

BOER & CROON

Evaluatie-onderzoek  
pakketmaatregel psychotherapie

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'VHS' or similar, written in a cursive style.

Amsterdam, 17 februari 2006  
Projectnummer: 26-037



# Inhoud

<b>Introductie</b>	<b>3</b>
Achtergrond bij de pakketmaatregel	3
Onderzoeksvragen	3
Uitgangspunten van het onderzoek en opzet van het rapport	4
<b>Management Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 De pakketmaatregel heeft de kosten van de psychotherapie gedempt</b>	<b>7</b>
<b>2 De extra kosten die de pakketmaatregel met zich meebrengt zijn hoger dan de besparingen die behaald kunnen worden</b>	<b>9</b>
2.1 De observeerbare en theoretisch haalbare besparingen van de maatregel zijn lager dan het uitgangspunt bij het ontwerp en de invoering	9
2.2 De extra zorgkosten die ontstaan ten gevolge van de pakketmaatregel zijn hoger dan de initiële besparing	11
2.3 Waarschijnlijk zullen er tevens maatschappelijke kosten ontstaan	13
<b>3 De pakketmaatregel levert ongewenste effecten op voor een groep patiënten en zorgaanbieders</b>	<b>15</b>
3.1 De pakketmaatregel heeft negatieve persoonlijke effecten op een groep patiënten	15
3.2 De pakketmaatregel levert lastige situaties op voor zorgverleners	15
<b>4 Aanpassing van de pakketmaatregel kan een positief effect hebben</b>	<b>17</b>
4.1 Optie 1: Terugdraaien van pakketmaatregel naar regeling van vóór 1/1/2004 met handhaving van verhoogde eigen bijdrage	17
4.2 Optie 2: Handhaving pakketmaatregel met 25/50 grens maar met ‘ventiel’ voor circa 15% probleemgevallen	18
4.3 Optie 3: Differentiatie van gebruik van psychotherapie inweven in definities van DBC’s in de GGZ	19
<b>Bijlagen</b>	
0. Notitie ‘Toelichting op validiteit inschatting extra zorgkosten’	20
A. Totstandkoming macrocijfers psychotherapie	26
B. Inschatting kostenbesparing pakketmaatregel	38
C. Aanpak en resultaten berekenen extra zorgkosten	47
D. Resultaten primair onderzoek	52



## **INTRODUCTIE**

### **Achtergrond bij de pakketmaatregel**

Als onderdeel van een kostenbesparingsinitiatief heeft het Ministerie van VWS op 1 januari 2004 de pakketmaatregel psychotherapie ingevoerd. Vóór de invoering gold een maximum van 90 zittingen in de vrijevestigde setting en bestond er geen maximum voor behandelingen binnen GGZ-instellingen. Als gevolg van de maatregel werd een maximum van 30 zittingen psychotherapie vergoed in beide settings. Nadat uit signalen uit het veld bleek dat de maatregel tot problemen leidde is deze in oktober 2004 aangepast:

- Voor sommige groepen (jeugdigen en mensen met persoonlijkheidsstoornissen) is het maximum verruimd tot 50 zittingen
- Voor overige groepen geldt een maximum van 25 zittingen
- De versoepeling werd gefinancierd met een verhoging van de eigen bijdrage van €10,40 naar €15,- per zitting met een maximum van €675,- per persoon per kalenderjaar
- Wanneer het maximum aantal zittingen bereikt is kan er een jaar na de laatste zitting opnieuw aanspraak worden gemaakt op vergoeding van psychotherapie

Met het aanpassen van de maatregel is afgesproken een monitor psychotherapie in te voeren, waarin de kosteneffecten en mogelijk negatieve gevolgen van de maatregel zichtbaar zouden worden. De eerste monitor is beschikbaar gekomen in najaar 2005. De monitor bleek niet te leiden tot een eenduidig beeld. Er waren tegenstrijdige schattingen van zowel het landelijk volume psychotherapie als de volumetrend. Verder bracht de beroepsgroep informatie naar buiten die suggereerde dat ten gevolge van de pakketmaatregel per jaar circa 16.500 behandelingen ongewenst worden afgebroken met significante kostengevolgen.

### **Onderzoeksvragen**

In november 2005 heeft het Ministerie van VWS Boer & Croon verzocht een onderzoek uit te voeren naar de pakketmaatregel, met vier hoofdvragen:

1. Geef een eenduidig overzicht van geleverde psychotherapie in 2003 en 2004 door zowel vrijevestigden als instellingen
2. Geef inzicht in de zorgkosten die cliënten maken na het ongewenst afbreken van de psychotherapiebehandeling (na 25 of 50 zittingen)
3. Voer een verificatie uit van de inschatting van maatschappelijke kosten uit het onderzoek 'monitor psychotherapie' van de beroepsgroepen
4. Geef een opinie over het reëel aantal benodigde behandelingen in de pakketmaatregel en de aanpassingen aan de pakketmaatregel

## **Uitgangspunten van het onderzoek en opzet van het rapport**

Bij het uitvoeren van de opdracht heeft B&C een aantal uitgangspunten gehanteerd:

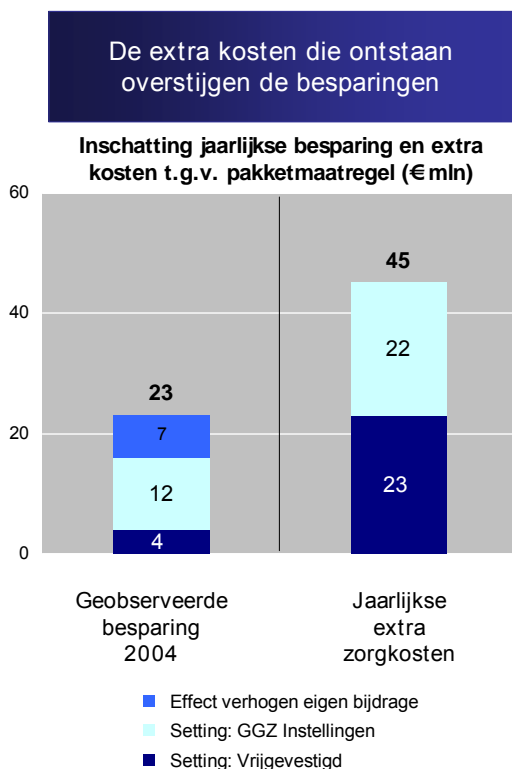
- De nadruk lag op het boven tafel krijgen van feiten, geen inmenging in inhoudelijke discussie met betrekking tot doelmatigheid en adequaatheid van de zorg
- Betrekken van de relevante belangengroepen in iedere stap van het onderzoek, zowel voor wat betreft de opzet van de analyses, de interpretatie van resultaten en het trekken van conclusies

Boer & Croon heeft het onderzoek gedaan door bestudering, analyse en reconstructie van primaire data die ten grondslag lagen aan de verschillende monitors. Op deze wijze zijn we gekomen tot een antwoord op vraag 1 (eenduidig overzicht van geleverde psychotherapie). Om vraag 2 te beantwoorden (de extra zorgkosten ten gevolge van de pakketmaatregel) deden we een enquête onder vrijgevestigden die gevallen van onvoldoende behandelde patiënten (OBP's) hadden gemeld bij het meldpunt. Verder hielden we interviews met instellingen en voerden we een telefonische enquête uit onder een ad random gekozen groep van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. We deden een validiteitscheck op de berekening van de maatschappelijke kosten (vraag 3) en beperkten ons tot een analytische kijk om te komen tot een antwoord op vraag 4 (toekomst van de pakketmaatregel). Elke stap van het onderzoek is gevalideerd met alle direct betrokken partijen (VWS, GGZ-NL, vrijgevestigden, CVZ, ZN).

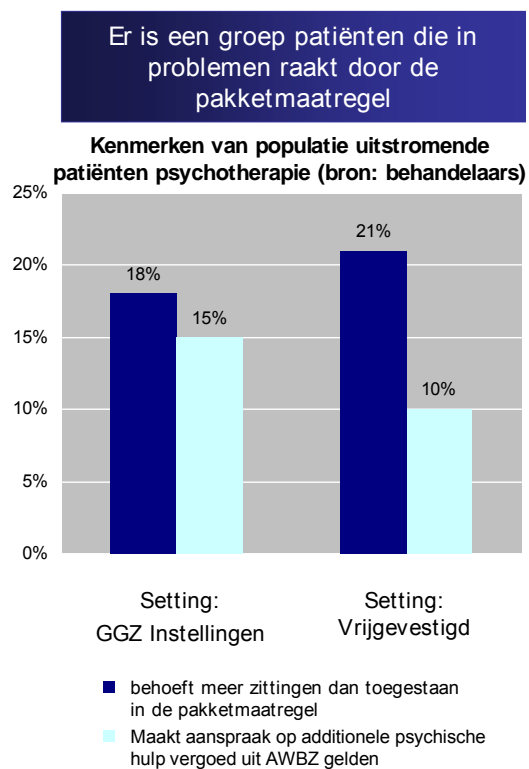
De bedoeling van dit rapport is om op bondige wijze de conclusies en bevindingen van ons onderzoek weer te geven. In dit hoofdrapport doen we geen uitgebreid verslag van de onderzoeksmethodiek. Deze is terug te vinden in de bijlagen.

## MANAGEMENT SAMENVATTING

Onze bevindingen in dit onderzoek suggereren dat de doelstelling van de pakketmaatregel om de uit AWBZ-middelen gefinancierde kosten van ambulante psychotherapie omlaag te brengen niet gehaald is. Wel is de kostengroei van de productie psychotherapie met de invoering in 2004 gedempt en is hiermee de historisch hoge groeitrend doorbroken. Vergelijken we de verwachte uitgaven op basis van deze historische groei met de werkelijke uitgaven in 2004 dan blijkt dat door het dempen van deze groei circa €23 miljoen is bespaard, zie figuur 1.



*Figuur 1 Extra kosten ten gevolge van de pakketmaatregel afgezet tegen besparingen*



*Figuur 2 Percentage patiënten psychotherapie met afbrekingsproblematiek*

Hiertegenover staat dat is vastgesteld dat de extra zorgkosten die de pakketmaatregel met zich meebrengt hoger zijn dan de besparingen die behaald kunnen worden. Het gaat hierbij om onvoldoende behandelde patiënten (OBP's) wiens psychotherapie behandeling wordt afgebroken na het bereiken van de gestelde grens. Wij zijn nagegaan welke vervolgpaden deze groep heeft bewandeld. Ons is gebleken dat een deel van de OBP's ten gevolge van het afbreken van de psychotherapie aanspraak maakt op andere (en soms duurdere) vormen van geestelijke gezondheidszorg die *naar waarschijnlijkheid en op inschatting van de therapeuten* voorkomen hadden kunnen worden indien er

ruimte was geweest om de psychotherapie voort te zetten. De grootte van deze groep en de distributie van vervolgpaden hangt af van de setting (therapie bij een vrijgevestigde psychiater of vrijgevestigde psychotherapeut dan wel therapie binnen een GGZ-instelling) en de aard van de diagnose. Over de gehele patiëntpopulatie gezien blijkt dat er jaarlijks zo'n 20.000 patiënten zijn (of 20% van de totale jaarlijkse uitstroom van circa 105.000 patiënten) die tegen de pakketgrenzen van 25/50 zittingen aanlopen. Van deze OBP's maakt circa 2/3 aanspraak op additionele GGZ, hetgeen jaarlijks leidt tot circa €45 miljoen aan extra zorgkosten<sup>1</sup>.

In het navolgende deel van dit rapport worden de verschillende bevindingen en deelconclusies die leiden tot de hierboven beschreven hoofdconclusie nader uitgewerkt en toegelicht. Achtereenvolgens tonen we aan dat:

- De pakketmaatregel de kosten van de psychotherapie heeft gedempt (hoofdstuk 1)
- De extra kosten die de pakketmaatregel met zich meebrengt hoger zijn dan de besparingen die behaald kunnen worden (hoofdstuk 2)
- De pakketmaatregel ongewenste effecten oplevert voor een groep patiënten en zorgaanbieders (hoofdstuk 3)

Tenslotte gaan we in hoofdstuk 4 in op enkele mogelijke modellen ter aanpassingen van de pakketmaatregel met de daarbij behorende overwegingen.

---

<sup>1</sup> De inschattingen met betrekking tot extra zorgkosten zijn gebaseerd op primair onderzoek en onderhevig aan onnauwkeurigheden ten gevolge van de gebruikte methodiek. In bijlage C wordt ingegaan op de aanpak en kanttekeningen. Tevens wordt in bijlage 0 een toelichting gegeven op de validiteit van deze inschatting van extra zorgkosten.



## 1 DE PAKKETMAATREGEL HEEFT DE KOSTEN VAN DE PSYCHOTHERAPIE GEDEMPT

Ten tijde van het ontwerp en de invoering van de pakketmaatregel bestond er geen volledig beeld van het landelijk gebruik van psychotherapie en de onderliggende behandelstatistiek. Met de invoering in 2004 is overeengekomen dat verschillende partijen data zouden gaan aanleveren ten behoeve van een ‘monitor psychotherapie’ op basis waarvan de effecten van de pakketmaatregel zichtbaar zouden worden. Betrokken partijen waren het CVZ, CTG-ZAio, Zorgverzekeraars Nederland namens de zorgkantoren, GGZ Nederland, en de diverse beroepsverenigingen namens de vrijgevestigde zorgverleners.

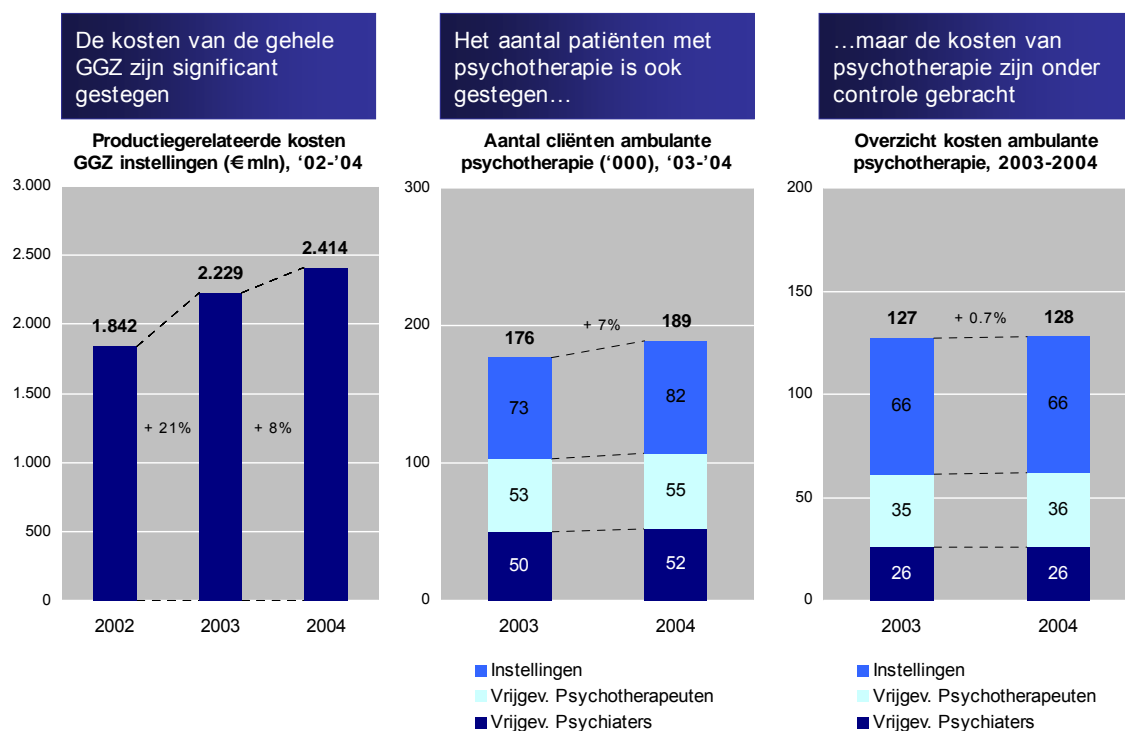
Bij de integratie van de eerste monitor in de zomer van 2005 bleek dat er geen eenduidig beeld was af te leiden uit de verschillende rapportages. Er bleken discrepanties te zitten in zowel absolute aantallen en volumes als de gerapporteerde trends in de periode 2003-2004.

In het kader van de eerste onderzoeksvraag van dit onderzoek hebben we in samenwerking met de betrokken partijen een verificatie gedaan van de macrocijfers. Hieruit is een eenduidig beeld samengesteld van het landelijk gebruik van psychotherapie en de hieraan verbonden kosten, zoals weergegeven in tabel 1. De getoonde cijfers hebben betrekking op de uit AWBZ-gelden gefinancierde ambulante psychotherapie (dus exclusief zittingen die door de patiënt zelf worden betaald en exclusief eigen bijdragen). In bijlage A wordt in meer detail ingegaan op de achtergrond van deze cijfers.

De belangrijkste observatie uit deze macrocijfers is dat de kosten van ambulante psychotherapie gedempt lijken te zijn door de pakketmaatregel, zie figuur 3.

	2003	2004	Groei '03-'04
<b>Aantal cliënten</b>	176,100	188,800	7.2%
Vrijgev. PS	49,700	52,100	4.8%
Vrijgev. PT	53,000	55,000	3.7%
Instellingen	73,400	81,700	11.3%
<b>Aantal zittingen</b>	1,573,100	1,552,600	(1.3)%
Vrijgev. PS	372,800	378,600	1.5%
Vrijgev. PT	495,000	502,700	1.6%
Instellingen	705,300	671,300	(4.3)%
<b>Kosten [€000]</b>	127,000	127,900	0.7%
Vrijgev. PS	25,600	25,900	1.4%
Vrijgev. PT	35,500	36,100	1.7%
Instellingen	65,900	65,900	(0.1)%
<b>Gemiddeld aantal zittingen per cliënt per jaar</b>	8.9	8.2	(7.9)%
Vrijgev. PS	7.5	7.3	(3.1)%
Vrijgev. PT	9.3	9.1	(2.1)%
Instellingen	9.6	8.2	(14.5)%
<b>Gemiddeld aantal zittingen per behandeling</b>	-	-	-
Vrijgev. PS	-	24.2	-
Vrijgev. PT	-	n.b.	-
Instellingen	-	14,2	-

Tabel 1 Macrocijfers psychotherapie



Figuur 3 Kostentrend van de uit AWBZ-gelden gefinancierde psychotherapie

De kosten van de totale werkelijke productie van alle GGZ-zorg binnen GGZ-instellingen, zoals gerapporteerd door CTG-ZAio, stijgen al enkele jaren fors, zie figuur 3. Deze groei is afhankelijk van de ruimte die in het budgettaire kader wordt vrijgemaakt. In 2004 bedroegen de productiegerelateerde kosten bij GGZ-instellingen circa €2,4 miljard. Dit betreft alle vormen van geestelijke gezondheidszorg, aangeboden door instellingen waarvan psychotherapie slechts een klein deel uitmaakt (Zie bijlage A voor een gedetailleerd beeld).

