Impactanalyse Zorgprestatiemodel

14 juli 2020

Inhoud

Samenvatting **3**

1. Inleiding **4**

2. Uitgangspunten **4**

3. Methode **6**

4. Impact behandelconsulten **10**
4.1 Financiële effecten naar strata 10
4.2 Financiële effecten naar strata en financieringsstroom 12
4.3 Financiële effecten naar setting 13
4.4 Spreiding van impact op aanbiederniveau 14
4.5 Impact binnen ambulant sectie II 17

5. Concept kostprijzen en kostprijsopbouw **19**
5.1 Concept tarieven individuele consulten 19
5.2 Aantal vergoede patiëntgebonden minuten 20
5.3 Tariefopbouw per BIG categorie en setting 22
5.4 Spreiding individuele consulten 25

6. Kostprijzen groepsconsulten **29**
6.1 Kostprijzen groepsconsulten 29

7. Productprijzen verblijf **30**
7.1 Methodiek 31
7.2 Concept productprijzen verblijf g-ggz 31
7.3 Concept productprijzen verblijf fz 32
7.4 Impact opslag dagbesteding en vaktherapie op de verblijftarieven 34

Samenvatting

Een van de ontwerpcriteria voor het Zorgprestatiemodel is tarieven die aansluiten bij de behandelinzet en behandelsetting. Om dit criterium te bereiken zijn er nieuwe prestaties, consulten, ontwikkeld. Deze prestatie kunnen leiden tot een herverdeling van het opbrengsten tussen aanbieders. Deze impactanalyse toont de mogelijke verschuivingen van de opbrengsten. Daarnaast tonen we de opbouw van de concept tarieven die wij berekend hebben omdat deze onderliggend zijn aan de impact en kunnen bijdragen aan de verklaring hiervan. Het gaat hier nadrukkelijk om concept tarieven. Na besluitvorming over invoering van het zorgprestatiemodel zal de NZa samen met partijen gaan werken aan het vaststellen van definitieve tarieven.

De impact toont de opbrengsten die een zorgaanbieder zou genereren wanneer de maximum tarieven gedeclareerd worden. Zowel de maximum tarieven in het Zorgprestatiemodel als de maximum tarieven in de gb-ggz en db(b)c's. Voor het uitvoeren van deze analyse zijn wij ervan uitgegaan dat het aantal aanbieders, patiënten, beroepen, geschreven minuten bij de aanbieders gelijk blijven. Met deze uitgangspunten vindt er een herverdeling plaats tussen aanbieders. Hoe de daadwerkelijk herverdeling uit zal pakken is van veel factoren afhankelijk en niet op voorhand met zekerheid te zeggen. Dit is onder andere afhankelijk van de (financiële) afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders nu en in het Zorgprestatiemodel maken en van veranderingen in de organisatie van zorg bij zorgaanbieders die anticiperen op de invoering van het zorgprestatiemodel.

De impactanalyse laat op hoofdlijn het volgende zien:

- De analyse laat op grote lijnen een positieve impact zien op de zwaardere settings en een negatieve impact op de lichtere setting. Uitzondering is de setting outreachend die een licht negatieve impact laat zien vanwege de lichter dan gemiddelde disciplinemix.
- Binnen de vrijgevestigde aanbieders zijn er grote verschillen in impact tussen beroepsgroepen. In het programmateam is gesproken over mogelijke risico's die voortkomen uit de positieve impact op de arts-specialist (psychiater). Partijen in het programma zijn in overleg over beleidsmaatregelen om de risico's te ondervangen.
- Individuele aanbieders die er sterk op achteruitgaan zijn de aanbieders die in de huidige dbc-systematiek meer dan gemiddeld net over de tijdsgrens een dbc-product afsluiten. Aanbieders die er op vooruit gaan zijn de aanbieders die relatief zware beroepen inzetten;
- De impact op verblijf is gering. In de tarieven voor verblijf worden de kosten voor dagbesteding en vaktherapie verdisconteerd. Deze kosten zijn relatief beperkt ten opzichte van de kosten voor verblijf.

Concept tarieven
De opbouw van de concept tarieven laat onder ander de vergoeding van directe en indirecte tijd zien in de tarieven De concepttarieven, die onderliggend zijn aan de impact, tonen dat het aantal vergoede minuten per consult toeneemt naarmate de zwaarte van de setting toeneemt.

1. Inleiding

De NZa heeft in mei 2019 samen met veldpartijen geadviseerd om een nieuw bekostigingsmodel in de ggz en fz in te voeren, het zogenoemde zorgprestatiemodel. Na publicatie van het advies hebben veldpartijen en de NZa het zorgprestatiemodel verder uitgewerkt. Deze uitwerking is op het moment van schrijven grotendeels gereed.

Het doel van deze impactanalyse is een beeld te geven van de mogelijk verschuivingen van opbrengsten tussen groepen zorgaanbieders of tussen groepen patiënten als gevolg van invoering van het zorgprestatiemodel. Daarnaast laten we een selectie van concept tarieven zien en geven we een beeld van de opbouw van deze concept tarieven. De analyses kunnen behulpzaam zijn bij het beoordelen van zorgprestatiemodel in het licht van de ontwerpcriteria en kunnen wijzen op aandachtpunten bij de verdere afronding van het model.

2. Uitgangspunten

Bij het opstellen van deze impactanalyse hebben we enkele uitgangspunten gehanteerd. Deze uitgangspunten kunnen gepaard gaan met beperkingen in de uitvoering van deze impactanalyse. Hieronder lichten wij dit toe.

- Kostenonderzoek 2020 als basis: De brongegevens voor deze impactanalyse komen uit het kostenonderzoek dat is uitgevoerd voor de herijking van de tarieven in de ggz, fz en gb-ggz per 2020. De brongegevens hebben betrekking op het jaar 2017.
De kosten die in dit onderzoek zijn uitgevraagd zijn toegerekend aan de prestaties die in het zorgprestatiemodel zijn ontwikkeld op basis van de op dit moment beschikbaar informatie[1]. Deze toerekening hebben wij gedaan op basis van rekenregels die wij gezamenlijk met het veld hebben opgesteld en zijn omschreven in bijgaand 'opbrengstendocument tariefopbouw Zorgprestatemodel'. De keuze om de brongegevens van het kostenonderzoek te gebruiken gaat gepaard met een aantal beperkingen. De kostencijfers zijn een aantal jaren oud (2017). De normproductiviteit die is gehanteerd komt uit het Ecorys onderzoek dat is gebaseerd op cijfers uit 2015.

- Toerekening van van kosten naar setting op basis van technische criteria die zijn opgesteld binnen het programma zorgprestatiemodel
De toerekening van kosten naar settings heeft plaatsgevonden op basis van de technische criteria die zijn ontwikkeld binnen de werkgroep 'Prestatielijst en setting' van het programma 'Zorgprestatiemodel'. Deze technische criteria zijn de best mogelijke criteria die op dit moment beschikbaar zijn om kosten naar settings toe te rekenen. Deze criteria zijn echter niet ontwikkeld voor de onderbouwing van tarieven. In fase 2 van de vaststelling van de tarieven wordt nader naar deze criteria gekeken.

[1] de opslag per verblijfsdag voor TBS patiënten is nog niet meegenomen in deze impactanalyse.

- Macro neutrale toerekening: Uitgangspunt bij de toerekening van kosten aan de prestaties van het zorgprestatiemodel is dat dit macroneutraal plaatsvindt ten opzicht van de toerekening van de kosten aan de huidige db(b)c en gb-ggz producten per 2020. Dat betekent dat er geen keuzes zijn gemaakt in de toerekening die impact hebben op dit macro neutrale uitgangspunt. Hiermee zorgen we ervoor dat impact die we laten zien wanneer we de max tarieven van het dbc-systeem vergelijken met het de max-tarieven van het zorgprestatiemodel alleen het gevolg is van de beleidskeuzes die zijn gemaakt in het zorgprestatiemodel en de toerekening van kosten aan de prestaties binnen het zorgprestatiemodel.
Het tweede impactcijfer dat wordt getoond rekent niet macroneutraal rond. In deze vergelijking worden de gefactureerde tarieven van het dbc-systeem (inclusief tariefafslag) vergeleken met de max tarieven van het zorgprestatiemodel (zonder afslag). Het macro effect van deze vergelijking is dan gelijk aan de landelijk gemiddelde tariefafslag die wordt gehanteerd. Tariefcorrecties die achteraf worden doorgevoerd naar aanleiding van bijvoorbeeld plafondafspraken komen hierin niet tot uitdrukking. Deze vergelijking kan helpen bij het duiden van het eerste impactcijfer. Het geeft bij benadering weer wat het verschil is in opbrengsten die in het dbc-systeem worden ontvangen versus de maximale opbrengsten in het zorgprestatiemodel op basis van max tarieven.

- Scope. De impactanalyse is met name gericht op de verschuiving die voortkomen uit de vervanging van de huidige db(b)c's en prestaties gb-ggz door de prestaties en settings van het zorgprestatiemodel. Daarnaast wordt op hoofdlijn de impact gegeven van de wijzingen in de verblijfsdagen en groepsconsulten.

- Ongewijzigd gedrag. Voor het uitvoeren van deze analyse zijn wij ervan uitgegaan dat het aantal aanbieders, patiënten, beroepen, geschreven minuten bij de aanbieders gelijk blijven. De impact van eventuele gedragsveranderingen als gevolg van de invoering van het zorgprestatemodel nemen we hierin niet mee. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat instellingen met een andere disciplinemix gaan werken bij de overgang naar het zorgprestatiemodel, of gaan toewerken naar een andere verhouding tussen directe en indirecte tijd. In deze impactanalyse wordt verondersteld dat dit hetzelfde blijft. Alleen de impact die voortkomt uit de bekostigingswijziging (andere prestaties met andere tarieven) wordt getoond.

3. Methode

De brondata die zijn gebruikt bij deze analyse zijn afkomstig van het kostenonderzoek ggz en fz 2020. De brongegevens hebben betrekking op het jaar 2017. Voor een nadere omschrijving van de verwerking van de brongegevens wordt verwezen naar het 'Verantwoordingsdocument Verantwoording tarieven ggz en fz 2020'[2]
De data uit het kostenonderzoek kennen bouwstenen die terugkomen in zowel het zorgprestatiemodel als het dbc-systeem:

- Minuten zorglevering uitgesplist naar directe en indirecte tijd.
- Beroep
- Type contact (behandeling in groep of individueel of diagnostiek).

Dit maakt het mogelijk om eerst van de huidige gb-ggz prestaties en db(b)c's terug te rekenen naar minuten en vanuit daar de opbouw te beginnen naar de zorgprestaties (consulten). Op basis hiervan krijgen we inzicht in de verschillende factoren die bijdragen aan de impact.

De impact in tussenstappen
In deze rapportage wordt de impact in hoofdlijnen op verschillende manieren getoond, namelijk: de vergelijking van het 100% dbc-tarief ten opzichte van het 100% zpm-tarief (max-tarief) en de vergelijking van het gefactureerde bedrag (op basis van Vektis) met het 100% zpm-tarief. Daarnaast geven we voor de eerste vergelijking (max-tarief) een uitsplitsing in een zestal tussenstappen. Deze stappen zijn zo berekend dat ze optellen tot de totaal-impact. In de stappen wordt het proces van toerekening van db(b)c en gb-ggz producten aan zpm-consulten doorlopen. Hierdoor wordt inzichtelijk hoe de beleidsveranderingen in het zorgprestatiemodel bijdragen aan de totale impact. De onderstaande toelichting volgt de rijen van de tabellen die in hoofdstuk 4 van deze rapportage worden weergegeven. Waar in dit document gesproken wordt over max-tarieven wordt gedoeld op 100%-tarieven.

Stap 1: effect minuutprijs dbc (eigen minuten)
In de eerste stap worden de tijdsgrenzen in de dbc-structuur losgelaten. Daarmee worden producten effectief op het geleverde aantal minuten afgerekend in plaats van het gemiddelde aantal minuten. Het effect dat zichtbaar wordt is te verklaren vanuit de verschillen in het gemiddeld aantal geleverde directe en indirecte minuten per dbc-product.

