



KPMG
cutting through complexity

PLEXUS[®]

GEZONDHEIDSZORG

Monitor Generalistische Basis GGZ

Periode: jan 2011 – dec 2015

In opdracht van het Ministerie van VWS

Juni 2016



Juni 2016

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met Vektis.

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

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

Inhoudsopgave

Contactpersonen vanuit KPMG Plexus zijn:

Karina Kuperus

Partner KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 51367395

kuperus.karina@kpmgplexus.nl

Karin Lemmens

Senior manager KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 12513683

lemmens.karin@kpmgplexus.nl

Lieke Ruigrok

Senior consultant KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 21274165

ruigrok.lieke@kpmg.nl

Deze opdracht voert KPMG
Plexus uit in samenwerking met
Vektis.

	Pagina		Pagina
1. Inleiding, aanpak en samenvatting	3	Bijlagen	73
1.1 Inleiding	3	1. Geformuleerde vragen door VWS	74
1.2 Aanpak	5	2. Overzicht indicatoren	76
1.3 Samenvatting	9	3. Toelichting op kwantitatieve data	80
2. Verdieping bevindingen	16	4. Regio afbakening voor regio analyses	84
2.1 Overzicht bevindingen	16	5. Achtergronden data analyse	85
2.2 Bevindingen op totaalniveau	17	6. Gebruikte coderingen	88
2.3 Patiëntstromen tussen echelons	47	7. Gehanteerde afkortingen	77
2.4 Bevindingen per echelon	54		

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.1 Inleiding

- *De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. De hele keten is in beweging, zoals de versterking van de huisartsenzorg (inclusief de POH-GGZ), toename van zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-mental health (EMH). In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis.
- Jeugd-GGZ is geen onderdeel van de rapportage. De jeugd-GGZ valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten.

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^e lijns) GGZ terechtkwamen. Daarnaast keerden mensen na behandeling te langzaam terug naar de 1^e lijn (huisarts, POH-GGZ 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 onder druk kwamen.

Per 2014 is de Generalistische Basis GGZ (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 GB-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

Hoofdstuk 1 bevat de inleiding, een beschrijving van de aanpak en een samenvatting van de resultaten. In de aanpak beschrijven we de afbakening van de scope en de aandachtspunten van de monitor van juni 2016. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de vraag of doelen van de GB-GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ ervaren wordt. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in Bijlage 8.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.1 Inleiding

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

1.1.4 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

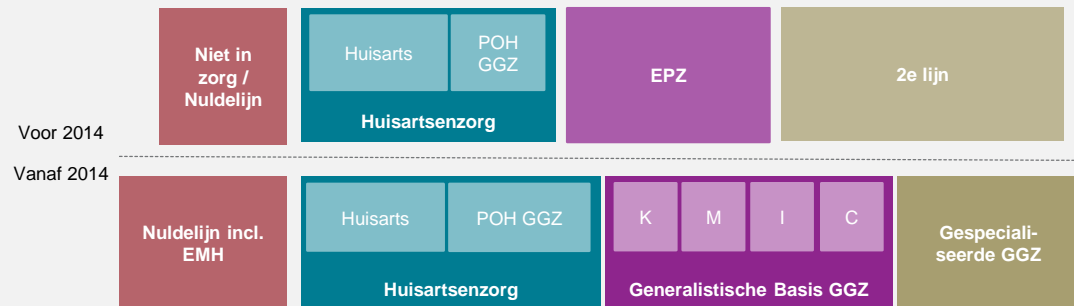
Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons (zie onderstaande figuur):

1. Huisartsenzorg, waar zorg geleverd door de POH-GGZ onderdeel van uitmaakt
2. GB-GGZ
3. Gespecialiseerde GGZ

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

- De nuldelijn is versterkt, dat wil zeggen dat er verschillende e-mental health (EMH) modules worden aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ werd huisartsen al de mogelijkheid geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, EMH-behandelingen aan te bieden, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van de POH-GGZ is na de introductie van de GB-GGZ op volle kracht en levert een deel van de zorg voor patiënten die voorheen in de EPZ werden behandeld.
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2^e lijns GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch)*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, substitueren van de 2^e lijn naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

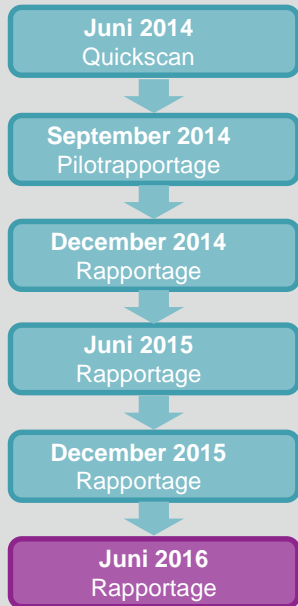
Vanwege bovenstaande verschuivingen zijn EPZ en 2^e lijn niet één-op-één vergelijkbaar met GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.



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

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.2 Aanpak



1.2.1 Monitor: rapportage juni 2016

De monitor brengt de effecten van de invoering GB-GGZ halfjaarlijks in kaart, om de werking van het stelsel in de praktijk in beeld te brengen en waar nodig het stelsel verder te onderzoeken of zelfs bij te sturen. Dit beeld ontwikkelt zich geleidelijk en wordt in de loop der tijd steeds vollediger. 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. Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis.

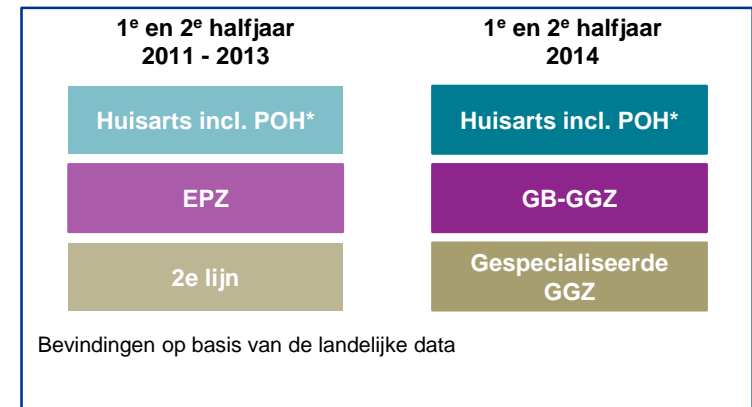
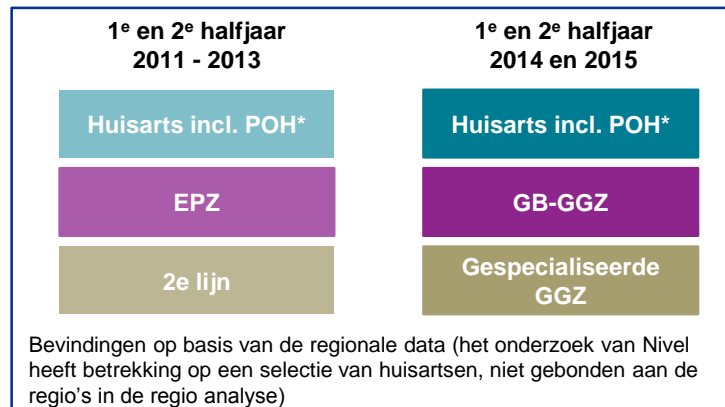
In deze rapportage worden de bevindingen op twee niveaus gepresenteerd (zie ook figuur onder aan deze pagina):

- Bevindingen op basis van de regionale data: deze hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen. Op basis hiervan geven we een beeld over het eerste en tweede halfjaar van 2014 én 2015 in vergelijking met de jaren ervoor. De analyses zijn gebaseerd op kwantitatieve data van Vektis en betrokken zorgaanbieders (dit betreft instellingen, géén vrijgevestigden).
- Bevindingen op basis van de landelijke data: deze hebben betrekking op landelijke gegevens, zowel van instellingen als van vrijgevestigde aanbieders. Op basis hiervan geven we een beeld over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en de jaren ervoor. Doordat DBC's een jaar open kunnen staan en Vektis data ontvangt van afgesloten declaraties, zit er een vertraging in het beschikbaar komen van landelijke gegevens. De analyses zijn gebaseerd op kwantitatieve data van Vektis.

In elke rapportage wordt het beeld verder geactualiseerd en aangevuld om de meest recente observaties te kunnen doen. Zo zijn de cijfers uit de rapportage van december 2015 verwerkt in de huidige resultaten, die bovendien verder geactualiseerd zijn.

Ten behoeve van de monitor vindt één maal per jaar kwalitatief onderzoek plaats. Dit vormt géén onderdeel van deze rapportage.

De minimale looptijd van de monitor eindigt in juni 2016. Dan wordt bepaald of, en zo ja op welke wijze, de monitor wordt verlengd.



*Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.4.1.2 tot en met 2.4.1.6), gaan wel specifiek in op GGZ zorg geleverd door de huisarts.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.2 Aanpak

Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt de LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om ongeveer €40 miljoen en 1.000 patiënten (mogelijk is dit nog een onderschatting).

1.2.2 Regio analyses voor een actueel beeld, aangevuld met landelijke data

1.2.2.1 Kwantitatief onderzoek: regio analyses

De regio analyses hebben betrekking op drie regio's: Friesland, Utrecht en omstreken en Zuid Limburg. In deze regio's zijn bij betrokken zorgaanbieders kwantitatieve gegevens verzameld. Meer informatie over de data en de regioafbakening is te vinden in Bijlage 3 en 4.

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op beschikbare data van Vektis en data aangeleverd door betrokken aanbieders in de regio's. Hieruit zijn 18 indicatoren berekend (zie Bijlage 2).

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

- 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. Door decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten per 1 januari 2015, zijn gegevens over de populatie <18 jaar niet beschikbaar bij Vektis. Deze doelgroep is daarom geëxcludeerd en over deze doelgroep kunnen geen gegevens worden gerapporteerd.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende halfjaar een zorgproduct of DBC geopend is, openstond of afgesloten is (afhankelijk van de indicator). Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half februari 2016 (# minuten, type product, etc.). Daar waar de gegevens gesloten producten of DBC's betreffen, gaat het alleen om producten of DBC's waarvan de declaratie is goedgekeurd; afgeschreven producten of DBC's worden derhalve niet meegenomen in de berekeningen.
- Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.4.1.2 tot en met 2.4.1.6), gaan wel specifiek in op GGZ zorg geleverd door de huisarts. Voor de rest van de rapportage geldt: hoewel de POH-GGZ onderdeel is van het echelon huisartsenzorg, heeft de data onder kopjes "POH-GGZ" enkel betrekking op de POH-GGZ en niet op GGZ-zorg die door de huisarts wordt geleverd.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.2 Aanpak

1.2.2.2 Kwantitatief onderzoek: landelijke analyse

De landelijke analyse heeft betrekking op landelijke data. De analyse zijn gebaseerd op beschikbare data van Vektis. De verwerkingsdatum van deze data is 1 maart 2016. Voor de landelijke analyse zijn 18 indicatoren berekend (zie Bijlage 2). De aandachtspunten bij interpretatie van de landelijke analyse zijn weergegeven in Bijlage 3 en 5.

1.2.2.3 Kwalitatief onderzoek: focusgroepen en interviews

Halfjaarlijks verschijnt de monitor GB-GGZ. Voor iedere rapportage wordt kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Kwalitatief onderzoek wordt eens per jaar uitgevoerd. Dit betekent dat voor de huidige rapportage géén kwalitatief onderzoek uitgevoerd is, daarmee bevat deze rapportage dan ook geen bevindingen van kwalitatief onderzoek.

1.2.2.4 Bespreking resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn besproken in de klankbordgroep Basis GGZ van het Ministerie van VWS. Tevens heeft een aanvullende bijeenkomst met de klankbordgroep plaatsgevonden, waarin specifieke thema's verder zijn uitgediept en acties voor vervolgonderzoek zijn besproken.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.2 Aanpak

1.2.3 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 verdieping van de bevindingen (hoofdstuk 2) staat op elke pagina rechtsboven onderstaande figuur met daarin uitgelicht op welk onderdeel de betreffende pagina betrekking heeft.



1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: algemeen

De monitor

- De monitor brengt de ontwikkeling sinds de introductie van de GB-GGZ in kaart, vanuit perspectieven van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.
- Jeugd-ggz is geen onderdeel van de rapportage. De jeugd-ggz valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten.
- Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt de LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om ongeveer €40 miljoen en 1.000 patiënten (mogelijk is dit nog een onderschatting).

Algemene conclusies

- In deze rapportage van de monitor GB-GGZ worden resultaten gepresenteerd op basis van de regionale data (tot en met 2015) en de landelijke data (tot en met 2014). Over het algemeen komen de trends op basis van de regionale en de landelijke data overeen. Waar de trends van elkaar verschillen, kan dat in de meeste gevallen verklaard worden doordat in de regio analyses geen data van vrijgevestigde aanbieders meegenomen zijn.
- In de landelijke data is zichtbaar dat het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ, de EPZ/GB-GGZ en de 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ tussen het tweede halfjaar van 2012 en 2014 elk halfjaar iets toeneemt (van 840.000 in het tweede halfjaar van 2012 tot 895.000 in het tweede halfjaar van 2014). Het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ neemt toe en het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ neemt af. Dit sluit aan bij substitutiedoelstellingen, de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient en de toename van zorg die door de POH-GGZ wordt geleverd.
- Hoewel substitutie in het aantal patiënten per echelon goed zichtbaar is, is deze trend in de behandelkosten minder duidelijk zichtbaar. De totale behandelkosten per echelon fluctueren, zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse. Wel is in de landelijke data vanaf 2013 een dalende trend zichtbaar in de totale behandelkosten over alle echelons (van €1,6 miljard in het eerste halfjaar van 2013 tot €1,4 miljard in het tweede halfjaar van 2014) en in de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ (van €1,6 miljard tot €1,3 miljard in dezelfde periode). Daarnaast laten de behandelkosten bij de POH-GGZ (niet gehele echelon huisartsenzorg) een stijgende trend zien tussen 2011 en 2014 (van €2,4 miljoen in het eerste halfjaar van 2011 tot €12,5 miljoen in het tweede halfjaar van 2014), wat samenhangt met de groei van de POH-GGZ.
- De totale medicatiekosten laten een soortgelijke trend zien in de regio en de landelijke analyse. De totale medicatiekosten in de landelijke analyse nemen toe bij de POH-GGZ (van €0,6mln in het

Algemeen

- eerste halfjaar van 2012 naar €1,8mln in het tweede halfjaar van 2014) en in de GB-GGZ (van €1,0mln naar 1,5 mln in dezelfde periode). De totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ nemen af (van €32mln naar €26mln). In de landelijke analyse is zichtbaar dat de medicatiekosten over alle echelons samen redelijk stabiel is (€68 miljoen in 2014).
- De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat in de landelijke analyse zien dat het echelon 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ het grootst is. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ echter af (van 78% in 2012 tot 63% in 2014), het aandeel EPZ/ GB-GGZ blijft redelijk stabiel rond de 16%, en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe (van 6% in 2012 tot 21% in 2014).
- In de verdeling van totale behandelkosten over de echelons, is te zien dat veruit de meeste kosten gemaakt worden in de gespecialiseerde GGZ. Dit loopt wel terug van 97% naar 94%. De kosten in de gespecialiseerde GGZ worden voor een belangrijk deel bepaald door chronische patiënten in de gespecialiseerde GGZ (waaronder de EPA-doelgroep). De chronische, duurdere doelgroep, blijft namelijk in de gespecialiseerde GGZ. De patiënten met lichtere problematiek, die gepaard gaat met minder kosten, zijn mogelijk gesubstitueerd naar de GB-GGZ. Hoewel de kosten in bij de POH-GGZ (stijging van 0,1% tot 0,9%) en de EPZ/ GB-GGZ (stijging van 3,4% tot 5,1%) in de periode 2011-2014 verhoudingsgewijs binnen het eigen echelon fors stijgen, heeft dit maar een beperkt effect in het licht van de totale kosten.
- De verhouding van substitutie van aantallen patiënten uit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ is daarmee een andere verhouding dan de substitutie van kosten.
- Wel is substitutie terug te zien in behandelkosten per patiënt, die zowel in de regio als in de landelijke analyse en in alle echelons vanaf 2014 hoger zijn dan in de jaren ervoor. Dit kan mogelijk verklaard worden door complexere problematiek in de echelons.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: toegankelijkheid

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

Toegankelijkheid wordt in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

- Aantal patiënten in zorg
- Aantal nieuwe patiënten in zorg

Aantal patiënten

Eén van de doelen van de GB-GGZ is dat de toegankelijkheid gewaarborgd is. Toegankelijkheid wordt inzichtelijk gemaakt door het aantal patiënten in zorg:

- **Aantal patiënten met een declaratie bij de POH-GGZ in de verslagperiode.** Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt tussen 2012 en 2015, zowel in de regio als in de landelijke analyses. In de landelijke analyses stijgt het aantal patiënten tussen het eerste halfjaar van 2012 en tweede halfjaar van 2014 van 52.000 naar 189.000. In het tweede halfjaar van 2015 is een daling te zien in de regio analyses. Hoewel dit aantal nog een onderschatting kan zijn, kan dit wijzen op een stabilisatie van het aantal patiënten bij de POH-GGZ.
- **Aantal patiënten met een openstaand product in de GB-GGZ in de verslagperiode.** In het eerste halfjaar van 2014 is het aantal patiënten in de GB-GGZ in de landelijke analyse (115.000) lager dan voorheen in de EPZ (122.000-144.000), maar in het tweede halfjaar van 2014 is juist een stijging te zien (naar 147.000). Dit kan wijzen op het op gang komen van substitutie. In de regio analyses is in 2015 een verdere stijging te zien van het aantal patiënten in de GB-GGZ.
- **Aantal patiënten met een openstaand product in de gespecialiseerde GGZ in de verslagperiode.** Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ daalt, zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse. In de landelijke analyse was tussen het eerste halfjaar van 2012 en het tweede halfjaar van 2014 een daling te zien van 691.000 naar 560.000 patiënten.

Aantal nieuwe patiënten

Toegankelijkheid wordt daarnaast inzichtelijk gemaakt door het aantal nieuwe patiënten in zorg:

- **Aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ.** Het totaal aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ (patiënten met een consult bij de POH-GGZ in verslagperiode én geen POH-GGZ consult in het voorgaande jaar) neemt in alle perioden toe (in de landelijke analyse van 39.000 in het eerste halfjaar van 2012 tot 134.000 in het tweede halfjaar van 2014). Dit geldt ook voor de regio analyses. Sinds de invoering van de GB-GGZ in 2014 is het aantal patiënten bij de POH-GGZ verder gestegen. Net als bij het aantal patiënten, is ook bij het aantal nieuwe patiënten een afvlakking van de groei bij de POH-GGZ te zien in het tweede halfjaar van 2015 in de regio analyses.
- **Aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ.** In de landelijke analyse neemt het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ (patiënten voor wie een product is geopend in de verslagperiode én die geen product open hadden in het voorgaande jaar) per jaar af (van 82.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 68.000 in het tweede halfjaar van 2014). Bij de GB-GGZ zijn relatief veel nieuwe patiënten die in het voorgaande jaar geen zorg ontvingen in het echelon (38% tot 77% afhankelijk van de periode en de regio analyses of landelijke analyse).
- **Aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ.** Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ (patiënten voor wie een product is geopend in de verslagperiode én die geen product open hadden in het voorgaande jaar) is vanaf 2014 lager dan voorheen in de 2e lijn. In de landelijke analyse is een dalende trend zichtbaar (van 134.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 92.000 in het tweede halfjaar van 2014). Dit kan verklaard worden door substitutie naar de GB-GGZ.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de **kwaliteit** gewaarborgd is. Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

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

Patiëntenstromen

Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de goede plek in zorg te laten komen (matched care). Als een patiënt niet direct op de goede plek terecht komt, beweegt hij vaker tussen echelons dan een patiënt die wel direct op de goede plek terecht komt. Er zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Ook wordt er gekeken door wie patiënten worden verwezen naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

- **Huisartsenzorg - verwijzing door huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ en door huisartsen met een POH-GGZ die niet gedetacheerd is.** In juli 2013 is door het kamerlid Kuzu een motie ingediend over de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Naar aanleiding hiervan is in de monitor een indicator opgenomen over verwijzingen door huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ en huisartsen met een POH-GGZ die niet gedetacheerd is. Uit deze indicator blijkt dat bij één van de vier instellingen van de regio analyses het percentage verwijzingen vanuit huisartsen met een POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling gelijk is aan het percentage verwijzingen vanuit huisartsen zonder POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling. Voor de drie andere instellingen is het percentage verwijzingen vanuit huisartsen met een POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling iets hoger dan het percentage verwijzingen vanuit huisartsen zonder POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling. Het verschil is echter relatief klein en daarbij is enig verschil ook te verwachten. Ten eerste kan meespelen dat aanbieders juist een POH-GGZ detacheren bij huisartsen waar ze historisch al een groot marktaandeel hadden. POH's-GGZ worden vaak gedetacheerd bij instellingen waar al een goede verwijsrelatie mee bestaat. Ten tweede is één van de voordelen voor huisartsen van het hebben van een POH-GGZ, dat deze het achterliggende veld goed kent en de patiënt gericht kan doorverwijzen. De kennis over het aanbod van de "eigen" aanbieder is dan inhoudelijk een voordeel, maar leidt ook tot relatief meer verwijzingen naar die aanbieder.

Patiëntenstromen

- **GB-GGZ - zorg in het voorgaande jaar.** Uit de regio analyses blijkt dat de meeste patiënten (38% tot 39%) in de GB-GGZ in het voorgaande jaar niet in zorg zijn geweest bij de betrokken aanbieders (mogelijk wel bij andere aanbieders). 19% tot 21% van de patiënten heeft in het voorgaande jaar alleen zorg ontvangen bij de POH-GGZ. Het aandeel patiënten dat voor de GB-GGZ in 'twee of meer echelons' zorg heeft ontvangen neemt tussen het eerste en tweede halfjaar van 2015 af van 20% tot 16%. Dit wijst op een toename van matched care.
- **GB-GGZ - aanbieder van waaruit verwezen.** In de regio analyses is te zien dat in alle periodes het overgrote deel van de patiënten verwezen is naar de GB-GGZ door een huisarts (94% tot 99%). In 2015 neemt dit aandeel iets af, en neemt het aandeel verwijzingen vanuit medisch specialisten/ psychologische zorgverleners/ psychotherapeuten toe (tot 6% in het tweede halfjaar van 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor is een soepeler inkoopbeleid van zorgverzekeraars.
- **Gespecialiseerde GGZ - zorg in het voorgaande jaar.** De meeste patiënten die zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ, ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ (50% tot 52%). Een mogelijke verklaring hiervoor is het openen van vervolg DBC's. Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders (36% tot 38%), maar mogelijk wel bij andere aanbieders.
- **Gespecialiseerde GGZ - aanbieder van waaruit verwezen.** In de regio analyses is te zien dat het grootste deel van de patiënten in de gespecialiseerde GGZ verwezen wordt door de huisarts (60% tot 70%) voor een initiële DBC. Medisch specialisten/ psychologische zorgverleners/ psychotherapeuten verwijzen bij 20% tot 31%. Tussen 2014 en 2015 neemt het aandeel verwijzingen vanuit de huisarts af, een mogelijke verklaring hiervoor is een soepeler inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: kwaliteit en betaalbaarheid

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

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

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

* Rapport van HHM:
Generalistische Basis GGZ:
Verwijsmodel en
productbeschrijvingen, januari
2013.

Verdeling van producten en wijzigingen van producten

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

- **GB-GGZ – verdeling producten.** Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is het aandeel van het product Intensief het grootst (34% tot 46% in de regio analyses en 29% tot 37% in de landelijke analyse). Ook is zowel in beide analyses te zien dat het aandeel van de producten Kort en Middel afneemt. Het aandeel van de producten Intensief en Chronisch neemt juist toe. Ook het Transitieproduct, sinds 2015 Onvolledig behandeltraject, neemt af (van 18% tot 6% in 2015 in de regio analyses en van 18% tot 10% in 2014 in de landelijke analyse).
- **GB-GGZ – wijziging producten.** Zowel uit de regio analyses als uit de landelijke analyse blijkt dat de meeste definitieve producten overeenkomen met de verwachte producten, deze producten worden dus niet gewijzigd. Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse worden producten vaker lager afgesloten dan verwacht, dan hoger dan verwacht. In de regio analyses worden de producten Chronisch, Middel en Kort het vaakst gewijzigd (respectievelijk 51%, 48% en 47%). In de landelijke analyse worden de producten Middel, Chronisch en Transitie het vaakst gewijzigd (respectievelijk 25%, 21% en 19%). De resultaten van de regio analyses en de landelijke analyse verschillen, wat mogelijk verklaard kan worden door een aantal betrokken aanbieders die het beeld in de regio bepalen, de regio analyses heeft betrekking op nog niet gedeclareerde data en een verschil in wijziging van producten bij vrijgevestigde aanbieders.
- **GB-GGZ – aantal minuten per product.** Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse blijft de mediaan van het aantal minuten per product in de GB-GGZ bij alle typen producten en in alle perioden onder de HHM tijdsinschatting*. De spreiding in minuten is het grootst bij het product Chronisch, wat kan komen doordat de doelgroep waarvoor het product ingezet wordt gemêleerd is.

Producten in de gespecialiseerde GGZ

- **Gespecialiseerde GGZ – DBC's minder dan 800 minuten.** Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een dalende trend zichtbaar van DBC's minder dan 800 minuten. In de regio analyses daalt het percentage van 18,2% in 2011 naar 4,8% in 2014 en in de landelijke analyse van 37,3% in 2011 naar 11,1% in 2014. Dit is conform de verwachting, omdat met de invoering van de GB-GGZ de lichtere problematiek (deels geleverd in DBC's met minder dan 800 minuten) gesubstitueerd kon worden naar de GB-GGZ. Wat ook kan meespelen is dat de afname van kortdurende DBC's in de gespecialiseerde GGZ onderdeel uitmaakte van de contracten van een aantal zorgverzekeraars. In de landelijke analyse is het percentage patiënten met een DBC minder dan 800 minuten hoger dan in de regio analyses, wat onder andere verklaard kan worden doordat vrijgevestigde aanbieders vaker kortdurende, monodisciplinaire zorg bieden.
- **Gespecialiseerde GGZ – diagnostiek DBC's.** De regio analyses en de landelijke analyse laten beiden een fluctuerende beeld zien van het percentage patiënten met een diagnostiek DBC. De percentages variëren tussen 2011 en 2014 van 7% tot 10%. De percentages zijn wel vergelijkbaar tussen de regio analyses en de landelijke analyse.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: betaalbaarheid

Totale behandelkosten

- **POH-GGZ.** Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een stijgende trend zichtbaar van de totale behandelkosten bij de POH-GGZ (kosten voor consulten, zonder kosten voor inschrijftarief). In de landelijke analyse stijgen de kosten voor consulten van €2,4 miljoen in het eerste halfjaar van 2011 tot €12,5 miljoen in het tweede halfjaar van 2014. Dit is in lijn met de stijgende patiëntaantallen. Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een stijging te zien van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ, wat verklaard kan worden door een toename van het aantal POH's-GGZ in Nederland en een stijging van het inschrijftarief. De totale kosten voor consulten en de kosten voor het inschrijftarief opgeteld, stijgen van €8,9 miljoen in het eerste halfjaar van 2011 naar €49,8 miljoen in het tweede halfjaar van 2014.
- **GB-GGZ.** In de landelijke analyse zijn de totale behandelkosten tot en met 2013 steeds tussen de €36 miljoen en €56 miljoen per halfjaar, en in 2014 €88 miljoen in het eerste halfjaar en €71 miljoen in het tweede halfjaar. Dit kan verklaard worden door hogere kosten per patiënt, door complexere problematiek die behandeld wordt in de GB-GGZ en door wijzigingen in aanspraken binnen de Zvw.
- **Gespecialiseerde GGZ.** De totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ fluctueren in de regio analyses en in de landelijke analyse. In de landelijke analyse liggen de totale behandelkosten in 2011 en 2013 rond de €1,6 miljard. In 2012 is een dip zichtbaar naar €1,3 tot 1,4 miljard per halfjaar. In 2014 nemen de totale behandelkosten weer af tot €1,3 miljard in het tweede halfjaar van 2014, wat mogelijk wijst op substitutie.
- **Verdeling van kosten.** In de landelijke analyse is te zien dat het overgrote deel van de behandelkosten gemaakt wordt in de 2^e lijn en de gespecialiseerde GGZ. Het aandeel behandelkosten in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ daalt. Dit kan verklaard worden door substitutie.

