is gedeeld door het totaal aantal ingeschreven patiënten binnen de Nivel zorgregistraties.

- Tussen 2011 en 2017 stijgen de totale kosten per ingeschreven patiënt voor consulten over psychische symptomen, psychische stoornissen of sociale problemen van zowel de huisarts als de POH-GGZ.
- De kosten per patiënt voor consulten rondom psychische symptomen bij de POH-GGZ zijn in 2017 zeven keer zo hoog als de kosten in 2011.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Totaal aantal ingeschreven patiënten Nivel Zorgregistraties 1e lijn	Kosten per ingeschreven patiënt					
		Psychische symptomen		Psychische stoornissen		Sociale problemen	
		Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ
2011	704.486	€ 1,77	€ 0,16	€ 1,41	€ 0,14	€ 0,72	€ 0,07
2012	862.828	€ 1,73	€ 0,26	€ 1,51	€ 0,23	€ 0,80	€ 0,12
2013	1.199.287	€ 1,86	€ 0,41	€ 1,52	€ 0,35	€ 0,80	€ 0,19
2014	1.243.795	€ 2,04	€ 0,74	€ 1,81	€ 0,64	€ 0,91	€ 0,35
2015	1.262.494	€ 2,15	€ 0,92	€ 1,96	€ 0,82	€ 0,91	€ 0,45
2016	995.599*	€ 2,09	€ 0,77	€ 1,90	€ 0,74	€ 0,87	€ 0,39
2017	1.381.401	€ 2,25	€ 1,03	€ 2,03	€ 0,99	€ 0,94	€ 0,52

## 2.2.3 Geschatte kosten in Nederland

- Data (vervolg):
  - Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland en is hiermee dus anders dan de overige data in deze rapportage. De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 6%-10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Meer informatie: Factsheet Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk 2011 – 2017. 2018 NIVEL

### Geschatte kosten voor alle inwoners van Nederland

De kosten per patiënt uit de tabel op de vorige pagina zijn gebruikt om te **schatten** wat de kosten voor alle ingeschreven patiënten in Nederland zouden zijn. De kosten per patiënt zijn per jaar vermenigvuldigd met het aantal Nederlanders boven de 18.

- De geschatte kosten voor huisartsconsulten voor psychische symptomen zijn gestegen van ruim 23 miljoen naar ruim 30 miljoen tussen 2011 en 2017. Dit is een stijging van 30%.
- De geschatte kosten voor consulten bij de POH-GGZ voor psychische symptomen stijgen van 2 miljoen naar 14 miljoen in de periode 2011 tot 2017.
- De som van de behandelkosten bij de POH-GGZ weergegeven in onderstaande tabel komt niet overeen met de totale behandelkosten bij de POH-GGZ weergegeven in paragraaf 2.2.1. Dit verschil is onder andere te verklaren doordat in deze paragraaf de kosten zijn geschat op basis van een ander bron bestand, namelijk de database van het Nivel. Daarnaast is het inschrijftarief voor de POH-GGZ bij de schatting van het Nivel niet meegenomen. Het inschrijftarief is wel meegenomen in de behandelkosten POH-GGZ weergegeven in paragraaf 2.2.1.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

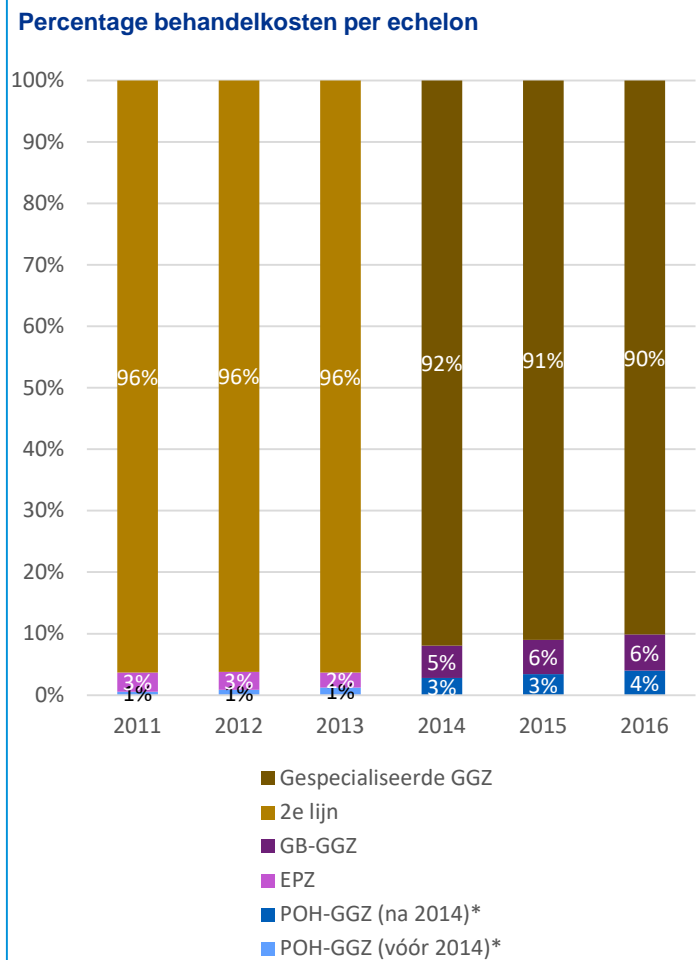
		Geschatte kosten voor de Nederlandse bevolking 18 jaar en ouder					
		Psychische symptomen		Psychische stoornissen		Sociale problemen	
Aantal inwoners Nederland boven de 18		Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ	Huisarts	POH-GGZ
2011	13.153.716	€ 23.300.731	€ 2.150.428	€ 18.579.955	€ 1.822.731	€ 9.456.622	€ 935.222
2012	13.243.578	€ 22.970.337	€ 3.439.529	€ 20.002.163	€ 2.994.775	€ 10.545.860	€ 1.641.103
2013	13.316.082	€ 24.726.240	€ 5.487.127	€ 20.196.568	€ 4.650.946	€ 10.637.296	€ 2.578.667
2014	13.457.924	€ 27.474.303	€ 10.000.071	€ 24.348.950	€ 8.665.801	€ 12.196.066	€ 4.661.892
2015	13.471.533	€ 28.924.652	€ 12.339.801	€ 26.387.461	€ 11.105.522	€ 12.290.027	€ 6.014.790
2016	13.613.732	€ 28.447.552	€ 10.510.761	€ 25.828.383	€ 10.048.071	€ 11.907.522	€ 5.265.011
2017	13.677.409	€ 30.737.939	€ 14.067.745	€ 27.821.973	€ 13.529.126	€ 12.863.527	€ 7.126.491

# 2.2.4 Percentage behandelkosten per echelon

— Definitie: Onder behandelkosten verstaan we het vergoede 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. Per echelon gelden dezelfde definities als gebruikt voor de totale behandelkosten per echelon.

\* Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg



**Het percentage behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is het grootst (tussen de 90% en 96%), maar dit aandeel neemt af sinds 2014.**

- De procentuele verdeling van behandelkosten over de echelons laat zien dat het overgrote deel van de behandelkosten gemaakt wordt in 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (96% tot 90% tussen 2011 en 2016). Een verklaring is het hoge percentage patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.1.3). Het aandeel behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is naar verhouding echter nog groter dan het aandeel patiënten. Dit kan verklaard worden door de hoge kosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.2.5). Dit komt doordat voornamelijk de populatie met zware problematiek in de gespecialiseerde GGZ blijft en patiënten met lichtere problematiek afgeschaald worden naar de GB-GGZ of de huisartsenzorg.
- Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het percentage behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ licht af en neemt het percentage behandelkosten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ toe. Mogelijke verklaringen zijn:
  - De stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ door mogelijke substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, zie paragraaf 2.1.1.
  - De stijging van de gemiddelde behandelkosten van patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.2.5).
- In deze figuur worden de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg onderschat doordat alleen de zorg geleverd door de POH-GGZ wordt meegenomen. In de analyse van Nivel (paragraaf 2.2.3) zijn deze kosten wel meegenomen.

# 2.2.5 Gemiddelde behandelkosten per patiënt (1/2)

— Definitie: Onder behandelkosten verstaan we het vergoede bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten. Per echelon gelden dezelfde definities als voor de totale behandelkosten per echelon. Voor de berekening van de gemiddelde behandelkosten zijn de patiënten niet toegerekend tot het zwaarste echelon. Om deze reden verschillen de gemiddelde behandelkosten van wanneer de totale behandelkosten (2.2.1) gedeeld worden door het aantal patiënten (2.1.1).

— Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

\*\* Bron: Tariefbeschikkingen huisartsenzorg NZa 2016.

## Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
2011	€ 213		€ 395		€ 4.274	
2012	€ 211		€ 324		€ 4.428	
2013	€ 224		€ 331		€ 4.747	
2014		€ 262		€ 761		€ 5.504
2015		€ 266		€ 885		€ 5.856
2016		€ 276		€ 902		€ 5.968

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn sinds 2014 hoger dan in de jaren daarvoor

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ (inclusief inschrijftarief) zijn in de perioden voor 2014 lager dan in de jaren na de stelselwijziging in 2014. Een mogelijke verklaring is dat 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. Daarnaast zijn de tarieven bij de POH-GGZ, bijvoorbeeld het inschrijftarief, verhoogd tussen 2011 en 2016. Ook is het gemiddelde aantal consulten per patiënt toegenomen sinds de stelselwijziging in 2014.
- De kosten voor consulten bij de POH-GGZ (niet apart weergegeven in de tabel) zijn na 2014 hoger dan voor 2014. Tussen 2011 en 2013 stijgen de kosten van €57 naar €61. Vanaf 2014 zijn de kosten relatief hoger, €64 in 2014 en €76 in 2016.
  - In 2016 zijn de kosten voor een consult bij de POH-GGZ €9,23 voor een enkel consult en €18,47 voor een dubbel consult. Er wordt het meest gebruik gemaakt van dubbele consulten\*\*.

# 2.2.5 Gemiddelde behandelkosten per patiënt (2/2)

Bij interpretatie van de resultaten zijn de volgende aspecten van belang:

- Hogere tarieven per DBC of product 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 zijn behandeling zelf heeft betaald 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.

\* 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.

\*\* Dit betreft niet het klinisch verblijf in de LGGZ. Deze verschuiving is buiten de monitor gehouden.

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ zijn hoger dan in de EPZ

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ vanaf 2014 zijn hoger dan in voorgaande perioden in de EPZ. Mogelijke verklaringen zijn:
  - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit komt zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door substitutie van de vooral lichtere patiëntgroepen naar de POH-GGZ.
  - De veranderde tariefstructuur en gewijzigde zorgaanpakken binnen de Zvw. Bij de EPZ kregen patiënten maximaal 5 consulten vergoed in de basisverzekering. Uitgaande van een prijs van €60 euro per consult\*, is een maximum van €300 per patiënt in lijn met de vergoede zorg (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 (maximaal) €454 in 2014 en €457 in 2016).
  - Het gedifferentieerd maximumtarief waarmee per 1 januari 2015, wanneer afgesproken met de zorgverzekeraar, een hoger tarief gedeclareerd kan worden.
- Ook tussen 2014 en 2016 is een stijging te zien van de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ. In paragraaf 2.3.5 is te zien dat het aandeel producten kort en middel afneemt, en het aandeel producten intensief en chronisch toeneemt. Omdat de producten intensief en chronisch duurder zijn, brengt dat mogelijk hogere behandelkosten per patiënt met zich mee. Daarnaast zijn de (maximum) tarieven voor de producten in de GB-GGZ in 2016

hoger dan in 2014. Ook stijgen tussen 2014 en 2016 de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ, onder andere door het grotere aandeel van duurere producten, zoals intensief en chronisch (zie paragraaf 2.3.5). Dit wordt mogelijk verklaard door inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en instellingen. Daarnaast waren de (maximum) tarieven in 2014 lager dan de tarieven in 2016.

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ stijgen

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ stijgen tussen 2011 en 2016. Ook zijn de kosten vanaf 2014 in de gespecialiseerde GGZ hoger dan voor 2014 in de 2<sup>e</sup> lijn. De stijging van kosten per patiënt kan verklaard worden door:
  - Substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de POH-GGZ wat erin resulteert dat gemiddeld langere en dus duurere DBC's in de gespecialiseerde GGZ overblijven (en dus minder gecompenseerd worden door kortere DBC's).
  - De (maximum) tarieven van 2014 waren lager dan de tarieven van 2015 en 2016. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverzekeraars vaker overgaan tot het stellen van een maximumtarief per patiënt of een maximaal gemiddeld uurtarief per DBC, bijvoorbeeld niet meer dan 100% NZa-tarief.
  - Door afbouw van bedden ontvangen patiënten langer zorg (ambulant) gefinancierd vanuit de Zvw. Deze patiënten worden veelal behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Dit resulteert in een toenemend aantal patiënten gefinancierd vanuit de Zvw. Deze patiënten hebben gemiddeld hoge behandelkosten.\*\*

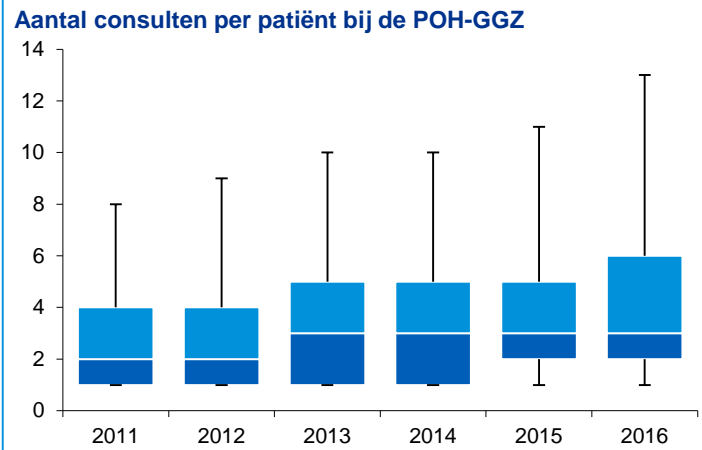




# 2.3 Kwaliteit

# 2.3.1 Huisarts: Aantal consulten bij de POH-GGZ

- Definitie: de figuur geeft de spreiding weer in het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ in de 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen. Het onderste streepje geeft het 5e 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 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw en geeft p50 weer.



Verdeling soort consulten bij de POH-GGZ	2016
Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten	2%
Consult POH-GGZ 20 minuten en langer	83%
Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten	0%
Visite POH-GGZ 20 minuten en langer	3%
Telefonisch consult POH-GGZ	10%
E-mailconsult POH-GGZ	1%
Groepsconsult POH-GGZ	1%
Totaal	100%

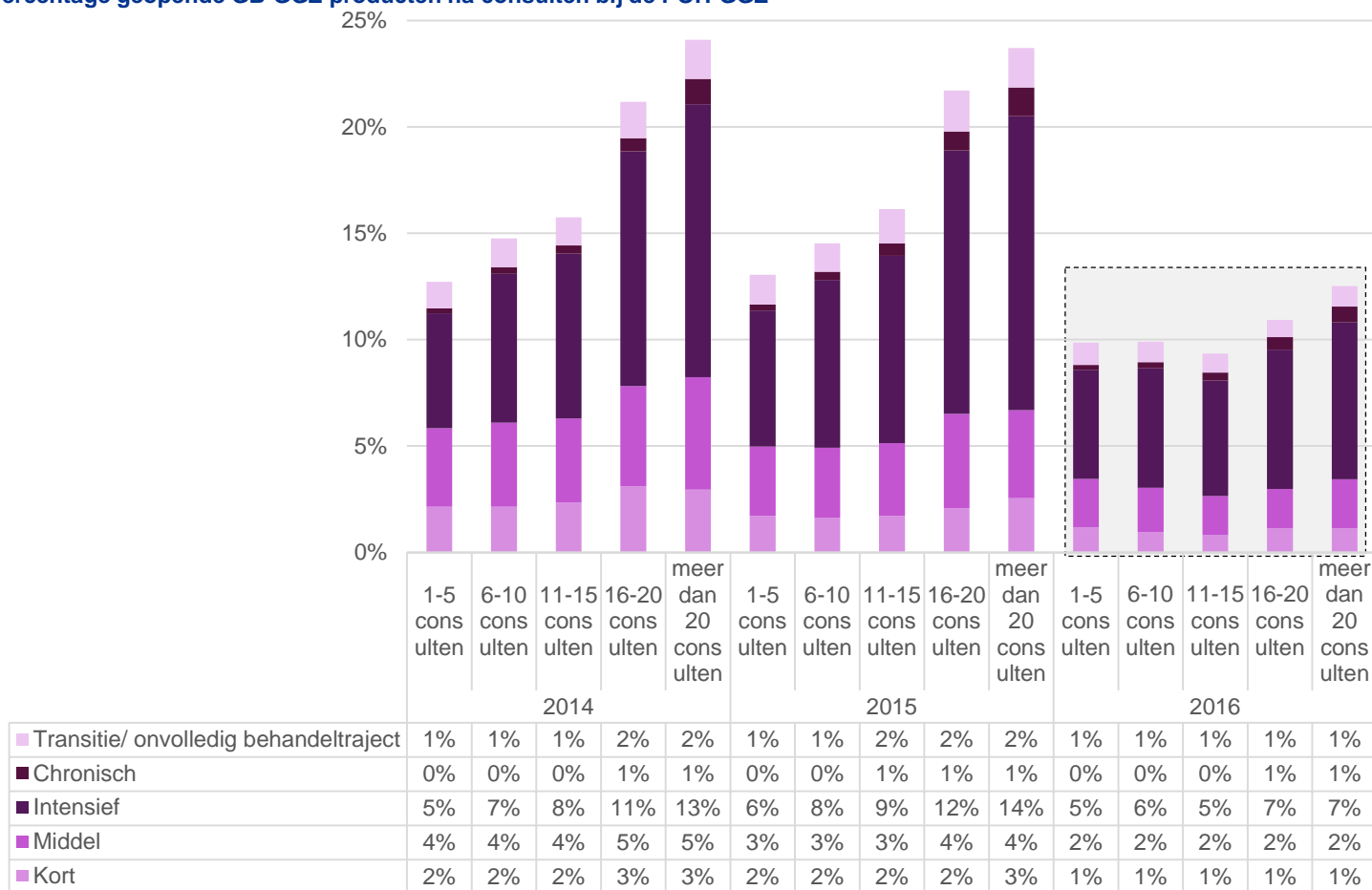
## Het aantal consulten bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2016