Een negatieve impact in deze stap betekent dat het daadwerkelijk geleverde aantal minuten onder het gemiddelde ligt. De aanbieder of groep aanbieders wordt binnen de dbc-structuur bovengemiddeld gecompenseerd. Met andere woorden: er worden minder minuten gemaakt dat de gemiddelde tijd waarop het tarief binnen die dbc gebaseerd is.

Stap 2: effect big-categorie (loonkosten)
Het tarief van een dbc is naast de gemiddelde tijd ook gebaseerd op een gemiddelde beroepeninzet. In stap 2 laten we de dbc-structuur volledig los en gaan we van kosten per minuut per dbc-product, naar een landelijk gemiddelde kostprijs per BIG-categorie. De genormeerde disciplinemix van het dbc-systeem wordt hier losgelaten. In het

[2]Verantwoordingsdocument Verantwoording tarieven ggz en fz 2020'
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291219_22/1/

zorgprestatiemodel wordt de kostprijs van een beroep berekend binnen de BIG-categorie waar dit beroep in valt.

Een effect in deze stap kan vrijwel volledig verklaard worden door verschillen in loonkosten tussen de beroepsgroepen. Een aanbieder of groep aanbieders die een relatief goedkope disciplinemix inzet, zal hier een negatieve impact zien, terwijl een aanbieder met een relatief dure disciplinemix hier een positieve impact zal laten zien.

Binnen het zorgprestatiemodel zullen tarieven ook naar setting onderscheiden worden. In de stap van landelijke tarieven per BIG-categorie naar tarieven per BIG-categorie en setting kunnen grofweg 2 factoren een rol spelen. Enerzijds kan een verschil in productiviteit een rol spelen (stap 3) en anderzijds kunnen verschillen in materiële kosten een impact veroorzaken (stap 4). Na stap 4 zal er tussen settings onderling niets meer verschuiven.

Stap 3: Effect productiviteit (normproductiviteit)
In de dbc-productstructuur kent ieder beroep een genormeerde productiviteit gebaseerd op onderzoek van Ecorys en de NZa. Productief betekent dat de behandelaar me deze uren omzet creëert voor de instelling. Doordat een behandelaar zijn kosten moet terugverdienen met het leveren van zorg worden de kosten gedeeld door deze productieve uren. In dit onderzoek is binnen elk stratum in de ggz en fz per beroep een normproductiviteit vastgesteld. We onderscheiden: Vrijgevestigde aanbieders, PAAZ en PUK, ggz instellingen en fz-aanbieders. In deze stap wordt inzichtelijk gemaakt wat het effect is van de gemiddelde productiviteit op de kostprijzen per setting, als we van landelijke prijzen per BIG-categorie naar settingspecifieke prijzen per BIG-categorie gaan. In stap 2 wordt een landelijk gemiddelde kostprijs per BIG-categorie gehanteerd. Dit betekent dat de daarin gehanteerde productiviteit het landelijke gemiddelde is van alle stratumspecifieke disciplineproductiviteiten. In deze stap wordt dit losgelaten en wordt de gemiddelde stratumspecifieke disciplineproductiviteit per setting gehanteerd (inclusief eventuele PNIL-opslag).

Een effect in deze stap betekent dat een aanbieder of groep aanbieders een productiviteit heeft die afwijkt van het landelijk gemiddelde. Een relatief hogere productiviteit betekent een lagere kosten per uur en dus een negatieve impact, en een relatief lage productiviteit betekent hogere kosten per uur en dus een positieve impact in deze stap.

Stap 4: effect setting (materiële kosten)
In stap 4 maken we de laatste stap richting settings: de materiële kosten worden ook onderscheiden naar setting. Hier wordt dus iedere aanbieder of groep aanbieders afgerekend op het aantal geleverde minuten tegen een tarief per BIG-categorie en setting. Met materiële kosten wordt gedoeld op zowel resterende kosten op de hoofdkostenplaats als generieke kosten. De resterende kosten staan in het algemeen iets dichterbij de behandelaar, terwijl generieke kosten meer organisatiebreed zijn. Om die reden worden de resterende kosten binnen elke setting toegerekend aan de BIG-categorieën terwijl de generieke kosten gelijk zijn voor elke BIG-categorie binnen een setting.

Een effect in deze stap houdt in dat er verschillen zijn in materiële kosten naar behandelsetting. Relatief hoge materiële kosten leidt hier tot een positieve impact en een negatieve impact gaat gepaard met relatief lagere materiële kosten.

Stap 5: effect ZPM minuten (consulttype en opslag generieke kosten naar setting)

In deze stap maken we een aanvullend onderscheid in kostprijzen tussen het type consult (diagnostiek en behandeling) en de verschillende tijdsklasses in de consulten (vanaf 5 minuten e.d.). Een effect kan dus verklaard worden door variatie in de kosten naar consulttype binnen een setting.

Stap 6: effect ZPM consult (gemiddeld geleverde minuten en opslag indirecte tijd)
Tot slot maken we de stap naar de gemiddelde minuten per consult. Hierin vergoeden we niet meer de geleverde minuten, maar de gemiddelde minuten voor de directe en indirecte tijd. De variatie in directe tijd per consult is gering, juist omdat de consulten op basis van deze tijd in tijdranges is ingedeeld. Per consult is echter ook indirecte tijd opgeslagen. Hierin zit de meeste variatie.

Een effect in deze stap kan dan ook vrijwel volledig verklaard worden door variatie in geleverde indirecte tijd. Een positieve impact in deze stap houdt in dat een aanbieder of groep aanbieders binnen een bepaalde setting en BIG-categorie minder dan gemiddeld indirecte tijd schrijft. Een negatieve impact houdt in dat een aanbieder bovengemiddeld indirecte tijd schrijft.

Impact max versus max
De impact max-tarief toont het verschil in de maximale (fictieve) opbrengsten van het zorgprestatiemodel versus het dbc-systeem bij gelijkblijvende productie. De opbrengsten die een zorgaanbieder zou genereren wanneer concept max-tarieven worden gedeclareerd in het zorgprestatiemodel versus max-tarieven in het dbc-systeem worden tegen elkaar afgezet en uitgedrukt als percentage. In de tabellen wordt aan deze impact gerefereerd als **totaal (max-tarief)**.

Impact gefactureerd versus max
Vervolgens wordt een impactcijfer getoond waarin de (fictieve) omzet op basis van max tarieven van het zorgprestatiemodel wordt afgezet tegen de (fictieve) opbrengsten op basis van gefactureerde vergoedingen in het dbc-systeem. Eventuele correcties van de gefactureerde bedragen die achteraf worden doorgevoerd naar aanleiding van contractafspraken zijn hier niet in meegenomen, omdat deze niet worden gecorrigeerd in onze systemen. Met contractafspraken op totaalniveau of onderdelen kunnen we op dit moment geen rekening houden omdat niet bekend is welke vergoedingsafspraken er gemaakt (gaan) worden tussen aanbieders en verzekeraars.
Wij verwachten dat dit inzicht kan helpen bij het interpreteren van de impact van het max-tarief. In de tabellen wordt aan deze impact gerefereerd als *totaal (vergoed bedrag)*. In de tabellen is dit aangegeven met een percentage. Op het moment dat dit percentage positief is, betekent dit dat er ruimte zit tussen het op dit moment vergoede bedrag in de db(b)c-structuur uitgedrukt in consulten en het nieuwe maximum van deze consulten. Op het moment dat dit percentage negatief is, betekent dit dat er geen ruimte zit tussen de opbrengsten in de db(b)c-structuur en de maximale opbrengsten op basis van max tarieven in het zorgprestatiemodel. Dit betekent dat de nu ontvangen vergoedingen hoger liggen dan de vergoeding voor dezelfde zorg op basis van max-tarieven in het zorgprestatiemodel.

Het vergoede bedrag is berekend aan de hand van de declaraties in Vektis. Per aanbieder is hier voor elk dbc-product bepaald wat de verhouding is tussen het vergoed bedrag en het 100%-tarief voor het product (het vergoedingspercentage). Vervolgens kan op elk gewenst niveau (stratum, setting, etc.) bepaald worden wat de gemiddeld

vergoede omzet is. Voor de forensische zorg wordt dit cijfer niet getoond omdat declaraties in de fz niet in de vektis database staan.

Fictieve macro omzet
De rij fictieve macro omzet toont het aandeel van de fictieve omzet van de betreffende kolom. Het gaat om de omzet die gegenereerd zou worden wanneer er max-tarieven worden gedeclareerd in het dbc-systeem. Door vermenigvuldiging met dit cijfer kunnen de impactcijfers onderling vergeleken worden. Na vermenigvuldiging moet het totaal van de impact op basis van de max-tarieven op 0 uitkomen (op afrondingsverschillen na).

4. Impact behandelconsulten

Dit hoofdstuk toont de impactanalyse. Wij tonen de financiële effecten van de overgang naar het Zorgprestatiemodel langs verschillende doorsnedes. Zoals naar strata (4.1), naar strata en financieringsstroom (4.2) naar setting (4.3) en de impact op aanbiedersniveau (4.4). Ten slotte gaan we dieper in paragraaf 4.5 op de impact binnen ambulant sectie II.

4.1 Financiële effecten naar strata

In tabel 1a staan de resultaten van de impactanalyse naar strata. De cijfers geven de impact van de fictieve maximale omzet van zorgaanbieders per stratum in het zorgprestatiemodel versus het huidige dbc-systeem. Een plus betekent een positief effect en een min een negatief effect in het zorgprestatiemodel. In tabel 1b is de impact (max-tarief) vertaald naar een absolute macrobedragen.

Tabel 1a Impact van het zorgprestatiemodel versus dbc-bekostiging naar stratum

	Vrijgevestigd	Instelling	PAAZ	PUK	Forensische instellingen
stap 1: effect minuutprijs dbc	-3.8%	0.6%	-2.6%	-0.6%	0.1%
stap 2: effect big-categorie	12.2%	-1.5%	11.8%	6.6%	-6.6%
stap 3: effect productiviteit	-5.7%	1%	-8.9%	-4.1%	1.5%
stap 4: effect setting	-8.5%	-0.1%	9.9%	20.1%	5%
stap 5: effect ZPM minuten	0%	0%	0.1%	0%	0%
stap 6: effect ZPM consult	0%	-0.1%	5.9%	0%	0%
totaal (max-tarief)	**-5.8%**	**0%**	**16.2%**	**22.1%**	**0%**
totaal (vergoed bedrag)	*5.7%*	*4.4%*	*24.6%*	*28.3%*	-
aandeel in fictieve macro-omzet	9.8%	81%	1.9%	1.3%	6.1%

Tabel 1b Impact van het zorgprestatiemodel versus dbc-bekostiging naar stratum in Euro's

	Vrijgevestigd	Instelling	PAAZ	PUK	Forensische instellingen	totaal
dbc-omzet	€246.423.404	€2.036.211.968	€47.137.491	€33.200.305	€152.304.261	€ 2.515.277.429
zpm-omzet	€232.041.780	€2.035.642.655	€54.760.972	€40.527.761	€152.304.261	€ 2.515.277.429
Verschil	**€-14.381.624**	**€ -569.313**	**€ 7.623.481**	**€ 7.327.456**	**€ 0**	**€ 0**

We geven hieronder een korte toelichting op een de hierboven getoonde cijfers om de meest opvallende verschuivingen te verklaren.

Bij de instellingen zien wij per stap relatief kleine effecten. Dit is te verklaren omdat dit verreweg het grootste stratum is. De huidige dbc tarieven en toekomstige consulttarieven (voor de settingen waar zij inzitten) worden dus grotendeels bepaald door dit stratum. Instellingen worden gemiddeld minder geraakt door de beleidskeuzes in het zorgprestatiemodel dan andere strata. Tussen aanbieders in dit stratum kan uiteraard wel sprake zijn van impact.