Behandelkosten per patiënt

- **POH-GGZ.** De behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ (kosten voor consulten en gemiddelde kosten voor het inschrijftarief) zijn zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse vanaf 2014 hoger dan in de perioden daarvoor. In de landelijke analyse zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt tot en met 2013 steeds tussen de €177 en €190 per halfjaar, en in 2014 €222 in het eerste halfjaar en €216 in het tweede halfjaar. Een mogelijke verklaring is dat door een toename van het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ de kosten voor het inschrijftarief harder stijgen dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ.
- **GB-GGZ.** In de landelijke analyse zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt tot en met 2013 steeds tussen de €251 en €318 per halfjaar, en in 2014 €678 in het eerste halfjaar en €773 in het tweede halfjaar. Dit kan onder andere verklaard worden door complexere problematiek, de veranderende tariefstructuur en door wijzigingen in aanspraken binnen de Zvw.
- **Gespecialiseerde GGZ.** In de gespecialiseerde GGZ is een stijging te zien van behandelkosten per patiënt, zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse. In de landelijke analyse zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt tot en met 2013 steeds tussen de €3.900 en €4.400 per halfjaar, en in 2014 €5.000 in het eerste halfjaar en €5.200 in het tweede halfjaar. Mogelijke verklaringen zijn substitutie van lichtere problematiek, wijzigingen in tarieven en een instroom van patiënten die zorg ontvangen die voorheen vanuit de AWBZ gefinancierd werd en nu vanuit de Zvw (door beddenafbouw).

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: betaalbaarheid

Medicatiekosten

- **Kosten GGZ medicatie voor patiënten in zorg bij de POH-GGZ**
 - Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse nemen de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ toe (in de landelijke analyse een stijging van €0,6mln in het eerste halfjaar van 2012 naar €1,8mln in het tweede halfjaar van 2014). De toename is het grootst in het eerste halfjaar van 2014, met de introductie van de GB-GGZ en hangt mogelijk samen met een stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ.
 - Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ laat een redelijk stabiel beeld zien (22% tot 24% in de landelijke validatie).
 - De medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn tot 2014 stabiel over de verslagperioden. In de regio analyses variëren de kosten per patiënt tussen de €51 en €55 en in de landelijke analyse tussen de €44 en €46. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014 dalen de medicatiekosten per patiënt, in de regio analyses tot €50 tot €51 en in de landelijke analyse tot €44.
- **Kosten GGZ medicatie voor patiënten in zorg in de GB-GGZ**
 - Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse zijn de totale medicatiekosten in de EPZ tot 2014 stabiel (in de landelijke analyse rond €1,0mln per halfjaar). Vanaf 2014 stijgen de totale medicatiekosten in de GB-GGZ (in de landelijke validatie tot €1,5mln in het tweede halfjaar van 2014). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn een toename van het aantal patiënten in de GB-GGZ, een toename van het percentage patiënten met medicatie in de GB-GGZ en zwaardere problematiek dan voorheen in de EPZ.

Medicatiekosten (vervolg)

- Het percentage patiënten met medicatie in de GB-GGZ verschilt in de regio analyses en in de landelijke analyse. Een mogelijke verklaring hiervoor is het ontbreken van data van vrijgevestigde aanbieders in de regio analyse. In de regio analyses is het percentage voor de introductie van de GB-GGZ stabiel (19% tot 21%). Na de introductie van de GB-GGZ stijgt het percentage tot 41% in het tweede halfjaar van 2015. In de landelijke analyse is het percentage patiënten met medicatie in de EPZ voor 2014 ook stabiel (16% tot 17%). Na de introductie van de GB-GGZ is het percentage iets hoger (21% tot 22%), maar stijgt niet zo hard als in de regio analyses.
- De medicatiekosten per patiënt in de EPZ en de GB-GGZ zijn tot en met 2014 stabiel over de verslagperioden. In de regio analyses variëren de medicatiekosten per patiënt tussen de €51 en €56 en in de landelijke analyse tussen €44 en €46.
- **Kosten GGZ medicatie voor patiënten in zorg in de gespecialiseerde GGZ**
 - Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse nemen de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ af (in de landelijke validatie van €32mln in het eerste halfjaar van 2012 tot €26mln in het tweede halfjaar van 2014). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de afname van het aantal patiënten, de afname van medicatiekosten per patiënt en de afname van de kosten van medicijnen.
 - Het percentage patiënten met medicatie in de 2^e lijn is tot 2014 stabiel. In de regio analyses varieert het percentage tussen 58% en 61% en in de landelijke analyse van 45% tot 46%. Na 2014 stijgt het percentage patiënten met medicatie in de gespecialiseerde GGZ. In de regio analyses is het percentage dan 63% tot 67% en in de landelijke analyse 48% tot 49%.

1. Inleiding, aanpak en samenvatting

1.3 Samenvatting: betaalbaarheid en werkzaamheid

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

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

Medicatiekosten (vervolg)

In de regio analyses is het percentage patiënten met medicatie in de gespecialiseerde GGZ in alle perioden een stuk hoger dan in de landelijke analyse. Een mogelijke verklaring hiervoor is het ontbreken van data van vrijgevestigde aanbieders, die mogelijk minder makkelijk toegang hebben tot artsen of verpleegkundig specialisten die medicatie voorschrijven (wel via consultatie of de huisarts) en mogelijk behandelen de aanbieders in de regio analyses een patiëntenpopulatie met zwaardere problematiek.

- De trend in medicatiekosten per patiënt in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ verschilt tussen de regio analyses en de landelijke analyse. In de regio analyses schommelen de medicatiekosten per patiënt tot en met het eerste halfjaar van 2015 tussen €131 en €136. In de landelijke analyse is vanaf 2012 een daling zichtbaar in de medicatiekosten per patiënt in de 2^e lijn en de gespecialiseerde GGZ. De medicatiekosten per patiënt daalde van €102 in de 2^e lijn in het eerste halfjaar van 2012 naar €94 in de gespecialiseerde GGZ in het tweede halfjaar van 2014.

- **Kosten GGZ medicatie voor patiënten die medicatie ontvangen maar niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ.**
 - In de landelijke analyse is te zien dat 52% tot 57% van de medicatiekosten wordt gemaakt voor patiënten die wel medicatie ontvangen, maar niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Deze patiënten ontvangen bijvoorbeeld medicatie via de huisarts.
 - De medicatiekosten per patiënt van patiënten die wel medicatie ontvangen, maar niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ is in de landelijke analyse stabiel over de verslagperioden en varieert tussen de €49 en €52.

POH-GGZ in huisartsenpraktijk

- **Aantal POH's-GGZ.** Het aandeel huisartsen met een POH-GGZ neemt in alle perioden toe, tot 83,5% in het tweede halfjaar van 2015.
- **Inzet huisarts.** Uit de analyse van Nivel blijkt dat het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld “angstig gevoel”), psychische stoornissen (bijvoorbeeld “angststoornis”) en voor sociale problemen (bijvoorbeeld “relatieprobleem”) tussen 2011 en 2015 toeneemt. Daarmee stijgen sinds 2011 ook de kosten voor consulten bij de huisarts voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen per ingeschreven patiënt elk jaar met ongeveer €0,1.
- **Inzet POH-GGZ.** Uit de analyse van Nivel blijkt dat sinds 2011 het percentage patiënten dat de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen toeneemt. Er komen in 2015 relatief gezien negen keer zoveel patiënten per ingeschreven patiënt elk jaar met psychische problemen en symptomen bij de POH-GGZ dan in 2011. Voor sociale problemen is dat relatief gezien vijf keer zoveel. Een mogelijke verklaring hiervoor is de toename van het aantal POH's-GGZ. Sinds 2011 stijgen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen. Een verklaring is dat het percentage patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ elk jaar toeneemt, terwijl het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk nagenoeg gelijk blijft.

2. Verdieping bevindingen

2.1 Overzicht bevindingen

2.1.1 Overzicht bevindingen

De bevindingen op totaalniveau staan beschreven in de samenvatting op pagina 9-15.

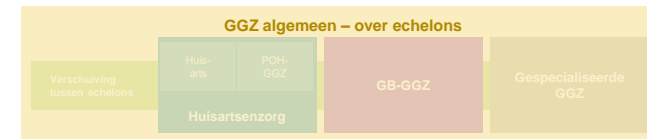
2.1.2 Leeswijzer hoofdstuk 2

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen vanuit het kwantitatieve onderzoek: de regio analyses en de landelijke analyse. De resultaten van de regio analyses en van de landelijke analyse worden in een figuur weergegeven. Vervolgens worden de opvallende resultaten beschreven.

- In paragraaf 2.2 beschrijven we de bevindingen op totaalniveau, waaronder aantallen patiënten per echelon, totale behandelkosten, nieuwe patiënten per echelon, gemiddelde behandelkosten per patiënt, totale medicatiekosten, percentage patiënten met medicatie en medicatiekosten per patiënt met medicatie.
- Paragraaf 2.3 gaat in op de verschuivingen tussen echelons en bevat onder andere informatie over echelons waarin patiënten die zorg ontvangen in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ voorheen zorg ontvingen.
- In paragraaf 2.4 presenteren we de bevindingen per echelon: huisartsenzorg inclusief POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.1 Aantal patiënten per echelon

Regio analyse: Aantal patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	4.728		1.299		44.883	
Jul-dec 2012	5.730		1.077		42.131	
Jan-jun 2013	7.834		1.080		41.926	
Jul-dec 2013	9.920		964		41.414	
Jan-jun 2014		18.562		3.566		37.454
Jul-dec 2014		25.322		4.992		34.307
Jan-jun 2015		27.479		5.630		33.430
Jul-dec 2015		25.817		5.804		32.446

Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Aantal patiënten in zorg

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
Jan-jun 2012	51.895		143.887		690.607		886.389
Jul-dec 2012	57.427		133.173		648.886		839.486
Jan-jun 2013	74.544		137.325		649.692		861.561
Jul-dec 2013	90.777		122.158		660.377		873.312
Jan-jun 2014		150.312		114.658		615.137	880.107
Jul-dec 2014		188.600		146.560		560.022	895.182

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

Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

Wanneer een patiënt in meerdere echelons zorg heeft ontvangen, is alleen de zorg in het zwaarste echelon meegenomen.

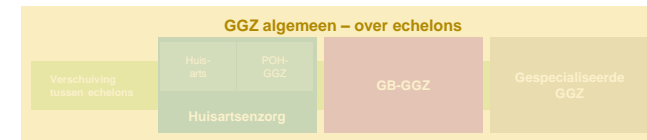
Toelichting stippellijn:

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

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.1.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

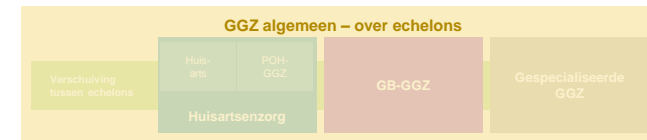
- De trends in het aantal patiënten per echelons komen overeen voor de regio analyses en de landelijke analyse.
- In de landelijke analyse is te zien dat het totaal aantal patiënten in zorg in de echelons sinds het tweede halfjaar van 2012 groeit, deze groei zit aan de kant van de POH-GGZ.
- Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ gezamenlijk, ligt in 2014 zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse lager dan het totaal aantal patiënten in de EPZ en de 2^e lijn gezamenlijk in 2012 en 2013.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is vanaf 2014 een stijging te zien in het aantal patiënten bij de POH-GGZ en de GB-GGZ en een daling in het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ.

2.2.1.2 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ

- In de regio analyses en de landelijke analyse is vanaf 2012 een stijging te zien in het aantal patiënten bij de POH-GGZ. Dit kan verklaard worden door:
 - De stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie 3.4.1).
 - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
 - Naast substitutie vanuit andere echelons, kan ook het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren hiervoor een verklaring zijn.
- In de regio analyses is in het tweede halfjaar van 2015 een daling te zien van het aantal patiënten bij de POH-GGZ bij de betrokken aanbieders. Mogelijke verklaringen zijn:
 - De groei in het aantal patiënten bij de POH-GGZ lijkt te stabiliseren aan het eind van 2015. Dit kan verklaard worden doordat de vraag naar zorg bij de POH-GGZ langzaam bestendig. Ook kan de financiering, en daarmee de beperkte groei die zorgverzekeraars bij de POH-GGZ toelaten, een rol spelen.
 - Het aantal patiënten bij de POH-GGZ kan nog een onderschatting zijn, omdat niet alle declaratiegegevens van de POH-GGZ van het tweede halfjaar van 2015 bij Vektis beschikbaar zijn.
- Over de verslagperioden heen is een stabiel beeld te zien van het percentage patiënten bij de POH-GGZ dat ook zorg ontving in de EPZ, GB-GGZ, 2^e lijn of gespecialiseerde GGZ (Bijlage 5). Deze patiënten zijn toegewezen aan het zwaarste echelon waarbinnen zij zorg ontvingen en vallen derhalve buiten het aantal patiënten dat is weergegeven voor de POH-GGZ. In de regio analyses is dit percentage steeds 11% tot 13% en in de landelijke analyse 19% tot 24%. Het percentage is in de landelijke analyse hoger dan in de regio analyses, wat verklaard kan worden doordat in de landelijke data zorg geleverd door alle aanbieders, waaronder ook vrijgevestigden, inzichtelijk is.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

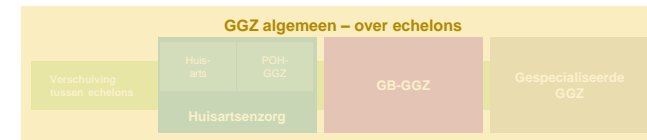


2.2.1.3 Aantal patiënten dat gebruik maakt van EPZ/ GB-GGZ

- In de landelijke analyse is in het eerste halfjaar van 2014 het aantal patiënten in de GB-GGZ lager dan in de jaren daarvoor in de EPZ. Dit kan mogelijk verklaard worden door:
 - Een voortzetting van de dalende trend in aantal patiënten in de EPZ.
 - Daarnaast kan substitutie van zorg naar de POH-GGZ een verklaring zijn.
 - Wat hier ook meespeelt, is dat per 1 januari 2014 producten in de EPZ omgezet zijn in transitieproducten of andere producten in de GB-GGZ. Dat betekent dat er geen overlap is van producten die in 2013 geopend zijn en in 2014 nog openstaan.
- In het tweede halfjaar van 2014 is in de landelijke analyse juist een stijging te zien in het aantal patiënten bij in de GB-GGZ. Het aantal patiënten is zelfs hoger dan voorheen in de EPZ. Dit kan mogelijk verklaard worden door:
 - Het op gang komen van substitutie vanuit de 2^e lijn / gespecialiseerde GGZ. Zorgaanbieders herkennen het beeld dat substitutie van patiënten naar de GB-GGZ langzaam op gang kwam in de loop van 2014.
 - In het eerste halfjaar van 2014 zijn veel nieuwe producten geopend in de GB-GGZ, omdat alle producten uit de EPZ gesloten werden. Een deel van deze producten staat in het tweede halfjaar van 2014 nog open. Dit is zichtbaar in het aantal patiënten, omdat hier gekeken wordt naar patiënten voor wie een product open staat.
- In de regio analyses is het aantal patiënten bij de betrokken aanbieders vanaf 2014 in de GB-GGZ een stuk hoger dan het aantal patiënten vóór 2014 in de EPZ. In de landelijke analyse is dit effect niet zichtbaar. Dit is te verklaren door:
 - De betrokken aanbieders boden voor 2014 niet veel EPZ. Vanaf 2014 zijn zij wel GB-GGZ gaan bieden.
 - Tevens zijn in de regio analyses geen data van vrijgevestigde aanbieders opgenomen.
- In Bijlage 5 is het percentage patiënten te zien dat naast de EPZ of GB-GGZ ook zorg ontving in de 2^e lijn of gespecialiseerde GGZ. Door toewijzing aan het zwaarste echelon, zijn deze patiënten niet meegerekend in deze analyse. In de landelijke analyse is in 2013 een piek te zien van patiënten die niet is meegenomen, namelijk 51% en 45% in het eerste en tweede halfjaar van 2013. In 2014 en 2015 is dit percentage weer gedaald tot 20% tot 26%. In de landelijke analyse is het percentage in de EPZ 10% tot 13% en in de GB-GGZ 18% tot 20%.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

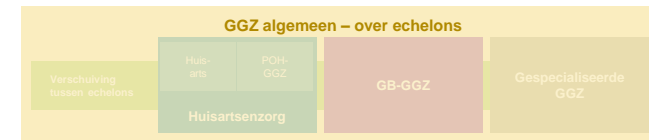


2.2.1.4 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is na de introductie van de GB-GGZ (vanaf 2014) een daling te zien van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ. Het aantal patiënten in de GB-GGZ neemt juist toe. Mogelijk wordt dit verklaard door:
 - Verdere substitutie van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ. Dit zou aansluiten bij één van de doelen van de introductie van de Basis GGZ, dat de patiënten met minder complexe problematiek die voorheen naar de 2^e lijn verwezen werden, vanaf 2014 gebruik maken van de GB-GGZ.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.2. Percentage patiënten per echelon

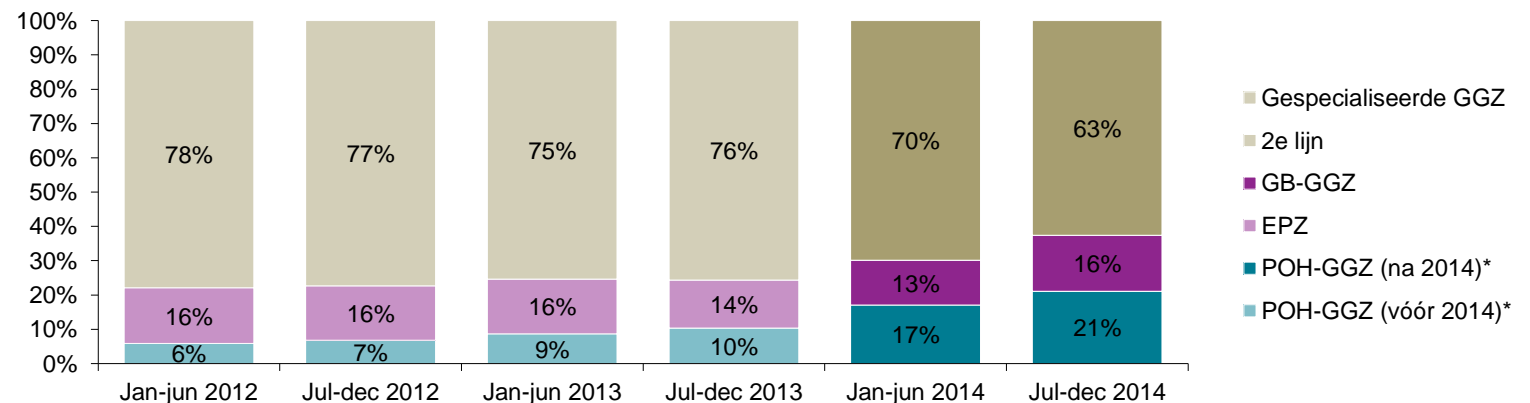
- De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat zien dat het echelon 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ het grootst is. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ echter af, het aandeel EPZ/GB-GGZ blijft redelijk stabiel en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe.
- Het aandeel patiënten in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ laat een dalende trend zien. Dit kan verklaard worden door substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de Basis GGZ.
- Het aandeel patiënten in de GB-GGZ vanaf 2014 is vergelijkbaar met het aandeel patiënten in de EPZ tot 2014. Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 neemt het aandeel patiënten in de GB-GGZ toe.
- Het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt toe. Na de introductie van de GB-GGZ is dit aandeel verder gestegen.

Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

Voor deze indicator is alleen de landelijke analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

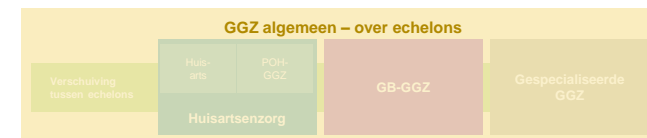
* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

Landelijke analyse: Percentage patiënten in zorg per echelon



2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.3 Totale behandelkosten

Regio analyse: 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		€ 116mln	
Jul-dec 2011	€ 223k		€ 580k		€ 117mln	
Jan-jun 2012	€ 270k		€ 326k		€ 97mln	
Jul-dec 2012	€ 308k		€ 259k		€ 104mln	
Jan-jun 2013	€ 432k		€ 653k		€ 114mln	
Jul-dec 2013	€ 558k		€ 489k		€ 112mln	
Jan-jun 2014		€ 1,1mln		€ 3,6mln		€ 111mln
Jul-dec 2014		€ 1,5mln		€ 3,2mln		€ 112mln
Jan-jun 2015		€ 1,6mln		€ 3,8mln		€ 113mln
Jul-dec 2015		€ 1,4mln		€ 3,2mln		€ 136mln

Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Totale behandelkosten

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
Jan-jun 2011	€ 2,4mln		€ 56mln		€ 1,6mld		€ 1,7mld
Jul-dec 2011	€ 2,6mln		€ 49mln		€ 1,6mld		€ 1,7mld
Jan-jun 2012	€ 3,4mln		€ 45mln		€ 1,3mld		€ 1,4mld
Jul-dec 2012	€ 3,6mln		€ 37mln		€ 1,4mld		€ 1,4mld
Jan-jun 2013	€ 4,8mln		€ 43mln		€ 1,6mld		€ 1,6mld
Jul-dec 2013	€ 5,8mln		€ 36mln		€ 1,5mld		€ 1,6mld
Jan-jun 2014		€ 9,9mln		€ 88mln		€ 1,5mld	€ 1,6mld
Jul-dec 2014		€ 12,5mln		€ 71mln		€ 1,3mld	€ 1,4mld

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

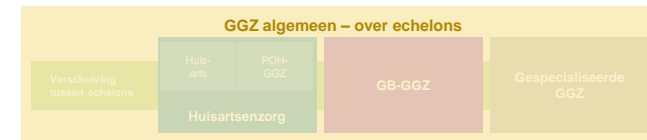
***Definitie behandelkosten POH-GGZ:** Hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief zijn niet meegenomen in de behandelkosten en worden apart behandeld in paragraaf 2.2.3.3. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

Toelichting stippellijn:

De stippellijn geeft aan dat we bij deze indicator nog verschuiving verwachten als meer producten en DBC's gesloten zijn of meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.3.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

- De trends in de regio analyses en de landelijke analyse komen overeen. De totale behandelkosten per echelon laten een fluctuerende trend zien tussen 2011 en 2014, zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse en in alle echelons. De regio analyses laten ook tussen 2014 en 2015 een fluctuerende trend zien.
- De landelijke analyse laat in de totale behandelkosten voor alle echelons een fluctuerende trend zien tot 2013. Vanaf 2013 is een dalende trend in totale behandelkosten ingezet van €1,6 naar €1,4 miljard.

2.2.3.2 Totale behandelkosten POH-GGZ (kosten voor consulten)

- Zowel in de regio als in de landelijke analyse is een stijgende trend zichtbaar van de behandelkosten bij de POH-GGZ van €2,4 in het eerste halfjaar van 2011 naar €12,5 miljoen in het tweede halfjaar van 2014. Dit is in lijn met de stijgende patiëntaantallen (zie paragraaf 2.2.1.2).
- In de regio analyses is te zien dat het tweede halfjaar van 2015 bij de betrokken aanbieders een uitzondering vormt op de stijgende kosten. Dezelfde trend is zichtbaar bij de patiëntaantallen. Mogelijke verklaringen zijn ook hier een stabilisatie van de groei en/of een onderschatting van de kosten doordat nog niet alle declaratiegegevens beschikbaar zijn.
- In de tabellen op de voorgaande pagina zijn de kosten voor het inschrijftarief voor de POH-GGZ niet meegenomen, omdat de kosten voor het inschrijftarief rechtstreeks samenhangen met de toename van het aantal POH's-GGZ. Het meenemen van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ zou de trend in behandelkosten verstoren. De kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ worden besproken in paragraaf 2.2.3.3. De totale kosten voor consulten en de kosten voor het inschrijftarief opgeteld, stijgen van €8,9 miljoen in het eerste halfjaar van 2011 naar €49,8 miljoen in het tweede halfjaar van 2014.

2.2.3.3 Kosten inschrijftarief POH-GGZ

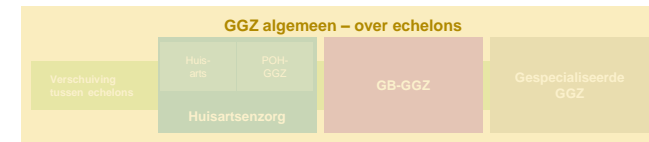
- De totale inschrijfkosten POH-GGZ zijn weergegeven op de volgende pagina. Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een stijging te zien van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ. De grootste stijging is te zien in het eerste halfjaar van 2014. Verklaringen voor de stijging zijn:
 - De toename van het aantal POH's-GGZ in Nederland.
 - Een stijging van het inschrijftarief dat per patiënt berekend mag worden. In 2013 bedroeg het inschrijftarief maximaal €1,97 per ingeschreven verzekerde per kwartaal, terwijl in 2015 dit tarief gestegen is naar €2,80 per ingeschreven verzekerde per kwartaal*.
- De kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ per patiënt (de totale kosten voor het inschrijftarief voor alle ingeschreven verzekerden gedeeld door het aantal patiënten dat gebruik gemaakt heeft van de POH-GGZ) zijn in alle perioden in de regio analyses iets hoger dan in de landelijke analyse. Beide analyses laten wel eenzelfde stijgende trend zien.
- Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor EMH en consultatieve raadpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken samen af welk deel van het inschrijftarief wordt ingezet voor deze functies**.

* Bron; Tariefbeschikkingen huisartsenzorg Nza 2013 en 2015.

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

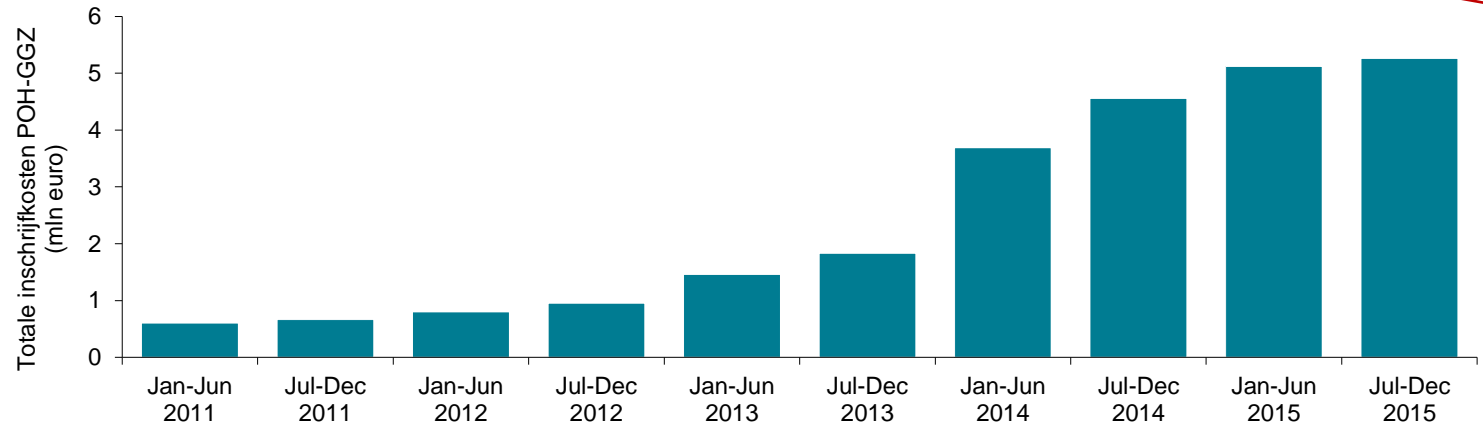


Definitie inschrijftarief POH-GGZ:

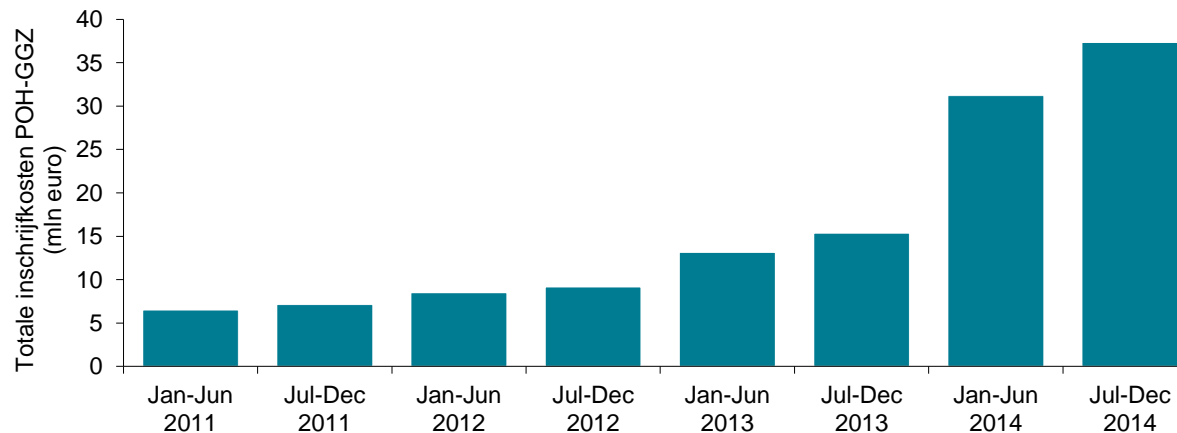
het inschrijftarief POH-GGZ is het tarief dat een huisarts per ingeschreven verzekerde per kwartaal mag declareren voor het toegang bieden tot een POH-GGZ. Het inschrijftarief voor de POH-GGZ is onderdeel van de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg. De kosten zijn echter **niet** meegenomen in de figuur in paragraaf 2.2.3.2, omdat de kosten voor het inschrijftarief rechtstreeks samenhangen met de toename van het aantal POH's-GGZ. Het meenemen van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ zou de trend in behandelkosten verstoren.

