



**KPMG**  
cutting through complexity

PLEXUS

GEZONDHEIDSZORG

## Monitor generalistische basis GGZ

Periode: jan 2011 – juni 2014

In opdracht van het Ministerie van VWS

December 2014

## **December 2014**

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

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

# Samenvatting

\* De introductie van de GB-GGZ heeft naast effect op de GB-GGZ ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ. In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis. Deze rapportage geeft een beeld over het eerste halfjaar van 2014 op basis van kwantitatieve en kwalitatieve data in vergelijking met voorgaande jaren.

Met de introductie van de GB-GGZ in 2014 zijn er nieuwe echelons ontstaan. Vóór 2014: EPZ en 2e lijn; na 2014: GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ:

1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> halfjaar 2011 - 2013	1 <sup>e</sup> halfjaar 2014
Huisarts incl. POH	Huisarts incl. POH
EPZ	GB-GGZ
2e lijn	Gespec. GGZ

Per 1 januari 2014 is de Generalistische Basis (GB) GGZ geïntroduceerd\*. KPMG Plexus en Vektis hebben de volgende opdracht gekregen van het Ministerie van VWS:

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

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

In deze rapportage geven we een eerste beeld op basis van kwantitatieve (eerste halfjaar 2014) en kwalitatieve data (focusgroepen en interviews gehouden in oktober 2014). Data van Vektis en data aangeleverd door betrokken zorgaanbieders zijn gecombineerd met ervaringen uit het veld (huisartsen, POH's-GGZ, zorgaanbieders in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ, zorgverzekeraars en patiënten). Alle bevindingen, zowel kwalitatief als kwantitatief, hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen. Wegens gebrek aan beschikbare data zijn vrijgevestigde aanbieders niet meegenomen in de kwantitatieve analyse. Daarnaast is de GB-GGZ in januari 2014 ingevoerd. Het vergt tijd voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten zichtbaar worden. **Op basis van deze rapportage kunnen dan ook geen algemene conclusies worden getrokken.** Het beeld ontwikkelt zich in de loop van de monitor verder en wordt steeds betrouwbaarder bij volgende rapportages.

De monitor brengt de ontwikkeling sinds de introductie van de GB-GGZ in kaart aan de hand van onderstaand raamwerk. Daarbij nemen we de perspectieven van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars mee.



## GGZ algemeen – over echelons

Deelnemers uit het kwalitatief onderzoek geven aan dat zij over het algemeen positief staan tegenover de introductie van de GB-GGZ. Echter, in de uitvoering worden nog verschillende knelpunten ervaren.

Als we het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's vergelijken met de halfjaren ervoor, dan zien we het volgende:

- **Aantallen patiënten:** Het aantal patiënten bij de POH-GGZ ligt hoger in 2014 dan in voorgaande jaren. Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ ligt in 2014 lager dan het gemiddelde van 2012-2013 in de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) én 2<sup>e</sup> lijn samen. Als we alleen kijken naar het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ dan ligt dit lager dan in de 2<sup>e</sup> lijn; in de GB-GGZ zitten daarmee juist meer patiënten dan in de EPZ; dit sluit aan bij substitutiedoelstellingen en de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient. Deze bevindingen worden niet bevestigd in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup>; zorgaanbieders die deelnemen aan het onderzoek geven aan dat substitutie van de voormalig 2<sup>e</sup> lijn naar de GB-GGZ achterblijft bij de verwachtingen en zorgverzekeraars dat zij een onderproductie in de GB-GGZ zien.

# Samenvatting

*Alle bevindingen, zowel kwalitatief als kwantitatief, hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen.*

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

- **Behandelkosten:** In lijn met de hogere patiëntenaantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger dan in voorgaande jaren. De kosten in de GB-GGZ liggen hoger dan in eerdere jaren in de EPZ. De zwaardere doelgroep en toename van het aantal patiënten spelen hierbij een rol. De totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn de afgelopen jaren nauwelijks veranderd.
- **Aantal nieuwe patiënten:** Het totaal aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is toegenomen. Bij de GB-GGZ zijn relatief veel nieuwe patiënten, waarbij meespeelt dat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden. Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ ligt lager dan voorheen in de 2<sup>e</sup> lijn.
- **Gemiddelde behandelkosten per patiënt:** De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn over de verslagperiode stabiel gebleven. Bij patiënten met een GB-GGZ product liggen de gemiddelde behandelkosten veel hoger dan bij patiënten met een EPZ product. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door toename van zorgverlening door de POH-GGZ voor vooral lichtere patiëntengroepen. Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur. De behandelkosten per patiënt binnen de gespecialiseerde GGZ liggen hoger dan voorheen in de 2<sup>e</sup> lijn, wat verklaard kan worden door de gemiddeld zwaardere doelgroep.
- **Medicatiekosten:** De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ werkt door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep. Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ is stabiel gebleven en de medicatiekosten per patiënt dalen licht. De totale medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013, wat in lijn is met het toegenomen aantal patiënten in GB-GGZ bij de betrokken aanbieders. Het percentage patiënten met medicatie is in de GB-GGZ hoger dan in de EPZ, terwijl de kosten per patiënt licht gedaald zijn. De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen lager dan bij de 2<sup>e</sup> lijn, wat in lijn is met een afname van het aantal patiënten in dit echelon. Het percentage patiënten met medicatie in de gespecialiseerde GGZ is licht gestegen ten opzichte van de 2<sup>e</sup> lijn, maar de kosten per patiënt zijn gedaald.

## Verschuiving tussen echelons

- **Verwijsstromen:** Op basis van de kwantitatieve data kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over verwijsstromen. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> komt naar voren dat patiënten later lijken te worden verwezen door de opkomst van de POH-GGZ en dat substitutie van gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ en de POH-GGZ nog niet goed op gang komt.
- **Knelpunten in verwijzing:** Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> ervaren knelpunten in verwijzing. Zo bestaat er onduidelijkheid over de afbakening van echelons, wat een belemmering vormt voor matched care. Tevens bestaat bij deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> onduidelijkheid in de afstemming tussen huisartsen en GGZ aanbieders ten aanzien van het stellen van de diagnose. Uit kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat verwijsinstrumenten worden nog beperkt ingezet en de kwaliteit van verwijsbrieven van huisartsen varieert. Tenslotte vinden deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ het een belemmering dat onderlinge doorverwijzing via de huisarts plaats moet vinden.
- **Samenwerkingsverbanden en ketenafspraken:** In het kwalitatieve onderzoek<sup>§</sup> is aangegeven dat er meer samenwerkingsverbanden en ketenafspraken ontstaan, bijvoorbeeld voor het opzetten van e-mental health (EMH), om verwijzing te stimuleren of voor het vormgeven van de consultatiefunctie.



# Samenvatting

## Binnen echelons

- **Huisartsenzorg inclusief POH-GGZ:** Het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is op landelijk niveau gestegen naar 70%. Huisartsen en andere deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven aan positieve ervaringen te hebben met de POH-GGZ. Zij geven aan dat POH's-GGZ expertise toevoegen aan de huisartsenpraktijk. Ook patiënten<sup>§</sup> hebben positieve ervaringen met de POH-GGZ. Zij vinden het bijvoorbeeld fijn laagdrempelig en dicht bij huis zorg te ontvangen. Er bestaan echter ook zorgen om de POH-GGZ. Zo wordt door deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aangegeven dat de kwalificaties van POH's-GGZ (zowel wat betreft opleiding als behandelervaring) nog uiteen lopen en dat de POH-GGZ wellicht overvraagd wordt in het aantal patiënten en de problematiek die zij behandelt. Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven aan dat de inzet van consultatie en EMH in de huisartsenpraktijk toenemen, maar nog steeds beperkt zijn. Evidence-based preventie krijgt nog weinig vorm in de huisartsenpraktijk<sup>§</sup>.

Uit de Nivel zorgregistraties eerste lijn blijkt een toename van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen. Dit betreft zowel patiënten die door de POH-GGZ als door de huisarts zelf zijn gezien.

- **GB-GGZ:** Het product Intensief wordt relatief het meest ingezet door de betrokken aanbieders. Het product Kort wordt het vaakst gewijzigd (het product wordt anders afgesloten dan verwacht). Bijna de helft van de producten die verwacht Kort waren, zijn anders gesloten. Van de patiënten die in de GB-GGZ een product hadden dat is afgesloten, was bij een klein deel als afsluitreden aangegeven dat de patiënt te licht dan wel te zwaar was. Het merendeel betrof transitieproducten. Een eerste beeld laat zien dat de meerderheid van de producten Kort (>75%) minder minuten bevat dan de door HHM gedefinieerde minuten voor het product; voor de andere producten geldt dat nog te weinig behandelingen zijn afgesloten om hier uitspraken over te doen. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat zorgaanbieders ervaren dat de problematiek in de GB-GGZ zwaarder is dan in de voormalig EPZ. Daarnaast is door sommige deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aangegeven dat producten vaak worden vastgesteld op basis van minuten in plaats van op basis van zorgvraag. Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven ook aan dat de producten binnen de GB-GGZ weinig ruimte bieden voor diagnostiek, protocollair werken, administratie, overleg en afstemming, innovatie en zorg voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd. EMH en groepsbehandelingen bieden de mogelijkheid om wel uit te komen binnen de producten, maar zijn lastig te realiseren voor vrijgevestigde behandelaren<sup>§</sup>. Het toevoegen van een vijfde product, met een hogere gemiddelde tijdsbesteding dan de huidige producten, wordt door enkele deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> als oplossing gezien, terwijl anderen aangeven dat het hier nog te vroeg voor is.
- **Gespecialiseerde GGZ:** Zowel het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten als het percentage patiënten met een diagnostiek DBC ligt in 2014 lager dan in voorafgaande jaren. Het is echter nog te vroeg om hier conclusies aan te verbinden. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt inderdaad dat zorgaanbieders in de gespecialiseerde GGZ ervaren dat de problematiek zwaarder is dan in de voormalig 2<sup>e</sup> lijn. Daarnaast blijkt uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> dat het voor vrijgevestigde behandelaren in de gespecialiseerde GGZ, zoals psychotherapeuten en klinisch psychologen, onduidelijk kan zijn op welke doelgroep zij zich moeten richten. Een deel van de doelgroep die zij voorheen behandelden, wordt nu behandeld in de GB-GGZ. Enkele vrijgevestigde deelnemers<sup>§</sup> bieden om deze reden naast gespecialiseerde GGZ ook GB-GGZ zorg, om de doelgroep die zij voorheen behandelden, te kunnen blijven behandelen.

*Alle bevindingen, zowel kwalitatief als kwantitatief, hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen.*

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

# Samenvatting

*Alle bevindingen, zowel kwalitatief als kwantitatief, hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen.*

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

## Zorgverzekeraars

- **Zorginkoop vanuit zorgaanbieders:** Afgelopen maanden hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over zorginkoop voor het jaar 2015. Zorgaanbieders<sup>§</sup> geven in het kwalitatief onderzoek aan dat zij diverse knelpunten ervaren in de zorginkoop, waaronder verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars, eisen die niet aansluiten bij de praktijk, onhaalbare en onwerkbaar eisen, hoge administratieve lasten, weinig ruimte voor innovatie en weinig onderhandelruimte. De introductie van de GB-GGZ heeft er onder andere voor gezorgd dat eisen die gesteld werden aan 2<sup>e</sup> lijns aanbieders nu gelden voor zowel GB-GGZ als gespecialiseerde GGZ aanbieders<sup>§</sup>. Voorbeelden hiervan zijn de eisen aan het hoofdbehandelaarschap en uitkomstmetingen (ROM). Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat de flexibiliteit waarmee zorgverzekeraars omgaan met de afspraken verschilt<sup>§</sup>. Daarnaast gaven zorgaanbieders<sup>§</sup> aan dat de declaratiemogelijkheden bij zorgverzekeraars pas laat in het jaar op gang kwamen, waardoor onzekerheid ontstond bij zorgaanbieders. Een deel van deze bevindingen geldt voor zorginkoop in het algemeen, sommige worden veroorzaakt of versterkt door de invoering van de GB-GGZ, zoals afspraken over de productmix.
- **Zorginkoop vanuit zorgverzekeraars:** Aan de andere kant geven zorgverzekeraars in het kwalitatief onderzoek<sup>§§</sup> aan dat zij hun rol als zorginkoper proberen op te pakken en de beoogde marktwerking in de zorg willen stimuleren. Ze streven naar het transparant maken van kwaliteit door middel van indicatoren en willen met zorginkoop sturen op kwaliteit van zorg. Afspraken over zorginkoop voor 2015 liggen in lijn met afspraken voor 2014, hoewel de ene zorgverzekeraar iets strenger stuurt op de afspraken en de andere zorgverzekeraar de afspraken in 2015 juist iets losser laat<sup>§§</sup>. Zorgverzekeraars lijken zich voornamelijk te richten op het doel van zorginkoop en zorgaanbieders richten zich op de praktische uitvoering van de afspraken en eisen. Hierdoor worden knelpunten ervaren in de uitvoering zoals hierboven beschreven.

## Patiënten

- **Kwaliteit van zorg:** Aanbieders en patiënten geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat de kwaliteit van zorg voor patiënten op punten verbeterd kan worden. Zo zijn patiënten beperkt geïnformeerd over de introductie van de GB-GGZ en vergoedingen en bestaan er zorgen over wachttijden en continuïteit van zorg. Daarnaast maken deze deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> zich zorgen over mogelijk vermijdgedrag van patiënten door het eigen risico dat geldt in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Patiënten bij wie wel sprake is van klachten maar niet van een DSM-stoornis, worden niet behandeld in de GB-GGZ. Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat de mogelijkheid bestaat dat deze patiënten tussen wal en schip vallen, omdat deze behandelingen nog te weinig vorm hebben gekregen in de huisartsenpraktijk. Tenslotte is door aanbieders in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aangegeven dat de keuzevrijheid van patiënten op aspecten beperkt is. Patiënten zijn beperkt op de hoogte van de keuzemogelijkheden die zij hebben, bijvoorbeeld de keuze voor een zorgaanbieder of de keuze voor behandeling bij een instelling of bij een vrijgevestigd behandelaar. Deelnemende patiënten<sup>§</sup> geven aan vaak uit te gaan van de keuze van hun huisarts. De huisarts hanteert hierbij vaak bestaande verwijzingslijnen, bijvoorbeeld naar zorgaanbieders waar zij een relatie mee hebben.

Tot slot, deze monitor is gericht op de introductie van de GB-GGZ. We kunnen echter niet uitsluiten dat andere ontwikkelingen ook invloed hebben op de monitor. Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn wijzigingen in de eigen bijdragen en het eigen risico, de ambulantisering en wijzigingen in het verzekerde pakket. We nemen dit daar waar mogelijk mee in deze rapportage.

# Inhoudsopgave

## Contactpersonen vanuit KPMG Plexus zijn:

### Joost Kruytzer

Partner KPMG Plexus

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

### Karin Lemmens

Senior manager KPMG Plexus

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

### Gwendy Bos

Adviseur KPMG Plexus

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

### Lieke Ruigrok

Adviseur KPMG Plexus

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

Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis.

	Pagina		Pagina
<b>Samenvatting</b>	<b>2</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>50</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>	1. Geformuleerde vragen door VWS	51
1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer	7	2. Overzicht indicatoren	53
1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem	8	3. Toelichting op kwantitatieve data	54
<b>2. Aanpak</b>	<b>9</b>	4. Regio afbakening	57
2.1 Globale beschrijving van de aanpak	9	5. Achtergronden data analyse	58
2.2 Inhoudelijk model	11	6. Gebruikte coderingen	60
<b>3. Bevindingen</b>	<b>12</b>	7. Deelnemers kwalitatief onderzoek	66
3.1 Overzicht bevindingen	12	8. Thema's kwalitatief onderzoek	67
3.2 Bevindingen op totaalniveau	13	9. Gehanteerde afkortingen	69
3.3 Verschuivingen tussen echelons	28		
3.4 Bevindingen per echelon	31		
3.5 Zorgverzekeraars	45		
3.6 Patiënten	48		

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer

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

### 1.1.1 Aanleiding

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

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

Per 2014 is de GB-GGZ ingevoerd\*. Deze introductie heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht VWS dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dicht bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

### 1.1.2 Vraagstelling

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

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

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

### 1.1.3 Leeswijzer

In dit document rapporteren we kwantitatieve bevindingen uit drie regio's over het eerste halfjaar van 2014, in vergelijking met het eerste en tweede halfjaar van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013. Deze bevindingen worden gecombineerd met bevindingen uit kwalitatief onderzoek, dat bestond uit focusgroepen en interviews. In hoofdstuk 2 beschrijven we beknopt de aanpak. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag of doelen van de GB-GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ ervaren wordt. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in bijlage 9.