- De mediaan van het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2016 van 2 naar 3 consulten.
- Ook de spreiding van het aantal consulten neemt toe sinds 2011. De p75-waarde is gestegen van 4 consulten in 2011 naar 6 consulten in 2016. De p95-waarden is gestegen van 8 consulten in 2011 naar 13 consulten in 2016.
- Het gemiddelde van het aantal consulten is gestegen van 2,9 consulten in 2011 naar 4,7 consulten in 2016.
- Op basis van de data kunnen nog geen eenduidige conclusies worden verbonden aan deze stijging. Meer consulten bij de POH-GGZ kan enerzijds wijzen op een te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast is het mogelijk dat andere patiënten zorg ontvangen bij de POH-GGZ in vergelijking met de huisarts. Dit zijn mogelijk patiënten waarbij meer tijd nodig is om een diagnose te stellen en juist te kunnen doorverwijzen. Om inzicht in te krijgen is meer onderzoek benodigd.
- In de tabel rechts staat de verdeling van het totaal aantal consulten bij de POH-GGZ in 2016 weergegeven. De tabel geeft inzicht in het soort consulten bij de POH-GGZ en de verdeling hier tussen. Hier komt naar voren dat de meeste consulten bij de POH-GGZ (83%), consulten zijn van 20 minuten of langer.

## 2.3.2 Huisarts: GB-GGZ na POH-GGZ (1/2)

- Definitie: de figuur geeft de vervolgproducten in de GB-GGZ weer na een aantal consulten bij de POH-GGZ binnen 365 voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Trajecten worden alleen geïncludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product GB-GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product GB-GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee.
- Toelichting stippellijn: De percentages vervolgzorg in de GB-GGZ zijn in 2016 lager dan in 2015. Dit komt doordat alleen data tot 2015 compleet is bij Vektis. Mogelijk hebben patiënten in 2016 zorg ontvangen bij de POH-GGZ en in 2016 in de GB-GGZ. Deze patiënten zijn nog niet bekend bij Vektis en niet in de indicator meegenomen. Bij deze indicator verwachten we dus nog een verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

Percentage geopende GB-GGZ producten na consulten bij de POH-GGZ



## 2.3.2 Huisarts: GB-GGZ na POH-GGZ (2/2)

\*Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV Peiling GGZ, 2017

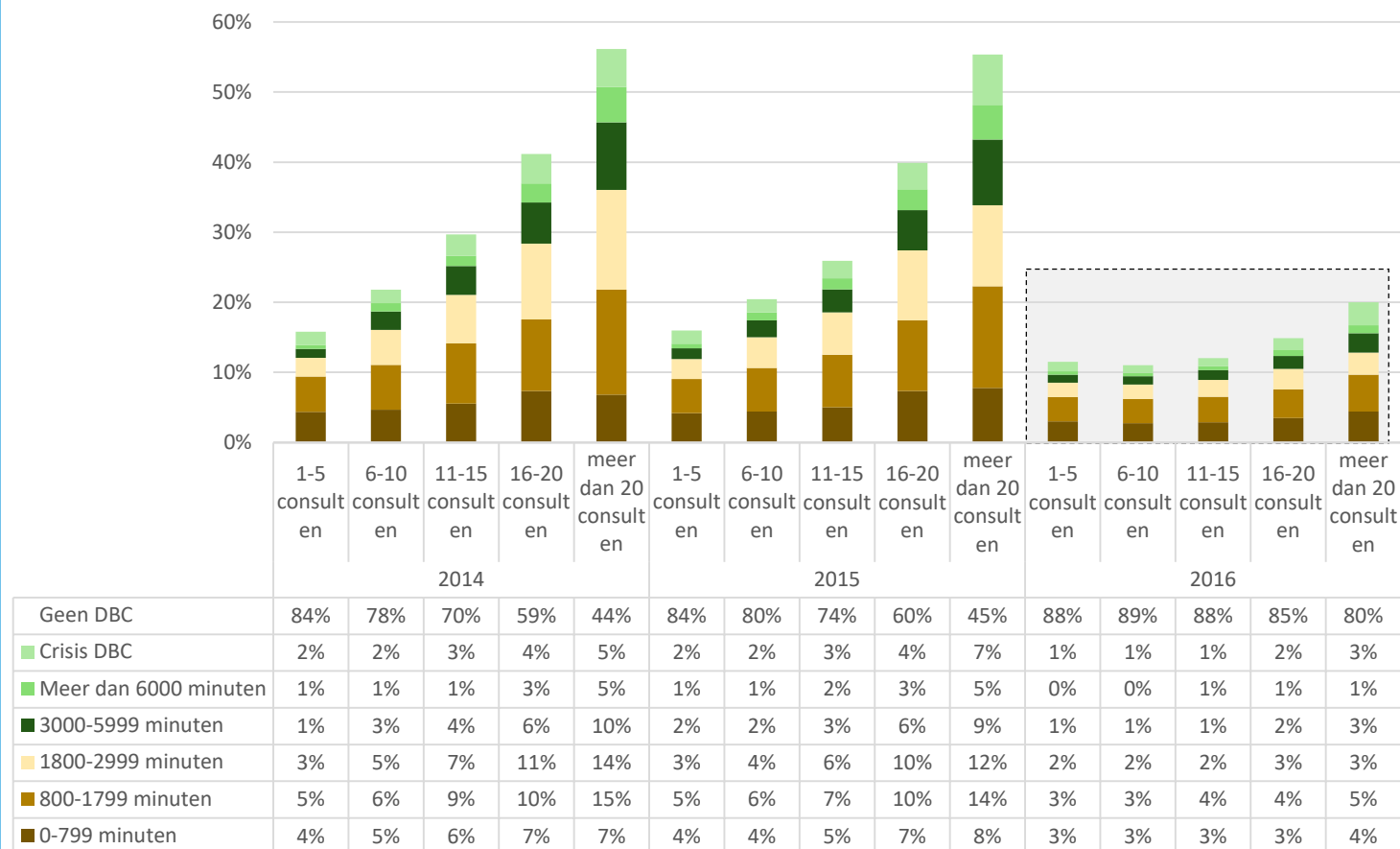
### Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de GB-GGZ binnen drie maanden

- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten binnen drie maanden geen product in de GB-GGZ. Dit geldt voor alle categorieën van aantal consulten bij de POH-GGZ.
- Wel is te zien dat hoe meer consulten een patiënt bij de POH-GGZ gehad heeft, hoe groter de kans dat de patiënt vervolgzorg ontvangt in de GB-GGZ. Na 1-5 consulten ontvangt in 2014 en 2015 87% en in 2016 90% van de patiënten binnen drie maanden geen zorg in de GB-GGZ. Na 16-20 consulten is dit in 2014, 2015 en 2016 respectievelijk 79%, 78% en 89% en na meer dan 20 consulten 76%, 76% en 87%. Een aantal mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
  - Een deel van de patiënten zwaardere problematiek (blijken te) hebben, waardoor ze meer consulten hebben ontvangen bij de POH-GGZ, alvorens zij zijn doorgestuurd naar de GB-GGZ.
  - Een deel van de patiënten een voorkeur hebben voor behandeling bij de POH-GGZ.
  - De POH-GGZ levert bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ overbruggingszorg. Uit de landelijke enquête van de LHV komt naar voren dat 82% van de patiënten niet binnen vier weken terecht kan in de GB-GGZ en 97% van de patiënten niet binnen vier weken terecht kan in de gespecialiseerde GGZ.
  - Het is mogelijk dat andere patiënten zorg ontvangen bij de POH-GGZ in vergelijking met de huisarts. Dit zijn mogelijk patiënten waarbij meer tijd nodig is om te komen tot een passende verwijzing. Om inzicht in te krijgen is meer onderzoek benodigd.
- Hoe meer consulten een patiënt heeft ontvangen bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op een product intensief in de GB-GGZ. In 2014 ontvangt na 1-5 consulten 5% van de patiënten een product intensief, na 6-15 consulten 7%, na 16-20 consulten 11% en na meer dan 20 consulten 14%. In 2015 zijn deze percentages respectievelijk 6%, 9%, 12% en 14%. Een mogelijke verklaring is dat patiënten die meer consulten ontvangen bij de POH-GGZ zwaardere problematiek hebben en dus een grotere kans op een intensief product in de GB-GGZ.
- Aandachtspunt bij deze figuur zijn de aantallen patiënten per categorie van aantal consulten. Het grootste deel van de patiënten bij de POH-GGZ heeft minder dan 10 consulten gehad. Het percentage dat 10 of minder consulten heeft gehad is in 2011 tot en met 2014 95% en daalt in 2015 en 2016 naar respectievelijk 93% en 90%. 1% van de patiënten bij de POH-GGZ heeft meer dan 20 consulten.
- Een ander aandachtspunt is dat het moeilijk is eenduidig conclusies te verbinden aan deze figuur. Vervolgzorg na meer consulten bij de POH-GGZ kan enerzijds wijzen op een te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten voor vervolgzorg duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.
- Aandachtspunt is dat de cijfers van 2016 nog een onderschatting zijn (zie uitleg stippellijn hiernaast).