Het negatieve percentage in stap 1 bij de vrijgevestigde aanbieders, PAAZ-en en in mindere mate de PUK-en laat zien dat deze strata gemiddeld minder minuten per dbc schrijven. Instellingen gaan er juist op vooruit omdat zij bovengemiddeld veel minuten schrijven binnen de DBC's. Voor de Forensische instellingen is de impact neutraal: de tarieven voor FZ producten worden immers bepaald op basis van de gemiddelde geschreven tijd van alle Forensische instellingen.

Stap 2 laat voor de strata vrijgevestigd, PAAZ en PUK een positief effect zien. Voor het vrijgevestigde stratum wordt dit verklaard doordat alleen regiebehandelaren als zelfstandige kunnen werken, en die hebben een bovengemiddelde kostprijs. Daarnaast werken de PAAZ-en en PUK-en met een hoger dan gemiddelde disciplinemix in vergelijking met instellingen. Voor Forensische instellingen is de impact in deze stap negatief omdat zij meer relatief goedkope beroepen inzetten dan een PAAZ, PUK of vrijgevestigde aanbieder.

Stap 3 laat voor de strata vrijgevestigd, PAAZ en PUK een negatief effect zien. Vrijgevestigde aanbieders hebben voor de meeste beroepen een hogere productiviteit. Voor PAAZ-en en PUK-en is tijdens het kostprijsonderzoek een extra onderzoek gedaan naar de productiviteit. Dit heeft ertoe geleid dat voor hen de productiviteit is vastgesteld op het niveau van de instellingen of hoger.[3] Gemiddeld genomen leidt dit ook tot een hogere productiviteit. Dit verklaart de negatieve percentages. Instellingen en Forensische instellingen hebben een lagere productiviteit. Voor hen is de impact in deze stap dan ook positief.

De impact in stap 4 is over het algemeen groot. Het vrijgevestigde stratum gaat erop achteruit ten opzichte van het dbc-systeem. De gemiddeld hogere materiële kosten van instellingen wegen in deze stap niet meer mee in de kostprijs voor vrijgevestigden. Voor de PUK, met relatief hoge materiële kosten, geldt het omgekeerde. Zij gaan er juist op vooruit in deze stap. Ook Forensische instellingen hebben veel materiële kosten en gaan er dus op vooruit in deze stap. PAAZ zitten met de instelling in alle relevante settings en profiteren van de materiële kosten van instellingen. Instellingen bepalen het gemiddelde. Voor hen is de impact dan ook vrijwel neutraal, ware het niet dat ze iets inleveren aan de PAAZ. Zoals aangegeven zou in geringe mate een loonkosteneffect de impact in deze stap kunnen verklaren. Dit betreft dan met name PAAZ.

Stap 5 en 6 laten voor vrijgevestigde aanbieders en PUK geen effect meer zien. Het stratum komt overeen met de setting. De veranderingen vinden dan alleen plaats tussen aanbieders / strata binnen de setting maar niet over de settings. We zien dat PAAZ-en in stap 5 iets inleveren.

---

[3] Eindrapportage kostprijsonderzoek geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2020 – Sira Consulting Capgemini Event (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_285678_22/1/)

Dit omdat de generieke kosten die hier uitgemiddeld worden over de setting voor dit stratum iets hoger liggen. Dit leidt tot een kleine toename voor de instellingen, maar dat is vanwege het hoge volume van dit stratum vrijwel nihil. In stap 6 zien we een vrij forse positieve impact voor PAAZ-en. PAAZ-en hebben gemiddeld genomen een lagere indirecte tijd dan de instellingen. Om precies te zijn profiteren zij hier van een lager dan gemiddelde inzet van indirecte tijd ten opzicht van de gemiddelde opslag voor indirecte tijd voor psychiaters binnen de setting ambulant kwaliteitstatuut sectie IIIb. Instellingen leveren hier als gevolg iets in, maar dat is wederom een relatief klein aandeel op hun marktaandeel (80%).

4.2 Financiële effecten naar strata en financieringsstroom

In tabel 2 is voor instellingen en vrijgevestigden een uitsplitsing gemaakt van de effecten van de invoering van het zorgprestatiemodel in gb-ggz en de g-ggz.

Tabel 2 Impact naar financieringsstroom

	Vrijgevestigd - gbg	Vrijgevestigd - ggz	Instelling - gbg	Instelling - ggz
stap 1: effect minuutprijs dbc	-0.5%	-5.4%	1.1%	0.6%
stap 2: effect big-categorie	-0.4%	12.3%	-0.3%	-1.5%
stap 3: effect productiviteit	-4%	-4.2%	3.7%	0.7%
stap 4: effect setting	-1.5%	-8.4%	4.4%	-0.1%
stap 5: effect ZPM minuten	-0.2%	0.1%	0.3%	0%
stap 6: effect ZPM consult	0.5%	-0.3%	13.4%	-0.8%
totaal (max-tarief)	**-6%**	**-5.7%**	**22.5%**	**-1.2%**
totaal (vergoed bedrag)	*3.5%*	*7.9%*	*25.8%*	*3.6%*
aandeel in fictieve macro-omzet	3.2%	6.6%	3.9%	77.1%

In de eerste stap wordt bevestigd wat we in Tabel 1 al zagen, namelijk dat instellingen meer minuten schrijven op de dbc-producten dan vrijgevestigden. Zij gaan er dan ook met name in de g-ggz aanzienlijk op vooruit (0,6% impact maal 77,1% marktaandeel), terwijl vrijgevestigden in de g-ggz inleveren.

In stap 2 zien we dat met name instellingen in de g-ggz een goedkopere beroepenmix gebruiken. De instellingen in de basis-ggz profiteren vrij fors van de hogere instellingsproductiviteit, terwijl het vrijgevestigde stratum zowel in de gb-ggz als de g-ggz inlevert.

Ook in stap 4 profiteren de instellingen binnen de gb-ggz aanzienlijk. Dit zou kunnen komen doordat ze meeprofiteren van de hogere materiële kosten van de instellingen binnen de g-ggz. De vergoeding voor materiele kosten in binnen het zorgprestatiemodel wordt voornamelijk bepaald door deze laatste groep aabieders.

In stap 5, waar de generieke kosten niet langer per setting worden toegerekend aan de BIG-categorie, maar over de setting worden gemiddeld, zien we dat de gb-ggz in het algemeen profiteert (zowel op vrijgevestigden als op instellingen die gb-ggz leveren heeft deze stap een positieve impact).

In de laatste stap zien we een aanzienlijke positieve impact voor de instellingen in de basis-ggz. Dit kan worden verklaard doordat de instellingen die gb-ggz leveren met een deel van de huidige g-ggz geleverd door instellingen en de PAAZ-en binnen de setting 'ambulant kwaliteitsstatuut sectie IIIa' vallen. De gemiddelde indirecte tijd die per consult wordt opgeslagen wordt bepaald door de gemiddelde geschreven tijd van de laatste 2 groepen (Instelling – ggz en PAAZ). De instellingen in de gb-ggz profiteren hier van.

4.3 Financiële effecten naar setting

Tabel 3 geeft de impact uitgesplist naar setting. Hierbij is gebruik gemaakt van de rekenkundige afbakening (activiteiten en daarbij horende kosten worden op basis van rekenregels toegekend aan een setting) van de settings en niet de beleidsmatige invulling (in het opbrengstendocument tariefopbouw zorgprestatiemodel is deze afbakening weergegeven). Ook hier geldt dat het cijfers betreft op landelijk niveau. De impact van een setting binnen een individuele zorgaanbieder kan anders zijn.

Tabel 3 Impact Zorgprestatiemodel versus dbc-bekostiging naar setting

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
stap 1: effect minuutprijs dbc	-3.8%	-2.1%	0.6%	1.1%	3.3%	-0.6%	-0.4%	1.2%
stap 2: effect big-categorie	12.2%	-1.7%	-2%	-3.1%	5.9%	6.6%	-7%	-5.5%
stap 3: effect productiviteit	-5.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.3%	-4.1%	1.3%	2.1%
stap 4: effect setting	-8.5%	-1.5%	0.7%	-1.2%	1.5%	20.1%	5.5%	3.8%
stap 5: effect ZPM minuten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
stap 6: effect ZPM consult	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
totaal (max-tarief)	**-5.8%**	**-4.6%**	**0.1%**	**-2.4%**	**11%**	**22.1%**	**-0.6%**	**1.6%**
totaal (vergoed bedrag)	*5.7%*	*0%*	*4.6%*	*1.6%*	*16.3%*	*28.3%*	-	-
aandeel in fictieve macro-omzet	9.8%	10.4%	51.1%	13%	8.3%	1.3%	4.3%	1.7%

Omdat de rekenkundige afbakening van setting voor een aantal settings overeenkomt met de strata zijn deze effecten hetzelfde. Dit betreft de setting ambulant sectie II (stratum vrijgevestigde) en de setting

hoogspecialistisch (stratum PUK). Voor commentaar op de impact voor deze settings: zie het commentaar bij Tabel 1.
De impact binnen de twee settingen forensische zorg is relatief beperkt. Dit komt doordat de fz al een aparte bekostiging kende.

Verder zijn de strata instellingen en PAAZ samen vertegenwoordigd in de settings ambulant sectie IIIa en IIIb, outreachend en klinisch. Omdat we in deze analyse de impact per setting berekenen, en de kosten in de stappen 1 tot en met 4 volledig aan de settings worden toegerekend is op landelijk niveau na stap 4 geen impact meer.

De totale impact voor ambulant sectie IIIa is negatief 4,6%. De zorg die binnen deze setting wordt geleverd, wordt binnen de dbc-structuur gekenmerkt door een lager dan gemiddeld aantal minuten per dbc (stap 1), een goedkopere beroepenmix (stap 2), een iets lager dan gemiddelde productiviteit (stap 3) en relatief lage materiële kosten (stap 4).

De impact binnen ambulant sectie IIIb is beperkt. Gezien de omvang van deze setting is dit ook niet verrassend. De groep aanbieders (met name instellingen) binnen deze setting bepalen hoofdzakelijk het tarief binnen de dbc-structuur. De zorg die geleverd wordt binnen deze setting kenmerkt zich door relatief meer geschreven tijd (stap 1), een relatief goedkope beroepenmix (stap 2), een relatief lage productiviteit (stap 3), en hogere materiële kosten dan gemiddeld (stap 4).

De impact voor de setting outreachend is negatief 2,4%. De zorg die binnen deze setting geleverd wordt kenmerkt zich door bovengemiddeld veel geschreven tijd (stap 1), een relatief goedkope beroepenmix (stap 2), een lage productiviteit (stap 3) en lager dan gemiddelde materiële kosten.

De impact voor de setting klinisch is met 11% positief aanzienlijk. In alle vier de relevante stappen profiteren zij van het afschaffen van de dbc-systematiek. De zorg die binnen deze setting geleverd wordt kenmerkt zich door relatief veel geschreven tijd (stap 1), een zwaardere disciplinemix (stap 2), een iets lagere productiviteit (stap 3) en hogere materiële kosten dan gemiddeld (stap 4).

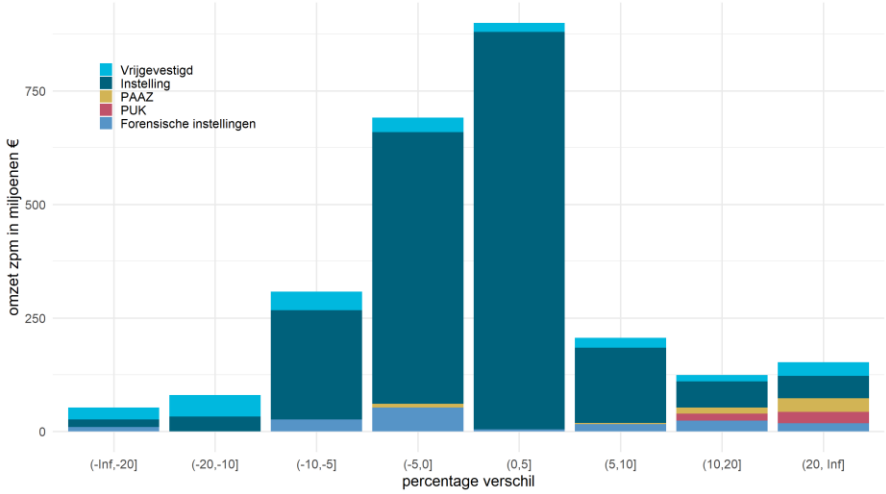
De impact voor de setting forensische zorg niet-klinisch is negatief. Dit komt doordat de zorg geleverd wordt met minder tijd dan gemiddeld (stap 1) en een goedkopere beroepenmix (stap 2). Dit wordt in stap 3 en 4 weer iets opgetrokken door respectievelijk een hoger dan gemiddelde productiviteit en hogere materiële kosten.

