

# Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf



15 februari 2024

# Inhoudsopgave

<b>Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf</b>		<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Doel van document	4
1.2	Data selectie	4
1.3	Leeswijzer	4
<b>2</b>	<b>Kerncijfers het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv</b>	<b>5</b>
2.1	Inleiding	5
2.2	Aantal cliënten	5
2.3	Uitgaven	6
2.4	Ligduur	7
2.5	Aantal zorgaanbieders	8
2.6	Tarieven	9
<b>3</b>	<b>Belangrijkste conclusies registratieonderzoek</b>	<b>11</b>
3.1	Inleiding	11
3.2	Selectie en representativiteitstoets	11
3.3	Aantal zorgaanbieders en aantal unieke cliënten	12
3.4	Aantal trajecten per dag	13
3.5	Tijdsinzet tijdens het traject	14
3.6	Spreiding in inzet cliëntgebonden tijd tussen cliënten	16
3.7	Verdeling cliëntgebonden tijd per dag	18
3.8	Verdeling cliëntgebonden tijd per dag per specialismegroep	20
3.9	Functiemix	22
3.10	Ambulante grz	23
<b>4</b>	<b>Analyses bekostigingsopties</b>	<b>27</b>
4.1	Inleiding	27
4.2	Integraal dagtarief	29
4.3	Modulaire bekostiging per uur	31
4.4	Modulaire bekostiging per dag	31
4.5	Effect van de bekostiging dbc-structuur zoals in de grz	34
4.6	Over- en onderbehandeling binnen dbc-bekostiging	41

<b>5</b>	<b>Analyses alternatieve prestatie-eenheid modulaire bekostiging</b>	<b>44</b>
5.1	Inleiding	44
5.2	Add-on	44
5.3	Groepering behandelintensiteit	48
<b>6</b>	<b>Appendix I: verantwoording analyses en toelichting onderzoeksmethoden</b>	<b>52</b>
6.1	Inleiding	52
6.2	Selectie Kerncijfers	52
6.3	Selectie data registratieonderzoek	52
6.4	Representativiteitstoets registratieonderzoek	53
6.4.1	Algemene gehanteerde (statistische) kaders NZa	54
6.4.2	Representativiteit van het registratieonderzoek 2022	54
6.4.3	Conclusies ten aanzien van de representativiteit	59
6.5	Specifieke databewerkingen registratieonderzoek	59
6.5.1	Simulatie verpleegkundige tijd	59
6.5.2	Afkappunt cliëntgebonden tijd per dag	60
6.6	Analyses	61
6.6.1	Outlier analyse t.b.v. add-on	61
6.6.2	Analyses grenswaarden groepering behandelintensiteit	65
<b>7</b>	<b>Appendix II: Registratieregels eerstelijnsverblijf en Wlz crisiszorg vv (versie 3.0)</b>	<b>68</b>
<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>69</b>
<b>2</b>	<b>Voor welke prestaties geldt dit registratieonderzoek?</b>	<b>70</b>
<b>3</b>	<b>Registratie eerstelijnsverblijf en Wlz crisis vv</b>	<b>71</b>
3.1	Traject- en patiëntkenmerken	71
3.2	Tijdschrijven	73
<b>4</b>	<b>Nadere toelichting op spelregels registratie en zorgtypering en activiteiten</b>	<b>75</b>
4.1	Registratie patiënt/traject kenmerken	75
4.2	Registratie tijdschrijven: patiëntgebonden tijd	75
<b>5</b>	<b>Addendum aanvullende optionele registratie hospices</b>	<b>79</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Doel van document

Dit document is een bijlage van het advies '*Nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf: eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en Wlz crisiszorg vv*'. In deze bijlage geven we cijfers weer van het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en de crisiszorg voor mensen met een indicatie verpleging en verzorging vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz crisiszorg vv). We onderzoeken aan de ene kant de overeenkomsten tussen het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv. Aan de andere kant analyseren we de mogelijkheden voor de nieuwe bekostiging voor tijdelijk verblijf.

## 1.2 Data selectie

Voor de analyses in dit rapport is gebruik van gemaakt van de volgende data:

- **Data uit het registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv.**  
De looptijd van dit onderzoek was van 1 juli tot en met 31 december 2022. In het vervolg van deze bijlage bedoelen we met 'registratieonderzoek' het registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv.
- **Declaratiedata van Vektis.**  
We hebben de declaratiedata van het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv gebruikt. Deze data is aangeleverd door Vektis.

In hoofdstuk 2, het hoofdstuk met de kerncijfers, gebruiken we declaratiedata van Vektis van de jaren 2018 tot en met 2022. Omdat de data van de grz voor het jaar 2022 incompleet is, wordt jaar 2022 voor de grz uitgesloten van de analyses van de kerncijfers.

Met uitzondering van hoofdstuk 2 zijn de uitkomsten gebaseerd op de data van het registratieonderzoek die in de tweede helft van 2022 plaatsvond. In het registratieonderzoek is zowel de directe als indirecte cliëntgebonden tijd geregistreerd en aan de NZa aangeleverd. Behandelaren registreerden beide, dus zowel de directe als de indirecte cliëntgebonden tijd. Verpleegkundigen registreerden alleen de directe cliëntgebonden tijd die betrekking heeft tot de zes verpleegtechnische handelingen zoals beschreven in het spelregeldocument (zie appendix II). Naar deze directe en indirecte cliëntgebonden tijd wordt verder verwezen als cliëntgebonden tijd. Voor de grz zijn de cijfers gebaseerd op de declaratiedata van Vektis van de tweede helft van 2021. De registraties voor het registratieonderzoek zijn zo opgezet zodat de uitkomsten goed te vergelijken zijn met uitkomsten van analyses met de declaratiedata van de grz.

## 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 tonen we de kerncijfers over de jaren 2018 tot en met 2022 op basis van de declaratiedata die door Vektis wordt aangeleverd. In hoofdstuk 3 trekken we conclusies op basis van de geregistreerde data die zorgaanbieders hebben aangeleverd. In hoofdstuk 4 kijken we naar de effecten van de verschillende mogelijke bekostigingsopties. In hoofdstuk 5 kijken we naar de verschillende mogelijkheden in de prestatie-eenheid. Tot slot is er nog een appendix met de technische uitleg op data selecties, definities, representativiteit en data bewerkingen.

# 2 Kerncijfers het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv

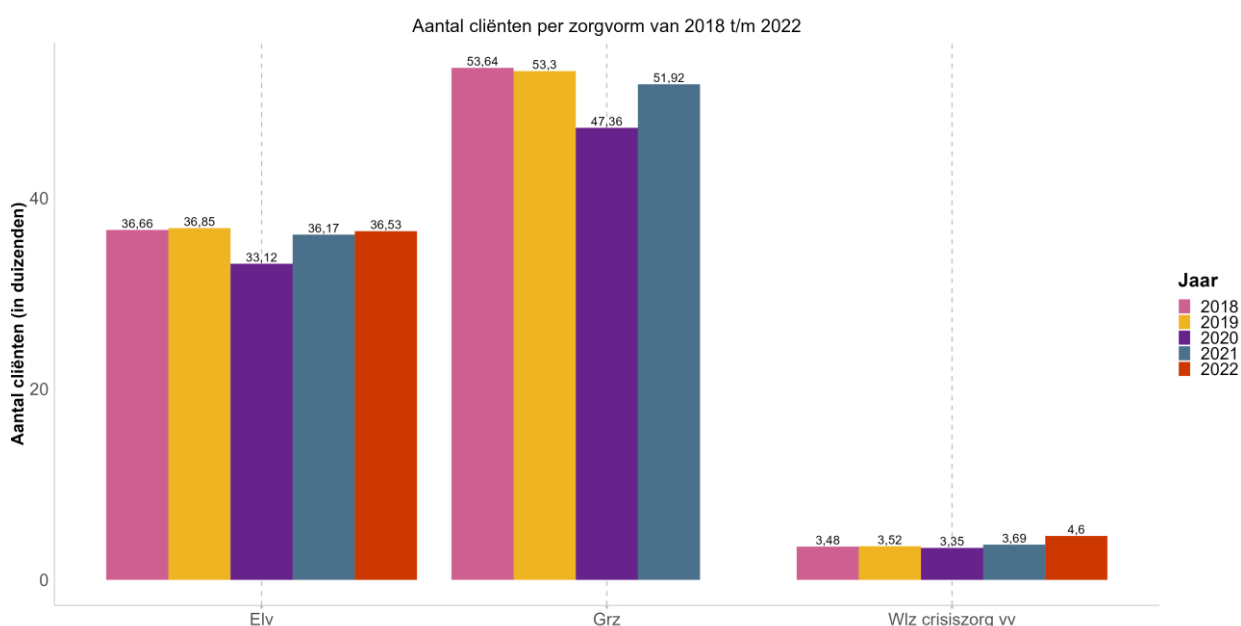
## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we de kerncijfers van het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv weer. Deze cijfers zijn gebaseerd op de declaratiedata van Vektis. Naast de prestaties elv laag complex, elv hoog complex en elv ptz kijken we ook naar de overige elv prestaties die beschikbaar zijn via Vektis, deze prestaties nemen we mee onder 'experimenten'.

De prestatie elv in het kader van COVID-19 verblijf en zorg is niet meegenomen.

## 2.2 Aantal cliënten

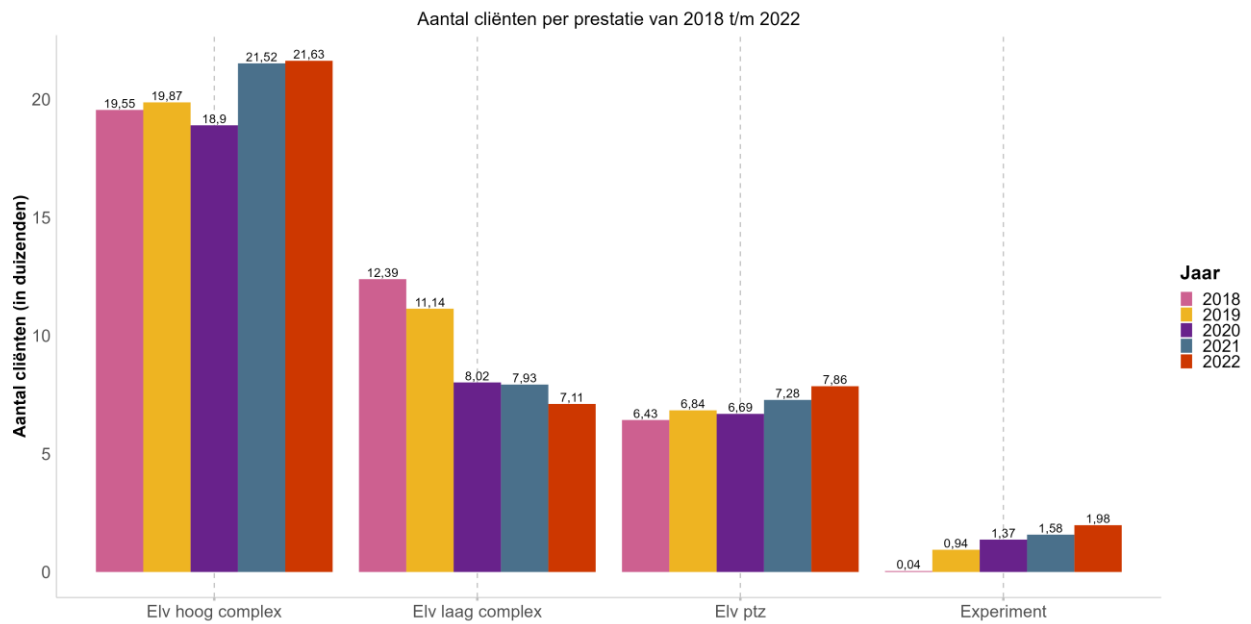
In figuur 1 is het aantal cliënten in het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv te zien in de jaren 2018 tot en met 2022.



Figuur 1. Aantal cliënten per zorgvorm van 2018 t/m 2022

Voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv is er een afname in het aantal cliënten in 2020, dit kan vermoedelijk verklaard worden door COVID-19. Voor alle zorgvormen neemt het aantal cliënten na 2019 weer toe. Voor het elv is het aantal cliënten in 2022 nog onder het niveau van 2019. Voor de grz is het aantal cliënten in 2021 nog onder het niveau van 2019. Bij de Wlz crisiszorg vv is er een flinke toename van 31% in 2022 ten opzichte van 2018.