# 2.3.3 Huisarts: Gespecialiseerde GGZ na POH-GGZ (1/3)

- Definitie: de figuur geeft de behandelklassen weer bij vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ na aantal consulten bij de POH-GGZ voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Het aantal consulten wordt bepaald in 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult bij de POH-GGZ valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen.
- Trajecten worden alleen geïncludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product in de gespecialiseerde GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product in de gespecialiseerde GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee.
- Patiënten die na consulten bij de POH-GGZ geen zorg ontvingen in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.

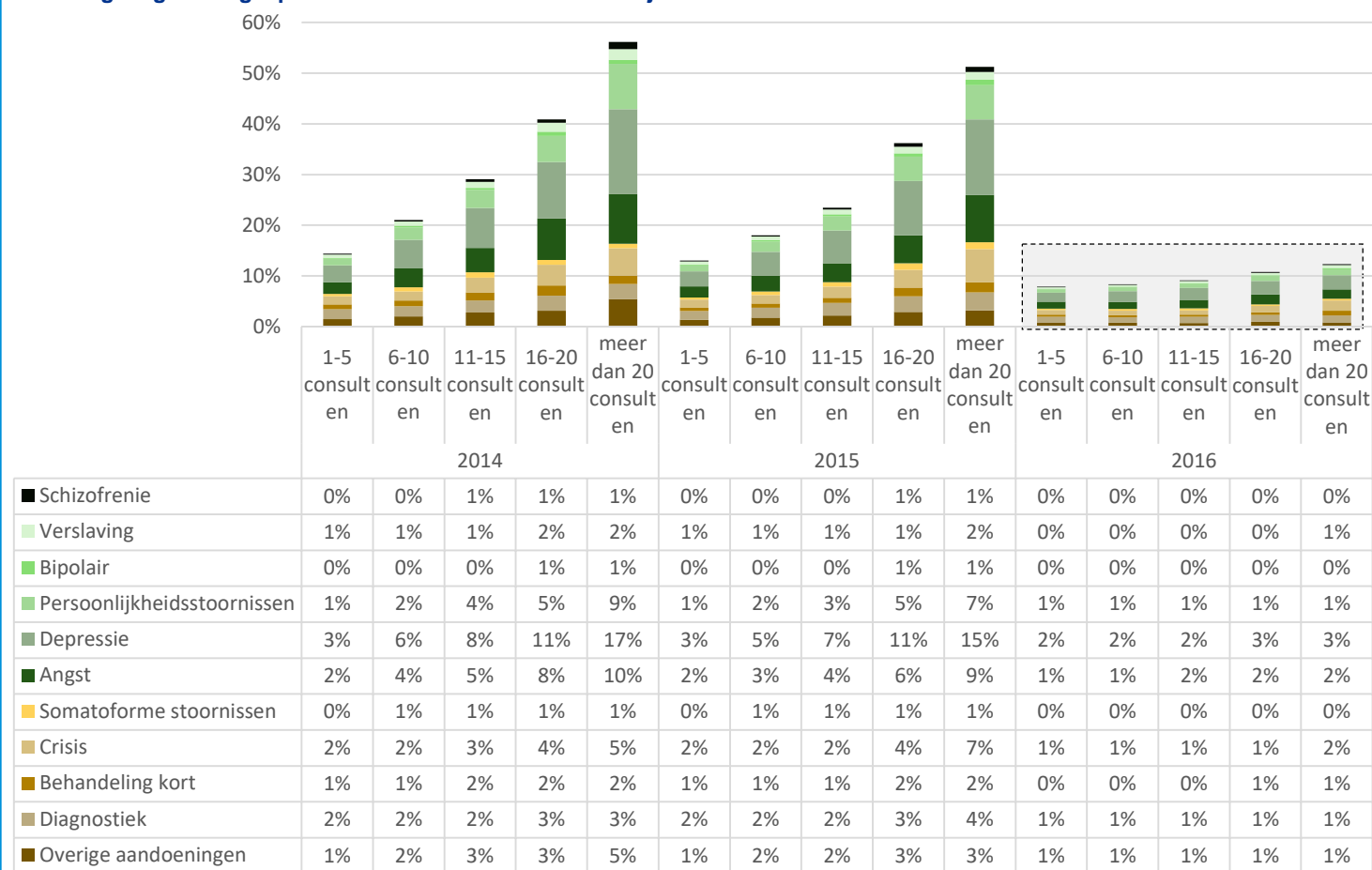
**Verdeling behandelduurklassen en crisis DBC's, met en zonder verblijf, in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na aantal consulten bij de POH-GGZ**



# 2.3.3 Huisarts: Gespecialiseerde GGZ na POH-GGZ (2/3)

- Definitie: de figuur geeft de diagnoses weer bij vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ na een aantal consulten bij de POH-GGZ voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Het aantal consulten wordt bepaald in 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult bij de POH-GGZ valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen.
- Trajecten worden alleen geïncludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product in de gespecialiseerde GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product in de gespecialiseerde GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee.
- Patiënten die na consulten bij de POH-GGZ geen zorg ontvingen in de 2e lijn/gespecialiseerde GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.

Verdeling diagnoses gespecialiseerde GGZ na consulten bij de POH-GGZ



## 2.3.3 Huisarts: Gespecialiseerde GGZ na POH-GGZ (3/3)

### Vervolg

- Toelichting stippellijn pagina 40 en 41: De percentages vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ zijn in 2016 lager dan in 2014 en 2015. Dit komt omdat alleen data tot 2016 compleet is bij Vektis. Mogelijk hebben patiënten in 2016 zorg ontvangen bij de POH-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ. Deze patiënten zijn nog niet bekend bij Vektis en niet in de indicator meegenomen. Bij deze indicatoren verwachten we een verschuiving als meer declaratie-gegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

\*Bron: Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, Trimbos Instituut, 2017

### Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ binnen drie maanden

- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten in 2014, 2015 en 2016 binnen drie maanden geen zorg in de gespecialiseerde GGZ. Het percentage verschilt tussen de 84% en 88% na 1-5 consulten bij de POH-GGZ en 59%, 60% en 85% na 16-20 consulten. Opvallend is dat in 2014 en 2015 na meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ, patiënten vaker wel (56% en 55%) dan niet (44% en 45%) zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn gelijk aan de verklaringen in paragraaf 2.3.2.
- Daarnaast wordt duidelijk dat patiënten met een hoger aantal consulten bij de POH-GGZ daarna vaker een behandeling voor crisis hebben. 2% van de patiënten in 2014 en 2015 ontvangen na 1-5 of 5-10 consulten bij de POH-GGZ behandeling voor crisis; voor patiënten met meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ is dit respectievelijk 5% en 7%. Een mogelijke verklaring is dat patiënten bij de POH-GGZ behandeld worden in afwachting van een behandeling in de gespecialiseerde GGZ, bijvoorbeeld door het bestaan van wachtlijsten. Het kan ook gaan om chronische patiënten die stabiel waren en vanuit de gespecialiseerde GGZ zijn afgeschaald naar de POH-GGZ. In het geval van een crisis worden zij weer behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Beide kunnen een indicatie zijn van te late opschaling.
- Aandachtspunt bij deze figuur zijn de aantallen patiënten per categorie van aantal consulten. Het grootste deel van de patiënten bij de POH-GGZ heeft minder dan 10 consulten gehad. Het percentage dat 10 of minder consulten heeft gehad is in 2011 tot en met 2014 95% en daalt in 2015 en

2016 naar respectievelijk 93% en 90%. 1% van de patiënten bij de POH-GGZ heeft meer dan 20 consulten.

- Een ander aandachtspunt is dat het moeilijk is eenduidig conclusies te verbinden aan deze figuur. Vervolgzorg na meer consulten bij de POH-GGZ kan enerzijds wijzen op een te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten voor vervolgzorg duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.
- Aandachtspunt is dat de cijfers van 2016 nog een onderschatting zijn (zie uitleg stippellijn hiernaast).

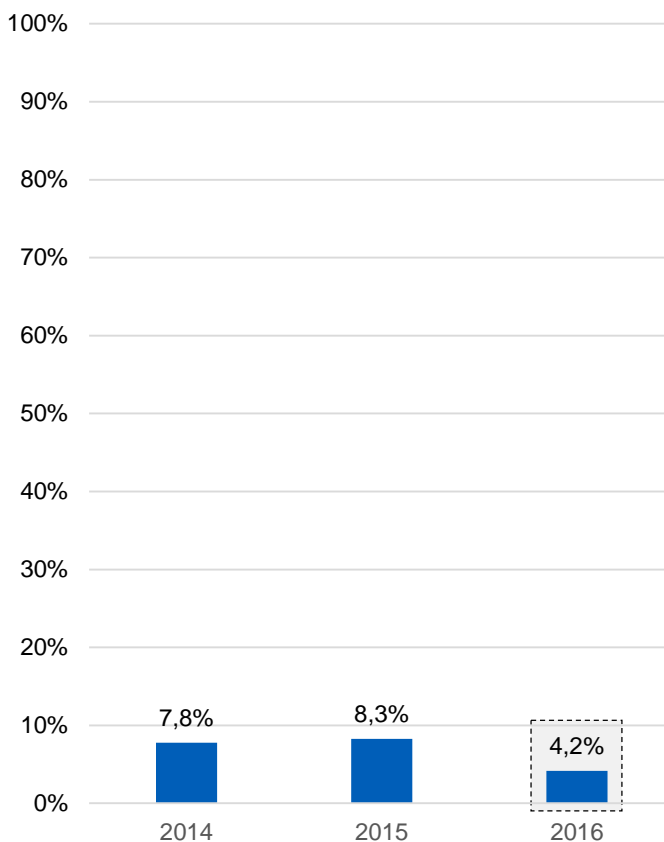
### Na consulten bij de POH-GGZ worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie

- Na consulten bij de POH-GGZ in 2014, 2015 en 2016 (alle categorieën) worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie. Dit percentage loopt op van 4% in 2014 en 2015 en 3% in 2016 van de patiënten na 1-5 consulten bij de POH-GGZ naar 17%, 16% en 4% na meer dan 20 consulten in respectievelijk 2014, 2015 en 2016.
- De percentages van patiënten die behandeld worden voor een depressie na consulten bij de POH-GGZ zijn licht lager in 2015 dan in 2014. De percentages van 2016 zijn een onderschatting (zie uitleg hiernaast).
- Na consulten bij de POH-GGZ in 2014, 2015 en 2016 (alle categorieën) worden, na depressie, de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Dit lijkt logisch aangezien dit de drie meest voorkomende stoornissen zijn in de GGZ.