*De resultaten zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de resultaten die in de vorige rapportage zijn gepresenteerd. In de vorige rapportage zijn bij de data analyse per abuis de kosten voor het inschrijftarief voor ingeschreven verzekerden van 18 jaar en jonger geïnccludeerd.

Regio analyse: Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ*

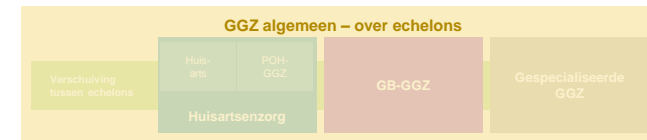


Landelijke analyse: Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ



2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

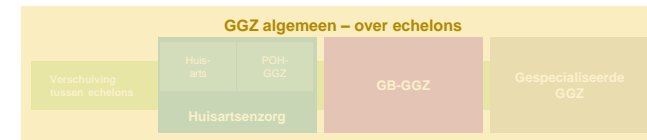


2.2.3.4 Totale behandelkosten in de EPZ/ GB-GGZ

- Zowel in de regio analyses en in de landelijke analyse is te zien dat de totale behandelkosten in de GB-GGZ (vanaf 2014) hoger zijn dan in de EPZ (vóór 2014). In de regio analyse is een stijging te zien van €56 miljoen in het eerste halfjaar van 2011 naar €71 miljoen in het tweede halfjaar van 2014. Mogelijk verklaringen hiervoor zijn:
 - De kosten per patiënt met een GB-GGZ product liggen hoger dan de kosten per patiënt met een EPZ product (zie paragraaf 2.2.6.3), doordat in de GB-GGZ patiënten met complexere problematiek worden behandeld, dan in de EPZ.
 - De tarieven in de GB-GGZ zijn hoger dan in de EPZ.
 - De zorgaanspraken binnen de Zvw zijn gewijzigd. Door wijzigingen in het verzekerde pakket van basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen, wijzigt de zorg of de vergoeding van kosten van zorg waar een verzekerde recht op heeft. Voorheen kon een patiënt in de EPZ bijvoorbeeld aanspraak maken op vijf behandelsessies, terwijl in de GB-GGZ ook ruimte is om intensiever te behandelen. Een ander voorbeeld is dat psychische klachten voorheen in de EPZ behandeld konden worden, maar dat dit nu alleen bij de huisarts kan.
- Het verschil tussen de totale behandelkosten in de EPZ voor 2014 en in de GB-GGZ vanaf 2014, is in de regio analyses echter groter dan in de landelijke analyse. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
- De betrokken aanbieders boden voor 2014 niet veel EPZ. Vanaf 2014 zijn zij wel GB-GGZ gaan bieden. In paragraaf 2.2.1.3 is dan ook te zien dat de toename in het aantal patiënten tussen 2013 en 2014 groter is in de regio analyses, dan in de landelijke analyse.
- De totale behandelkosten in het eerste halfjaar zijn steeds hoger zijn dan de totale behandelkosten in het tweede halfjaar. Dit geldt zowel voor de regio analyses als voor de landelijke analyse en voor alle weergegeven jaren. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Een seizoenstrend, waarbij aan het begin van het jaar meer behandelingen gestart worden dan aan het eind van het jaar. Dit komt ook overeen met het aantal nieuwe patiënten (paragraaf 2.2.5.3) dat in het eerste halfjaar vaak hoger is dan in het tweede halfjaar.
 - Het bereiken van productieplafonds. Hierdoor wordt mogelijk in het tweede halfjaar minder zorg geleverd of worden de kosten boven het productieplafond niet gedeclareerd.
- In de landelijke analyse is in het tweede halfjaar van 2014 een daling te zien van de totale behandelkosten ten opzichte van het eerste halfjaar van 2014. Het aantal patiënten (zie paragraaf 2.2.1.3) en de kosten per patiënt (zie paragraaf 2.2.6.3) stijgen juist. Dit kan verklaard worden door:
 - Bij het aantal patiënten wordt gekeken naar patiënten voor wie een product in de GB-GGZ openstaat. De kosten worden echter toegewezen aan de periode waarin het product geopend is. Dat betekent dat als een product GB-GGZ geopend is in het eerste halfjaar van 2014 en in het tweede halfjaar van 2014 nog open staat, deze patiënt zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014 wordt meegerekend in het aantal patiënten. De kosten worden echter toebedeeld aan het eerste halfjaar van 2014.
 - Omdat eind 2013 alle producten EPZ gesloten zijn, zijn in eerste halfjaar van 2014 veel producten GB-GGZ geopend. De kosten voor deze producten worden toebedeeld aan het eerste halfjaar van 2014.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.3.5 Totale behandelkosten in de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, fluctueren de totale behandelkosten in de 2^e lijn en in de gespecialiseerde GGZ in de weergegeven perioden. Over de gehele periode bezien lopen de behandelkosten terug van €1,6 miljard in het eerste halfjaar van 2011 naar €1,3 miljard in het tweede halfjaar van 2014. Mogelijke verklaringen voor de fluctuaties zijn:
 - De (maximum) tarieven van 2014 waren lager dan de tarieven van 2015. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverzekeraars vaker overgaan tot het stellen van een maximumtarief per patiënt of een maximaal gemiddeld uurtarief per DBC, bijvoorbeeld niet meer dan 100% Nza-tarief.
- In de landelijke analyse laten de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ vanaf 2013 een dalende trend zien. Dit wijst op substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de basis GGZ.
- In de regio analyses valt op dat de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ bij de betrokken aanbieders in het tweede halfjaar van 2015 aanzienlijk hoger zijn dan in de perioden daarvoor. Mogelijke verklaringen zijn:
 - Hogere behandelkosten per patiënt (zie paragraaf 2.2.6.4). De hogere behandelkosten per patiënt gaan mogelijk samen met de complexere problematiek die in de gespecialiseerde GGZ behandeld wordt. Dit komt deels doordat patiënten met lichtere problematiek in de GB-GGZ behandeld worden.
 - Door afbouw van bedden in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn mogelijk patiënten die zorg ontvingen gefinancierd vanuit de AWBZ (klinisch verblijf > 1 jaar) ingestroomd in zorg gefinancierd vanuit de Zvw (ambulante behandeling vanuit de Zvw en zelfstandig of begeleid wonen). Deze patiënten worden dan behandeld in de gespecialiseerde GGZ.*
 - In de voorgaande rapportage was een vergelijkbaar beeld zichtbaar voor het eerste halfjaar van 2015 (toen de laatste meetperiode). Met het beschikbaar komen van meer data, zijn de totale behandelkosten van de gespecialiseerde GGZ in het eerste halfjaar van 2015 naar beneden bijgesteld. Om deze reden is het aannemelijk dat de hoge kosten een overschatting zijn, die is ontstaan door het extrapoleren van nog openstaande DBC's.

Definitie behandelkosten 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ:

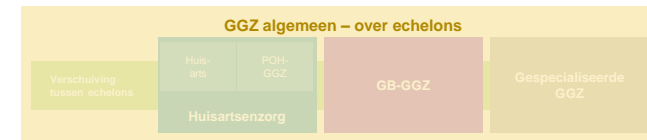
Hieronder vallen kosten van zowel klinische als ambulante behandeling in de 2^e lijns/ gespecialiseerde GGZ.

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

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

2. Verdieping bevindingen

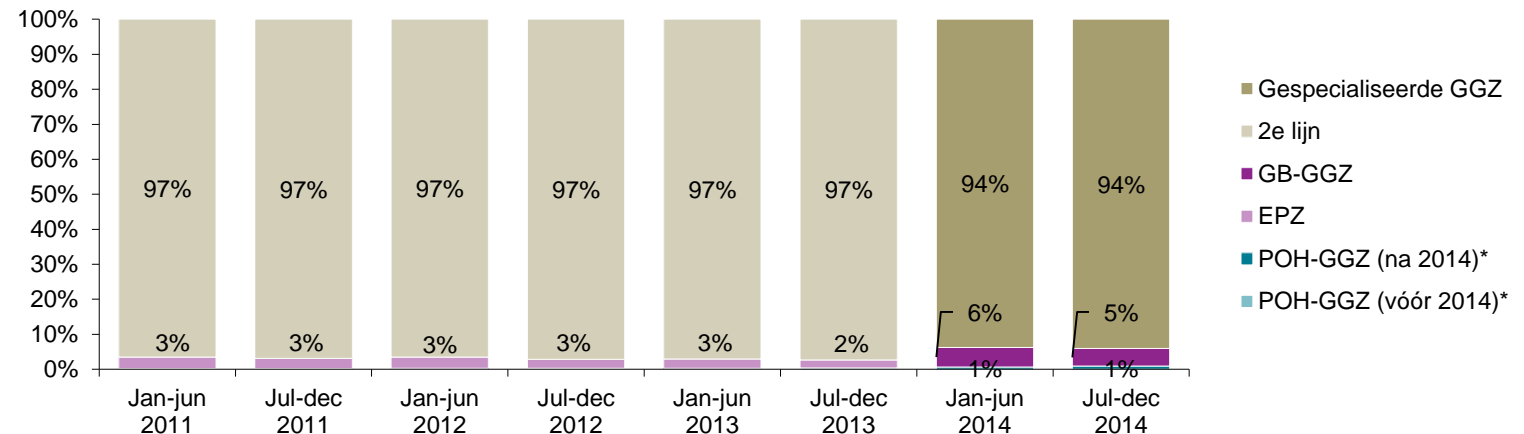
2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.4. Percentage behandelkosten per echelon

- In de landelijke analyse is te zien dat het overgrote deel van de behandelkosten gemaakt wordt in de 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ (94% tot 97%). In paragraaf 2.2.2 is te zien dat het grootste deel van de patiënten ook in de 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ behandeld wordt. Het aandeel behandelkosten in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ is naar verhouding echter nog groter dan het aandeel patiënten. Dit kan verklaard worden door:
 - De hoge kosten per patiënt in de 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ (zie ook paragraaf 2.2.6.4). De kosten in de gespecialiseerde GGZ worden voor een belangrijk deel bepaald door chronische patiënten in de gespecialiseerde GGZ (waaronder de EPA-doelgroep). De chronische, duurdere doelgroep, blijft namelijk in de gespecialiseerde GGZ. De patiënten met lichtere problematiek, die gepaard gaat met minder kosten, zijn mogelijk gesubstitueerd naar de GB-GGZ of naar de POH-GGZ.
- Hoewel de kosten in bij de POH-GGZ en de EPZ/ GB-GGZ in de periode 2011-2014 verhoudingsgewijs binnen het eigen echelon fors stijgen, heeft dit maar een beperkt effect in het licht van de totale kosten. De verhouding van substitutie van aantallen patiënten uit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ is daarmee een andere verhouding dan de substitutie van kosten.
- Het aandeel behandelkosten in de 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ daalt. Dit kan verklaard worden door substitutie van zorg en bijbehorende behandelkosten. Dit is in lijn met één van de doelen van de introductie van de basis GGZ, namelijk het verschuiven van zorg en bijbehorende behandelkosten naar lagere echelons.

Landelijke analyse: Percentage behandelkosten per echelon



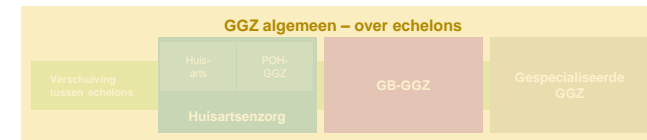
Definitie: Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten. Per echelon gelden dezelfde definities als gebruikt voor de totale behandelkosten per echelon.

Voor deze indicator is alleen de landelijke analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.5 Aantal nieuwe patiënten in zorg

Regio analyse: Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.400		846		8.850	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.040	
Jan-jun 2013	5.686		779		9.018	
Jul-dec 2013	6.943		710		8.139	
Jan-jun 2014		14.703		2.738		5.826
Jul-dec 2014		15.381		2.016		6.832
Jan-jun 2015		17.856		2.136		5.856
Jul-dec 2015		17.945		2.230		6.488

Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Aantal nieuwe patiënten in zorg

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
Jan-jun 2012	39.356		81.955		133.810		255.121
Jul-dec 2012	40.604		78.507		121.676		240.787
Jan-jun 2013	54.727		82.333		146.904		283.964
Jul-dec 2013	65.153		71.937		134.467		271.557
Jan-jun 2014		118.078		73.811		95.893	287.782
Jul-dec 2014		134.396		68.397		91.648	294.441

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

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

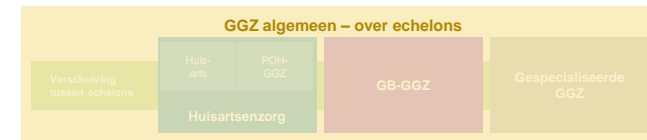
* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

Toelichting stippellijn:

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.5.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

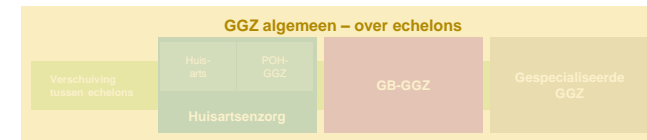
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is het totaal aantal nieuwe patiënten in alle echelons (voor huisartsenzorg alleen de POH-GGZ, EPZ/ GB-GGZ en 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ) toegenomen tussen de weergegeven perioden. In de landelijke analyse is het aantal nieuwe patiënten gestegen van 255.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 294.000 in het tweede halfjaar van 2014. Deze stijging op totaalniveau wordt grotendeels verklaard door de toename van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ.
- Het totaal aantal nieuwe patiënten in de twee echelons GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ is in 2014 en 2015 ongeveer gelijk aan het aantal nieuwe patiënten in de twee echelons EPZ én 2^e lijn in de eerdere jaren. Dit geldt zowel voor de regio analyses als voor de landelijke analyse. Uitzondering hierop vormt het tweede halfjaar van 2014 voor de landelijke analyse. In deze periode is het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ lager dan voorgaande perioden.

2.2.5.2 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een toename te zien van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ. In de landelijke analyse stijgt het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ van 39.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 134.000 in het tweede halfjaar van 2014. Dit sluit aan bij de bevinding dat het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ is gestegen (zie paragraaf 2.2.1.2). Verklaring hiervoor zijn:
 - De toename van het aantal huisartsen dat toegang heeft tot een POH-GGZ (zie paragraaf 2.4.1.1).
 - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
 - Substitutie vanuit andere echelons.
 - Het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.
- De regio analyses laat in het eerste halfjaar van 2015 een verdere stijging zien van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ, maar in het tweede halfjaar van 2015 vlakt deze stijging af. Ook dit is in lijn met het totaal aantal patiënten en kan verklaard worden door:
 - De groei in het aantal patiënten bij de POH-GGZ stabiliseert aan het eind van 2015. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de vraag naar zorg bij de POH-GGZ langzaam stabiliseert. Ook kan de financiering, en daarmee de beperkte groei die zorgverzekeraars bij de POH-GGZ toelaten, een rol spelen.
 - Het aantal patiënten bij de POH-GGZ kan nog een onderschatting zijn, omdat niet alle declaratiegegevens van de POH-GGZ van het tweede halfjaar van 2015 bij Vektis beschikbaar zijn.
- In de regio analyse varieert het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten in de periode 2011 tot met 2015 tussen de 61% en 79%. In de landelijke analyse varieert het percentage nieuwe patiënten tussen de 71% en 79%. Het percentage nieuwe patiënten is dus zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse vrij hoog.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

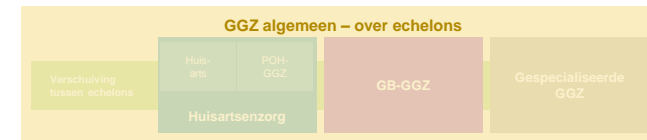


2.2.5.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de EPZ/ GB-GGZ

- Als in de landelijke analyse gekeken wordt naar het aantal nieuwe patiënten per *halfjaar*, is een fluctuerende trend zichtbaar. Als echter gekeken wordt naar het aantal nieuwe patiënten per *jaar*, is een dalende trend zichtbaar tussen 2012 en 2014. In 2012 was het aantal nieuwe patiënten in de EPZ 160.000, in 2013 in de EPZ 154.000 en in 2014 in de GB-GGZ 142.000.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, is in alle jaren het aantal nieuwe patiënten in de EPZ en GB-GGZ in het eerste halfjaar hoger dan in het tweede halfjaar. Deze trend is ook terug te zien bij de totale behandelkosten in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.2.3.4). Uitzondering hierop is het tweede halfjaar van 2015 in de regio analyses. De data van 2015 zijn echter nog niet definitief, omdat nog niet alle declaratiegegevens van 2015 bij Vektis beschikbaar zijn. Mogelijke verklaringen voor een hoger aantal nieuwe patiënten in het eerste halfjaar zijn:
 - Een seizoenstrend, waarbij aan het begin van het jaar meer behandelingen gestart worden dan aan het eind van het jaar.
 - Het bereiken van productieplafonds. Hierdoor wordt mogelijk in het tweede halfjaar minder nieuwe behandelingen gestart.
- In de landelijke analyse neemt het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 toe, terwijl neemt het aantal nieuwe patiënten afneemt. Dit kan verklaard worden doordat:
 - Bij het totaal aantal patiënten wordt gekeken naar het aantal patiënten dat in de verslagperiode een product in de GB-GGZ had openstaan. Bij het aantal nieuwe patiënten wordt alleen gekeken naar patiënten die in het voorgaande jaar geen zorg hebben ontvangen in de EPZ, 2^e lijn en/of gespecialiseerde GGZ.
 - Bij het aantal nieuwe patiënten is te zien dat in het eerste halfjaar van 2014 voor veel patiënten een product GB-GGZ geopend is. Mogelijk staan deze producten nog open in het tweede halfjaar van 2014. Deze patiënten tellen dan wel mee bij het aantal patiënten in zorg, maar niet bij het aantal nieuwe patiënten.
- In de regio analyses is het aantal patiënten vanaf 2014 in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders een stuk hoger dan het aantal patiënten vóór 2014 in de EPZ. In de landelijke analyse is dit effect niet zichtbaar. Dit is te verklaren door:
 - De betrokken aanbieders boden voor 2014 niet veel EPZ. Vanaf 2014 zijn zij wel GB-GGZ gaan bieden.
 - Tevens zijn in de regio analyses geen data van vrijgevestigde aanbieders opgenomen.
- Ook in de GB-GGZ is sprake van een relatief hoog aantal nieuwe patiënten. In de regio analyse ontving in het eerste halfjaar van 2014 ontving 77% van de patiënten met een product in de GB-GGZ, in het voorgaande jaar geen zorg in de EPZ en/of de 2^e lijn. In het tweede halfjaar van 2014 daalde het percentage naar 40% en in 2015 naar 38%. In de landelijke analyse was het percentage in het eerste halfjaar van 2014 64% en in het tweede halfjaar van 2014 47%.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

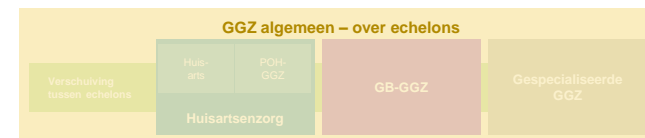


2.2.5.4 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, is het aantal nieuwe patiënten vanaf 2014 in de gespecialiseerde GGZ lager dan het aantal nieuwe patiënten in de voorgaande jaren in de 2^e lijn. In de landelijke analyse is vanaf 2013 een dalende trend te zien, die zich in 2014 voortzet. In de landelijke analyse daalde het aantal nieuwe patiënten van 134.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 92.000 in het tweede halfjaar van 2014. Dit kan verklaard worden door substitutie naar de GB-GGZ. In de regio analyse is deze dalende trend in het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ niet zichtbaar.
- Net als in de EPZ en de GB-GGZ, is ook in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ te zien dat de instroom van het aantal nieuwe patiënten in het eerste halfjaar hoger is dan in het tweede halfjaar. Ook hier zijn mogelijke verklaringen een seizoen trend en het bereiken van productieplafonds. Opvallend is dat deze trend in de regio analyse niet zichtbaar is vanaf 2014.
- In de gespecialiseerde GGZ is het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten lager dan bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ. In de regio analyse is het percentage 16% tot 22% en in de landelijke analyse 16% tot 23%.

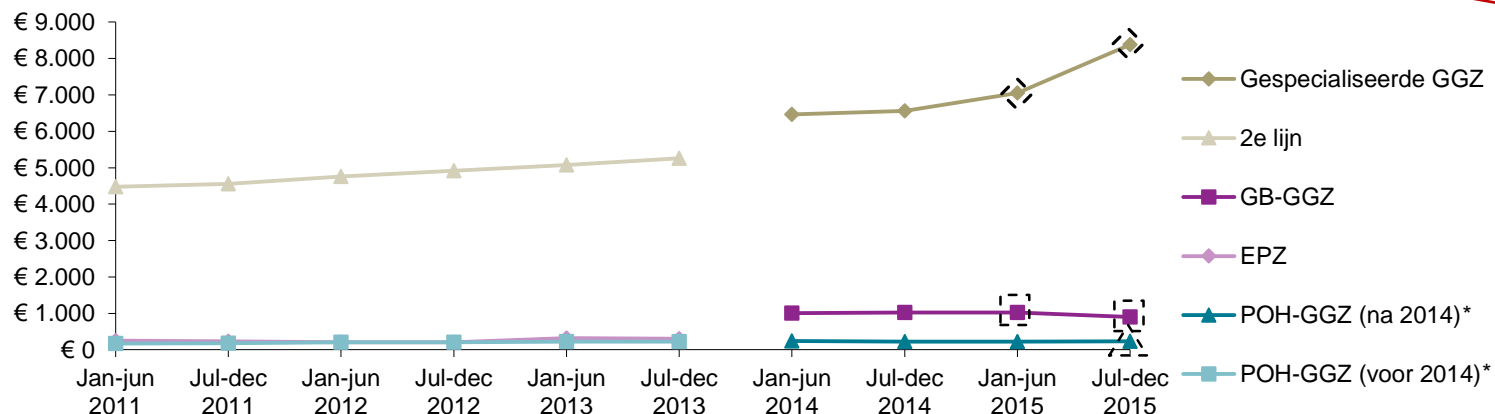
2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

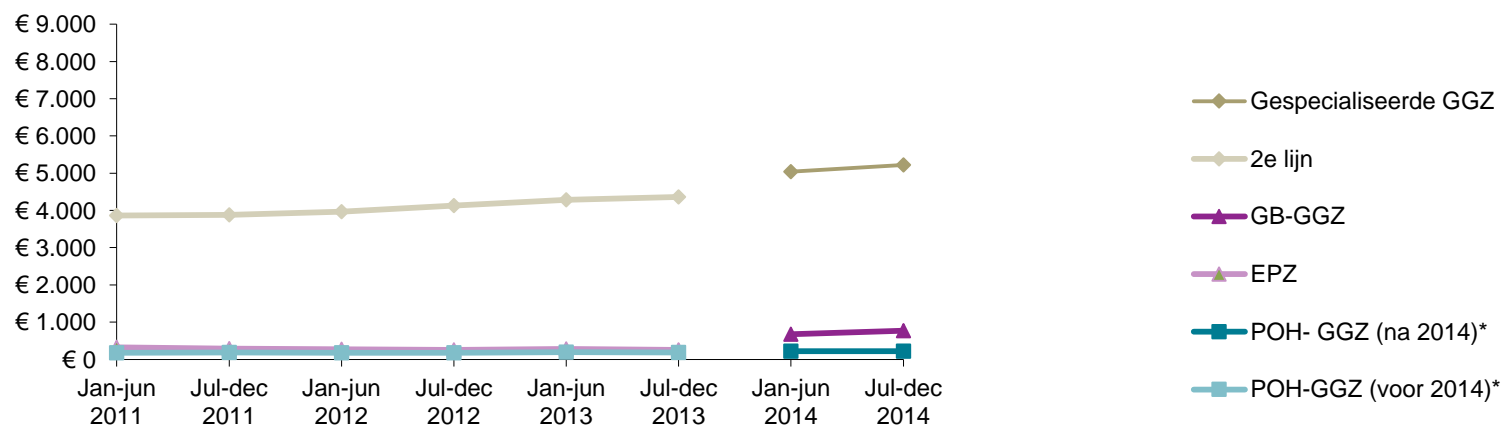


2.2.6 Gemiddelde behandelkosten per patiënt

Regio analyse: Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij de betrokken aanbieders



Landelijke analyse: Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon



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

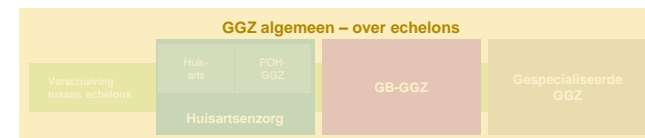
Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ en de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik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

Toelichting stippellijn:

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



*Definitie behandelkosten POH-GGZ:

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

Toelichting stippellijn:

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

*De resultaten zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de resultaten die in de vorige rapportage zijn gepresenteerd. In de vorige rapportage zijn bij de data analyse per abus de kosten voor het inschrijftarief voor ingeschreven verzekerden van 18 jaar en jonger geïncludeerd.

Geen landelijk beeld

Regio analyse: Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij de betrokken aanbieders

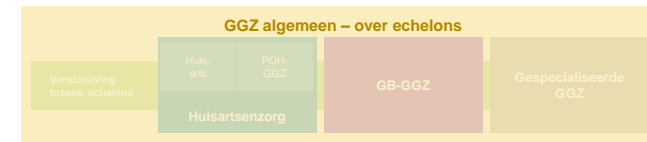
	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 169		€ 252		€ 4.479	
Jul-dec 2011	€ 183		€ 234		€ 4.552	
Jan-jun 2012	€ 205		€ 207		€ 4.757	
Jul-dec 2012	€ 205		€ 202		€ 4.914	
Jan-jun 2013	€ 221		€ 322		€ 5.076	
Jul-dec 2013	€ 222		€ 299		€ 5.261	
Jan-jun 2014		€ 238		€ 1.004		€ 6.461
Jul-dec 2014		€ 221		€ 1.021		€ 6.562
Jan-jun 2015		€ 227		€ 1.026		€ 7.051
Jul-dec 2015		€ 236		€ 897		€ 8.381

Landelijke analyse: Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 180		€ 318		€ 3.867	
Jul-dec 2011	€ 181		€ 290		€ 3.884	
Jan-jun 2012	€ 179		€ 272		€ 3.966	
Jul-dec 2012	€ 177		€ 251		€ 4.128	
Jan-jun 2013	€ 190		€ 277		€ 4.285	
Jul-dec 2013	€ 186		€ 257		€ 4.365	
Jan-jun 2014		€ 222		€ 678		€ 5.038
Jul-dec 2014		€ 216		€ 773		€ 5.217

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



Bij de interpretatie zijn de volgende aspecten van belang:

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

2.2.6.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

- Hoewel de trends van de regio analyses en de landelijke analyse grotendeels overeenkomen, zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ hoger in de regio analyses dan in de landelijke analyse. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - In de regio analyses zijn data zichtbaar van instellingen die GB-GGZ leveren. De data van vrijgevestigde aanbieders is hierin niet meegenomen. Het is mogelijk dat deze instellingen een andere casemix hebben dan vrijgevestigde aanbieders, en hierdoor zorg leveren aan patiënten met hogere behandelkosten.
 - Daarnaast hebben drie van de betrokken aanbieders een beddenhuis. In de landelijke analyse hebben waarschijnlijk relatief minder aanbieders een beddenhuis. De kosten voor verblijfsdagen veroorzaken hogere behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ.
- De behandelkosten per patiënt zijn veruit het hoogst in de 2^e lijn/ gespecialiseerde GGZ, in vergelijking met de andere echelons. Dit is ook zichtbaar in de totale behandelkosten (paragraaf 2.2.3.5).