Beschouwen we alleen de ambulante psychotherapie in de verschillende settings waarin deze wordt aangeboden, dan blijkt dat hoewel het totale aantal patiënten dat actief is in het systeem<sup>2</sup> in 2004 is gegroeid ten opzichte van 2003, de kosten van de uit AWBZ-gefinancierde psychotherapie vrijwel gelijk is gebleven op circa €128 miljoen. Hieruit blijkt dat er een daling heeft plaatsgevonden van het gemiddelde aantal zittingen psychotherapie per patiënt per jaar van 8,9 in 2003 naar 8,2 in 2004. Deze daling wordt gedreven door twee effecten die met het invoeren van de pakketmaatregel zijn bewerkstelligd:

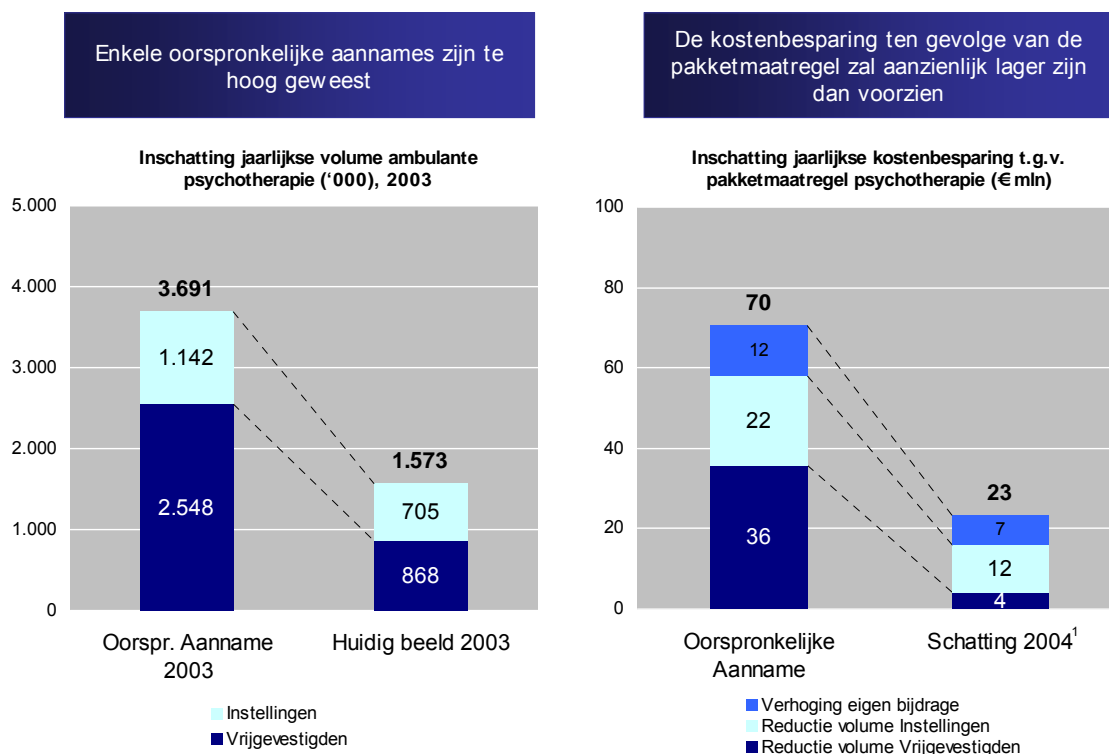
- Een afname van het gemiddeld aantal zittingen dat in totaal wordt gebruikt per behandeling (dus over de jaargrens heen)
- Een afname in de gemiddelde frequentie van psychotherapiezittingen

<sup>2</sup> Oftewel dat één of meer uit AWBZ-gelden gefinancierde zittingen genoot in een bepaald jaar.

## 2 DE EXTRA KOSTEN DIE DE PAKKETMAATREGEL MET ZICH MEEBRENGT ZIJN HOGER DAN DE BESPARINGEN DIE BEHAALD KUNNEN WORDEN

### 2.1 De observeerbare en theoretisch haalbare besparingen van de maatregel zijn lager dan het uitgangspunt bij het ontwerp en de invoering

Ten tijde van het ontwerp en het doorrekenen van de effecten van de pakketmaatregel ontbraken enkele belangrijke inzichten in de behandelstatistiek. Hoewel er een goed begrip was van het totale aantal patiënten in het systeem, is een schatting gemaakt van het gemiddelde totale zittingsvolume per behandeling. Uit de macro gegevens blijkt dat dit gemiddelde in werkelijkheid een stuk lager ligt. Gevolg is dat de oorspronkelijke inschatting van het totale jaarlijkse volume aan zittingen psychotherapie met 1,5 miljoen een factor lager is dan het oorspronkelijk aangenomen volume van 3,6 miljoen. Dit betekent tevens dat de te verwachte besparingen ten gevolge van de pakketmaatregel lager zullen zijn dan oorspronkelijk werd aangenomen, zie figuur 4.



Figuur 4 Inschatting kostenbesparing t.g.v. pakketmaatregel

In bijlage B wordt een schatting gemaakt van de kostenbesparing, en wel op twee manieren:

- Er is in 2004 een *observeerbare* besparing te herleiden door een vergelijking te maken tussen de werkelijke kosten van ambulante psychotherapie en de kosten

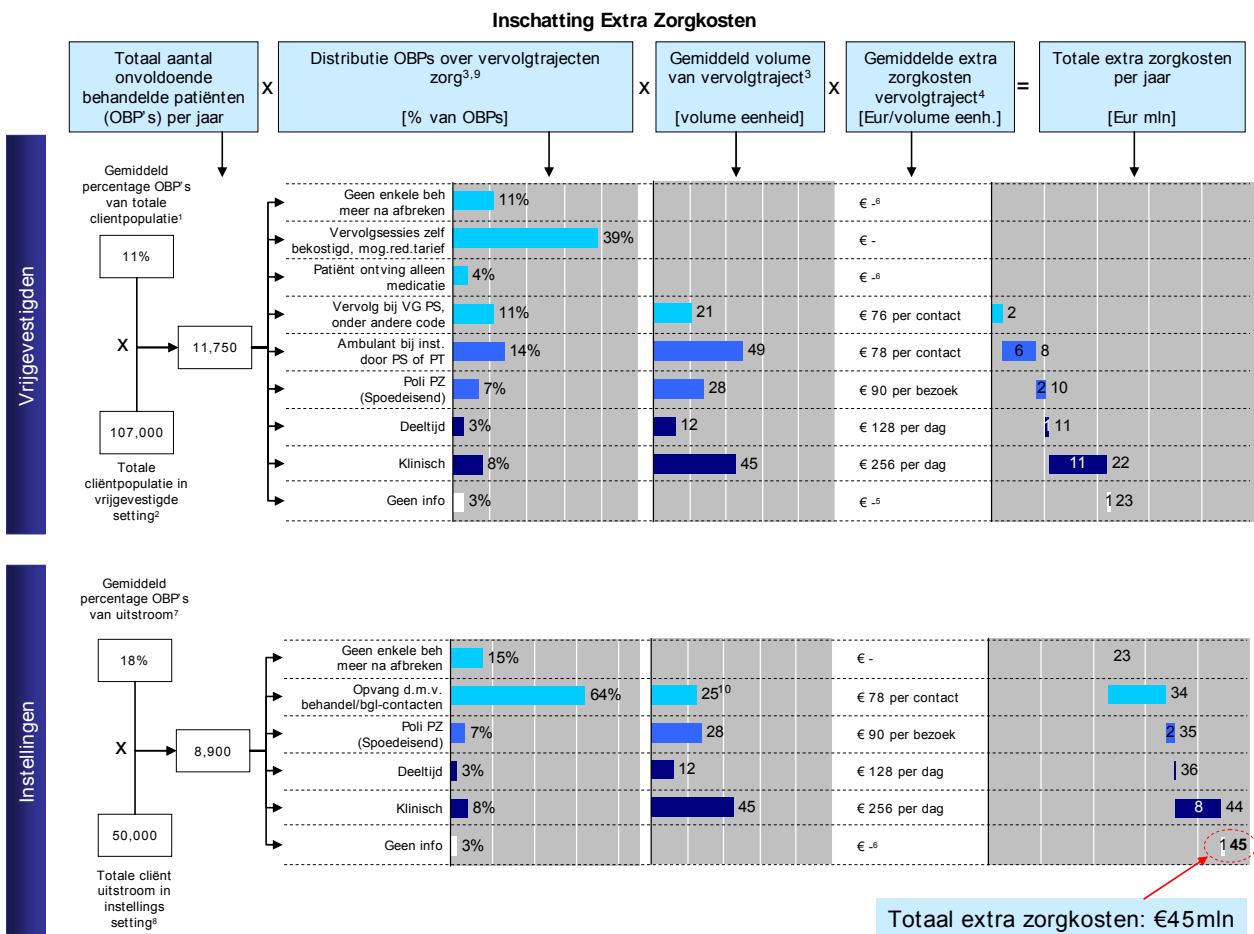
die er in 2004 gemaakt zouden zijn indien de kosten in 2003 met de historische groei zouden zijn doorgestegen. Deze observeerbare besparing ligt rond de €23 miljoen in 2004

- Er is een *theoretisch haalbare* besparing te herleiden door een analyse uit te voeren op behandelstatistiek vóór invoering van de maatregel. Door te kijken naar de distributie van uitstromende patiënten naar totale behandelduur is er een ‘staart’ te identificeren in deze distributie, bestaande uit de fractie patiënten die boven de gestelde grenzen van 25/50 zittingen uitkwam. De theoretische besparing bestaat uit het reduceren van het aantal behandelingen in deze ‘staart’ tot de pakketgrens en ligt rond de €31 miljoen.

De relatie tussen de bovengenoemde besparingen bestaat eruit dat de geobserveerde jaarlijkse besparing in principe in de toekomst kan oplopen tot de theoretische waarde van €31 miljoen.

## 2.2 De extra zorgkosten die ontstaan ten gevolge van de pakketmaatregel zijn hoger dan de initiële besparing

Tegenover de besparing die de pakketmaatregel zou kunnen opbrengen staan extra zorgkosten die ontstaan als gevolg van het ongewenst vroegtijdig afbreken van behandelingen doordat het zittingslimiet wordt bereikt. In de argumentatie van de beroepsgroep speelt dit effect een belangrijke rol en in dit onderzoek is ons gevraagd een inschatting te maken van de aard en de omvang van deze extra zorgkosten. In bijlage C is onze aanpak beschreven om te komen tot een inschatting van extra zorgkosten. De resultaten zijn weergegeven in figuur 5.



Bron/Noot:

1. Telefonische enquête (Boer & Croon analyse), zie bijlage D. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de totale jaarlijkse clientpopulatie (niet slechts de uitstroom)
2. Check macrocijfers (Boer & Croon analyse), zie bijlage A.
3. Internet enquête onder steekproef uit cases uit het meldpunt psychotherapie (Boer & Croon analyse), zie bijlage D
4. Representeert standaard kostprijzen 2004 gecorrigeerd met inflatie (CVZ 2003), behalve de ambulante therapie bij instellingen (gemiddeld CTG tarief individuele behandelcontact volwassenen 2004, exclusief kapitaallasten)
5. Kosten voor meldingen met 'geen info' zijn gebaseerd op gemiddelde zorgkosten per patiënt over alle andere categorieën
6. Er is bewust gekozen om kosten van toename in huisartsenbezoek ten gevolge van het afbreken van de behandeling niet mee te nemen in deze analyse
7. Gebaseerd op inschatting van het Platform Psychotherapie in de rapportage meldpuntgegevens. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de jaarlijkse cliëntuitstroom (niet de totale clientpopulatie)
8. Gebaseerd op rapportage GGZ-Nederland. Ter referentie: Totale clientpopulatie 2004 bedroeg 81,700 (zie bijlage A)
9. Voor instellingen is de aanname dat de distributie gelijk aan die in de vrijgevestigde setting, met uitzondering van 'vervolgsessies zelf bekostigd', 'vervolg bij VG PS onder andere code' en 'ambulant bij instelling'; Hiervan wordt aangenomen dat er binnen de instelling opvang plaatsvindt door middel van behandel/begeleidingscontacten
10. Representeert het gewogen gemiddelde aantal sessies boven de 25/50 grens dat patiënten genoten wiens behandeling bij instellingen eindigde in 2004 en die in totaal meer dan 25/50 sessies kregen. Gebaseerd op analyse van cliënt database uit Zorg-IS/GGZ Nederland

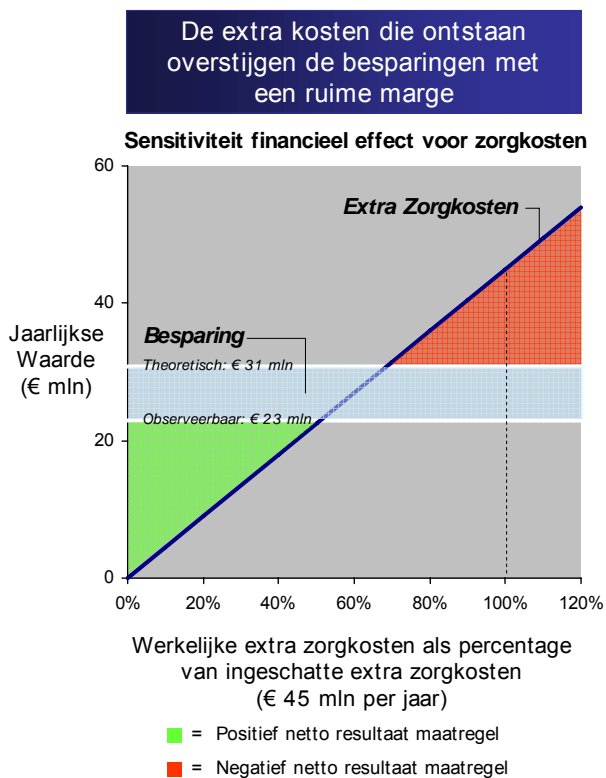
Figuur 5 Resultaten inschatting extra zorgkosten

Aan de basis van deze berekening staat een enquête die gehouden is onder therapeuten die in het kader van het ‘meldpunt psychotherapie’ casussen hadden aangedragen van behandelingen die tegen de pakketgrenzen aanliepen. In de enquête is gevraagd naar de vervolgpaden van de desbetreffende patiënten en de frequentie van vervolcontacten. Met deze data is de distributie te herleiden van OBP’s over verschillende ‘zorgpaden’. Het resultaat hiervan is weergegeven in figuur 5. Samen met een kostenaanname per volume-eenheid kunnen hieruit de extra zorgkosten worden berekend. Deze kosten komen landelijk uit op circa €45 miljoen per jaar.

Bij de inschatting van extra zorgkosten moet rekening worden gehouden met een nauwkeurigheidsmarge. Belangrijke onderliggende aanname bij deze schatting is dat deze zorgkosten voorkomen hadden kunnen worden indien de psychotherapie behandeling was voortgezet. Bij de peiling onder de therapeuten is gevraagd slechts melding te maken van vervolg zorgconsumptie wanneer dit causale verband aanwezig werd geacht.

Het mag duidelijk zijn dat dit een bijzonder complexe inschatting is. In bijlage C wordt ingegaan op kanttekeningen rond de gevolgde benadering, waarbij de vier belangrijkste oorzaken van onnauwkeurigheid uiteen worden worden gezet. Wij onderschrijven deze kanttekeningen, maar stellen vast dat kritieke aannames door middel van diverse cross-checks bevestigd worden (zie bijlage C). Wij zijn van mening dat het resultaat van deze exercitie voldoende betrouwbaar is om hieraan een conclusie aan te verbinden<sup>3</sup>.

De kanttekeningen in acht nemend, wordt in figuur 6 het netto kosteneffect van de pakketmaatregel getoond, afhankelijk van de aangenomen werkelijke extra zorgkosten. Uit de



*Figuur 6 Inschatting financieel effect pakketmaatregel*

<sup>3</sup> In de eindfase van dit onderzoek heeft discussie plaatsgevonden over de validiteit van de inschatting van extra zorgkosten. In reactie hierop is een begeleidende notitie geschreven waarin de argumentatie rond deze inschatting nader wordt uitgewerkt. Deze notitie is integraal opgenomen onder bijlage 0.

figuur blijkt dat het netto effect van de pakketmaatregel met een ruime marge negatief uitvalt.

### 2.3 Waarschijnlijk zullen er tevens maatschappelijke kosten ontstaan

Een studie uitgevoerd in opdracht van de beroepsgroep suggereert dat er door de pakketmaatregel naast extra zorgkosten door ongewenste afbreking van psychotherapie ten gevolge van de pakketmaatregel tevens extra maatschappelijke kosten ontstaan<sup>4,5</sup>. De redenering hierbij is dat afbreking van de psychotherapie leidt tot toename in ziekteverzuim en instroom in de WAO/WIA. In de meest recente versie van deze studie wordt gewerkt met drie scenario's, met bijbehorende jaarlijkse maatschappelijke kosten:

- 'Waarschijnlijk scenario' - €176 mln in 2006 oplopend tot €528 mln in 2010
- 'Laag scenario' - €45 mln in 2006 oplopend tot €102 mln in 2010
- 'Hoog scenario' - €517 mln in 2006 oplopend tot €1.5 mrd in 2010

In het kader van dit onderzoek is ons gevraagd een uitspraak te doen over de waarschijnlijkheid van deze kosten.

Wij hebben een reservering bij de aannames die bij de berekening zoals gepresenteerd door de beroepsgroep zijn gemaakt. Er moet voorzichtig worden omgegaan met de redenering dat er *zowel* extra zorgkosten als maatschappelijke kosten zullen ontstaan. Immers, het feit dat er extra zorgkosten ontstaan impliceert dat er opvang en zorg plaatsvindt voor de groep die hieraan het meest behoefte heeft. De genoemde studie doet aannames over het percentage WAO-instroom door patiënten wier psychotherapie behandeling wordt afgebroken en past deze percentages toe op de totale groep OBP's. Wij achten het echter niet zuiver om de totale groep OBP's als basis voor deze berekening te nemen.

Het is zeer goed mogelijk dat er ondanks de zorgtrajecten die leiden tot extra zorgkosten toch sociale en maatschappelijke gevolgen zullen zijn voor een beperkte groep patiënten met afgebroken psychotherapie behandelingen. Er blijkt immers een deelgroep te zijn waarvoor geen enkele additionele opvang plaatsvindt. Het zou tevens mogelijk kunnen zijn dat er een groep patiënten bestaat wiens toestand door afbreking van de psychotherapie escaleert en in een zwaarder behandeltraject eindigt, hetgeen een werksituatie die houdbaar was in het psychotherapietraject onhoudbaar maakt in een zwaarder traject.

Feit is echter dat de omvang van deze problematiek bijzonder moeilijk is in te schatten. Aannames met betrekking tot de grootte van de groep die aanspraak zal

---

<sup>4</sup> "Rapportage meldpuntgegevens, voorstel beroepsverenigingen voor hardheidsclausule", Platform Psychotherapie, juni 2005

<sup>5</sup> "Economische Onderbouwing Langerdurende Psychotherapie op Basis van Meldpuntrapportage van Beroepsverenigingen dd. 28-6-2005", F.A. Philipszoon, oktober 2005

maken op arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen en de duur van deze aanspraak zijn cruciaal maar niet te maken zonder aanvullend primair onderzoek.

Onze conclusie is dat er maatschappelijke kosten zullen optreden, dat deze een fractie zullen zijn van de berekende kosten volgens de genoemde studie maar dat de precieze grootte hiervan niet goed benaderbaar is. Omdat echter al is geconstateerd dat het netto effect van de pakketmaatregel negatief is, is gedetailleerd begrip van de werkelijke maatschappelijke kosten die bovenop de extra zorgkosten komen niet cruciaal.



### 3 DE PAKKETMAATREGEL LEVERT ONGEWENSTE EFFECTEN OP VOOR EEN GROEP PATIËNTEN EN ZORGAANBIEDERS

#### 3.1 De pakketmaatregel heeft negatieve persoonlijke effecten op een groep patiënten

Uit het onderzoek komt naar voren dat de problematiek rond de afgebroken behandelingen ook duidelijke negatieve persoonlijke effecten heeft op een (beperkte) groep patiënten. De overgrote meerderheid van de geïnterviewde zorgverleners geeft aan te maken te hebben gehad met patiënten die in de problemen raken door de pakketmaatregel. De problemen zijn geclusterd in problemen die ontstaan door het daadwerkelijk stoppen van de behandeling, problemen die ontstaan door het wisselen van therapeut of therapeutische behandeling tijdens een lopende behandeling en financiële problemen die ontstaan doordat de patiënten zelf moeten betalen of de hogere eigen bijdrage niet kunnen betalen. Het viel buiten de scope van dit onderzoek om in de diepte te onderzoeken wat de exacte aard is van de problemen die mensen ondervinden. De interviews onder instellingen en vrijgevestigden geven echter wel een sterk en eenduidig beeld van het bestaan van deze problematiek.



Bron: Telefonische en diepte interviews met instellingen en vrijgevestigde therapeuten

Figuur 7 Bevindingen interviews zorgaanbieders

#### 3.2 De pakketmaatregel levert lastige situaties op voor zorgverleners

Om de negatieve effecten van de pakketmaatregel voor patiënten op te vangen voelen zorgverleners zich genoodzaakt om maatregelen te nemen die niet gewenst zijn. Het gaat hierbij vooral om twee soorten van maatregelen die vrijgevestigden en instellingen nemen. Het eerste is het psychotherapeutisch doorbehandelen van patiënten onder een andere behandelcode (niet mogelijk voor vrijgevestigde psychotherapeuten). Dit kan het probleem voor de patiënt oplossen maar is vanuit administratief en wettelijk perspectief niet gewenst.