Ten slotte is de impact voor de setting forensische zorg klinisch positief. Dit komt omdat binnen deze setting meer tijd wordt geschreven dan gemiddeld (stap 1), de productiviteit iets lager ligt dan gemiddeld (stap 3) en omdat de materiële kosten hoger dan gemiddeld zijn. Ook binnen deze setting is de ingezette beroepenmix lager dan gemiddeld, wat het positieve effect iets tempert (stap 2).

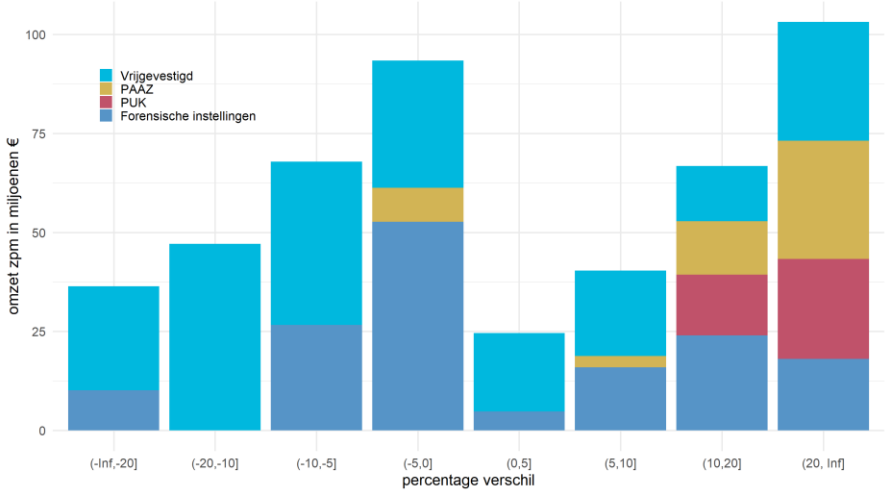
4.4 Spreiding van impact op aanbiederniveau

In de vorige paragrafen toonden we de financiële impact naar strata en settings. In figuren 1 en 2 geven we de impact van het zorgprestatiemodel op zorgaanbiederniveau weer. De zorgaanbieders zijn ingedeeld op impact in staffels en wegen binnen een staffel mee naar gelang hun maximale omzet. Figuur 2 laat alle strata zien, behalve instellingen, om zo de andere strata beter uit te lichten.

Figuur 1. Impact van het zorgprestatiemodel versus de dbc-bekostiging op zorgaanbiederniveau gewogen naar omzet. C



Figuur 2. Impact van het zorgprestatiemodel versus de dbc-bekostiging op zorgaanbiederniveau gewogen naar omzet (zonder instellingen).



In figuur 2 valt de spreiding tussen vrijgevestigde aanbieders op. De financiële impact binnen het stratum vrijgevestigde aanbieders (ofwel de setting ambulant sectie II) is -5,8%. In bovenstaande figuur zien we dat er een aanzienlijke spreiding onder dit gemiddelde schuilgaat. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

Naast de vrijgevestigde aanbieders zijn ook de PAAZ-en opvallend. Het stratum heeft een gemiddelde positieve financiële impact van 16,2%. Maar ook hier zien we (twee) aanbieders met een negatieve financiële impact (zie voor de aantallen aanbieders Tabel 5). De PUK-en gaan er allemaal op vooruit. Forensische instelling laten net als vrijgevestigden een aanzienlijk spreiding zien. Dit zou natuurlijk verklaard kunnen worden doordat bepaalde forensische instellingen voornamelijk ambulante dan wel klinische zorg leveren.

In tabel 4 lopen we voor elk van de getoonde impactcategorieën in figuur 1 en 2 de stappen af zoals we dat ook voor strata en settings gedaan hebben.

Tabel 4 max-tarief dbc vs max-tarief zpm voor aanbieders naar impactcategorie

	< -20%	< -10%	< -5%	< 0%	< 5%	< 10%	< 20%	> 20%
stap 1: effect minuutprijs dbc	-8.9%	-3.8%	0.6%	0.9%	0.4%	1.8%	-1.4%	-0.9%
stap 2: effect big-categorie	-3.4%	2.5%	-1%	-0.9%	-1.4%	1.3%	4.6%	11.1%
stap 3: effect productiviteit	-1.5%	-2.6%	0.1%	1.1%	0.5%	0.1%	-2.5%	-5.2%
stap 4: effect setting	-4.6%	-4.1%	-0.6%	-0.4%	0.2%	-0.5%	4.7%	5.4%
stap 5: effect ZPM minuten	-0.3%	-3.5%	0.1%	-0.1%	0.5%	-0.1%	-1.4%	0.3%
stap 6: effect ZPM consult	-13.6%	-3.1%	-6.4%	-3.8%	2.4%	4.6%	10.3%	17.3%
totaal (max-tarief)	**-32.3%**	**-14.7%**	**-7.2%**	**-3.3%**	**2.6%**	**7.3%**	**14.4%**	**28.1%**
totaal (vergoed bedrag)	*2%*	*-6.4%*	*8.5%*	*9.7%*	*7.5%*	*24.1%*	*55.6%*	*60.1%*
aandeel in fictieve macro-omzet	3.1%	3.7%	13.2%	28.4%	34.8%	7.6%	4.3%	4.7%

Tabel 5 aantal aanbieders per impactcategorie naar stratum

	< -20%	< -10%	< -5%	< 0%	< 5%	< 10%	< 20%	> 20%
Vrijgevestigd	52	81	78	71	41	42	30	53
Instelling	5	10	10	11	19	10	23	15
PAAZ				2		1	3	8
PUK							2	2
Forensische instellingen	1		2	4	1	2	5	2
totaal	**58**	**91**	**90**	**88**	**61**	**55**	**63**	**80**

De aanbieders in tabel 4 zijn ingedeeld naar de grote van hun totaal impact op basis van het max-tarief. Het is belangrijk om op te merken dat dit niet noodzakelijkerwijs verband houdt met de hoogte van de impact op basis van het vergoed bedrag.

Voor alle impactcategorieën geldt dat het aandeel van stap 6 in de totaalimpact vrij groot is. Dit betekent dat de impact in sterke mate afhangt van de hoeveelheid indirecte tijd die een aanbieder schrijft ten opzichte van het gemiddelde. Een aanbieder die onder de dbc-systematiek relatief weinig indirecte tijd schrijft zit dus waarschijnlijk in een van de positieve impactcategorieën, terwijl een aanbieder die relatief veel indirecte tijd schrijft in een van de negatieve impactcategorieën.

De impact bij de twee laagste impactcategorieën (< -20% en < -10%) zit voornamelijk in stap 1. Dit betekent dat het om aanbieders gaat die net over de tijdsgrens hun dbc's afsluiten. Daarnaast schrijven zij relatief veel indirecte tijd (stap 6).

De groepen aanbieders die er het meest op vooruit gaan (< 10%, < 20% en de > 20%) zetten over het algemeen een relatief zware beroepenmix in vergeleken met de genormeerde disciplinemix in de dbc structuur (stap 2). Daarnaast schrijven zij ook relatief weinig indirecte tijd (stap 6).

4.5 Impact binnen ambulant sectie II

Tabel 5 geeft de impact binnen de setting ambulant sectie II waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar BIG-categorie. De tabel laat zien dat de impact binnen deze setting sterk verschil afhankelijk van de BIG categorie. De verschillen worden verklaar door de loonkosten van de verschillende beroepen die zijn overgenomen van de loonkosten van die beroepen binnen instellingen. Deze loonkosten zijn specifiek aan de beroepen per BIG categorie toegerekend.

Tabel 6 Impact binnen ambulant sectie II naar regiebehandelaar

	Vrijgevestigd - Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	Vrijgevestigd - GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	Vrijgevestigd - Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	Vrijgevestigd - Arts-specialist (Wet Big art. 14)
stap 1: effect minuutprijs dbc	-4.6%	0.1%	-3.6%	-7.4%
stap 2: effect big-categorie	1.7%	9.1%	17.3%	43.7%
stap 3: effect productiviteit	-2%	-9.7%	-4.2%	-10.4%
stap 4: effect setting	-6.1%	-6.7%	-9.1%	-8.3%
stap 5: effect ZPM minuten	0%	0%	0%	0%
stap 6: effect ZPM consult	0%	0%	0%	0%
totaal (max-tarief)	**-11.1%**	**-7.1%**	**0.5%**	**17.5%**
totaal (vergoed bedrag)	*1.3%*	*2.4%*	*14%*	*34.2%*
aandeel in fictieve macro-omzet	3.1%	2.6%	1.8%	1.5%

Opvallend is het verschil in impact tussen de vrijgevestigde psychotherapeut (-11,1%) en vrijgevestigde gz-psycholoog (-7,1%). De negatieve impact bij de vrijgevestigde psychotherapeut is groter ondanks dat zijn concepttarief hoger is (€ 121 om € 101, zie tabel 7). De verklaring hiervoor zit in stap 2 en wordt hieronder nader toegelicht.

Stap 1 laat een negatieve impact zien voor de vrijgevestigde psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog en de arts-specialist. Deze vrijgevestigde beroepen schrijven gemiddeld minder minuten schrijven. De vrijgevestigd psycholoog zit op het gemiddeld aantal geschreven minuten. Daar is de impact gering (0,1%).

Alle vrijgevestigde regiebehandelaren profiteren in stap 2. Dat is in overeenstemming met tabel 1 waarin het hele stratum een positief effect laat zien in deze stap. Binnen de vrijgevestigden zijn het logischerwijs de beroepen met een hoge kostprijs, de klinisch (neuro)psycholoog en de arts-specialist, die het meest profiteren. Daarnaast zien we dat in deze stap de impact voor de GZ-psycholoog groter is dan voor de

psychotherapeut. Nadere analyse wijst uit dat dit komt doordat het vertrekpunt voor de GZ-psycholoog lager is dan voor de psychotherapeut. Het vertrekpunt is een gemiddelde vergoeding per minuut binnen een dbc. Deze minuutprijs ligt lager voor de GZ-psycholoog dan voor de psychotherapeut omdat de beroepsgroepen op dit moment een verschillende mix aan dbc-producten declareren. Als beide beroepen vervolgens worden afgerekend naar de landelijke minuutprijs per BIG-categorie zien we daarom een grotere impact voor de GZ-psycholoog dan voor de Psychotherapeut.

In stap 3 hebben alle vrijgevestigde behandelaren een negatieve impact. Hun productiviteit ligt hoger dan bij hun beroepsgenoten in andere strata.

De impact van stap 4 was in het stratum vrijgevestigden vrij groot (-8,5%). De gemiddeld hogere materiële kosten van instellingen wegen in deze stap niet meer mee in de kostprijs voor vrijgevestigden. De impact voor de vrijgevestigde GZ-psychologen is nog groter met -12,7%. Zij kennen de laagste materiele kosten.

Waar in de stappen 1 t/m 4 de impact voor vrijgevestigde behandelaren dezelfde richting (positief of negatief) was, ontstaan in stap 5 verschillen. Dat is logisch omdat er vanaf deze stap alleen nog verschillen ontstaan tussen aanbieders in de setting. De impact voor psychotherapeuten en gz-psychologen is positief en voor de klinisch (neuro)psycholoog en arts-specialist negatief. Een verschil in deze stap is geheel toe te rekenen aan generieke kosten. De psychotherapeuten en gz-psychologen hebben lagere generieke kosten dan de klinisch (neuro)psycholoog en arts-specialist.