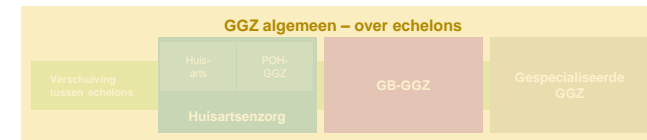
2.2.6.2 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse zijn de behandelkosten per patiënt in de perioden voor 2014 lager dan in de jaren vanaf 2014. Een mogelijke verklaring is dat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ en daar een inschrijftarief voor declareert, harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ.
- De kosten voor consulten (niet apart weergegeven in de tabel) liggen zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse hoger in de periode vanaf 2014, dan in de perioden daarvoor. In de regio analyse variëren de kosten voor consulten tot 2014 tussen tot 2014 tussen de €52 en €57 per patiënt per halfjaar. Vanaf 2014 liggen de kosten op €60 per patiënt met in het tweede halfjaar van 2015 weer een daling naar €55 per patiënt per halfjaar. In de landelijke analyse stijgen de kosten voor consulten per patiënt van €62 in het eerste halfjaar van 2011 tot €66 in het tweede halfjaar van 2014.

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



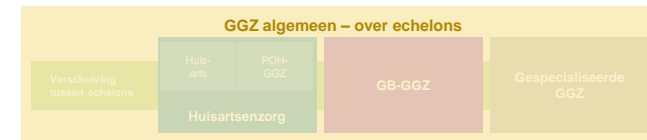
2.2.6.3 Gemiddelde behandelkosten per patiënt met EPZ/ GB-GGZ product

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, zijn de behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ vanaf 2014 hoger dan in voorgaande perioden in de EPZ. Dit is ook zichtbaar in de totale behandelkosten. Het verschil is groter in de regio analyses dan in de landelijke analyse (zie voor verklaringen paragraaf 2.2.6.1). De hogere kosten vanaf 2014 kunnen verklaard worden door:
 - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit komt zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door substitutie van de vooral lichtere patiëntengroepen naar de POH-GGZ.
 - 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*, is een maximum van €300 per patiënt in lijn met de vergoede zorg (met uitzondering van patiënten die extra consulten vergoed kregen uit een aanvullende verzekering). De producten binnen de GB-GGZ bieden ruimte voor langere behandeling. De daarmee vastgestelde tarieven zijn daarom ook hoger (het product Kort kost (maximaal €454).
 - De zorgaanpakken binnen de Zvw zijn gewijzigd. Door wijzigingen in het verzekerde pakket van basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen, wijzigt de zorg of de vergoeding van kosten van zorg waar een verzekerde recht op heeft. Voorheen kon een patiënt in de EPZ bijvoorbeeld aanspraak maken op vijf behandelsessies, terwijl in de GB-GGZ ook ruimte is om intensiever te behandelen. Een ander voorbeeld is dat psychische klachten voorheen in de EPZ behandeld konden worden, maar dat dit nu alleen bij de huisarts kan.
 - In paragraaf 2.4.2.1 is te zien dat het aandeel producten Kort en Middel afneemt, en het aandeel producten Intensief en Chronisch toeneemt. Omdat de producten Intensief en Chronisch duurder zijn, neemt dat mogelijk hogere behandelkosten per patiënt met zich mee.
- In de regio analyses is in het tweede halfjaar van 2015 een daling te zien van de behandelkosten per patiënt bij de betrokken aanbieders. In de vorige rapportage was ook een daling zichtbaar in de laatste periode, toen het eerste halfjaar van 2015. De kosten in het eerste halfjaar van 2015 zijn inmiddels omhoog bijgesteld. De verwachting is dan ook dat de kosten in het tweede halfjaar van 2015 nog een onderschatting zijn, die omhoog bijgesteld wordt als meer declaratiedata beschikbaar zijn.
- In de landelijke analyse is in het tweede halfjaar van 2014 een daling te zien van de totale behandelkosten ten opzichte van het eerste halfjaar van 2014. Het aantal patiënten (zie paragraaf 2.2.1.3) en de kosten per patiënt (zie paragraaf 2.2.6.3) stijgen juist. Dit kan verklaard worden door:
 - Bij het aantal patiënten wordt gekeken naar patiënten voor wie een product in de GB-GGZ openstaat. De kosten worden echter toegewezen aan de periode waarin het product geopend is. Dat betekent dat als een product GB-GGZ geopend is in het eerste halfjaar van 2014 en in het tweede halfjaar van 2014 nog open staat, deze patiënt zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014 wordt meegerekend in het aantal patiënten. De kosten worden echter toebedeeld aan het eerste halfjaar van 2014.
 - Omdat eind 2013 alle producten EPZ gesloten zijn, zijn in eerste halfjaar van 2014 veel producten GB-GGZ geopend. De kosten voor deze producten worden toebedeeld aan het eerste halfjaar van 2014.

* 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.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



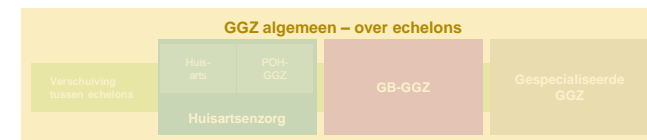
2.2.6.4 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse is over alle perioden een stijging te zien van de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ. Ook zijn de kosten vanaf 2014 in de gespecialiseerde GGZ hoger dan voor 2014 in de 2^e lijn. De stijging van kosten per patiënt in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ kan verklaard worden door:
 - Substitutie: patiënten met lichtere problematiek uit de 2^e lijn worden naar de GB-GGZ gesubstitueerd en de patiënten met zwaardere problematiek blijven in de gespecialiseerde GGZ.
 - De (maximum) tarieven van 2014 waren lager dan de tarieven van 2015. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverzekeraars vaker overgaan tot het stellen van een maximumtarief per patiënt of een maximaal gemiddeld uurtarief per DBC, bijvoorbeeld niet meer dan 100% Nza-tarief.
 - Door afbouw van AWBZ-bedden zijn mogelijk patiënten die zorg ontvingen gefinancierd vanuit de AWBZ (klinisch verblijf > 1 jaar) ingestroomd in zorg gefinancierd vanuit de Zvw (ambulante behandeling vanuit de Zvw en zelfstandig of begeleid wonen). Deze patiënten worden dan behandeld in de gespecialiseerde GGZ en hebben gemiddeld hoge behandelkosten.*
- In de regio analyses is in het tweede halfjaar van 2015 een sterke stijging te zien van de behandelkosten per patiënt bij de betrokken aanbieders in de gespecialiseerde GGZ. Een mogelijke verklaring is:
 - In de vorige rapportage was ook een sterke stijging zichtbaar in de laatste periode, die omlaag is bijgesteld nu meer declaratiedata beschikbaar zijn. De verwachting is dan ook dat de kosten in het tweede halfjaar van 2015 nog een overschatting zijn, die omlaag bijgesteld wordt als meer declaratiedata beschikbaar zijn.

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

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.7 Totale medicatiekosten per echelon

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

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

Medicatiekosten voor patiënten die niet in behandeling zijn in één van de echelons, zijn alleen in de landelijke analyse weergegeven. Voor de regio analyse is alleen data van betrokken aanbieders beschikbaar, en kan van de categorie "alleen medicatie" geen betrouwbaar beeld geschetst worden, omdat niet bekend is of patiënten zorg ontvangen bij andere aanbieders.

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

Regio analyse: 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		€ 3,6mln	
Jul-dec 2012	€ 77k		€ 11k		€ 3,3mln	
Jan-jun 2013	€ 107k		€ 10k		€ 3,3mln	
Jul-dec 2013	€ 135k		€ 10k		€ 3,4mln	
Jan-jun 2014		€ 231k		€ 52k		€ 3,2mln
Jul-dec 2014		€ 317k		€ 93k		€ 3,0mln
Jan-jun 2015		€ 349k		€ 132k		€ 3,0mln
Jul-dec 2015		€ 227k		€ 157k		€ 3,6mln

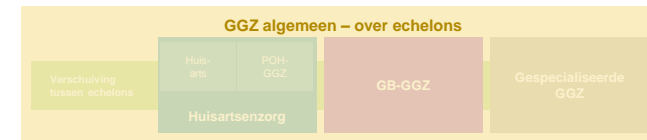
Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Totale medicatiekosten

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ	Alleen medicatie	Totaal
Jan-jun 2012	€ 0,6mln		€ 1,0mln		€ 32mln		€ 36mln	€ 70mln
Jul-dec 2012	€ 0,6mln		€ 0,9mln		€ 29mln		€ 38mln	€ 68mln
Jan-jun 2013	€ 0,8mln		€ 1,0mln		€ 29mln		€ 36mln	€ 67mln
Jul-dec 2013	€ 1,0mln		€ 0,9mln		€ 29mln		€ 38mln	€ 69mln
Jan-jun 2014		€ 1,5mln		€ 1,0mln		€ 28mln	€ 37mln	€ 68mln
Jul-dec 2014		€ 1,8mln		€ 1,5mln		€ 26mln	€ 38mln	€ 68mln

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.7.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

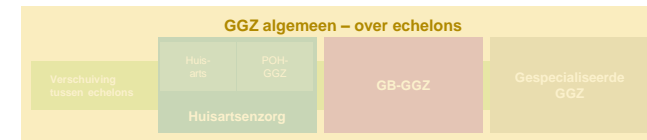
- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. Hoe groot de invloed van de nieuwe aanleverstandaard is, is nog niet bekend. De kosten in het tweede halfjaar van 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- De trends in de regio analyses en de landelijke analyse komen overeen. Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is te zien dat de veruit meeste medicatiekosten worden gemaakt in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ, in vergelijking tot de andere echelons (de categorie “alleen medicatie” buiten beschouwing gelaten). Dit is in lijn met de verwachting, omdat in de gespecialiseerde GGZ patiënten met de meest complexe problematiek behandeld worden.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse nemen de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ toe, en nemen de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ af. In de landelijke analyse is zichtbaar dat de medicatiekosten over alle echelons samen redelijk stabiel is.

2.2.7.2 Totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse nemen de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ toe. De toename is het grootst in het eerste halfjaar van 2014, met de introductie van de GB-GGZ. Mogelijke verklaringen voor de stijging in totale medicatiekosten bij de POH-GGZ zijn:
 - De toename van het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.2.1.2). De medicatiekosten per patiënt en het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ zijn stabiel (zie ook paragraaf 2.2.8.2 en 2.2.9.2).
- In de regio analyses is te zien dat de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ in het tweede halfjaar van 2015 dalen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.7.1).
 - Ook kan de stabilisatie van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.2.1.2), bijdragen aan een stabilisatie van de groei in totale medicatiekosten.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.7.3 Totale medicatiekosten van patiënten in zorg bij de EPZ/ GB-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse zijn de totale medicatiekosten in de EPZ tot 2014 stabiel. Vanaf het tweede halfjaar van 2014 stijgen de totale medicatiekosten in de GB-GGZ. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - De toename van het aantal patiënten in zorg in de GB-GGZ in het tweede halfjaar van 2014 (zie paragraaf 2.2.1.3).
 - De toename van het percentage patiënten met medicatie sinds de introductie van de GB-GGZ (zie paragraaf 2.2.8.3).
 - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit gaat mogelijk gepaard met meer medicatiegebruik en hogere medicatiekosten. Dit is ook terug te zien in een toename in het percentage patiënten met medicatie (zie paragraaf 2.2.8.3) en een toename van de medicatiekosten per patiënt (zie paragraaf 2.2.9.3).

Het verschil tussen de totale medicatiekosten in de EPZ voor 2014 en in de GB-GGZ vanaf 2014, is in de regio analyses groter dan in de landelijke analyse. Een mogelijke verklaring hiervoor is:

- De betrokken aanbieders boden voor 2014 niet veel EPZ. Vanaf 2014 zijn zij wel GB-GGZ gaan bieden.
- In de regio analyses stijgen de totale medicatiekosten in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders verder in 2015.
 - Het doorzetten van de stijgende trend die in 2014 is ingezet (zie bovenste bullet).
 - Mogelijk wordt dit in het tweede halfjaar van 2015 deels verklaard door de nieuwe aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.7.1).

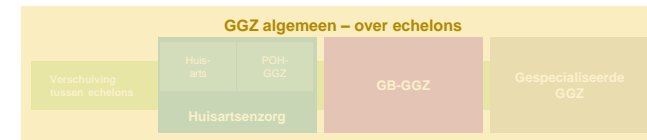
2.2.7.4 Totale medicatiekosten van patiënten in zorg bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse nemen de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ af. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - De afname van het aantal patiënten in zorg in de gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.2.1.4).
 - De afname van de medicatiekosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ, zichtbaar in de landelijke analyse (zie paragraaf 2.2.9.4).
 - Een afname in de kosten van medicijnen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen* of door het verlopen van patenten op medicijnen.
 - De totale medicatiekosten voor patiënten die geen zorg ontvangen in één van de echelons neemt wel toe tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014. Mogelijk ontvangt een deel van de chronische patiënten die voorheen zorg ontvingen in de 2^e lijn of gespecialiseerde GGZ, vanaf 2014 zorg en medicatie bij de huisarts.

*Bron: SFK (2015), data en feiten 2015, het jaar 2014 in cijfers

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



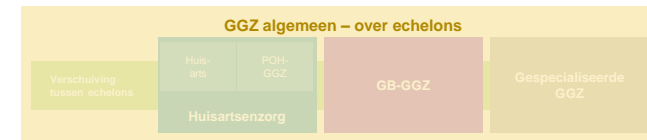
- In de regio analyses is in het tweede halfjaar van 2015 een sterke stijging te zien van de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ. Een verklaring hiervoor is:
 - Het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.7.1).
 - Mogelijk speelt een toename van het aantal dagdoseringen mee. Dit betekent dat de hoeveelheid medicatie toeneemt, bijvoorbeeld doordat meer medicatie per patiënt voorgeschreven wordt.

2.2.7.4 Totale medicatiekosten van patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ

- Medicatiekosten voor patiënten die niet in behandeling zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ, zijn alleen in de landelijke analyse weergegeven. Voor de regio analyses is alleen data van betrokken aanbieders beschikbaar, en kan van de categorie “alleen medicatie” een minder betrouwbaar beeld geschetst worden, omdat niet bekend is of patiënten zorg ontvangen bij andere aanbieders.
- In de landelijke analyse is te zien dat 52% tot 57% van de medicatiekosten wordt gemaakt voor patiënten die wel medicatie ontvangen, maar niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ. Deze patiënten ontvangen in de meeste gevallen medicatie via de huisarts.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau

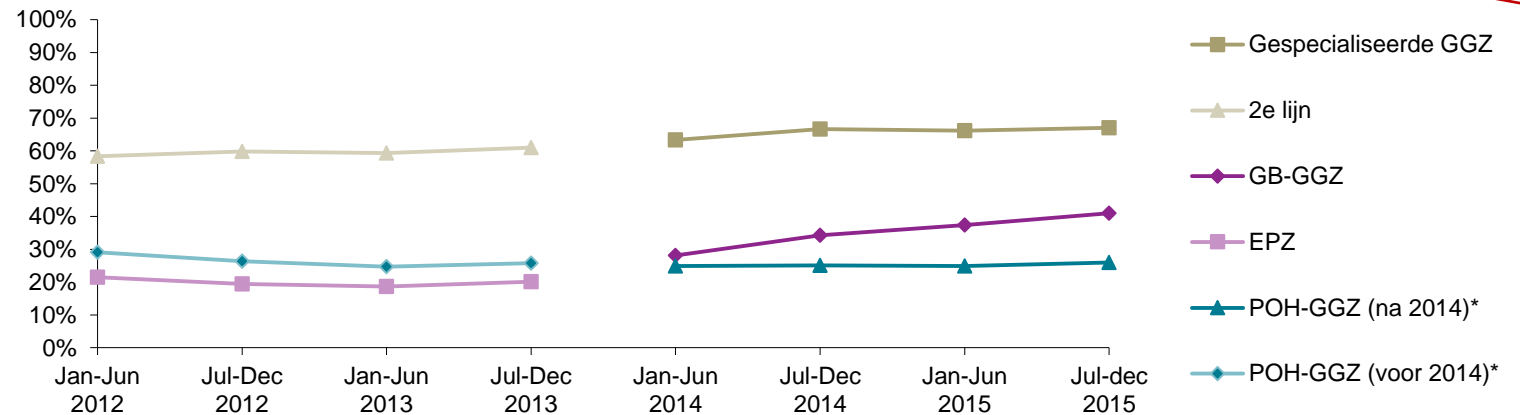


2.2.8 Percentage patiënten met medicatie

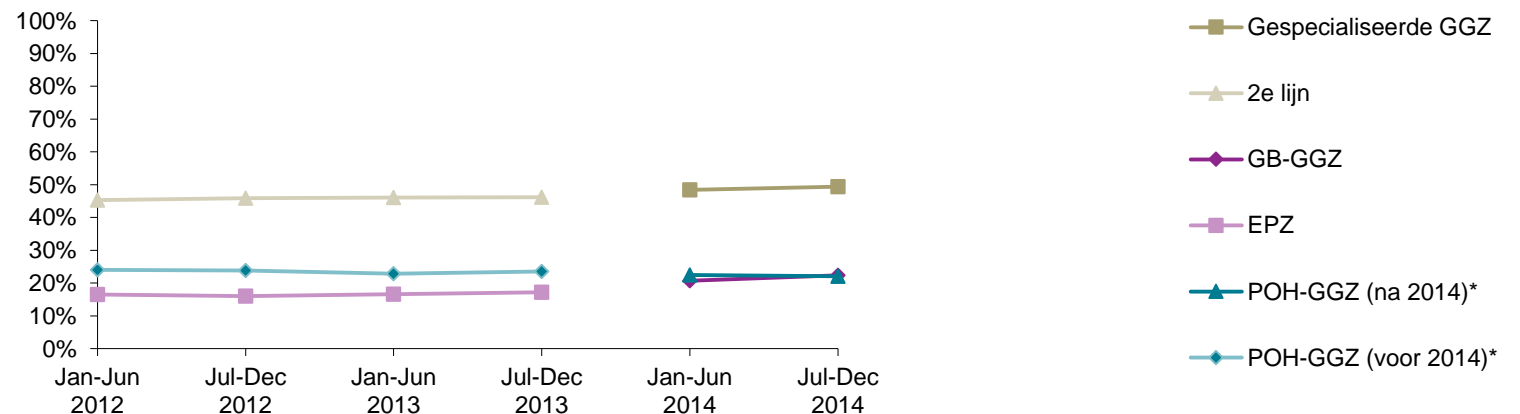
Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

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

Regio analyse: Percentage patiënten met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders

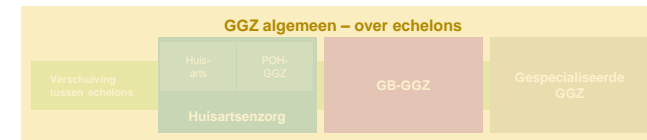


Landelijke analyse: Percentage patiënten met medicatie per echelon



2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.8.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

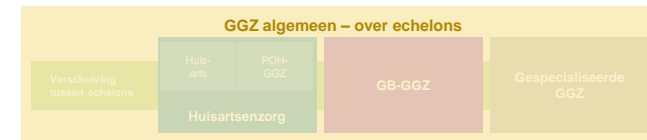
- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. Hoe groot de invloed van de nieuwe aanleverstandaard is, is nog niet bekend. De kosten in het tweede halfjaar van 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- Het percentage patiënten met medicatie laat in de regio analyses en de landelijke analyse een gelijke trend zien voor de POH-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Het percentage patiënten met medicatie is bij de POH-GGZ en de gespecialiseerde GGZ redelijk stabiel over de verslagperioden. Voor de GB-GGZ verschilt de trend tussen de regio analyses en de landelijke analyse.
- Het percentage patiënten met medicatie in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ in de regio analyses is alle perioden hoger dan in de landelijke analyse.

2.2.8.2 Percentage patiënten met medicatie bij POH-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse laat het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ een stabiel beeld zien. In de landelijke analyse is het percentage patiënten met medicatie bij POH-GGZ na de introductie van de GB-GGZ iets lager (22%) dan in de voorgaande perioden (23% tot 24%). In de regio analyses is dit niet het geval.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.8.3 Percentage patiënten met medicatie bij EPZ/ GB-GGZ

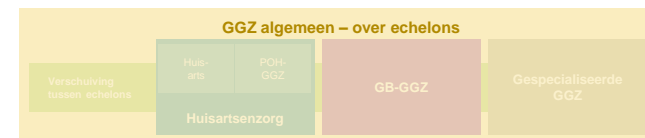
- Het percentage patiënten met medicatie in de GB-GGZ verschilt in de regio analyses en in de landelijke analyse. Een mogelijke verklaring hiervoor is:
 - In de regio analyses zijn geen data van vrijgevestigde aanbieders meegenomen. Medicatie moet worden voorgeschreven door een arts of verpleegkundig specialist, deze zijn minder 'toegankelijk' voor vrijgevestigde aanbieders (wel via consultatie of de huisarts).
 - Daarnaast kan het zijn dat de betrokken aanbieders in de regio analyses zorg aan een patiëntenpopulatie met relatief zware problematiek leveren. Dit kan gepaard gaan met een hoger percentage patiënten met medicatie dan het landelijke gemiddelde. Ook de totale medicatiekosten stijgen in de regio analyses meer dan in de landelijke analyse (zie paragraaf 2.2.7.3).
- In de regio analyses is het percentage voor de introductie van de GB-GGZ stabiel (19% tot 21%). Na de introductie van de GB-GGZ stijgt het percentage tot 41% in het tweede halfjaar van 2015.
- In de landelijke analyse is het percentage patiënten met medicatie in de EPZ voor 2014 ook stabiel (16% tot 17%). Na de introductie van de GB-GGZ is het percentage iets hoger (21% tot 22%), maar stijgt niet zo hard als in de regio analyses.
- Een mogelijke verklaring voor de stijging in het percentage patiënten met medicatie is:
 - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit gaat mogelijk gepaard met meer medicatiegebruik.

2.2.8.4 Percentage patiënten met medicatie bij 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is het percentage patiënten met medicatie in de 2^e lijn voor 2014 stabiel. In de regio analyses varieert het percentage tussen 58% en 61% en in de landelijke analyse van 45% tot 46%. Na 2014 stijgt het percentage patiënten met medicatie in de gespecialiseerde GGZ. In de regio analyses is het percentage dan 63% tot 67% en in de landelijke analyse 48% tot 49%.
- In de regio analyses is het percentage patiënten met medicatie in de gespecialiseerde GGZ in alle perioden een stuk hoger dan in de landelijke analyse. Een mogelijke verklaring hiervoor is:
 - In de regio analyses zijn geen data van vrijgevestigde aanbieders meegenomen. Medicatie moet worden voorgeschreven door een arts of verpleegkundig specialist, deze zijn minder 'toegankelijk' voor vrijgevestigde aanbieders (wel via consultatie of de huisarts).
 - Mogelijk leveren de betrokken aanbieders in de regio analyses zorg aan een patiëntenpopulatie met relatief zware problematiek. Dit gaat mogelijk gepaard met een hoger percentage patiënten met medicatie dan het landelijke gemiddelde.

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.9 Medicatiekosten per patiënt met medicatie

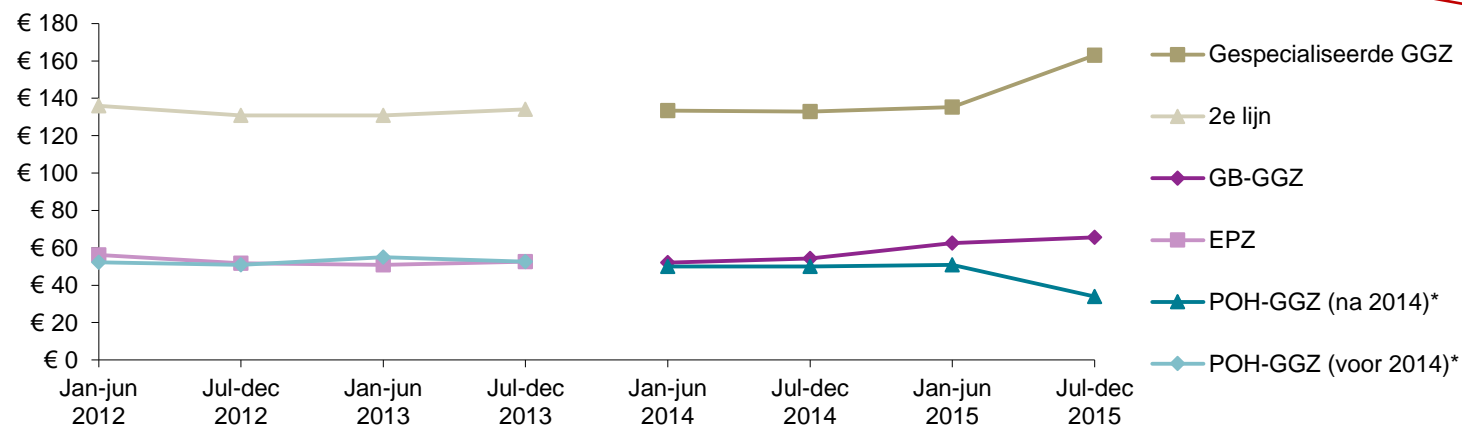
Definitie: deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product of DBC open hadden staan (bij 2^e lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode.

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

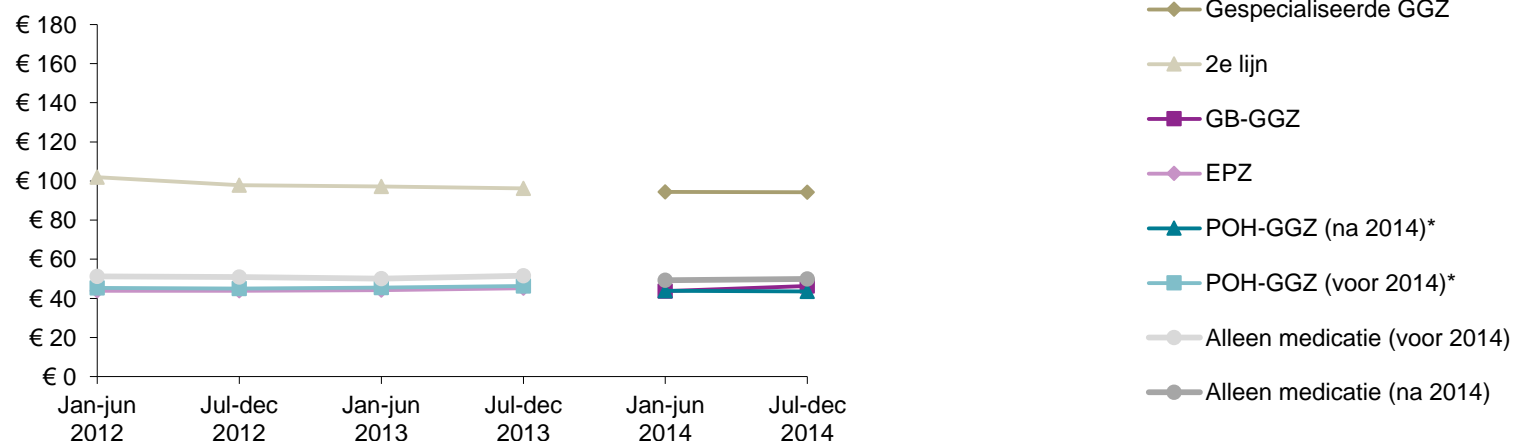
Medicatiekosten voor patiënten die niet in behandeling zijn in één van de echelons, zijn alleen in de landelijke analyse weergegeven. Voor de regio analyses is alleen data van betrokken aanbieders beschikbaar, en kan van de categorie "alleen medicatie" geen betrouwbaar beeld geschetst worden, omdat niet bekend is of patiënten zorg ontvangen bij andere aanbieders.

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

Regio analyse: Medicatiekosten per patiënt per echelon van patiënten met medicatie bij betrokken aanbieders

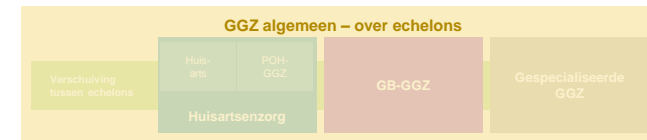


Landelijke analyse: Medicatiekosten per patiënt per echelon van patiënten met medicatie



2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.9.1 Conclusies op basis van regio analyses en landelijke analyse

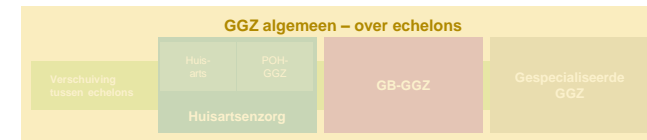
- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. Hoe groot de invloed van de nieuwe aanleverstandaard is, is nog niet bekend. De kosten in het tweede halfjaar van 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- De trends in medicatiekosten per patiënt in de regio analyses en de landelijke analyse komen overeen in de perioden tot en met 2014. Tot en met 2014 laten de medicatiekosten per patiënt een redelijke stabiele trend zien.
- In het tweede halfjaar van 2015 laat de regio analyses bij de betrokken aanbieders een trendbreuk zien in de medicatiekosten per patiënt. Dit kan mogelijk verklaard worden door:
 - Het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.9.1).
- De medicatiekosten per patiënt zijn hoger in de regio analyses dan in de landelijke analyse. Dit geldt voor alle echelons en voor alle verslagperioden. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Twee van de drie regio's in de regio analyse hebben hogere medicatiekosten per patiënt dan de derde regio. Uit onderzoek van Vektis blijkt dat deze twee regio's ook hogere medicatiekosten per patiënt hebben dan andere regio's in Nederland.
 - In de regio analyses zijn data zichtbaar van instellingen die GB-GGZ leveren. De data van vrijgevestigde aanbieders is hierin niet meegenomen. Het is mogelijk dat deze instellingen een andere casemix hebben dan vrijgevestigde aanbieders, en hierdoor zorg leveren aan patiënten met zwaardere problematiek en hogere medicatiekosten.
- De medicatiekosten per patiënt zijn het hoogst in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ. Dit is ook zichtbaar in de behandelkosten per patiënt (paragraaf 2.2.4.3) en kan mogelijk verklaard worden door de complexe problematiek van de doelgroep in de 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ.