In het figuur hieronder maken we voor het aantal elv cliënten onderscheid in de verschillende bestaande prestaties: elv laag complex, elv hoog complex, elv palliatief terminale zorg (ptz) en de experimenten.

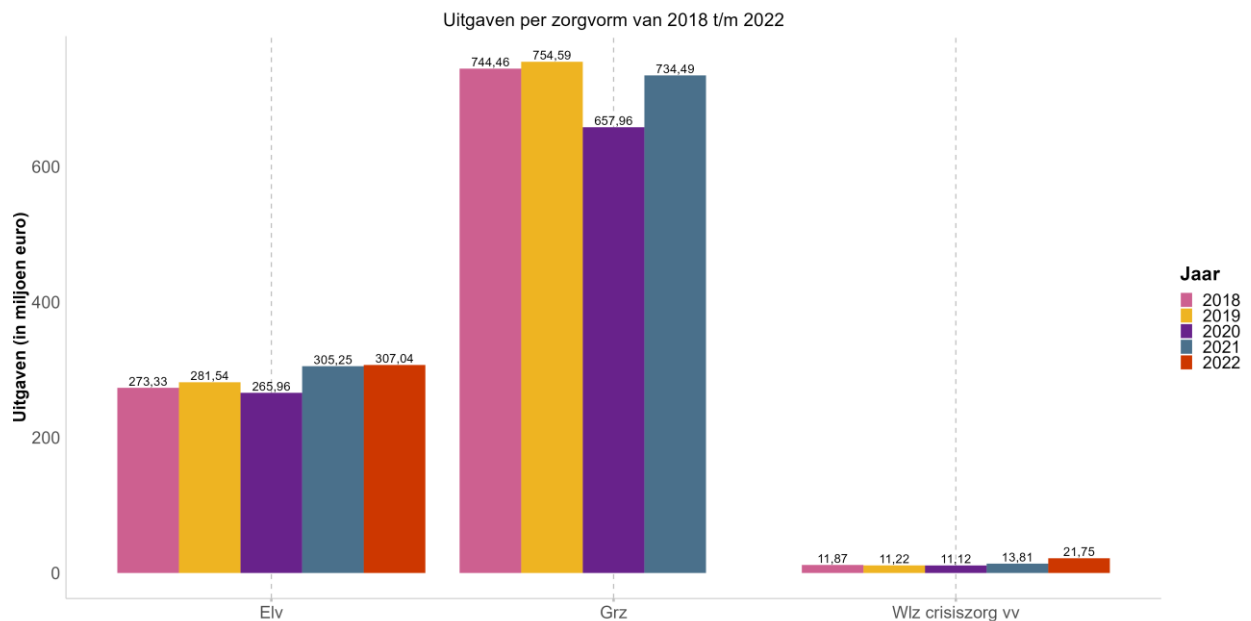


**Figuur 2.** Aantal cliënten per prestatie van 2018 t/m 2022

De cijfers laten zien dat het aantal cliënten van elv hoog complex, elv ptz en de experimenten toeneemt in 2022 ten opzichte van 2018. Het aantal cliënten dat zorg ontvangt vanuit elv laag complex neemt juist af.

## 2.3 Uitgaven

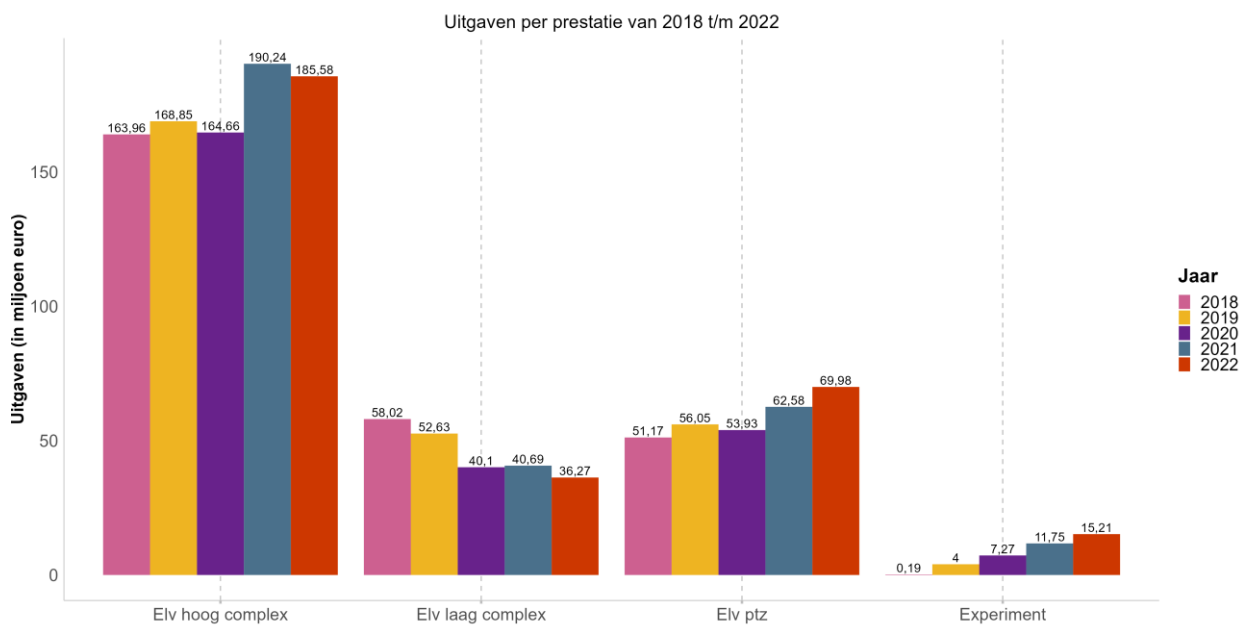
In deze paragraaf worden de uitgaven aan het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv gepresenteerd. De uitgaven zijn berekend op basis van de declaraties in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz.



**Figuur 3.** Uitgaven per zorgvorm van 2018 t/m 2022

De uitgaven aan het elv nemen toe in 2022 ten opzichte van eerdere jaren. In totaal gaat het om 307 miljoen euro in 2022. De uitgaven aan de grz nemen in 2021 toe, maar zijn lager dan in 2019. In 2021 waren de uitgaven aan de grz 734,5 miljoen euro. De uitgaven aan de Wlz crisiszorg vv neemt met 58% toe in 2022 ten opzichte van 2021. Dit gaat gepaard met een toename in het aantal cliënten met een Wlz crisiszorg vv (Figuur 1). De totale uitgaven aan de Wlz crisiszorg vv waren 21,8 miljoen euro in 2022.

Hieronder worden de uitgaven voor de verschillende elv prestaties gepresenteerd.

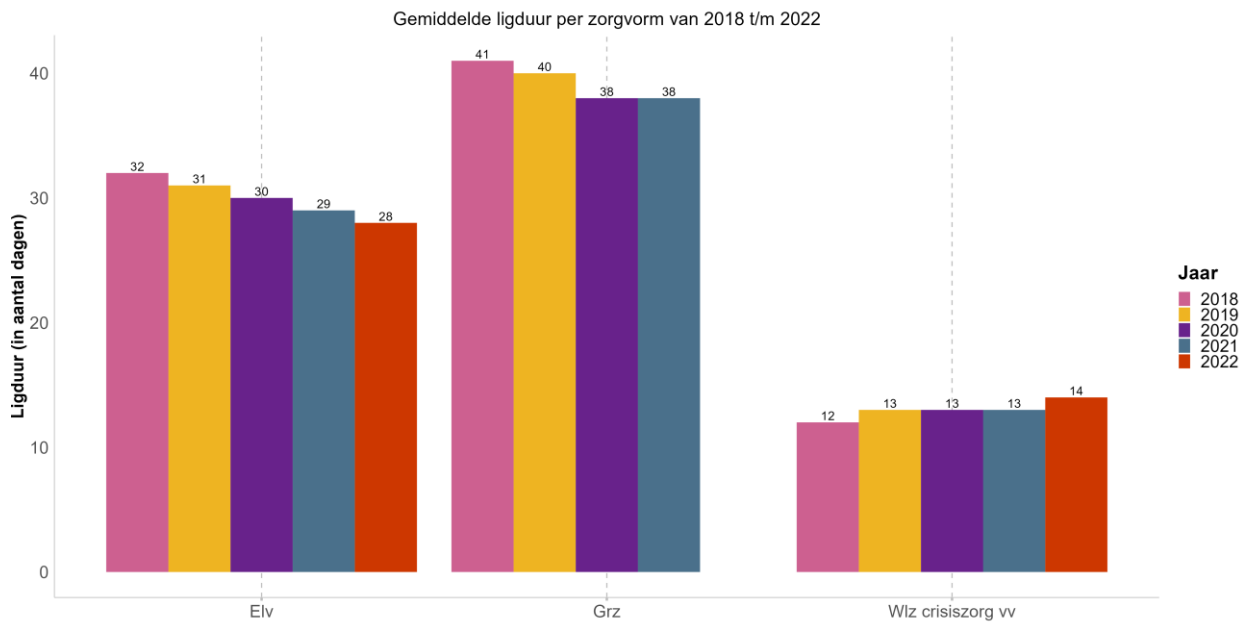


**Figuur 4.** Uitgaven per zorgvorm van 2018 t/m 2022

De uitgaven van elv hoog complex nemen in 2022 af ten opzichte van 2021. We zien ook dat de gemiddelde kosten per cliënt afnemen. De totale uitgaven van elv laag complex nemen af, terwijl de uitgaven aan elv ptz en de experimenten in het elv toenemen. De gemiddelde uitgaven nemen toe voor alle prestaties.

## 2.4 Ligduur

In deze paragraaf laten we de gemiddelde ligduur voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv zien.



**Figuur 5.** Gemiddelde ligduur per zorgvorm van 2018 t/m 2022

De gemiddelde ligduur voor het elv neemt af in 2022, en ligt op gemiddeld 28 dagen. De ligduur voor de grz blijft stabiel in 2020 en 2021. In de jaren ervoor was er een daling te zien, nadat er een daling is geweest in de voorgaande jaren. De ligduur voor de grz is gemiddeld 38 dagen. De ligduur voor de Wlz crisiszorg vv neemt toe in 2022 en is gemiddeld 14 dagen in 2022.

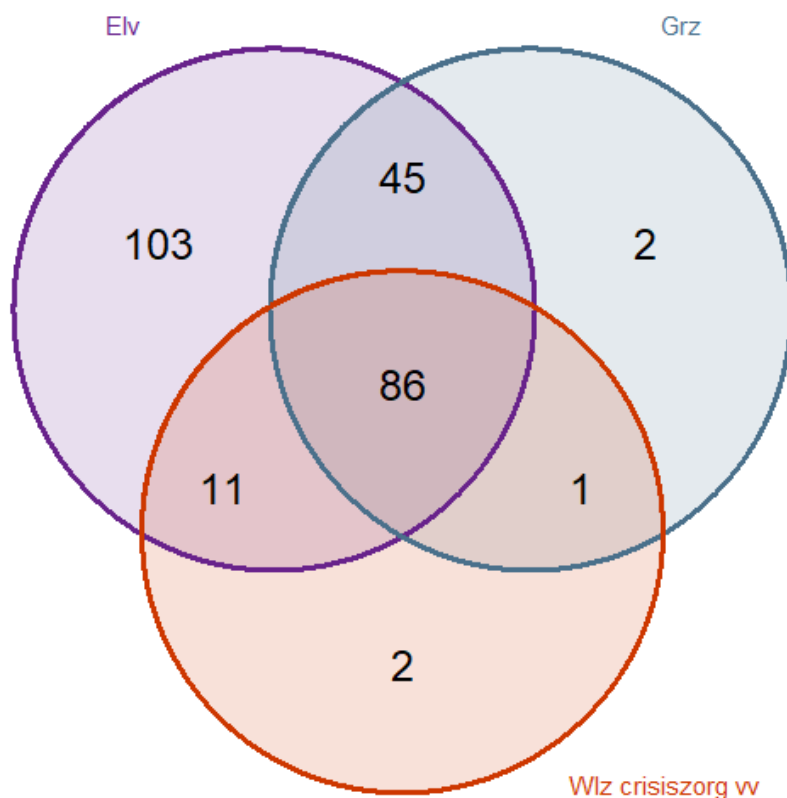
## 2.5 Aantal zorgaanbieders

We laten in deze paragraaf het aantal zorgaanbieders zien van de verschillende zorgvormen. Over 2021 zien we de volgende cijfers:

- 103 zorgaanbieders leveren alleen het elv.
- 142 zorgaanbieders leveren het elv in combinatie met de grz en/of de Wlz crisiszorg vv. Van deze 142 zorgaanbieders leveren:
  - 86 zorgaanbieders alle drie de zorgvormen;
  - 45 zorgaanbieders het elv in combinatie met de grz;
  - 11 het elv in combinatie met de Wlz crisiszorg vv.
- Weinig zorgaanbieders bieden alleen de grz of alleen de Wlz crisiszorg vv aan.
- Slechts één zorgaanbieder biedt een combinatie van de grz en de Wlz crisiszorg vv zonder het elv aan.