Het tweede soort maatregel is het psychotherapeutisch doorbehandelen zonder hier de volledige kosten voor in rekening te brengen bij de klant of het zorgkantoor.

Ook bij deze observatie viel het buiten de scope van het onderzoek om in de diepte te onderzoeken wat de exacte aard is van de problematiek die zorgverleners tegenkomen in het zoeken van oplossingen voor OBP's. Uit de interviews en uit de enquêtes is echter onomstotelijk vast komen te staan dat de problematiek bestaat.

#### 4 AANPASSING VAN DE PAKKETMAATREGEL KAN EEN POSITIEF EFFECT HEBBEN

In de vorige hoofdstukken is geconcludeerd dat de pakketmaatregel in de huidige vorm niet het gewenste effect bereikt: de zorgkosten zijn hoger dan de besparingen en er is een beperkte groep patiënten die een negatief effect ervaart door de pakketmaatregel, hetgeen ook afstraalt op zorgverleners.

Op basis van deze conclusie komen we tot drie generieke opties ten aanzien van de pakketmaatregel (zie tabel 2). Deze opties zijn geheel gebaseerd op de data en de analyses die voor dit onderzoek zijn uitgevoerd en gaan niet in op zorginhoudelijke argumenten omtrent bijvoorbeeld het aantal zittingen dat behoort bij een bepaalde diagnose.

Opties	Gevolgen	Overwegingen
1. Terugdraaien pakketmaatregel naar regeling vóór 1/1/2004, handhaven verhoogde eigen bijdrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terug naar oude situatie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– besparing t.g.v. verhoogde eigen bijdrage</li> <li>– zeer beperkte zorg/maatschappelijke kosten</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte rem 'onnodig gebruik'</li> <li>• Mogelijk probleem lage inkomensgroepen</li> </ul>
2. Handhaven pakketmaatregel met 25/50 grens maar met 'ventiel' voor 15% probleemgevallen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimineren van gros van extra zorg/maatschappelijke kosten</li> <li>• Behoud van rem 'onnodig gebruik'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hardheidsclausule zal administratieve last vergroten</li> <li>• Extra grens introduceren van 90 zittingen is raadzaam indien dit te koppelen is aan de diagnose</li> </ul>
3. Differentiatie van gebruik psychotherapie ineven in definities van DBC's in de GGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimineren van gros van extra zorg/maatschappelijke kosten</li> <li>• Behoud van rem 'onnodig gebruik'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onduidelijkheid over clustering in GGZ DBC's en mogelijkheid om psychotherapie differentiatie toe te passen</li> </ul>

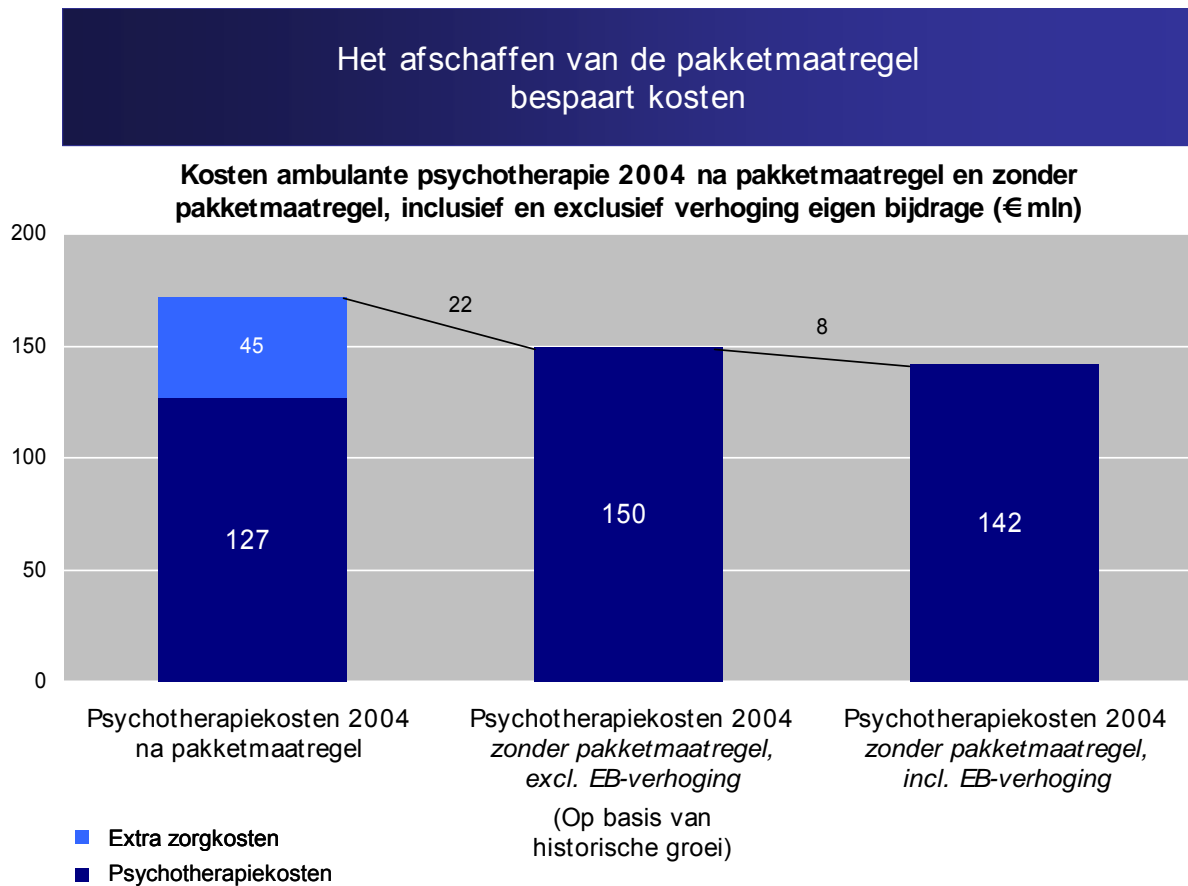
Tabel 2 Opties voor aanpassing van pakketmaatregel

##### 4.1 Optie 1: Terugdraaien van pakketmaatregel naar regeling van vóór 1/1/2004 met handhaving van verhoogde eigen bijdrage

Wanneer de pakketmaatregel in zijn geheel afgeschaft wordt heeft dit een positief financieel effect (zie figuur 8). Zonder pakketmaatregel (op basis van de historische groei) zouden de kosten in 2004 uitgekomen zijn op €150 miljoen. De verhoging van de eigen bijdrage zou de kosten hebben gedrukt tot €142 miljoen. Doordat er geen extra zorgkosten worden gemaakt geeft dit financieel een positiever beeld dan de circa €172 miljoen (waarvan circa €45 miljoen extra zorgkosten) die in 2004 werd gerealiseerd na het invoeren van de pakketmaatregel.

Het afschaffen van de pakketmaatregel zou op een deel van de patiënten, de circa 15% voor wie verdere behandeling nodig wordt geacht na het bereiken van de 25/50 grens, een positief effect hebben.

Het afschaffen van de pakketmaatregel zou ook voor vrijgevestigden en instellingen een aantal belangrijke problemen oplossen. Een overgrote meerderheid van hen geeft aan ongewenste effecten te ondervinden van de pakketmaatregel. Deze effecten zijn opgeheven met het afschaffen van de pakketmaatregel.



*Figuur 8 Kosteneffect pakketmaatregel*

#### **4.2 Optie 2: Handhaving pakketmaatregel met 25/50 grens maar met ‘ventiel’ voor circa 15% probleemgevallen**

De pakketmaatregel heeft naar alle waarschijnlijkheid ook een efficiëntieverhogende werking gehad op de psychotherapie praktijk. Er is vooral anekdotisch bewijs dat de zorgverleners, onder druk van de pakketmaatregel, behandelingen efficiënter hebben ingericht. Idealiter zou dit effect behouden blijven. Het volledig afschaffen van de pakketmaatregel is daarom wel een

kosteneffectieve maatregel ten opzichte van de huidige situatie maar geeft geen optimale uitkomst. In een ideale situatie wordt de efficiëntieslag behouden door voor 85% van de patiëntenpopulatie een maximum te stellen (op basis van dit onderzoek zouden de maxima lager kunnen liggen dan in de huidige pakketmaatregel). Voor 15% van de populatie zou echter een ‘ventiel’ mogelijk moeten zijn, zodat deze groep de behandelingen die ze nodig heeft boven de maximumgrens kan ontvangen.

Een manier om dit te doen zou kunnen zijn om de pakketmaatregel aan te passen en een extra maximumgrens te definiëren van 90 zittingen. Hierbij is wel belangrijk dat er gedefinieerd kan worden welke diagnoses in aanmerking komen voor de 90 zittingen grens. Een andere mogelijkheid is om een hardheidsclausule op te stellen die het mogelijk maakt in uitzonderlijke gevallen, en eventueel na een vorm van toetsing, boven de pakketgrenzen 25/50 uit te stijgen. Hier zijn echter administratieve lasten mee gemoeid die een belemmering zouden kunnen vormen.

#### **4.3 Optie 3: Differentiatie van gebruik van psychotherapie inweven in definities van DBC's in de GGZ**

Met het opzetten van de DBC's voor de GGZ zou rekening gehouden kunnen worden met differentiatie van het gebruik van psychotherapie. Er zou dan een DBC ontwikkeld kunnen worden dat ruimte biedt aan een beperkte groep patiënten om een aantal zittingen boven het maximum te ontvangen.

Met de wijze waarop de GGZ/DBC-methodologie momenteel ontwikkeld wordt, is het niet goed mogelijk te komen tot nieuwe psychotherapie DBC's. De belangrijkste reden hiervoor is dat de DBC's en productgroepen ontwikkeld worden op basis van werkelijk waargenomen behandelpatronen. Omdat de pakketmaatregel begin 2004 is ingegaan, toen de DBC-metingen net begonnen waren, zullen er in de metingen nauwelijks gevallen voorkomen die boven de maximumgrenzen uitkomen. Het behandelpatroon dat hoort bij de circa 15% van patiënten die meer behandelingen nodig hebben, wordt niet waargenomen waardoor dit ook niet in de definitie van de DBC terecht zal komen.

Een overweging zou zijn om een werkgroep op te zetten die onder andere aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek bekijkt hoe de psychotherapie op de beste wijze ingepast kan worden in de DBC-methodologie.

## **Bijlage 0**

### **Notitie 'Toelichting op validiteit inschatting extra zorgkosten**

## Memo

---

Aan: Thijske Fraanje, Martijn Sanders (Ministerie van VWS)  
Van: Allard Luchsinger (Boer & Croon Corporate Strategy)  
Datum: 26 januari 2006  
Betreft: Evaluatie-onderzoek pakketmaatregel psychotherapie  
Toelichting op validiteit inschatting extra zorgkosten

---

Naar aanleiding van onze conceptrapportage ‘Evaluatie-onderzoek pakketmaatregel psychotherapie’ hebben we gesproken over de validiteit van onze inschatting van extra zorgkosten. Graag gaan we in op een aantal overwegingen met betrekking tot dit onderwerp.

### **Bevindingen in onze studie**

Een van de hoofdconclusies van ons rapport luidt dat de extra zorgkosten die ontstaan ten gevolge van het afbreken van psychotherapiebehandelingen die tegen de zittingslimieten aanlopen zoals gesteld in de pakketmaatregel groter zijn dan de besparing die de maatregel oplevert.

Wij stellen vast dat de jaarlijkse besparing die ontstaat doordat de groei van het landelijke zittingsvolume psychotherapie geremd is geschat moet worden tussen de €23 miljoen (observeerbare besparing in 2004) en €31 miljoen (theoretisch haalbare besparing). Tevens stellen wij vast dat de ontstane extra zorgkosten geschat moeten worden op €45 miljoen per jaar. Die zorgkosten ontstaan doordat cliënten van wie de psychotherapiebehandeling is afgebroken, aanspraak maken op andere vormen van geestelijke gezondheidszorg.

Een cruciale vraag bij de interpretatie van deze bevindingen is of de ‘extra zorgkosten’ daadwerkelijk als ‘extra’ aangemerkt moeten worden. Met andere woorden: Zouden de zorgkosten die ontstaan bij het bieden van opvang aan cliënten van wie de behandeling psychotherapie is afgebroken bij de pakketgrens van 25/50 zittingen, niet ook zijn ontstaan indien de psychotherapiebehandeling was voortgezet tot het voorheen geldende maximum van 90 zittingen?

Feitelijk is deze vraag gerelateerd aan een meer algemene effectiviteitsvraag:

*Zijn cliënten die niet uitbehandeld zijn na 25/50 zittingen psychotherapie wel te genezen als de psychotherapie wordt voortgezet?*<sup>6</sup>

Indien het antwoord op deze laatste vraag ‘ja’ luidt, dan zouden deze cliënten in principe geen aanspraak op additionele zorg hoeven te maken bij het voortzetten van de psychotherapie. Wanneer zij dat wel doen omdat hun psychotherapiebehandeling bij 25/50 zittingen wordt afgebroken is er dus sprake van ‘extra zorgkosten’.

---

<sup>6</sup> Dit is een versimpelde vraagstelling, uiteraard spreekt men in de evidence-based medicine normaal gesproken over genezingspercentages.

Indien het antwoord op de vraag ‘nee’ luidt, dan is de psychotherapie niet effectief en zou de cliënt uiteindelijk hoe dan ook wel aanspraak gaan maken op additionele zorg. In dat geval kan er niet meer gesproken worden van ‘extra zorgkosten’.

### Onderliggende aanpak

In ons onderzoek hebben wij ons bewust niet gericht op het effectiviteitsvraagstuk. Effectiviteit- en doelmatigheidstudies dienen te vallen in het domein van de medische wetenschap. Wij hebben getracht een inschatting te maken van extra zorgkosten, door vast te stellen welk gedeelte van de psychotherapiebehandelingen in Nederland jaarlijks tegen de 25/50 grens aanlopen en wat er vervolgens met deze groep gebeurt. Hiertoe hebben wij diverse peilingen uitgevoerd die beschreven worden in de bijlagen van ons rapport.

Bij het vaststellen van ‘vervolg zorgpaden’ is gebruik gemaakt van distributiedata verzameld door middel van een peiling onder vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. In een enquête onder therapeuten hebben wij de vraag gesteld welke vormen van GGZ door de groep van cliënten wiens psychotherapiebehandeling is afgebroken zijn geconsumeerd waarbij een expliciet causaal verband in de vraagstelling was verwerkt tussen de afbreking en de geconsumeerde vervolgzorg. De vraagstelling is weergegeven in onderstaand kader.

**6. Doordat de psychotherapie is afgebroken heeft de patiënt behandeling nodig gehad: (mocht er geen behandeling nodig zijn geweest dan hoeft u niets aan te klikken)**

	Schatting	0-2	3-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-50	Meer dan 50
Door een vrijgevestigde psychiater, mogelijk uzelf, onder een andere code (aantal sessies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant bij een instelling door een psychiater of psychotherapeut (aantal sessies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op de polikliniek van een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis (aantal keren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In deeltijd (aantal dagdelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch (dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Als deze patiënt is opgenomen in een instelling kunt u dan aangeven welke?**

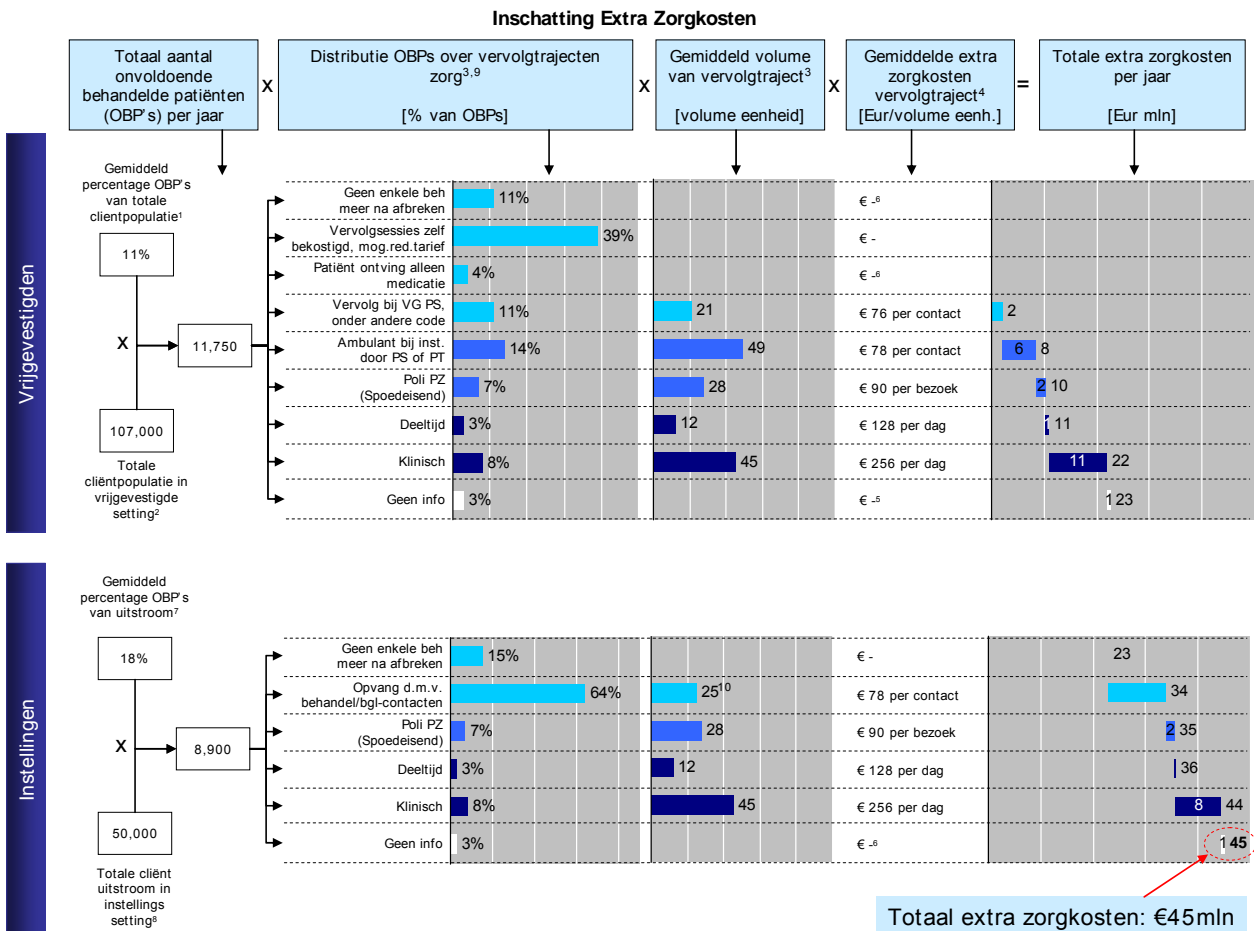
APZ  
 PAAZ  
 Andere instelling

**Figuur 1** Formulering enquêtevraag 6-7

Het gevolg van deze benadering is dat de effectiviteitsvraag impliciet bij de therapeuten is neergelegd. De therapeut is gevraagd alleen vervolg zorgpaden aan te geven indien hij/zij inschat dat deze niet benodigd waren geweest indien de psychotherapiebehandeling was voortgezet.

Beschouwen we de resultaten van deze peiling dan blijkt dat bij de groep cliënten met afgebroken psychotherapiebehandelingen een distributie van vervolgzorgpaden laat zien zoals weergegeven in Figuur 2.