2.2.9.2 Medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse zijn de medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ voor 2014 stabiel over de verslagperioden. In de regio analyses variëren de kosten per patiënt tussen de €51 en €55 en in de landelijke analyse tussen de €44 en €46. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014 dalen de medicatiekosten per patiënt, in de regio analyses tot €50 tot €51 en in de landelijke analyse tot €44. Uitzondering hierop vormt het tweede halfjaar van 2015 in de regio analyses, waar de medicatiekosten per patiënt gedaald zijn tot €34. Dit kan mogelijk verklaard worden door:
 - Het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.9.1).

2. Verdieping bevindingen

2.2 Bevindingen op totaalniveau



2.2.9.3 Medicatiekosten per patiënt bij EPZ/ GB-GGZ

- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse zijn de medicatiekosten per patiënt in de EPZ en de GB-GGZ tot en met 2014 stabiel over de verslagperioden. In de regio analyses variëren de medicatiekosten per patiënt tussen de €51 en €56 en in de landelijke analyse tussen €44 en €46.
- In de regio analyses is te zien dat de medicatiekosten per patiënt bij de betrokken aanbieders stijgt in 2015 naar €63 in het eerste halfjaar en €66 in het tweede halfjaar. Een mogelijk verklaring hiervoor is:
 - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit gaat mogelijk gepaard met meer medicatiegebruik en hogere medicatiekosten per patiënt.
 - Mogelijk wordt de trend vanaf het tweede halfjaar van 2015 deels verklaard door het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.9.1).

2.2.9.4 Medicatiekosten per patiënt bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De trend in medicatiekosten per patiënt in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ verschilt tussen de regio analyses en de landelijke analyse.
- In de regio analyses schommelen de medicatiekosten per patiënt tot en met het eerste halfjaar van 2015 tussen €131 en €136. In het tweede halfjaar van 2015 stijgen de medicatiekosten per patiënt naar €163. Een mogelijke verklaring hiervoor is:
 - Het wijzigen van de aanleverstandaard (zie paragraaf 2.2.9.1).
 - Mogelijk speelt een toename van het aantal dagdoseringen mee. Dit betekent dat de hoeveelheid medicatie toeneemt, bijvoorbeeld doordat meer medicatie per patiënt voorgeschreven wordt.
- In de landelijke analyse is vanaf 2012 een daling zichtbaar in de medicatiekosten per patiënt in de 2^e lijn en de gespecialiseerde GGZ. De medicatiekosten per patiënt daalde van €102 in de 2^e lijn in het eerste halfjaar van 2012 naar €94 in de gespecialiseerde GGZ in het tweede halfjaar van 2014. Een mogelijke verklaring voor de daling is:
 - Een afname in de kosten van medicijnen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen* of door het verlopen van patenten op medicijnen.

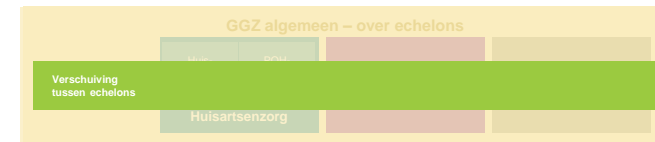
2.2.9.5 Medicatiekosten per patiënt voor patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ

- De medicatiekosten per patiënt van patiënten die wel medicatie ontvangen, maar niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ is in de landelijke analyse stabiel over de verslagperioden en varieert tussen de €49 en €52.

*Bron: SFK (2015), data en feiten 2015, het jaar 2014 in cijfers

2. Verdieping bevindingen

2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3 Patiëntstromen tussen echelons

Naast de indicatoren waarmee het GGZ systeem op een bepaald moment in de tijd wordt bekeken, zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Hierbij wordt gekeken naar het bewegen van patiënten tussen verschillende echelons in de keten. Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is bijvoorbeeld om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de juiste plek in zorg te laten stromen (matched care). Als de patiënt niet direct op de juiste plek terecht komt, beweegt hij meer in de keten dan een patiënt die wel direct op de juiste plek terecht komt. Indien verwijzingen niet goed lopen, betekent dit naast minder goede kwaliteit van zorg, ook dat patiënten te maken krijgen met veel schakels, waardoor zij vaak hetzelfde verhaal opnieuw moeten vertellen.

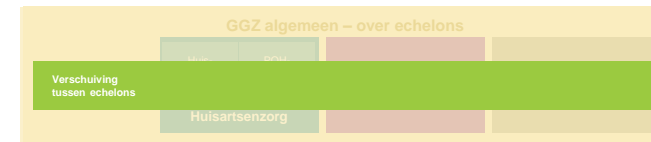
In de volgende paragrafen worden de resultaten van patiëntenstromen tussen echelons besproken:

- In paragraaf 2.3.1 worden de patiëntenstromen besproken die starten in de huisartsenzorg*. Gekeken wordt naar:
 - Verwijzingen door huisartsen met of zonder een gedetacheerde POH-GGZ.
- In paragraaf 2.3.2 worden patiëntenstromen beschreven die starten in de GB-GGZ. Bijbehorende indicatoren zijn:
 - De echelons waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar. Hier wordt 365 dagen teruggekeken.
 - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ.
- In paragraaf 2.3.3 worden tenslotte patiëntenstromen beschreven die starten in de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt gekeken naar:
 - De echelons waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar. Hier wordt 365 dagen teruggekeken.
 - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ.

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

2. Verdieping bevindingen

2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3.1 Patiëntstromen gezien vanuit huisartsenzorg*

2.3.1.1 Verwijzing door huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ en door huisartsen met een POH-GGZ die niet gedetacheerd is

Geen landelijk beeld

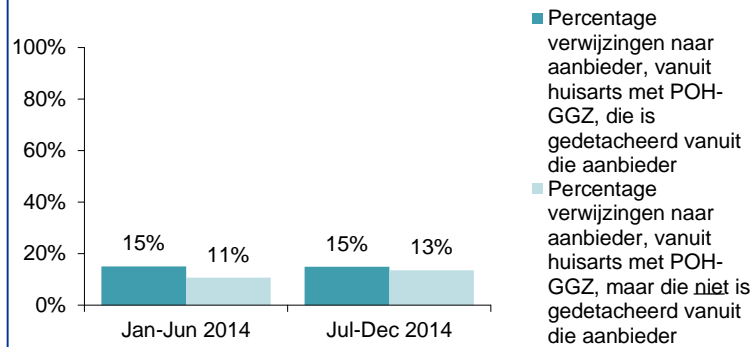
Definitie: deze indicator laat voor aanbieders die POH's-GGZ detacheren zien wat de verhouding is tussen verwijzingen die aanbieders ontvangen vanuit huisartsen waarnaar een POH-GGZ hebben gedetacheerd en vanuit huisartsen waarnaar zij geen POH-GGZ hebben gedetacheerd. Het percentage is berekend ten opzichte van het totaal aantal verwijzingen naar alle aanbieders van huisartsen die naar de betreffende aanbieder verwijzen.

NB: Deze cijfers zijn geaggregeerd op het niveau van verwijzende huisartsen, maar opgebouwd uit data aangeleverd door betrokken aanbieders. Idealiter zou deze indicator bepaald worden op basis van data vanuit de huisarts, maar deze data is niet beschikbaar.

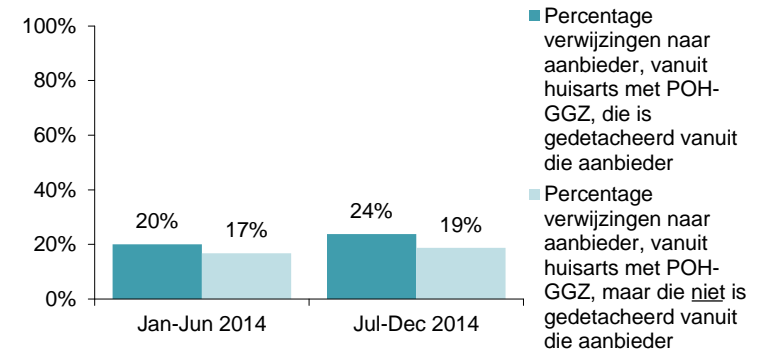
Voor deze indicator is alleen de regio analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

Regio analyse: Marktaandeel aanbieder in verwijzingen door huisartsen met POH-GGZ die wel/niet is gedetacheerd vanuit aanbieder

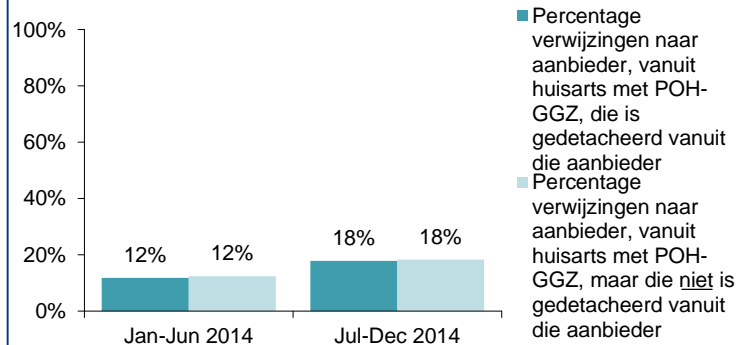
Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder instelling A



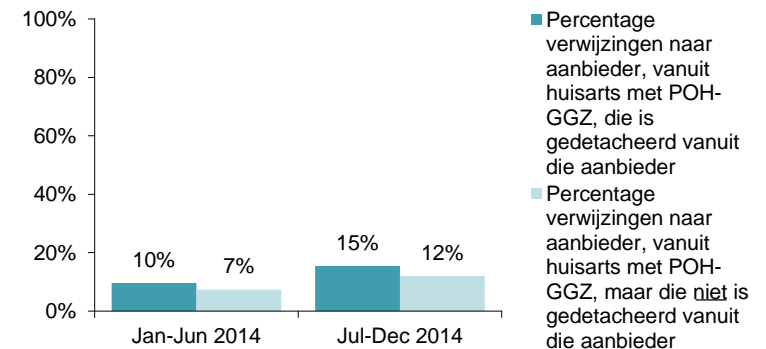
Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder instelling B



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



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



2. Verdieping bevindingen

2.3 Patiëntstromen tussen echelons



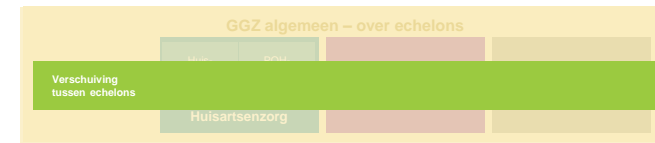
- In juli 2013 is door het kamerlid Kuzu een motie ingediend over de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk*. Naar aanleiding van die motie is in de monitor een indicator opgenomen over verwijzingen door huisartsen met een gedetacheerde POH-GGZ en huisartsen met een POH-GGZ die niet gedetacheerd is. In de motie wordt gevraagd te onderzoeken:
 - welk percentage van huisartsenpraktijken een POH-GGZ heeft, hoeveel daarvan in loondienst zijn bij de huisartsenpraktijk, hoeveel daarvan worden gedetacheerd door ggz-instellingen en hoeveel daarvan een andere vorm van een arbeidsovereenkomst hebben;
 - een vergelijking te 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.
- Bij het interpreteren van de resultaten dient met het volgende rekening gehouden te worden:
 - Mogelijk heeft de profilering van aanbieders met een gedetacheerde POH-GGZ (focus op gespecialiseerde of GB-GGZ) invloed op de resultaten. In de resultaten is geen onderscheid gemaakt tussen verwijzingen naar GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
 - Ten tijde van de voorgaande rapportage waren nog geen landelijke data beschikbaar. Om die reden bestond geen inzicht in verwijzingen van huisartsen naar andere dan de betrokken aanbieders. Nu deze data wel beschikbaar is, levert het aggregeren van de data tot één totaalniveau een vertekend beeld op. Dit komt doordat het beeld regionaal bepaald is en afhankelijk is van het aantal gedetacheerde POH's-GGZ en het aantal andere aanbieders in de regio waar POH's-GGZ naar kunnen verwijzen. Om deze reden zijn vier afzonderlijk figuren weergegeven van vier aanbieders die POH's-GGZ detacheren.
- Bij één betrokken instelling is het percentage verwijzingen vanuit huisartsen met een POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling gelijk aan het percentage verwijzingen vanuit huisartsen zonder POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling. Voor de drie andere instellingen is het percentage verwijzingen vanuit huisartsen met een POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling iets hoger dan het percentage verwijzingen vanuit huisartsen zonder POH-GGZ gedetacheerd vanuit de instelling. Het verschil is echter relatief klein en daarbij is enig verschil ook te verwachten:
 - Ten eerste kan meespelen dat aanbieders juist een POH-GGZ detacheren bij huisartsen waar ze historisch al een groot marktaandeel hadden. POH's-GGZ worden vaak gedetacheerd bij instellingen waar al een goede verwijsrelatie mee bestaat.
 - Ten tweede is één van de voordelen voor huisartsen van het hebben van een POH-GGZ, dat deze het achterliggende veld goed kent en de patiënt gericht kan doorverwijzen. De kennis over het aanbod van de “eigen” aanbieder is dan inhoudelijk een voordeel, maar dat leidt ook tot relatief meer verwijzingen naar die aanbieder.
- Bij bijna alle betrokken aanbieders neemt het percentage verwijzingen naar de betreffende instelling tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 toe. Dit geldt zowel voor de verwijzingen door huisartsen bij wie een POH-GGZ gedetacheerd is als voor huisartsen bij wie geen POH-GGZ gedetacheerd is. Omdat de verwijzingen in beide categorieën toenemen, verandert de verhouding tussen verwijzingen vanuit huisartsen met en zonder gedetacheerde POH-GGZ niet.

* Bron:

<https://zoek.officielebekendmaking.en.nl/kst-25424-219.html>

2. Verdieping bevindingen

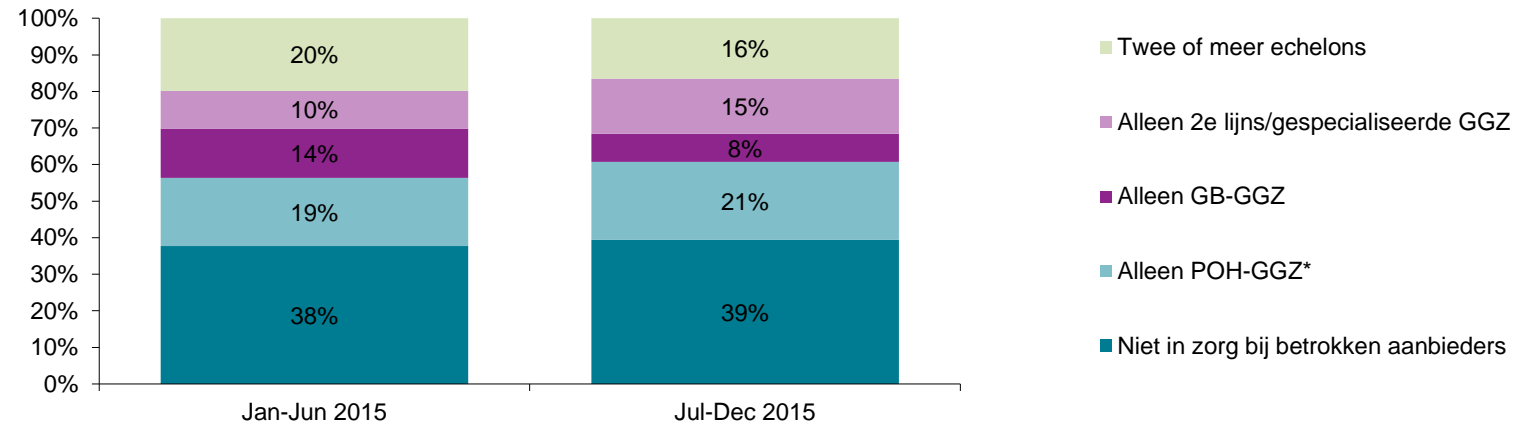
2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3.2 Patiëntstromen gezien vanuit GB-GGZ

2.3.2.1 Echelon(s) waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande (half)jaar

Regio analyse: Echelon(s) waarin patiënten in GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

- De meeste patiënten in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders zijn in het voorgaande jaar niet in zorg geweest bij betrokken aanbieders. Alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders is bij ons bekend. Dit draagt bij aan het hoge percentage patiënten dat niet in zorg was in het voorgaande jaar. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen bij andere aanbieders dan de betrokken aanbieders.
- Na de categorie 'niet in zorg bij betrokken aanbieders', hebben de meeste patiënten in het voorgaande jaar zorg ontvangen alleen bij de POH-GGZ.
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2015 is de categorie patiënten die voor de GB-GGZ alleen in zorg zijn geweest in de 2^e lijn of gespecialiseerde GGZ, groter wordt. Het aandeel van de categorie 'twee of meer echelons' wordt juist kleiner. Hierin vallen patiënten die voor de GB-GGZ in meerdere andere echelons zorg hebben gehad. Het kleiner worden van deze categorie, wijst erop dat meer "matched care" plaatsvindt, waarbij de patiënt sneller in het juiste echelon zorg ontvangt.
- Tussen de regio's verschillen de percentages enigszins. De categorie "alleen 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ" varieert in het tweede halfjaar van 2015 van 12% tot 22%, de categorie "alleen GB-GGZ" varieert van 2% tot 11%, de categorie "alleen POH-GGZ" van 18% tot 27% en de categorie "niet in zorg bij de betrokken aanbieders" varieert van 37% tot 44%. Wel geldt voor alle drie de regio's dat het totaal van de vier categorieën samen minimaal 80% van het totaal aantal patiënten is.

Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product GB-GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.

Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:

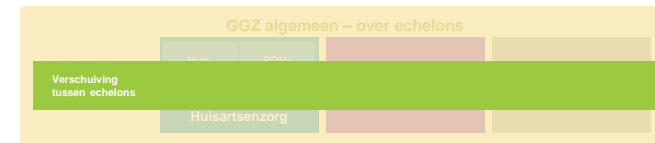
- Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2^e lijn en/of gespecialiseerde GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2^e lijn en/of gespecialiseerde GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ.

Voor deze indicator is alleen de regio analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

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

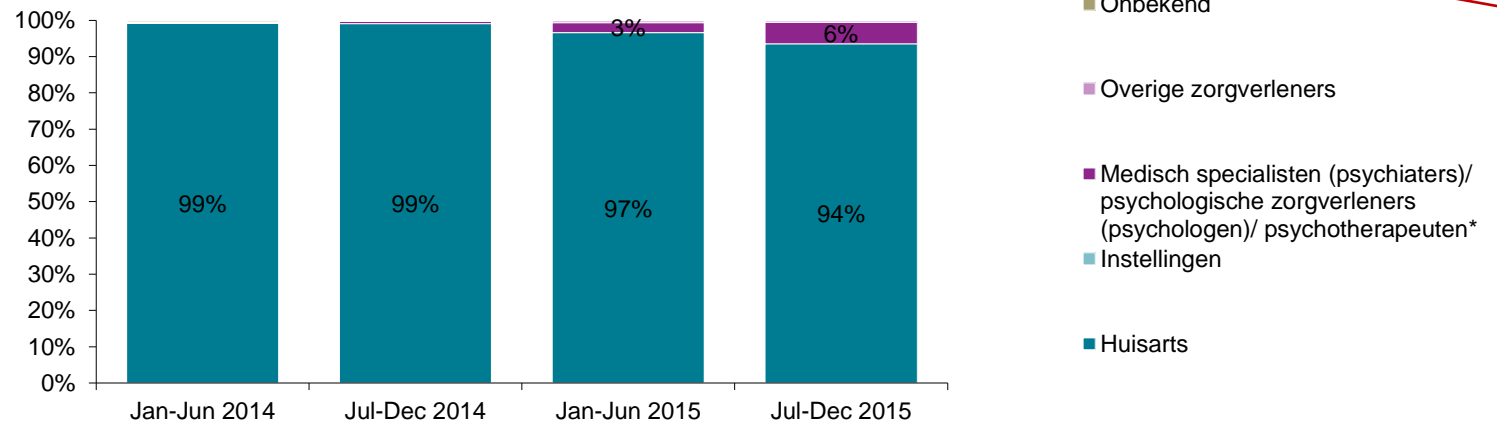
2. Verdieping bevindingen

2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3.2.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ

Regio analyse: Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

- In de regio analyses is te zien dat in alle perioden het overgrote deel van de patiënten bij de betrokken aanbieders verwezen is naar de GB-GGZ door een huisarts. Dit is logisch, omdat voor het ontvangen van zorg in de GB-GGZ een verwijzing door de huisarts noodzakelijk is. In 2015 neemt dit aandeel iets af, en neemt het aandeel verwijzingen vanuit medisch specialisten/psychologische zorgverleners/psychotherapeuten toe*.
 - Een mogelijke verklaring hiervoor zijn wijzigingen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Bij de introductie van de GB-GGZ hielden zij vast aan de huisarts als verwijzer, maar in 2015 bieden zij meer ruimte voor verwijzing door andere beroepen dan de huisarts, zoals de medisch specialist of de specialist ouderengeneeskunde**.

De AGB-code van de aanbieder van waaruit de patiënt wordt verwezen wordt door de instelling ingevuld bij het typeren van de (initiële) DBC. De clustering zoals die hier rechts is weergegeven is afgeleid van de eerste 2 posities van de AGB-code. Een overzicht van de clustering van AGB-codes staat in Bijlage 6.

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

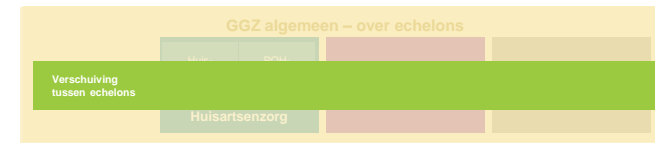
Voor deze indicator is alleen de regio analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

*De categorie medisch specialisten/psychologische zorgverleners/psychotherapeuten kan in de data niet verder onderscheiden worden

** Verklaring gecheckt met ZN

2. Verdieping bevindingen

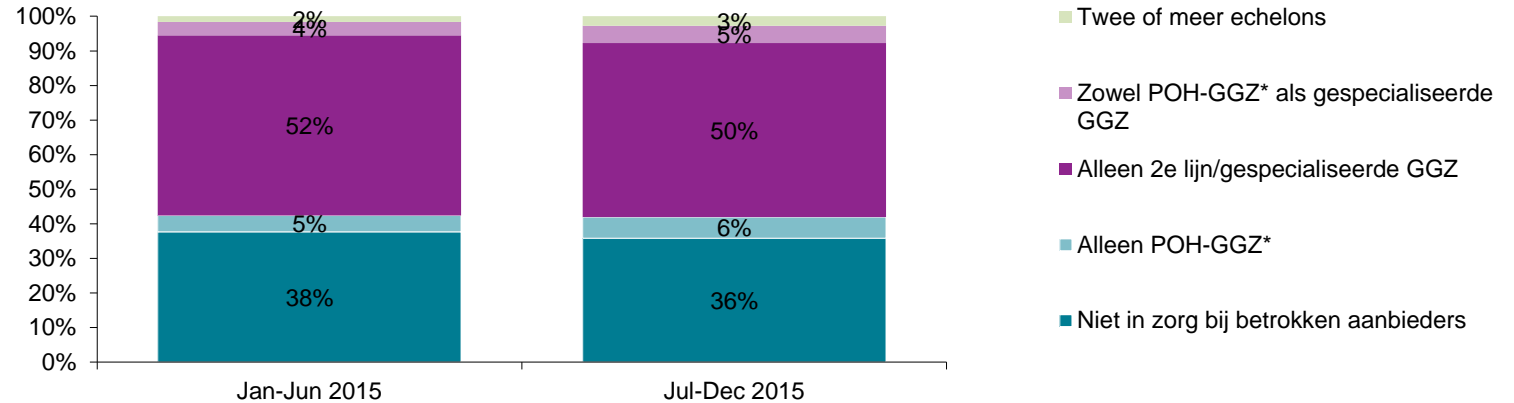
2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3.3 Patiëntstromen gezien vanuit de gespecialiseerde GGZ

2.3.3.1 Echelon(s) waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar

Regio analyse: Echelon(s) waarin patiënten in gespecialiseerde GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

- De meeste patiënten die zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ bij de betrokken aanbieders, ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ.
 - Een mogelijke verklaring hiervoor is dat voor patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, een vervolg DBC geopend wordt.
- Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders. Alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders is bij ons bekend. Dit draagt bij aan het hoge percentage patiënten dat niet in zorg was in het voorgaande jaar. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen bij andere aanbieders dan de betrokken aanbieders.
- In de regio analyses zijn tussen het eerste en tweede halfjaar van 2015 geen grote verschillen zichtbaar.
- Tussen de regio's verschillen de percentages enigszins. De categorie "alleen 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ" varieert in het tweede halfjaar van 2015 van 34% tot 56% en de categorie "niet in zorg bij de betrokken aanbieders" varieert van 33% tot 38%. Wel geldt voor alle drie de regio's dat het totaal van de vier categorieën samen minimaal 96% van het totaal aantal patiënten is.

Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product in de gespecialiseerde GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.

Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:

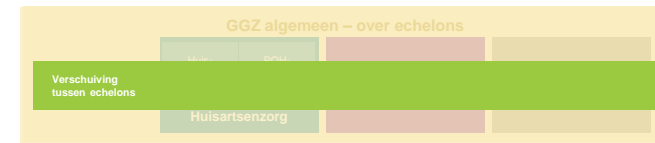
- Patiënten die in het voorgaande jaar alleen zorg ontvingen in de GB-GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ
- Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2^e lijn/gespecialiseerde GGZ.

Voor deze indicator is alleen de regio analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

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

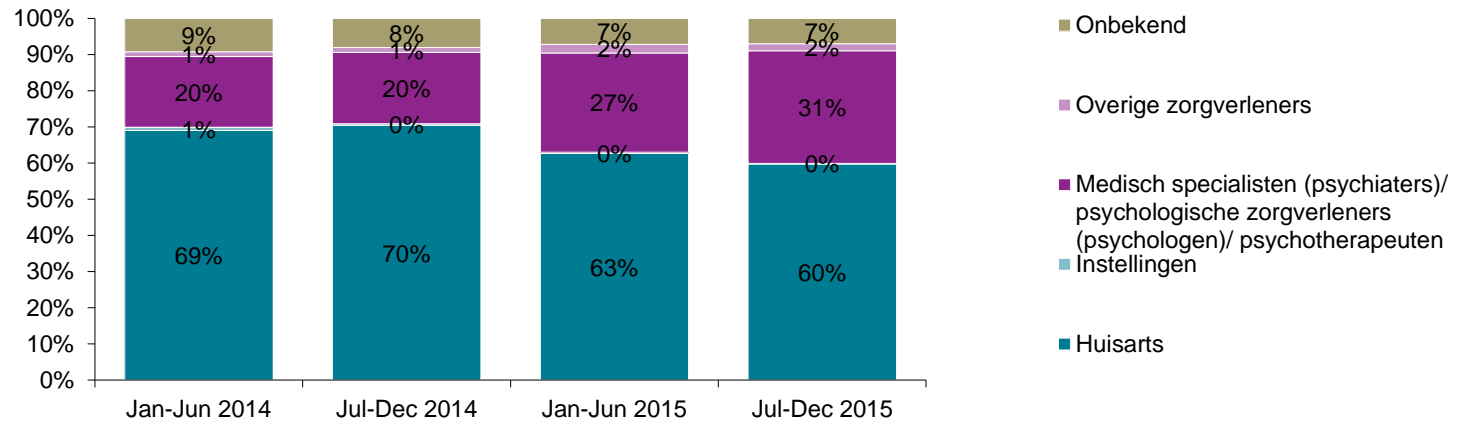
2. Verdieping bevindingen

2.3 Patiëntstromen tussen echelons



2.3.3.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ

Regio analyse: Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

- In de regio analyses is te zien dat het grootste deel van de patiënten in de gespecialiseerde GGZ bij de betrokken aanbieders verwezen wordt door de huisarts. En ander groot deel van de patiënten wordt verwezen door medisch specialisten/psychologische zorgverleners/psychotherapeuten (de categorie medisch specialisten/psychologische zorgverleners/psychotherapeuten kan in de data niet verder onderscheiden worden).
- In de loop der tijd neemt het aandeel verwijzingen vanuit de huisarts af, en het aandeel verwijzingen vanuit medisch specialisten, psychologische zorgverleners en psychotherapeuten neemt toe. De overige categorieën blijven stabiel.
 - Een mogelijke verklaring hiervoor zijn wijzigingen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Bij de introductie van de GB-GGZ hielden zij vast aan de huisarts als verwijzer, maar in 2015 bieden zij meer ruimte voor verwijzing door andere beroepen dan de huisarts, zoals de medisch specialist of de specialist ouderengeneeskunde. Dit geldt niet alleen voor de GB-GGZ, maar ook voor de gespecialiseerde GGZ*.
- De aanbieders van waaruit patiënten in de gespecialiseerde GGZ verwezen zijn verschillen iets per regio. In één regio worden relatief meer patiënten verwezen vanuit de huisarts dan in de andere twee regio's. In 2015 worden in een andere regio relatief meer patiënten verwezen vanuit medisch specialisten, psychologische zorgverleners en psychotherapeuten dan in de andere regio's.