De laatste stap heeft geen effect. In deze stap ontstaan alleen verschillen tussen behandelaren in dezelfde setting en BIG-categorieën maar niet ertussen.

5. Concept kostprijzen en kostprijsopbouw

In dit hoofdstuk laten wij de concept tarieven zien van een deel van de zorgprestaties (consulten). We tonen de meest voorkomende tijdsrange, namelijk die vanaf 45 minuten, voor alle settingen, BIG-categorieën en behandeling/diagnostiek. Ieder concept tarief is opgebouwd uit een aantal (directe en indirecte patiëntgebonden) minuten, kostprijs per minuut, vergoeding voor kapitaallasten en een vergoeding voor het ondernemersrisico. Wij tonen naast de concept tarieven ook het aantal minuten.

5.1 Concept tarieven individuele consulten

De tabellen 6 en 7 tonen de concept tarieven voor de zorgconsulten vanaf 45 minuten naar BIG-categorie en setting. De tarieven zijn afgerond op hele euro's. De concept tarieven zijn op prijspeil 2017 en inclusief kapitaallasten en opslagen voor ondernemersrisico. Binnen de setting ambulant sectie II zijn alleen de concepttarieven van de betreffende regiebehandelaren gegeven.

Tabel 7 Concept tarieven behandelconsulten vanaf 45 minuten naar BIG-categorie en setting

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)		€ 129	€ 156	€ 168	€ 194	€ 185	€ 203	€ 304
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)		€ 124	€ 145	€ 145	€ 167	€ 159	€ 205	€ 238
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	€ 121	€ 160	€ 184	€ 216	€ 206	€ 243	€ 239	€ 212
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	€ 101	€ 149	€ 174	€ 205	€ 213	€ 200	€ 214	€ 407
Arts (Wet Big art. 3)		€ 152	€ 171	€ 199	€ 178	€ 194	€ 270	€ 298
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)		€ 134	€ 158	€ 173	€ 184	€ 176	€ 301	€ 278
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	€ 136	€ 185	€ 213	€ 245	€ 247	€ 214	€ 328	€ 410
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	€ 169	€ 235	€ 259	€ 301	€ 300	€ 329	€ 458	€ 511

De concept tarieven voor het 45 minuten behandelconsulten zijn op twee manieren met elkaar te vergelijken, tussen settingen en BIG-categorieën.

De vergelijking tussen BIG-categorieën vallen een paar kleine zaken op. Zo zijn de tarieven voor de verpleegkundige (Wet BIG art. 14) lager dan de overige beroepen, is het tarief voor de gz-psycholoog in de setting klinisch hoger dan dat van de Psychotherapeut (voor de andere settingen geldt het omgekeerde) en is het tarief voor de psychotherapeut in de

setting hoogspecialistisch hoger dan van de klinisch (neuro)psycholoog voor de andere settingen geldt het omgekeerde). Het verschil in tarieven is echter beperkt.
Verder valt het concepttarief voor de gz-psycholoog in de setting forensische-zorg klinisch op met € 407.

Als we vergelijken tussen settingen valt op dat de concepttarieven voor de beide settingen forensische zorg klinisch hoger dan vergelijkbare settingen in de Zvw. De setting forensische zorg niet-klinisch ligt zelfs hoger dan de settingen klinisch en hoogspecialistisch. Dat de beide settingen forensische zorg de concepttarieven hoger liggen, wordt veroorzaakt door het aantal vergoede minuten (paragraaf 5.2 en duiding).

Tabel 8 concept tarieven diagnostiekconsulten (vanaf 45 minuten) per setting/BIG-categorie

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)		€ 142	€ 179	€ 217	€ 270	€ 241	€ 266	€ 330
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)		€ 152	€ 173	€ 176	€ 284	€ 164	€ 199	€ 276
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	€ 132	€ 244	€ 247	€ 246	€ 253	€ 240	€ 298	-[4]
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	€ 105	€ 174	€ 208	€ 258	€ 305	€ 222	€ 257	€ 772
Arts (Wet Big art. 3)		€ 191	€ 190	€ 255	€ 241	€ 190	€ 290	€ 405
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)		€ 155	€ 190	€ 236	€ 226	€ 203	€ 346	€ 285
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	€ 181	€ 202	€ 260	€ 306	€ 381	€ 221	€ 336	€ 610
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	€ 203	€ 294	€ 315	€ 391	€ 408	€ 358	€ 519	€ 650

Ook bij de 45 minuten diagnostiekconsulten kunnen we vergelijken tussen settingen en BIG-categorieën. De bevindingen zijn echter hetzelfde als bij de behandelconsulten.

We kunnen ook vergelijken tussen behandel en diagnostiekconsulten. De concepttarieven voor diagnostiek liggen (bijna) altijd hoger dan de consulten voor behandeling en begeleiding. Alleen in de setting klinisch liggen bij de BIG-categorieën psychotherapeut (Wet BIG art. 3) en Arts (Wet Big art. 3) een fractie lager. Het hogere tarief voor diagnostiek kan geheel worden toegeschreven aan het aantal vergoede minuten (zie paragraaf 5.2). De variatie in de kosten (per minuut) tussen diagnostiek en behandeling is namelijk gering.

5.2 Aantal vergoede patiëntgebonden minuten

In deze paragraaf laten we één onderdeel van de concepttarieven zien, namelijk het aantal vergoede (directe en indirecte) patiëntgebonden

[4] Geen data.

minuten. Samen met de kostprijs per minuut, de kapitaallasten en de Opslag voor inventaris, ondernemersrisico en werkkapitaal vormt dit het concepttarief.

In tabel 9 en 10 staat het totaal aantal vergoede minuten naar BIG-categorie en setting voor een 45 minuten behandelconsult respectievelijk diagnostiekconsult. Dit is het totaal aantal minuten, dus zowel direct patiëntgebonden tijd als de indirect patiëntgebonden tijd. Tussen haakjes staat de gemiddelde directe tijd vermeld.

Tabel 9 aantal vergoede minuten 45 minuten consult behandeling en begeleiding

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)		76 (47)	88 (47)	91 (46)	107 (46)	94 (46)	112 (47)	167 (46)
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)		77 (46)	85 (46)	85 (46)	98 (46)	75 (47)	122 (46)	143 (46)
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	64 (47)	74 (47)	84 (47)	102 (46)	96 (46)	95 (47)	104 (47)	91 (47)
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	64 (48)	79 (47)	89 (47)	106 (47)	109 (46)	85 (46)	116 (48)	232 (46)
Arts (Wet Big art. 3)		89 (47)	93 (46)	108 (46)	100 (45)	104 (45)	127 (46)	143 (46)
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)		73 (47)	85 (46)	96 (46)	102 (46)	74 (46)	179 (46)	166 (45)
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	65 (48)	78 (48)	90 (47)	104 (47)	100 (46)	80 (47)	128 (49)	174 (45)
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	63 (47)	80 (46)	85 (46)	102 (46)	98 (45)	94 (45)	132 (46)	152 (46)

Tabel 10 aantal vergoede minuten 45 minuten consult diagnostiek

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)		88 (47)	105 (47)	124 (46)	157 (46)	126 (46)	156 (47)	195 (46)
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)		93 (46)	104 (46)	104 (46)	171 (45)	83 (47)	119 (47)	166 (45)
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	71 (47)	106 (46)	111 (46)	117 (46)	121 (45)	94 (45)	129 (48)	- [5]
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	66 (47)	91 (47)	107 (47)	134 (46)	158 (46)	96 (46)	140 (48)	466 (46)
Arts (Wet Big art. 3)		105 (46)	103 (46)	136 (46)	132 (45)	98 (45)	133 (46)	183 (45)

[5] Geen data

Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)		84 (46)	103 (46)	130 (47)	124 (46)	85 (45)	208 (45)	168 (45)
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	88 (47)	86 (47)	110 (46)	130 (46)	156 (46)	83 (46)	135 (48)	258 (46)
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	77 (47)	101 (46)	106 (46)	134 (46)	138 (46)	104 (45)	147 (46)	195 (47)

Het eerste dat opvalt in beide tabellen is dat het aantal directe minuten vrij dicht bij de tijdsgrens van 45 minuten ligt. In vier gevallen worden er 48 directe minuten vergoed. In alle andere gevallen minder.
Het verschil in minuten uit de bovenstaande tabel en de 45 minuten is dus voornamelijk indirect patiëntgebonden tijd. Vooral in de fz zien we veel indirect patiëntgebonden tijd ten opzichte van de directe tijd.

In tabellen 7 en 8 zagen we een paar kleine zaken die ons opvielen als we de concepttarieven onderling vergeleken. In hoog tarief voor de gz psycholoog in de setting forensische zorg klinisch. In bovenstaande tabel zien we dat voor dit beroep in deze setting er veel indirecte minuten worden vergoed.

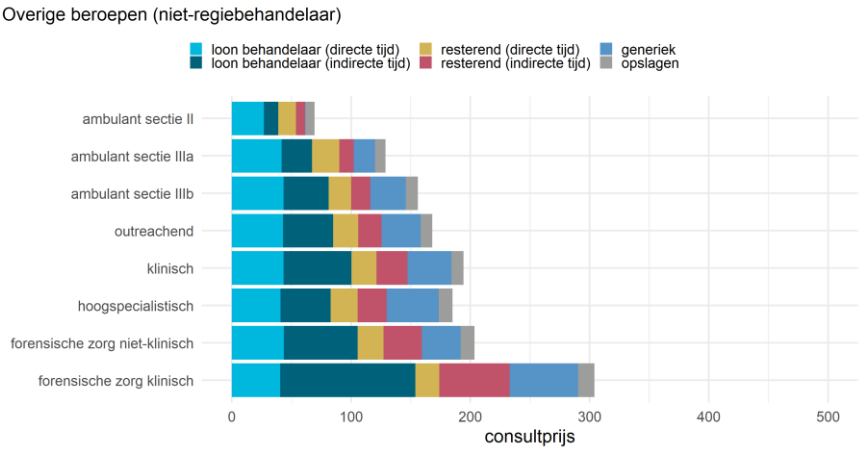
5.3 Tariefopbouw per BIG categorie en setting

De figuren hieronder tonen de consulten per BIG-categorie en setting. Er is een onderverdeling naar de loonkosten van de behandelaar, de resterende kosten (dit zijn de loon- en materiele kosten die zijn geboekt op de hoofdkostenplaat van de behandelaar), de generieke kosten (dit zijn de loon- en materiele kosten op de hulpkostenplaatsen) en de opslagen voor kapitaal en financiering.

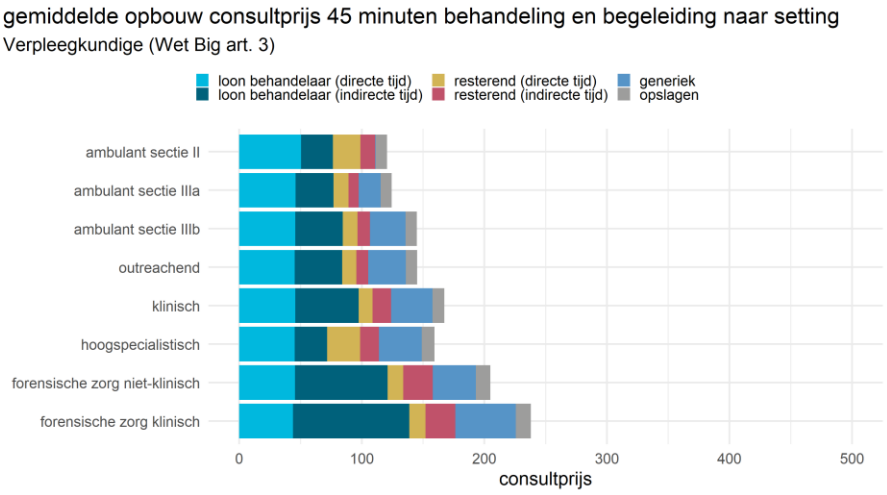
Uit de figuren komt naar voren dat de loonkosten van de behandelaren over de settings relatief stabiel is. De verschillen in indirecte tijd dragen het meeste bij aan de verschillen in de consulttarieven tussen setting. De directe loonkosten gaan een steeds kleiner aandeel uitmaken van de opbouw van de tarieven naar mate de setting zwaarder wordt. In de setting Forensisch klinisch is de verhouding directe loonkosten ten opzichte van overige (loon)kosten bij benadering 1:5. De opslag per verblijfsdag voor TBS patiënten is in deze analyse nog niet meegenomen en zou dit beeld wat kunnen nuanceren.