Bron/Noot:

1. Telefonische enquête (Boer & Croon analyse), zie bijlage D. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de totale jaarlijkse cliëntpopulatie (niet slechts de uitstroom)
2. Check macrocijfers (Boer & Croon analyse), zie bijlage A.
3. Internet enquête onder steekproef uit cases uit het meldpunt psychotherapie (Boer & Croon analyse), zie bijlage D
4. Representeert standaard kostprijzen 2004 gecorrigeerd met inflatie (CVZ 2003), behalve de ambulante therapie bij instellingen (gemiddeld CTG tarief individuele behandelcontact volwassenen 2004, exclusief kapitaallasten)
5. Kosten voor meldingen met 'geen info' zijn gebaseerd op gemiddelde zorgkosten per patiënt over alle andere categorieën
6. Er is bewust gekozen om kosten van toename in huisartsenbezoek ten gevolge van het afbreken van de behandeling niet mee te nemen in deze analyse
7. Gebaseerd op inschatting van het Platform Psychotherapie in de rapportage meldpuntgegevens. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de jaarlijkse cliëntuitstroom (niet de totale cliëntpopulatie)
8. Gebaseerd op rapportage GGZ-Nederland. Ter referentie: Totale cliëntpopulatie 2004 bedroeg 81.700 (zie bijlage A)
9. Voor instellingen is de aanname dat de distributie gelijk aan die in de vrijgevestigde setting, met uitzondering van 'vervolgssessies zelf bekostigd', 'vervolg bij VG PS onder andere code' en 'ambulant bij instelling'; Hiervan wordt aangenomen dat er binnen de instelling opvang plaatsvindt door middel van behandel/begeleidingscontacten
10. Representeert het gewogen gemiddelde aantal sessies boven de 25/50 grens dat patiënten genoten wiens behandeling bij instellingen eindigde in 2004 en die in totaal meer dan 25/50 sessies kregen. Gebaseerd op analyse van cliënt database uit Zorg-IS/GGZ Nederland

**Figuur 2 Vaststelling extra zorgkosten van afbrekingen in vrijgevestigde en instellings-setting**

### Overwegingen bij de extra zorgkosten

Van de berekende extra zorgkosten valt een gedeelte buiten de eerder genoemde effectiviteitsdiscussie. Er blijkt een aanzienlijke groep cliënten te bestaan die ondanks de afbreking van de psychotherapiebehandeling ten gevolge van de pakketmaatregel vormen van ambulante GGZ blijft consumeren. Het gaat hier om:

In de vrijgevestigde setting:

- Vervolgcontacten bij een vrijgevestigde psychiater onder een andere code

- Ambulante contacten bij een GGZ-instelling (aangezien dit geen psychotherapiecontacten mogen zijn gaat het hier om behandel/begeleidingscontacten)

In de instellingssetting:

- Opvang door middel van behandel/begeleidingscontacten

In totaal representeren deze vervolgpaden €20 miljoen aan extra zorgkosten per jaar.

Op alle andere vervolgpaden is de effectiviteitsdiscussie van toepassing: waren deze zorgkosten niet sowieso gemaakt, ook al was er ruimte geweest om de psychotherapie door te zetten tot 90+ zittingen? Het betreft hier:

- Spoedeisende hulp geboden in poliklinische setting
- Deeltijdbehandelingen binnen GGZ-instellingen
- Klinische opname bij een GGZ-instelling

In totaal representeren deze vervolgpaden €25 miljoen aan extra zorgkosten per jaar.

### **Sensitiviteitsargument bij de evaluatie van de pakketmaatregel**

Indien men er vanuit gaat dat therapeuten bij het beantwoorden van de enquêtevraag 6 het causale verband tussen afbreking en vervolg zorgtrajecten verkeerd hebben ingeschat (met andere woorden: zij overschatten de effectiviteit van de psychotherapiebehandeling) zou een gedeelte van de €25 miljoen aan extra zorgkosten ook gemaakt zijn indien er wel ruimte was geweest om de psychotherapiebehandeling voort te zetten.

- Zouden we aannemen dat 10% van deze kosten daadwerkelijk ontstaan zijn ten gevolge van de pakketmaatregel, dan luidt de inschatting<sup>7</sup>:  
Extra zorgkosten = €20 mln + 10% x €25 mln = €22,5 mln per jaar
- Zouden we aannemen dat 45% van deze kosten daadwerkelijk ontstaan zijn ten gevolge van de pakketmaatregel, dan luidt de inschatting:  
Extra zorgkosten = €20 mln + 45% x €25 mln = €31 mln per jaar

De besparing die de pakketmaatregel opbrengt is vastgesteld tussen de €23 mln en €31 mln per jaar. Hieruit trekken wij de conclusie:

*Zelfs indien wordt aangenomen dat een groot gedeelte van de extra zorgkosten ter discussie staat, blijft de netto opbrengst van de pakketmaatregel negatief tot marginaal positief.*

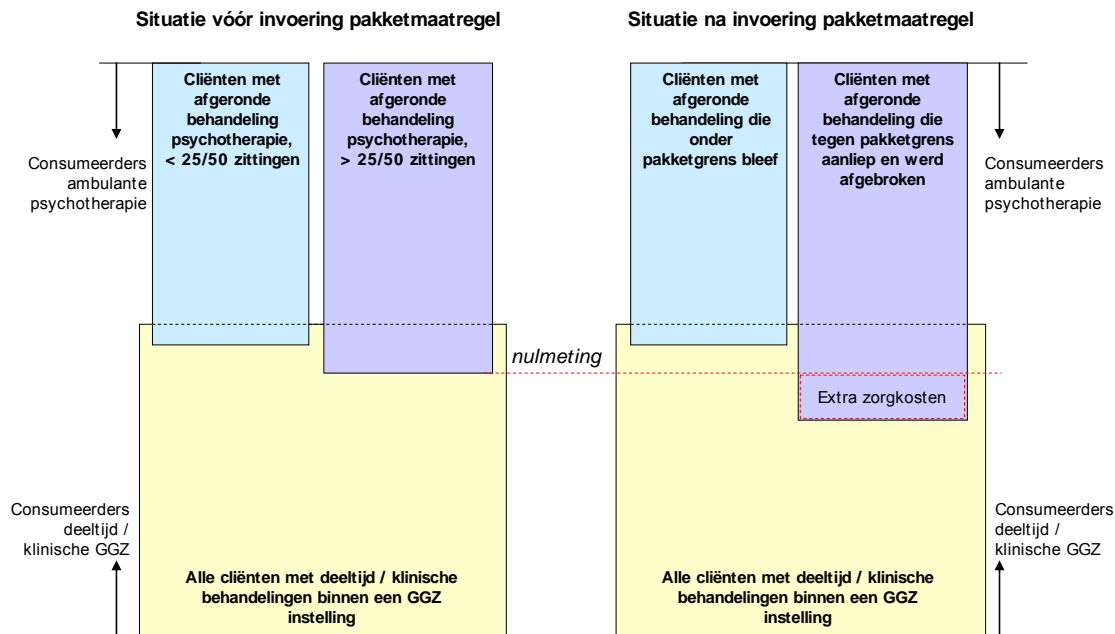
Hierbij dient tot slot opgemerkt te worden dat in deze argumentatie geen rekening wordt gehouden met maatschappelijke kosten die zouden kunnen ontstaan indien de afbreking van psychotherapie leidt tot een escalatie van de cliëntsituatie en hierdoor ziekteverzuim toeneemt of arbeidsparticipatie afneemt.

---

<sup>7</sup> Het percentage van 10% is gekozen door terug te rekenen vanuit de ondergrens van het besparingsbedrag van €23 mln. Ons inziens is dit percentage niet reëel en is ons uitgangspunt om uit te gaan van de integriteit en professionaliteit van de therapeuten hetgeen impliceert dat dit percentage op 100% ligt.

### Nut van een ‘nulmeting doorstroom psychotherapie naar zwaardere GGZ’

Om een uitspraak te kunnen doen rond het effectiviteitsvraagstuk en daarmee de validiteit van de bovengenoemde ‘extra zorgkosten’ zou een nulmeting uitkomst kunnen bieden. Bij een dergelijke meting zou moeten worden vastgesteld welk percentage van de cliënten van zwaardere vormen van GGZ historisch gezien voorafgaand aan die zorg een psychotherapiebehandeling van meer dan 25/50 zittingen had geconsumeerd. De analyse is schematisch weergegeven in Figuur 3.



**Figuur 3: Toepassing nulmeting bij bepalen extra zorgkosten**

Aan de hand van een dergelijke nulmeting kan worden ingeschat welk gedeelte van de ‘extra zorgkosten’ die uit onze analyse naar boven komt ook gemaakt zou zijn in de situatie vóór invoering van de pakketmaatregel.

Ter overweging bij het uitvoeren van een nulmeting stellen wij het volgende:


- Het op een juiste manier uitvoeren van deze nulmeting is complex en tijdsintensief en hangt af van de beschikbaarheid van gegevens rond de aard en omvang van voortrajecten van patiënten voordat zij bij instellingen in deeltijd/klinisch worden opgenomen
- Het inzicht uit een dergelijke nulmeting verandert niets aan de overall conclusie rond het netto effect van de pakketmaatregel. Zelfs al nemen we aan dat alle extra zorgkosten die ter discussie staan (de geschatte €25 mln) zonder de pakketmaatregel ook gemaakt zouden zijn dan is het netto resultaat van de pakketmaatregel slechts marginaal positief.

**Bijlage A**  
**Totstandkoming Macrocijfers Psychotherapie**

## Voor het overgrote deel van de macrocijfers bestaat nu een eenduidig beeld dat is gevalideerd met alle betrokken partijen

Overzicht van de landelijke productie ambulante psychotherapie, 2003-2004

	2003	2004	Groei '03-'04	Inconsistenties in oorspronkelijke monitor
<b>Aantal cliënten</b>	176.100	188.800	7,2%	
Vrijgev. PS	49.700	52.100	4,8%	Groot verschil rapportages CVZ en NVVP
Vrijgev. PT	53.000	55.000	3,7%	
Instellingen	73.400	81.700	11,3%	
<b>Aantal zittingen</b>	1.573.100	1.552.600	(1,3)%	
Vrijgev. PS	372.800	378.600	1,5%	Geen data 2003, groot verschil rapportage 2004 CVZ en NVVP
Vrijgev. PT	495.000	502.700	1,6%	
Instellingen	705.300	671.300	(4,3)%	Vershil in volume 2003 en trend volgens CTG en GGZN
<b>Kosten [€000]</b>	127.000	127.900	0,7%	
Vrijgev. PS	25.600	25.900	1,4%	Geen data 2003, groot verschil rapportage 2004 CVZ en NVVP
Vrijgev. PT	35.500	36.100	1,7%	
Instellingen	65.900	65.900	(0,1)%	
<b>Gemiddeld aantal zittingen per cliënt per jaar</b>	8,9	8,2	(7,9)%	
Vrijgev. PS	7,5	7,3	(3,1)%	Toename gesuggereerd door CVZ van 6,5 ('03) naar 7,3 ('04)
Vrijgev. PT	9,3	9,1	(2,1)%	Geen data 2003, uiteenlopend resultaat 2004 CVZ en NVVP
Instellingen	9,6	8,2	(14,5)%	
<b>Gemiddeld aantal zittingen per behandeling</b>	-	-	-	
Vrijgev. PS	-	24,2	-	Niet gerapporteerd in het kader van de monitor
Vrijgev. PT	-		-	
Instellingen	-	14,2	-	

 Datapunt niet beschikbaar

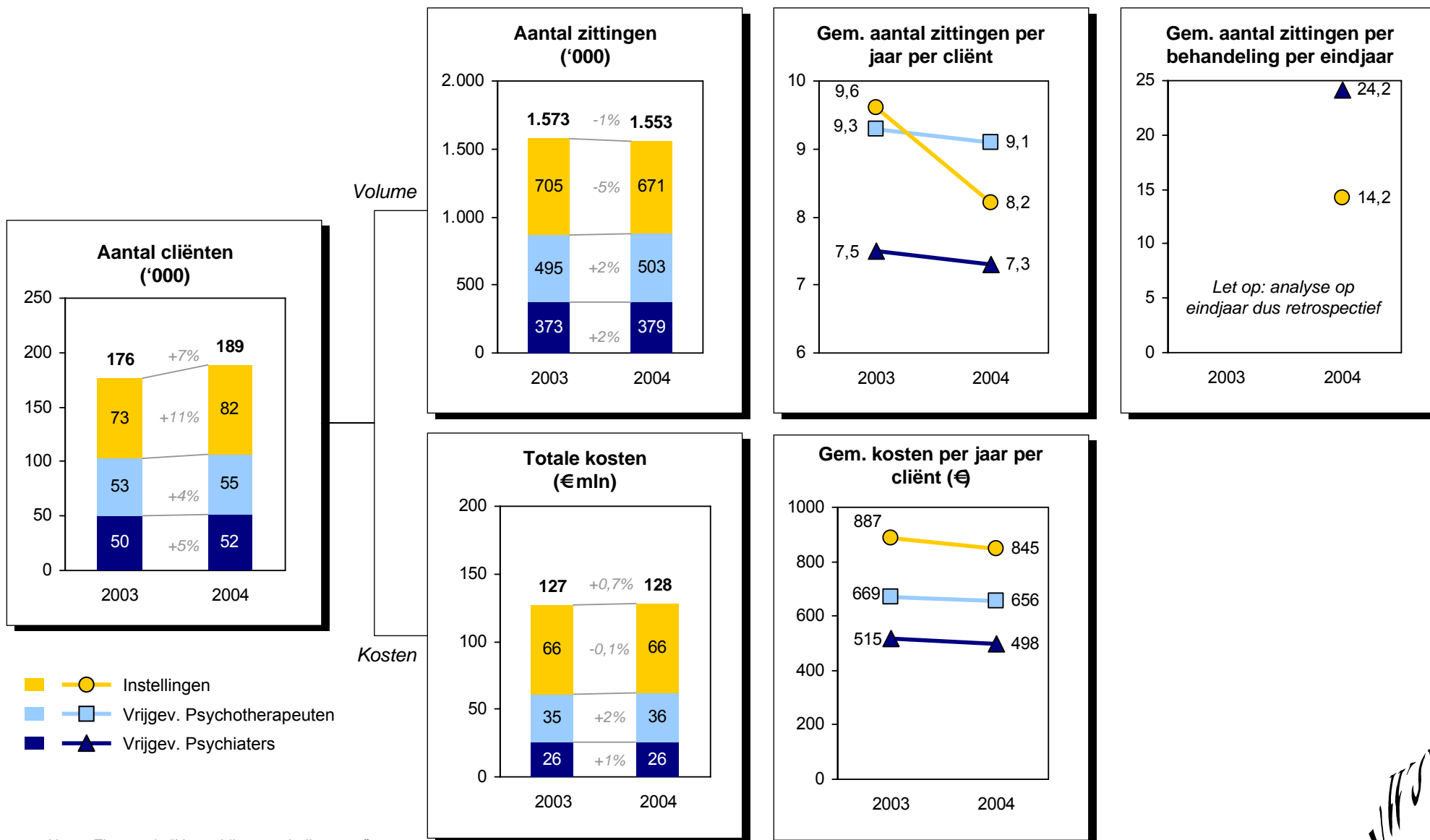
Noot: Zie bijlage A: "Totstandkoming Macrocijfers Psychotherapie"  
Bron: CTG-ZAio, GGZ Nederland, NVVP, CVZ, ZN/Vektis, Boer & Croon analyse

## De herziene macrorapportage is het resultaat van gedetailleerde validatie van verschillende bronnen met, waar nodig, corrigerende bewerkingen

PRODUCTIE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE															
Aantal cliënten		1999	1999	1999	2002	2002	2003	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2004	%groei '03-'04
			Trimbos orig	Trimbos corr				CVZ orig	CVZ corr	NVVP orig		CVZ orig	CVZ corr	NVVP orig	
VG	Psychiaters	-	42.000	33.471	-	-	49.692	39.482	49.692	-	52.072	51.700	52.072	-	4,8%
	Psychotherapeuten	-	29.400	23.429	-	-	53.000	-	-	53.000	54.978	29.030	54.978	58.000	3,7%
	SubTotaal	-	71.400	56.900	-	-	102.692	-	-	-	107.050	-	-	-	4,2%
			Trimbos orig	Trimbos corr			GGZ orig					GGZN orig			
Instelling	SubTotaal	-	146.500	108.600	-	-	73.400	73.400	-	-	81.700	81.700	-	-	11,3%
	Totaal	-	217.900	165.500	-	-	176.092	-	-	-	188.750	-	-	-	7,2%
Aantal zittingen		1999	1999	1999	2002	2002	2003	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2004	%groei '03-'04
			NVVP orig					CVZ orig	CVZ corr	schatting		CVZ orig	CVZ corr	NVVP orig	
VG	Psychiaters	-	-	-	-	-	372.833	260.969	372.833	-	378.607	375.652	378.607	-	1,5%
	Psychotherapeuten	-	415.000	-	-	-	495.000	-	-	495.000	502.729	265.530	502.729	517.000	1,6%
	SubTotaal	-	-	-	-	-	867.833	-	-	-	881.336	641.182	881.336	-	1,6%
							CTG	CTG orig	CTG corr	GGZN orig		CTG orig	CTG corr	GGZN orig	
Instelling	SubTotaal	-	-	-	-	612.010	705.284	1.143.130	705.284	718.400	671.283	1.118.050	671.283	751.300	-4,8%
	Totaal	-	-	-	-	-	1.573.117	-	-	-	1.552.619	-	-	-	-1,3%
Kosten (Eur 000)		1999	1999	1999	2002	2002	2003	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2004	%groei '03-'04
			NVVP orig					CVZ orig	CVZ corr	CTG		CVZ orig	CVZ corr	NVVP orig	
VG	Psychiaters	-	-	-	-	30.460	25.583	21.275	25.583	32.450	25.928	25.741	25.928	-	1,4%
	Psychotherapeuten	-	22.700	-	-	32.637	35.479	-	-	35.479	36.085	19.754	36.085	33.800	1,7%
	SubTotaal	-	-	-	-	-	61.062	-	-	-	62.014	45.495	62.014	-	1,6%
							CTG	CTG orig	CTG corr			CTG orig	CTG corr		
Instelling	SubTotaal	-	-	-	-	57.506	65.940	129.931	65.940	-	65.902	128.761	65.902	-	-0,1%
	Totaal	-	-	-	-	-	127.002	-	-	-	127.916	-	-	-	0,7%
Gemiddeld aantal zittingen per client per jaar		1999	1999	1999	2002	2002	2003	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2004	%groei '03-'04
								CVZ				CVZ		NVVP	
VG	Psychiaters						7,5	6,6			7,3	7,3			-3,1%
	Psychotherapeuten						9,3				9,1	9,1		8,9	-2,1%
	SubTotaal						8,5				8,2				-2,6%
								GGZN orig				GGZN orig			
Instelling	SubTotaal						9,6	9,8			8,2	9,2			-14,5%
	Totaal						8,9				8,2				-7,9%
Gemiddeld aantal zittingen per behandeling, voor patiëntenpopulatie geëindigd in gegeven jaar		1999	1999	1999	2002	2002	2003	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2004	%groei '03-'04
VG	Psychiaters														
	Psychotherapeuten														
	SubTotaal														
Instelling	SubTotaal										14,2	14,2			
	Totaal														

Noot: Zie bijlage A: "Totstandkoming Macrocijfers Psychotherapie"  
 Bron: CTG-ZAio, GGZ Nederland, NVVP, CVZ, ZN/Vektis, Boer & Croon analyse

# De macrocijfers laten zien dat het jaarlijkse zittingsvolume en de uit AWBZ gelden gefinancierde kosten voor psychotherapie nagenoeg gelijk is gebleven in de periode 2003-2004



Noot: Zie panels "Noten bij macro-indicatoren"

Bron: CTG-ZAio, GGZ Nederland, NVVP, CVZ, ZN/Vektis, Boer & Croon analyse

# Noten bij macro-indicatoren

## Algemeen

### Aantal cliënten

Representeert:

- Het aantal cliënten dat in het desbetreffende jaar minstens één ambulante zitting psychotherapie heeft gehad, en waarvoor declaratie heeft plaatsgevonden bij zorgkantoren (m.a.w. de zitting is gefinancierd uit AWBZ gelden)

Bron:

- Vrijgevestigden: CVZ/Vektis (gecorrigeerd), NVVP/CAVP
- Instellingen: GGZ Nederland / Zorg-IS

### Aantal zittingen

Representeert:

- Het aantal ambulante zittingen psychotherapie
- Instellingen: Psychotherapie en groepscontacten psychotherapie voor de circuits volwassenen, ouderen, kind & jeugd, forensisch en verslavingszorg
- Vrijgevestigden: Prestaties psychotherapie, individueel, groepstherapie, gezinstherapie, partner-relatietherapie

Bron:

- Vrijgevestigden: CVZ/Vektis, gecorrigeerd
- Instellingen: CTG-ZAio, GGZ Nederland

### Totale kosten

Representeert:

- Nominale kosten
- Werkelijk gedeclareerde, en uit AWBZ gelden gefinancierde uitgaven
- Exclusief kapitaallasten (bij productie gemaakt door instellingen)
- Exclusief eigen bijdragen
- Definitieve nacalculatie (instellingen)