De AGB-code van de aanbieder van waaruit de patiënt wordt verwezen wordt door de instelling ingevuld bij het typeren van de (initiële) DBC. De clustering zoals die hier rechts is weergegeven is afgeleid van de eerste 2 posities van de AGB-code. Een overzicht van de clustering van AGB-codes staat in Bijlage 6.

Bij het berekenen van deze indicator is uitgegaan van unieke patiënten, waarvoor een initiële DBC is geopend en gesloten in de verslagperiode. Vervolg DBC's, OVP's en Crisis DBC's zijn hierbij geëxcludeerd.

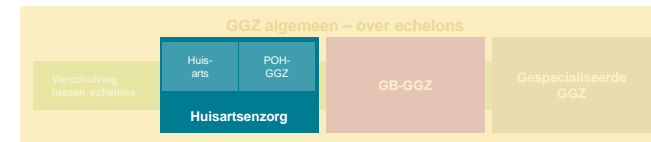
Definitie: Onder "overige zorgverleners" vallen alle zorgverleners die niet onder de overige genoemde categorieën van verwijzers vallen. Voorbeelden zijn artsen arbeid en gezondheid/ bedrijfsgeneeskunde, basisartsen, verpleeghuisartsen en verslavingsartsen.

Voor deze indicator is alleen de regio analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

* Verklaring gecheckt met ZN

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4 Bevindingen per echelon

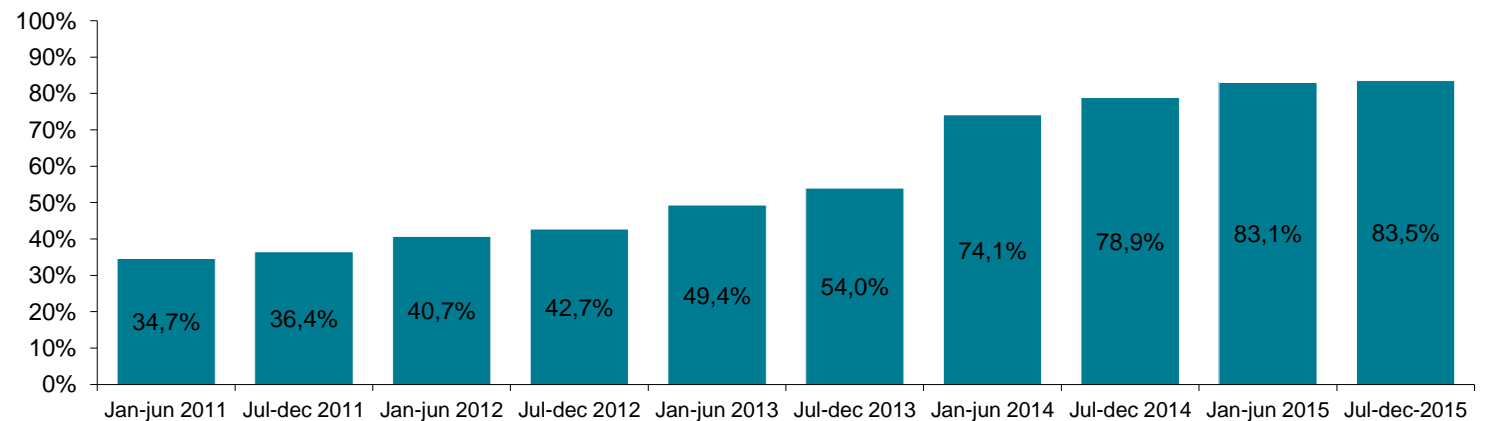
In de volgende paragrafen worden resultaten per echelon weergegeven. Achtereenvolgens komen de echelons huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ aan bod.

2.4.1 Huisartsenzorg

2.4.1.1 Percentage huisartsen met POH-GGZ

- Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten in behandeling bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1).
- In een landelijke enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) uit 2015 kwam naar voren dat 91% van de huisartsen samenwerkte met een POH-GGZ; in 18% gold dit voor een periode van korter dan 1 jaar. Er zijn verschillende vormen van dienstverbanden, waarvan het merendeel was: in dienst (25%), gedetacheerd vanuit een zorggroep (28%), gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (33%)*.

Landelijke analyse: Percentage huisartsen met POH-GGZ



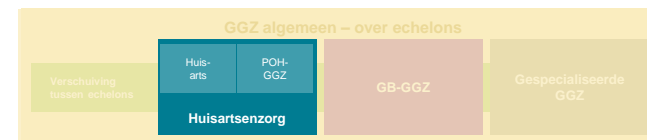
Definitie: Het aantal huisartsen dat een POH-GGZ module declareerde in minimaal één van beide kwartalen van de verslagperiode als percentage van het totale aantal huisartsen dat een inschrijftarief declareerde in dezelfde periode.

*Julinummer (2015) van het tijdschrift 'De Dokter': de resultaten van een enquête van de LHV. De enquête is uitgezet onder huisartsen en heeft betrekking op de inzet van de POH-GGZ.

Voor deze indicator is alleen de landelijke analyse weergegeven (toelichting in Bijlage 2).

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4.1.2 Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

- Het aantal unieke volwassen patiënten per jaar in de huisartsenpraktijk (zowel bij de huisarts als bij de POH-GGZ) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen ten opzichte van de volwassen populatie at risk, is tussen 2011 en 2015 gestegen van 15% naar 17% (niet weergegeven in een tabel).

2.4.1.3 Patiënten met psychische problematiek bij de huisarts

- Onderstaande tabel laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de huisarts is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd). De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld "angstig gevoel"), psychische stoornissen (bijvoorbeeld "angststoornis") en voor sociale problemen (bijvoorbeeld "relatieprobleem") neemt tussen 2011 en 2015 toe.
- Het beeld verschilt iets van het beeld uit de rapportage van juni 2015. Dit komt doordat het NIVEL voor de huidige meting beschikking had over data van een grotere steekproef van huisartsen.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
Jan-jun 2011	1.191.377	42.018	3,5%	29.215	2,5%	17.647	1,5%
Jul-dec 2011	1.200.155	42.738	3,6%	29.170	2,4%	17.840	1,5%
Jan-jun 2012	1.314.818	49.579	3,8%	37.440	2,8%	22.921	1,7%
Jul-dec 2012	1.274.500	48.812	3,8%	36.085	2,8%	23.022	1,8%
Jan-jun 2013	1.769.204	76.929	4,3%	54.498	3,1%	35.322	2,0%
Jul-dec 2013	1.766.739	75.119	4,3%	54.006	3,1%	34.819	2,0%
Jan- jun 2014	1.493.161	69.373	4,6%	52.610	3,5%	30.426	2,0%
Jul-dec 2014	1.510.902	68.347	4,5%	52.694	3,5%	30.544	2,0%
Jan-jun 2015	1.224.112	61.966	5,1%	49.533	4,0%	28.568	2,3%
Jun-dec 2015	1.228.753	62.831	5,1%	49.392	4,0%	28.719	2,3%

Definitie: Het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode.

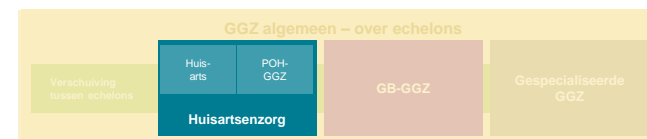
Data

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 173 tot 366 praktijken (wisselend per jaar)
- Population at risk is aantal ingeschreven patiënten in de geïncludeerde praktijken.

Meer informatie: Factsheet De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Derek de Beurs, Tessa Magnee, Dinny de Bakker en Peter Verhaak, 2016 NIVEL

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4.1.4 Patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ

- Onderstaande tabel laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de POH-GGZ is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd). De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Sinds 2011 neemt het percentage patiënten dat bij de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen toe. Dit zijn zowel korte als langere consulten. Er komen in 2015 relatief gezien negen keer zoveel patiënten met psychische problemen en symptomen bij de POH-GGZ dan in 2011. Voor sociale problemen is dat relatief gezien vijf keer zoveel. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Een toename van het aantal POH's-GGZ (zie ook paragraaf 2.4.1.1).

Definitie: Het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode.

Data

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 173 tot 366 praktijken (wisselend per jaar)
- Population at risk is aantal ingeschreven patiënten in de geïncludeerde praktijken.

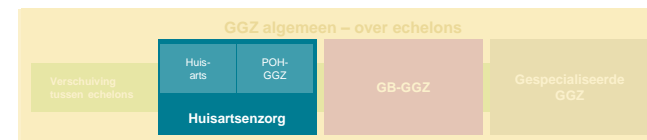
Meer informatie: Factsheet De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Derek de Beurs, Tessa Magnee, Dinny de Bakker en Peter Verhaak, 2016 NIVEL

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
Jan-jun 2011	1.191.377	1.681	0,1%	1.728	0,1%	850	0,1%
Jul-dec 2011	1.200.155	1.899	0,2%	1.920	0,2%	1.014	0,1%
Jan-jun 2012	1.314.818	3.035	0,2%	3.024	0,2%	1.666	0,1%
Jul-dec 2012	1.274.500	3.257	0,3%	3.275	0,3%	1.810	0,1%
Jan-jun 2013	1.769.204	5.785	0,3%	5.601	0,3%	3.208	0,2%
Jul-dec 2013	1.766.739	6.919	0,4%	6.568	0,4%	3.854	0,2%
Jan-jun 2014	1.493.161	9.373	0,6%	8.957	0,6%	5.012	0,3%
Jul-dec 2014	1.510.902	10.988	0,7%	10.216	0,7%	5.934	0,4%
Jan-jun 2015	1.224.112	11.137	0,9%	11.159	0,9%	6.220	0,5%
Jul-dec 2015	1.228.753	11.070	0,9%	10.913	0,9%	6.341	0,5%

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4.1.5 Behandelkosten bij de huisarts voor psychische problematiek

- Onderstaande tabel laat de kosten zien van huisartsenzorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd). De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Sinds 2011 stijgen de kosten voor consulten bij de huisarts voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen per ingeschreven patiënt elk jaar met ongeveer €0,1.
- Omgerekend naar de Nederlandse volwassen populatie is dit een stijging van €1,3 miljoen euro per jaar.
- De kosten per patiënt voor consulten voor sociale problemen zijn in elke periode ongeveer de helft van de kosten voor psychische symptomen en stoornissen.
- De totale patiënten populatie waarop de berekeningen zijn gebaseerd, is groter in 2014 dan in 2015. Hierdoor zijn de absolute kosten tussen 2014 en 2015 gedaald.
- Het beeld verschilt iets van het beeld uit de rapportage van juni 2015. Dit komt doordat het NIVEL voor de huidige meting beschikking had over data van een grotere steekproef van huisartsen.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
Jan-jun 2011	1.191.377	€ 791.674	€ 0,7	€ 722.816	€ 0,6	€ 354.499	€ 0,3
Jul-dec 2011	1.200.155	€ 788.487	€ 0,7	€ 705.513	€ 0,6	€ 355.290	€ 0,3
Jan-jun 2012	1.314.818	€ 961.865	€ 0,7	€ 949.123	€ 0,7	€ 486.894	€ 0,4
Jul-dec 2012	1.274.500	€ 938.352	€ 0,7	€ 911.290	€ 0,7	€ 486.388	€ 0,4
Jan-jun 2013	1.769.204	€ 1.491.397	€ 0,8	€ 1.361.035	€ 0,8	€ 718.996	€ 0,4
Jul-dec 2013	1.766.739	€ 1.451.209	€ 0,8	€ 1.355.308	€ 0,8	€ 710.002	€ 0,4
Jan- jun 2014	1.493.161	€ 1.350.454	€ 0,9	€ 1.333.716	€ 0,9	€ 619.923	€ 0,4
Jul-dec 2014	1.510.902	€ 1.346.259	€ 0,9	€ 1.332.943	€ 0,9	€ 637.157	€ 0,4
Jan-jun 2015	1.224.112	€ 1.256.420	€ 1,0	€ 1.297.873	€ 1,1	€ 602.512	€ 0,5
Jul-dec 2015	1.228.753	€ 1.262.386	€ 1,0	€ 1.274.355	€ 1,0	€ 608.844	€ 0,5

Definitie: Het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode.

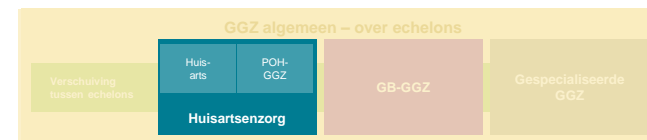
Data

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 173 tot 366 praktijken (wisselend per jaar)
- Population at risk is aantal ingeschreven patiënten in de geïncludeerde praktijken.

Meer informatie: Factsheet De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Derek de Beurs, Tessa Magnee, Dinny de Bakker en Peter Verhaak, 2016 NIVEL

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4.1.6 Behandelkosten bij de POH-GGZ voor psychische problematiek

- Onderstaande tabel laat de kosten zien van de POH-GGZ zorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd). De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.
- Sinds 2011 stijgen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen per ingeschreven patiënt elk jaar. De kosten voor consulten voor psychische symptomen en psychische stoornissen stijgen elk jaar met ongeveer €0,1. Uitzondering is voor psychische stoornissen het jaar 2015, waarin de kosten per patiënt €0,2 stijgen.
 - Een verklaring voor het stijgen van de kosten voor consulten bij de POH-GGZ, is dat het percentage patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ elk jaar toeneemt (zie paragraaf 2.4.1.4), terwijl het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk nagenoeg gelijk blijft. Daarmee stijgen automatisch de kosten voor POH-GGZ consulten per ingeschreven patiënt.
- De kosten voor consulten voor sociale problematiek stijgen ook, maar minder snel. Dit kan verklaard worden door:
 - De POH-GGZ ziet relatief weinig patiënten met sociale problemen.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
Jan-jun 2011	1.191.377	€ 71.800	€ 0,1	€ 79.453	€ 0,1	€ 36.033	€ 0,0
Jul-dec 2011	1.200.155	€ 81.916	€ 0,1	€ 86.798	€ 0,1	€ 44.988	€ 0,0
Jan-jun 2012	1.314.818	€ 140.671	€ 0,1	€ 152.875	€ 0,1	€ 75.769	€ 0,1
Jul-dec 2012	1.274.500	€ 144.400	€ 0,1	€ 159.597	€ 0,1	€ 81.247	€ 0,1
Jan-jun 2013	1.769.204	€ 254.413	€ 0,1	€ 271.964	€ 0,2	€ 140.025	€ 0,1
Jul-dec 2013	1.766.739	€ 306.786	€ 0,2	€ 328.035	€ 0,2	€ 167.972	€ 0,1
Jan-jun 2014	1.493.161	€ 420.482	€ 0,3	€ 441.007	€ 0,3	€ 225.155	€ 0,2
Jul-dec 2014	1.510.902	€ 503.528	€ 0,3	€ 511.768	€ 0,3	€ 271.715	€ 0,2
Jan-jun 2015	1.224.112	€ 532.659	€ 0,4	€ 587.912	€ 0,5	€ 296.905	€ 0,2
Jul-dec 2015	1.228.753	€ 513.689	€ 0,4	€ 561.497	€ 0,5	€ 293.104	€ 0,2

Definitie: Het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode.

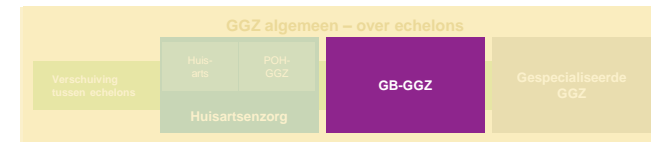
Data

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
- Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 173 tot 366 praktijken (wisselend per jaar)
- Population at risk is aantal ingeschreven patiënten in de geïncludeerde praktijken.

Meer informatie: Factsheet De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Derek de Beurs, Tessa Magnee, Dinny de Bakker en Peter Verhaak, 2016 NIVEL

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



2.4.2 GB-GGZ

2.4.2.1 Verdeling van producten binnen de GB-GGZ

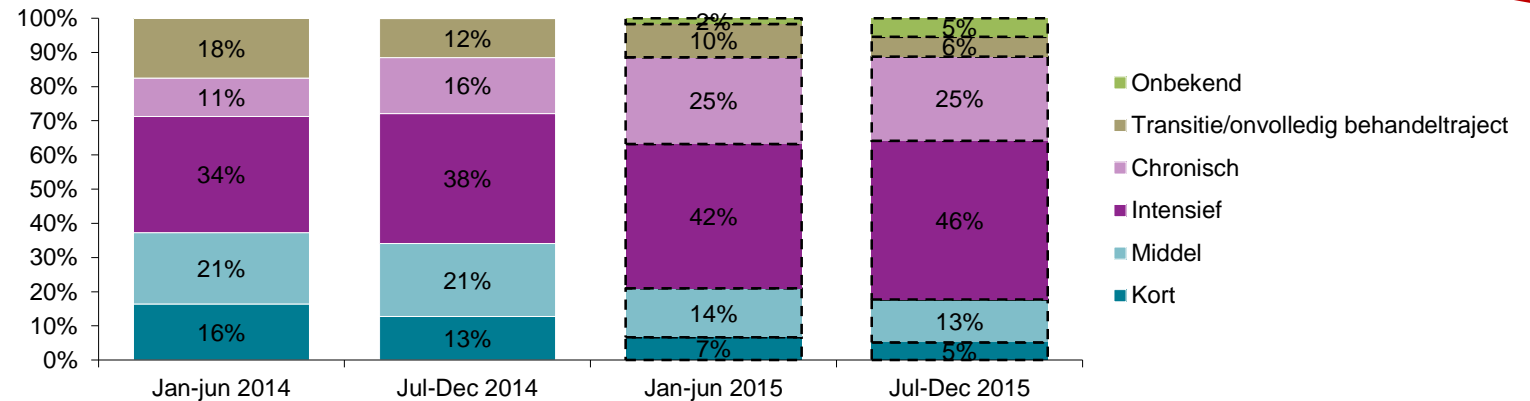
Definitie: deze verdeling is gemaakt op basis van aantal producten binnen de GB-GGZ.

In de regio analyse is bij nog niet gesloten producten het ingevulde verwachte product als uitgangspunt genomen.

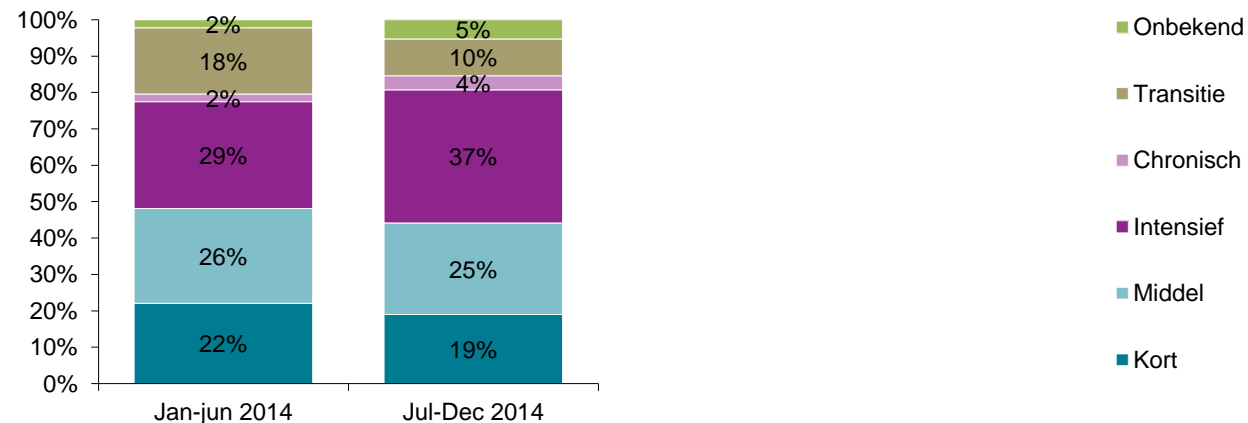
Toelichting stippellijn:

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

Regio analyse: Verdeling van producten binnen de GB-GGZ bij betrokken aanbieders

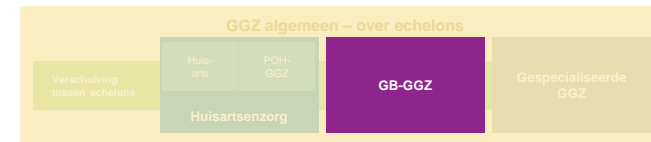


Landelijke analyse: Verdeling van producten binnen de GB-GGZ



2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



In de regio analyses zijn alle producten uit het eerste en tweede halfjaar van 2014 gesloten en is voor alle geopende producten een verwacht product ingevuld. In het eerste halfjaar van 2015 is 27% van de producten nog niet gesloten en voor 2% van de geopende producten het verwacht product niet ingevuld. Voor het tweede halfjaar van 2015 is dat respectievelijk 73% en 5%.

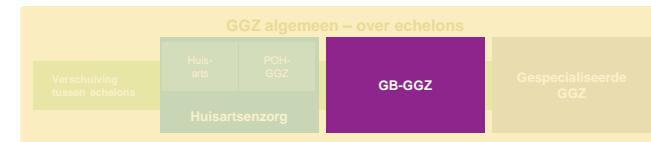
In de landelijke analyse zijn alle producten uit het eerste en tweede halfjaar van 2014 gesloten. In het eerste halfjaar van 2014 is voor 24% van de producten het verwacht product niet ingevuld en in het tweede halfjaar van 2014 voor 19% van de producten.

Het percentage producten waarvoor het verwacht product niet gevuld is, is hoger in de landelijke analyse. In de meeste gevallen (67%) gaat het echter om een transitieproduct.

- Voor nog niet gesloten producten is het mogelijk dat het type product nog wijzigt (zie verder paragraaf 2.4.2.2). Ten opzichte van de vorige rapportages is de verschuiving voor 2014 en het eerste halfjaar van 2015 echter beperkt.
- De productgroep Onvolledig behandeltraject bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. In 2014 heette deze categorie Transitieproduct. Dit product kan voorkomen wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een DSM IV diagnose, wanneer het een patiënt betreft die overgaat van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem (dit geldt alleen voor 2014, zie bijlage 6) en wanneer de problematiek te zwaar is om binnen de GB-GGZ behandeld te worden. Het percentage producten Onvolledig behandeltraject is afgenomen in 2015, doordat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is voor patiënten uit de EPZ systematiek.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is het aandeel van het product Intensief het grootst. Ook is zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse te zien dat het aandeel van de producten Kort en Middel afneemt. Het aandeel van de producten Intensief en Chronisch neemt juist toe. Ook het Transitieproduct, sinds 2015 Onvolledig behandeltraject, neemt af. In de regio analyses is te zien dat dezelfde trend zich in 2015 bij de betrokken aanbieders doorzet.
- Omdat de producten Intensief en Chronisch duurder zijn dan de producten Kort en Middel, kan de verandering in productmix ook een toename van de kosten met zich meebrengen. In de behandelkosten per patiënt in de regio analyses is dit echter nog niet zichtbaar. Mogelijk komt dit, doordat de data nog niet volledig zijn. In de landelijke analyse nemen de behandelkosten per patiënt tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 wel toe.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is het aandeel Onbekend het grootst in de laatste meetperiode. Dit was ook zichtbaar in voorgaande meetperiodes, maar het aandeel Onbekend nam steeds af als meer declaratiedata beschikbaar was.
- In de landelijke analyse is het aandeel van de producten Kort en Middel groter dan in de regio analyse.
 - Dit wordt mogelijk verklaard, doordat in de landelijke analyse ook data van vrijgevestigde aanbieders inzichtelijk is. Dat zou betekenen dat vrijgevestigde aanbieders meer gebruik maken van de producten Kort en Middel.
- In de regio analyses bestaan verschillen tussen de regio's. In één regio worden relatief meer producten Intensief geleverd en in een andere regio relatief meer producten Kort en Middel. Dit kan samenhangen met aanbod van de betrokken aanbieders in de regio's.

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon

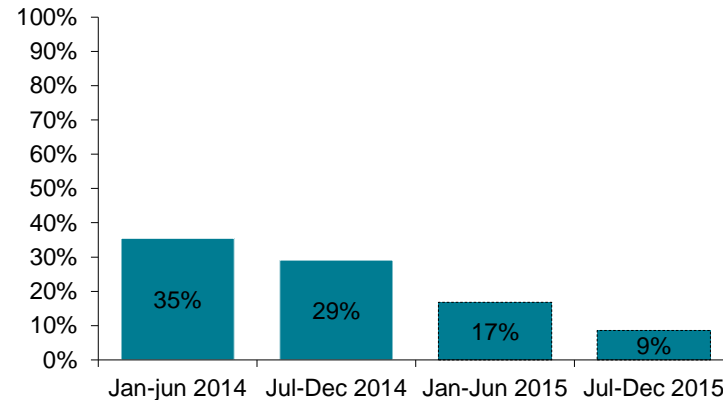


2.4.2.2 Percentage patiënten met gewijzigd product

Geen landelijk beeld

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

Regio analyse: Percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ bij betrokken aanbieders

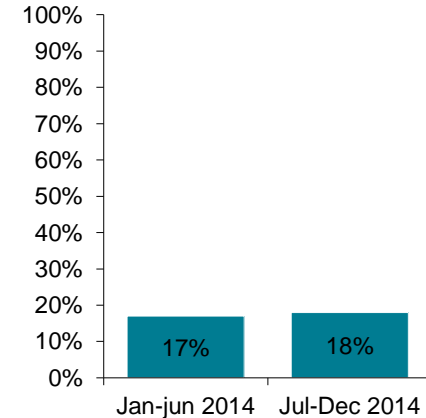


Regio analyse: Verwacht versus definitief product jan 2014-dec 2015 bij betrokken aanbieders

Geen landelijk beeld

Verwacht product	Definitief product					Totaal
	Kort	Middel	Intensief	Chronisch	Transitie/Onvolledig	
Kort	429	32	14	0	332	807
Middel	435	1.433	159	0	716	2.743
Intensief	652	899	4.576	13	2.082	8.222
Chronisch	154	125	110	1.750	1.417	3.556
Transitie/Onvolledig	4	0	1	0	782	787
Totaal	1.674	2.489	4.860	1.763	5.329	16.115

Landelijke analyse: Percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ



Toelichting stippellijn:

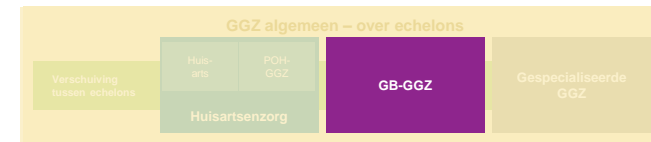
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

Landelijke analyse: Verwacht versus definitief product jan 2014-dec 2014

Verwacht product	Definitief product					Totaal
	Kort	Middel	Intensief	Chronisch	Transitie	
Kort	34.208	2.175	846	22	64	37.315
Middel	9.206	49.674	7.539	81	46	66.546
Intensief	3.832	7.465	65.819	133	54	77.303
Chronisch	540	643	688	7.252	12	9.135
Transitie	2.396	2.993	4.540	313	42.807	53.049
Totaal	50.182	62.950	79.432	7.801	42.983	243.348

2. Verdieping bevindingen

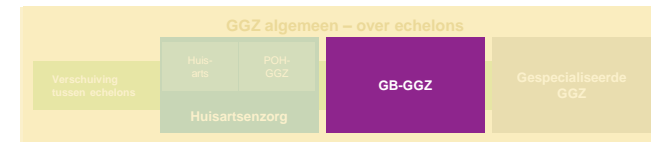
2.4 Bevindingen per echelon



- In de regio analyses is 100% van de producten van het eerste halfjaar van 2014 gesloten, 99% voor het tweede halfjaar van 2014, 73% voor het eerste halfjaar van 2015 en 27% voor het tweede halfjaar van 2015. Vooral voor het tweede halfjaar van 2015 is dus nog sprake van een onderschatting. Voor de landelijke analyse zijn alle producten uit het eerste en tweede halfjaar van 2014 gesloten.
- Betrokken aanbieders geven aan dat het verwachte product soms overschreven wordt als de verwachting verandert. Dit betekent dat niet met zekerheid vaststaat dat het verwachte product ook het product is dat in eerste instantie als verwacht product is aangemerkt. Dit geldt zowel voor de regio analyse als voor de landelijke analyse.
- Zowel uit de regio analyses als uit de landelijke analyse blijkt dat de meeste definitieve producten overeenkomen met de verwachte producten, deze producten worden dus niet gewijzigd.
- In de regio analyses is te zien dat bij de betrokken aanbieders het percentage patiënten voor wie het verwachte product anders is dan het definitieve product, tussen 2014 en 2015 steeds verder afneemt (hoewel de percentages voor 2015, met name het tweede halfjaar, nog een onderschatting zijn). De cijfers van 2014 zijn wel compleet en laten ook een dalende trend zien. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Instellingen zijn steeds beter in staat om het product voor een patiënt goed in te schatten, waardoor wijzigen van het product niet meer nodig is.
 - Na de introductie van de GB-GGZ werd nog gestuurd op het aantal minuten per product, terwijl zorgaanbieders nu meer sturen op de zorginhoud. Bij het sturen op minuten werd mogelijk vaker een product gewijzigd, als de minuten hoger of lager uitkwamen dan verwacht. Bij het sturen op zorginhoud is wijzigen niet of minder nodig.
 - Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan het niet wijzigen van producten. Dit kan ertoe leiden dat zorgaanbieders een product niet wijzigen als het anders eindigt dan vooraf verwacht.
- In de landelijke analyse is het percentage gewijzigde producten tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 stabiel.
- Het percentage gewijzigde producten is hoger in de regio analyses dan in de landelijke analyse. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
 - Het verschil in het percentage gewijzigde producten is groot tussen de verschillende betrokken aanbieders in de regio analyse. Het beeld van de regio analyse kan daardoor bepaald zijn door een aantal betrokken aanbieders bij wie het percentage gewijzigde producten hoog is.
 - In de regio analyses wordt gebruikt gemaakt van data van betrokken aanbieders. Zij leveren data over openstaande en nog niet gedeclareerde producten. In de landelijke analyse wordt gebruik gemaakt van declaratiedata. Deze twee kunnen van elkaar verschillen, bijvoorbeeld doordat de data van deelnemende aanbieders nog niet gevalideerd is voor declaratie bij zorgverzekeraars.
 - Mogelijk sluiten vrijgevestigde aanbieders producten minder vaak anders af dan verwacht, dan instellingen.