Schematisch ziet dat er als volgt uit:





**Figuur 6.** Venndiagram dat aangeeft hoeveel zorgaanbieders een enkele of een combinatie van zorgvormen aanbiedt in het jaar 2021

## 2.6 Tarieven

De NZa stelt in haar beleidsregels maximumtarieven vast voor de te leveren zorg. Zorgverzekeraars en zorgkantoren maken in het inkoopproces afspraken over het te declareren tarief. In de praktijk betekent dat het gedeclareerde tarief lager ligt dan het maximumtarief van de NZa. Dat verschilt per zorgvorm. Voor het elv was het gedeclareerde tarief in 2022 gemiddeld 93,3% van het NZa maximumtarief voor het elv. Voor de grz geldt dat dit percentage op 98,5% ligt en voor de Wlz crisiszorg vv op 96,9%. Het gemiddeld gedeclareerde tarief als percentage van het maximumtarief neemt de laatste 2 jaar toe voor het elv en de grz. Het percentage van het maximumtarief voor de Wlz crisiszorg vv is stabiel.

Zorgvorm	2018	2019	2020	2021	2022
Elv	92,22%	91,21%	92,91%	92,98%	93,30%
Grz	96,87%	96,8%	96,65%	98,58%	98,53%
Wlz crisiszorg vv	97,05%	97,14%	97,13%	97,1%	96,96%

**Tabel 1.** Gedeclareerde tarief t.o.v. NZa maximumtarief

Als we inzoomen op het elv, zien we dat elv laag complex gemiddeld minder wordt vergoed ten opzichte van het NZa maximumtarief in 2022 in vergelijking met de andere prestaties. Elv laag complex wordt gemiddeld op 86,7% van het NZa maximumtarief gecontracteerd, terwijl dit percentage op 94,1% ligt voor elv hoog complex en op 96,4% voor elv ptz.

<b>Prestatie</b>	<b>Gemiddelde vergoeding %</b>	<b>NZa maximumtarief</b>
Elv laag complex	86,77%	€ 178,84
Elv hoog complex	94,15%	€ 272,68
Elv ptz	96,42%	€ 365,99

**Tabel 2.** Gedeclareerde tarief eerstelijnsverblijf t.o.v. NZa maximumtarief

# 3 Belangrijkste conclusies registratieonderzoek

## 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk laten we de resultaten uit het registratieonderzoek zien. Het registratieonderzoek had betrekking op het elv en de Wlz crisiszorg vv. Samen met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben we besloten dat ook de grz deel uitmaakt van het advies bekostiging tijdelijk verblijf. Om een goede vergelijking met de grz te kunnen maken hebben we declaratiedata van Vektis van de grz toegevoegd aan data van het registratieonderzoek. De registraties voor het registratieonderzoek zijn zo opgezet dat de uitkomsten goed te vergelijken zijn met uitkomsten van analyses met de declaratiedata van de grz.

## 3.2 Selectie en representativiteitstoets

### Registratieonderzoek data

De uitkomsten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de data van het registratieonderzoek die in de tweede helft van 2022 plaatsvond. Er zijn controles gedaan op de aangeleverde data. Een klein deel van alle aangeleverde gegevens was niet bruikbaar voor dit onderzoek. Voor een uitgebreidere uitleg over de selectie zie appendix 3. Gedurende de geselecteerde periode hebben zorgaanbieders cliëntgebonden tijd geregistreerd. Voor trajecten die al begonnen waren voor de start van de geselecteerde periode hebben we alleen de registraties vanaf 1 juli 2022 gebruikt. We hebben de geregistreeerde begindatum aangehouden, waardoor 1 juli bijvoorbeeld de twintigste dag van het traject is.

### Representativiteitstoets

Het is vervolgens van belang of de aangeleverde gegevens door deze geselecteerde groep van zorgaanbieders (statistisch) voldoende representatief zijn om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de (gemiddelde) inzet van behandelaren bij het leveren van zorg en het uitvoeren van prestaties. Op basis van de uitgevoerde representativiteitstoets zijn dit de belangrijkste bevindingen:

- De geselecteerde groep zorgaanbieders (op grond van informatie over 2019) is representatief voor de populatie als geheel in 2022;
- Het registratieonderzoek levert voldoende betrouwbare en representatieve informatie op:
  - De omvang aan cliënten is voor de zorgvormen toereikend om te voldoen aan de vereisten voor betrouwbaarheid en nauwkeurigheid;
  - De omvang aan geregistreeerde prestaties is voor alle zorgvormen ruimschoots toereikend om te voldoen aan de vereisten voor betrouwbaarheid en nauwkeurigheid;
  - De geobserveerde gemiddelde ligduur in het registratieonderzoek wijkt voor alle zorgvormen niet significant af van de geobserveerde gemiddelde ligduur in de populatie als geheel.

De aangeleverde en gevalideerde registratiegegevens zijn vanuit het perspectief van een modulaire bekostiging voldoende representatief om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over het leveren van zorg (het uitvoeren van prestaties) en de (gemiddelde) inzet aan cliëntgebonden tijd van behandelaren binnen de zorgvormen elv en Wlz crisiszorg vv. Voor een uitgebreide toelichting op de representativiteitstoets, verwijzen we naar paragraaf 6.4 in de appendix.

### Selectie van de grz data

De data van de grz betreft alle zorgaanbieders van de grz. Alle trajecten die overlappen met de tweede helft van 2021 zijn geselecteerd. Het jaar 2021 is gekozen omdat de data over het jaar 2022 nog niet volledig zijn. Om de data zo goed mogelijk te vergelijken met de data uit het registratieonderzoek is ervoor gekozen om de data van de tweede helft van 2021 te nemen en niet het eerste half jaar. Doordat alle trajecten die overlappen met de tweede helft van 2021 zijn geselecteerd bevat het ook trajecten die deels buiten het tweede halfjaar van 2021 vallen. We hebben dit gedaan omdat dit leidt tot het meest representatieve beeld (aangezien grz trajecten gemiddeld langer duren dan elv trajecten).

### Verpleegtechnische handelingen

In het registratieonderzoek hebben we ook gevraagd om verpleegtechnische handelingen te registreren. Zorgaanbieders hadden hierbij de keuze om de werkelijke tijd aan verpleegtechnische handelingen te registreren of om uit te gaan van een standaardwaarde van 5 minuten. Indien we deze standaardwaarde gebruiken, zal dit leiden tot een onderschatting van de daadwerkelijke cliëntgebonden tijd. Daarom hebben we voor de zorgaanbieders die hebben gekozen voor de standaardwaarde een inschatting gemaakt van de daadwerkelijk bestede tijd op basis van de registraties met werkelijke tijd. Voor een uitgebreide uitleg hierover verwijzen wij naar paragraaf 6.4.1 van de appendix.

### Splitsing in de grz op locatie en de ambulante grz

Voor de grz kan een traject opgesplitst worden in twee delen: het deel op locatie en het ambulante deel. In het eerste deel van hoofdstuk 3 onderzoeken we alleen de grz op locatie. In paragraaf 3.10 kijken we specifiek naar de ambulante grz. Het kan voorkomen dat een cliënt tijdelijk ambulante grz ontvangt, waarna de cliënt weer terugkomt bij de grz op locatie. Uit de data blijken dat het niet voorkomt dat cliënten met een ambulante grz behandeldag op dezelfde dag een behandeling op locatie ontvangen. Dit wil zeggen dat cliënten geen cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Het is niet toegestaan om op dezelfde dag zowel ambulante grz als grz op locatie te registreren. Daarom hebben we in de analyses voor de tijdelijke dagen ambulante grz de cliëntgebonden tijd (directe en indirecte) bij de grz op locatie op 0 minuten gezet.

## 3.3 Aantal zorgaanbieders en aantal unieke cliënten

In tabel 3 staat hoeveel zorgaanbieders, unieke trajecten en unieke cliënten per prestatie zijn meegenomen in het onderzoek. Een zorgaanbieder is gedefinieerd als een concern op basis van het Kamer van Koophandel (KvK) nummer van de onderneming. Als een zorgaanbieder meerdere prestaties levert, dan wordt de zorgaanbieder bij alle betreffende prestaties meegerekend. Ook als een cliënt meerdere prestaties heeft ontvangen, wordt de cliënt bij alle betreffende prestaties meegerekend. Daarnaast wordt elk traject van een cliënt meegenomen binnen 'aantal trajecten' als de cliënt op twee verschillende momenten een traject is gestart. Een traject wordt hierin gedefinieerd als een unieke combinatie tussen cliënt, prestatie en begindatum. Cliënten die al voor 1 juli 2022 zijn begonnen met een traject zijn meegenomen als unieke cliënten en ook hun trajecten zijn meegenomen.

Prestatie	Aantal cliënten	Aantal zorgaanbieders	Aantal trajecten
Elv laag complex	1357	65	1387
Elv hoog complex	6165	97	6465
Elv ptz	1921	85	1953
Wlz crisiszorg vv	450	31	464

Prestatie	Aantal cliënten	Aantal zorgaanbieders	Aantal trajecten
Grz locatie	38531	135	39772

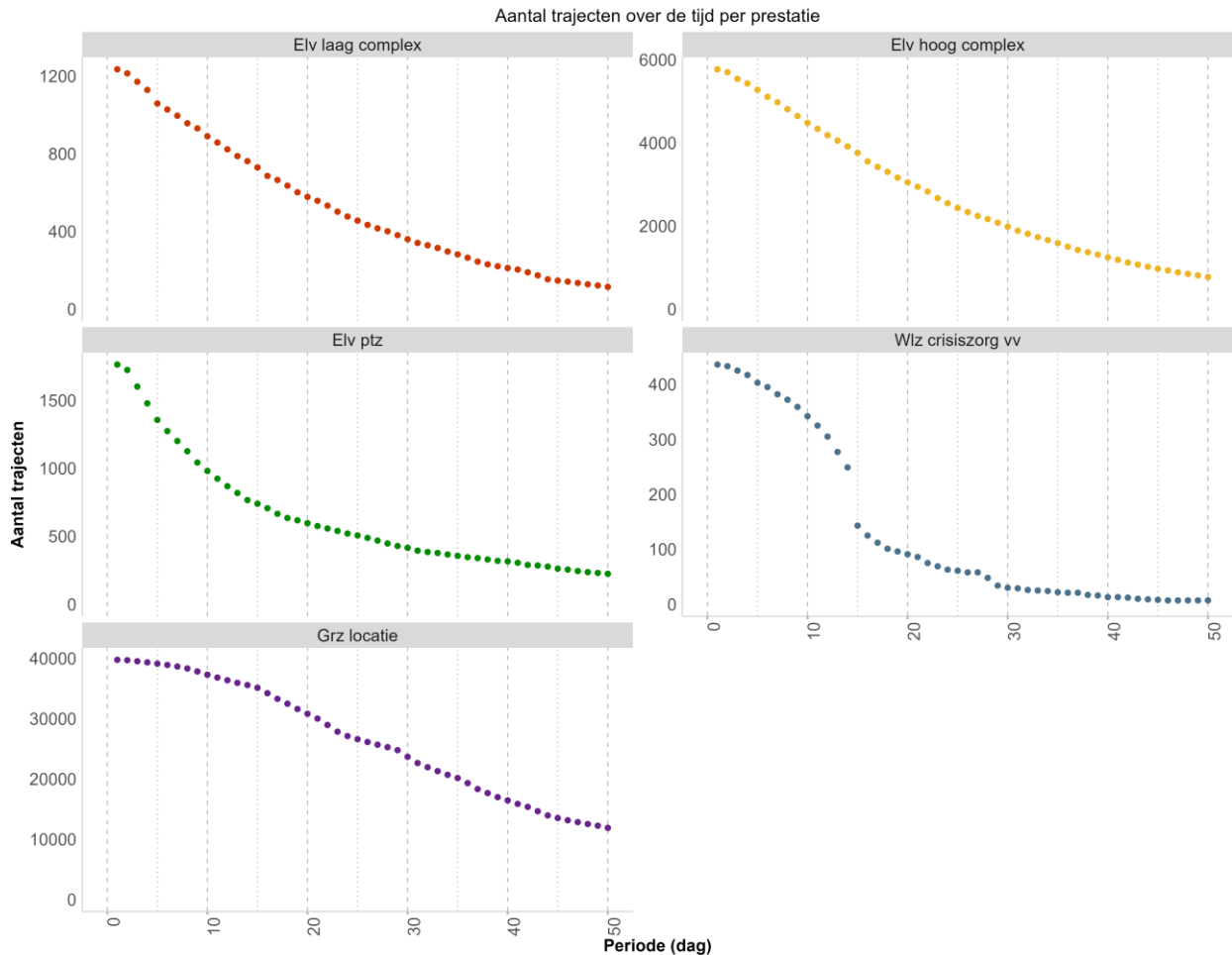
**Tabel 3.** Aantal cliënten, aantal zorgaanbieders en aantal trajecten in het onderzoek.