Opmerking

- Verschil in volumetrend bij instellingen (-5%) en kostentrend (-0,1%) volgens CTG data wordt verklaard door verandering in volumemix individuele vs. groepstherapie en verhoging van tarieven t.g.v. inflatiecorrectie

Bron:

- Vrijgevestigden: CVZ/Vektis (gecorrigeerd), CTG-ZAio
- Instellingen: CTG-ZAio

### Gem. aantal zittingen per jaar per cliënt

Representeert:

- Het totale zittingsvolume gedeeld door het totale aantal cliënten met ten minste één zitting psychotherapie in een gegeven jaar

Deze indicator wordt gedreven door

- Gemiddeld aantal zittingen per behandeling
- Behandel frequentie
- Omvang van de instroom van nieuwe cliënten in een gegeven jaar

### Gem. aantal zittingen per behandeling per eindjaar

Representeert:

- Gemiddelde aantal zittingen per behandeling voor cliënten wiens behandeling in 2004 eindigde
- Analyse uitgevoerd populaties die tot stand kwamen door te filteren voor:
  - Cliëntdata betrouwbaar aangeleverd door instellingen in de periode 2001-2004
  - Einddatum behandeling viel in jaar 2004
  - Totale behandelduur kleiner dan 48 maanden

Bron:

- Vrijgevestigden psychiaters: ZN/Achmea Zorg; Vrijgevestigde psychotherapeuten: niet beschikbaar
- Instellingen: GGZ Nederland / Zorg-IS

### Gem. kosten per jaar per cliënt

Representeert:

- Totale kosten gedeeld door het aantal actieve cliënten



# Noten bij macro-indicatoren

## Data m.b.t. productie bij instellingen

	CTG-ZAio	GGZ Nederland	Trimbos <sup>1</sup>
Oorsprong dataset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sommatie van accountantgecontroleerde rekenstaten gebruikt door het CTG t.b.v. het uitvoeren van de nacalculatie op geleverde productie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapportage van instellingen die lid zijn van GGZ Nederland in het kader van het datasysteem Zorg-IS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête onder steekproef van geregistreerde psychiaters en psychotherapeuten</li> </ul>
Definitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Representeert werkelijke productie waarvoor AWBZ gelden zijn uitgekeerd (definitieve nacalculatie)</li> <li>Volume representeert de ambulante prestaties psychotherapiecontact en groepscontact psychotherapie voor de vijf circuits<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Representeert productie gerapporteerd vanuit planning/administratiesystemen van lidinstellingen</li> <li>Definitie van prestatie identiek aan CTG definitie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In de enquête werd gevraagd naar het aantal patiënten dat de desbetreffende therapeut in het gegeven jaar onder behandeling heeft gehad</li> <li>Hierbij werd naar alle patiënten gevraagd, onafhankelijk van vergoedingswijze</li> </ul>
Volledigheid dataset	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% dekingsgraad onder instellingen<sup>2</sup> die vergoedingen uit AWBZ gelden ontvangen (inclusief PAAZ productie)</li> <li>Rapportage bevat zittingsvolume en kosten, geen cliëntaantallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorg-IS kent een dekingsgraad van circa 40% van de lidinstellingen<sup>1</sup> wat neer komt op 70% van het volume</li> <li>Exclusief PAAZ volume, productie psychotherapie door andere niet-leden is verwaarloosbaar</li> <li>Rapportage bevat zittingsvolume en cliëntaantallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Steekproef van enquête bedroeg 900 respondenten op totale populatie van 2.200 therapeuten</li> </ul>
Issues	<ul style="list-style-type: none"> <li>In de oorspronkelijke rapportage waren deeltijdbehandelingen meegenomen. Deze prestaties vallen echter buiten de pakketmaatregel (betreft geen ambulante psychotherapie)</li> <li>Discrepancie met volumetrend 2003-2004 gerapporteerd vanuit GGZ Nederland waarschijnlijk verklaard door overproductie waarbij een deel van de productie niet uit AWBZ gelden is vergoed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GGZ Nederland gebruikt een bijschattingsmethode op basis van budgettrends om te corrigeren voor de dekingsgraad. Deze methode is geëvalueerd en betrouwbaar geacht</li> <li>Discrepancie met volumetrend gerapporteerd vanuit CTG waarschijnlijk verklaard door verschil in bronnen: planningssysteem vs. financieel systeem</li> <li>Dit impliceert dat er in 2004 een overproductie heeft plaatsgevonden die niet uit AWBZ gelden vergoed is</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mogelijke onnauwkeurigheid in onderverdeling vrijgevestigde setting vs. Instelling t.g.v. "vanwege RIAGG" constructie die destijds van kracht was</li> <li>Aantallen moeten worden gecorrigeerd voor patiënten die buiten de AWBZ vielen, geschat op 15.000 bij vrijgevestigden en 22.000 bij instellingen</li> </ul>
Oplossing en gebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapportage wordt betrouwbaar geacht en is gebruikt v.w.b. volume en kostenniveaus in de macro-analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapportage wordt betrouwbaar geacht. Volumedata niet gebruikt aangezien het macro een beeld moet schetsen van kosten van de daadwerkelijk uit AWBZ gelden zijn vergoed</li> <li>Oorspronkelijk gerapporteerde cliëntaantallen wel gebruikt voor de macroanalyse. Deze populatie heeft dus in 2004 een zittingvolume genoten dat niet uit AWVZ gelden is vergoed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De gecorrigeerde totaalinschatting van patiënt-populatie is gebruikt voor een check op orde van grootte van de totalen in 2003 en 2004</li> </ul>
	<p>Noot: <sup>1</sup>Volwassenen, Ouderen, Kinderen &amp; Jeugd, Verslavingszorg, Forensisch</p> <p><sup>2</sup>In 2004 waren dit 178 instellingen</p> <p>Bron: Verzamelstaten CTG-ZAio</p>	<p>Noot: <sup>1</sup>GGZ Nederland heeft 106 lidinstellingen. Hiervan is van 41 instellingen betrouwbare productiedata in Zorg-IS opgenomen</p> <p>Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS database</p>	<p>Noot: <sup>1</sup>Betreft inschatting cliëntaantallen psychotherapie zowel binnen instellingen als bij vrijgevestigden</p> <p>Bron: "Psychotherapie in Getallen", G. Hutschemaekers e.a., Trimbos instituut, juni 1999</p>

# Noten bij macro-indicatoren

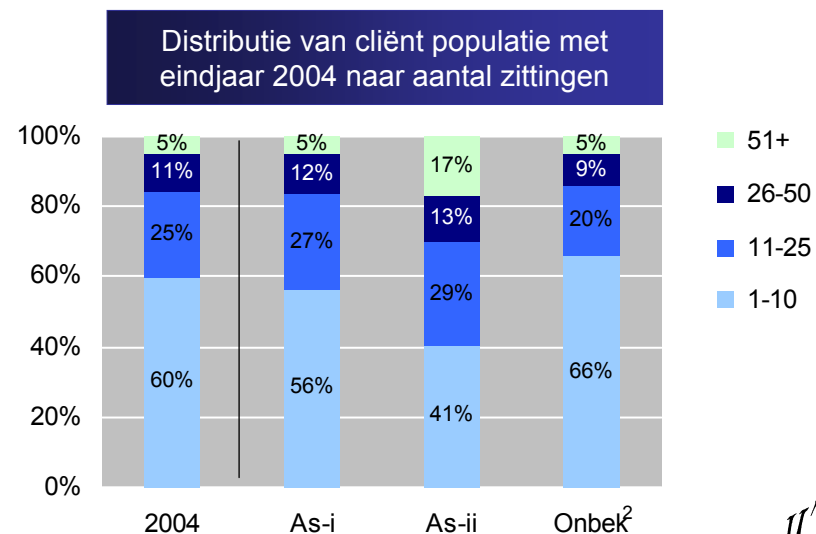
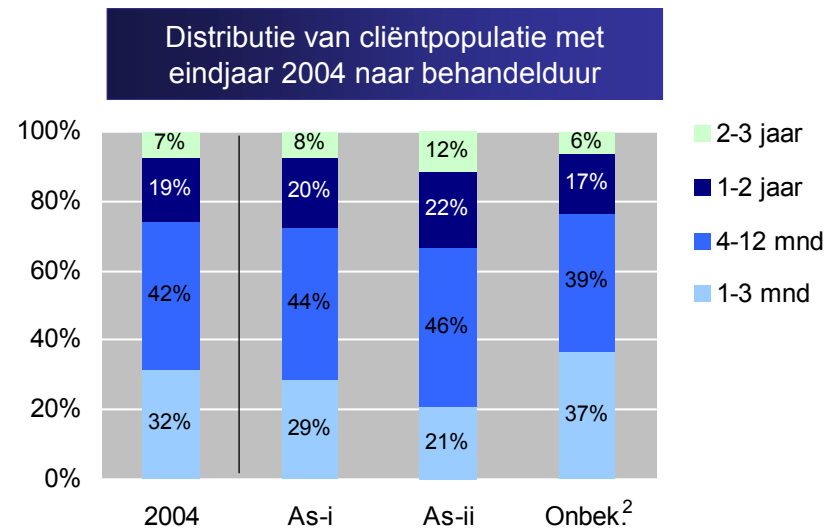
## Data m.b.t. productie bij vrijgevestigden

	CVZ / ZN	NVVP	CTG-ZAio
Oorsprong dataset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaratiegegevens toegeleverd door zorgkantoren (cliënten, zittingen en tarieven)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data voor vrijgevestigde psychotherapeuten voor 2004 afkomstig van het Centraal Administratiesysteem Vrijgevestigde Psychotherapeuten (CAVP)</li> <li>Data voor 2003 betreft beschikbare data gerapporteerd aan het NVVP door RIAGGs in het kader van de "vanwege RIAGG" regeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CTG is benaderd voor additionele data m.b.t. psychotherapie bij vrijgevestigden               <ul style="list-style-type: none"> <li>Totaalkosten psychotherapie 2002-2003 vergoed uit AWBZ gelden via de "vanwege RIAGG" constructie<sup>1</sup></li> <li>Omzetverklaringen vrijgevestigde psychiaters in het kader van "lokale initiatieven"<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul>
Definitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Representeert alle prestaties psychotherapie in vrijgevestigde setting (individueel, groepstherapie, gezinstherapie, partner-relatietherapie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Representeert alle prestaties psychotherapie uitgevoerd door vrijgevestigde psychotherapeuten (individueel, groepstherapie, gezinstherapie, partner-relatietherapie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data bij vrijgevestigde psychotherapie representeert alle prestaties psychotherapie</li> <li>Omzetdata psychiaters representeert alle productie met vergoeding uit AWBZ gelden (kaarten, psychotherapie, behandelcontacten psychosociale begeleiding, overig)</li> </ul>
Volledigheid dataset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dekkingsgraad onder zorgkantoren circa 99% voor psychotherapie bij vrijgevestigde psychiaters, en 55% voor psychotherapie bij vrijgevestigde psychotherapeuten</li> <li>Data m.b.t. vrijgevestigde psychotherapeuten alleen beschikbaar voor 2004 (voor die tijd werd gedeclareerd via de "vanwege RIAGG" constructie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gegevens CAVP in 2004 zijn aangeleverd door circa 800 psychotherapeuten</li> <li>Dit is circa 70% van het totaal aantal contractanten. De productiecijfers zijn geëxtrapoleerd met factor 10/7 om tot een landelijke schatting te komen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% dekkingsgraad; representeert werkelijk uitgekeerde AWBZ gelden t.b.v. productie bij vrijgevestigden</li> </ul>
Issues	<ul style="list-style-type: none"> <li>In oorspronkelijke rapportage was niet gecorrigeerd voor lage dekkingsgraad onder vrijgevestigde psychotherapeuten</li> <li>In de oorspronkelijke rapportage zat een sommatiefout welke leidde tot een onderschatting van cliëntaantallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extrapolatiemethode CAVP was het beste wat er mogelijk was, maar introduceert onnauwkeurigheden</li> <li>CAVP wordt niet langer door NVVP beheerd maar is overgedragen aan Agis en wordt beheerd door het NAU. Er is geen directe toegang tot de dataset</li> <li>RIAGG gegevens over 2003 alleen betrouwbaar v.w.t. cliënt aantallen, niet v.w.b. zittingsvolume</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data m.b.t. kosten psychotherapie van productie bij psychiaters bevat zowel psychotherapiecontacten en behandelcontacten psychosociale begeleiding. Alleen de psychotherapiecontacten vallen onder de pakketmaatregel</li> <li>Opsplitsing is niet te herleiden zonder terug te gaan naar regioaccountants</li> </ul>
Oplossing en gebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcties zijn uitgevoerd op de brongegevens               <ul style="list-style-type: none"> <li>Bijschatting ter compensatie van lage dekkingsgraad op basis van relatieve grootte zorgkantoor regio's</li> <li>Correctie sommatiefout</li> </ul> </li> <li>Zittingsvolume, cliëntaantallen en kosten zijn gebruikt. V.w.b. data vrijgevestigde psychotherapeuten in 2003 is een alternatieve bron benodigd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CAVP data alleen gebruikt ter validatie van primaire datapunten (blijkt in lijn te liggen)</li> <li>RIAGG data m.b.t. zittingsvolume blijkt enige bron te zijn voor gegevens over 2003 maar lijkt in lijn te liggen met alternatieve rapportages in andere jaren en is derhalve gebruikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostendata vrijgevestigde psychotherapeuten is betrouwbaar en wordt gebruikt als kostenindicatie voor 2003</li> <li>Kostendata vrijgevestigde psychiaters is onbruikbaar omdat het inclusief kosten van begeleidingscontacten is en dit niet op te schonen is</li> </ul>
	Bron: Dataset psychotherapieproductie bij vrijgevestigden, CVZ/ZN, augustus 2005	Bron: NVVP rapportage en correspondentie Drs. D.C. Bouman, augustus 2005	Noot: <sup>1</sup> Accountantgecontroleerd Bron: Correspondentie CTG-ZAio, november 2005

# Analyse Behandelstatistiek Instellingen

## Behandelstatistiek binnen GGZ-instellingen<sup>1</sup>

	Eindjaar 2004	Eindjaar 2004		
	Totaal	As-i	As-ii	Diagnose onbekend <sup>2</sup>
Percentage van cliëntpopulatie	100%	59%	2%	39%
Gem. behandelduur (maanden)	9,1	9,4	11,3	8,4
Gem. # zittingen per behandeling	14,2	14,6	25,9	13,1
Gem. behandel frequentie (zittingen per maand)	1,6	1,6	2,3	1,6

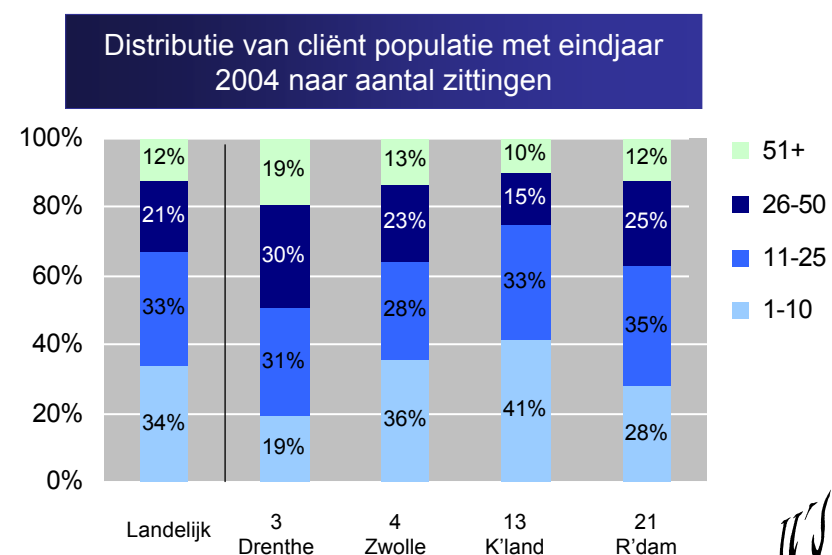
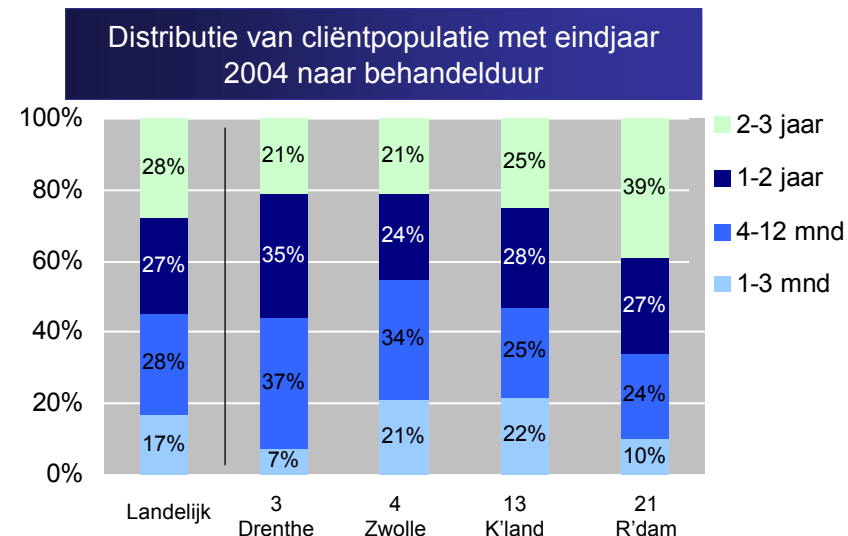


Noot: 1. Analyse is toegepast op behandeldata van cliënten wiens behandeling is gestart na 1/1/2001 en geëindigd in 2004. Uit Zorg-IS is alleen data is gebruikt van instellingen die consequent en aaneengesloten in de periode 2001-2004 aan GGZ Nederland hebben gerapporteerd. Deze filters leverden een dataset van n=15.403 cliënten  
 2. De groep "diagnose onbekend" bestaat uit cliënten waarvan het diagnoseveld HDIAG in Zorg-IS leeg is (diagnose ontbreekt) of code 900 bevat (bewust geen diagnose gesteld)  
 Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS 2005, Boer & Croon analyse

# Analyse Behandelstatistiek Vrijgevestigde Psychiaters

## Behandelstatistiek binnen Vrijgevestigde Psychiaters<sup>1</sup>

	Eindjaar 2004	Eindjaar 2004, per zorgkantoor regio			
	Landelijk	3 Drenthe	4 Zwolle	13 K'land	21 R'dam
Percentage van landelijke cliëntpopulatie	100%	3%	3%	3%	4%
Gem. behandelduur (maanden)	17	17	14	15	20
Gem. # zittingen per behandeling	24,2	29,9	23,8	20,5	27,2
Gem. behandel frequentie (zittingen per maand)	1,4	1,8	1,7	1,2	1,5



Noot: 1. Analyse op basis van zittingsdatabase op cliëntniveau van Achmea Zorg. Analyse is toegepast op behandeldata van cliënten wiens behandeling is gestart na 1/1/2001 en geëindigd in 2004. Landelijke schatting is gebaseerd op extrapolatie van de vier zorgregio's in de analyse op basis van inwonersaantallen, met inachtneming van onderscheid in grootstedelijke en provinciale zorgregio's. Data voor zorgregio's 13 en 21 (Kennemerland en Rotterdam) gecorrigeerd (cliënt data slechts beschikbaar voor een periode van 34 maanden). Data voor zorgregio 14 (Zaanstreek Waterland) was niet bruikbaar (cliënt data slechts vanaf 1/1/2003 beschikbaar)