# 1. Inleiding

## 1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

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

### 1.1.4 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

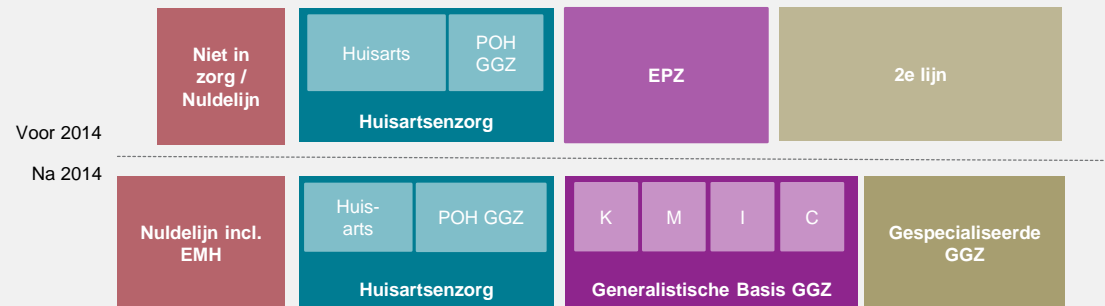
Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons (zie onderstaande figuur):

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

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

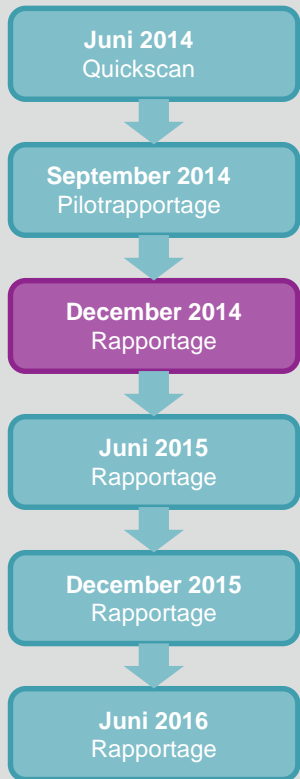
- De nuldelijn is versterkt, dat wil zeggen dat er verschillende EMH modules worden aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ werd huisartsen al de mogelijkheden geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, door het aanbieden van EMH-behandelingen, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van de POH-GGZ is na de stelselwijziging op volle kracht 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> lijn GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een DSM diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De populatie van de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch)\*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, substitueren van de 2<sup>e</sup> lijn naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

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



## 2. Aanpak

### 2.1 Globale beschrijving van de aanpak



#### 2.1.1 Monitor: rapportage december 2014

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

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

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

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie regio's: Friesland, Utrecht en omstreken, en Zuid Limburg. In deze regio's zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld. In juni 2016 vindt een validatie van de monitor plaats op basis van de (tegen die tijd) landelijk beschikbare data. Meer informatie over de data en de regioafbakening is te vinden in respectievelijk bijlage 3 en 4.

##### 2.1.2.1 Kwantitatief onderzoek levert indicatoren

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op beschikbare data van Vektis en data aangeleverd door deelnemende aanbieders in de regio's. Hieruit zijn 14 indicatoren berekend (zie bijlage 2). In volgende rapportages worden deze indicatoren opnieuw bepaald op de dan meest recente cijfers. Het beeld ontwikkelt zich daarmee in de loop der tijd op basis van de meest actuele data en wordt daarmee steeds betrouwbaarder. Bij interpretatie van de indicatoren zijn de onderstaande aandachtspunten van belang (zie verder bijlagen 3 en 5).

- In het kwantitatieve onderzoek is geen gebruik gemaakt van gegevens van vrijgevestigde aanbieders, omdat recente declaratiegegevens niet centraal beschikbaar zijn. We onderzoeken de mogelijkheid om data van deze aanbieders toe te voegen aan de monitor.
- De figuren tonen gegevens van de drie regio's gezamenlijk. De indicatoren zijn ook bepaald per regio. Waar er grote verschillen tussen de regio's zichtbaar zijn, wordt dit in de tekst beschreven\*.
- De figuren tonen gegevens van patiënten (18+) van de geselecteerde aanbieders woonachtig in de vastgestelde regio's. De indicatoren zijn ook berekend voor de <18 jaar populatie. De resultaten hiervan worden in de tekst beschreven.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende halfjaar een zorgproduct geopend is ofwel openstond (afhankelijk van de indicator). Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half oktober 2014 (# minuten, type product, etc.).
- Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen. Vanuit Nivel Zorgregistraties eerste lijn is wel een separate analyse opgenomen over patiënten met psychische problematiek bij de huisarts.

\* Voor de huidige analyses bleken de resultaten van de drie regio's onderling vergelijkbaar. Een uitzondering hierop was het percentage huisartsen met beschikking over een POH-GGZ, zie 3.4.1.1.

## 2. Aanpak

### 2.1 Globale beschrijving van de aanpak

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

Kwalitatief onderzoek biedt een verdere diepgang bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het schetsen van een context. Bij kwalitatief onderzoek is het niet mogelijk om alle betrokkenen in de drie regio's (of een statistische steekproef daaruit) te spreken. In totaal hebben we 52 personen gesproken, afgevaardigden van de diverse partijen in het GGZ-veld.

Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen:

- In oktober zijn drie focusgroepen georganiseerd: één in elk van de drie regio's. De deelnemers hadden een gevarieerde achtergrond, waarbij gepoogd is vanuit alle betrokken partijen (behalve zorgverzekeraars) minimaal één vertegenwoordiger aanwezig te laten zijn.
- Als aanvulling op de focusgroepen zijn vier interviews gehouden met zorgverzekeraars. Tevens zijn 19 interviews gehouden met partijen die ondervertegenwoordigd waren tijdens de focusgroepen.

Op basis van suggesties van diverse belangenorganisaties binnen de GGZ, betrokken zorgaanbieders en bestaande contacten zijn mensen uitgenodigd voor deelname aan focusgroepen en interviews. Deelname was op vrijwillige basis.

Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage vanuit aanbieders en patiënten, zijn besproken in de focusgroepen en daar herkend. Waar de meningen duidelijk verdeeld waren, is dit in de rapportage aangegeven. De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.

In bijlage 7 en 8 staat een overzicht van de deelnemers en de thema's en vragen die tijdens de focusgroepen en interviews behandeld zijn.

## 2. Aanpak

### 2.2 Inhoudelijk model

#### 2.2.1 De monitor presenteert bevindingen aan de hand van een raamwerk

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

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

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

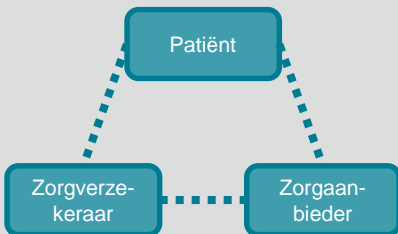


#### 2.2.2 Bij de invulling van het raamwerk nemen we verschillende perspectieven mee

Het raamwerk wordt in het onderzoek ingevuld vanuit drie perspectieven:

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

Hiervoor worden vooral kwalitatieve gegevens gebruikt.



# 3. Bevindingen

## 3.1 Overzicht bevindingen

### 3.1.1 Overzicht bevindingen

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

### 3.1.2 Leeswijzer

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

### Interpretatie van de kwantitatieve bevindingen

De kwantitatieve gegevens zijn beschikbaar over het eerste halfjaar van 2014 (januari – juni 2014). Deze worden vergeleken met het eerste en tweede halfjaar van de jaren van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013 (zie schema). Gegevens van de vrijgevestigde behandelaren zijn in het kwantitatieve onderzoek niet meegenomen, omdat hiervan nog geen gegevens over 2014 beschikbaar zijn. Doordat er nog maar een beperkte dataset beschikbaar is:

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

De monitor brengt de effecten van de invoering GB-GGZ halfjaarlijks in kaart om de effecten in de praktijk te signaleren en waar nodig verder te onderzoeken of zelfs bij te sturen. Dit beeld ontwikkelt zich geleidelijk en wordt in de loop der tijd steeds betrouwbaarder. Voor toekomstige rapportages werken we aan mogelijkheden om tot een betrouwbare extrapolatie naar landelijk niveau te komen. Op basis van deze rapportage kunnen slechts beperkt conclusies worden getrokken. De bijlagen bevatten toelichting en achtergrondinformatie over de monitor.

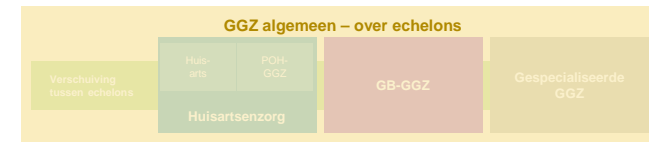
In de tekst maken we op basis van kwantitatieve gegevens de volgende vergelijkingen:

1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> halfjaar 2011 - 2013	1 <sup>e</sup> halfjaar 2014
Huisarts incl. POH	Huisarts incl. POH
EPZ	GB-GGZ
2e lijn	Gespec. GGZ



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.1 Aantal patiënten per echelon

- De onderstaande figuur laat het aantal patiënten in zorg zien per echelon per halfjaar van 2012 tot 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Hierbij geldt dat als een patiënt in meerdere echelons zorg heeft genoten, alleen de zorg in het zwaarste echelon is meegenomen. Op de volgende pagina's beschrijven we per echelon de belangrijkste bevindingen.
- Het totaal aantal patiënten (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) is toegenomen ten opzichte van de jaren ervoor. Dit beeld komt voort uit de toename van patiënten bij de POH-GGZ. Als er gekeken wordt naar het totaal aan patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ dan ligt dat in 2014 lager dan in 2012 en 2013.
- Voor de doelgroep <18 jaar is het beeld iets anders en is het totaal aantal patiënten (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) juist licht gedaald. Dit geldt ook als er gekeken wordt naar het totaal aan patiënten in de EPZ/ GB-GGZ en 2<sup>e</sup> lijn/ gespecialiseerde GGZ bij de populatie <18 jaar.
- De indicatoren die betrekking hebben op de verdeling over de echelons zijn in deze rapportage op het niveau van de betrokken aanbieders gepresenteerd. Op dit moment is het niet mogelijk een betrouwbare extrapolatie naar regionaal of landelijk niveau te doen. Dit wordt naar verwachting wel meegenomen in de volgende rapportage. Zie voor een toelichting bijlage 5.

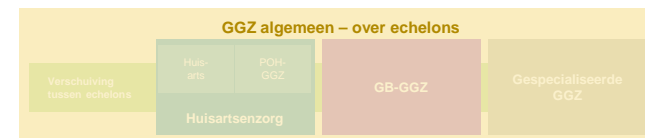
### Aantal patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	4.729		1.300		43.414	
Jul-dec 2012	5.730		1.080		40.913	
Jan-jun 2013	7.780		1.083		40.284	
Jul-dec 2013	9.791		948		40.400	
Jan-jun 2014		14.885		2.930		37.027

Nog geen landelijk beeld

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.

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

- Op basis van de beschikbare declaratiedata hebben we alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's in beeld.
- De tabel laat zien dat het gebruik van de POH-GGZ hoger ligt in 2014 dan in de voorgaande jaren. Dit sluit aan bij de bevindingen uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> en valt te verklaren door de stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie 3.4.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
- Door de aanwezigheid van een POH-GGZ worden patiënten mogelijk langer in de huisartsenpraktijk behandeld. Het is mogelijk dat een deel van deze patiënten alsnog zal doorstromen naar GB of gespecialiseerde GGZ. Het eerste halfjaar van 2014 is echter nog te kort om daar nu inzicht in te geven.
- Over alle verslagperioden heen is een stabiel beeld te zien van dubbeling met andere echelons (gelijktijdig of achtereenvolgens): 11% van POH-GGZ patiënten heeft in hetzelfde halfjaar ook zorg gebruikt bij EPZ of 2<sup>e</sup> lijn (2013 en eerder) of bij GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ (2014) bij de betrokken aanbieders. Mogelijk ligt in werkelijkheid dit percentage iets hoger, omdat de data ontbreekt van vrijgevestigde praktijken.

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

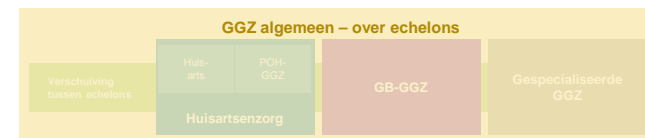
- Bij de betrokken aanbieders in de regio's is in het eerste halfjaar van 2014 een deel van de patiënten ingestroomd in de GB-GGZ. Dit deel is aanzienlijk groter dan het aantal patiënten dat in 2013 een EPZ prestatie had bij deze aanbieders in de regio's. Daarmee komt een deel van het type patiënten dat in 2013 in de 2<sup>e</sup> lijn terecht kwam, nu in de GB-GGZ. De afspraken die aanbieders met zorgverzekeraars hebben gemaakt over substitutie, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.
- Deze bevindingen komen niet overeen met de bevindingen uit kwalitatief onderzoek<sup>§</sup>. Zorgaanbieders geven tijdens de focusgroepen en interviews aan dat de instroom van patiënten in de GB-GGZ achterblijft bij hun verwachtingen (zie 3.3.3 en 3.3.4). Ook zorgverzekeraars geven in interviews<sup>§§</sup> aan dat sprake is van onderproductie in de GB-GGZ. Dit geldt vooral voor instellingen en minder voor vrijgevestigde aanbieders.

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

- Aan de rechterkant van het spectrum wordt zichtbaar dat er minder patiënten zijn met een DBC in de gespecialiseerde GGZ dan er in het verleden patiënten waren met een DBC in de 2<sup>e</sup> lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is dat de patiënten met minder complexe zorg die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn verwezen werden, vanaf 2014 gebruik zouden gaan maken van de GB-GGZ. Hoewel de krimp van het aantal patiënten en de nieuwe instroom in de gespecialiseerde GGZ zichtbaar is in de cijfers, gaven aanbieders in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat de uitstroom van patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de POH-GGZ achterloopt op hun verwachtingen (en de afspraken die ze hebben gemaakt met de zorgverzekeraars).

## 3. Bevindingen

### 3.2 Bevindingen op totaalniveau



#### 3.2.2 Totale behandelkosten

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

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

##### 3.2.2.1. Totale behandelkosten in het echelon huisartsenzorg

- In lijn met de hogere patiëntenaantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in 2014 hoger: € 824k.
- Aangezien de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ nauwelijks zijn toegenomen (zie 3.2.4.1), is deze toename volledig veroorzaakt door de hogere patiëntenaantallen (zie 3.2.1.1).

#### Totale behandelkosten bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 248k		€ 716k		€ 116m	
Jul-dec 2011	€ 221k		€ 572k		€ 117m	
Jan-jun 2012	€ 269k		€ 325k		€ 97m	
Jul-dec 2012	€ 306k		€ 255k		€ 104m	
Jan-jun 2013	€ 426k		€ 566k		€ 113m	
Jul-dec 2013	€ 544k		€ 415k		€ 104m	
Jan-jun 2014		€ 824k		€ 3305k		€ 110m

Nog geen  
landelijk beeld

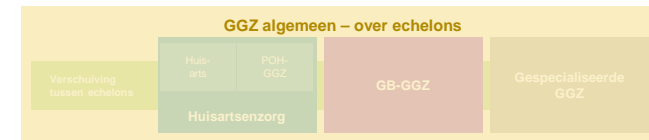
**Algemene definitie:** Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op het vergoed bedrag.

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

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

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### Definitie behandelkosten GB-GGZ:

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

### Definitie behandelkosten 2<sup>e</sup> lijns/ gespecialiseerde GGZ:

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

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

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

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

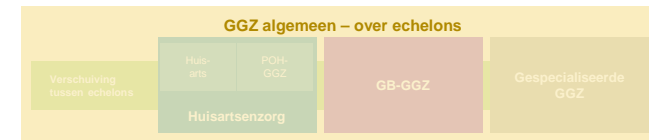
- De totale behandelkosten bij de GB-GGZ in het eerste halfjaar van 2014 zijn bij de betrokken aanbieders veel hoger dan de EPZ-kosten in hetzelfde halfjaar in 2013 bij deze aanbieders. Een gedeelte van dit verschil is te verklaren doordat de betrokken aanbieders voornamelijk 2<sup>e</sup> lijns aanbieders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

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

- Totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's licht gestegen ten opzichte van het laatste halfjaar van 2013, maar liggen weer iets lager dan in het eerste halfjaar van 2013. Er is hierdoor geen sprake van een trendbreuk. Het aantal patiënten ligt wel lager dan in de voorafgaande halfjaren. Een verklaring hiervoor is dat de duurdere patiënten in de gespecialiseerde GGZ blijven. Daarnaast kan meespelen dat de tarieven van 2013 lager waren dan de tarieven van 2014. De GGZ tarieven mochten in 2014 met gemiddeld 6,3 procent extra stijgen, bovenop de normale prijsindexatie van 2,5 procent\*.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.2.4 Onzekerheid of de veranderingen ingezet in 2014 leiden tot lagere kosten

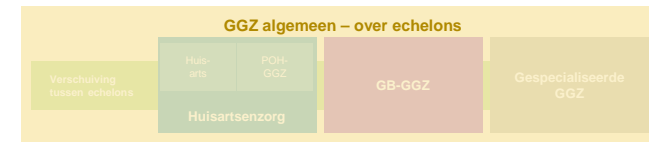
- Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> vragen zich af of de veranderingen ingezet in 2014 leiden tot lagere behandelkosten. Doordat patiënten langer door de POH-GGZ behandeld worden (zie 3.3.3) ontstaat stepped care in plaats van matched care. Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven aan dat patiënten later in zorg komen, zowel in de GB-GGZ als in de gespecialiseerde GGZ, waardoor klachten verergerd kunnen zijn en behandeling duurder wordt.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*



## 3. Bevindingen

### 3.2 Bevindingen op totaalniveau



#### 3.2.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg

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

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

##### 3.2.3.1 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ

- De instroom van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is in het eerste halfjaar van 2014 bijna twee keer zo hoog als in dezelfde periode in 2013. Ook in de jaren ervoor is een stijging te zien, maar wel minder sterk. Dit sluit aan bij het feit dat het totaal aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ is gestegen (zie 3.2.1.1). Een verklaring hiervoor zit in de toename van het aantal huisartsen die toegang hebben tot een POH-GGZ (zie 3.4.1.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.