Het aantal zorgaanbieders, het aantal unieke trajecten en het aantal unieke cliënten per prestatie geeft niet het beeld over heel Nederland. De elv en Wlz crisiszorg vv data betreffen een steekproef van de zorgaanbieders en dus ook een steekproef van de cliënten. De grz declaratiedata betreffen daarentegen alle zorgaanbieders, dat betekent dat alle cliënten die grz hebben ontvangen in de tweede helft van 2021 in de analyse zijn meegenomen.

Aan de hand van tabel 3 komt naar voren dat er bij alle prestaties cliënten zijn die meer dan een traject hebben. Dit volgt uit het hogere aantal trajecten ten opzichte van unieke cliënten.

### 3.4 Aantal trajecten per dag

Alle cliënten die we hebben meegenomen in het onderzoek hebben we over het gehele traject bekeken. Zoals uit de voorgaande paragraaf naar voren is gekomen hebben sommige cliënten meerdere trajecten. In onderstaande figuren kijken we naar het aantal cliënten dat op een uniek traject aanwezig is. Hiervoor kijken we per dag en per prestatie hoeveel trajecten er lopen op deze dag. De trajecten die voor 1 juli 2022 al gestart zijn, worden niet meegenomen in onderstaand figuur. Hier is voor gekozen om het verloop zuiver te laten zien, zonder dat er 'nieuwe' trajecten bijkomen halverwege het figuur.



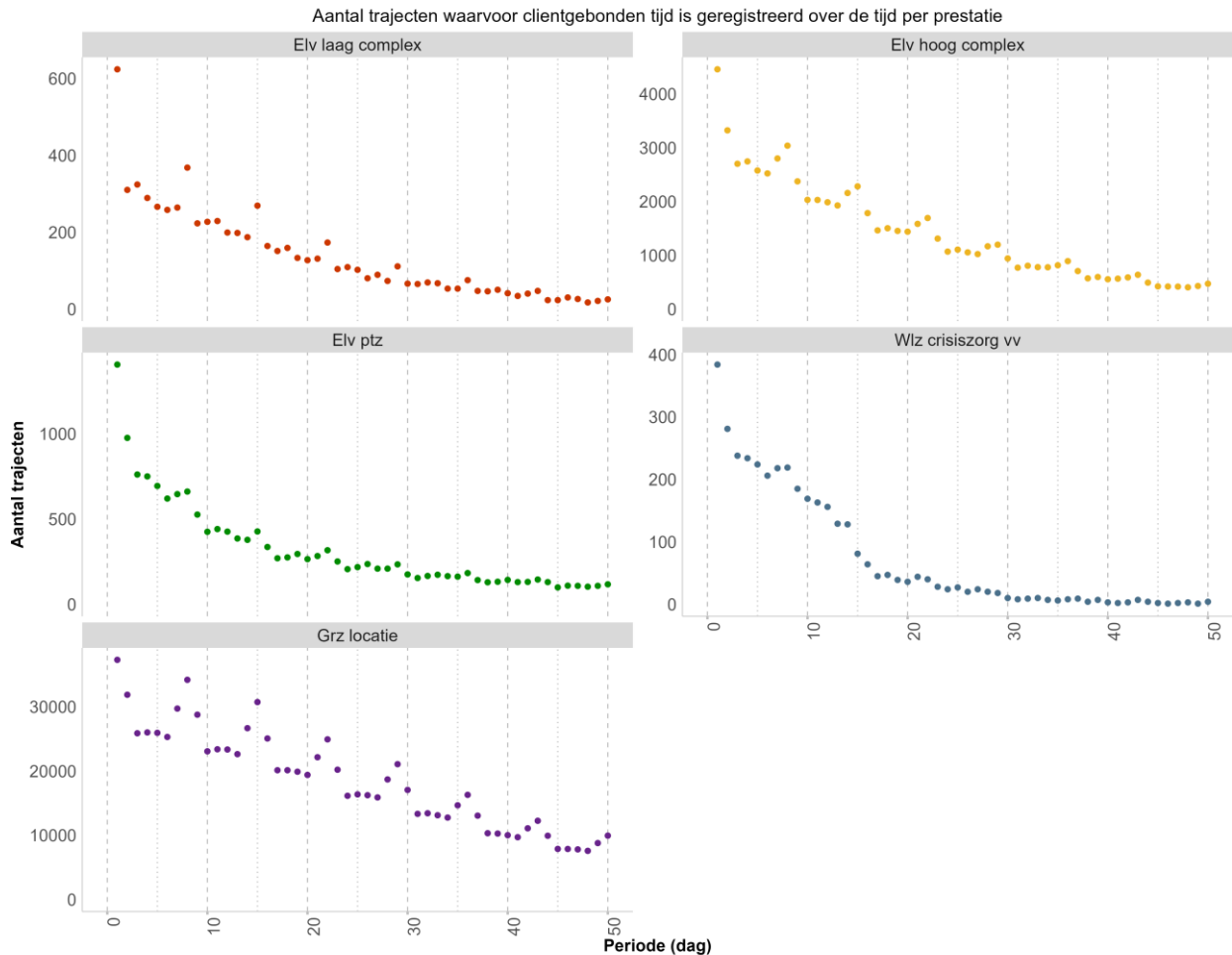
**Figuur 7.** Aantal cliënten over de tijd per prestatie

Wat zichtbaar is in het figuur is de daling van het aantal lopende trajecten in de Wlz crisiszorg vv. Tussen de tweede en derde week van het verblijf is ongeveer de helft van de trajecten afgesloten, en tussen de derde en vierde week is dit weer ongeveer de helft. Bij geen van de andere prestaties gaat de daling zo hard in de eerste weken. Een verklaring hiervoor is dat bij de Wlz crisiszorg vv zorgkantoren met zorgaanbieders in het algemeen een termijn van 14 dagen afspreken voor de Wlz crisiszorg vv.

### 3.5 Tijdsinzet tijdens het traject

In bovenstaande paragraaf is gekeken of trajecten nog lopen, maar is niet gekeken of er op de betreffende dag cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Om inzicht te krijgen in de cliëntgebonden tijd die is geregistreerd, hebben we gekeken naar het aantal cliënten per dag waarvoor cliëntgebonden tijd<sup>1</sup> is geregistreerd.

<sup>1</sup> Hierbij is cliëntgebonden tijd alle zorg (directe cliëntgebonden tijd) die is geleverd door behandelaars zoals de so of fysiotherapeut en de bijbehorende administratieve handelingen (indirecte cliëntgebonden tijd). Administratieve handelingen en de meeste zorg door verzorgenden en verpleegkundigen is niet meegenomen, met uitzondering van de zes verpleegtechnische handelingen die in het spelregeldocument worden genoemd.



**Figuur 8.** Aantal cliënten met geregistreerde cliëntgebonden tijd over de tijd per zorgvorm

Wat opvalt in bovenstaand figuur is dat een wekelijks patroon ontstaat voor vrijwel elke vorm van zorg. Dit patroon houdt in dat er op de eerste dagen van het traject voor meer cliënten cliëntgebonden tijd is geregistreerd dan de derde tot zesde dag van het traject. Op de zevende dag gaat het aantal weer omhoog, waarbij op de achtste dag (eerste dag van de tweede week) weer meer cliënten zijn voor wie cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Dit patroon blijft zich herhalen. Er komen geen dagen in het traject voor dat er voor geen enkele cliënt cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Het wekelijkse patroon komt voor de Wlz crisiszorg vv niet naar voren zoals bij de andere zorgvormen. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de grote daling in cliënten aan het begin van het traject. Hierdoor is er een sterke daling in het aantal cliënten wat het lastig maakt om te zien of er nog een wekelijks patroon is in de cliënten die wel langer verblijven.

Gedurende het traject komt het voor zowel het elv, de grz als de Wlz crisiszorg vv voor dat er dagen zijn waarop er geen behandeling of indirecte cliëntgebonden tijd wordt geleverd. In onderstaande tabel is zichtbaar wat de percentages zijn van de dagen dat cliëntgebonden tijd is geregistreerd binnen een traject. Hiervoor hebben we gekeken naar het totale aantal dagen van alle cliënten, en vervolgens naar hoeveel van deze dagen wel of geen cliëntgebonden tijd is geregistreerd.

Prestatie	Aantal dagen met cliëntgebonden tijd	Aantal dagen zonder cliëntgebonden tijd	Percentage dagen met cliëntgebonden tijd
Elv laag complex	8049	25212	24,2%
Elv hoog complex	88877	87265	50,46%
Elv ptz	21955	24571	47,19%
Wlz crisiszorg vv	3815	3241	54,07%
Grz locatie	1146090	522249	68,7%

**Tabel 4.** Percentage van het aantal dagen met cliëntgebonden tijd per prestatie

Het percentage dagen binnen elv laag complex waarop cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd is het kleinste van de verschillende prestaties. Dit is ook de lichtste vorm van behandeling, waardoor we deze uitkomsten zouden verwachten. Bij de grz is het percentage dagen met cliëntgebonden tijd het grootste. De overige prestaties vallen daartussen.

In tabel 5 word weergegeven wat het percentage dagen met cliëntgebonden tijd per weekday is. Hiervoor hebben we per weekday gekeken naar het totale aantal dagen van alle cliënten, en vervolgens naar hoeveel van deze dagen wel of geen cliëntgebonden tijd is geregistreerd.

Prestatie	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Elv laag complex	34,37%	32,49%	23,73%	31,87%	24,21%	11,19%	11,33%
Elv hoog complex	66,17%	68,78%	57,43%	63,18%	58,99%	19,53%	18,42%
Elv ptz	60,49%	57,19%	50,19%	54,67%	54,18%	27,13%	26,25%
Wlz crisiszorg vv	61,85%	66,67%	59,82%	63,33%	61,23%	32,67%	32,46%
Grz locatie	88,98%	88,95%	84,5%	87,27%	86,42%	23,9%	17,88%