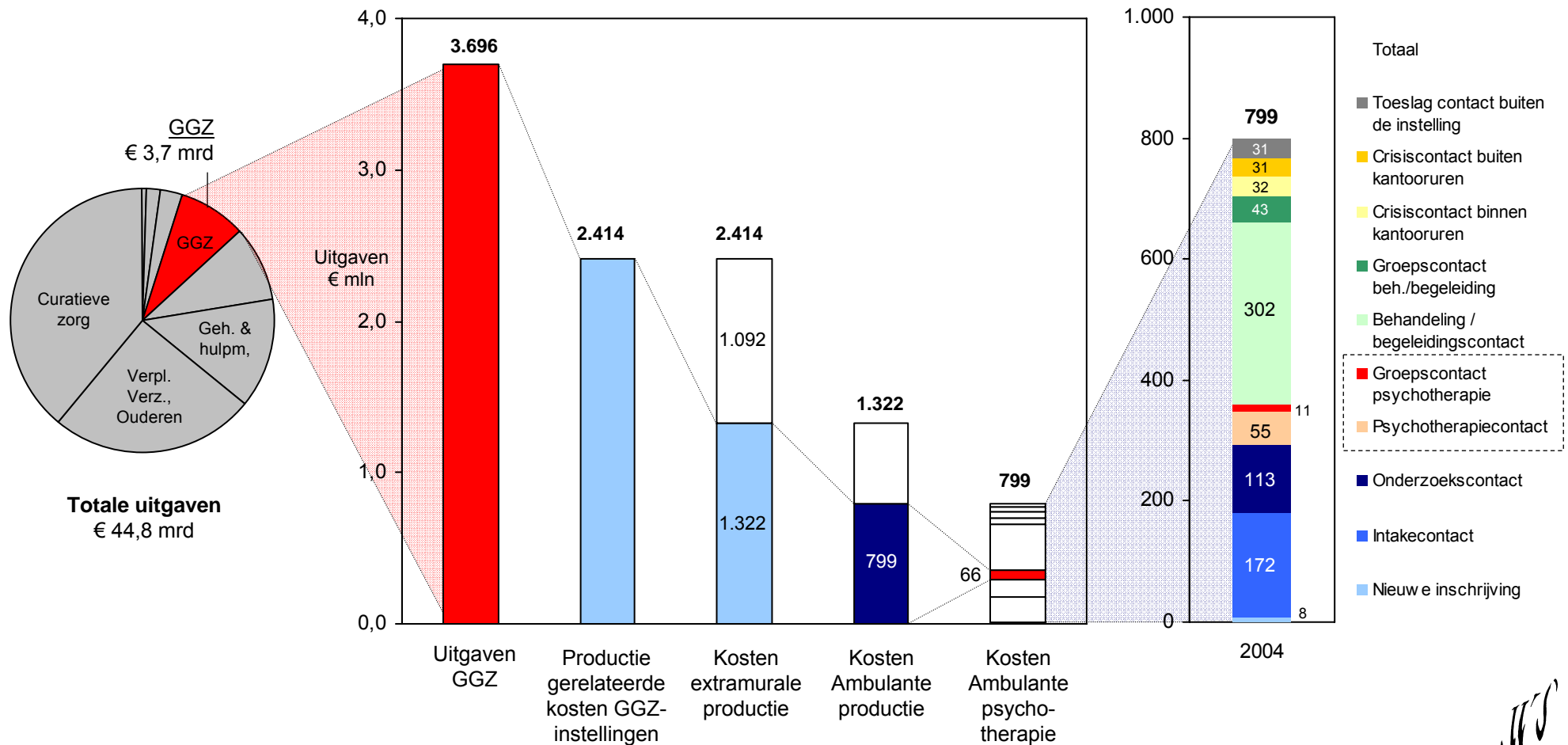
Bron: Zorgverzekeraars Nederland, Achmea Zorg, Boer & Croon analyse

# De kosten van de ambulante productie door GGZ-instellingen bedroegen in 2004 circa €800 mln, waarvan €66 mln is ingezet voor ambulante psychotherapie

VWS Zorguitgaven<sup>1</sup>, BKZ 2004

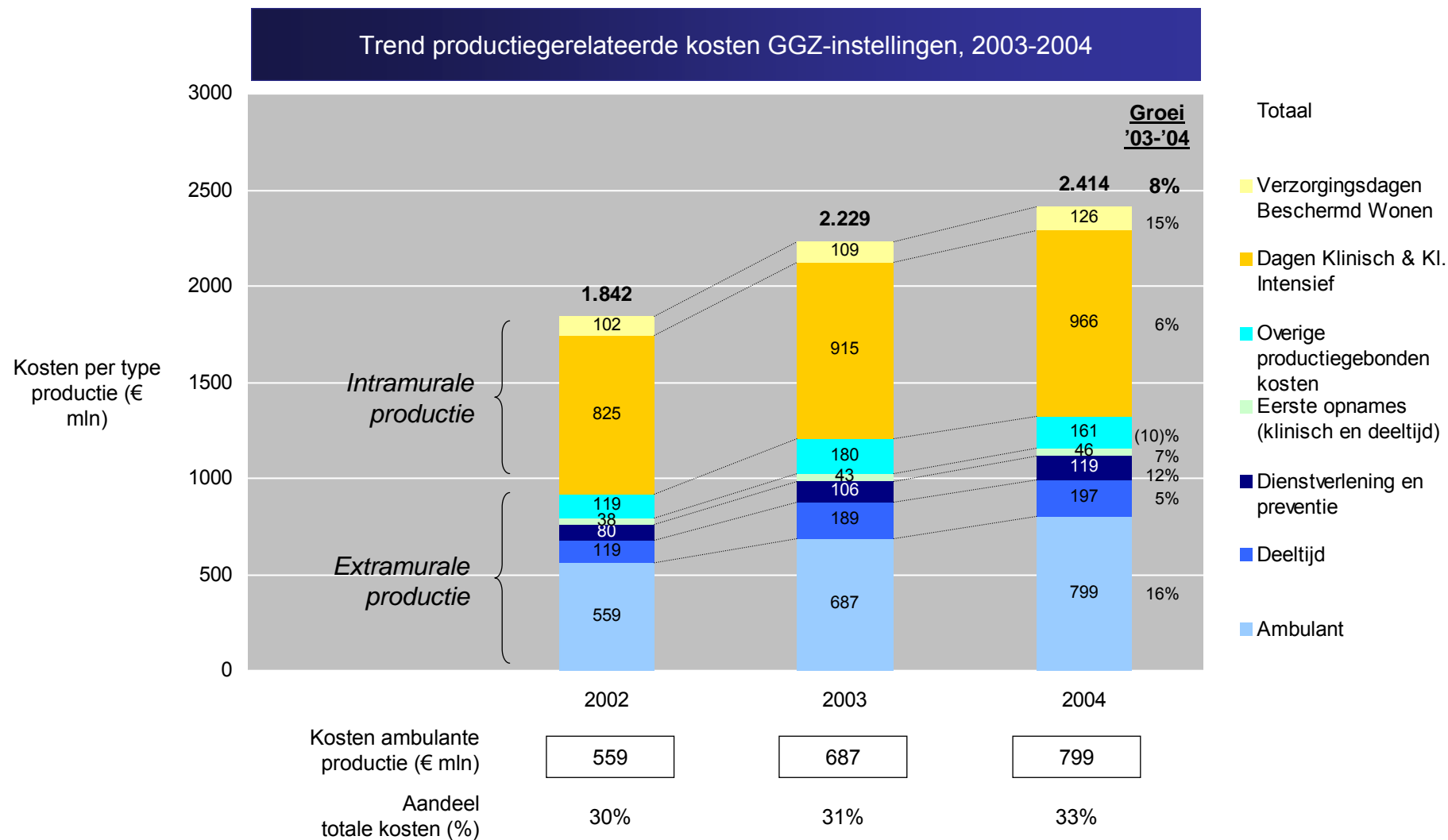
Zorguitgaven GGZ, 2004

Zorgkosten van ambulante productie bij instellingen, 2004



Noot: 1. Betreft voorlopige realisatie 2004  
Bron: Jaarverslag Ministerie VWS 2004, CTG-ZAio

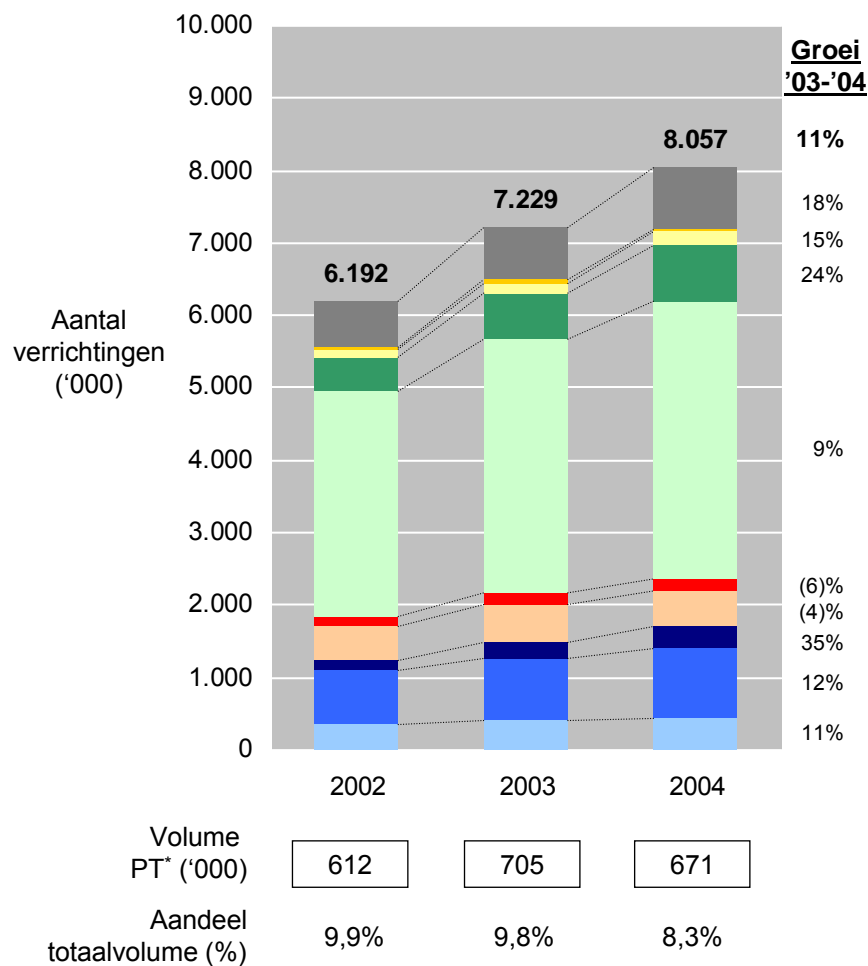
# Groei van productiegerelateerde kosten bij GGZ-instellingen is voor het grootste deel veroorzaakt door toename van uitgaven aan de ambulante productie



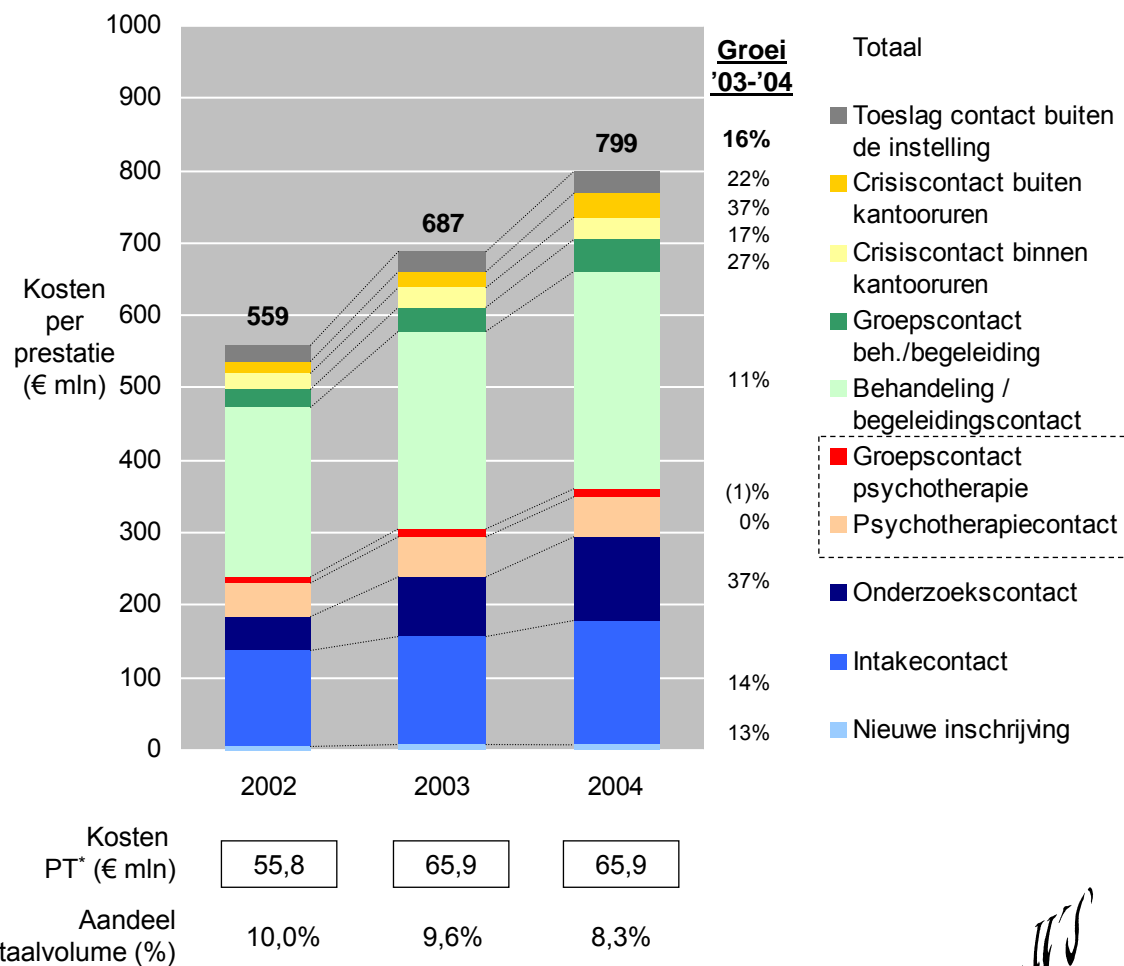
*WFS*

# Zowel het volume en de kosten van ambulante productie bij instellingen laat een sterke groei zien. Ambulante psychotherapie is de enige prestatie die in volume is gekrompen

## Volume van Ambulante Productie GGZ-Instellingen



## Kosten van Ambulante Productie GGZ-Instellingen



Noot: \*PT = Psychotherapie (som van "psychotherapiecontact" en "groepscontact psychotherapie")  
Bron: CTG-ZAio 2005

**Bijlage B**  
**Inschatting Kostenbesparing Pakketmaatregel**



## Landelijke productie van psychotherapie is aanzienlijk lager dan de inschattingen die voorhanden waren toen de pakketmaatregel werd ontworpen

### Schattingsmethode bij ontwerp pakketmaatregel

Vergelijking van aannames op basis van de toen beschikbare bronnen

		Oorspr. Aanname	In lijn met huidig beeld?	Huidige schatting 2004	Toelichting
Aantal cliënten in psychotherapie		165.500	✓	188.750	
Distributie As-i / As-ii cliënten		70:30	✓	Geen harde data beschikbaar	Tot voor invoering pakketmaatregel werd melding van As-ii diagnose vermeden
Aantal zittingen per behandeling	As-i	38 (in 2 jaar)	✗	15 (in 9 mnd)	Harde data beschikbaar gekomen voor instellingen
	As-ii	60 (in 2 jaar)	✗	26 (in 11 mnd)	
Jaarlijks zittingsvolume instellingen 2003		1.142.309	✗	705.000	Excl. deeltijdbehandelingen
Jaarlijks zittingsvolume vrijgevestigden 2003		2.201.150	✗	868.000	T.g.v. overschatting aantal zittingen per behandeling

Jaarlijkse totaalopbrengst pakketmaatregel	€ 70 mln
--	----------

Bron: Ministerie van VWS, Boer & Croon analyse

## De geschatte totaalopbrengst van de pakketmaatregel op basis van de nieuwe cijfers is €23 mln tegen de eerder geschatte €70 mln

### Top-down Inschatting 2004

Observeerbare kostenbesparing door vergelijking historische met werkelijke groei

		Kosten '03 [€ mln]	Groei historisch <sup>1</sup> [%]	Kosten '04 Projectie [€ mln]	Kosten '04 Werkelijk [€ mln]	Besparing [€ mln]
Vrijgev.	PS	25,6	7%	27,4	25,9	1,5
	PT	35,5	9%	38,6	36,1	2,5
Instellingen		65,9	18%	77,7	65,9	11,8
Totaal		127,0		143,8	127,9	15,8

Opbrengst verhogen eigen bijdrage

		Productie 2004 [000]	ΔEigen Bijdrage [€]	Opbrengst [€ mln]
Vrijgev.	PS	379	4,60	1,7
	PT	503	4,60	2,3
Instellingen		671	4,60	3,1
Totaal		1.552		7,1

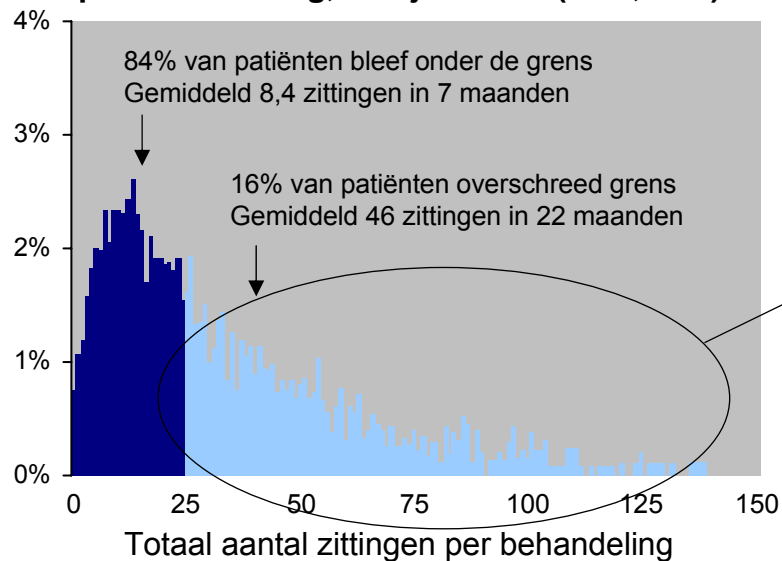
Geschatte totaalopbrengst  
pakketmaatregel 2004 € 23 mln

Noot: 1. Repreenteert nominale groei 2002-2003. Bij vrijgevestigden is dit gebaseerd op de totaalkosten "vanwege RIAGG" constructie (psychotherapeuten) en de omzetverklaringen voor psychotherapie en psychosociale behandelcontacten (psychiaters). Bij instellingen is dit gebaseerd op de groei van prestaties ambulante psychotherapie  
Bron: CTG-ZAio, Boer & Croon analyse

## Voor de bepaling van de theoretische besparing die bereikt kan worden met de pakketmaatregel, is begrip van distributie van zittingsvolume vereist

Analyse van behandelstatistiek maakt het mogelijk te schatten hoeveel patiënten geconfronteerd worden met de 25/50 grens