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

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.401		847		8.842	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.034	
Jan-jun 2013	5.624		778		9.196	
Jul-dec 2013	6.859		691		8.423	
Jan-jun 2014		11.128		2.609		6.927

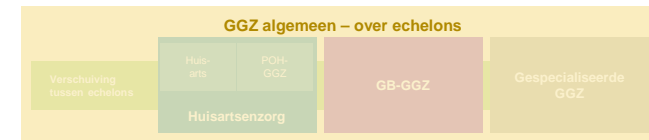
Nog geen  
landelijk beeld

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

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

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

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

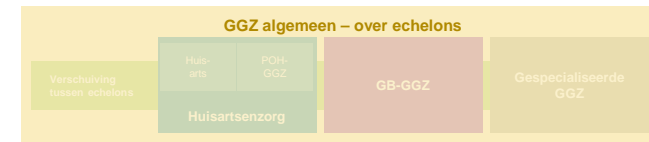
- Bij de GB-GGZ zijn er relatief veel nieuwe patiënten: 89% van de patiënten die in het eerste halfjaar van 2014 een GB-GGZ product hadden, hadden in het voorgaande jaar geen EPZ en/of 2<sup>e</sup> lijns DBC bij de aanbieders in de regio's. Hier speelt mee dat de EPZ bij de betrokken aanbieders relatief klein was.

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

- In de gespecialiseerde GGZ stroomde in het eerste halfjaar van 2014 bijna 7.000 patiënten in. In de 2<sup>e</sup> lijn was dit in 2012 en 2013 ruim 8.500 per halfjaar. Daarmee is er een terugloop van het aantal patiënten in het zwaarste echelon. Dit sluit aan bij de lagere patiëntaantallen.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### Definitie:

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

§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

### Toelichting stippellijn:

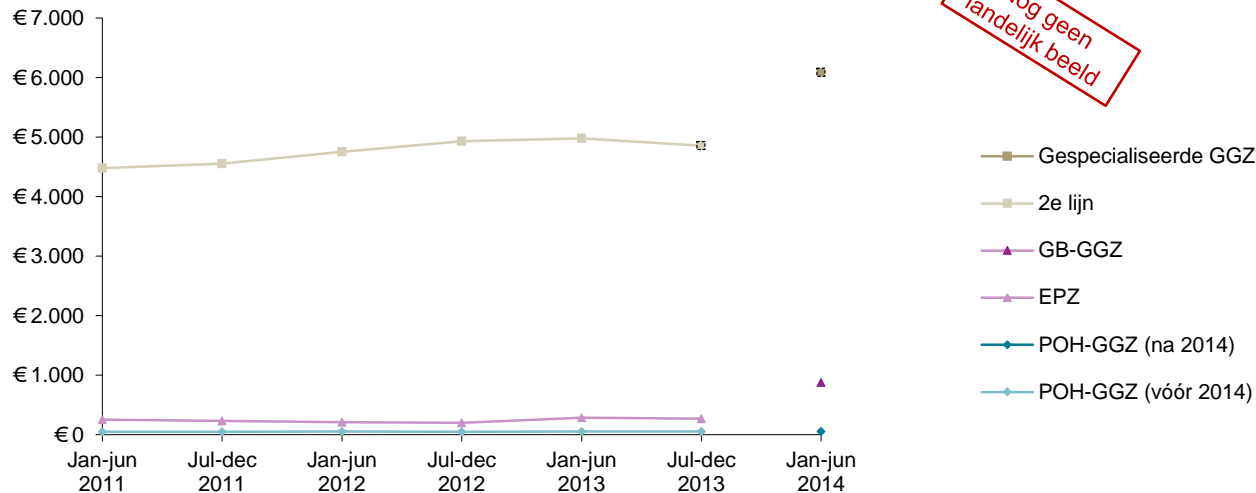
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

### 3.2.4 Gemiddelde behandelkosten per patiënt

Deze indicator geeft de gemiddelde behandelkosten per patiënt weer in de verschillende echelons. Op de volgende pagina zijn de indicatorwaardes in tabelvorm weergegeven. Bij de interpretatie zijn enkele algemene aspecten van belang:

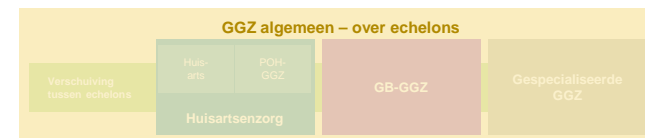
- Hogere tarieven per DBC of product (zie 3.2.2.3) hebben ook invloed op de behandelkosten per patiënt.
- De manier van registreren, bijvoorbeeld door parallelle DBC's, meerdere korte opeenvolgende DBC's of aanpassing in het beleid bij recidivering (of een DBC heropend wordt of een nieuwe vervolg DBC geopend wordt) hebben geen invloed op de behandelkosten per patiënt.
- Indien een patiënt zelf betaald heeft voor zijn behandeling zijn deze kosten niet bekend. Dit leidt tot een onderschatting van de behandelkosten per patiënt in de EPZ aangezien uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat in dit echelon veel eigen betalingen werden gedaan.
- Aanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat zorgverzekeraars steeds meer sturen op lagere kosten per patiënt, dus in de toekomst gaan de behandelkosten per patiënt mogelijk dalen. Op dit moment is daar nog niets van te zien. Dat komt waarschijnlijk door substitutie effecten en het feit dat echelons uit voorgaande jaren niet rechtstreeks te vergelijken zijn met 2014.
- Zowel de kosten als de trend voor de doelgroep <18 jaar zijn vergelijkbaar met de kosten voor volwassenen. Bij de POH-GGZ zijn patiënten <18 jaar iets goedkoper, over alle jaren €38 per patiënt per halfjaar. Bij de gespecialiseerde GGZ zijn jeugdige patiënten goedkoper, maar de trend is vergelijkbaar (€3,6k in eerste halfjaar 2013 en €4,3k in eerste halfjaar 2014).

Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### Definitie behandelkosten POH-GGZ:

Hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief zijn niet meegenomen in de behandelkosten per patiënt.

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

### 3.2.4.1 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij POH-GGZ

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn stabiel over de verslagperiode rond de €51 per patiënt per halfjaar.

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

- De gemiddelde behandelkosten bij patiënten met een GB-GGZ product (€873) zijn veel hoger dan bij patiënten met een EPZ product (€274 gemiddeld in 2013).
  - Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door toename van zorgverlening door de POH-GGZ voor vooral lichtere patiëntengroepen. Dit zou moeten leiden tot een stijging in de kosten per patiënt bij de POH-GGZ; deze is op dit moment nog niet te zien.
  - Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur. Bij de EPZ kregen patiënten maximaal 5 consulten vergoed in de basisverzekering. Uitgaande van een prijs van €60 euro per consult\*, valt te verwachten dat de behandelkosten bij de EPZ onder de €300 per patiënt uitkomen. De producten binnen de GB-GGZ bieden ruimte voor langere behandeling. De daarmee vastgestelde tarieven zijn daarom ook hoger (het product Kort kost al (maximaal) €454).

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

- Ook patiënten binnen de gespecialiseerde GGZ (€6,1k) zijn duurder dan voorheen patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn (€4,9k gemiddeld in 2013). Een mogelijke verklaring is dat als uit de 2<sup>e</sup> lijn de lichtere patiënten naar de GB-GGZ gesubstitueerd worden, de zwaardere (en dus duurder) patiënten in de gespecialiseerde GGZ overblijven.

### Toelichting stippellijn:

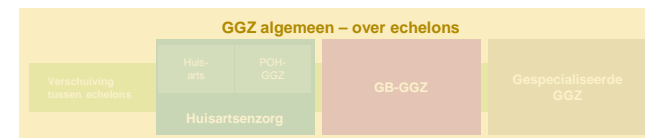
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 49		€ 252		€ 4.479	
Jul-dec 2011	€ 45		€ 231		€ 4.552	
Jan-jun 2012	€ 51		€ 207		€ 4.753	
Jul-dec 2012	€ 50		€ 199		€ 4.932	
Jan-jun 2013	€ 50		€ 281		€ 4.976	
Jul-dec 2013	€ 51		€ 266		€ 4.853	
Jan-jun 2014		€ 51		€ 873		€ 6.085

Nog geen landelijk beeld

## 3. Bevindingen

### 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

#### 3.2.5 Totale medicatiekosten per echelon

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

De totale medicatiekosten bij de betrokken aanbieders in de regio's zijn de afgelopen jaren licht gedaald.

De grootste kostenpost van medicatie in de regio wordt gevormd door patiënten die wel GGZ medicatie gebruiken, maar geen behandeling ontvangen bij de betrokken aanbieders. Dit kunnen patiënten zijn die bij andere (vrijgevestigde) aanbieders, bij de huisarts (niet bij POH-GGZ) of niet in zorg zijn in het betreffende halfjaar. De kosten zijn in het eerste halfjaar van 2014 € 5,9 miljoen, wat 64% uitmaakt van alle medicatiekosten van patiënten in de regio. Dit is niet weergegeven in de figuur, omdat het mogelijk is dat deze patiënten wel zorg in de GGZ ontvangen bij een andere aanbieder dan de aanbieders betrokken bij dit onderzoek.

Voor de populatie <18 jaar zijn de totale medicatiekosten afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Bij deze populatie is ook het merendeel (68%) van de medicatiekosten van patiënten die wel medicatie ontvangen, maar geen behandeling krijgen bij de betrokken aanbieders.

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

- De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1) werkt ook door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep.
- De totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ is flink gestegen afgelopen jaren. Deze stijging is te verklaren door de stijging in het aantal patiënten dat medicatie gebruikt. Dit komt doordat er meer patiënten in behandeling zijn bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1.). Het percentage van deze patiënten dat medicatie gebruikt is namelijk stabiel gebleven (zie 3.2.6.1) en de medicatiekosten per patiënt (zie 3.2.7.1) zijn zelfs licht gedaald.

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

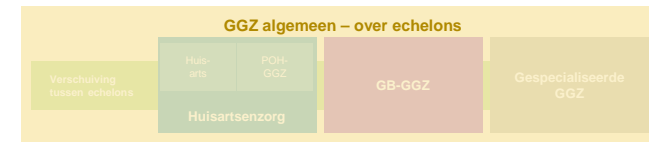
	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	€ 72k		€ 16k		€ 3,5m	
Jul-dec 2012	€ 76k		€ 11k		€ 3,2m	
Jan-jun 2013	€ 108k		€ 10k		€ 3,1m	
Jul-dec 2013	€ 134k		€ 10k		€ 3,3m	
Jan-jun 2014		€ 186k		€ 41k		€ 3,0m

Nog geen landelijk beeld



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



### 3.2.5.2 Totale medicatiekosten: EPZ/ GB-GGZ

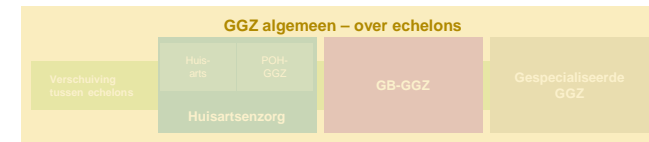
- De medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ – bij de betrokken aanbieders in de regio's – zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013 voor deze aanbieders. Verklaringen hiervoor zijn te vinden in twee richtingen:
  - Hogere patiëntenaantallen (zie 3.2.1.2);
  - Van dit grotere aantal patiënten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

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

- De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen lager dan in de jaren hiervoor bij de 2<sup>e</sup> lijn. Dit hangt samen met het lagere aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ (zie 3.2.1.3), want het percentage patiënten met medicatie is wel licht gestegen (zie 3.2.6.3). De kosten per patiënt met GGZ-medicatie zijn licht gedaald (zie 3.2.7.3).

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

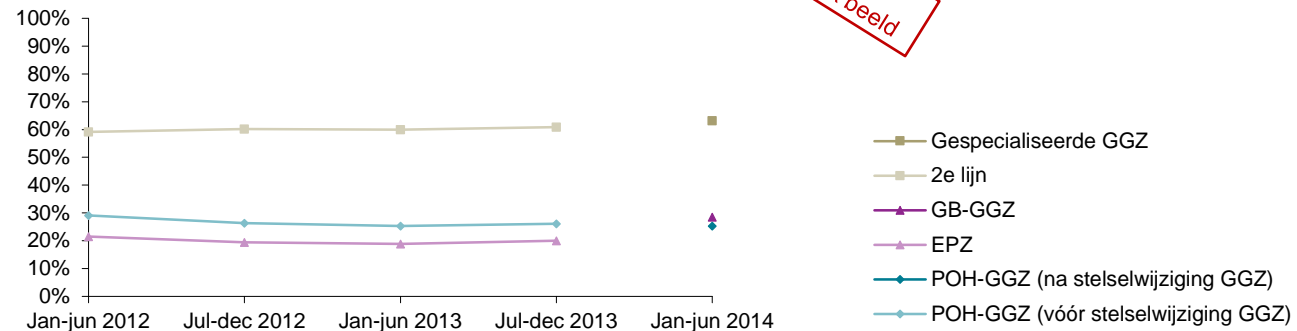
### 3.2.6 Percentage patiënten met medicatie

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

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

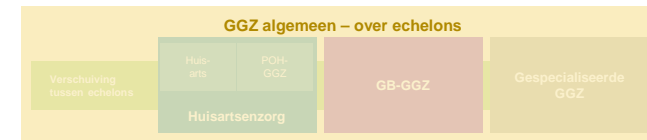
- Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ toont een stabiele trend over de afgelopen jaren rond de 26%.
- Bij patiënten <18 jaar is het percentage patiënten met medicatie beduidend lager dan bij de volwassenen. Een verklaring hiervoor kan een andere mix van stoornissen en bijbehorend voorschrijven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

% Patiënten met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders



## 3. Bevindingen

### 3.2 Bevindingen op totaalniveau



#### 3.2.6.2 Percentage patiënten met medicatie bij EPZ/ GB-GGZ

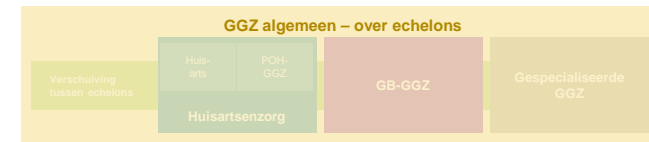
- Het percentage patiënten met medicatie bij de EPZ lag afgelopen jaren rond de 20%. Bij de GB-GGZ ligt het percentage patiënten met medicatie hoger (28%). Een mogelijke verklaring kan zijn dat in de GB-GGZ zwaardere patiënten behandeld worden dan voorheen in de EPZ. Ook hebben de patiënten mogelijk een andere mix van stoornissen dan voorheen in de EPZ. Door beide redenen is het mogelijk dat deze patiënten in een groter aantal gevallen medicatie nodig hebben.
- Ook bij de patiënten <18 jaar is een stijging te zien: bij EPZ had ongeveer 2,9% van de patiënten <18 jaar medicatie, bij de GB-GGZ is dit percentage gestegen naar 18%.

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

- Het percentage patiënten in de 2<sup>e</sup> lijns GGZ met medicatie lag afgelopen jaren rond 60%. Ook hier vindt een stijging plaats, naar 63% in de gespecialiseerde GGZ.
- Dit geldt ook voor de patiënten <18 jaar, waar het percentage patiënten met medicatie in de 2<sup>e</sup> lijn rond 36% lag en in het eerste halfjaar van 2014 in de gespecialiseerde GGZ bijna 40% was.

# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

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

### 3.2.7 Medicatiekosten per patiënt met medicatie

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

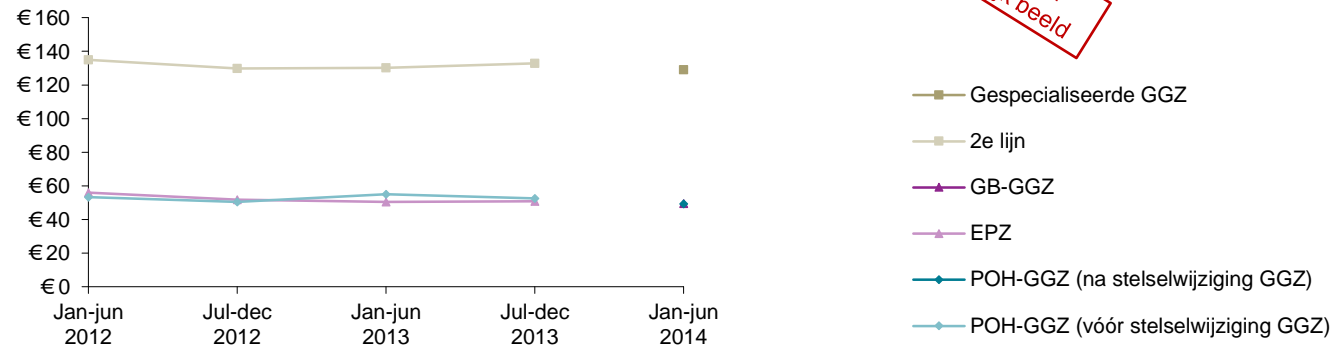
In volgende rapportages is meer data beschikbaar en zal blijken of de medicatiekosten per patiënt inderdaad stabiel licht blijven dalen met de overgang naar het nieuwe GGZ stelsel.