**Tabel 5.** Percentage dagen met cliëntgebonden tijd per dag van de week per prestatie

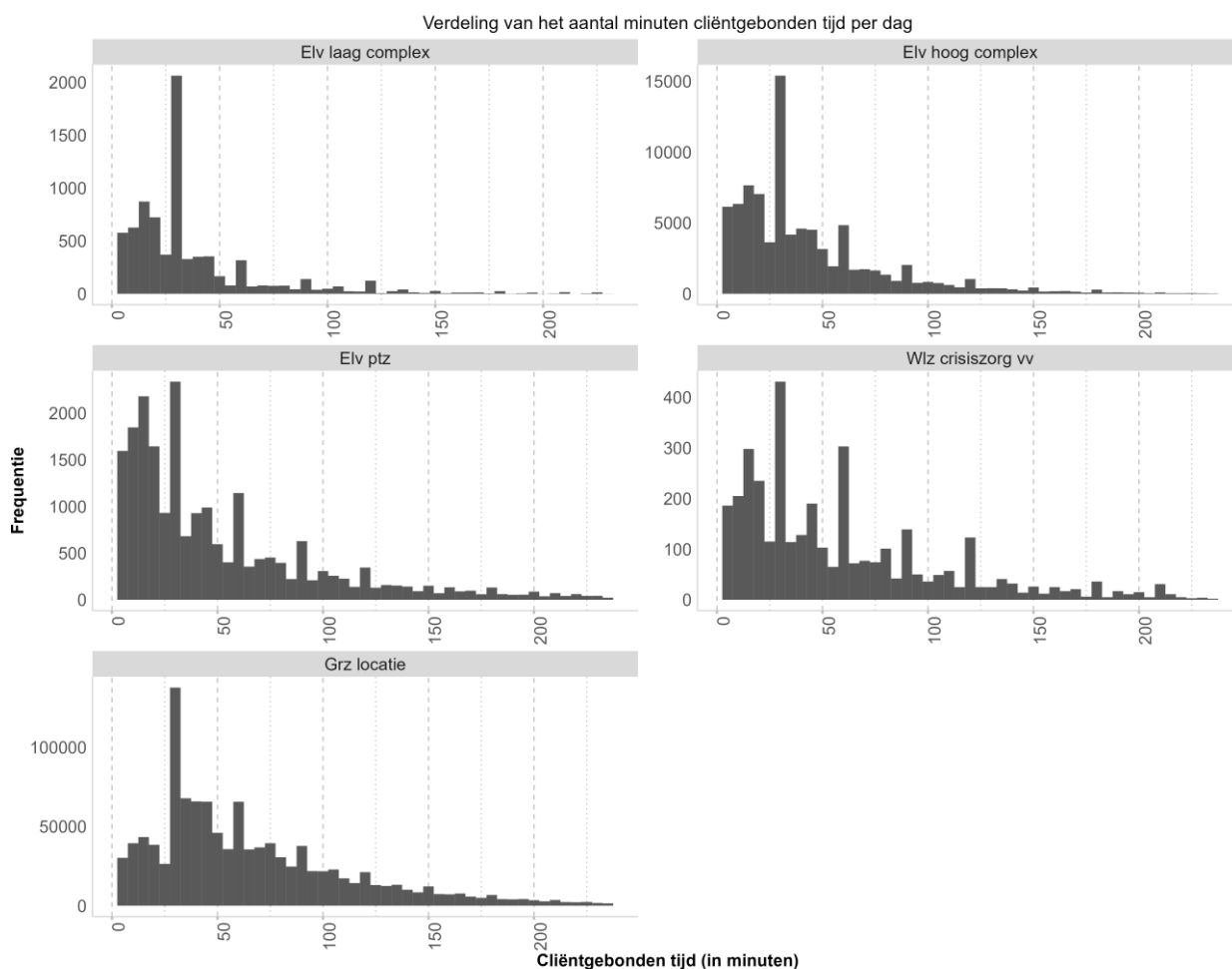
Uit bovenstaande tabel volgt dat op weekenddagen voor een kleiner percentage van de cliënten cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd. Voor de meeste prestaties is het percentage op zaterdag en zondag ongeveer hetzelfde. Wat verder opvalt, is het grote verschil bij de grz tussen het weekend en de doordeweekse dagen. Het percentage op de doordeweekse dagen is relatief hoog. Voor de Wlz crisiszorg vv is het percentage dagen met cliëntgebonden tijd in het weekend het hoogste van de verschillende prestaties, dit kan mogelijk door het crisiskarakter van dit type zorg worden verklaard. De prestatie met procentueel de minste cliëntgebonden tijd, is elv laag complex. Bij elv laag complex is de huisarts de regiebehandelaar, deze is niet meegenomen in het registratieonderzoek. Dit is mogelijk een verklaring waarom er zo'n laag percentage dagen met cliëntgebonden tijd is binnen de prestatie elv laag complex.

### 3.6 Spreiding in inzet cliëntgebonden tijd tussen cliënten

We hebben ook onderzocht wat de variatie van de inzet van cliëntgebonden tijd per dag tussen cliënten is. Om dit weer te geven zijn alle dagen waarop cliëntgebonden tijd is geregistreerd meegenomen. In onderstaand figuur zijn, omwille van visuele redenen, alleen de dagen weergegeven waarop 4 uur of minder cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Bovendien komt het erg weinig voor dat er voor een cliënt



meer dan 4 uur cliëntgebonden tijd op een dag is geregistreerd. Zoals ook volgt uit de percentages van tabel 4, is het meest voorkomend dat voor een cliënt op een dag geen cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Om een beter overzicht te geven over de dagen met cliëntgebonden tijd zijn deze niet meegenomen in dit figuur.



**Figuur 9.** Verdeling van het aantal minuten cliëntgebonden tijd per dag per prestatie

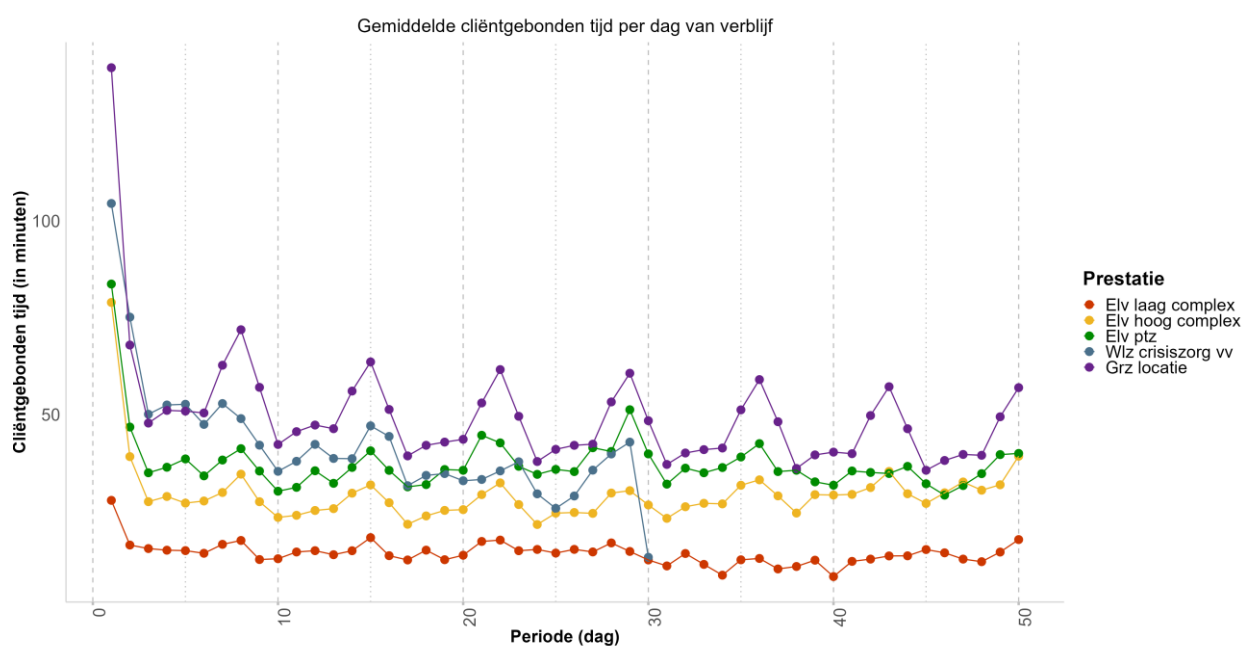
Uit figuur 9 blijkt dat voor de meeste mensen 30 minuten cliëntgebonden tijd per dag wordt geregistreerd, ongeacht het type prestatie. Er is een grote spreiding tussen de verschillende cliënten. Zo zijn er behandeldagen waarvoor minder dan 30 minuten cliëntgebonden tijd is geregistreerd, maar behandeldagen met meer dan 200 minuten komen ook voor. Bij alle prestaties zijn pieken zichtbaar bij 30, 60, 90 en 120 minuten cliëntgebonden tijd per dag. Deze pieken geven mogelijk aan dat behandelingen vaak worden ingedeeld per half uur en dat de indirecte cliëntgebonden tijd hier weinig effect op heeft. Deze pieken zijn het meest duidelijk zichtbaar bij de Wlz crisiszorg vv.

Aan de hand van bovenstaande figuren is niet zichtbaar wanneer in het traject een bepaalde hoeveelheid van cliëntgebonden tijd voorkomt. Daarnaast is het niet zichtbaar door welk type specialismen deze cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Om hier inzicht in te krijgen wordt er in de volgende paragrafen ingegaan op de verdeling van de cliëntgebonden tijd over de dagen van het traject heen.

### 3.7 Verdeling cliëntgebonden tijd per dag

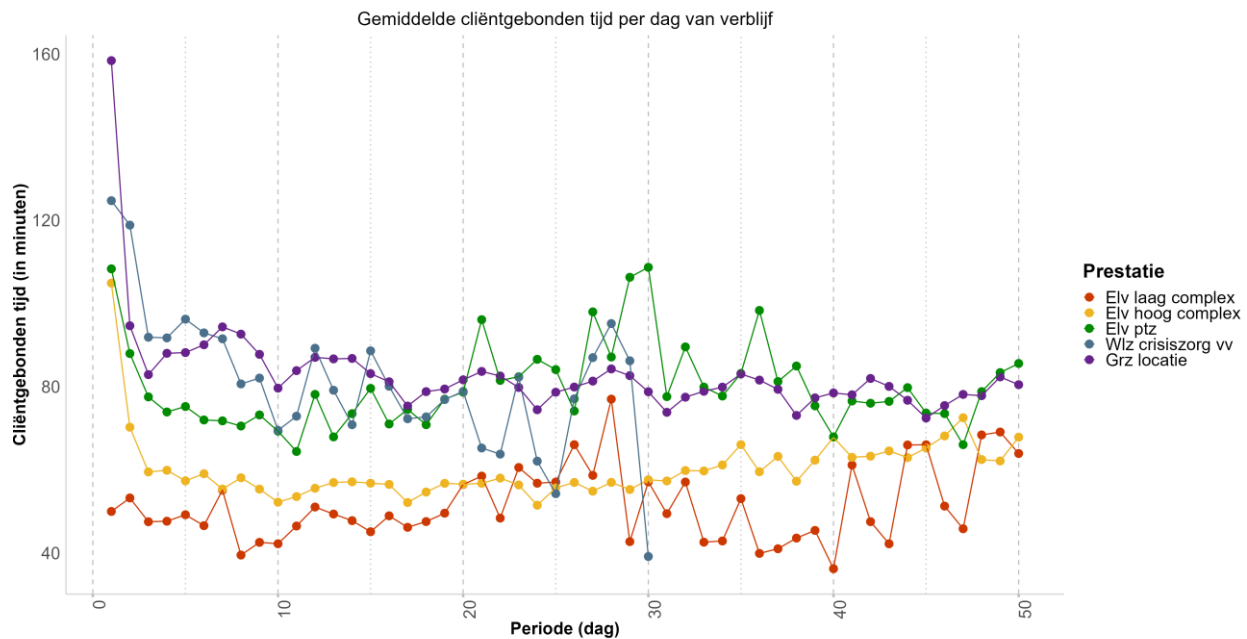
Gedurende het traject van de cliënten wordt op verschillende momenten cliëntgebonden tijd geregistreerd, zoals ook zichtbaar is in het figuur in paragraaf 3.5. In deze paragraaf geven we de gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag van het verblijf weer. De gemiddelde cliëntgebonden tijd wordt berekend met de tijd die is geregistreerd, exclusief de tijd van verpleegkundigen en verzorgenden. NB: de behandeling die is geleverd door de huisarts wordt hier niet in meegenomen, dit heeft voornamelijk effect op de gemiddelde cliëntgebonden tijd van elv laag complex. De reden hiervoor is dat de huisarts vooral bij elv laag complex behandeling levert.

In figuur 10 wordt de gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag van het verblijf per prestatie gepresenteerd. In dit figuur zijn de dagen waarbij de cliëntgebonden tijd gelijk is aan 0 minuten meegenomen. Op de horizontale as is de dag van het verblijf weergegeven. Dat houdt in dat een waarde van 1 van alle cliënten de eerste dag van hun verblijf is, een waarde 2 de tweede dag van hun verblijf, enzovoort. Dit figuur laat de variatie van cliëntgebonden tijd binnen het traject zien.



**Figuur 10.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag van het verblijf per prestatie, inclusief dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd.

In dit figuur is zichtbaar dat er gedurende het traject variatie is in de hoeveelheid cliëntgebonden tijd die gemiddeld wordt geregistreerd. Op de eerste dag van het verblijf is er voor alle prestaties een hogere cliëntgebonden tijd. Bij de grz is duidelijk zichtbaar, dat er wekelijks een piek is in de gemiddelde cliëntgebonden tijd. Dit wekelijkse patroon is ook zichtbaar voor enkele van de andere prestaties.



**Figuur 11.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag van het verblijf per prestatie, exclusief dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd.