Ook de opbouw van de tarieven van de BIG categorieën die geen regiebehandelaar zijn in de setting kwaliteitstatuut sectie II valt op. Deze tarieven kunnen voor nu buiten beschouwing worden gelaten omdat deze gebaseerd zijn op een zeer beperkte hoeveelheid data.

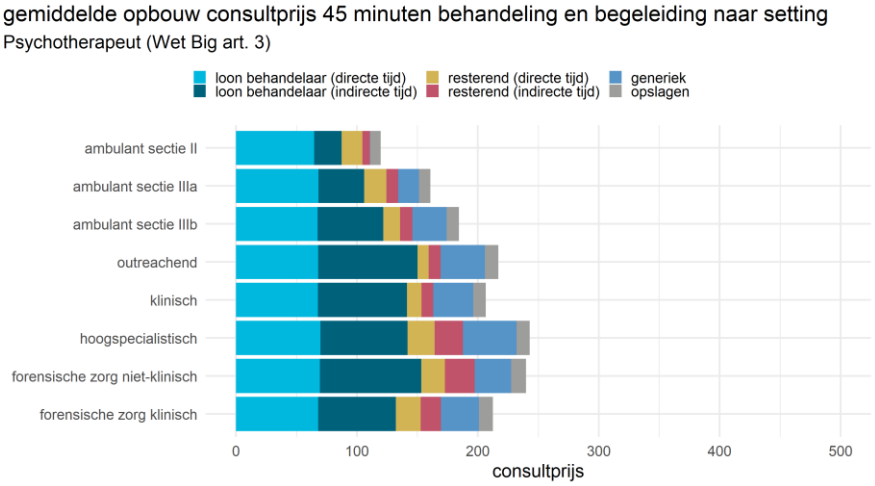
Figuur 3 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (overige beroepen (niet regiebehandelaar))



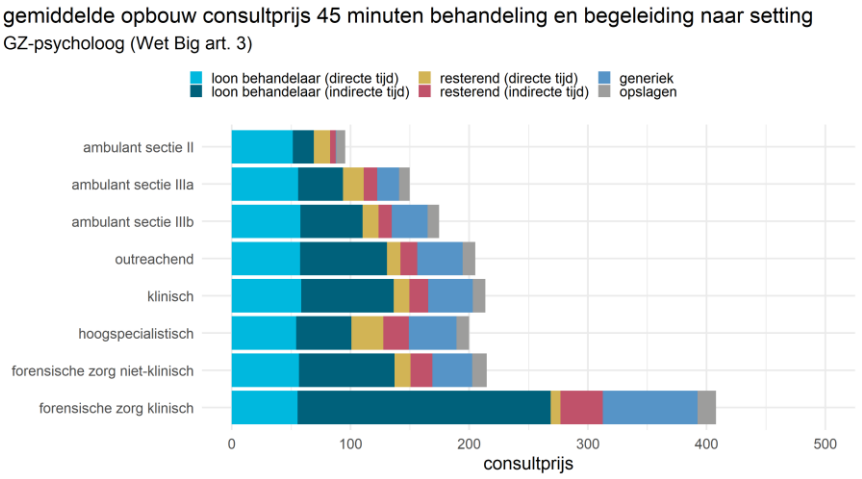
Figuur 4 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (verpleegkundige (wet art. 3 BIG))



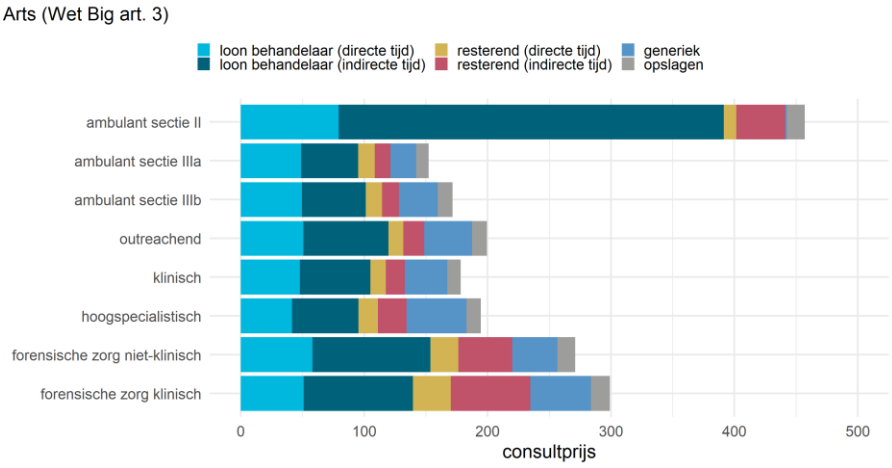
Figuur 5 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (Psychotherapeut (Wet BIG art 3))



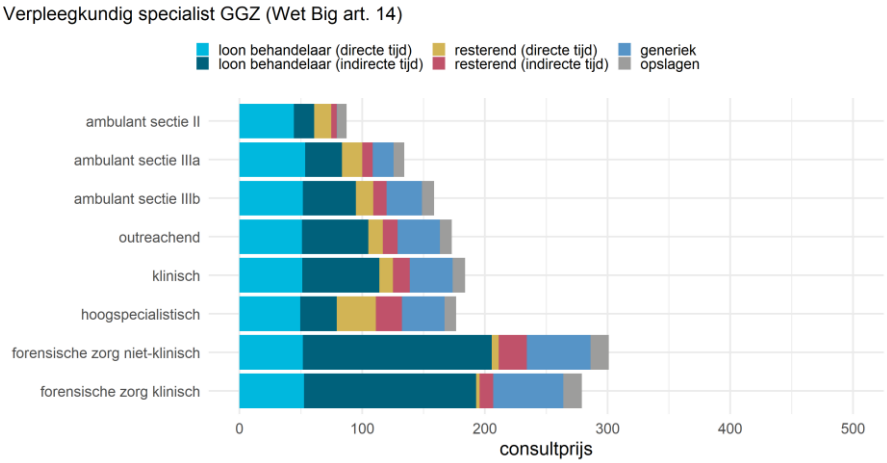
Figuur 6 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (GZ-psycholoog (Wet BIG art 3))



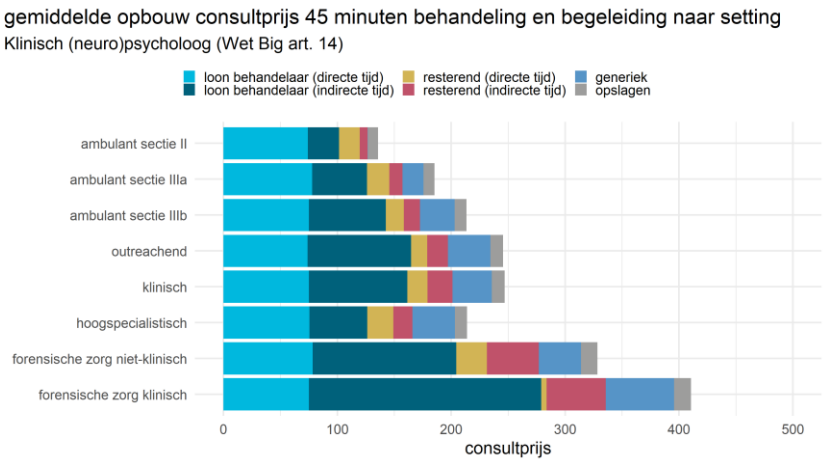
Figuur 7 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (Arts (Wet BIG art 3))



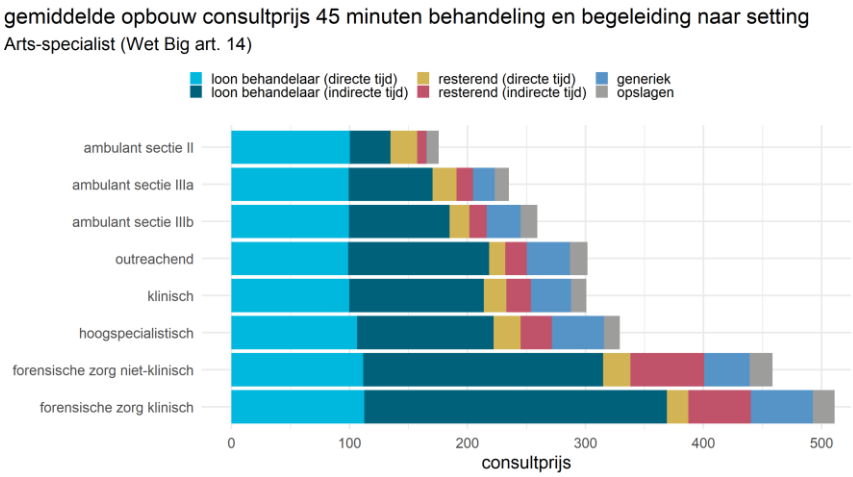
Figuur 8 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (verpleegkundig specialist GGZ (Wet BIG art 14))



Figuur 9 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (Klinisch neuro psycholoog (Wet BIG art 14))



Figuur 10 gemiddelde opbouw consultprijs 45 minuten behandeling en begeleiding naar setting (arts-specialist (Wet BIG art 10))



5.4 Spreiding individuele consulten

Onderstaande tabel laten de spreiding zien van de behandelconsulten. De reden dat we deze tabellen tonen is om te onderzoeken of de indeling van consulten naar setting en BIG-categorie voldoende kostenhomogeen zijn. De spreiding wordt gemeten aan de hand van de cv-waarde. De cv-waarde is de verhouding tussen de standaarddeviatie en het gemiddelde, en wordt berekend als:

$$\text{cv-waarde} = \frac{\text{standaarddeviatie}}{\text{gemiddelde}}$$

Als er sprake is van veel spreiding in de data dan is de standaarddeviatie hoog. Dit zal dan ook resulteren in een hoge cv-waarde. Een lage variatie geeft een lage standaarddeviatie en dus een lage cv-waarde.

Onderstaande tabel laat de cv-waardes zien van de gemiddelde kostprijs per direct uur per setting en big-categorie. Deze cv-waarde geeft aan wat de mate van spreiding is in de kostprijs tussen aanbieders. Een waarde tot en met 0,5 wordt over het algemeen beschouwd als voldoende. Een hogere waarde is zorgelijk. We zien dat alle waardes onder of net boven deze grens liggen. Dit houdt in dat de spreiding over de hele linie niet heel groot is. Omdat de kostprijs een gewogen gemiddelde is, berekenen we ook een gewogen cv-waarde. Hierdoor hebben uitschieters minder invloed op de cv-waarde. Aangezien

uitschieters ook weinig invloed hebben op het gewogen gemiddelde is dit een correcte maatstaf om te hanteren.

Tabel 12 cv-waarde kostprijs per minuut (gewogen) per big-categorie en setting (variatie tussen aanbieders)

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)	0.51	0.2	0.15	0.15	0.2	0.3	0.21	0.43
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)	0.2	0.14	0.12	0.13	0.25	0.25	0.21	0.35
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	0.14	0.16	0.16	0.33	0.33	0.4	0.14	0.16
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	0.2	0.23	0.14	0.13	0.19	0.14	0.19	0.52
Arts (Wet Big art. 3)	0.05	0.26	0.16	0.16	0.14	0.26	0.24	0.21
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)	0.12	0.2	0.15	0.18	0.15	0.14	0.24	0.31
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	0.23	0.17	0.16	0.19	0.26	0.27	0.31	0.46
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	0.19	0.2	0.14	0.18	0.17	0.02	0.2	0.38

Dat veruit de meeste CV-waarden laag zijn, betekent dat de spreiding van kosten tussen aanbieders per minuut directe tijd bij de BIG-categorie en setting relatief beperkt is. Er zijn er maar twee die boven de grens van 0,5 komen, de overige beroepen in ambulant sectie II en de gz-psycholoog in de setting forensische zorg klinisch. De overige beroepen in de setting ambulant sectie II kennen een laag volume (zie tabellen 14 en 15).
Voor de gz-psycholoog in de setting forensische zorg klinisch geldt dat wij in de duiding bij paragraaf 5.2 al hebben laten weten dat we graag met het programma in overleg gaan over de tarieven, en dan met name het aantal indirect vergoede minuten, in de fz.