## 2.3.4 Huisarts: Zorg na POH-GGZ

- Definitie: de figuur geeft het percentage patiënten weer dat zorg ontvangt zowel in de GB-GGZ als in de gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ.
- Patiënten worden geïncludeerd als zij minimaal 1 consult bij de POH-GGZ hebben gehad, waarbij de begindatum van het laatste product en het consult bij de POH-GGZ binnen 365 dagen van elkaar liggen.
- De verslagperiode wordt bepaald op basis van de consulten bij de POH-GGZ in de jaren 2014, 2015 en 2016.
- De noemer is het aantal patiënten met minimaal 1 consult bij de POH-GGZ in de jaren 2014, 2015 en 2016. De teller is het aantal patiënten met zorg in de GB-GGZ of de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ 365 dagen opvolgend van het consult bij de POH-GGZ.
- Toelichting stippellijn: omdat een jaar vooruit gekeken wordt naar vervolgzorg, verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

**Percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ**



**Het percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ is 7,8% in 2014 en loopt op naar 8,3% in 2015**

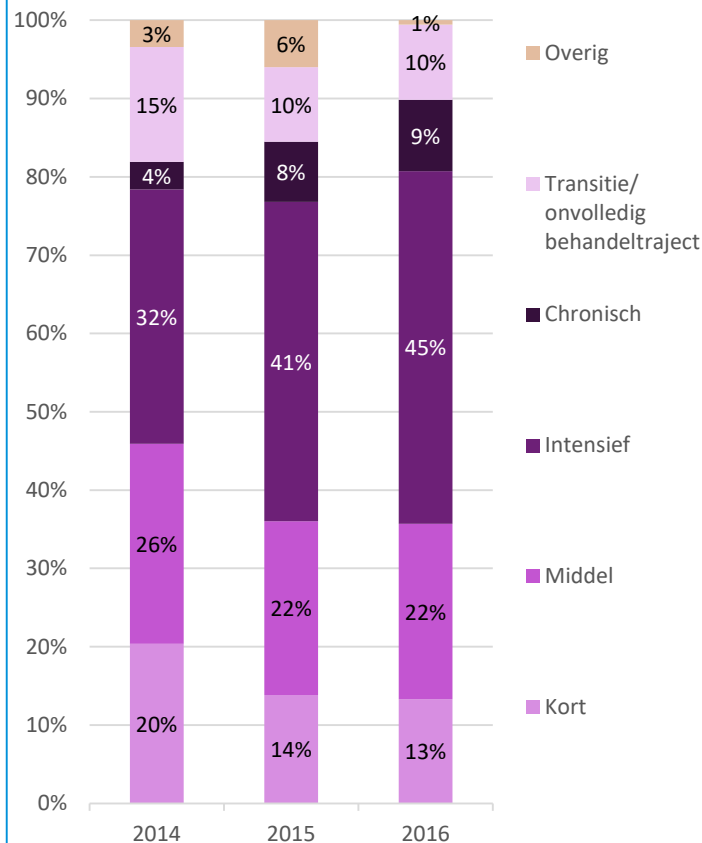
- Tussen 2014 en 2015 stijgt het percentage patiënten dat na minimaal één consult bij de POH-GGZ binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ van 7,8% naar 8,3%.
- Het percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ daalt in 2016 naar 4,2%. Belangrijk aandachtspunt is dat 2016 nog een onderschatting weergeeft (zie uitleg in de kolom aan de linkerkant van de pagina).



# 2.3.5 GB-GGZ: Verdeling producten (1/2)

- Definitie: deze verdeling is gemaakt op basis van aantal producten binnen de GB-GGZ.
- De productgroep Onvolledig behandeltraject bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. In 2014 heette deze categorie Transitieproduct. Dit product kan voorkomen wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een DSM diagnose, wanneer het een patiënt betreft die overgaat van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem (dit geldt alleen voor 2014, zie Bijlage 4) en wanneer de problematiek te zwaar is om binnen de GB-GGZ behandeld te worden.
- In de categorie overig vallen onder andere de innovatiecodes, overige producten (OVP's) en de Vicino codes. Het overzicht van deze codes staat in Bijlage 4.

**Verdeling producten GB-GGZ voor vrijgevestigden en instellingen gezamenlijk**

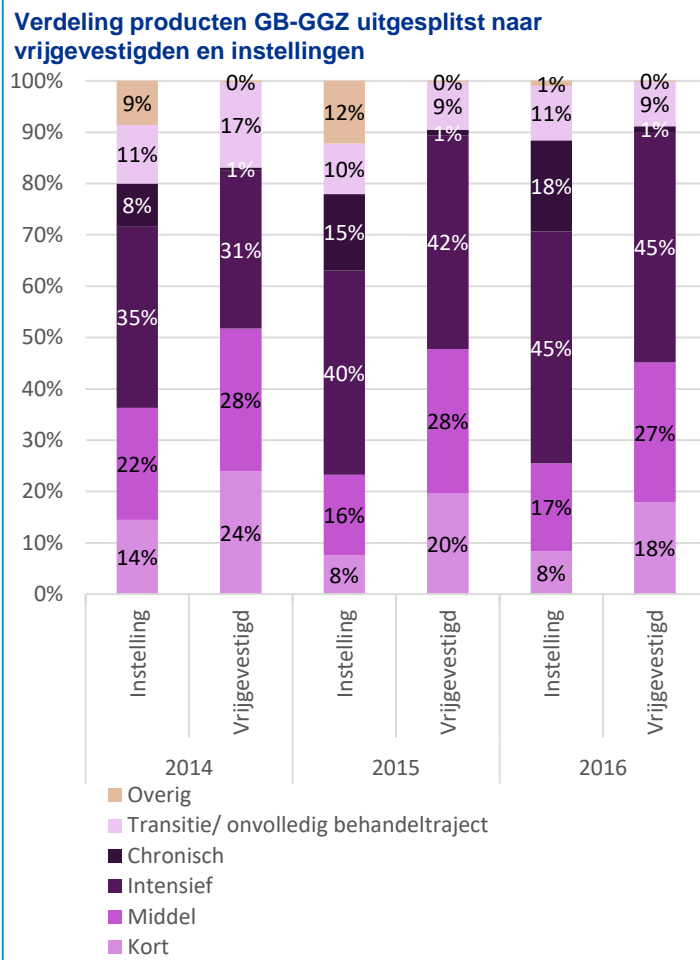


## Het product intensief wordt in de GB-GGZ relatief het vaakst ingezet

- Zowel in 2014, 2015 en 2016 is het aandeel van het product intensief het grootst. Daarna volgen de producten middel en kort. Het aandeel van het product chronisch is relatief laag, maar groeiend.
- Tussen 2014 en 2016 is een stijging te zien van het percentage producten intensief van 32% naar 45%. Ook het aandeel chronische producten neemt toe van 4% in 2014 naar 9% in 2016. Het aandeel van de producten kort en middel neemt juist af van respectievelijk 26% en 20% in 2014 naar 22% en 13% in 2016. Mogelijke verklaringen zijn:
  - Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, die eisen aan de productmix meer hebben losgelaten.
  - Substitutie van patiënten met relatief lichte problematiek naar de huisarts en de POH-GGZ. Hierdoor blijft een populatie met relatief zware problematiek in de GB-GGZ, waarvoor producten kort en middel in veel gevallen niet passend zijn.
  - Substitutie van patiënten met relatief lichte problematiek van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Deze problematiek is mogelijk relatief zwaar voor de GB-GGZ.
- Omdat producten intensief en chronisch duurder zijn dan de producten kort en middel, kan de verandering in productmix ook een toename van de kosten met zich meebrengen. Dit kan bijdragen aan de stijging van de behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.2.5).
- Ook het transitieproduct (sinds 2015 onvolledig behandeltraject), neemt af tussen 2014 en 2016 van 15% naar 10%. Dit is volgens verwachting, omdat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is voor patiënten uit de EPZ.