Figuur 10 geeft inzicht in de gemiddelde cliëntgebonden tijd waarbij de dagen met en zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd zijn meegenomen. In figuur 11 laten we daarentegen de gemiddelde cliëntgebonden tijd zien waarbij alleen de dagen met geregistreeerde cliëntgebonden tijd zijn meegenomen. Dit houdt in dat de cliëntgebonden tijd niet wordt meegenomen in de berekening van de gemiddelde cliëntgebonden tijd op een dag als er voor een cliënt op een dag geen cliëntgebonden tijd is geregistreeerd. Als een cliënt een verblijfsduur heeft van 4 dagen, waarbij er op dag 1, 2 en 4 cliëntgebonden tijd is geregistreeerd, dan wordt deze tijd gebruikt om de gemiddelde cliëntgebonden tijd van dag 1, 2 en 4 te berekenen. Voor de berekening van de gemiddelde cliëntgebonden tijd van dag 3 wordt deze cliënt niet meegenomen, omdat er geen cliëntgebonden tijd is geregistreeerd. In vergelijking met figuur 10 zijn de gemiddelden in figuur 11 hoger. Dit wordt veroorzaakt door het dempende effect van de dagen waar geen cliëntgebonden tijd is geregistreeerd in figuur 10.

De gemiddelde cliëntgebonden tijd op de eerste dag van het verblijf bij elv laag complex ligt lager dan het gemiddelde op de tweede dag van het verblijf, zie figuur 11. Als dit in relatie wordt gezien met het figuur inclusief de dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd, dan lijkt de gemiddelde tijd op de eerste dag weinig veranderd. De dagen die volgen hebben een lager gemiddelde als de dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd wel worden meegenomen. Op de overige dagen in de eerste week is er ongeveer gemiddeld evenveel cliëntgebonden tijd geregistreeerd als de eerste dag indien dit is geregistreeerd.

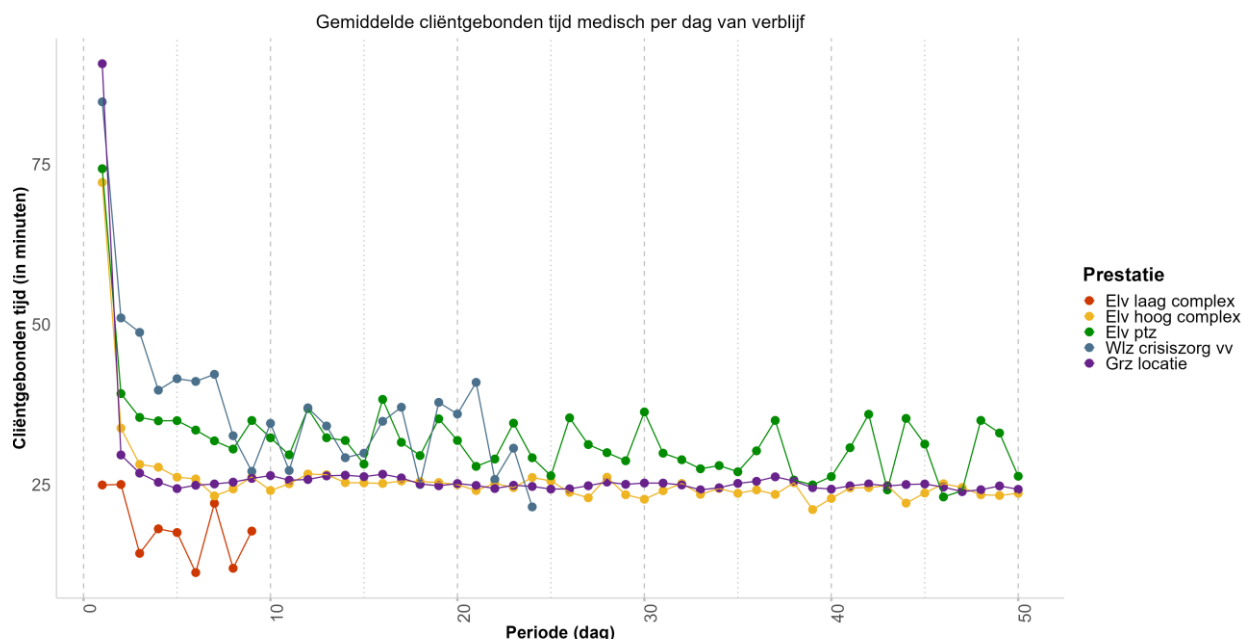
Voor de overige prestaties is op de eerste dag gemiddeld meer cliëntgebonden tijd geregistreeerd dan de dagen erna. Bij elv hoog complex is de gemiddelde cliëntgebonden tijd de eerste dag het hoogste, daarna is het minder en na ongeveer vier weken gaat het weer omhoog. Ditzelfde patroon is niet duidelijk zichtbaar voor de andere prestaties. Het laatste opvallende punt is het wekelijkse patroon binnen de grz. Als de dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd worden meegenomen is duidelijk zichtbaar dat er steeds een piek is van de cliëntgebonden tijd van drie dagen en daarna een dip van vier dagen. Ditzelfde is niet zichtbaar voor de gemiddelden waarbij de dagen zonder geregistreeerde cliëntgebonden tijd niet zijn meegenomen, hoewel er wel een wekelijks patroon zichtbaar is. Wat

hieronder kan liggen is dat er een vast schema wordt gemaakt voor een bepaalde behandelaar, waarbij er sprake is van drie dagen behandeling en vervolgens vier dagen rust.

### 3.8 Verdeling cliëntgebonden tijd per dag per specialismegroep

In deze paragraaf presenteren we de gemiddelde cliëntgebonden tijd per type specialisme. Hiervoor zijn de groepen medisch, paramedisch en gedragswetenschappelijk gemaakt. Onder de groep medisch vallen onder andere de specialist ouderengeneeskunde (so), basisarts, physician assistant en verpleegkundig specialist. Onder de groep paramedisch vallen onder andere fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist. Voor de groep gedragswetenschappelijk hebben we gekeken naar de registraties van psychologen en vaktherapeuten.

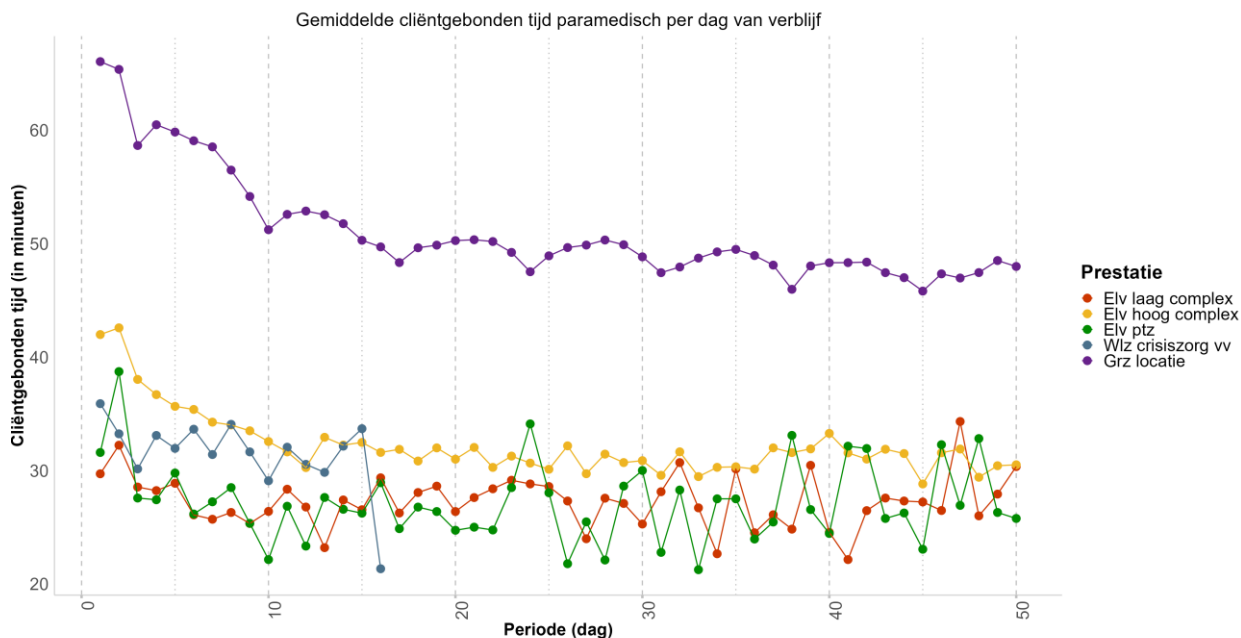
In onderstaande figuren zijn alleen de dagen waarop daadwerkelijk cliëntgebonden tijd is geregistreerd meegenomen in de berekening van de gemiddelde tijd per dag. Hierbij is een selectie gemaakt op het aantal cliënten waar cliëntgebonden tijd voor is geregistreerd. Om een betrouwbaar gemiddelde te kunnen presenteren hebben we geselecteerd op de prestatie- en specialismegroep-combinaties waar voor minstens 10 cliënten cliëntgebonden tijd is geregistreerd per dag. Zodra er een dag is met minder dan 10 cliënten, is er niet naar de volgende dagen gekeken. Dit is in onderstaande figuren te zien als de grafiek voor een bepaalde prestatie maar tot een bepaald aantal dagen wordt getoond.



**Figuur 12.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd van medici als er cliëntgebonden tijd is geregistreerd per dag van verblijf per prestatie

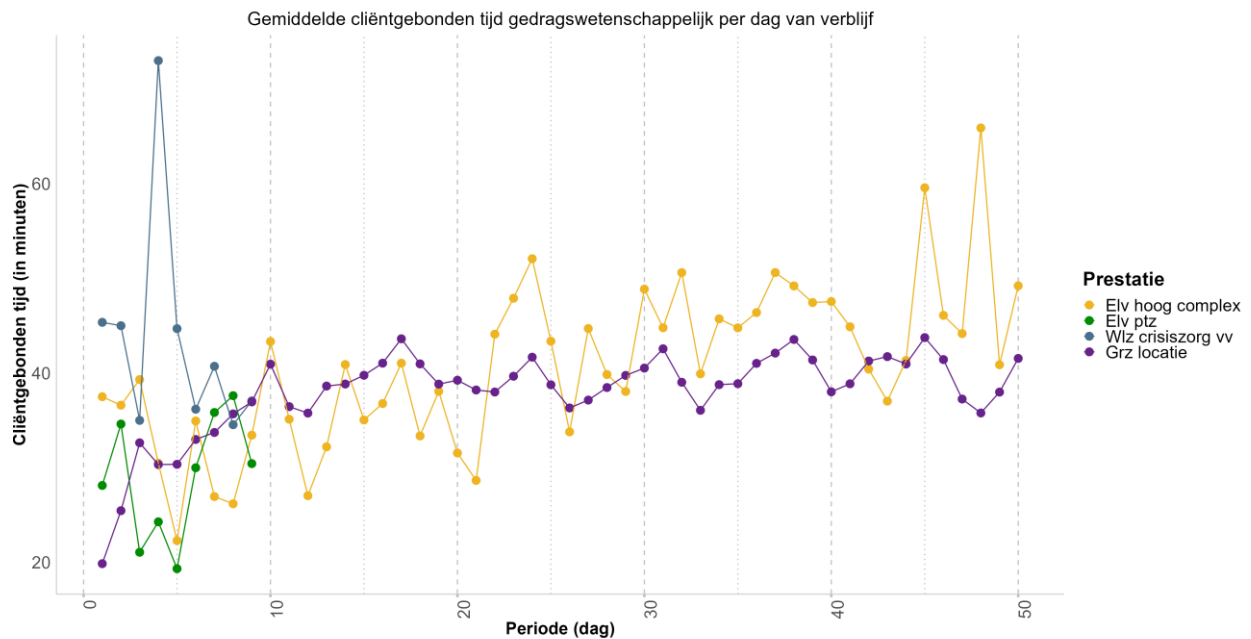
Op de dagen dat cliëntgebonden tijd is geregistreerd door een behandelaar uit de groep medisch, is geen wekelijks patroon meer zichtbaar in de tijd. Wat daarnaast opvalt, is dat voor elv hoog complex en de grz dezelfde gemiddelde tijd aan cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Voor beide prestaties is de variatie over de dagen niet groot. Dit geeft het beeld dat het niet uit maakt wanneer de behandelaar uit de groep medisch behandeling levert in het traject, de tijd geregistreerde cliëntgebonden blijft ongeveer gelijk. Op elv laag complex na, is er op de eerste dag een hogere inzet van behandelaren uit de groep medisch. Voor elv laag complex is de huisarts de regiebehandelaar, deze is niet meegenomen in het registratieonderzoek. Mogelijk verklaart de huisarts als regiebehandelaar waarom bij elv laag complex

de geregistreerde cliëntgebonden tijd van behandelaren uit de groep medisch de eerste dag niet significant hoger is dan voor de rest van de dagen. Voor elv laag complex komt de grafiek niet verder dan de eerste 9 dagen van het traject, dit betekent dat er op de tiende dag bij minder dan 10 verschillende cliënten cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Ditzelfde geldt voor Wlz crisiszorg vv, waar vanaf dag 25 te weinig cliënten zijn om de resultaten te laten zien.