Bij jongere patiënten (<18 jaar) is de groep bij POH-GGZ en EPZ met medicatie zo klein dat kosten per patiënt niet betrouwbaar te bepalen zijn. De kosten bij jongere patiënten (<18) zijn lager dan bij volwassenen, maar ook deze zijn afgelopen jaren gedaald naar €69 in het eerste halfjaar van 2014.

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

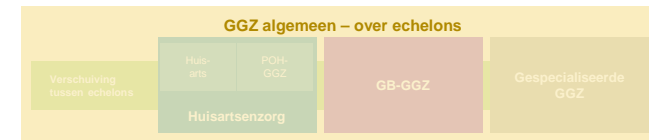
- In het eerste halfjaar van 2014 wordt per patiënt gemiddeld €49 per patiënt per half jaar aan medicatie uitgegeven. Er is nog geen trend te herleiden.

#### Medicatiekosten per patiënt met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders



# 3. Bevindingen

## 3.2 Bevindingen op totaalniveau



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

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

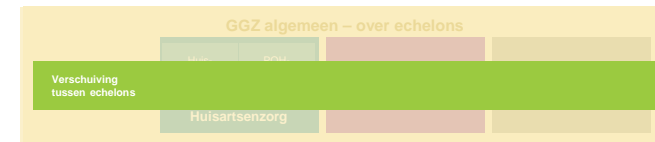
- De afgelopen jaren daalde de medicatiekosten per patiënt in de EPZ van € 56 naar € 51 per patiënt per halfjaar. In de GB-GGZ kostten patiënten in het eerste halfjaar van 2014 nog iets minder, namelijk € 50.

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

- De medicatiekosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn lagen in het verleden rond € 132 en zijn nu het eerste halfjaar van 2014 voor de gespecialiseerde GGZ € 129.

## 3. Bevindingen

### 3.3 Verschuivingen tussen echelons



<sup>1</sup> Er is vaak geen eenduidig beeld te schetsen van de huisartsen, gezien de grote 'interdoktervariatie'. Aan de ene kant van het spectrum zijn er praktijken die voorop lopen en erg betrokken zijn bij de ontwikkelingen in de GGZ, aan de andere kant zijn er praktijken die hier nauwelijks bij betrokken zijn.

<sup>2</sup> Verwijsinstrumenten worden ook wel beslissingsondersteunende triage-instrumenten genoemd.

<sup>3</sup> Deze bevinding is in lijn met mediaberichten, bijvoorbeeld: Medisch Contact (12 November 2014), InEen (17 November 2014) en NHG (21 oktober 2014).

§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.

#### 3.3.1 Verschuivingen tussen echelons nog onvoldoende uit de data te halen

In toekomstige rapportages worden indicatoren voor verschuiving tussen echelons weergegeven. Deze rapportage toont de resultaten van het eerste halfjaar van 2014; deze periode van dataverzameling is te kort om patiëntstromen en verwijsstromen goed in kaart te brengen. De verwachting is dat we deze in de rapportage van juni 2015 weergegeven, als er gegevens beschikbaar zijn over de periode van minimaal één jaar. Op basis van kwalitatief onderzoek zijn wel verschillende inzichten verkregen, die in de volgende paragrafen beschreven worden.

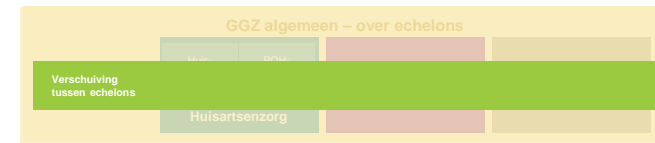
#### 3.3.2 Deelnemers aan kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> ervaren knelpunten in verwijzing

Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> komt naar voren dat deelnemers knelpunten ervaren in verwijzing. Het betreft de volgende knelpunten:

- Er bestaat onduidelijkheid over de afbakening van de echelons. Het wordt door gesproken huisartsen en andere zorgaanbieders<sup>§</sup> als onduidelijk ervaren in welk echelon een patiënt het beste zorg kan ontvangen en waar de scheidslijnen tussen de echelons liggen. De criteria op basis waarvan een patiënt naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ verwezen wordt, leiden in de praktijk nog tot vragen.
- Als gevolg van bovenstaand knelpunt geven zorgaanbieders en patiënten in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat vaak niet naar het juiste echelon verwezen wordt en er niet altijd matched care plaatsvindt. Betrokken huisartsen<sup>§</sup> geven daarbij aan dat zij van GGZ aanbieders vaak verzoeken krijgen patiënten te verwijzen naar een ander echelon.
- Huisartsen moeten op hun verwijzing een vermoedelijke diagnose vermelden. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat dit in de praktijk soms voor onduidelijkheid zorgt in de afstemming tussen huisarts en GGZ aanbieder ten aanzien van het stellen van de diagnose.
- Enkele deelnemende GGZ aanbieders<sup>§</sup> vragen zich af in hoeverre het de taak is van de huisarts<sup>1</sup>, die opgeleid is als generalist, om patiënten te verwijzen naar het juiste echelon. Betrokken GGZ aanbieders geven aan dat zij huisartsen vaak adviseren in verwijzing van patiënten. Een deel van de gesproken huisartsen gebruikt nog bestaande verwijslijnen; zij verwijzen patiënten door naar aanbieders waar zij patiënten voor de introductie van de GB-GGZ ook naartoe verwezen.
- In het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven de deelnemers aan dat verwijsinstrumenten<sup>2</sup> nog beperkt worden ingezet. Ook zeggen huisartsen en GGZ aanbieders in de focusgroepen en interviews dat de verwijsinstrumenten nog niet gevalideerd zijn. Wel ontstaan regionale initiatieven waar wordt samengewerkt aan het ontwikkelen van verwijsinstrumenten. Ook deelnemende zorgverzekeraars<sup>§§</sup> zeggen het gebruik van verwijsinstrumenten te stimuleren. Sommige zorgverzekeraars willen het gebruik van verwijsinstrumenten in de huisartsenpraktijk verplicht stellen. Huisartsen geven echter in het kwalitatief onderzoek aan dat zij tegen het verplicht stellen van verwijsinstrumenten zijn<sup>3</sup>.
- Een ander knelpunt dat deelnemende GGZ aanbieders<sup>§</sup> ervaren is de variatie in kwaliteit van verwijsbrieven opgesteld door de huisarts. Deze aanbieders geven aan dat verwijsbrieven vaak niet compleet zijn of niet correct ingevuld zijn. Betrokken zorgverzekeraars<sup>§§</sup> herkennen dit knelpunt. De LHV heeft naar aanleiding van onduidelijkheid een format van een verwijsbrief voor huisartsen op de website geplaatst.
- Doorverwijzing naar een ander echelon dient plaats te vinden via de huisarts. Deelnemende zorgaanbieders in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ<sup>§</sup> ervaren dit als een belemmering bij onderlinge verwijzing. Zij geven aan dat het zowel voor de huisarts als voor de zorgaanbieder extra werk is met weinig toegevoegde waarde.

## 3. Bevindingen

### 3.3 Verschuivingen tussen echelons



#### 3.3.3 Patiënten worden later doorverwezen door de opkomst van de POH-GGZ

GGZ aanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat door de opkomst van de POH-GGZ patiënten later dan in het oude stelsel worden doorverwezen naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ<sup>1</sup>. Deelnemende aanbieders<sup>§</sup> van GB-GGZ geven aan dat de instroom van patiënten in GB-GGZ hierdoor lager is dan verwacht. Dit geldt vooral voor instellingen; vrijgevestigde behandelaren hebben hier minder last van<sup>§</sup>. Er worden in de interviews en focusgroepen<sup>§</sup> verschillende verklaringen aangedragen voor deze ontwikkeling:

- De patiënt hoeft bij de POH-GGZ geen eigen risico te betalen. Bij behandeling in de GB-GGZ betaalt de patiënt wel een eigen risico.
- Voor behandeling in de GB-GGZ dient sprake te zijn van een (vermoeden van een) DSM geclassificeerde stoornis. Patiënten zonder DSM-stoornis dienen bij de POH-GGZ behandeld te worden. Deelnemende patiënten<sup>§</sup> geven daarbij aan dat de DSM classificatie als een 'label' voelt, waardoor zij de voorkeur geven aan het ontvangen van zorg bij de POH-GGZ.
- Uit kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat de variatie tussen POH's GGZ groot is. In de focusgroepen is aangegeven dat in sommige huisartsenpraktijken de POH-GGZ maximaal vijf consulten biedt en wordt de patiënt doorverwezen als dit aantal consulten onvoldoende blijkt. In andere huisartsenpraktijken biedt de POH-GGZ soms wel 20 tot 25 consulten.
- Het systeem bevat een financiële prikkel voor huisartsen met een POH-GGZ om de beschikbare uren van de POH-GGZ te benutten.

#### 3.3.4 Substitutie van gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ en de POH-GGZ komt nog niet goed op gang

Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat substitutie van patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de POH-GGZ nog niet overal goed op gang gekomen is. Betrokken aanbieders van GB-GGZ geven aan dat aanbieders van gespecialiseerde GGZ hun cliënten vaak in zorg houden en dat behandelaren moeite hebben met het loslaten van hun patiënten. Deelnemende aanbieders van gespecialiseerde GGZ geven echter aan dat GB-GGZ en de huisartsenpraktijk nog onvoldoende ingericht zijn om patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ op te vangen. Ze geven aan dat niet alle GB-GGZ aanbieders en huisartsenpraktijken een aanbod hebben voor chronisch patiënten. Daarnaast moet in de huisartsenpraktijk een plan zijn voor opvang van crisispatiënten en moeten goede afspraken bestaan in de keten met GGZ aanbieders over op- en afschalen van zorg, voordat chronische patiënten gesubstitueerd kunnen worden naar de POH-GGZ.

De geïnterviewde zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven aan dat het bereiken van productieplafonds in de gespecialiseerde GGZ en de onderproductie in de GB-GGZ aan het einde van het jaar substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ bevordert.

1. Dit is in lijn met Trimbos-instituut (2014), *Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk - Terugblik, stand van zaken en vooruitblik*

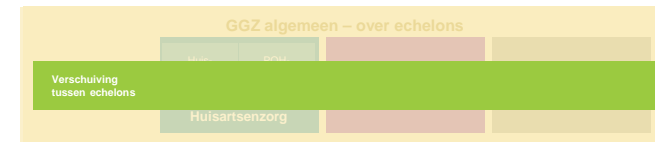
§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.



## 3. Bevindingen

### 3.3 Verschuivingen tussen echelons



#### 3.3.5 Toename van samenwerkingsverbanden en ketenafspraken

Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat er meer samenwerkingsverbanden en ketenafspraken ontstaan. Betrokken aanbieders van GB-GGZ (zowel instellingen als vrijgevestigden) zoeken bijvoorbeeld samenwerking met huisartsenpraktijken om duidelijk te maken wat zij bieden en verwijzing te stimuleren. Ook zoeken deelnemende vrijgevestigde GB-GGZ aanbieders onderling de samenwerking op, bijvoorbeeld voor het vormgeven van EMH, voor intervisie en voor het delen van administratieve lasten. In een regio zoeken ook deelnemende instellingen en vrijgevestigde aanbieders van GB-GGZ de samenwerking op, bijvoorbeeld voor het bieden van groepsbehandelingen. Tenslotte ontstaan samenwerkingsverbanden tussen de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ en huisartsenpraktijken voor het inzetten van de consultatiefunctie.

Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat enkele zorgverzekeraars<sup>§§</sup> het ontstaan van samenwerkingsverbanden stimuleren, bijvoorbeeld door het bieden van een hoger tarief. Een zorgverzekeraar stimuleert ketenprojecten, waarbij afspraken worden gemaakt met een hele keten, bijvoorbeeld over substitutie van chronische patiënten naar de POH-GGZ, over doorverwijzing, over matched care en over het aantal consulten bij de POH-GGZ.

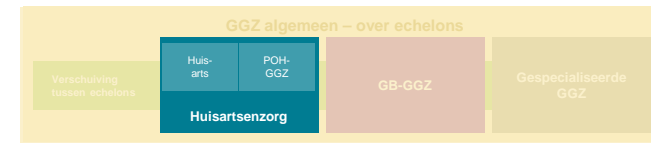
Daarnaast blijkt uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> dat vrijgevestigde behandelaren gaan samenwerken op het gebied van zorgverkoop om op deze manier meer slagkracht te creëren richting zorgverzekeraars. Dit doen zij bijvoorbeeld met behulp van een zorgmakelaar.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1 Huisartsenzorg

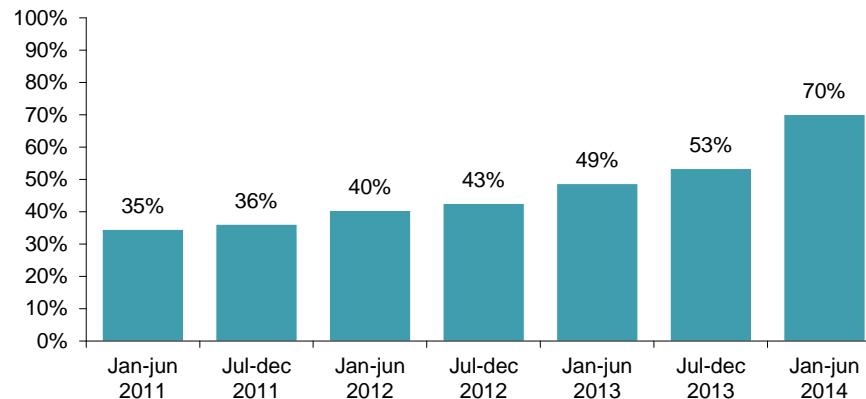
##### 3.4.1.1 Percentage huisartsen met POH-GGZ

- Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. Hiermee wordt het beeld uit het kwalitatief onderzoek<sup>8</sup> en het onderzoek van de LHV bevestigd (zie 3.4.1.3). Zoals in de volgende paragrafen blijkt, verschilt de invulling van de functie qua dienstverband en beroep sterk.
- Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten in behandeling bij POH-GGZ (zie 3.2.1.1).
- De figuur hieronder geeft het landelijke beeld weer. In de betrokken regio's (± 765 huisartsen) is het percentage huisartsen met een POH-GGZ voor 2011 en 2012 enkele procentpunten lager dan gemiddeld. In 2013 en 2014 is het percentage juist hoger dan landelijk met in het eerste halfjaar van 2014 zelfs 77%. Dit kan verklaard worden door het feit dat huisartsen in één van de regio's in eerste instantie zeer weinig gebruik maakten van de POH-GGZ, maar hier in 2013 juist massaal voor kozen.

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

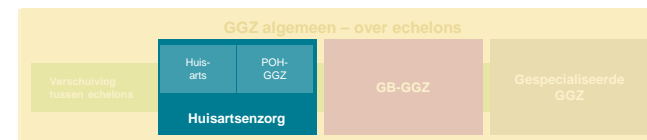
§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

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



## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### Definities:

- *Psychische symptomen: Het aantal consulten in de betreffende periode dat is geregistreerd met een codering ICPC P01-P29*
- *Psychische stoornissen: Het aantal consulten in de betreffende periode dat is geregistreerd met een codering ICPC P70 – P99*
- *Sociale problemen: Het aantal consulten in de betreffende periode dat is geregistreerd met een codering ICPC Z01 – Z29*

Meer informatie: Factsheet invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartspraktijk, NIVEL

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

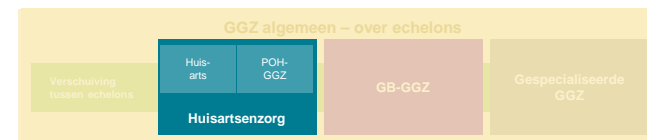
- In de huisartsenpraktijk is een toename te zien van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld “angstig gevoel”), psychische stoornissen (bijvoorbeeld “angststoornis”) en voor sociale problemen (bijvoorbeeld “relatieprobleem”).
- Het betreft zowel patiënten die door de POH-GGZ als de huisarts zelf zijn gezien. Een gedeelte van de stijging wordt dus mogelijk verklaard door de stijging in huisartsen met een POH-GGZ.
- De tabel hieronder laat het aantal patiënten zien dat bij de huisarts is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio’s waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).
- Deze data is gebaseerd op de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn:
  - Cijfers over 2014 zijn gebaseerd op wekelijkse data aanlevering van 226 praktijken (ruim 5% van bevolking). Een patiënt telt maar één keer mee in een week, ook als hij meerdere keren contact met de huisarts heeft gehad voor hetzelfde gezondheidsprobleem. In een volgende rapportage worden deze cijfers geactualiseerd en gebaseerd op de jaarlijkse data aanlevering.
  - Cijfers over 2013 zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 386 praktijken.
  - Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.