Tabel 13. Volume (omzet) onderliggend aan 45 minuten-consult behandeling en begeleiding naar setting en BIG-categorie

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)	0.2%	3.62%	15.48%	1.83%	0.66%	0.06%	0.83%	0.21%
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)	0.06%	1.68%	14.53%	6.58%	0.79%	0.04%	0.38%	0.02%
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	2.72%	1.86%	3.77%	0.1%	0.06%	0%	0.13%	0.01%
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	2.09%	7.4%	10.77%	0.57%	0.32%	0.04%	0.64%	0.12%
Arts (Wet Big art. 3)	0%	0.2%	1.73%	0.31%	0.69%	0.1%	0.02%	0.03%
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)	0.02%	0.48%	1.68%	0.41%	0.18%	0.01%	0.05%	0.03%
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	1.38%	1.51%	3.98%	0.16%	0.11%	0.02%	0.11%	0.02%
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	1.52%	1.02%	4.52%	1.04%	0.76%	0.08%	0.21%	0.09%

Tabel 13 geeft per setting en big-categorie weer hoeveel omzet aan een 45 minutenconsult ten grondslag ligt als een percentage van de landelijk omzet voor dit consult. Een lege cel betekent dat het consult niet voorkomt binnen het beroep en de setting. Tabel 14 geeft dezelfde informatie voor een diagnostiek consult van 45 minuten

Tabel 14. Volume (omzet) onderliggend aan 45 minuten-consult diagnostiek naar setting en BIG-categorie

	ambulant sectie II	ambulant sectie IIIa	ambulant sectie IIIb	outreachend	klinisch	hoog-specialistisch	forensische zorg niet-klinisch	forensische zorg klinisch
Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)	0.09%	1.32%	8.98%	0.52%	0.43%	0.08%	0.83%	0.09%
Verpleegkundige (Wet Big art. 3)	0.01%	0.43%	7.5%	2.25%	1.05%	0.05%	0.14%	0.04%
Psychotherapeut (Wet Big art. 3)	1.3%	1.49%	4.06%	0.1%	0.07%	0.01%	0.18%	-
GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	1.49%	3.6%	8.65%	0.51%	0.33%	0.08%	1.17%	0.1%
Arts (Wet Big art. 3)	-	0.16%	4.15%	0.77%	2.65%	0.51%	0.07%	0.05%
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)	0.02%	0.22%	1.2%	0.27%	0.33%	0.01%	0.06%	0.03%
Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)	0.78%	0.67%	4.4%	0.2%	0.11%	0.15%	0.18%	0.02%
Arts-specialist (Wet Big art. 14)	0.44%	2.48%	20.64%	6.63%	4.19%	0.7%	0.73%	0.23%

6. Kostprijzen groepsconsulten

Dit hoofdstuk toont de kostprijzen voor groepsconsulten. De kostprijzen bij groepsconsulten variëren naar BIG-categorie en groepsgrootte. Groepsconsulten worden altijd per half uur in rekening gebracht. Verschil in tijdsduur zoals bij de individuele consulten bestaat dus niet. Verschillen in setting bestaan ook niet, groepsconsulten zijn setting onafhankelijk.

6.1 Kostprijzen groepsconsulten

Tabel 15 geef de kostprijzen voor groepsconsulten. Deze consulten zijn gedifferentieerd naar BIG-categorieën en groepsgrootte. De tarieven zijn per half uur (direct patiëntgebonden tijd) en zijn inclusief indirect patiëntgebonden tijd. Er is geen onderscheid gemaakt naar setting. De kostprijzen zijn zonder kapitaallasten en opslagen.

Tabel 15 kostprijs groepsconsulten per half uur per persoon per behandelaar

	Overige beroepen (niet-regiebe-handelaar)	Verpleeg-kundige (Wet Big art. 3)	Psycho-therapeut (Wet Big art. 3)	GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)	Arts (Wet Big art. 3)	Verpleeg-kundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)	Klinisch (neuro)-psycholoog (Wet Big art. 14)	Arts-specialist (Wet Big art. 14)
2 personen	€ 32	€ 33	€ 42	€ 38	€ 33	€ 35	€ 47	€ 57
3 personen	€ 21	€ 22	€ 28	€ 25	€ 22	€ 23	€ 31	€ 38
4 personen	€ 16	€ 16	€ 21	€ 19	€ 16	€ 17	€ 23	€ 28
5 personen	€ 13	€ 13	€ 17	€ 15	€ 13	€ 14	€ 19	€ 23
6 personen	€ 11	€ 11	€ 14	€ 13	€ 11	€ 12	€ 16	€ 19
7 personen	€ 9	€ 9	€ 12	€ 11	€ 9	€ 10	€ 13	€ 16
8 personen	€ 8	€ 8	€ 11	€ 9	€ 8	€ 9	€ 12	€ 14
9 personen	€ 7	€ 7	€ 9	€ 8	€ 7	€ 8	€ 10	€ 13
10 of meer personen	€ 6	€ 7	€ 8	€ 8	€ 7	€ 7	€ 9	€ 11

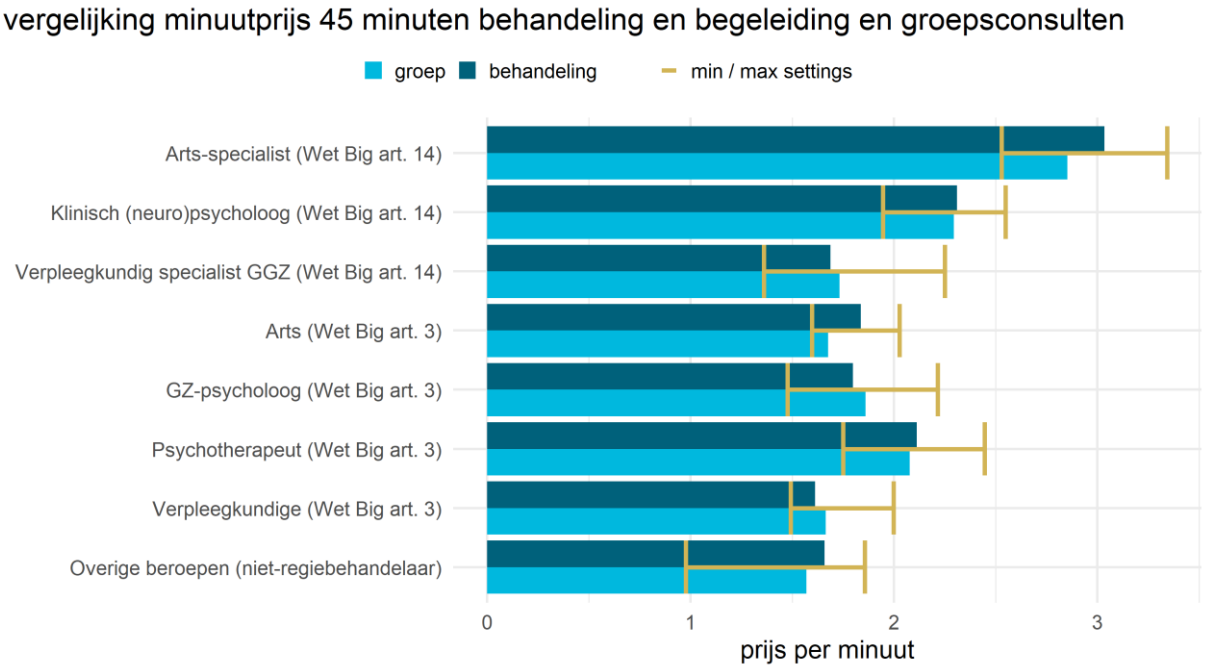
De groepsgrootte volgt een logisch patroon. Een groep met twee personen heeft een twee keer zo hoog tarief als een groep van vier.

Wij hebben vergelijkingen uitgevoerd tussen de prijs per minuut van individuele en groepsconsulten. De vergelijking is relevant omdat een groot verschil in minuutprijs kan leiden tot het meer of minder inzetten om financiële redenen. Bij een vergelijkbare prijs valt deze prikkel weg.

Als we de gemiddelde kostprijs per minuut van de individuele consulten (gemiddeld over alle settingen) vergelijken we de gemiddelde kostprijs per minuut van de groepsconsulten zien wij vergelijkbare kostprijzen per minuut. Op basis hiervan zien wij geen (groot) risico dat er, om financiële redenen, er meer op individuele of groepsconsulten wordt ingezet.

Als we de kostprijzen per minuut van de individuele consulten maar dan per setting vergelijken met de groepsconsulten zien we logischerwijs wel verschillen optreden. In onderstaande grafiek staat per BIG categorie de

kostprijs per minuut van het groepsconsult vergeleken met de setting met de laagste en hoogste kostprijs per minuut.



7. Productprijzen verblijf

Dit hoofdstuk laat de (concept) productprijzen voor verblijf zien. Dit zijn prijzen op prijspeil 2017 exclusief kapitaallasten, de financieringslasten en de rente inventaris. De tarieven voor verblijf worden in het zorgprestatiemodel integrale tarieven voor verblijf, dagbesteding en vaktherapie. Dit is anders dan in de db(b)c systematiek. In de gespecialiseerde ggz worden dagbesteding en vaktherapie nog via tijdschrijven vergoed. In de FZ wordt dagbesteding via twee deelprestaties vergoed en de vaktherapie via de dbbc's.

Er vindt een kleine herverdeling plaats van kosten van behandeling naar verblijf. In onderstaande tabel staat de omvang van de verdeling. Het gaat om een kleine omvang ten opzichte van behandeling en verblijf. Omdat we deze opslag differentiëren naar verzorgingsgraad of verzorgingsgraad en beveiligingsniveau hebben we de verblijfsprofielen gekoppeld aan de dagbesteding- en vaktherapieprofielen. Met name de verblijfsprofielen zijn, vergeleken met de in het sjabloon opgegeven dagen, niet compleet. Hierdoor kan de omvang afwijken van die in het kostprijsonderzoek. We onderzoeken dit verder in fase 2.

Tabel 16 omvang kosten dagbesteding en vaktherapie (mln.)

	Dagbesteding	Vaktherapie	totaal
klinisch	16,3	11,5	27,8
fz klinisch	7,1	1,7	8,8

In dit hoofdstuk beschrijven wij de methodiek hoe de kosten van dagbesteding en forensische zorg zijn toegevoegd aan verblijf (7.1) en laten we de concept productprijzen, inclusief cv-waarden, zien voor zowel de gespecialiseerde ggz (7.2) als voor de fz (7.3). Als laatste tonen we de impact (7.4).

7.1 Methodiek

Om tot de nieuwe productprijzen te komen hebben wij voor verblijf dezelfde methodiek gehanteerd als in het kostprijsonderzoek. Aan de productprijzen voor verblijf zijn de kosten van dagbesteding en vaktherapie toegevoegd. Deze kosten zijn gedifferentieerd naar verzorgingsgraad en beveiligingsniveau.

7.2 Concept productprijzen verblijf g-ggz

In deze paragraaf staan van verblijf voor de gespecialiseerde ggz. Deze staan in onderstaande tabel. De tabel toont het aantal aanbieders en dagen (gelijk aan het kostprijsonderzoek) en de cv-waarde..