**Figuur 13.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd van paramedici als er cliëntgebonden tijd is geregistreerd per dag van verblijf per prestatie

Binnen de specialismegroep paramedisch is een duidelijk onderscheid te zien tussen de grz en de rest van de prestaties. Binnen de grz wordt significant meer cliëntgebonden tijd geregistreerd door behandelaren van de groep paramedisch. Dit past bij het revalidatiekarakter van deze prestatie. Daarnaast is in de dagen met cliëntgebonden tijd voor de grz een wekelijks patroon zichtbaar waarbij wekelijks een dip in de het aantal minuten cliëntgebonden tijd zichtbaar is. Van de andere prestaties is voor elv hoog complex de meeste cliëntgebonden tijd geregistreerd, dit is gemiddeld ongeveer 20 minuten korter dan bij de grz.

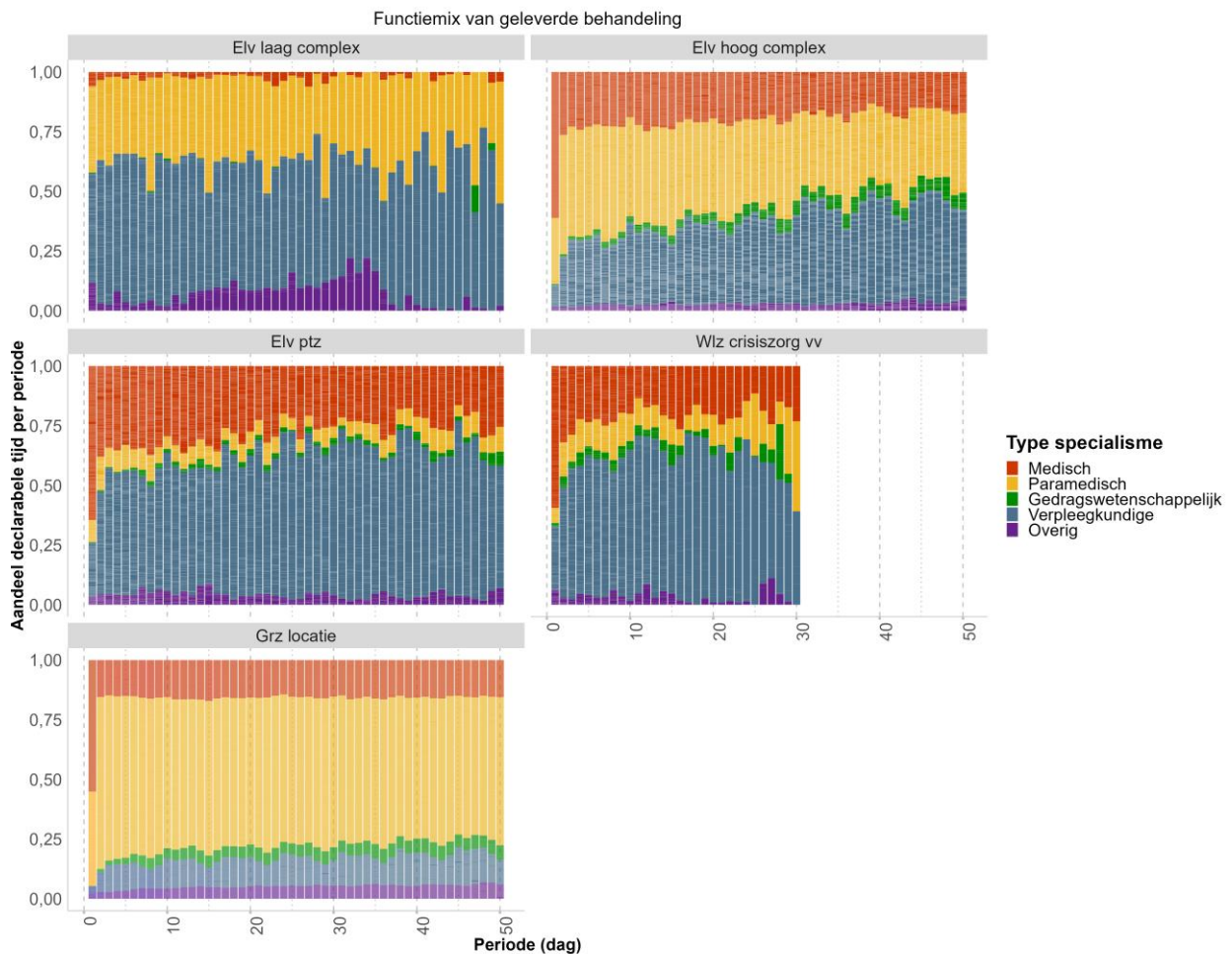


**Figuur 14.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd van gedragswetenschappers als er cliëntgebonden tijd is geregistreerd per dag van het verblijf per prestatie

Ten opzichte van behandelaren uit de groepen medisch en paramedisch is bij de geregistreerde cliëntgebonden tijd van de behandelaren uit de groep gedragswetenschappelijk een grotere variatie tussen de dagen. Dit kan mogelijk worden verklaard door de hoeveelheid cliënten waarvoor cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Behandelaren uit de groep gedragswetenschappelijk registreerden voor minder cliënten cliëntgebonden tijd, waardoor er meer variatie tussen de dagen ontstaat. In bovenstaand figuur is er geen grafiek zichtbaar voor elv laag complex. Dit wordt veroorzaakt door te weinig cliënten (minder dan 10) om de resultaten te kunnen laten zien, voor elk moment in het traject. Voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv zijn er alleen de eerste dagen genoeg cliënten om resultaten te kunnen laten zien.

### 3.9 Functiemix

Bovenstaand is zichtbaar hoeveel tijd de behandelgroepen medisch, paramedisch en gedragswetenschappelijk gemiddeld hebben geleverd gedurende de dag. Naast deze groepen zijn er nog enkele andere specialismen geweest die cliëntgebonden tijd hebben geregistreerd gedurende het registratieonderzoek. Een deel hiervan valt onder de groep verpleegkundigen, tijdens het registratieonderzoek zijn er onder andere door verpleegkundigen, verzorgenden en gespecialiseerde verpleegkundigen verpleegtechnische handelingen uitgevoerd en geregistreerd. Echter, hierbij is niet door elke organisatie de werkelijke tijd geregistreerd, sommige organisaties hebben de standaardwaarde geregistreerd. Om dit laatste te corrigeren is er een simulatie gemaakt voor deze tijd. Hoe dit is gedaan wordt beschreven in de appendix. Naast de groep verpleegkundigen is er ook tijd geregistreerd door specialismen die onder 'overig' vallen. Uit gesprekken is naar voren gekomen dat dit bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of geestelijk verzorger is. In de volgende figuren is alle geregistreerde cliëntgebonden tijd (en gesimuleerde tijd voor bepaalde verpleegkundige handelingen) weergegeven in de functiemix. Dat houdt in dat het percentage cliëntgebonden tijd per specialismegroep is vastgelegd.



**Figuur 15.** Functiemix van de geregistreerde cliëntgebonden tijd per prestatie

In het bovenstaande figuur is per huidige prestatie zichtbaar hoe de cliëntgebonden tijd op dit moment verdeeld is onder de behandelaren. Hierbij is voor de Wlz crisiszorg vv het figuur eerder afgekapt net zoals in eerdere figuren, omdat na 30 dagen niet meer een representatief beeld te visualiseren is voor de functiemix.

Gedurende de periode van 50 dagen is voor de meeste prestaties een verandering in de samenstelling van de cliëntgebonden tijd. Bij de meeste prestaties hebben cliënten in hun behandeling het grootste percentage van de cliëntgebonden tijd ontvangen door een verpleegkundige. Dit is niet het geval voor de grz en bij elv hoog complex wordt dit pas het geval in een later stadium van het verblijf. Bij de grz wordt het grootste deel van de cliëntgebonden tijd geregistreerd door paramedici. Dit past bij het revalidatiekarakter van de grz. Voor elv laag complex vormt de medische behandeling het kleinste aandeel binnen de cliëntgebonden tijd. Daarnaast groeit het percentage van behandelaren die onder 'overig' vallen tot ongeveer 35 dagen, daarna neemt dit weer af.

### 3.10 Ambulante grz

Naast de grz die op locatie wordt geleverd, is er nog een onderdeel van het grz traject dat wordt geleverd aan cliënten: ambulante grz. Dit houdt in dat de cliënt meestal thuis de behandeling ontvangt die hoort bij de grz. De behandelaar gaat voor deze behandeling naar de cliënt toe. Het kan daarnaast ook voorkomen dat de cliënt in een dagbehandeling op locatie de behandeling ontvangt. Doordat er geen verblijf hoort bij dit onderdeel van de grz is het niet direct te vergelijken met het elv, de grz op

locatie en de Wlz crisiszorg vv. Aangezien het wel bij de grz hoort, analyseren we in deze paragraaf wat er binnen dit (kleine) subtraject gebeurt.

De ambulante grz mag alleen worden ingezet als er voorafgaand al grz in een instelling is geleverd. Het is daarmee een vervolgttraject. Bovendien is voor de ambulante grz niet noodzakelijk dat er meerdere dagen per week behandeling is. Het kan voorkomen dat voor deze cliënten een periodieke behandeling plaatsvindt, bijvoorbeeld een keer in de week of een keer in de twee weken.

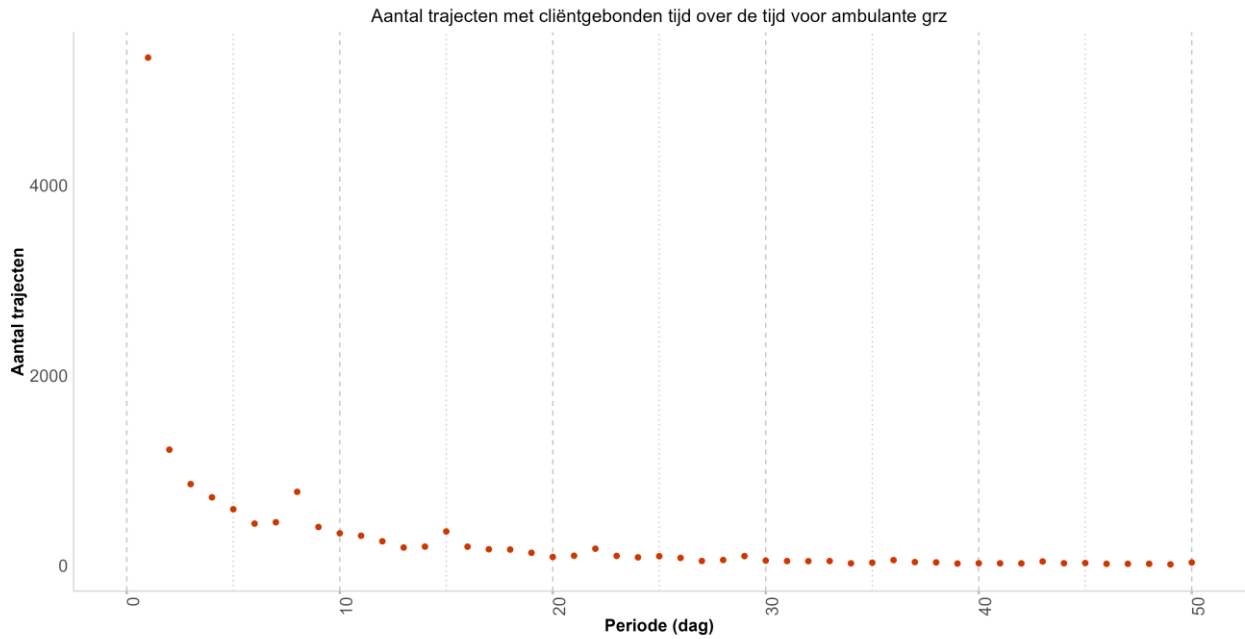
De huidige bekostiging van de grz gaat via dbc's. Van de 39.785 grz trajecten die zijn meegenomen in deze analyses zijn 5.315 trajecten die zowel de grz met verblijf (grz op locatie) bevatten als de ambulante grz. Hierbij kan het zo zijn dat de cliënten na de grz op locatie de behandeling voorzetten via de ambulante grz en op deze manier het traject afmaken. Echter, het kan ook zo zijn dat een cliënt tijdelijk de ambulante grz heeft ontvangen en vervolgens weer terug gaat naar de grz op locatie. Een voorbeeld hiervan is een proefdag: een cliënt heeft drie maanden grz op locatie, gaat vervolgens een dag naar huis en neemt ambulante grz af, dan ontvangt de cliënt nog een week grz op locatie waarna de cliënt weer naar huis gaat om het laatste onderdeel van het traject met de ambulante grz af te ronden of omdat het traject is afgerond. Binnen deze ambulante grz wordt de begindatum vastgesteld op het moment dat de eerste dag ambulante grz wordt geleverd. Dit kan dus ook de proefdag zijn. Voor de periode dat de cliënt daarna weer terug naar de instelling gaat wordt er geen cliëntgebonden tijd geregistreerd onder de noemer ambulante grz. Dit lijkt een dan op een periode zonder cliëntgebonden tijd. Echter, de cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd in de instelling waar de cliënt verblijft onder de noemer grz op locatie. Het is mogelijk dat er voor een cliënt dagen zijn waarop er geen cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd in het ambulante grz traject. Het kan voorkomen dat er voor de cliënt op (een deel van) die dagen wel cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd voor grz op locatie. Dat is dan niet meer terug te zien bij de ambulante grz.