	Populatie at risk	Consulten psychische symptomen		Consulten psychische stoornissen		Consulten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
jan-jun 2013	1.536.937	131.647	8,6%	79.208	5,2%	43.588	2,8%
jul-dec 2013	1.491.089	124.245	8,3%	76.625	5,1%	42.135	2,8%
jan- jun 2014	742.511	73.396	9,9%	46.427	6,3%	25.140	3,4%

Nog geen landelijk beeld

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1.3 Ervaringen met POH-GGZ positief, maar enkele zorgen worden geuit

Het aandeel huisartsen in de drie regio's dat met een POH-GGZ werkt, is gestegen naar 77% (zie 3.4.1.1). Deze toename wordt herkend in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup>.

Verschuiven verschillende deelnemende partijen<sup>§</sup> hebben positieve ervaringen met de POH-GGZ:

- Deelnemende huisartsen<sup>§</sup> geven aan dat zij de samenwerking met de POH-GGZ als positief ervaren. Zij vinden het prettig dat zij GGZ taken aan de POH-GGZ kunnen overdragen.
- Verschillende respondenten, waaronder enkele zorgaanbieders<sup>§</sup> en zorgverzekeraars<sup>§§</sup>, geven aan dat de POH-GGZ expertise toevoegt aan de huisartsenpraktijk en zorg in de huisartsenpraktijk kan opvangen.
- Betrokken patiënten<sup>§</sup> geven aan dat zij het prettig vinden zorg 'dicht bij huis' te ontvangen en ervaren de POH-GGZ als laagdrempelig. Ook het ontbreken van een eigen risico bij de POH-GGZ ervaren patiënten positief.

Naast deze positieve ervaringen, volgen uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> ook enkele zorgen rondom de POH-GGZ:

- De kwalificaties van de POH-GGZ lopen uiteen, zowel wat betreft opleidingsachtergrond als wat betreft behandelervaring. Deelnemende zorgaanbieders in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ<sup>§</sup> vragen zich af of de POH-GGZ voldoende gekwalificeerd is om het vervoltraject voor een patiënt goed in te schatten.
- De toename van het aantal patiënten dat bij de POH-GGZ wordt behandeld, leidt bij sommige deelnemers aan interviews en focusgroepen<sup>§</sup> tot de vraag of de POH-GGZ wordt overvraagd, zowel in het aantal patiënten dat zij behandelt als in de problematiek die zij behandelt.
- Nog niet alle huisartsen werken met een POH-GGZ. Aangegeven wordt dat deze huisartsen meer doorverwijzen naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> vragen zich af of patiënten die door deze huisartsen verwezen worden wel zorg ontvangen in het echelon dat het best past bij hun problematiek of dat een deel van deze patiënten eigenlijk beter bij een POH-GGZ in zorg zou kunnen zijn.

#### 3.4.1.4 Invulling POH-GGZ gevarieerd in termen van dienstverband en beroep

Uit een landelijke peiling van de Landelijke Huisartsenvereniging<sup>1</sup> blijkt dat 31% van de POH-GGZ is gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling. Daarnaast is 28% in dienst van de huisarts, 26% vanuit de huisartsen zorggroep en 15% in een ander dienstverband. De dienstverbanden verschillen sterk regionaal. In een regio is bijvoorbeeld 90% van de POH's-GGZ gedetacheerd vanuit één organisatie. Ook lijkt er een onderscheid te zijn tussen grotere huisartsenpraktijken en -centra die vaker een POH-GGZ in dienst hebben en solo- of duopraktijken die vaker een POH-GGZ gedetacheerd hebben vanuit een instelling. Daarnaast zijn ontwikkelingen gaande waarbij de POH-GGZ meer onder de zorggroepen komt te vallen. Als er meer zicht komt op de gegevens over de verwijsstromen (zie 3.3.1), kan inzichtelijk worden gemaakt of huisartsen met een POH-GGZ gedetacheerd vanuit een instelling verwijzen naar deze instelling of ook naar andere aanbieders voor GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ.

#### Bronnen

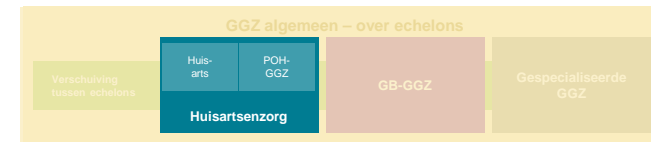
<sup>1</sup> Landelijke Huisartsenvereniging (mei 2014). Tweede LHV-peiling over GGZ-nieuwe stijl - Huisartsen pakken GGZ voortvarend op.

<sup>§</sup> Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

<sup>§§</sup> De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.1.5 Inzet consultatie en EMH nemen toe, maar zijn nog steeds beperkt

Deelnemers aan het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven aan dat zij consultatie in de huisartsenpraktijk een waardevolle functie vinden. Consultatie kan ingezet worden voor advies bij doorverwijzing, waardoor matched care kan toenemen. Ook kan consultatie ingezet worden voor het voorschrijven van medicatie, waardoor doorverwijzing naar een zwaarder echelon voorkomen kan worden. Hoewel de inzet van consultatie toeneemt, blijkt uit het kwalitatief onderzoek dat de inzet nog steeds beperkt is. Eén van de redenen die wordt gegeven voor de beperkte inzet is onduidelijkheid over het tarief van consultatie.

Ook blijkt uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> dat de inzet van EMH in de huisartsenpraktijk toeneemt, maar nog steeds beperkt is. Vaak blijkt dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk het initiatief neemt om met EMH te gaan werken. Deelnemende huisartsen geven echter aan dat EMH modules duur zijn.

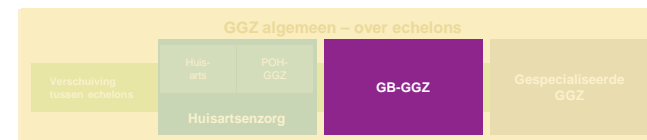
#### 3.4.1.6 Preventie krijgt nog weinig vorm in de huisartsenpraktijk

In het kwalitatief onderzoek is besproken dat preventieprogramma's, zoals burn-out preventie en assertiviteitstraining, niet meer binnen de GB-GGZ passen en binnen de huisartsenpraktijk aangeboden zouden moeten worden. Deelnemers aan focusgroepen en interviews (zorgaanbieders en patiënten)<sup>§</sup> geven echter aan dat preventieprogramma's nog weinig vorm hebben gekregen in de huisartsenpraktijk. Zij maken zich zorgen over de doelgroep voor preventie, die nu tussen wal en schip dreigt te vallen.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



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

*Bij nog niet gesloten producten (47%), is het ingevulde verwachte product als uitgangspunt genomen. Voor 1% van de producten is het verwachte product niet gevuld, vandaar dat ook een gedeelte op onbekend staat.*

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

#### **Toelichting stippellijn:**

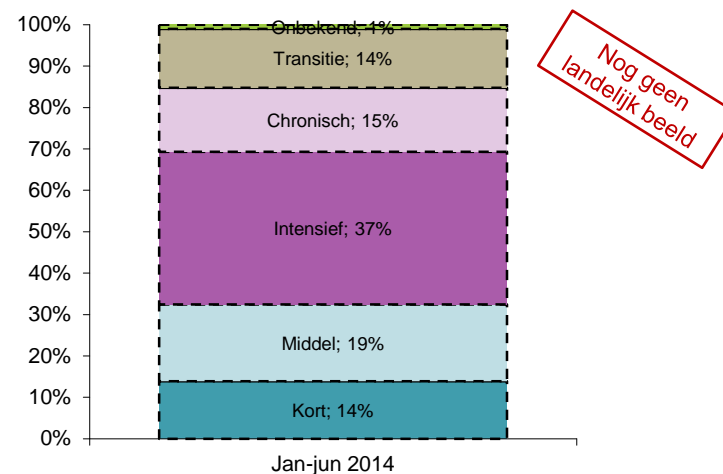
*Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.*

#### 3.4.2 GB-GGZ

##### 3.4.2.1 Verdeling van producten binnen de GB-GGZ

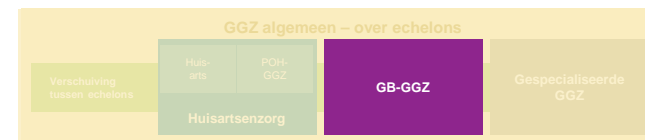
- Hieronder is de verdeling van producten binnen de GB-GGZ weergegeven voor de betrokken aanbieders in de regio's. Mogelijk is de getoonde verdeling van producten niet representatief voor de volledige GB-GGZ, omdat de vrijgevestigde praktijken niet zijn meegenomen.
- Bovendien is het mogelijk dat het type nog wijzigt van producten die nog niet gesloten zijn (zie verder 3.4.2.2). In de volgende rapportage kan een betrouwbaarder beeld worden geschetst.
- De productgroep Intensief komt het meest voor (37%). Dit beeld wordt ook bevestigd in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup>.
- Van alle producten is 15% Chronisch. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> komt naar voren dat chronische patiënten nog maar beperkt worden terugverwezen naar de GB-GGZ. Deelnemende aanbieders geven aan dat ze verwachten dat het aandeel van chronische producten in de toekomst zal stijgen.
- De groep transitieproducten bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. Hetzij omdat blijkt dat er geen sprake is van een DSM diagnose, hetzij omdat het patiënten betreft die overgaan van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem met nog maximaal twee consulten te gaan (zie bijlage 6). Het percentage transitieproducten gaat afnemen, doordat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is van patiënten uit de EPZ systematiek.
- Bij de patiënten <18 jaar komen producten Middel en Intensief gemiddeld iets minder vaak voor, respectievelijk 16% en 30%. Kort, Chronisch en Transitie komen daarentegen weer iets vaker voor.

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



### 3. Bevindingen

#### 3.4 Bevindingen per echelon

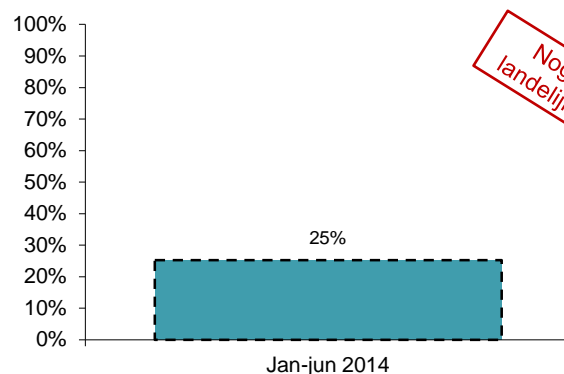


**Definitie:** het percentage patiënten waarvoor het verwachte product anders is dan het definitieve product ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.

#### 3.4.2.2 Percentage patiënten met gewijzigd product

- Hieronder is weergegeven hoe vaak voor een patiënt het verwachte product anders is dan het definitieve product. De tabel naast de figuur geeft aan hoeveel producten van een bepaald type verwacht was en hoe deze gesloten zijn.
- Aangezien 47% van de producten nog niet gesloten is, geeft onderstaande figuur een onderschatting. In een volgende rapportage kan een betrouwbaarder beeld worden geschetst.
- De tabel laat zien dat hoewel transitieproducten het meest voorkomen (zie ook 3.4.2.1) de korte producten het vaakst gewijzigd worden. Bijna de helft van de 282 producten die verwacht Kort waren, zijn anders gesloten. Het meest worden deze producten gewijzigd naar transitieproducten. Transitieproducten worden het minst vaak gewijzigd.
- Deelnemende aanbieders geven bovendien aan dat het verwachte product soms overschreven wordt als de verwachting verandert. Dit betekent dat niet met zekerheid vaststaat dat het verwachte product ook het product is dat in eerste instantie als verwacht product is aangemerkt.
- Bij de patiënten <18 wordt voor minder patiënten het product gewijzigd. Dat gebeurt in 18% van de gevallen. Voornamelijk producten Middel en Intensief worden gewijzigd.

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



verwacht product	definitief product					Totaal
	Kort	Middel	Intensief	Chronisch	Transitie	
Kort	150	14	6	0	112	282
Middel	153	529	36	0	106	824
Intensief	185	153	1.362	0	103	1.803
Chronisch	34	17	6	587	26	670
Transitie	3	0	0	0	190	193
<b>Totaal</b>	<b>525</b>	<b>713</b>	<b>1.410</b>	<b>587</b>	<b>537</b>	<b>3.772</b>

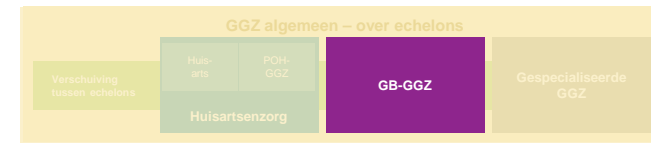
#### Toelichting stippellijn:

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



# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon



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

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien dat in de GB-GGZ een product had dat is afgesloten met als afsluitreden dat de patiënt te licht dan wel te zwaar is. De cijfers zijn nog een onderschatting, omdat nog 47% van de producten gesloten moet worden. Het valt echter te verwachten dat producten voor patiënten die op de verkeerde plek zijn beland relatief snel worden afgesloten. In een volgende rapportage wordt dit cijfer geactualiseerd.
- Het merendeel van de producten dat afgesloten wordt vanwege patiënt te licht/ te zwaar betreft transitieproducten (54%). Dit is te verwachten, het is immers één van de redenen voor invoering van een transitieproduct (zie verder bijlage 6). Tevens zijn relatief meer transitieproducten reeds gesloten dan andere producten. In een volgende rapportage kan een betrouwbaarder beeld geschetst worden.
- Bij de patiënten <18 jaar is het totale percentage van patiënten met afsluitreden te licht/te zwaar iets kleiner dan bij volwassenen (14,9%). Bij deze doelgroep is het percentage 'patiënt te licht' net iets hoger dan 'patiënt te zwaar' (7,9% vs. 7,0%)

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

De volledige benaming van de afsluitredenen is als volgt:

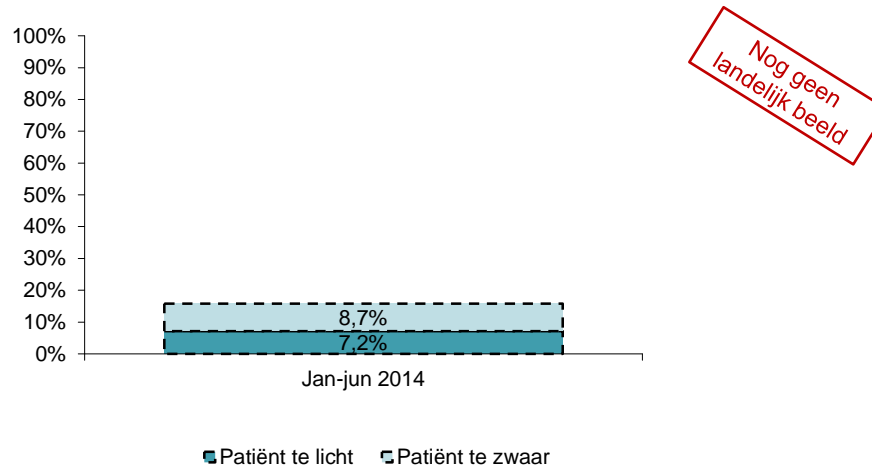
Te licht: "Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)"

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

#### Toelichting stippellijn:

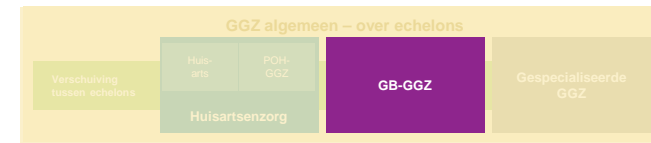
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

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



## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



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

Het onderste streepje geeft de p05-waarde aan, het bovenste streepje de p95 waarde. Het blok begint bij de p25 en eindigt bij de p75-waarde. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