# 2.3.5 GB-GGZ: Verdeling producten (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.



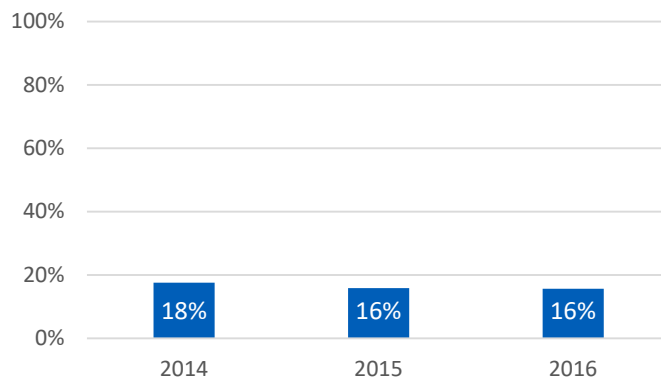
## De productmix in de GB-GGZ verschilt tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders

- Zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van het product intensief het grootst. Ook neemt het aandeel van dit product bij beide toe tussen 2014 en 2016.
- Echter, bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van de producten kort en middel groter dan bij instellingen. Het aandeel van deze producten neemt zowel bij vrijgevestigde aanbieders als bij instellingen af tussen 2014 en 2016. Dit wordt mogelijk verklaard door de historie waarbij vrijgevestigde aanbieders meer ELZ leverden.
- Het product chronisch wordt in 2014, 2015 en 2016 voornamelijk door instellingen geleverd. Dit wordt mogelijk verklaard doordat zorgverzekeraars dit product voornamelijk inkopen bij instellingen, omdat zij multidisciplinaire zorg kunnen leveren.
- Zowel in 2014 als in 2015 is het aandeel overige producten bij vrijgevestigde aanbieders 0%, terwijl dit percentage bij instellingen respectievelijk 9% en 12% is. In de categorie overig vallen onder andere de innovatiecodes, de overige producten (OVP's) en de Vicino codes. Deze codes worden alleen gedeclareerd vanuit instellingen. In 2016 is het percentage overige producten zowel bij instellingen als bij vrijgevestigden laag. Verklaring hiervoor is dat eind 2015 veel innovatiecodes zijn afgelopen.

## 2.3.6 GB-GGZ: Gewijzigde producten

- 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.
- Bij eerdere rapportages van de monitor GB-GGZ is gebleken dat aanbieders het verwachte product soms overschrijven 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.
- \*In 2014 onvolledig behandeltraject.

Percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ



Verwacht versus definitief product jan 2014-dec 2016

		Definitief product					Totaal
		Kort	Middel	Intensief	Chron.	Transitie*	
Verwacht product	Kort	74.521	4.749	2.698	47	201	82.216
	Middel	24.335	134.422	21.450	181	140	180.528
	Intensief	12.728	26.140	251.662	549	167	291.246
	Chronisch	1.207	1.152	968	48.649	24	52.000
	Transitie*	356	105	89	17	1.356	1.923
	Totaal	113.147	166.568	276.867	49.443	1.888	607.913

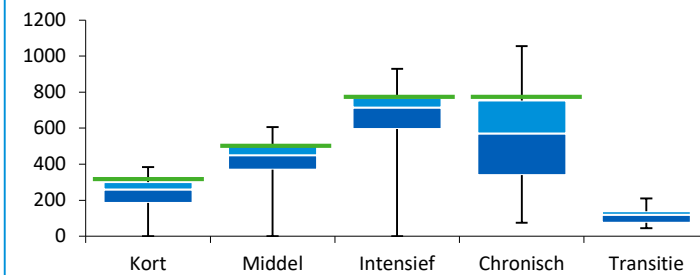
Percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ daalt licht

- De meeste definitieve producten komen overeen met het verwachte product. Deze producten worden dus niet gewijzigd (82% in 2014, 84% in 2015 en 2016).
- Het product intensief komt het vaakst voor. De producten transitie en middel worden echter het vaakst gewijzigd (respectievelijk 29% en 26%), gevolgd door de producten intensief (14%), kort (9%) en chronisch (6%).
- Tussen 2014 en 2016 neemt het percentage gewijzigde producten in de GB-GGZ iets af van 18% naar 16%.
  - Mogelijk draagt het dalende percentage producten kort en middel hieraan bij, omdat deze producten relatief vaker gewijzigd worden.
  - Daarnaast kan de daling in percentage gewijzigde producten mogelijk verklaard worden doordat er minder strikte afspraken zijn over de productmix. Zorgaanbieders hebben bij een eerdere rapportage aangegeven dat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan het niet wijzigen van producten. Dit kan ertoe leiden dat zorgaanbieders een product niet wijzigen als het anders eindigt dan vooraf verwacht.
- De tabel geeft de som weer van het aantal producten verwacht versus definitief over de periode januari 2014 tot en met december 2016. In deze tabel is zichtbaar dat producten vaker lager worden afgesloten dan verwacht, dan hoger dan verwacht.

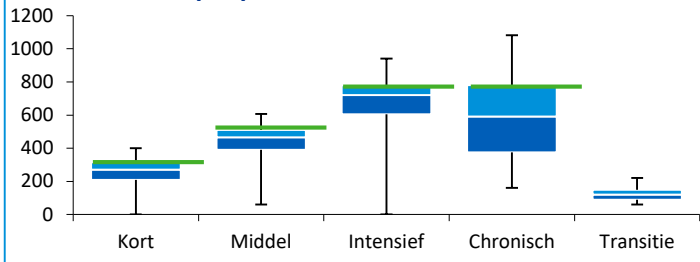
# 2.3.7 GB-GGZ: Aantal minuten per product

- Definitie: deze figuur geeft de spreiding weer in het aantal minuten per type product.
- Het onderste streepje geeft het 5e 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 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e 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: Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen, januari 2013).

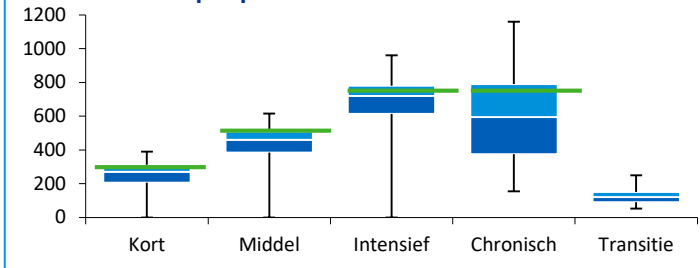
Aantal minuten per product GB-GGZ 2014



Aantal minuten per product GB-GGZ 2015



Aantal minuten per product GB-GGZ 2016



## Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ stijgt licht maar blijft onder de tijdsinschatting

- Zowel in 2014 als in 2015 en 2016 blijft bij alle typen producten de mediaan van het aantal minuten per product onder de HHM tijdsinschatting\*. Een verklaring hiervoor kan zijn dat behandelaars meer sturen op minuten dan op zorginhoud. Mogelijk geven deze cijfers een onderschatting weer door eventuele onderregistratie van minuten bij vrijgevestigde aanbieders.
- In alle drie de jaren is de spreiding het grootst bij het product chronisch. Mogelijk komt dit doordat de doelgroep, waarvoor het product ingezet wordt, zeer gemêleerd is. Het product wordt bijvoorbeeld ingezet als vervolgproduct, naast een product kort, middel of intensief, en voor patiënten die alleen voor medicatiecontacten komen.
- Tussen 2014 en 2016 stijgt het aantal minuten per product, voor alle typen producten. De p05, p25, mediaan, p75 en p95 waarden stijgen allemaal licht. Tussen 2014 en 2016 stijgt de mediaan: van het product kort van 260 naar 270 minuten; van het product middel van 450 naar 460 minuten; van het product intensief van 715 naar 720 minuten; en van het product chronisch van 570 naar 595 minuten.

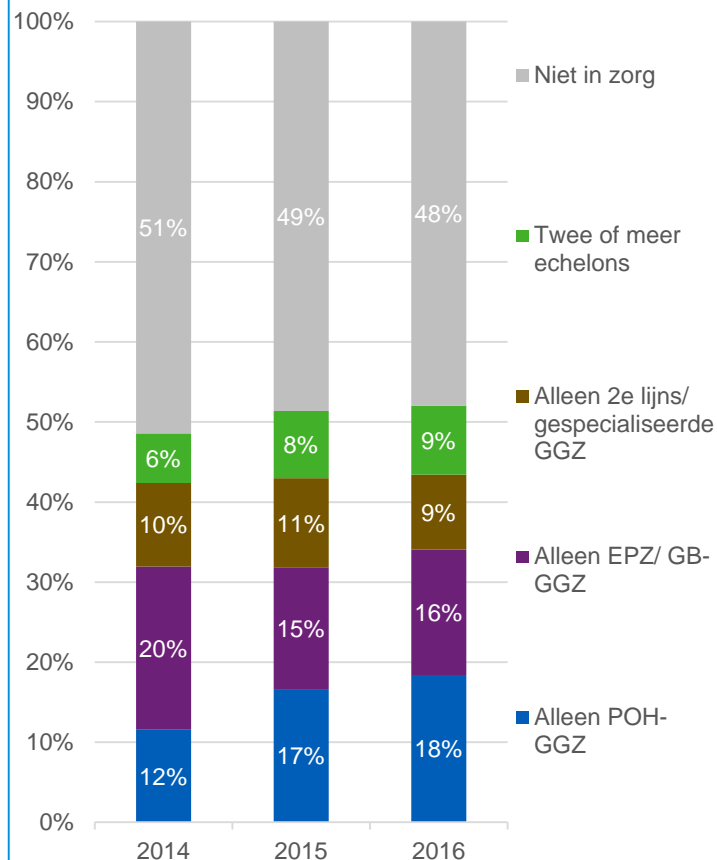
Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er substitutie plaatsvindt vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. In combinatie met substitutie van patiënten met relatief lichte problematiek van de GB-GGZ naar de huisartsenzorg kan dit resulteren in een doelgroep met relatief zware problematiek in de GB-GGZ. Hierdoor neemt de gemiddelde behandelduur in de GB-GGZ toe. Ook kan de stijging in minuten mogelijk verklaard worden doordat behandelaars door de jaren heen meer zijn gaan sturen op zorginhoud in plaats van op minuten.