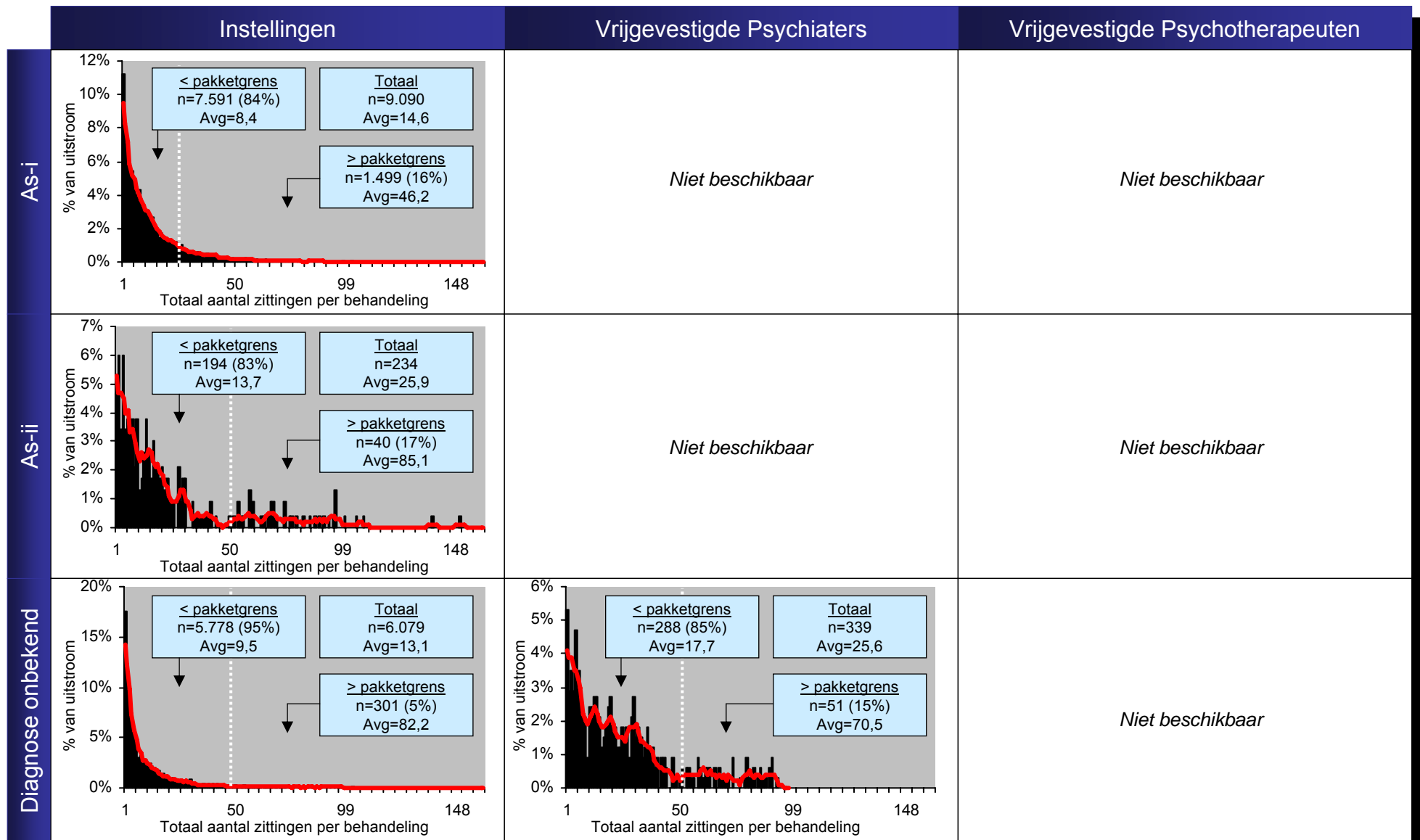
% Zittingsvolume over het totaal aantal zittingen per behandeling, eindjaar 2004 (Inst., As-i)<sup>1</sup>



- Door de pakketmaatregel wordt zittingsvolume boven de gestelde grens 'weggesneden'
- Dit is vertaalbaar naar een volumereductie op jaarbasis hetgeen leidt tot kostenbesparing

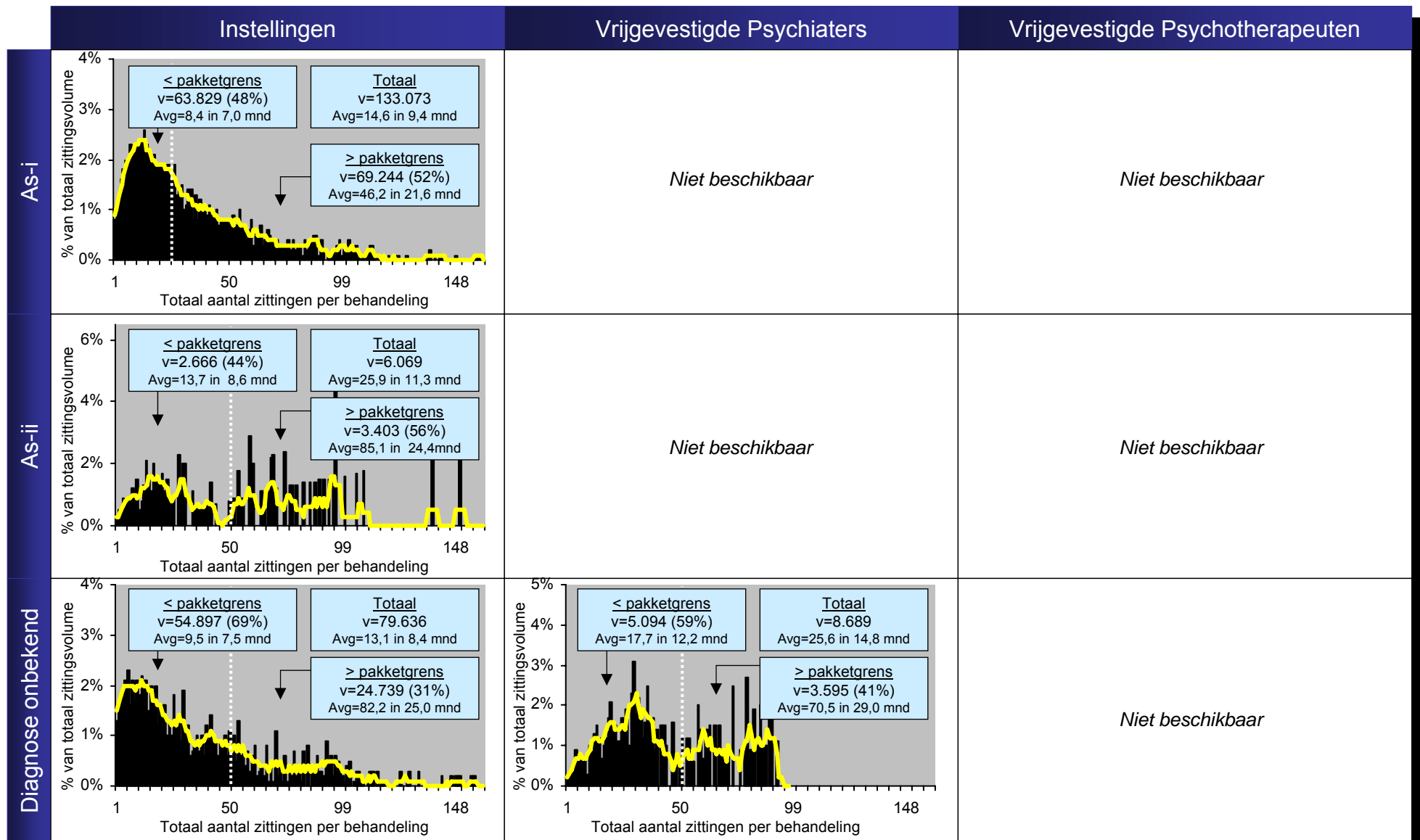
Noot: 1. Getoonde distributie representeert clientgroep wiens behandeling heeft aangevangen na 1/1/2001 en is beëindigt in 2004.  
Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS 2005

# Distributie van cliëntaantallen naar het totaal aantal sessies van de psychotherapiebehandeling



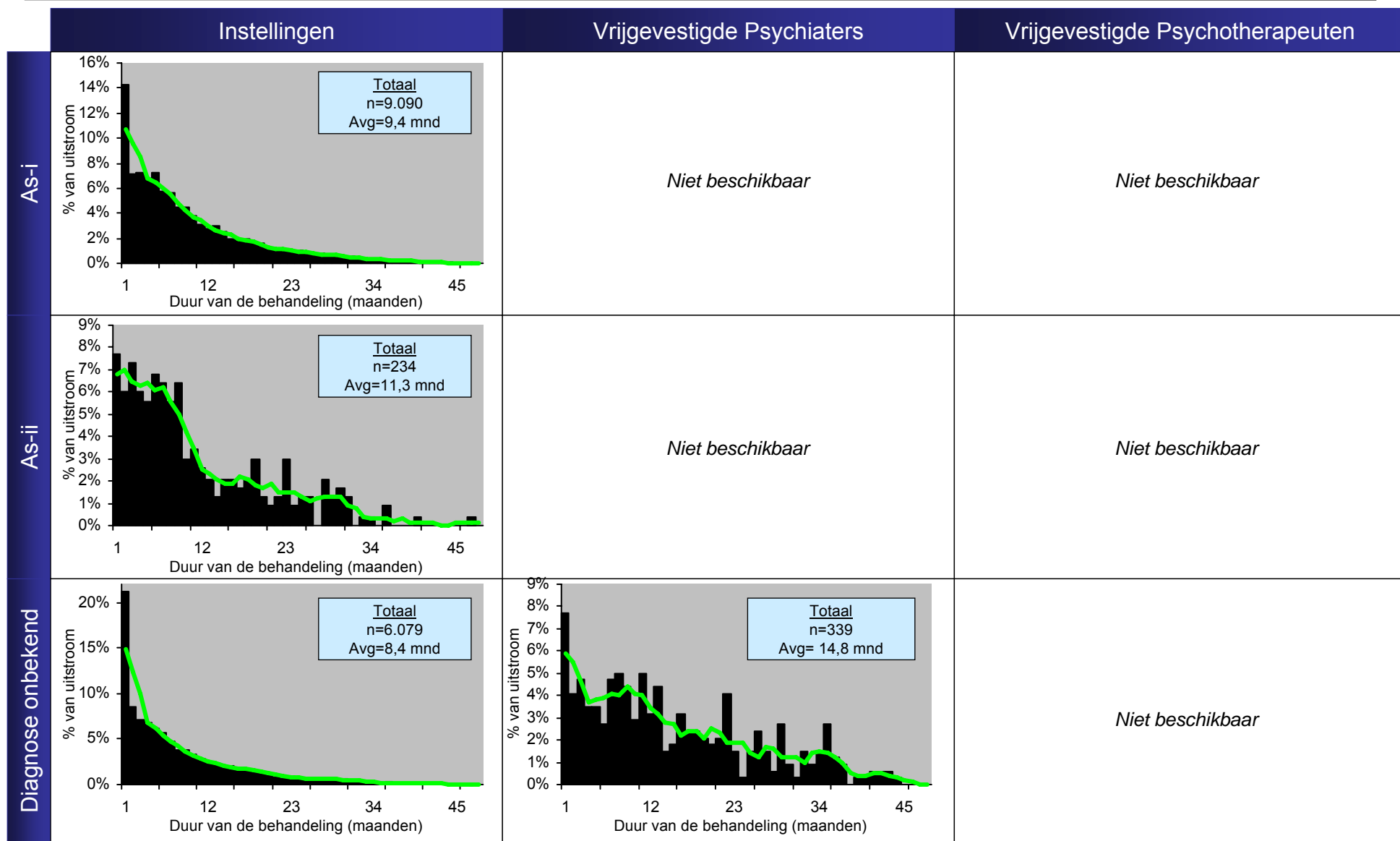
Noot: Getoonde distributie representeert cliëntgroep wiens behandeling heeft aangevangen na 1/1/2001 en is beëindigt in 2004. Data voor vrijgevestigde psychiaters is gebaseerd op dataset voor zorgkantoorregio's 3 en 4 (Zwolle en Drenthe), voor overige regio's was niet voldoende behandelgeschiedenis beschikbaar  
Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS 2005, ZN/Achmea Zorg

# Distributie van het zittingsvolume naar het totaal aantal sessies van de psychotherapiebehandeling



Noot: Getoonde distributie representeert cliëntgroep wiens behandeling heeft aangevangen na 1/1/2001 en is beëindigt in 2004. Data voor vrijgevestigde psychiaters is gebaseerd op dataset voor zorgkantoorregio's 3 en 4 (Zwolle en Drenthe), voor overige regio's was niet voldoende behandelgeschiedenis beschikbaar  
 Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS 2005, ZN/Achmea Zorg

# Distributie van cliëntaantallen naar de totale duur van de psychotherapie-behandeling in maanden



Noot: Getoonde distributie representeert cliëntgroep wiens behandeling heeft aangevangen na 1/1/2001 en is beëindigt in 2004. Data voor vrijgevestigde psychiaters is gebaseerd op dataset voor zorgkantoorregio's 3 en 4 (Zwolle en Drenthe), voor overige regio's was niet voldoende behandelgeschiedenis beschikbaar  
Bron: GGZ Nederland / Zorg-IS 2005, ZN/Achmea Zorg



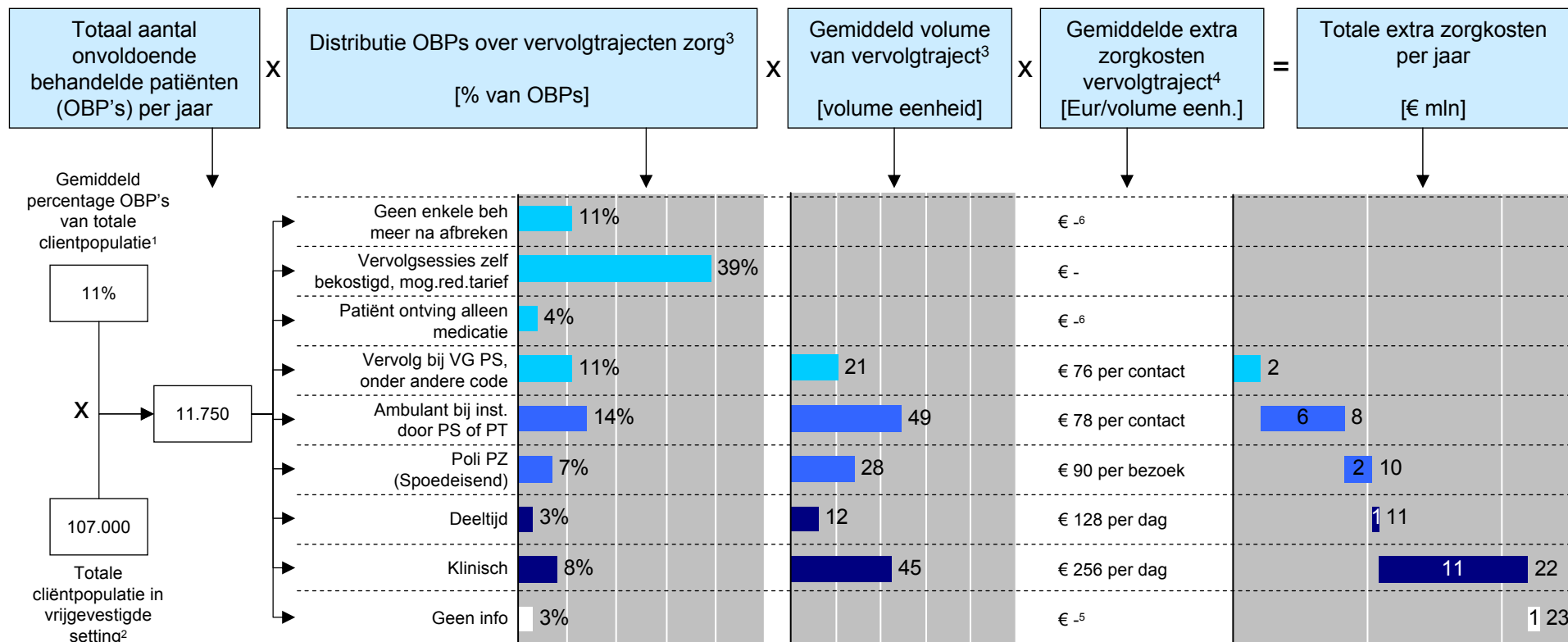




**Bijlage C**  
**Analyse en resultaten**  
**berekenen extra zorgkosten**

# Op basis van onze enquête onder meldingen van afgebroken behandelingen in de vrijgevestigde setting ontstaan er circa €23 mln extra zorgkosten per jaar

## Schatting Extra Zorgkosten (Vrijgevestigden)



Gem. kosten per OBP: € 1.940

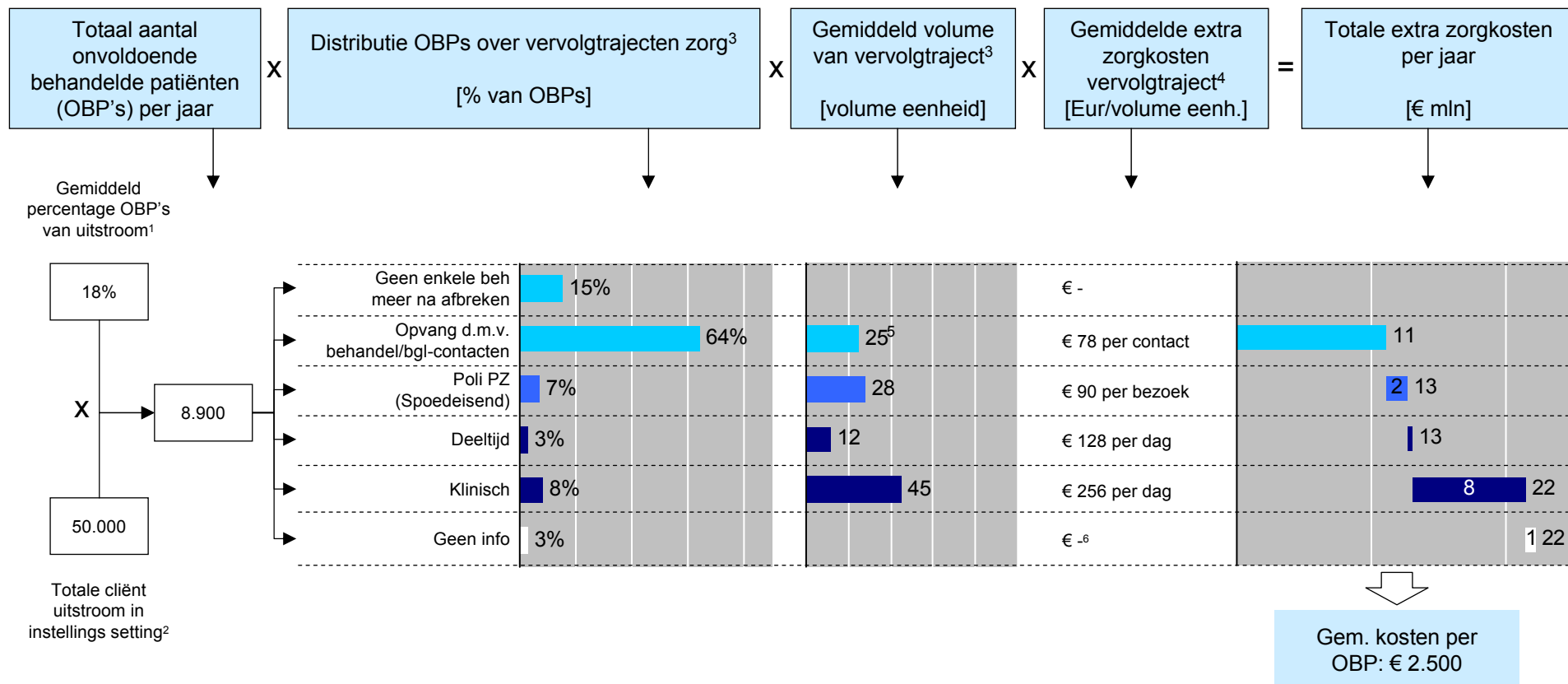
Bron/Noot:

1. Telefonische enquête (Boer & Croon analyse), zie bijlage D. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de totale jaarlijkse cliëntpopulatie (niet slechts de uitstroom)
2. Check macrocijfers (Boer & Croon analyse), zie bijlage A
3. Internet enquête onder steekproef uit cases uit het meldpunt psychotherapie (Boer & Croon analyse), zie bijlage D
4. Repreenteert standaard kostprijzen 2004 gecorrigeerd met inflatie (CVZ 2003), behalve de ambulante therapie bij instellingen (gemiddeld CTG tarief individuele behandelcontact volwassenen 2004, exclusief kapitaallasten)
5. Kosten voor meldingen met 'geen info' zijn gebaseerd op gemiddelde zorgkosten per patiënt over alle andere categorieën
6. Er is bewust gekozen om kosten van toename in huisartsenbezoek ten gevolge van het afbreken van de behandeling niet mee te nemen in deze analyse

*WVFS*

## Toepassing van de inzichten uit de enquête op afbrekingen in de instellingssetting leiden tot een schatting van €22 mln

### Schatting Extra Zorgkosten (Instellingen)



Bron/Noot:

- Gebaseerd op inschatting van het Platform Psychotherapie in de rapportage meldpuntgegevens. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de jaarlijkse cliëntuitstroom (niet de totale cliëntpopulatie)
- Gebaseerd op rapportage GGZ-Nederland. Ter referentie: Totale cliëntpopulatie 2004 bedroeg 81.700 (zie bijlage A)
- Aanname: distributie gelijk aan die in de vrijgevestigde setting, met uitzondering van 'vervolgsessies zelf bekostigd', 'vervolg bij VG PS onder andere code' en 'ambulant bij instelling'; Hiervan wordt aangenomen dat er binnen de instelling opvang plaatsvindt door middel van behandel/begeleidingscontacten
- Representeert standaard kostprijzen 2004 gecorrigeerd met inflatie (CVZ 2003), behalve de behandel/begeleidingscontacten (gemiddeld CTG tarief individueel behandelcontact volwassenen 2004, exclusief kapitaallasten; aanname hierbij is dat dit type patiënten uitsluitend individuele therapie krijgen)
- Representeert het gewogen gemiddelde aantal sessies boven de 25/50 grens dat patiënten genoten wiens behandeling bij instellingen eindigde in 2004 en die in totaal meer dan 25/50 sessies kregen. Gebaseerd op analyse van cliënt database uit Zorg-IS/GGZ Nederland
- Kosten voor meldingen met 'geen info' zijn gebaseerd op gemiddelde zorgkosten per patiënt over alle andere categorieën

*WFFS*

## Kanttekeningen

---

De inzichten in extra zorgkosten zoals gerapporteerd in dit document zijn afgeleid uit peilingen onder psychiaters en psychotherapeuten. Uitgangspunt hierbij is geweest een verzameling van meldingen van afgebroken behandelingen zoals gerapporteerd door het Platform Psychotherapie<sup>1</sup>.