2. Verdieping bevindingen

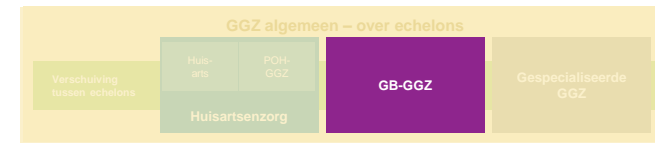
2.4 Bevindingen per echelon



- De tabellen geven de som weer van het aantal producten verwacht versus definitief in alle verslagperioden. De tabel van de regio analyses laat dus de resultaten zien over de periode januari 2014 tot en met december 2015. De tabel van de landelijke analyse laat de resultaten zien over de periode januari 2014 tot en met december 2014. De aantallen zijn dus niet één-op-één vergelijkbaar.
- Wel is zichtbaar dat zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, producten vaker lager worden afgesloten dan verwacht, dan hoger dan verwacht.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse, komt het product Intensief het vaakst voor. In de regio analyse worden de producten Chronisch, Middel en Kort het vaakst gewijzigd (respectievelijk 51%, 48% en 47%). Het product Intensief wordt in 44% van de gevallen gewijzigd en het transitieproduct/onvolledig behandeltraject maar in 1% van de gevallen. In de landelijke analyse worden de producten Middel, Chronisch en Transitie het vaakst gewijzigd (respectievelijk 25%, 21% en 19%). Het product Intensief wordt in 15% van de gevallen gewijzigd en het product Kort in 8% van de gevallen. Dit verschil tussen de regio analyse en de landelijke analyse hangt mogelijk samen met het hoger percentage gewijzigde producten in de regio analyse en de verklaringen die hiervoor zijn gegeven op de vorige pagina.

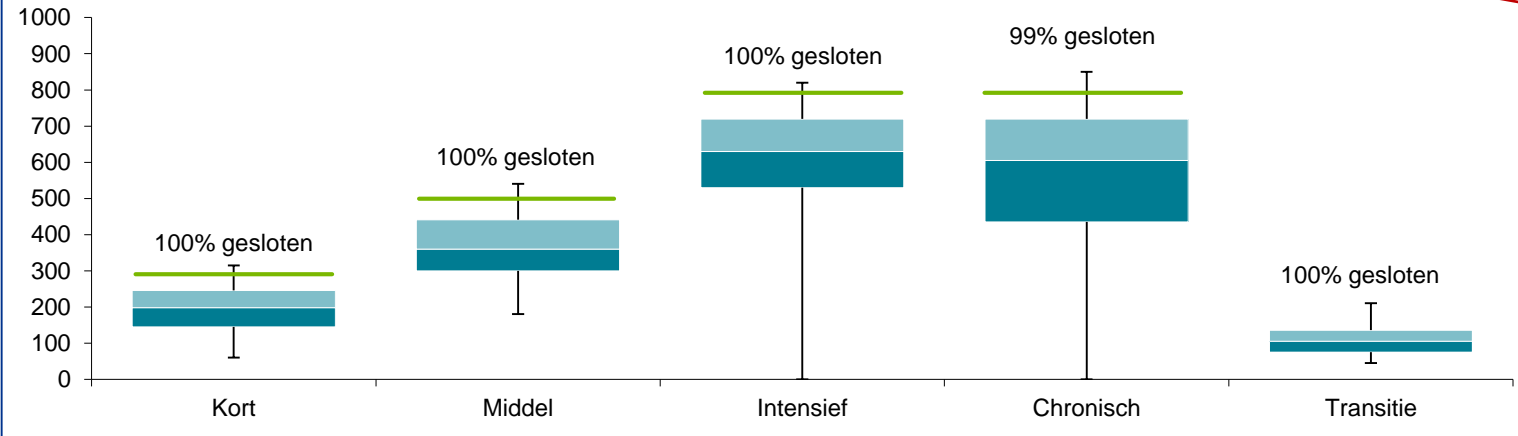
2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



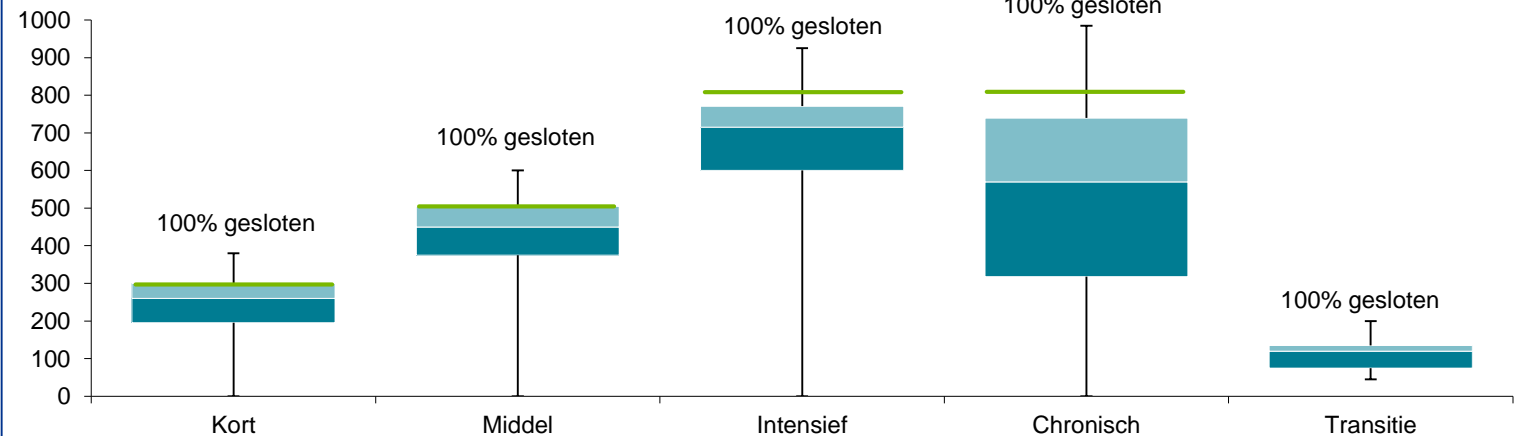
2.4.2.3 Verdeling van aantal minuten per product

Regio analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2014 bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2014



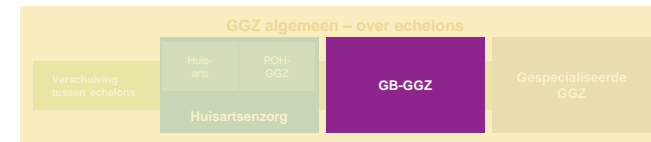
Definitie: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type. Openstaande producten zijn niet meegenomen in de analyse.

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

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

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon

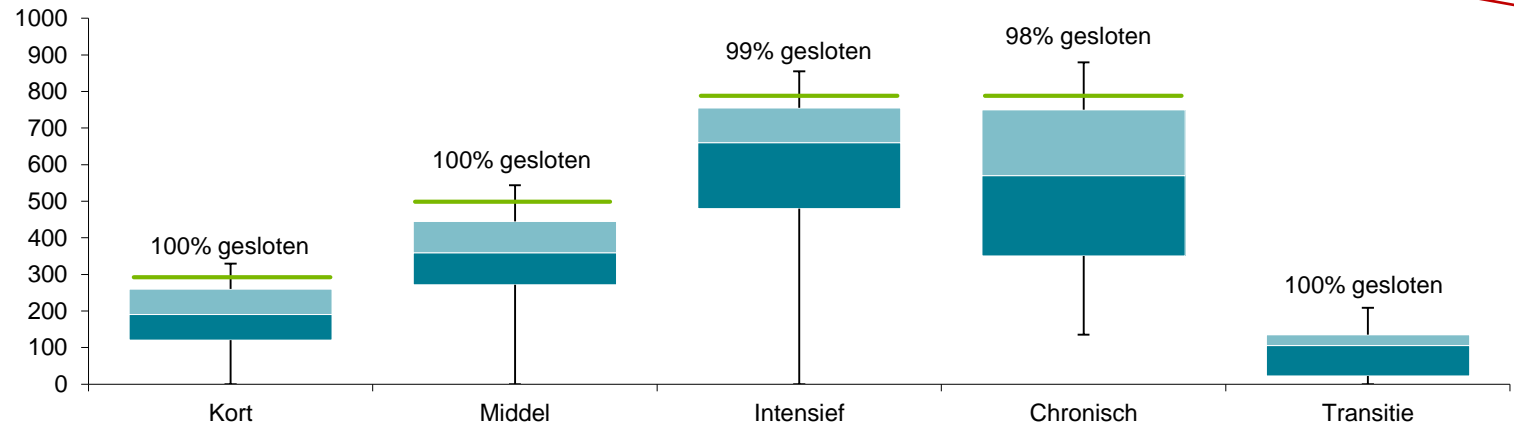


Definitie: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type. Openstaande producten zijn niet meegenomen in de analyse.

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

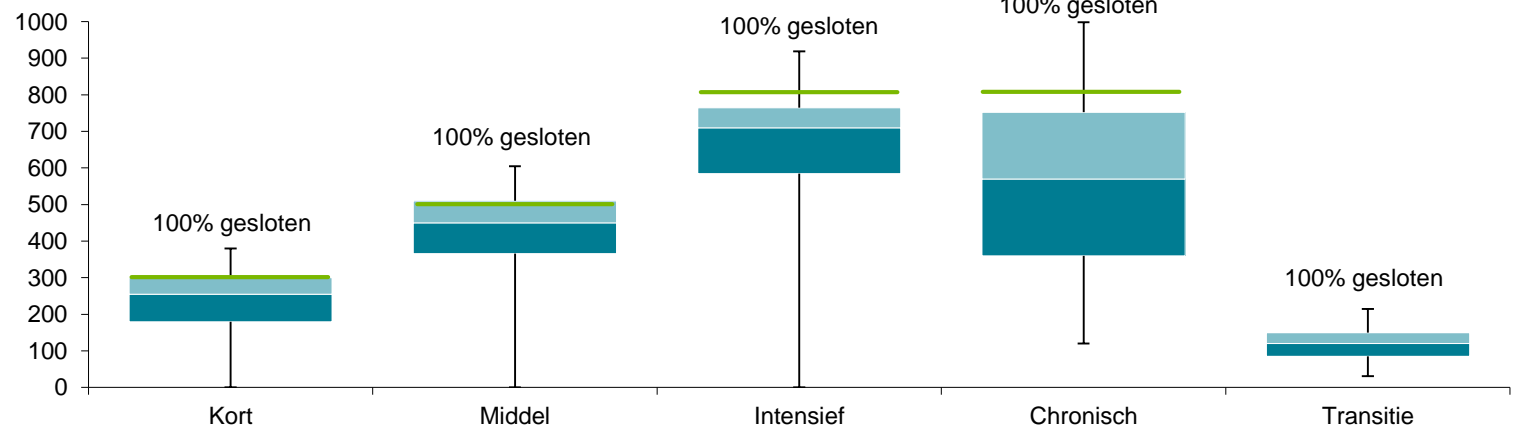
In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

Regio analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jul-dec 2014 bij betrokken aanbieders



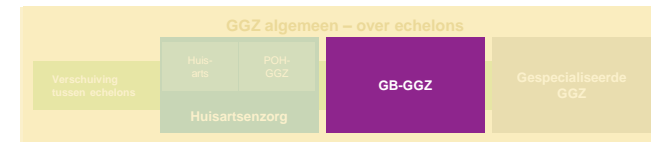
Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jul-dec 2014



2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



Definitie: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type. Openstaande producten zijn niet meegenomen in de analyse.

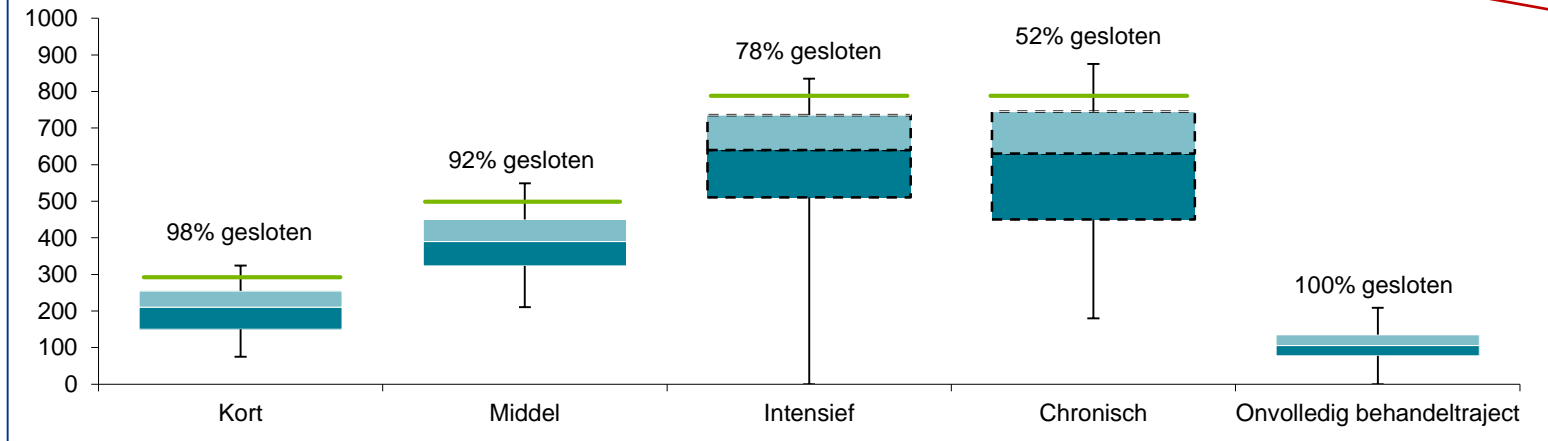
Het onderste streepje geeft het 5^e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95^e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25^e percentiel en eindigt bij de het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

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

Toelichting stippellijn:

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

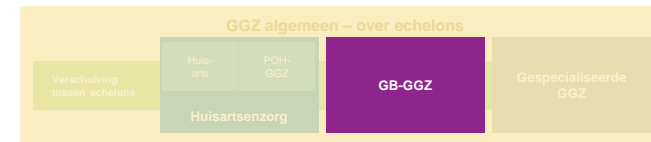
Regio analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2015 bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



Definitie: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type. Openstaande producten zijn niet meegenomen in de analyse.

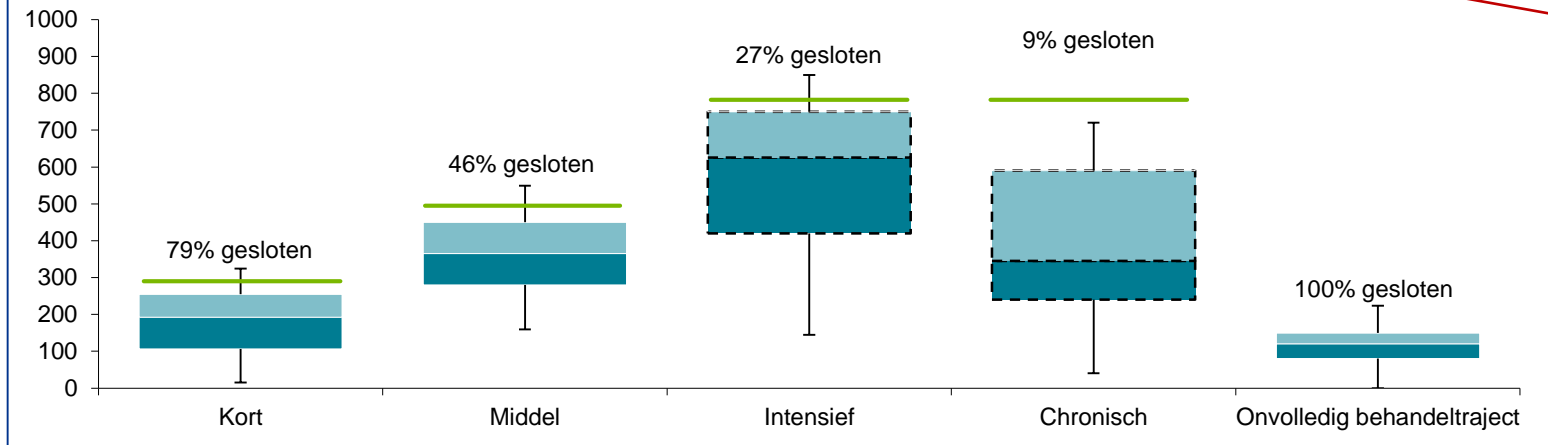
Het onderste streepje geeft het 5^e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95^e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25^e percentiel en eindigt bij de het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

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

Toelichting stippellijn:

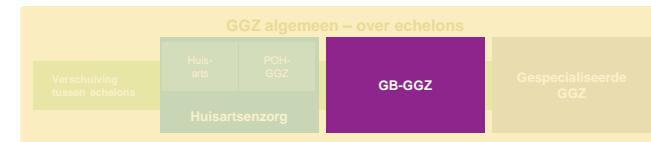
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

Regio analyse: Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jul-dec 2015 bij betrokken aanbieders



2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon

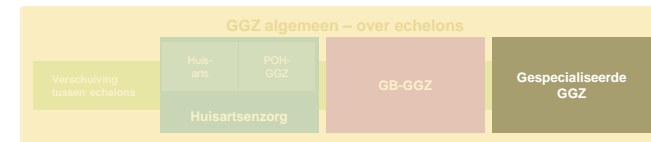


**Rapport van HHM:
Generalistische Basis GGZ:
Verwijsmodel en
productbeschrijvingen, januari
2013.*

- Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen. Bij openstaande producten staat immers nog niet vast of het product ook als hetzelfde type gesloten zal worden (zie verder 3.4.2.2). De percentages gesloten producten zijn opgenomen in de figuur.
- In de regio analyses is het beeld bij de betrokken aanbieders ten opzichte van de vorige rapportage niet veel gewijzigd, terwijl wel meer producten gesloten zijn. Wel is de spreiding in het aantal minuten per product kleiner en is de mediaan van het product Chronisch hoger het eerste halfjaar van 2015. Van het product Chronisch waren in de vorige rapportage in deze periode ook de minste producten gesloten. In het tweede halfjaar van 2015 is de mediaan van het product Chronisch weer een stuk lager dan in voorgaande perioden. Van het product Chronisch is echter pas 9% gesloten. Verwacht wordt dat de mediaan weer hoger wordt als meer producten gesloten zijn.
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse blijft bij alle typen producten in alle perioden de mediaan van het aantal minuten per product onder de HHM tijdsinschatting*. In de meeste gevallen blijft zelfs 75% van de producten onder de tijdsinschatting (75^e percentiel).
 - Een mogelijke verklaring hiervoor is dat instellingen toch meer sturen op minuten dan op zorginhoud. In dit kader zou het interessant zijn om het aantal minuten per product verder te onderzoeken, en daarbij het onder de tijdsinschatting blijven van het aantal minuten.
- Ook is zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse de spreiding het grootst bij het product Chronisch. In de regio analyses is in het tweede halfjaar van 2015 de spreiding ook groot voor het product Intensief.
 - Mogelijk komt dit doordat bij dit type product de doelgroep waarvoor het product ingezet wordt gemêleerd is. Het product wordt bijvoorbeeld ingezet als vervolgproduct, naast een product Kort, Middel of Intensief of voor patiënten die alleen voor medicatiecontacten komen.
- In de landelijke analyse ligt in 2014 de mediaan van het aantal minuten per product in de meeste gevallen hoger dan in de regio analyses. Uitzondering hierop is het product Chronisch. Het verschil is het grootst voor het product Middel, waar de mediaan 90 minuten hoger ligt in de landelijke analyse.

2. Verdieping bevindingen

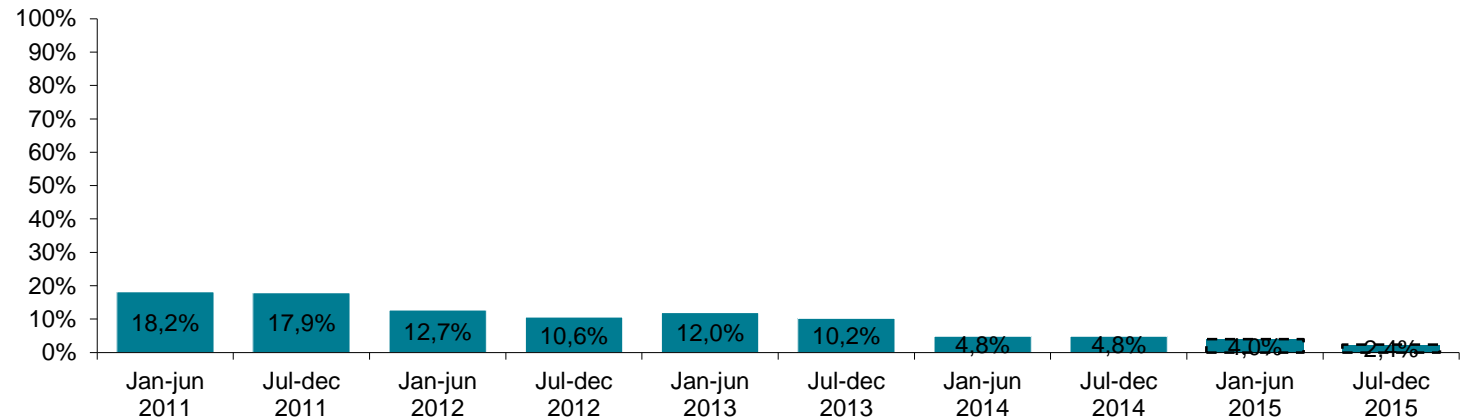
2.4 Bevindingen per echelon



2.4.3 Gespecialiseerde GGZ

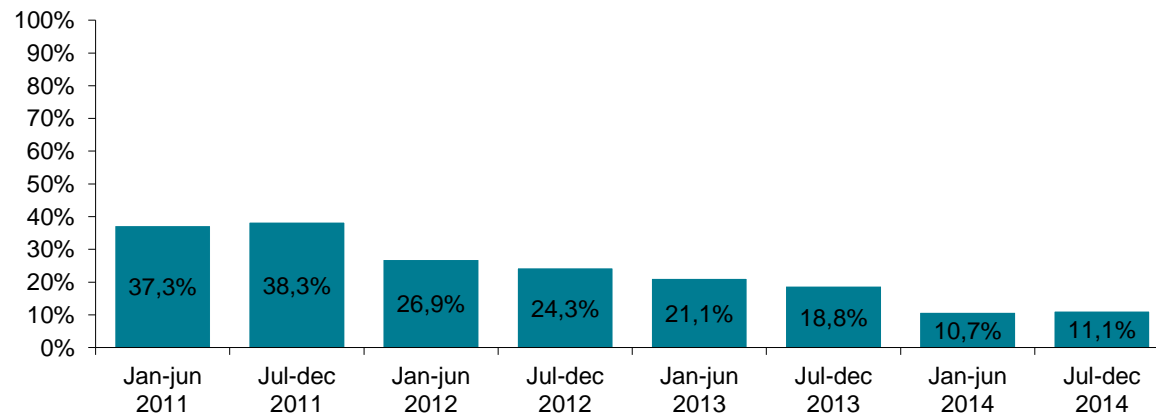
2.4.3.1 Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten

Regio analyse: Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten bij betrokken aanbieders



Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten



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:

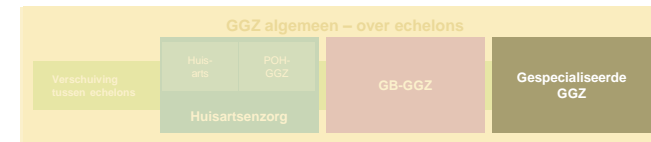
- DBC's met een verblijfscomponent
- Vervolg DBC's
- Diagnostiek DBC's
- Crisis DBC's
- Patiënten waarvoor binnen 1 maand na sluiten van de DBC een nieuwe DBC wordt geopend met dezelfde diagnose

Toelichting stippellijn:

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

2. Verdieping bevindingen

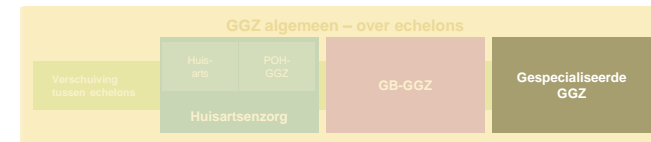
2.4 Bevindingen per echelon



- Voor de regio analyse geeft deze indicator een onderschatting voor het eerste en tweede halfjaar van 2015, want deze indicator kan alleen bepaald worden voor gesloten DBC's. Voor deze periodes geldt dat op moment van data aanlevering respectievelijk 58% en 32% van de DBC's gesloten was (zie Bijlage 5).
- Zowel in de regio analyses als in de landelijke analyse is een dalende trend zichtbaar in het aantal DBC's minder dan 800 minuten.
 - Dit is conform de verwachting, omdat met de invoering van de GB-GGZ de lichtere problematiek (deels geleverd in DBC's met minder dan 800 minuten) gesubstitueerd kon worden naar de GB-GGZ.
 - In 2014 en 2015 maakte de afname van kortdurende DBC's in de gespecialiseerde GGZ ook onderdeel uit van de contracten van een aantal zorgverzekeraars. Dit kan ook meespelen in de afname van het aantal kortdurende DBC's in de gespecialiseerde GGZ.
- In de landelijke analyse is het percentage patiënten met een DBC minder dan 800 minuten in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ in alle perioden hoger dan in de regio analyse. Een mogelijke verklaring is:
 - De landelijke analyse bevat ook data van vrijgevestigde aanbieders. Zij boden in de tweedelijner vaker dan instellingen kortdurende, monodisciplinaire zorg.
 - In de regio analyses wordt gebruik gemaakt van data van betrokken aanbieders. Zij leveren data over openstaande en nog niet gedeclareerde producten. In de landelijke analyse wordt gebruik gemaakt van declaratiedata. Deze twee kunnen van elkaar verschillen, bijvoorbeeld doordat de data van deelnemende aanbieders nog niet gevalideerd is voor declaratie bij zorgverzekeraars.
 - Enkele van de betrokken aanbieders geven aan dat zij al voor 2014 inspeelden op de komst van de GB-GGZ en DBC's met weinig minuten naar de EPZ substitueerden.