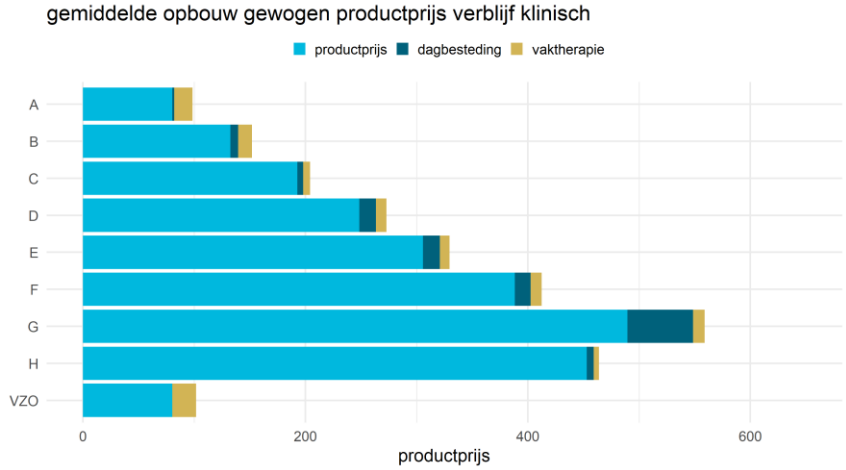
Tabel 17 Concept productprijzen verblijf g-ggz

	totale productprijs (cv-waarde)	component dagbesteding	component vaktherapie	cv-waarde obv kostprijs	dagen	aanbieders
Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	€98,47 (0,19)	€1,59	€16,4	0,59	44590	15
Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	€151,99 (0,16)	€6,77	€12,5	0,39	131373	23
Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	€204,39 (0,08)	€5,1	€6,36	0,31	461202	48
Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	€273,03 (0,09)	€14,81	€9,58	0,23	396514	53
Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	€329,6 (0,08)	€15,21	€8,65	0,26	745669	59
Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	€412,36 (0,06)	€14,08	€9,86	0,21	431368	50
Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	€558,9 (0,17)	€59,06	€10,28	0,36	61272	22
Deelprestatie verblijf H (HIC)	€464,03 (0,03)	€6,28	€4,68	0,14	67793	15

In de tabel staan twee spreidingsmaten genoemd die in verband bezien moeten worden. Enerzijds is er de cv-waarde van de totale productprijs. Dit geeft een indruk van de spreiding in de uiteindelijke productprijs. Aangezien hier echter een grote constante component inzit, namelijk de productprijs verblijf die wordt overgenomen uit het KPO ggz/fz 2020, rapporteren we ook de cv-waarde op basis van de kostprijs. Hierin is de grote constante component vervangen door de onderliggende kosten voor verblijf per aanbieder.

Voor alle verblijfssoorten is de spreiding op basis van de totale productprijs erg laag (alle cv-waardes liggen ruimschoots onder de 0,3). De cv-waardes op basis van de kostprijs liggen vanzelfsprekend iets hoger, maar ook hier zien we lage waardes. Enkel verblijfssoort A laat een cv-waarde zien groter dan 0,5.

Figuur 12 opbouw productprijzen verblijf klinisch



Grafiek 12 toont de opbouw van de concept productprijzen van verblijf met uitsplitsing naar verblijf, dagbesteding en vaktherapie.

De toevoeging van dagbesteding en vaktherapie aan de productprijzen voor verblijf is gering. In de data zien wij dat op slechts 20% van de dagen met verblijf dagbesteding en/of vaktherapie is geregistreerd. Dit geeft per dag dan ook een lage opslag.

7.3 Concept productprijzen verblijf fz

In deze paragraaf staan van verblijf voor de forensische zorg. Deze staan in onderstaande tabel. De tabel toont het aantal aanbieders en dagen (gelijk aan het kostprijsonderzoek) en de cv-waarde.

Tabel 18 Concept productprijzen verblijf fz

	totale productprijs (cv-waarde)	component dagbesteding	component vaktherapie	cv-waarde obv kostprijs	dagen	aanbieders
Verblijfssoort A1	€109.25 (0.71)	€36.21	€1.36	0.54	1313	3
Verblijfssoort A2	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort A3	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort A4	€117.66 (0)	€ 0	€ 0	0.74	3835	2
Verblijfssoort B1	€116.58 (0)	€ 0	€ 0	0.37	1316	3
Verblijfssoort B2	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort B3	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort B4	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort C1	€198.22 (0.17)	€18.93	€5.97	0.33	7067	15
Verblijfssoort C2	€182.83 (0.02)	€0.5	€ 0	0.38	10091	6
Verblijfssoort C3	€- (-)	€-	€-	-	0	1
Verblijfssoort C4	€237.6 (0)	€ 0	€ 0	0.26	39871	4
Verblijfssoort D1	€274.07 (0.18)	€28.68	€5.02	0.31	47681	17
Verblijfssoort D2	€315.19 (0.37)	€59.12	€ 9	0.27	51632	13
Verblijfssoort D3	€301.48 (0.27)	€26.56	€10.69	0.3	15744	4
Verblijfssoort D4	€284.08 (0)	€ 0	€ 0	0.09	90123	4
Verblijfssoort E1	€311.7 (0.03)	€1.92	€2.75	0.2	28603	14
Verblijfssoort E2	€347.95 (0.16)	€28.81	€12.77	0.23	97829	15
Verblijfssoort E3	€422.22 (0.22)	€72.44	€27.87	0.2	40078	7
Verblijfssoort E4	€524.26 (0.39)	€175.72	€0.54	0.37	157379	5
Verblijfssoort F1	€355.78 (0)	€ 0	€ 0	0.1	3860	3
Verblijfssoort F2	€394.6 (0.13)	€22.09	€ 5	0.29	28625	10
Verblijfssoort F3	€446.04 (0.21)	€64.28	€16.93	0.19	43443	7
Verblijfssoort F4	€479.11 (0)	€ 0	€ 0	0.16	34003	5
Verblijfssoort G1	€540.01 (0)	€ 0	€ 0	0.11	175	2
Verblijfssoort G2	€480.49 (0)	€ 0	€ 0	0.18	748	4
Verblijfssoort G3	€462.34 (0.09)	€15.28	€9.79	0.1	15665	5
Verblijfssoort G4	€650.51 (0.08)	€20.2	€0.53	0.08	24755	7

Als er geen totale productprijs berekend is dan zijn er geen observaties voor het verblijftype in de profielen. Hiervoor kan dan ook geen dagbesteding- of vaktherapiecomponent berekend worden. Een component dagbesteding of vaktherapie van € 0 betekent dat er geen dagbesteding of vaktherapie in de profielen zit voor deze verblijftypes.

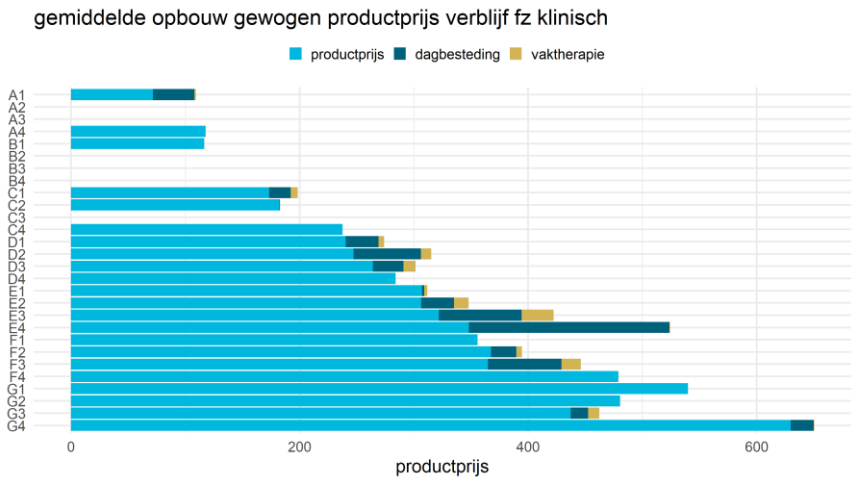
In de tabel staan twee spreidingsmaten genoemd die in verband bezien moeten worden. Enerzijds is er de cv-waarde van de totale productprijs. Dit geeft een indruk van de spreiding in de uiteindelijke productprijs. Aangezien hier echter een grote constante component inzit, namelijk de productprijs verblijf die wordt overgenomen uit het KPO ggz/fz 2020, rapporteren we ook de cv-waarde op basis van de kostprijs. Hierin is de grote constante component vervangen door de onderliggende kosten voor verblijf per aanbieder.

De cv-waardes op basis van de totale productprijs zijn over het algemeen laag. Uitzondering daarbij is verblijfsoort A1. De cv-waardes op basis van de kostprijs is ook relatief laag. Ook hier weer een uitzondering voor verblijfsoort A1 en ook A4. In een enkel geval is de cv-waarde op basis van de kostprijs lager dan die op basis van de totale

productprijs. Dit is wat merkwaardig en dient nader onderzocht te worden.

Figuur 13 toont de opbouw van de concept productprijzen van verblijf met uitsplitsing naar verblijf, dagbesteding en vaktherapie. De figuur laat zien dat niet bij alle verblijfsprestaties er dagbesteding en vakherapie is toegevoegd. Bij de verblijfprestaties waar dat wel het geval is, is de toevoeging gering. Ook in de fz zien we in de data dat in 28% van het aantal dagen dagbesteding en/of vaktherapie is geregistreerd. Dit geeft een lage opslag per dag op de productprijzen.

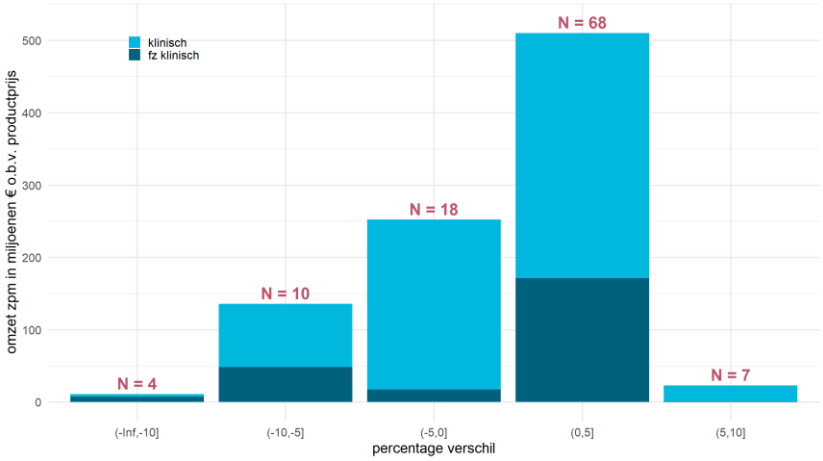
Figuur 13 opbouw productprijzen verblijf klinisch fz



7.4 Impact opslag dagbesteding en vaktherapie op de verblijftarieven

Bij deze berekening van de impact nemen we de landelijk productprijzen van verblijf zoals vastgesteld in het Kostprijsonderzoek ggz / fz 2020 als uitgangspunt. De enige variatie tussen de uitgangssituatie en de nieuwe situatie komt voort uit verschillen tussen de eigen gemiddelde kosten voor dagbesteding en vaktherapie en de landelijke gemiddelde opslag voor dagbesteding en vaktherapie. [NB: voor een vrij grote groep aanbieders is de impact vrijwel neutraal (net iets boven nul). In de groep (0-5] ligt de gemiddelde impact daarom heel dicht bij nul (0,3 %). In alle andere ranges ligt het gemiddelde veel meer naar het midden. Hierdoor ontstaat het beeld dat er sprake is van een macro plus. Dit is echter niet het geval.]

Figuur 14 impact opslag dagbesteding en vaktherapie



We zien dat de impact voor de meeste aanbieders neutraal tot positief 5% is. Dit zijn de aanbieders die momenteel relatief lage kosten voor dagbesteding en vaktherapie hebben. Verder is er een klein aantal aanbieders wat er aanzienlijk op vooruit gaat (5-10% of zelfs meer dan 10%). Dit zijn aanbieders die heel lage kosten hebben voor dagbesteding en vaktherapie en/ of weinig tot geen dagbesteding en vaktherapie doen. Anderzijds hebben we natuurlijk aanbieders die inleveren. Dit zijn de aanbieders met hoge kosten en/of aanbieders die veel aan dagbesteding en vaktherapie doen.