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

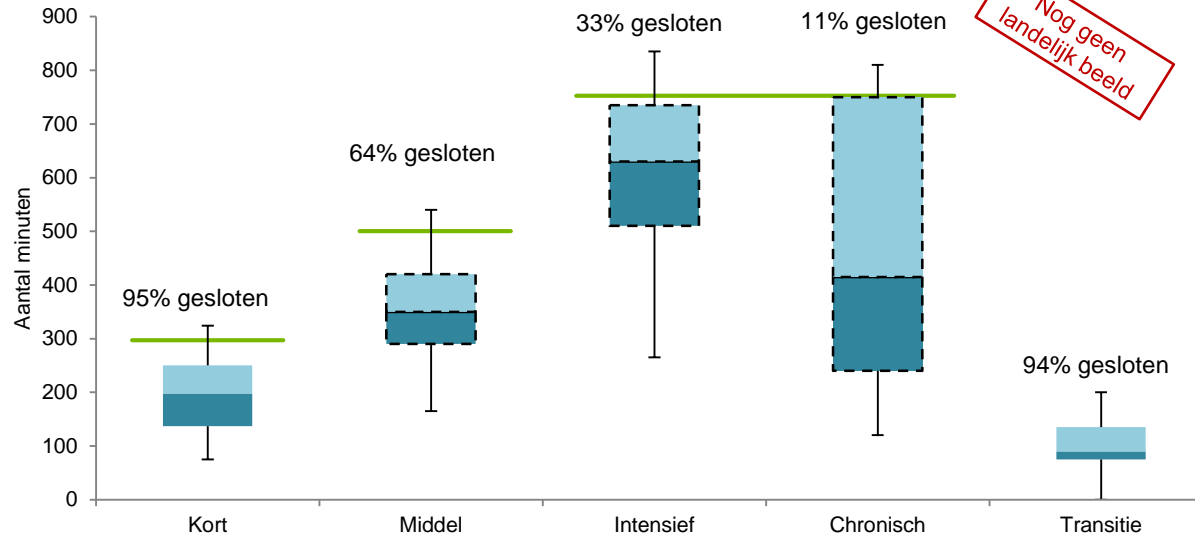
#### Toelichting stippellijn:

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

#### 3.4.2.4 Verdeling van aantal minuten per product

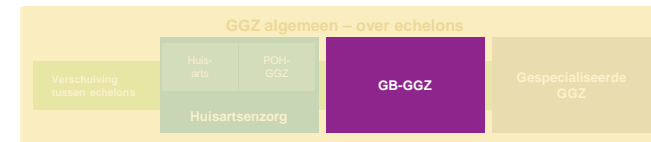
- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het eerste halfjaar van 2014. Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen.
- Aangezien nog niet alle producten gesloten zijn, kan het beeld nog wijzigen. Het is de verwachting dat het aantal minuten dan naar boven wordt bijgesteld aangezien producten die langer openstaan waarschijnlijk ook meer minuten bevatten. Dit geldt met name voor producten Intensief en Chronisch, omdat daar het grootste gedeelte van de producten nog niet gesloten is. Hieraan kunnen dus nog geen conclusies worden verbonden.
- Bovendien staat bij openstaande producten nog niet vast of het product ook als hetzelfde type gesloten zal worden (zie verder 3.4.2.2)
- Bij alle producten valt de meerderheid (>75%) van de producten onder de inschatting van aantal minuten van HHM. Uit paragraaf 3.4.2.5 lijkt dat een verwacht product niet vaak naar boven bijgesteld wordt, dus het is niet waarschijnlijk dat dit komt doordat voor producten die op een hoger aantal minuten uitkomen een zwaarder product wordt gedeclareerd.
- Daarnaast is de spreiding in chronische producten groter dan bij de andere producten. Mogelijk komt dit doordat van Chronisch nog weinig producten gesloten zijn. De volgende rapportage zal een betrouwbaarder beeld hiervan schetsen.

#### Verdeling aantal minuten per gesloten product GB-GGZ bij betrokken aanbieders



## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.2.5 Zorgaanbieders ervaren dat de problematiek in de GB-GGZ zwaarder is dan in de voormalig EPZ

In het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven aanbieders van GB-GGZ, zowel in instellingen als vrijevestigden, aan dat de problematiek van patiënten die zij behandelen zwaarder is dan die voorheen in de EPZ. Dit kan verklaard worden door het feit dat voor behandeling in de GB-GGZ sprake moet zijn van een DSM-stoornis. Patiënten bij wie geen sprake is van een DSM-stoornis worden bij de POH-GGZ behandeld. Deelnemende zorgaanbieders geven ook aan dat doordat patiënten langer in de huisartsenpraktijk (bij de POH-GGZ) blijven, er patiënten met zwaardere problematiek worden verwezen. Een andere reden die aangedragen wordt voor de zwaardere problematiek in de GB-GGZ is de substitutie van patiënten uit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> volgt dat deze substitutie echter nog beperkt op gang lijkt te zijn gekomen (zie 3.3.4).

Enkele deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> vragen zich af of behandelaren in de GB-GGZ voldoende opgeleid zijn om de patiëntenpopulatie met zwaardere problematiek te behandelen. Tevens vragen betrokken zorgaanbieders zich af of de gestelde profielen voor de GB-GGZ niet te zwaar zijn om in dit echelon te behandelen.

#### 3.4.2.6 Producten in GB-GGZ worden vaak vastgesteld op basis van minuten in plaats van op basis van de zorgvraag

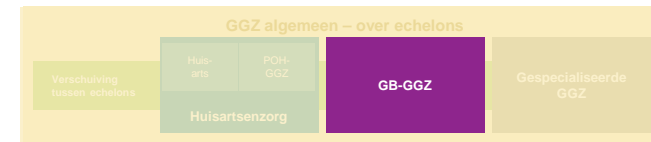
Zowel zorgaanbieders<sup>§</sup> als zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven in het kwalitatief onderzoek aan dat vaak op basis van het bestede aantal minuten wordt bepaald welk product in de GB-GGZ gedeclareerd wordt. De bedoeling is echter dat op basis van het profiel van de patiënt bepaald wordt welk product het best passend is voor de patiënt. Deelnemende zorgaanbieders geven ook aan dat het lastig is vooraf vast te stellen welk product het best passend is voor een patiënt. De producten worden dan tijdens de behandeling bijgesteld.

§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.2.7 Producten binnen de GB-GGZ bieden weinig ruimte

Uit kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat de producten binnen de GB-GGZ voor bepaalde doelgroepen goede mogelijkheden lijken te bieden voor behandeling. Zorgaanbieders geven bij de focusgroepen en interviews aan voornamelijk het product Intensief in te zetten. Er bestaan echter ook nog enkele aandachtspunten. Deelnemende zorgaanbieders geven aan dat de producten binnen de GB-GGZ weinig ruimte bieden voor:

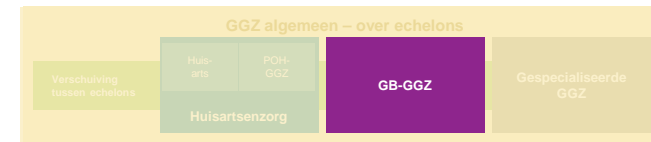
- Diagnostiek: betrokken zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat na diagnosestelling weinig ruimte is om binnen de bandbreedte van de producten te behandelen. Vooral binnen het product Kort is hiervoor weinig ruimte.
- Protocollair werken: om protocollair en evidence-based te kunnen werken zijn volgens deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> meer minuten nodig dan de producten bieden.
- Administratie, overleg en afstemming: volgens deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> is in de producten te weinig rekening gehouden met administratieve werkzaamheden, overleg en afstemming. Deze werkzaamheden zijn onderdeel van de behandeling, maar de producten bieden maar beperkt ruimte voor deze werkzaamheden. Enerzijds, is de verwachting vanuit de GB-GGZ dat de minder complexe patiënten ook minder overleg- en afstemmingstijd kosten (zie ook uitwerking in HHM rapport), anderzijds zorgen de uitgebreide eisen die aan de zorg worden gesteld – zoals die van de verschillende zorgverzekeraars (zie 3.5.1.1) – voor een hoge administratieve last.
- Jeugd: uit kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat vooral bij zorg voor de doelgroep jeugd te weinig ruimte wordt ervaren in de producten, omdat bij kinderen vaak de omgeving (ouders) bij de behandeling betrokken wordt. Ook andere specifieke doelgroepen worden hier genoemd, waaronder ouderenpsychiatrie en eetstoornissen.

Een eerste kwantitatief beeld laat zien dat de meerderheid van de producten Kort (>75%) minder minuten bevat dan de door HHM gedefinieerde minuten voor het product (zie 3.4.2.4). Voor de andere producten geldt dat nog te weinig behandelingen zijn afgesloten om hier uitspraken over te doen. Dit lijkt niet aan te sluiten bij bovenstaande bevindingen. In het vervolg van de monitor blijven we het kwantitatieve en kwalitatieve beeld vergelijken.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.2.8 EMH en groepsbehandeling bieden mogelijkheden om goed uit te komen met de producten binnen de GB-GGZ, maar zijn lastig te realiseren voor vrijgevestigde behandelaren

Zorgaanbieders<sup>§</sup> en zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven in het kwalitatief onderzoek aan dat de inzet van EMH en groepsbehandelingen uitkomst kunnen bieden om patiënten binnen de bestaande producten van de GB-GGZ te behandelen. Binnen bepaalde regio's ontstaan initiatieven voor groepsbehandeling, maar vooral de inzet van EMH binnen de GB-GGZ lijkt toe te nemen. Deelnemende instellingen ontplooiën initiatieven voor de ontwikkeling en inzet van EMH. Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat patiënten over het algemeen positief staan tegenover de inzet van EMH, zolang het maar aansluit bij de wensen van de doelgroep en de individuele patiënt. Voordelen die deelnemende patiënten noemen, zijn het hebben van eigen regie en het makkelijk en snel in contact kunnen komen met een behandelaar.

Deelnemende vrijgevestigde behandelaren geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> echter aan dat de inzet van EMH en groepsbehandelingen voor hen lastig is. De inzet van EMH vergt een investering, die voor vrijgevestigde aanbieders kostbaar is. Ook deelnemende instellingen geven aan dat voor het werken met EMH behoorlijke investeringen nodig zijn. Vrijgevestigde aanbieders hebben daarnaast vaak een te kleine patiëntenpopulatie om een groepsbehandeling op te zetten. Wel ontstaan in een regio samenwerkingsverbanden tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders van GB-GGZ, waarbij instellingen groepsbehandeling bieden waar patiënten van vrijgevestigde aanbieders zich bij aan kunnen sluiten.

#### 3.4.2.9 Wisselende meningen over het ontstaan van een vijfde product

Enkele zorgaanbieders<sup>§</sup> geven in het kwalitatief onderzoek aan dat er behoefte is aan een product met meer minuten dan het product Intensief, om de zwaardere problematiek binnen de GB-GGZ (protocollair) te kunnen behandelen. Een zorgverzekeraar<sup>§§</sup> werkt via de beleidsregel innovatie van de NZa aan een product om in 2015 declaratie van een vijfde product (Umami) mogelijk te maken.

Andere deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> en zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven echter aan dat het misschien te vroeg is voor de introductie van een vijfde product en dat meer tijd nodig is om te 'wennen' aan de bestaande producten. Betrokken zorgverzekeraars geven aan dat zij de bestaande producten eerst willen evalueren aan de hand van kwantitatieve gegevens. Een verandering in de productstructuur zou vanuit de behandelinhoud moeten komen.

#### 3.4.2.10 Overlap tussen product Kort en POH-GGZ

Zorgaanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat door de toename van behandeling van patiënten bij de POH-GGZ, het product Kort in de GB-GGZ relatief weinig ingezet wordt. Deelnemende GGZ aanbieders geven aan dat er overlap bestaat tussen die groep patiënten die bij de POH-GGZ behandeld wordt en de groep patiënten voor wie het product Kort passend is.

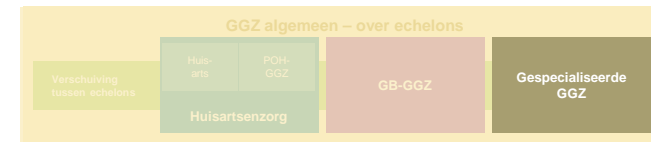
Enkele zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven in het kwalitatief onderzoek echter aan dat er een markt moet zijn voor het product Kort. In de EPZ werden bij een zorgverzekeraar bijvoorbeeld gemiddeld 4,6 consulten gedeclareerd. Volgens deze zorgverzekeraar betekent dat dat er een groep patiënten moet zijn voor wie een product van 300 minuten passend is.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

# 3. Bevindingen

## 3.4 Bevindingen per echelon



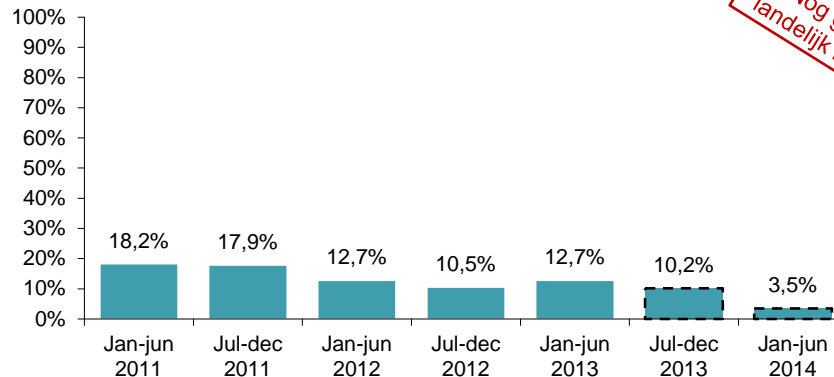
### 3.4.3 Gespecialiseerde GGZ

De volgende indicatoren gaan dieper in op de gespecialiseerde GGZ.

#### 3.4.3.1 Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten

- Onderstaande figuur laat het percentage patiënten zien met een DBC<800 minuten. In 2011 tot 2013 was een lichte daling van dit percentage zichtbaar (voor definitie en exclusiecriteria, zie hiernaast).
- De indicator geeft een onderschatting voor het laatste halfjaar van 2013 en het eerste halfjaar van 2014, want het is alleen te bepalen op gesloten producten. Voor deze periodes geldt dat op moment van data aanlevering respectievelijk 75% en 39% van de producten gesloten was. In een volgende rapportage wordt deze waarde geactualiseerd. Op dit moment is het daarom nog niet mogelijk om een uitspraak te doen over effecten sinds de introductie van de GB-GGZ.
- De verwachting is dat het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten zal afnemen met de invoering van de stelselwijzing GGZ, omdat een gedeelte van deze zorg gesubstitueerd kan worden naar de GB-GGZ.
- Het is mogelijk dat in deze indicator ook afspraken met zorgverzekeraars zichtbaar zijn.

% patiënten met een DBC < 800 minuten bij betrokken aanbieders



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

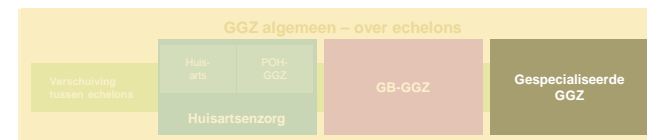
- DBC's met een verblijfscomponent
- Vervolg DBC's
- Diagnostiek DBC's
- Crisis DBC's
- patiënten waarvoor binnen 1 maand na sluiten van de DBC een nieuwe DBC wordt geopend met dezelfde diagnose

#### Toelichting stippellijn:

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

## 3. Bevindingen

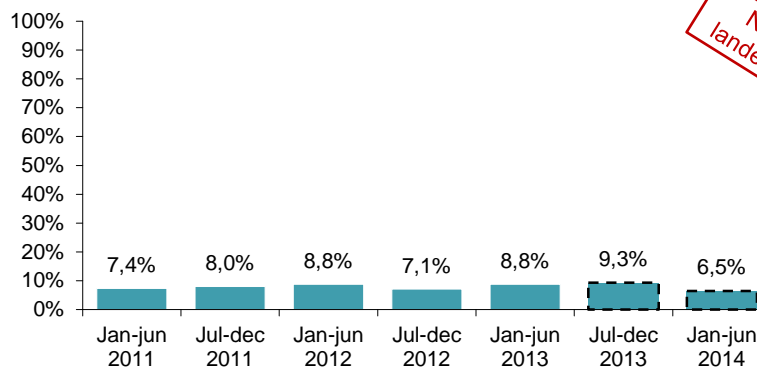
### 3.4 Bevindingen per echelon



#### 3.4.3.2 Percentage patiënten met een diagnostiek DBC

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien met een diagnostiek DBC. Het laatste halfjaar van 2013 en eerste halfjaar van 2014 geeft een onderschatting, omdat nog niet alle (diagnostiek) DBC's zijn afgesloten (respectievelijk 75% en 39%). Het is echter de verwachting dat diagnostiek DBC's relatief snel gesloten worden en dus dat het aantal diagnostiek DBC's dat mist relatief klein is. In de volgende rapportage wordt een betrouwbaarder beeld van deze halfjaren geschetst, omdat dan meer data beschikbaar zijn.
- Bij de interpretatie van onderstaande resultaten dient rekening gehouden te worden met het feit dat zorgaanbieders afspraken maken met zorgverzekeraars over het aantal diagnostiek DBC's dat zij leveren. Dalingen en stijgingen in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC kunnen dus mogelijk deels verklaard worden door afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld niet meer dan 10% diagnostiek DBC's).
- Bij de groep patiënten <18 jaar ligt het percentage patiënten met een diagnostiek DBC iets hoger (rond 11,5%).

#### % patiënten met een diagnostiek DBC bij betrokken aanbieders



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

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

#### Toelichting stippellijn:

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



## 3. Bevindingen

### 3.4 Bevindingen per echelon

#### *3.4.3.3 Zorgaanbieders ervaren dat de problematiek in de gespecialiseerde GGZ zwaarder is dan in de voormalig 2<sup>e</sup> lijn*

In het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven zorgaanbieders in de gespecialiseerde GGZ, net als zorgaanbieders in de GB-GGZ (zie 3.4.2.5), aan dat de problematiek van patiënten die zij behandelen gemiddeld genomen zwaarder is dan van patiënten die zij voorheen behandelden. Dit zou verklaard kunnen worden door substitutie van lichtere patiënten naar de GB-GGZ. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt echter dat deze substitutie nog maar beperkt op gang gekomen is (zie 3.3.4).