Bij de interpretatie van resultaten dient rekening te worden gehouden met de volgende kanttekeningen:

1. De basis voor dit onderzoek zijn casussen die door therapeuten zijn aangedragen. Hierbij kan een vertekend beeld ontstaan ten gevolge van voorselectie
2. In de vraagstelling naar zorgtrajecten na afbreking van de behandeling psychotherapie is verzocht alleen vervolgpaden te melden wanneer er een causaal verband bestaat tussen de afbreking van de psychotherapie behandeling en het starten van een vervolgtraject. Deze inschatting wordt gemaakt door de respondenten op basis van hun professionele expertise
3. De grootte van de steekproeven zijn om praktische redenen zeer beperkt geweest<sup>2</sup>. Er is een aanzienlijke kans op steekproef bias hetgeen sterke gevolgen heeft voor de representativiteit
4. Er heeft geen meting plaatsgevonden ter bepaling van de distributie van vervolgpaden binnen de instellingssetting. Wij hebben moeten werken met de aanname dat deze distributie vergelijkbaar is met de distributie die in de vrijgevestigde setting werd gevonden

1. Bron: Brief van het Platform Psychotherapie aan de Minister van VWS, "Monitoring vergoedingsmaatregel psychotherapie", juni 2005

2. Internet enquête: steekproef van 160 meldingen met een respons van 69%; Telefonische enquête: steekproef van 35 praktijken met een respons van 80%

## Cross-checks op kritieke aannames

---

- Kanttekening 1&2  
Wij gaan uit van vakbekwaamheid en professionele integriteit van de therapeuten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt
- Kanttekening 2  
Wanneer de distributie van vervolotrajecten wordt beschouwd in de segmenten die ontstaan door onderscheid te maken in a) setting, b) diagnose blijkt dat er een consequent en consistent beeld wordt geschetst in de vier segmenten (zie bijlage D). Afwijkingen tussen de segmenten kunnen logisch worden verklaard aan de hand van segment kenmerken
- Kanttekening 3  
Prevalentie van afbrekingen in vrijgevestigde setting, gebaseerd op een telefonische enquête onder 28 praktijken, is geschat op 11% van de totale patiëntpopulatie. Vertaald naar prevalentie op basis van jaarlijkse patiëntuitstroom (therapie beëindigd in een gegeven jaar) vertaalt dit zich in circa 22%. De beroepsgroep werkt met een schatting van de prevalentie van 25%<sup>1</sup>.  
Prevalentie van afbrekingen binnen GGZ-instellingen (door de beroepsgroep geschat op 18% van de uitstroom, oftewel 8.900 patiënten per jaar) kan worden gevalideerd met een analyse van historische behandelstatistiek (zie bijlage A en B). Hieruit blijkt dat van de groep patiënten wiens behandeling gestart is na 01/01/2001 en beëindigd is in 2004 er 7.500 patiënten waren wiens behandeling over de gestelde pakketgrenzen heen ging. Met de geobserveerde groeitrend van patiëntaantallen bevestigt dit de orde van grootte van de aangenomen prevalentie
- Kanttekening 4  
Kwalitatieve interviews met 9 GGZ-instellingen bevestigen het distributiebeeld in grote lijnen. Twijfelachtig is de prevalentie van klinische voortzetting

1. Bron: Brief van het Platform Psychotherapie aan de Minister van VWS, "Monitoring vergoedingsmaatregel psychotherapie", juni 2005

**Bijlage D**  
**Resultaten Primair Onderzoek**

# Resultaten Meldpuntenquête

## Bevindingen prevalentie afgebroken behandelingen

### Kenmerken steekproef

	Praktijken	Meldingen
Aantal benaderd	114	160
Aantal responses	58	110
Response rate	51%	69%

### Kenmerken respondenten

	Totaal	Gem. per praktijk	Gem. % v. patiënten
Aantal respondenten met praktijkinformatie	55		
Aantal patiënten onder behandeling in afg. jr.	3.150	57	100%
Aantal patiënten met recht op 50 sessies	1.047	19	33%
Aantal ongewenst afgebroken	657	12	21% <sup>1</sup>

Noot:

1. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de totale jaarlijkse cliëntpopulatie (niet slechts de uitstroom)

# Resultaten Meldpuntenquête

## Compositie steekproef en Response rates

	<b>Oorspronkelijk Meldpunt</b>			<b>Steekproef</b>			<b>Respons (% steekproef)</b>			
	Setting/ Diagnose	As1	As2 <sup>1</sup>	Totaal	As1	As2 <sup>1</sup>	Totaal	As1	As2 <sup>1</sup>	Totaal
<b>Aantal Meldingen</b>	Vrijgevestigde psychiater	133	153	286	40	40	80	25	27	52 (65%)
	Vrijgevestigde psychotherapeut	198	297	495	40	40	80	29	29	58 (73%)
	Instelling <sup>2</sup>	44	67	111	-	-	-	-	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>375</b>	<b>517</b>	<b>892<sup>3</sup></b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>160</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>110 (69%)</b>
<b>Aantal Melders</b>	Vrijgevestigde psychiater			77			26			18 (69%)
	Vrijgevestigde psychotherapeut			140			56			40 (71%)
	Instelling <sup>2</sup>			3			-			-
	<b>Totaal</b>			<b>220</b>			<b>82</b>			<b>58 (71%)</b>

<sup>1</sup> Ook jeugd die recht heeft op 50 behandelingen is onder deze categorie geschaard

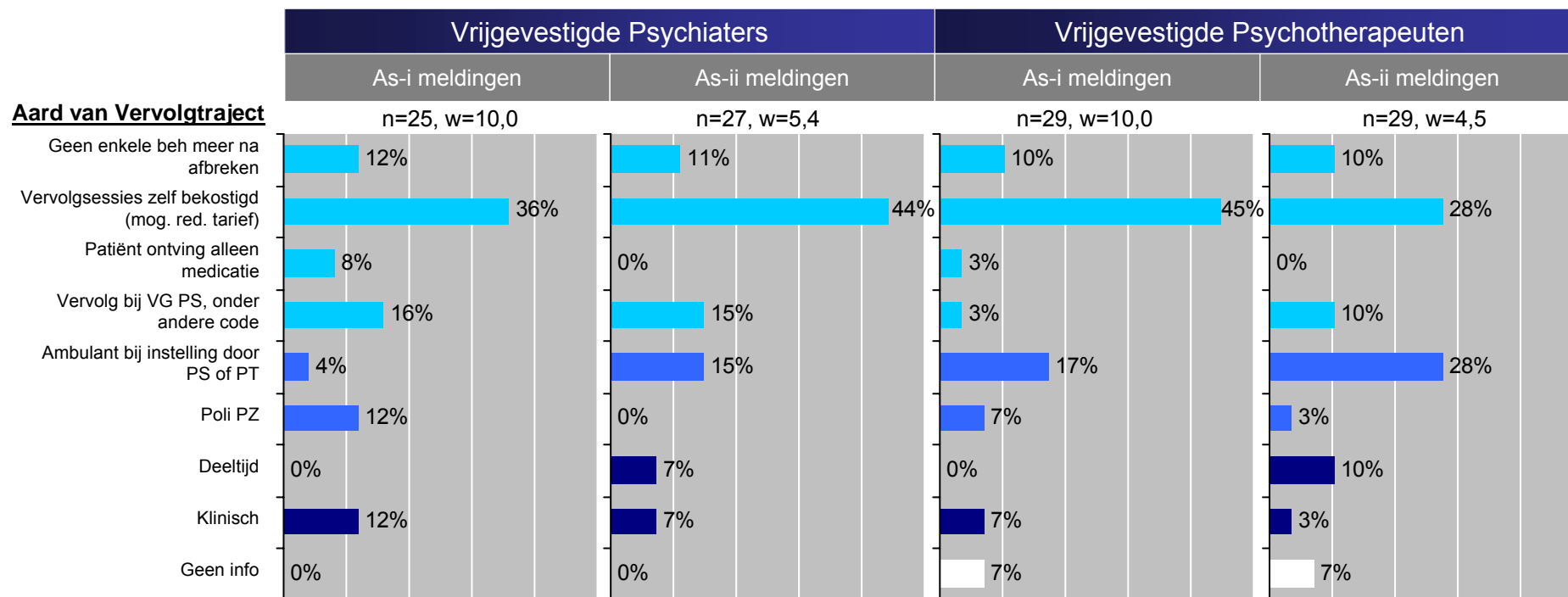
<sup>2</sup> Wellicht doen niet alle instellingen mee met de enquête. In dit geval zullen we minimaal 10 interviews doen met instellingen. De interviews staan dan los van de data die is vergaard via het meldpunt

<sup>3</sup> In totaal zijn er 1000 meldingen gedaan. Sommigen waren echter niet bruikbaar wegens gebrek aan emailadres of telefoonnummer of doordat teveel belangrijke elementen niet of onbruikbaar waren ingevuld. 50 formulieren ontbreken

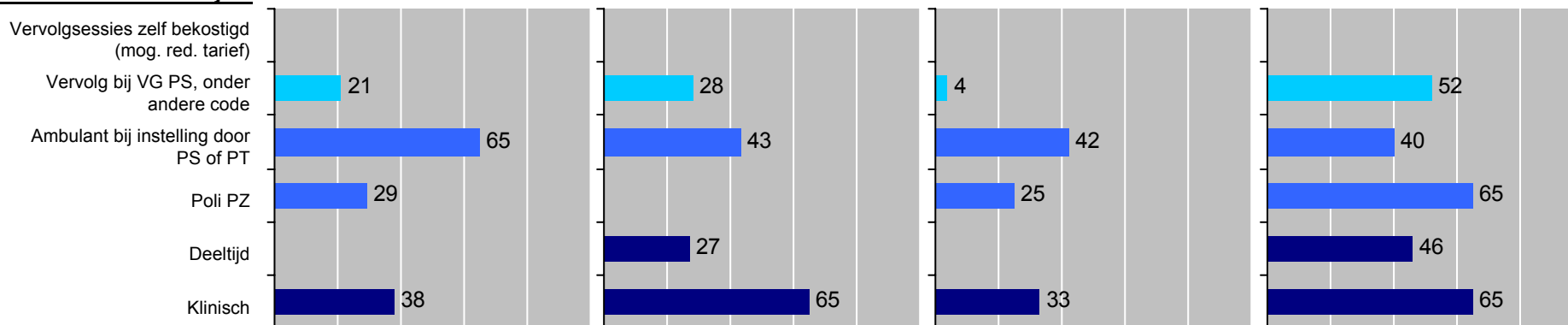


# Resultaten Meldpuntenquête

## Vraag 3-6: Vervolgtraject Zorg



### Gem. Volume Verv.traject



Noot: w representeert de weegfactor die gebruikt is om de distributies in de steekproef te extrapoleren naar een landelijk gemiddelde. Hierbij is uitgegaan van landelijke cliëntpopulaties zoals bepaald in de check macrocijfers (zie bijlage A) en een percentage As-ii patiënten van 37% (psychiaters), resp. 32% (psychotherapeuten), gebaseerd op de meldpuntenquête

# Vragenlijst Meldpuntenquête

## Vraag 1-2

### Enquête over vervolghandelingen na een ongewenst afgebroken behandeling

[Verlaat deze enquête >>](#)

In het kader van het onderzoek 'pakketmaatregel psychotherapie' van het Ministerie van VWS voert Boer & Croon een enquête uit naar de vervolghandelingen van patiënten die te maken hebben gekregen met een voortijdig afgebroken behandeling en die door u, eerder dit jaar, gemeld zijn bij het Meldpunt Psychotherapie.

De enquête zal worden gebruikt om een beter onderbouwde inschatting te geven van de extra zorgkosten die kunnen ontstaan bij het vroegtijdig afbreken van behandelingen. Het onderzoeksbureau garandeert de anonimiteit van uw en de patiënt gegevens. Uw naam zal niet in verband worden gebracht met de uitkomst van de enquête.

Wij beseffen dat u mogelijk niet over alle informatie beschikt om ze allen te beantwoorden, maar willen u toch vragen de informatie te achterhalen waar mogelijk. Mocht er geen andere mogelijkheid zijn, dan zou u eventueel een schatting kunnen maken.

U kunt met vragen over deze enquête bellen met Desirée Bak op telefoonnummer 020-3014085 of een email sturen naar [d.bak@boercroon.nl](mailto:d.bak@boercroon.nl).

Bij voorbaat veel dank voor het invullen van deze enquête .

- \* 1. Kunt u de ID code aangeven van het formulier en de geboortejaar van de patiënt waarvoor u deze enquête invult?  
Deze code is aangegeven in de bijlage van de brief die u ontvangen heeft

ID code   
Geboortejaar

2. Bij uw melding heeft u reeds aangegeven hoeveel sessies u verwachtte dat de patiënt nog nodig zou hebben. U kon op het meldpuntformulier kiezen uit drie categorieën (<25, 25-50, >50). Wij zouden u willen vragen dezelfde vraag iets preciezer te beantwoorden om een betere analyse te kunnen maken.

Kunt u aangeven hoeveel sessies u verwacht dat de patiënt nodig zou hebben gehad, nadat deze het maximaal aantal sessies heeft gehad?

- Minder dan 10  
 10-20  
 20-30  
 30-40  
 40-50  
 meer dan 50  
 Niet-eindige psychotherapie  
 anders, namelijk

# Vragenlijst Meldpuntenquête

## Vraag 3-5

### Enquête over vervolghandelingen na een ongewenst afgebroken behandeling

[Verlaat deze enquête >>](#)

Destijds heeft u in uw melding aangegeven waar u of de huisarts de patiënt naar verwezen heeft. Wij willen echter nagaan wat er daadwerkelijk met deze patiënt is gebeurd.

Wij beseffen dat u mogelijk niet beschikt over alle informatie inzake het exacte aantal sessies, behandelingen, bezoeken of opnamedagen van deze patiënt. Ook zou de patiënt nog niet uitbehandeld kunnen zijn. Wij willen u vragen om voor vraag 6 de informatie te achterhalen of een schatting te maken van de omvang van de behandeling. Wanneer uw antwoord een schatting is vragen wij u dan ook het hokje 'schatting' in te vullen.

#### 3. De patiënt heeft geen enkele behandeling meer ontvangen nadat uw behandeling is afgebroken

- ja
- nee
- informatie over deze patiënt is niet te achterhalen

#### 4. De patiënt heeft de vervolgsessies zelf bekostigd, mogelijkerwijs tegen gereduceerd tarief

- ja
- nee

#### 5. De patiënt ontvangt alleen medicatie

- ja
- nee

# Vragenlijst Meldpuntenquête

## Vraag 6-7

Enquête over vervolghandelingen na een ongewenst afgebroken behandeling

[Verlaat deze enquête >>](#)

6. Doordat de psychotherapie is afgebroken heeft de patiënt behandeling nodig gehad:  
(mocht er geen behandeling nodig zijn geweest dan hoeft u niets aan te klikken)

	Schatting	0-2	3-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-50	Meer dan 50
Door een vrijgevestigde psychiater, mogelijk uzelf, onder een andere code (aantal sessies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant bij een instelling door een psychiater of psychotherapeut (aantal sessies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op de polikliniek van een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis (aantal keren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In deeltijd (aantal dagdelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch (dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Als deze patiënt is opgenomen in een instelling kunt u dan aangeven welke?

- APZ
- PAAZ
- Andere instelling

# Vragenlijst Meldpuntenquête

## Vraag 8-11

### Enquête over vervolghandelingen na een ongewenst afgebroken behandeling

[Verlaat deze enquête >>](#)

De volgende vragen gaan over uw praktijk.

U hoeft deze drie laatste vragen slechts één keer te beantwoorden, in het geval u voor meer dan één patiënt deze enquête invult.

**8. Hoeveel patiënten heeft u in de afgelopen 12 maanden in psychotherapeutische behandeling gehad?**

**9. Kunt u een inschatting maken van het percentage van uw patiënten dat recht heeft op maximaal 50 sessies psychotherapie?**

- 0-5%
- 5-10%
- 10-20%
- 20-30%
- 30-40%
- 40-60%
- 60-70%
- 70-80%
- 80-90%
- 90-100%

**10. Hoeveel personen heeft u de afgelopen 12 maanden behandeld die na het bereiken van het maximumaantal (25 of 50) niet 'uitbehandeld' waren?**

**11. Hoeveel patiënten heeft u in de afgelopen 12 maanden niet behandeld, maar meteen doorverwezen, omdat het maximaal aantal sessies (25 of 50) ontoereikend zou zijn?**

[<< Vorige](#)      [Klaar](#)

# Resultaten Telefonische Enquête

## Bevindingen prevalentie afgebroken behandelingen

### Kenmerken steekproef

Methode: ad random benadering, per telefoon, van geregistreerde vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten<sup>2</sup>

	Totaal
Aantal benaderde praktijken	79
Aantal praktijken niet bereikbaar binnen 2x <sup>2</sup>	46
Aantal praktijken met telefonisch contact	33
Aantal praktijken die niet wensten deel te nemen	5
Aantal respondenten	28
Respons Rate	85%

### Observaties

	Totaal	Gem. per praktijk	Gem. % v. patiënten
Aantal respondenten	28		
Aantal patiënten onder behandeling in afg. jr.	2.479	89	100%
Aantal patiënten met recht op 50 sessies	784	28	32%
Aantal ongewenst afgebroken	272	10	11% <sup>1</sup>

Gebruikt als inschatting van prevalentie van afgebroken behandelingen bij vrijgevestigden

Noot:

1. Betreft ratio tussen het aantal afgebroken behandelingen en de totale jaarlijkse cliëntpopulatie (niet slechts de uitstroom)
2. Praktijken zijn zowel tijdens kantooruren als in avonden benaderd om bias in beschikbaarheid afhankelijk van type en intensiteit van werkzaamheden te voorkomen

# Vragenlijst Telefonische Enquête onder vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten

## Vragenlijst

1. Hoeveel patiënten hebben bij u over de afgelopen 12 maanden een psychotherapeutische behandeling ondergaan?
2. Hoeveel patiënten heeft u na intake niet in behandeling genomen vanwege de beperking van het aantal zittingen?
3. Heeft uw praktijk een specifieke specialisatie? (bijvoorbeeld relatie- en gezinsproblematiek, kinderen, stressstoornissen)
4. Kunt u aangeven hoe groot het percentage patiënten is bij wie sprake is van een persoonlijkheidsstoornis?
5. Hoeveel behandelingen heeft u in het afgelopen jaar ongewenst afgebroken als gevolg van de pakketmaatregel psychotherapie?
6. Is het voor u mogelijk een schatting te geven van welk percentage van de ongewenst afgebroken behandelingen betrekking hadden op patiënten met een As2 diagnose?
7. Wat gebeurt er met de patiënten van wie de behandeling (eigenlijk) vroegtijdig afgebroken werd als gevolg van pakketmaatregel? Kunt u een schatting geven van hoe vaak bepaalde oplossingen voorkomen? Bijvoorbeeld:
  1. De patiënt heeft na afloop van het aantal sessies waar hij recht op had geen enkele behandeling meer ontvangen
  2. De patiënt heeft alleen medicatie gekregen
  3. Zelfbetaling; volledig/gereduceerd tarief
  4. Behandeling door een vrijgevestigde psychiater onder een andere code
  5. De patiënt komt in ambulante behandeling bij instelling (soort instelling)
  6. De patiënt is terechtgekomen op de afdeling spoedeisende hulp van een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis
  7. De patiënt ontvangt deeltijdbehandeling bij instelling (soort instelling)
  8. De patiënt is opgenomen bij instelling (soort instelling)
  9. Anders, namelijk ....