# 2.3.8 GB-GGZ: Zorg in het voorgaande jaar

- Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 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 365 dagen teruggekeken.
- Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

**Echelon(s) waarin patiënten in GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen**



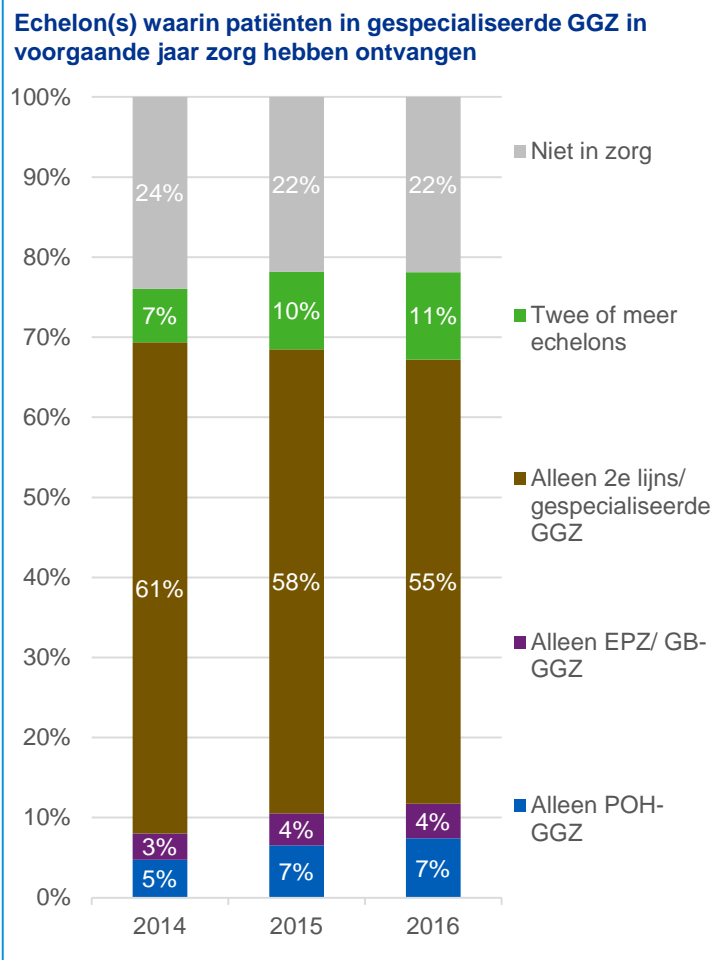
## De meeste patiënten in de GB-GGZ hebben in het voorgaande jaar geen zorg ontvangen, of alleen zorg bij de POH-GGZ of in de EPZ/GB-GGZ

- Van de patiënten die in 2014, 2015 en 2016 zorg ontvingen in de GB-GGZ, ontvingen de meeste patiënten in het voorgaande jaar geen GGZ-zorg (respectievelijk 51%, 49% en 48%). Dit percentage daalt licht van 2014 tot 2016.
- Van de patiënten die zorg ontvingen in het voorgaande jaar, ontvingen in 2014 de meeste patiënten alleen zorg in de EPZ/GB-GGZ (20%). In 2015 en 2016 ontving het grootste deel van de patiënten in de GB-GGZ in het voorgaande jaar zorg bij de POH-GGZ (respectievelijk 17% en 18%).
- Tussen 2014 en 2016 neemt het aandeel patiënten dat in het voorgaande jaar alleen zorg ontving bij de POH-GGZ toe van 12% naar 18%. Het percentage patiënten dat alleen in de EPZ/GB-GGZ zorg ontving in het voorgaande jaar is afgenomen tussen 2014 en 2016 van 20% naar 16%.
- Het percentage patiënten dat zorg ontving in twee of meer echelons neemt tussen 2014 en 2016 toe van 6% naar 9%. Dit kan mogelijk wijzen op gepast op- en afschalen. Anderzijds kan er ook sprake zijn van een afname van matched care over de echelons: de patiënt wordt niet direct in het juiste echelon behandeld. Om inzicht te krijgen om welke reden patiënten in twee of meer echelons zorg ontvangen is verder onderzoek nodig.
- Binnen de categorie "twee of meer echelons" ontving maar een klein deel van de patiënten (0,3% in 2014 en 0,6% in 2015 en 2016) zorg in alle drie de echelons. De meeste patiënten ontvingen zorg bij de POH-GGZ én de EPZ/GB-GGZ (respectievelijk 2,0%, 3,1% en 3,5%) of in de EPZ/GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 2,5%, 2,7% en 2,6%).

# 2.3.9 Gespecialiseerde GGZ: Zorg in voorgaande jaar

- Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 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 365 dagen teruggekeken.
- Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.



## De meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ

- De meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (61% in 2014, 58% in 2015 en 55% in 2016). Een verklaring is dat voor patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, een vervolg DBC geopend wordt.
- Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg (24% in 2014, 22% in 2015 en 2016).
- Tussen 2014 en 2016 neemt het percentage patiënten niet in zorg af. Dit hangt mogelijk samen met de toegenomen inzet van de POH-GGZ. Het percentage patiënten alleen in zorg bij de POH-GGZ neemt toe.
- Tussen 2014 en 2016 neemt het percentage patiënten alleen in zorg bij de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ af. Waarschijnlijk wordt dit verklaard door de toename van het percentage patiënten alleen in zorg bij de POH-GGZ of in de EPZ/GB-GGZ.
- Ook het percentage patiënten in zorg bij twee of meer echelons neemt toe tussen 2014 en 2016. Hier gelden vergelijkbare verklaringen als bij de zorg in het voorgaande jaar van patiënten in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.3.8).
- Binnen de categorie "twee of meer echelons" ontving maar een klein deel van de patiënten (0,4% in 2014, 0,7% in 2015 en 0,8% in 2016) zorg in alle drie de echelons. De meeste patiënten ontvingen zorg bij de POH-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 3,2%, 4,6% en 5,3%) of in de EPZ/GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 2,4%, 3,0% en 3,2%).



# Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Uitgebreide toelichting methode
4. Gebruikte coderingen
5. Afkortingen
6. Klankbordgroep

# Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS (1/2)

\* Met VWS is overeengekomen dat dit geen onderwerp is in de monitor GB-GGZ juni 2018.

## 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 verwijsmodel. En hebben die tools effect op het verwijsgedrag?\*



# Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS (2/2)

\* Met VWS is overeengekomen dat dit geen onderwerp is in de monitor GB-GGZ juni 2018.

## *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 patiënt/ 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

Categorie	Indicator
Indicatoren betreft toegankelijkheid	# patiënten in zorg per echelon
	% patiënten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	% huisartsen met een POH-GGZ
Indicatoren betreft betaalbaarheid	Totale behandelkosten per echelon
	% behandelkosten per echelon
	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
Indicatoren betreft kwaliteit	# consulten per patiënt bij de POH-GGZ
	Verdeling type producten GB-GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	Verdeling diagnoses gespecialiseerde GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	Verdeling behandeluurklassen en crisis DBC's, met en zonder verblijf, in de gespecialiseerde GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	% patiënten dat zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2e lijn/gespecialiseerde GGZ, na consult bij de POH-GGZ
	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen
	Echelon(s) waarin patiënten gespecialiseerde GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders

# Bijlage 3 – Uitgebreide toelichting methode (1/4)

## Verskil rapportage juni 2018 en eerdere rapportages

De rapportage juni 2018 verschilt in enkele opzichten van eerder verschenen rapportages:

- In de monitoren GB-GGZ van 2014 tot en met 2016 werd gerapporteerd op het niveau van drie regio's, waar mogelijk aangevuld met landelijke analyses. Inmiddels zijn landelijke data van 2014 en 2015 beschikbaar en heeft het ministerie van VWS besloten de monitor GB-GGZ te beperken tot de landelijke analyses. In de rapportage van juni 2017 en de huidige rapportage komen dus geen regio analyses meer voor.
- De data voor de regio analyses werd geleverd door aanbieders in de drie betreffende regio's, waardoor met recente data gewerkt kon worden. In het beschikbaar komen van landelijke data zit een vertraging, omdat producten nog een jaar open kunnen staan. Daarom wordt gerapporteerd over de jaren 2014, 2015 en 2016.
- Er wordt gerapporteerd in hele jaren, in plaats van in halve jaren, zoals eerder bij de regio analyses. Dit draagt bij aan de herkenbaarheid van de resultaten.
- Samenhangend met bovenstaande punten is sinds vorig jaar besloten de rapportage één keer per jaar uit te brengen, in plaats van de eerdere twee keer per jaar.