#### *3.4.3.4 Onduidelijkheid over de doelgroep die door vrijgevestigde behandelaren in de gespecialiseerde GGZ behandeld kan worden*

Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat het voor vrijgevestigde behandelaren in de gespecialiseerde GGZ, zoals psychotherapeuten en klinisch psychologen, onduidelijk kan zijn op welke doelgroep zij zich moeten richten. Een deel van de doelgroep die zij voorheen behandelden, wordt nu behandeld in de GB-GGZ. Uit de focusgroepen en interviews kwam naar voren dat de patiëntenpopulatie die overblijft in de gespecialiseerde GGZ over het algemeen zwaarder is. Enkele vrijgevestigde deelnemers bieden om deze reden naast gespecialiseerde GGZ ook GB-GGZ zorg, om de doelgroep die zij voorheen behandelden, te kunnen blijven behandelen.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

# 3. Bevindingen

## 3.5 Zorgverzekeraars

### 3.5.1 De relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

#### 3.5.1.1 Zorgaanbieders ervaren knelpunten in de zorginkoop

Afgelopen maanden hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over zorginkoop voor het jaar 2015. Deelnemende zorgaanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat zij diverse knelpunten ervaren in de zorginkoop. Deze knelpunten zijn hieronder beschreven. Een deel van deze bevindingen geldt voor zorginkoop in het algemeen, sommige worden veroorzaakt of versterkt door de invoering van de GB-GGZ, zoals afspraken over de productmix.

- Verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars: door de afschaf van het representatiemodel moeten zorgaanbieders contracten afsluiten met verschillende zorgverzekeraars. Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat zorgverzekeraars verschillende eisen stellen en dat het voor hen complex en arbeidsintensief is om inzicht te krijgen in de verschillende eisen. Daarnaast is het voor betrokken zorgaanbieders lastig aan de verschillende eisen te voldoen. Een voorbeeld hiervan zijn de eisen aan hoofdbehandelaarschap. Zorgverzekeraars hebben verschillende beroepsgroepen aangewezen als hoofdbehandelaar en stellen andere eisen aan welk deel van de behandeling door een hoofdbehandelaar uitgevoerd moet worden.
- Eisen sluiten niet aan bij de praktijk: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat sommige eisen die zorgverzekeraars stellen niet aansluiten bij of zelfs niet stroken met de geldende beroepsstandaarden. Betrokken zorgaanbieders vinden dat zorgverzekeraars zich te veel 'bemoeien met zorginhoudelijke aspecten'.
- Onhaalbare en onwerkbare eisen: eisen die zorgverzekeraars stellen worden als onhaalbaar en onwerkbaar bestempeld door deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup>. Voorbeelden van deze eisen zijn opgenomen in het tekstkader op de volgende pagina. De meerwaarde van de eisen wordt door deelnemende zorgaanbieders niet gezien. Betrokken zorgaanbieders geven aan dat deze eisen hen zelfs kunnen belemmeren in het leveren van goede zorg.
- Administratieve lasten: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat de eisen van zorgverzekeraars veel administratieve lasten en registratiedruk met zich meebrengen. Vooral door betrokken vrijgevestigde behandelaren wordt deze druk als een grote belemmering ervaren.
- Zorgverzekeraars bieden weinig ruimte voor innovatie: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat zij ruimte nodig hebben om te experimenteren met het nieuwe systeem, bijvoorbeeld met de inzet van EMH. Zij ervaren hier echter geen ruimte voor vanuit de zorgverzekeraar.
- Knip tussen eisen die gesteld worden aan huisartsen en GGZ aanbieders: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat een knip bestaat tussen de eisen en de afspraken voor de aanbieders van GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ ten opzichte van de huisartsenzorg. De eisen die bijvoorbeeld aan kwaliteit worden gesteld lopen erg uiteen. In de praktijk zorgt dit bij deelnemers aan het kwalitatief onderzoek soms voor een gevoel van oneerlijke concurrentie, onder andere doordat de scheidslijn tussen de POH-GGZ en de GB-GGZ nog onvoldoende scherp is. Dit is ook zichtbaar in de knip die er soms intern is bij zorgverzekeraars qua aandachtsgebied: huisarts of GGZ.
- Weinig onderhandelruimte: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan het gevoel te hebben dat zij contracten 'opgelegd' krijgen. Zij ervaren weinig ruimte voor onderhandeling. Vooral kleine betrokken zorgaanbieders/vrijgevestigden krijgen contracten toegestuurd en kunnen alleen 'tekenen bij het kruisje'.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

## 3. Bevindingen

### 3.5 Zorgverzekeraars

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

- Flexibiliteit zorginkoopproces: deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat de flexibiliteit waarmee het zorginkoopproces plaatsvindt per zorgverzekeraar verschilt. Sommige zorgverzekeraars sturen bijvoorbeeld strak op percentages substitutie, terwijl andere zorgverzekeraars hebben besloten de eisen voor 2015 flexibel te hanteren.

#### Enkele voorbeelden van eisen van zorgverzekeraars

Hieronder zijn op basis van het kwalitatief onderzoek<sup>§,§§</sup> verschillende eisen van de zorgverzekeraars opgenomen en indien van toepassing ervaren knelpunten daarbij.

- Zorgverzekeraars stellen eisen aan substitutie van zorg van gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ. Deze eisen variëren van 5% tot 20%. Het blijkt voor deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> lastig deze substitutie-eisen te behalen. Ook enkele deelnemende zorgverzekeraars<sup>§§</sup> geven aan dat deze eisen te ambitieus waren.
- Zorgverzekeraars hanteren omzetplafonds. Sommige deelnemende zorgverzekeraars<sup>§§</sup> hanteren een apart omzetplafond voor GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ, andere betrokken zorgverzekeraars hanteren een omzetplafond voor GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ gezamenlijk. Weer een andere deelnemende zorgverzekeraar hanteert alleen een plafond voor gespecialiseerde GGZ, om substitutie naar de GB-GGZ te stimuleren. Eén van de deelnemende zorgverzekeraars gaf aan kosten in het systeem te willen verminderen door verder toe te werken naar reële kostenplafonds. Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> ervaren de omzetplafonds als een belemmering, omdat de behandeling van een patiënt op deze manier afhankelijk is van bij welke zorgverzekeraar de patiënt verzekerd is.
- Zorgverzekeraars stellen eisen aan de productmix van zorgaanbieders, bijvoorbeeld met betrekking tot de hoeveelheid zorg die in elk echelon wordt vergoed en een aantal per product binnen de GB-GGZ dat een aanbieder mag bieden. Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat zij vaak nog onvoldoende goed inzicht hebben in de productmix die zij leveren. Zij hopen dan ook dat zorgverzekeraars deze eis niet streng zullen hanteren.
- Ook geven deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> aan de eisen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap lastig te vinden. Hierbij geldt dat zorgverzekeraars de lijst met hoofdbehandelaren verschillend hanteren en ook verschillende eisen stellen aan welke deel van de behandeling door een hoofdbehandelaar uitgevoerd moet worden. In de praktijk lijkt het echter niet altijd mogelijk dat een patiënt bijvoorbeeld 20% of 30% van de behandeling door een hoofdbehandelaar wordt gezien. Een ander voorbeeld is de eis dat verpleegkundig specialisten alleen hoofdbehandelaar mogen zijn bij het product Chronisch. Betrokken aanbieders geven aan dat deze eisen de zorg onnodig duurder maken.
- Enkele zorgverzekeraars hanteren een opleidingseis en taakomschrijving voor de POH-GGZ.
- Zorgverzekeraars stellen eisen aan het meten en opleveren van ROM-scores.
- Betrokken zorgaanbieders<sup>§</sup> geven aan dat zij de eisen die zorgverzekeraars stellen aan verwijsbrieven als belemmerend ervaren. Zij moeten verwijsbrieven terugsturen naar huisartsen als ze niet aan de eisen voldoen, wat veel extra administratieve lasten met zich meebrengt.

## 3. Bevindingen

### 3.5 Zorgverzekeraars

#### 3.5.1.2 Declaratiemogelijkheid bij zorgverzekeraars kwam laat op gang

In het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> geven zorgaanbieders aan dat zij pas in augustus 2014 zorg konden declareren bij zorgverzekeraars. Het zo laat op gang komen van de declaraties heeft in de praktijk gezorgd voor onzekerheid bij de deelnemende zorgaanbieders. Vooral bij betrokken vrijgevestigde aanbieders, die minder grote reserves hebben dan instellingen, was dit het geval.

#### 3.5.1.3 Zorgverzekeraars proberen hun rol als zorginkopers op te pakken

Zorgverzekeraars geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§§</sup> aan dat zij herkennen dat zorgaanbieders de beste zorg willen leveren. Deelnemende zorgverzekeraars geven echter ook aan dat zij hun rol als zorginkoper op moeten pakken. Zij beogen de kwaliteit van zorg in de GGZ transparant te maken door middel van indicatoren en bij zorginkoop te sturen op kwaliteit. Hiervoor maken zorgverzekeraars afspraken, waarbij zorgaanbieders een hogere vergoeding krijgen indien zij bijvoorbeeld bij minimaal 50% van de patiënten een ROM-meting uitvoeren en aanleveren bij Stichting Benchmark GGZ (SBG), als zij samenwerken met andere partijen in de regio, als zij een screenings- of verwijsinstrument gebruiken, als zij EMH en consultatie inzetten of als zij een bepaald kwaliteitskeurmerk hebben. In kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> is aangegeven dat zorgverzekeraars – bij gebrek aan voldoende beschikbaarheid/ bruikbaarheid van transparante uitkomsten van de geleverde zorg – nog veel gebruikmaken van structuur- en procesindicatoren. Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat het gebruik van deze indicatoren voor bureaucratie zorgt.

Hoewel deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> aangeven dat zij belemmerd worden door de verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars, geven deelnemende zorgverzekeraars<sup>§§</sup> aan dat dit komt door de beoogde marktwerking in de zorg. Wel herkennen betrokken zorgverzekeraars dat de eisen op sommige punten erg uiteenlopen. Enkele deelnemende zorgverzekeraars geven aan dat zij de eisen meer in lijn kunnen brengen met elkaar, bijvoorbeeld door meer het overheidsbeleid te volgen en zich niet te onderscheiden op non-concurrentiële aspecten. Tevens geven betrokken zorgverzekeraars<sup>§</sup> aan dat zij het initiatief missen bij zorgaanbieders. Zo hebben zorgaanbieders de mogelijkheid gekregen met een voorstel te komen voor hoofdbehandelaarschap, maar dit heeft niet geleid tot een voorstel vanuit het veld.

In het kwalitatief onderzoek<sup>§§</sup> geven zorgverzekeraars aan dat de afspraken voor zorginkoop in 2015 in lijn zijn met de afspraken voor 2014. Over het algemeen worden contracten afgesloten met dezelfde aanbieders en zijn de contractafspraken nagenoeg identiek aan die van 2014. Enkele betrokken zorgverzekeraars geven aan strenger te sturen op bijvoorbeeld substitutie, terwijl andere betrokken zorgverzekeraars de eisen naar beneden bijgesteld hebben. Dit is in lijn met de opvatting van deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup>, die aangaven dat zorgverzekeraars verschillen in de flexibiliteit waarmee zij met de afspraken omgaan.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

*§§ De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vier grote zorgverzekeraars.*

## 3. Bevindingen

### 3.6 Patiënten

#### 3.6.1 Kwaliteit van zorg voor de patiënt kan verbeterd worden

##### 3.6.1.1 Patiënten zijn beperkt geïnformeerd

Uit het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> blijkt dat patiënten weinig inzicht hebben in de introductie van de GB-GGZ en de wijzigingen die dit met zich meebrengt in het GGZ stelsel. Deelnemende patiënten willen echter ook niet overmatig geïnformeerd worden. Zij zijn vooral geïnteresseerd in de gevolgen die de introductie van de GB-GGZ voor hen specifiek heeft. Tijdens de focusgroepen zijn diverse mogelijkheden voor informatievoorziening aan patiënten besproken, waaronder informeren vanuit de overheid, informeren door de huisarts en informeren door de zorgverzekeraar.

Tevens blijken deelnemende patiënten<sup>§</sup> niet goed op de hoogte te zijn van welke zorg vergoed wordt en welke zorg niet. Deelnemende aanbieders in GB-GGZ geven bijvoorbeeld aan dat zij vaak patiënten behandelen die onterecht het idee hebben dat de behandeling onbeperkt vergoed wordt. Deelnemende zorgaanbieders zien hier een rol voor de zorgverzekeraar om patiënten goed te informeren over vergoedingen vanuit de zorgverzekering.

##### 3.6.1.2 Zorgen bestaan over wachttijden en continuïteit van zorg

Patiënten geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat het voor hen belangrijk is snel en op de juiste plek behandeld te worden. Uit het kwalitatief onderzoek bleek tevens dat zorgen bestaan over wachttijden in de gespecialiseerde GGZ<sup>1</sup>. Het is echter niet duidelijk of de invoering van de introductie van de GB-GGZ daar een aanleiding voor is. Deelnemende zorgaanbieders geven aan hierop in te spelen, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een aanbod in de wachtperiode in de vorm van zelfmanagement of EMH.

Patiënten en zorgaanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat de relatie en de vertrouwensband tussen de patiënt en behandelaar erg belangrijk is. Behoud van een behandelaar en continuïteit van zorg worden door deelnemende patiënten erg belangrijk gevonden. Matched care is voor deze patiënten dan ook erg belangrijk, omdat zij zo snel mogelijk op de juiste plek in het systeem behandeld willen worden, zodat zo min mogelijk wisseling van behandelaren plaatsvindt.

##### 3.6.1.3 Zorgen bestaan over vermijdgedrag door het eigen risico

Deelnemers aan focusgroepen en interviews (aanbieders en patiënten)<sup>§</sup> maken zich zorgen over de bijdrage die patiënten moeten betalen via hun eigen risico bij een behandeling in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Zij zijn bang dat het eigen risico leidt tot vermijdgedrag waardoor patiënten later in zorg komen. Dit kan leiden tot problemen als verergering van klachten, uitval van werk en verminderde maatschappelijke participatie.

Deelnemende zorgaanbieders<sup>§</sup> maken zich ook zorgen over de vraag of het ontbreken van een eigen risico bij de POH-GGZ leidt tot ongewenste prikkels, waarbij de keuze voor een echelon bepaald wordt op basis van financiële prikkels in plaats van zorginhoudelijke argumenten.

<sup>1</sup> Dit is in lijn met onderzoek van het Landelijk Platform GGZ (september 2014)

<sup>§</sup> Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.

## 3. Bevindingen

### 3.6 Patiënten

#### 3.6.1.4 Mogelijkheid dat patiënten tussen wal en schip vallen

Zorgaanbieders hebben in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aangegeven dat de mogelijkheid bestaat dat patiënten tussen wal en schip vallen. Relatieproblematiek, werkgerelateerde problematiek en aanpassingsstoornissen worden niet meer in de GB-GGZ geleverd. Ook preventie wordt niet meer geleverd in de GB-GGZ. Deelnemers aan focusgroepen en interviews (zorgaanbieders en patiënten)<sup>§</sup> geven echter aan dat deze behandelingen nog weinig vorm hebben gekregen in de huisartsenpraktijk (zie ook 3.4.1.6).

Aanbieders geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan dat zij zich zorgen maken over patiëntengroepen die te maken hebben met klachten waarvan behandelaars inschatten dat zij specialistische GGZ zorg nodig hebben (GB of gespecialiseerde GGZ), maar waar geen sprake is van een DSM-stoornis. Deze patiëntengroepen kunnen nu tussen wal en schip vallen.

#### 3.6.1.5 Keuzevrijheid van patiënten op aspecten beperkt

Uit de focusgroepen (zorgaanbieders en patiënten)<sup>§</sup> blijkt dat patiënten vaak beperkt op de hoogte zijn van de keuzemogelijkheden die zij hebben. Patiënten kennen vaak het onderscheid tussen de verschillende echelons (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) niet en zijn beperkt geïnformeerd over de mogelijkheden voor behandeling in een instelling of bij een vrijgevestigde behandelaar. Dit maakt actieve betrokkenheid bij de keuze voor een zorgaanbieder beperkt. Patiënten geven in het kwalitatief onderzoek<sup>§</sup> aan vaak uit te gaan van de keuze van hun huisarts.

In de focusgroepen en interviews<sup>§</sup> is door zorgaanbieders aangegeven dat bij verwijzing bestaande relaties tussen huisartsen en zorgaanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigde behandelaars) een rol lijken te spelen. Huisartsen verwijzen vaak naar een beperkt aantal zorgaanbieders, waar zij een relatie mee hebben. Daarnaast wordt, eventueel in overleg met de patiënt, gekeken welke zorgaanbieder het best bij de patiënt past.