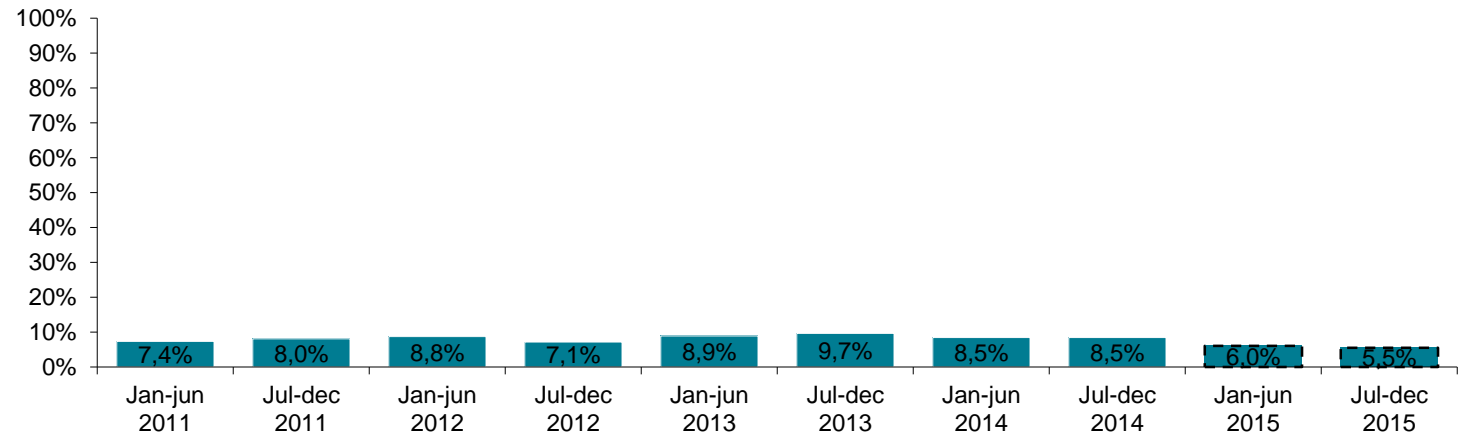
2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon

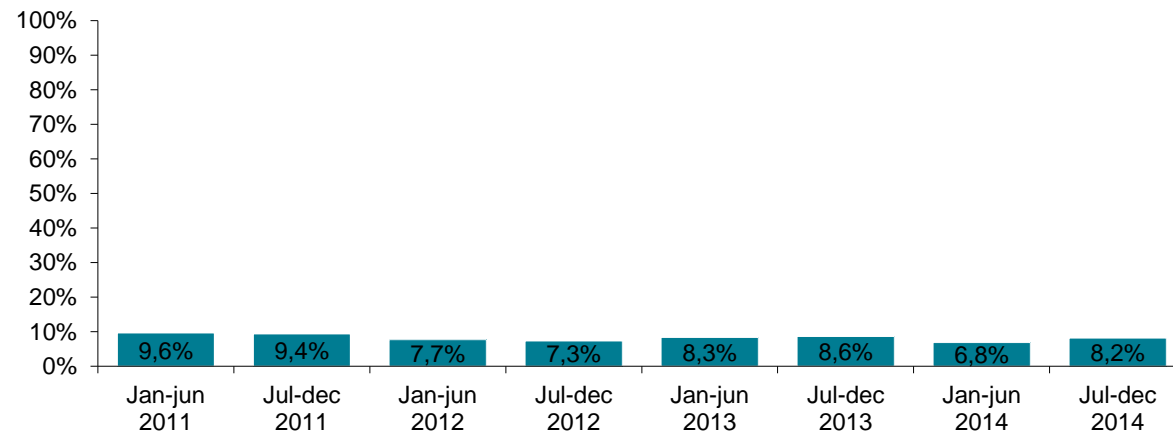


2.4.3.2 Percentage patiënten met een diagnostiek DBC

Regio analyse: Percentage patiënten met een diagnostiek DBC bij betrokken aanbieders



Landelijke analyse: Percentage patiënten met een diagnostiek DBC



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.

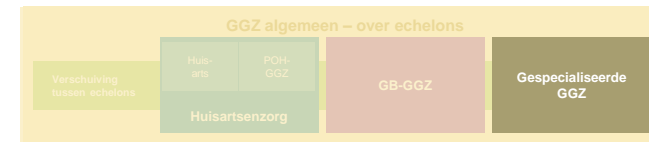
In de teller zijn alleen patiënten meegenomen die naast de diagnostiek DBC geen andere DBC's in de 2e lijn of gespecialiseerde GGZ hadden.

Toelichting stippellijn:

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

2. Verdieping bevindingen

2.4 Bevindingen per echelon



- In de regio analyses geven het eerste en tweede halfjaar van 2015 een onderschatting, omdat nog niet alle (diagnostiek) DBC's zijn afgesloten. Voor deze periodes geldt dat op moment van data aanlevering respectievelijk 58% en 32% van de DBC's gesloten was (zie Bijlage 5).
- Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de afspraken die in de onderhandeling tussen zorgaanbieders en verzekeraars worden gemaakt over het aantal diagnostiek DBC's dat aanbieders leveren. Dalingen en stijgingen in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC kunnen mogelijk deels verklaard worden door afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld niet meer dan 10% diagnostiek DBC's).
- De regio analyses en de landelijke analyse laten beiden een fluctuerend beeld zien van het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ. De percentages van de regio analyse en de landelijke analyse zijn wel vergelijkbaar.

Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Toelichting op kwantitatieve data
4. Regio afbakening voor regio analyses
5. Achtergronden data analyse
6. Gebruikte coderingen
7. 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 patiënt/ patiënt door de huisarts actief betrokken bij de beoordeling van de besluitvorming over de verwijzing.
- Inzicht geven of de invoering van de stelselwijziging GGZ bijdraagt aan kwaliteit van zorg in de keten van GGZ.
- Inzicht geven in het type (inkoop) afspraken die verzekeraars en aanbieders maken over de invoering van de stelselwijziging GGZ. Is er voor verzekeraars voldoende informatie om de inkoopfunctie goed te kunnen vormgeven?

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Indicatoren regio analyse

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg (inclusief POH- GGZ)	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder
GB-GGZ	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar GB-GGZ
S-GGZ	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
	% patiënten met diagnostiek DBC
	Echelon(s) waarin patiënten S-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar S-GGZ
Over echelons	# patiënten in zorg per echelon
	Totale behandelkosten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
	Totale medicatiekosten per echelon
	% patiënten met medicatie per echelon
	Medicatiekosten per patiënt per echelon

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Indicatoren landelijke analyse

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg (inclusief POH- GGZ)	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	% huisartsen met een POH-GGZ
GB-GGZ	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
S-GGZ	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
	% patiënten met diagnostiek DBC
	Echelon(s) waarin patiënten S-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
Over echelons	# patiënten in zorg per echelon
	% patiënten in zorg per echelon
	Totale behandelkosten per echelon
	% behandelkosten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
	Totale medicatiekosten per echelon
	% patiënten met medicatie per echelon
	Medicatiekosten per patiënt per echelon

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Niet weergegeven indicatoren

Enkele indicatoren zijn in voorgaande rapportages wel weergegeven, maar in de huidige rapportage niet. Ook zijn er enkele indicatoren die ofwel alleen voor de regio analyse weergegeven zijn, ofwel alleen voor de landelijke analyse. In onderstaande tabel zijn deze indicatoren opgenomen, inclusief de reden waarom ze niet zijn weergegeven.

Indicator	Niet weergegeven in regio analyse of landelijke analyse?	Reden van niet weergegeven
% patiënten per echelon	Regio analyse	Geeft op regio niveau een vertekend beeld doordat een groot deel van de EPZ en GB-GGZ niet in beeld door de afwezigheid van data van vrijgevestigde aanbieders.
% behandelkosten per echelon	Regio analyse	Geeft op regio niveau een vertekend beeld doordat een groot deel van de EPZ en GB-GGZ niet in beeld door de afwezigheid van data van vrijgevestigde aanbieders.
% huisartsen met een POH-GGZ	Regio analyse	Door de beschikbaarheid van landelijke data, is deze indicator nooit op regio niveau weergegeven, maar altijd op landelijk niveau.
% patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar	Regio analyse Landelijke analyse	De indicator heeft als doel de mate van “matched care” inzichtelijk te maken. De huidige indicatoren die patiëntstromen in kaart brengen (echelons waarin patiënten in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen), meten “matched care” echter specifieker.
Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar GB-GGZ	Landelijke analyse	Besloten is om voor de landelijke analyse een set aan kernindicatoren weer te geven, waarbij gekeken is naar de zeggingskracht en het belang van de indicator in het kader van de monitor. Deze indicator behoort niet tot de kernindicatoren.
Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar S-GGZ	Landelijke analyse	Besloten is om voor de landelijke analyse een set aan kernindicatoren weer te geven, waarbij gekeken is naar de zeggingskracht en het belang van de indicator in het kader van de monitor. Deze indicator behoort niet tot de kernindicatoren.

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Indicator	Niet weergegeven in regio analyse of landelijke analyse?	Reden van niet weergeven
Echelon(s) waarin patiënten in de GB-GGZ in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen (bij betrokken aanbieders)	Landelijke analyse	Omdat in de landelijke analyse alleen data over 2014 beschikbaar is, kan geen jaar teruggekeken worden. Uit eerdere metingen van de regio analyse en uit de huidige meting van de landelijke analyse, blijkt dat een halfjaar terugkijken bij deze indicator een vertekend resultaat oplevert.
Echelon(s) waarin patiënten in de S-GGZ in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen (bij betrokken aanbieders)	Landelijke analyse	
% patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product	Regio analyse Landelijke analyse	Uit voorgaande rapportage bleek het resultaat van deze indicatoren minder dan 2%, waardoor de zeggingskracht van deze indicatoren laag is. Daarnaast hoeft de doorlopen route niet per definitie “niet passend” te zijn. De indicatoren die meten in welke echelons patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen meten geen specifieke route, maar geven wel een beter beeld van “matched care”. Op landelijke niveau is het tevens nog niet mogelijk om deze indicatoren te meten. In deze indicatoren wordt 365 dagen terug gekeken na sluiting van het laatste product. Omdat we alleen over landelijke data van 2014 beschikken, kan nog niet 365 dagen terug gekeken worden (in het nieuwe systeem van de basis GGZ).
% patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten S-GGZ product	Regio analyse Landelijke analyse	
% patiënten dat zorg ontvangt in twee verschillende echelons 365 dagen na laatste POH-GGZ consult	Regio analyse Landelijke analyse	
Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder	Landelijke analyse	De landelijke data over 2014 zijn gebruikt om de regio analyse van deze indicator specifieker te maken. Waar in voorgaande rapportages alleen verwijzingen naar de deelnemende aanbieders inzichtelijk waren, kan met de beschikbaarheid van landelijke data gekeken worden naar verwijzingen naar alle aanbieders. Op landelijk niveau kan deze indicator niet geanalyseerd worden, omdat niet op landelijke niveau inzichtelijk is welke aanbieders bij welke huisartsen POH's-GGZ gedetacheerd hebben.

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:

- Regio analyses:
 - Patiëntgegevens algemeen (postcode, leeftijd, etc.)
 - POH-GGZ
 - EPZ (vóór 1 januari 2014)
 - Farmacie
- Landelijke analyse:
 - Alle data

De betrokken aanbieders hebben data geleverd met betrekking tot:

- Regio analyses:
 - 2e lijns GGZ (vóór 1 januari 2014)
 - GB-GGZ (vanaf 1 januari 2014)
 - Gespecialiseerde GGZ (vanaf 1 januari 2014).
- Landelijke analyse:
 - Geen data

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

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

Verslagperiode

Deze rapportage heeft betrekking op de jaren 2011 tot en met 2014 en het eerste en tweede halfjaar van 2015. De verslagperioden betrekken een halfjaar. Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om enkele indicatoren te bepalen voor 2011.

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Leeftijdscategorieën

De figuren in deze rapportage omvatten zorg geleverd aan patiënten van 18 jaar en ouder. Per 1 januari 2015 is jeugd GGZ overgeheveld naar gemeenten. Deze zorg is voor Vektis niet meer inzichtelijk en daarover wordt dan ook niet gerapporteerd.

Aandachtspunten bij interpretatie data

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

- In de **regio analyses** worden resultaten weergegeven van betrokken aanbieders. De resultaten geven dus geen volledig beeld van de regio's.
 - Voor zorg geleverd in de EPZ, 2^e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is uitgegaan van zorg geleverd door de betrokken zorgaanbieders. Dit betekent dat voor deze echelons niet alle zorg in de regio's in kaart is gebracht, maar alleen dat deel van de zorg dat geleverd is door deze betrokken aanbieders.
 - Uitzondering hierop is data met betrekking tot zorg geleverd door de POH-GGZ. Alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's is meegenomen.
- Bij het interpreteren van indicatoren met betrekking tot medicatie dient in de regio analyse rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. De kosten in het tweede halfjaar van 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- De indicatoren gaan over verzekerden met een declaratie bij:
 - de POH-GGZ (2011 tot en met december 2015)
 - EPZ (2011-2013)
 - 2^e lijn (2011-2013)
 - GB-GGZ (incl. product Onvolledig behandeltraject) (2014 en januari tot en met december 2015)
 - Gespecialiseerde GGZ (DBC's en geselecteerde OVP's) (2014 en januari tot en met december 2015)
- Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek bestaat het echelon 'huisartsenzorg' alleen uit zorg geleverd door de POH-GGZ. Voor zorg geleverd door de huisarts is niet te onderscheiden of deze zorg GGZ-zorg was. Patiënten die alleen bij de huisarts komen voor hun psychische problematiek zijn dan ook niet meegenomen in de analyses. Uitzondering hierop zijn de analyse van het Nivel (zie paragraaf 2.4.1.2 tot en met paragraaf 2.4.1.6).

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Bronnen

¹ *Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ*

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

Aandachtspunten bij interpretatie data – vervolg

- Data met betrekking tot EPZ zorg in 2011, 2012 en 2013 is geleverd door Vektis. Vektis heeft alleen beschikking tot data met betrekking tot verzekerde zorg (zowel basis als aanvullende verzekering). Onverzekerde zorg geleverd in de EPZ is niet meegenomen in de analyses. De analyses geven dus mogelijk een onderschatting van de totale zorg geleverd in de EPZ.
- De analyses met betrekking tot kosten zijn uitgevoerd op declaratiebedragen. Voor de verrekening van opbrengstverschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) gold tot 2012 een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven¹. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen². Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat de kosten in deze rapportage tussen 2011 en 2012 en de daaropvolgende jaren, niet geheel vergelijkbaar zijn.
- De openingsdatum van een product bepaalt aan welke verslagperiode het product wordt toegewezen. In de regio analyse zijn gegevens over deze producten bijgewerkt tot half februari 2016 (# minuten, type product, etc.) en in de landelijke analyse zijn gegevens bijgewerkt tot 1 maart.
- Momenteel voeren zorgverzekeraars landelijke materiële controles uit bij GGZ-aanbieders. Het doel van deze controles is het toetsen van de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders en/of het vaststellen van de doelmatigheid van behandelingen. Deze controles kunnen leiden tot bijstellingen van de kosten van GGZ-instellingen. Dit betekent dat de kosten, zoals weergegeven in deze rapportage, nog naar beneden bijgesteld kunnen worden.
- Eén van de betrokken aanbieders doet mee aan een pilot project, waarbij een vijfde product in de GB-GGZ wordt aangeboden: Umami. Het tarief van deze prestatie is gebaseerd op een ureninzet van 1.300 tot 1.800 minuten. Omdat resultaten met betrekking tot dit vijfde product direct herleidbaar zijn naar de aanbieder die het product aanbiedt, zijn de resultaten niet opgenomen in de rapportage.
- De resultaten van de indicatoren uit de regio analyse met betrekking tot het inschrijftarief van de POH-GGZ en de behandelkosten per patiënt (waarin het inschrijftarief van de POH-GGZ is meegenomen), zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de resultaten die in de vorige rapportage zijn gepresenteerd. In de vorige rapportage zijn bij de data analyse per abuis de kosten voor het inschrijftarief voor ingeschreven verzekerden van 18 jaar en jonger geïnccludeerd.

Bijlage 4 – Regio afbakening voor regio analyses

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.

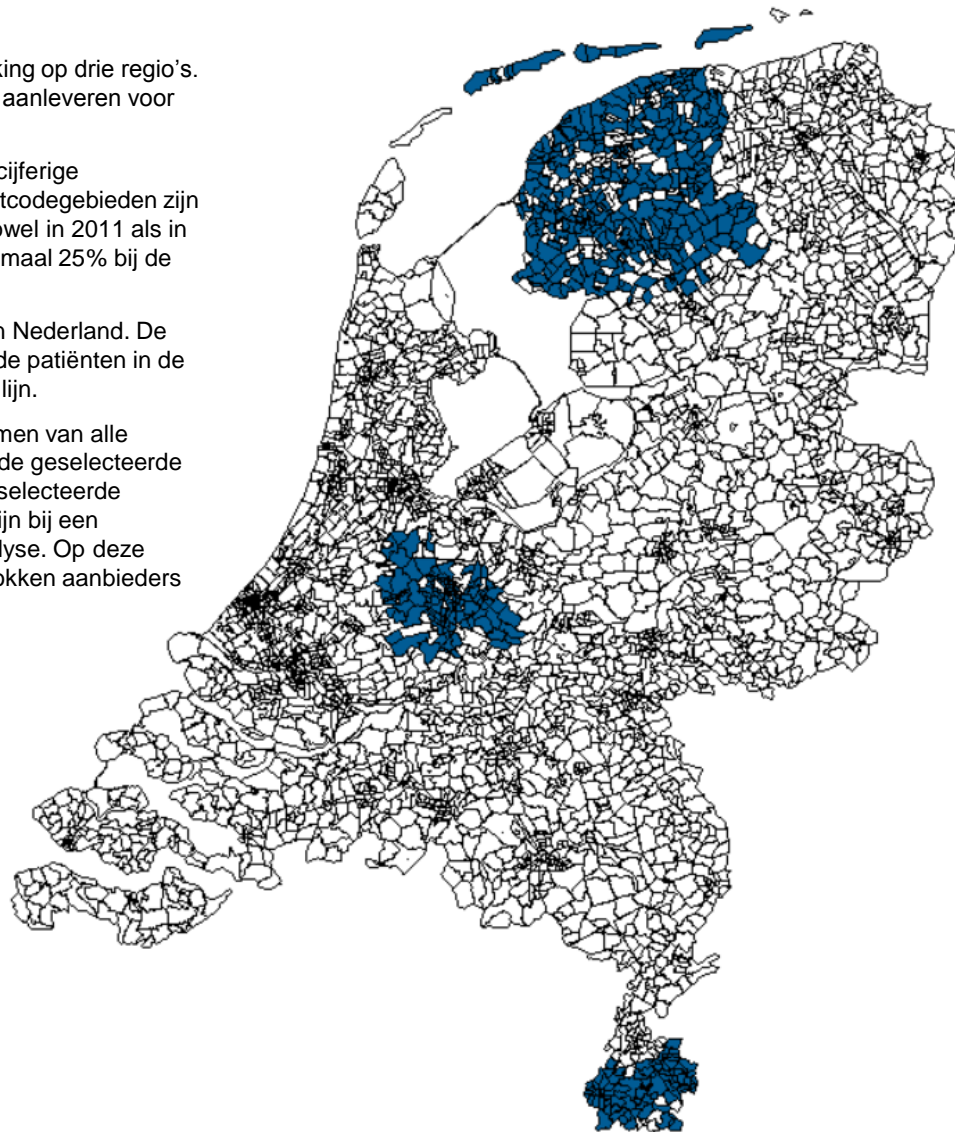
De regio analyses in deze rapportage hebben betrekking op drie regio's. In bijlage 6 staat welke aanbieders uit de regio's data aanleveren voor deze analyses in de monitor.

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^e 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 3,8% 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

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

Toewijzing zwaarste echelon

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

- Indicatoren met betrekking tot kosten: kosten worden meegenomen in het echelon waarin ze worden gemaakt;
- Indicatoren specifiek voor producten in GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ: hierbij worden alle producten bekeken en niet alleen de producten van patiënten voor wie het betreffende echelon het zwaarste echelon is.
- Indicatoren met betrekking tot patiëntstromen: hier wordt gekeken naar alle echelons waarin de patiënt zorg ontvangen heeft.

Door patiënten toe te wijzen aan het zwaarste echelon, is er een percentage patiënten dat wel zorg ontvangt bij POH-GGZ, EPZ of GB-GGZ, maar niet is meegenomen in de analyses. We hebben de percentages in beeld gebracht.

Regio analyse: Percentage patiënten niet meegenomen in betreffende echelon omdat zij in zwaarder echelon ook zorg ontvingen in de verslagperiode

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jul-dec 2014	Jan-jun 2015	Jul-dec 2015
POH-GGZ*	11%	13%	12%	12%	11%	11%	12%	11%	11%	11%
EPZ	21%	25%	18%	18%	51%	45%	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
GB-GGZ	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	26%	21%	20%	21%

Geen landelijk beeld

Landelijke analyse: Percentage patiënten niet meegenomen in betreffende echelon omdat zij in zwaarder echelon ook zorg ontvingen in de verslagperiode

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jul-dec 2014
POH-GGZ*	21%	24%	22%	20%	21%	20%	19%	19%
EPZ	10%	13%	12%	11%	12%	12%	N.v.t.	N.v.t.
GB-GGZ	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	20%	18%

Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

Percentage afgesloten producten

Regio analyse

De resultaten van de indicatoren in de regio analyse zijn bepaald op basis van data zoals deze half februari 2016 beschikbaar waren bij de betrokken aanbieders. Op dat moment waren nog niet alle geopende producten reeds afgesloten (in POH-GGZ, 2^e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ).

Voor de POH-GGZ data geldt voor heel 2014 dat 100% gedeclareerd is. Voor het eerste halfjaar van 2015 is 96% gedeclareerd en voor het tweede halfjaar van 2015 43%.

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

Regio analyse: Percentage producten dat op het moment van de analyses gesloten was

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jun-dec 2014	Jan-dec 2015	Jul-dec 2015
2e lijn	100%	100%	100%	100%	100%	100%	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
GB-GGZ	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	100%	99%	73%	27%
Gespecialiseerde GGZ	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	100%	100%	58%	32%

Geen landelijk beeld

Landelijke analyse

De resultaten van de indicatoren in de landelijke analyse zijn gebaseerd op declaratiedata van alle zorgaanbieders over de jaren 2011 tot en met 2014. De verwerkingsdatum van deze data is 1 maart 2016. Vektis heeft alleen de beschikking over gedeclareerde data, dus alle producten in de analyses zijn gesloten.

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. Kanttekening 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 eerdere ervaringen met de methodiek lijken positief. In orde grootte sluit de extrapolatie daarom aan bij de verwachting:

- Voor de vorige rapportage hadden de betrokken aanbieders bijvoorbeeld voor het tweede halfjaar van 2014 € 35 miljoen aan DBC's in de gespecialiseerde GGZ aangeleverd. Door middel van opschaling is dit geëxtrapeleerd tot € 110 miljoen. Voor de huidige rapportage is door de betrokken aanbieders een nieuwe aanlevering gedaan voor het tweede halfjaar van 2014. Van deze aanlevering is nagenoeg compleet (99,69% van de producten is gesloten). De aanlevering was €110 miljoen.

Zodra het product gesloten is, worden de daadwerkelijke kosten in de eerstvolgende rapportage meegenomen. Dit betekent dat de cijfers in opvolgende rapportages steeds betrouwbaarder zullen zijn.

Bij 0,19% van de aangeleverde producten over alle verslagperioden (729 van de 390 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.

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

Tijdens de looptijd van de monitor GB-GGZ hebben een aantal fusies plaatsgevonden:

- Per 1 januari 2015 zijn Virenze en Riagg Maastricht gefuseerd. Beide aanbieders waren al betrokken bij het onderzoek en leveren nog steeds data aan. Deze fusie heeft daarom geen invloed op de data in het onderzoek.
- Per 1 januari 2015 zijn AZmn Indigo, Riagg Amersfoort en Indigo centraal gefuseerd tot één organisatie. Omdat de databases van deze organisaties samengevoegd zijn, was het niet mogelijk om de data van het voormalig Azmn Indigo apart aan te leveren. Dat betekent dat vanaf de rapportage van december 2015 de data van AZmn Indigo breder is dan in de rapportages voor december 2015. Dit is alleen van toepassing op de GB-GGZ. Tevens is het verschil beperkt, omdat de zorg geleverd in de regio's Amersfoort, de Veluwe en de Flevopolder door middel van de regio afbakening uit de data gefilterd wordt (zie ook Bijlage 4).

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/nervus/ gespannen gevoel	P16	Acuut alcohol misbruik/intoxicatie	P70	Seniele dementie/Alzheimer	Z01	Armoede/financieel probleem	Z15	Verlies/overlijden van partner
P02	Crisis/voorbijgaande stressreactie	P17	Tabaksmisbruik	P71	Andere organische psychose(n)	Z02	Probleem met voedsel/water	Z16	Relatieprobleem met kind
P03	Down/depressief gevoel	P18	Geneesmiddelmisbruik	P72	Schizofrenie	Z03	Probleem huisvesting/buurt	Z18	Probleem met ziekte van kind
P04	Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	P19	Drugsmisbruik	P73	Affectieve psychose	Z04	Probleem met sociale/culturele achtergrond	Z19	Verlies/overlijden van kind
P05	Zich oud voelen/gedragen	P20	Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen	P74	Angststoornis/angsttoestand	Z05	Probleem met werksituatie	Z20	Relatieprobleem met ouders/familie
P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	P21	Overactief kind/hyperkinetisch syndroom	P75	Hysterie/hypochondrie	Z06	Probleem met werkloosheid	Z21	Probleem met gedrag van ouders/familie
P07	Libido verlies/vermindering	P22	Andere zorgen gedrag kind	P76	Depressie	Z07	Probleem met opleiding	Z22	Probleem met ziekte van ouders/familie
P08	Seksuele bevrediging verlies/vermindering	P23	Andere zorgen gedrag adolescent	P77	Suicidepoging	Z08	Probleem met sociale verzekering/welzijnszorg	Z23	Verlies/overlijden van ouders/familie
P09	Bezorgdheid over seksuele voorkeur	P24	Specifiek leerprobleem	P78	Neurasthenie/surmenage	Z09	Probleem met justitie/politie	Z24	Relatieprobleem met vrienden
P10	Stamelen/stotteren/tics	P25	Levensfaseprobleem volwassene	P79	Andere neurose	Z10	Probleem toegankelijkheid/ beschikbaarheid gezondheidszorg	Z25	Probleem ten gevolge van geweld
P11	Eetprobleem(en) bij kind	P27	Angst voor psychische ziekte	P80	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:

¹ 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	Onvolledig behandeltraject

Voor declaratie van het product onvolledig behandeltraject in de GB-GGZ gelden de volgende richtlijnen¹:

- Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling afgesloten en wordt een product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- Indien voor een patiënt in 2013 een behandeling in het kader van 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 product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

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

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen

2^e lijn en gespecialiseerde GGZ

2^e lijn en gespecialiseerde GGZ

Voor de 2^e lijn en gespecialiseerde GGZ zijn alle DBC's meegenomen uit de codelijst van DBC onderhoud. Daarnaast hebben we ook onderstaande 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 6 – Gebruikte coderingen

Clustering AGB-codes

In paragraaf 2.3.2.2. en 2.3.3.2 zijn de aanbieders weergegeven van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De AGB-code van de aanbieder van waaruit de patiënt wordt verwezen, wordt door de instelling ingevuld bij het typeren van de (initiële) DBC. De clustering zoals in paragraaf 2.3.2.2. en 2.3.3.2 is weergegeven, is afgeleid van de eerste 2 posities van de AGB-code. Een overzicht van de clustering van AGB-codes staat onderstaand.

Eerste 2 posities ABG code	Clustering	Eerste 2 posities ABG code	Clustering	Eerste 2 posities ABG code	Clustering
01	Huisarts	45	Instelling	14	Overige zorgverleners
03	Medisch specialisten	47	Instelling	17	Overige zorgverleners
94	Medisch specialisten	51	Instelling	57	Overige zorgverleners
95	Medisch specialisten	53	Instelling	84	Overige zorgverleners
06	Instelling	54	Instelling	90	Overige zorgverleners
19	Instelling	60	Instelling	96	Overige zorgverleners
20	Instelling	73	Instelling	98	Overige zorgverleners
22	Instelling	79	Instelling	21	Overige zorgverleners
23	Instelling	91	Instelling	29	Overige zorgverleners
30	Instelling	02	Overige zorgverleners	38	Overige zorgverleners
32	Instelling	04	Overige zorgverleners	39	Overige zorgverleners
37	Instelling	08	Overige zorgverleners	00	Onbekend
40	Instelling	09	Overige zorgverleners	10	Onbekend
42	Instelling	13	Overige zorgverleners	99	Onbekend

Bijlage 7 – Gehanteerde afkortingen

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



cutting through complexity™



© 2016 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.