## Vergelijkbaarheid cijfers met eerdere rapportages

De cijfers in de rapportage van juni 2017 en de huidige rapportage zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de cijfers uit de rapportages van 2014 tot en met 2016. Daarvoor bestaan verschillende redenen:

- In voorgaande rapportages zijn verslagperioden van een

halfjaar gehanteerd en in de huidige rapportage verslagperioden van een heel jaar. Door de toewijzing van patiënten aan verslagperioden komt de som van twee halve jaren in de voorgaande rapportage niet altijd exact overeen met de cijfers van hele jaren in de huidige rapportage. Soms telden patiënten in de voorgaande rapportage in twee halve jaren mee, terwijl de patiënt nu in een heel jaar één keer wordt meegeteld. Ook door toewijzing aan het zwaarste echelon kunnen verschillen ontstaan tussen verslagperioden van een half jaar en een heel jaar.

- Voor één zorgverzekeraar zijn in 2015 en 2016 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen, wat mogelijk tot een kleine onderschatting in 2015 en 2016 bij de POH-GGZ leidt. Dit komt doordat huisartspraktijken waarbij het merendeel van de verzekerden bij deze zorgverzekeraar verzekerd zijn, gebruik maken van slechts één prestatiecode om alle POH-GGZ gerelateerde zorg te declareren. Onder deze prestatiecode declareren deze praktijken niet alleen consulten, maar ook inschrijftarieven. Daar komt bij dat de totale kosten van alle inschrijftarieven en consulten (van deze prestatiecode dus) verdeeld worden over alle verzekerden die bij deze praktijk zijn ingeschreven (en niet alleen de patiënten die bij de POH-GGZ zijn geweest). Hierdoor zijn patiënten die zorg ontvangen hebben bij de POH-GGZ niet meer te onderscheiden. Om die reden is deze prestatiecode uitgesloten van het onderzoek. Hierdoor worden in 2015 287.000 patiënten uitgesloten (waarvan maar een deel bij de POH-GGZ in zorg was) en €495.500 (wat zowel het inschrijftarief POH-GGZ is voor alle verzekerden bij die huisartsen als de kosten voor consulten). In 2016 gaat het over 300.000 patiënten en €590.000.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (2/4)

- Door heraanlevering van data door zorgverzekeraars hebben correcties plaatsgevonden in data van de 2<sup>e</sup> lijn vóór 2014.
- In de jaren vanaf 2014 zijn de cijfers nog gestegen door nieuwe aanleveringen die nog hebben plaatsgevonden na de analyses van vorig jaar. Dit heeft voornamelijk invloed op de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

## Bron kwantitatieve data

Alle kwantitatieve data zijn afkomstig van Vektis.

## Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

- Forensische zorg
- Ziekenhuiszorg
- Wmo zorg
- AWBZ zorg
- Wlz 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 2016. De verslagperiodes zijn een jaar. 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.

## 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 niet meer inzichtelijk en daarover wordt dan ook niet gerapporteerd.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (3/4)

## Bronnen:

- <sup>1</sup> Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ
- <sup>2</sup> NZa, REGELING NR/CU-524, Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ

## 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 (2011 tot en met december 2016)
  - EPZ (2011-2013)
  - 2<sup>e</sup> lijn (2011-2013)
  - GB-GGZ (incl. product Onvolledig behandeltraject) (2014 tot en met 2016)
  - Gespecialiseerde GGZ (DBC's en geselecteerde OVP's) (2014 tot en met 2016)
- 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. Uitzondering hierop zijn de analyse van het Nivel (zie paragraaf 2.1.2 en paragraaf 2.2.3).
- 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.
- 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. De gegevens zijn bijgewerkt tot 20 februari 2018. Alle producten meegenomen in de analyses zijn gesloten.
- Zorgverzekeraars voeren landelijke materiele controles uit bij GGZ-aanbieders. Het doel van deze controles is het toetsen van de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders en/of het vaststellen van de doelmatigheid van behandelingen. Deze controles kunnen leiden tot bijstellingen van de kosten van GGZ-instellingen. Dit betekent dat de kosten, zoals weergegeven in deze rapportage, nog naar beneden bijgesteld kunnen worden.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (4/4)

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

## 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 jaar 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.

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 en het totaal aantal patiënten per echelon zonder correctie wanneer in een zwaarder echelon ook zorg is ontvangen in beeld gebracht.

Totaal aantal patiënten per echelon, zonder correctie wanneer in een zwaarder echelon ook zorg is ontvangen						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
POH-GGZ*	86.933	115.743	173.255	342.653	424.923	480.329
EPZ	262.014	250.618	236.072			
GB-GGZ				223.816	271.939	288.118

Percentage patiënten dat niet meegenomen is in betreffende echelon, omdat zij in een zwaarder echelon ook zorg ontvangen						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
POH-GGZ*	8%	27%	26%	24%	24%	24%
EPZ	0%	15%	16%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	20%	21%	19%

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (1/4)

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/nervus/ 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	Persoonlijkeids- 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 4 - Gebruikte coderingen (2/4)

Voor één zorgverzekeraar zijn in 2015 en 2016 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen, wat mogelijk tot een kleine onderschatting in 2015 en 2016 leidt. Dit komt doordat huisartspraktijken waarbij het merendeel van de verzekerden bij deze zorgverzekeraar verzekerd zijn, van slechts één prestatiecode gebruik maken om alle POH-GGZ gerelateerde zorg te declareren. Onder deze prestatiecode declareren deze praktijken niet alleen consulten, maar ook inschrijftarieven. Daar komt bij dat de totale kosten van alle inschrijftarieven en consulten (van deze prestatiecode) verdeeld worden over alle verzekerden die bij deze praktijk zijn ingeschreven (en niet alleen de patiënten die bij de POH-GGZ zijn geweest). Hierdoor zijn patiënten die zorg ontvangen hebben bij de POH-GGZ niet meer te onderscheiden. Om die reden is deze prestatiecode geëxcludeerd uit het onderzoek. Hierdoor worden in 2015 287.000 patiënten uitgesloten (waarvan maar een deel bij de POH-GGZ in zorg was) en €495.500 (wat zowel het inschrijftarief POH-GGZ is voor alle verzekerden bij die huisartsen als de kosten voor consulten). In 2016 gaat het over 300.000 patiënten en €590.000.

## 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

Prestatiecode	Jaren waarin deze code gebruikt werd	Omschrijving
31280	2016	POH GGZ Intake
31281	2016	POH GGZ Kort
31282	2016	POH GGZ Lang
31330	2016	DBC POH GGZ
40006	2012 – 2013	Intake POH-GGZ
40008	2012 – 2013	Korte behandeling door POH-GGZ
11609	2015	POH-GGZ module zorggroep
11201	2015	Module POH-GGZ per kwartaal per ingeschreven verzekerde
12110	2015	Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten
12111	2015	Consult POH-GGZ 20 minuten en langer
12112	2015	Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten
12113	2015	Visite POH-GGZ 20 minuten en langer
12114	2015	Telefonisch consult POH-GGZ
12115	2015	E-mailconsult POH-GGZ
12116	2015	Groepsconsult POH-GGZ
14789	2015	Implementatie POH GGZ



# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (3/4)

**Bron:**

1. NZa: Regeling NR/CU-530

**EPZ**

Voor de EPZ zijn alle bestaande prestatiecodes binnen de EPZ meegenomen om de geleverde zorg in kaart te brengen.

**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	Transitieproduct (in 2014)/Onvolledig behandeltraject (vanaf 2015)
040006, 040008, 040009, 040011, 040013, 040019, 040020, 040021, 040022, 040023, 198300, 198301, 40006, 400060, 40008, 400080, 40009, 400090, 40011, 400110, 40012, 40013, 400130, 40018, 40019, 400190, 40020, 400200, 40021, 40022, 40023, 400230, 40031, 40032	Overige codes, waaronder innovatiecodes en de Vicino codes

Voor declaratie van het product onvolledig behandeltraject 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 product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- Indien voor een patiënt in 2013 een behandeling in het kader van 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 product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

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

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (4/4)

## 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 onderstaande OVP's meegenomen.

Declaratiecode	Omschrijving
194073	OVP niet-basispakketzorg consult
194074	OVP niet-basispakketzorg verblijf
194028	Individuele preventie bij hoog risico groepen per uur
198300	OVP niet-basispakketzorg consult
198301	OVP niet-basispakketzorg verblijf

# Bijlage 5 - Afkortingen

Afkorting	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
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

# Bijlage 6 - Klankbordgroep

De functie van de klankbordgroep in het huidige onderzoek omvat onderstaande punten.

- Op 24 mei 2018 is de conceptrapportage besproken met de klankbordgroep.
- De klankbordgroep heeft de conceptrapportage tegen gelezen en feedback geleverd.

In onderstaande tabel zijn de partijen opgenomen die in de klankbordgroep vertegenwoordigd zijn.

## Partijen vertegenwoordigd in de klankbordgroep

GGZ Nederland	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
InEen	MIND Landelijk Platform GGz
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
MeerGGZ	Zorginstituut Nederland
Nivel	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	



**KPMG on social media**



**KPMG app**

© 2018 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.