*§ Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een serie van interviews en drie diepgaande focusgroepen (zie bijlage 7). Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage gedaan vanuit aanbieders en patiënten, zijn aangedragen door één of meerdere personen en herkend in één of meerdere focusgroepen.*

# Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Toelichting op kwantitatieve data
4. Regio afbakening
5. Achtergronden data analyse
6. Gebruikte coderingen
7. Deelnemers kwalitatief onderzoek
8. Thema's kwalitatief onderzoek
9. Gehanteerde afkortingen



## Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

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

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

### *Vormgeving POH-GGZ en GB-GGZ*

#### *POH-GGZ*

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

## Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

### *GB-GGZ*

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

### *Overige vragen*

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

## Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Onderstaand een overzicht van de indicatoren.

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

Nr	Indicator
1	# patiënten in zorg per echelon
2	% patiënten per echelon
3	Totale behandelkosten per echelon
4	% behandelkosten per echelon
5	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
6	% huisartsen met POH-GGZ
7	gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
8	% patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar
9	% patiënten met DBC < 800 minuten
10	% patiënten met diagnostiek DBC
11	% producten GB-GGZ
12	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
13	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
14	Totale medicatiekosten per echelon
15	Medicatiekosten per patiënt per echelon
16	% patiënten met medicatie per echelon

## Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

### Bronnen kwantitatieve data

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

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

De betrokken aanbieders hebben data geleverd met betrekking tot:

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

### Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

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

### Verslagperiode

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

## Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

### Leeftijdscategorieën

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

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

### Aandachtspunten bij interpretatie data

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

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

## Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

### Bronnen

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

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

### Aandachtspunten bij interpretatie data – vervolg

- De analyses met betrekking tot kosten zijn uitgevoerd op declaratiebedragen. Voor de verrekening van opbrengstverschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) gold tot 2012 een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven<sup>1</sup>. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen<sup>2</sup>. Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat de kosten in deze rapportage tussen 2011 en 2012 en de daaropvolgende jaren, niet geheel vergelijkbaar zijn.
- De openingsdatum van een product bepaalt aan welke verslagperiode het product wordt toegewezen. Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half oktober 2014 (# minuten, type product, etc.).

### Fout in data aanlevering

Onderstaande punten betreffen bijzonderheden in de data geconstateerd na aanlevering van de databestanden.

- Eén van de aanbieders heeft OVP's binnen de gespecialiseerde GGZ aangeleverd als data binnen de GB-GGZ. Het gaat om 439 OVP's bij 23 unieke patiënten. Voor indicator 11 (% producten binnen GB-GGZ) zijn deze OVP's achteraf verwijderd. Bij de overige indicatoren werkt deze fout door. Naar verwachting is het effect echter klein, omdat het om relatief weinig patiënten gaat en een relatief klein bedrag. In een volgende rapportage wordt dit punt punten gecorrigeerd aangezien dan een volledige nieuwe data aanlevering plaatsvindt met up to date gegevens van alle geleverde zorg.

## Bijlage 4 – Regio afbakening

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

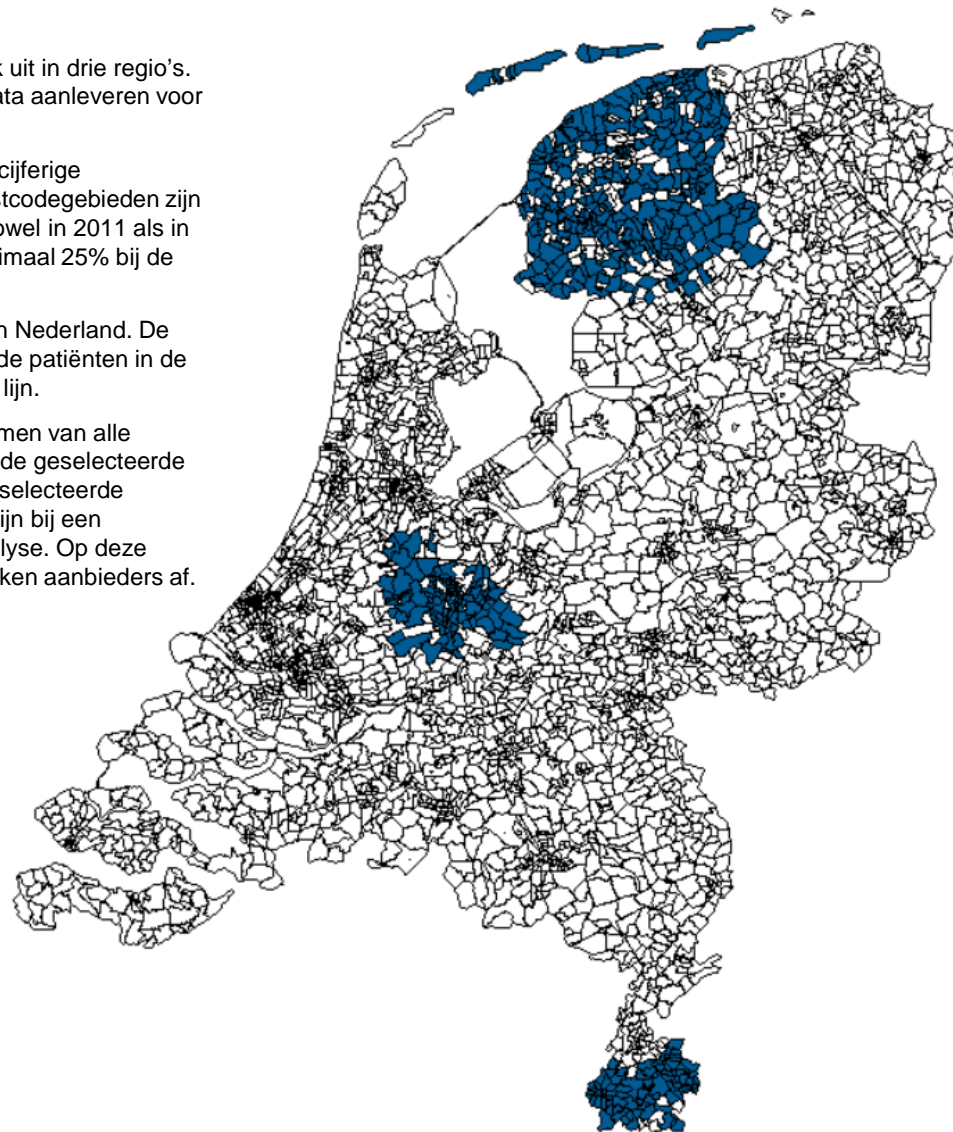
De monitor voert kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit in drie regio's. In bijlage 6 staat welke aanbieders uit deze regio's data aanleveren voor de kwantitatieve analyses in deze monitor.

De regio's zijn afgebakend door een selectie van viercijferige postcodegebieden. De selectie is zodanig dat die postcodegebieden zijn geselecteerd waarbinnen de betrokken aanbieders zowel in 2011 als in 2012 een gezamenlijk marktaandeel hadden van minimaal 25% bij de populatie van 18 jaar en ouder.

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

In de kwantitatieve analyses zijn gegevens meegenomen van alle patiënten (in zorg bij de betrokken aanbieders) die in de geselecteerde postcodegebieden wonen. Patiënten die niet in de geselecteerde postcodegebieden wonen, maar wel in behandeling zijn bij een betrokken aanbieder zijn niet meegenomen in de analyse. Op deze wijze viel in totaal 3% van de patiënten van de betrokken aanbieders af.

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





## Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

### Toewijzing zwaarste echelon

Een patiënt met producten bij meerdere echelons telt mee bij het 'zwaarste' echelon waar hij in een verslagperiode een geopend product had. Dit betekent dat een patiënt in hetzelfde halfjaar ofwel eerst bij de EPZ/GB-GGZ zorg ontving en daarna in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ of omgekeerd. Uitzondering op toewijzing aan het zwaarste echelon vormen:

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

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

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

	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014
POH-GGZ	12%	11%	11%	10%	11%
EPZ	17%	16%	46%	39%	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	23%

Nog geen  
landelijk beeld

### Percentage afgesloten producten

De resultaten van de indicatoren zijn bepaald op basis van data zoals deze half oktober beschikbaar waren. Op dat moment waren nog niet alle geopende producten reeds afgesloten (in 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ). Hieronder staat een overzicht van het percentage producten dat al wel gesloten was. OVP's zijn in deze berekening niet meegenomen, omdat OVP's geen producten zijn die open kunnen staan. Bij de indicatoren waar we nog verschuiving verwachten als meer producten gesloten zijn, is dit aangegeven in de figuren met stippellijntjes.

### Percentage afgesloten producten

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014
2e lijn	100%	100%	100%	100%	100%	74%	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	52%
Gespecialiseerde GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	38%

Nog geen  
landelijk beeld

## Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

### Extrapolatie openstaande producten

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

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

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

- De doorlooptijd is gebaseerd op gegevens uit 2012 (dus inclusief productie die vanaf 2014 in de GB-GGZ valt);
- Er is een overschatting van zorgproducten zonder diagnose, omdat de diagnose vaak pas later wordt gesteld (en de DBC hertypeerd wordt).

Elke volgende rapportage worden de meest recente gegevens door de betrokken aanbieders opnieuw aangeleverd en worden de cijfers steeds definitiever. De eerste ervaringen met de methodiek lijken positief. Door betrokken aanbieders is voor gespecialiseerde GGZ zorg € 8,7 miljoen aan DBC's aangeleverd. Door middel van de opschaling is dit geëxtrapolerd naar € 110 miljoen. Voor het eerste halfjaar in 2013 is bekend dat voor ongeveer € 113 miljoen 2<sup>e</sup> lijns zorg geleverd is. In orde grootte sluit de extrapolatie daarom aan bij de verwachting. Zodra het product gesloten is, worden de daadwerkelijke kosten in de eerstvolgende rapportage meegenomen. Dit betekent dat op termijn een beter inzicht in de kwaliteit van deze extrapolatie verkregen wordt en dat de cijfers in volgende rapportages steeds betrouwbaarder zullen zijn.

Bij 0,23% van de aangeleverde producten (656 van de 276 duizend) zijn zowel behandelminuten, verblijfsdagen als kosten 0 aangeleverd. Deze producten zijn daarom niet meegenomen in de extrapolatie.

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

### Extrapolatie regio's naar landelijk niveau

De gegevens zoals in deze rapportage gepresenteerd zijn de cijfers zoals aangeleverd door de betrokken aanbieders. Idealiter vindt een extrapolatie plaats van deze aanbieders naar een beeld van de volledige regio's of zelfs naar het landelijk niveau. Het is op dit moment nog niet mogelijk om een dergelijke extrapolatie uit te voeren gezien het momenteel nog ontbreken van bruikbare data vanuit de vrijgevestigde aanbieders evenals inzichten in hoeverre de effecten van de introductie van de GB-GGZ bij instellingen vergelijkbaar zijn met die bij vrijgevestigde aanbieders. Voor toekomstige rapportages onderzoeken we de mogelijkheid om een extrapolatie naar regionaal of landelijk niveau betrouwbaar te kunnen uitvoeren.

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen betrokken aanbieders

### Betrokken aanbieders

Dit zijn de betrokken aanbieders met bijbehorende agb's:

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

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen huisartsenzorg

### Huisartsenzorg

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

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

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen POH-GGZ en EPZ

### POH-GGZ

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

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

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

### EPZ

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

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen GB-GGZ

### Bron:

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

### GB-GGZ

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

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

Voor declaratie van een transitieproduct in de GB-GGZ gelden de volgende richtlijnen<sup>1</sup>:

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

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

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

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

## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen

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

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

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

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



## Bijlage 6 – Gebruikte coderingen Medicatie

### Medicatie

Als GGZ-medicatie zijn de volgende medicijnen meegenomen.

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

## Bijlage 7 – Deelnemers kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek biedt een verdere diepgang bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het schetsen van een context. Bij kwalitatief onderzoek is het niet mogelijk om alle betrokkenen in de drie regio's (of een statistische steekproef daaruit) te spreken. In totaal hebben we 52 personen gesproken, afgevaardigden van de diverse partijen in het GGZ-veld. Deze rapportage beschrijft de rode draad uit de drie focusgroepen en de serie interviews.

In onderstaand overzicht is per categorie weergegeven het aantal unieke personen weergegeven dat heeft deelgenomen aan het kwalitatief onderzoek tot nu toe. De lijst bevat personen die in mei en juni 2014 hebben deelgenomen aan interviews in het kader van de Quicksan en personen die in september 2014 hebben deelgenomen aan één van de drie focusgroepen of aan één van de (telefonische) interviews. Tien respondenten hebben zowel in mei/juni als in september input geleverd. Deze personen zijn éénmaal meegeteld in onderstaand overzicht. De input van al deze personen is verwerkt in de huidige rapportage.

Categorie deelnemer	Aantal deelnemers
Huisarts	7
POH-GGZ	4
Zorgaanbieders instelling	15
Zorgaanbieders vrijgevestigd	11
Patiënten	8
Zorgverzekeraars	7
<b>Totaal</b>	<b>52</b>

## Bijlage 8 – Thema's kwalitatief onderzoek

### Behandelde thema's

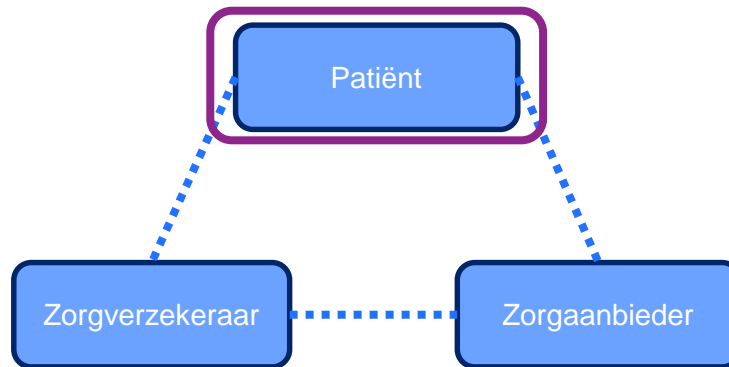
#### Verwijsstromen



#### Werkzaamheid GB-GGZ



#### Kwaliteit voor de patiënt



#### Afspraken met zorgverzekeraars



# Bijlage 8 – Thema's kwalitatief onderzoek

## Behandelde vragen

### Verwijsstromen

- Hoe verloopt verwijzing vanuit de huisarts?
- Hoe verloopt doorverwijzing naar een ander echelon?
- In hoeverre worden screenings- en verwijsinstrumenten ingezet?
- In welke mate wordt gericht verwezen sinds de introductie van de GB-GGZ?
- In hoeverre wordt gebruik gemaakt van consultatie in de huisartsenpraktijk en in de GB-GGZ? En welke effecten heeft dit?
- Hoe verschuiven patiëntenstromen sinds de introductie van de GB-GGZ? En welke gevolgen heeft dit?
- Hoe verandert de groep patiënten die in een echelon behandeld wordt?

### Werkzaamheid GB-GGZ

- Hoe wordt bepaald welk product passend is voor een patiënt?
- Zijn de vier producten binnen de GB-GGZ toereikend om adequaat te behandelen?
- Sluiten de producten in de GB-GGZ aan bij protocollen en richtlijnen uit het veld?
- Bieden de vier producten voldoende mogelijkheden voor EMH, consultatie en groepsbehandeling?
- Hoe vaak worden producten gewijzigd tijdens de behandeling?
- In hoeverre worden meerdere producten na elkaar geopend voor een patiënt?
- In hoeverre bestaat in de huisartsenpraktijk ruimte voor evidence-based preventie?
- Is de rol van de POH-GGZ in het stelsel toereikend?
- Welke verschillen bestaan er tussen instellingen en vrijgevestigde behandelaren wat betreft werkzaamheid van het stelsel?

### Kwaliteit voor de patiënt

- Wat merken patiënten van de invoering van de GB-GGZ?
- In hoeverre draagt de invoering van de GB-GGZ bij aan kwaliteit van zorg voor de patiënt?
- Wordt de patiënt voldoende betrokken bij verwijzing?
- Heeft de patiënt in het nieuwe stelsel voldoende keuzevrijheid, bijvoorbeeld voor de aanbieder naar wie hij verwezen wordt?
- Wordt vaker verwezen naar een instelling waar de POH-GGZ in dienst is?
- Is medicatiegebruik veranderd door de introductie van de GB-GGZ?
- Wat is het effect van de introductie van de GB-GGZ op wachttijden?
- Wat is de ervaring van patiënten met EMH? Zien patiënten toekomst in EMH?

### Afspraken met zorgverzekeraars

- Welke afspraken voor zorginkoop zijn gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars? En hoe worden deze afspraken ervaren door zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
- Hoe verschillen zorginkoop afspraken tussen 2014 en 2015?
- Welke eisen stellen zorgverzekeraars? En hoe gaan zorgaanbieders om met deze eisen?
- Welke verschillen bestaan er tussen instellingen en vrijgevestigde behandelaren wat betreft eisen van zorgverzekeraars?
- Welke knelpunten ervaren zorgaanbieders en zorgverzekeraars in zorginkoop?

## Bijlage 9 – Gehanteerde afkortingen

Afktoring	Volledige omschrijving
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
EMH	E-mental health
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
ROM	Routine Outcome Measurement
SBG	Stichting Benchmark GGZ
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport



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

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