De meeste analyses die we hebben laten zien in de voorgaande hoofdstukken zijn ook gedaan voor de ambulante grz. Echter, voor de ambulante grz hebben we alleen gekeken naar de dagen dat daadwerkelijk cliëntgebonden tijd is geregistreerd. In dit geval is het niet van belang om te kijken naar de dagen zonder cliëntgebonden tijd. Dat houdt in dat op 100% van de dagen dat de ambulante grz is gedeclareerd, ook daadwerkelijk cliëntgebonden tijd is geregistreerd. In alle andere gevallen zijn de dagen niet meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

Voor de ambulante grz zien we 5.315 unieke cliënten met samen 5.342 trajecten, die over 131 zorgaanbieders zijn verdeeld. Uit paragraaf 3.3 volgt dat er 135 zorgaanbieders zijn die grz leveren. Dit betekent dat bijna alle instellingen die grz aanbieden, dit zowel op locatie als ambulant leveren. Van alle grz cliënten ontvangt 16,8% ook de ambulante grz na de grz met verblijf.

Door de manier waarop de begindatum van de ambulante grz is gedefinieerd (eerste dag dat er ambulante grz is geleverd), zijn er op de eerste dag 5.315 cliënten met geregistreerde cliëntgebonden tijd. In onderstaand figuur is zichtbaar voor hoeveel cliënten er cliëntgebonden tijd is geregistreerd over de tijd van het traject.



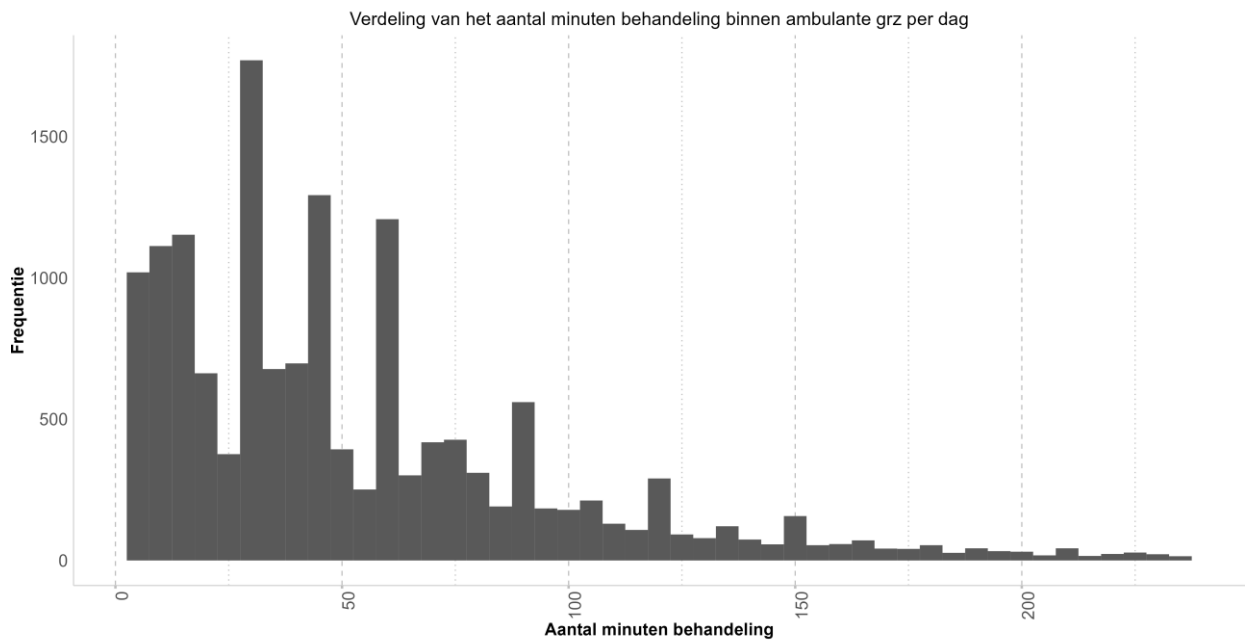


**Figuur 16.** Aantal cliënten met geregistreerde cliëntgebonden tijd over de tijd voor de ambulante grz

In dit figuur komt duidelijk naar voren dat er op de tweede dag van het ambulante grz traject al direct voor minder cliënten cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd. Dit wordt mede veroorzaakt doordat een groot gedeelte van de cliënten (1.911 cliënten, 36%) maar één dag ambulante grz ontvangt.

Daarnaast is het zichtbaar dat er een wekelijks patroon ontstaat. Op de momenten dat de cliënten een week de ambulante grz hebben ontvangen, is er een piek in het aantal cliënten waarvoor cliëntgebonden tijd is geregistreerd. Dit is elke week daarna weer het geval.

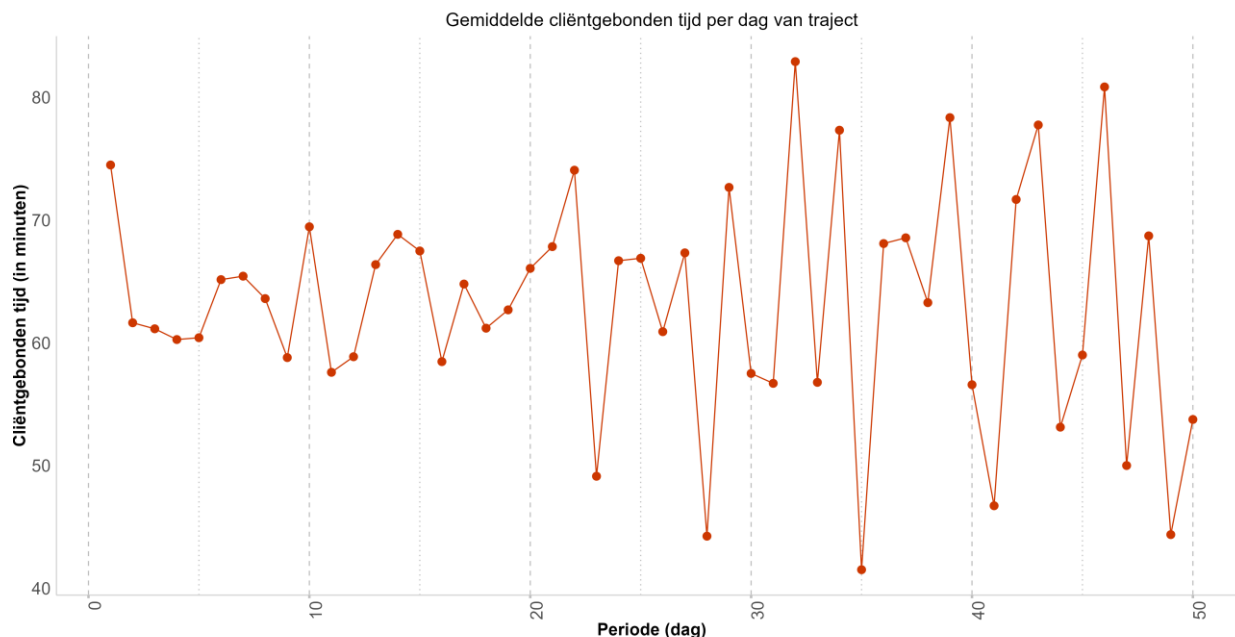
Hoeveel cliëntgebonden tijd er voor cliënten wordt geregistreerd op de dagen dat er cliëntgebonden tijd is geregistreerd, is in onderstaand figuur zichtbaar.



**Figuur 17.** Verdeling van het aantal minuten cliëntgebonden tijd binnen de ambulante grz per dag

De meest voorkomende cliëntgebonden tijd per dag is 30 minuten, maar ook 45 minuten en een uur komen relatief veel voor. Dan is er nog een kleine groep waarvoor significant meer minuten cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd. Ook zijn er groepen waarvoor juist erg weinig minuten cliëntgebonden tijd wordt geregistreerd, bijvoorbeeld 5 of 10 minuten.

Hoe deze verdeling van het aantal minuten cliëntgebonden tijd over het traject verloopt, is weergegeven in onderstaand figuur. Hierbij is het gemiddelde genomen over alle cliënten per dag van hun traject. Als er voor een cliënt geen cliëntgebonden tijd is geregistreerd, is het niet meegenomen.



**Figuur 18.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag van het traject binnen de ambulante grz

Zoals ook bij de andere zorgvormen is er op de eerste dag van de ambulante grz gemiddeld meer minuten cliëntgebonden tijd geregistreerd. Dit is echter een ander soort eerste dag dan bij de zorgvormen op locatie, omdat dit alleen mag volgen op een grz traject dat op locatie wordt geleverd. Het kan echter wel zo zijn dat er een periode tussen de grz op locatie en de ambulante grz zit. Ondanks de voorafgaande behandeling is er toch een grotere tijdsinzet op de eerste ambulante grz dag. Na de eerste dag gaat het eerst wat dagen naar beneden waarna het meer gaat variëren, zonder dat er een duidelijke trend zichtbaar is.

# 4 Analyses bekostigingsopties

## 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de analyses die we hebben uitgevoerd om de verschillende bekostigingsvormen met elkaar te vergelijken. Deze analyses dienen ter ondersteuning voor de beleidsmatige afwegingen die zijn beschreven in het advies. Alle analyses zijn uitgevoerd per zorgvorm, tenzij expliciet vermeld. Hierbij vallen de prestaties elv hoog complex en elv laag complex onder de zorgvorm elv, terwijl elv ptz als aparte zorgvorm wordt geanalyseerd. Hiervoor is gekozen vanwege de verwachte verschillen in gewenste bekostiging tussen elv ptz en elv laag en hoog complex. De inzichten van deze analyses vormen samen met de beleidsmatige afwegingen de basis voor het advies. We bepalen voor iedere bekostigingsvorm de waarden van onderstaande indicatoren.

### **Spreiding cliëntgebonden tijd per prestatie-eenheid in tijd**

Elke bekostigingsvorm kent een prestatie-eenheid in tijd. Brede bekostigingsvormen omvatten meer geleverde zorg per prestatie-eenheid dan nauwere bekostigingsvormen. De spreiding in cliëntgebonden tijd per prestatie-eenheid geeft inzicht in de verschillen tussen de geleverde zorg per cliënt. De spreiding wordt uitgedrukt als standaard deviatie en als cv-waarde. De cv-waarde is de verhouding tussen de standaard deviatie en het gemiddelde. Dit is een maat voor de relatieve grootte van spreiding. Een vaak gebruikt uitgangspunt is dat de cv-waarde per prestatie-eenheid lager zou moeten zijn dan 1.

### **Effect op cliëntniveau**

Voor elke bekostigingsvorm hanteren we het uitgangspunt dat een tarief de gemiddelde kosten moet dekken. Voorafgaand aan de uitkomsten van een kostenonderzoek weten we nog niet wat de kosten zijn. Om toch onderzoek te doen of een bekostigingssysteem toereikend is doen we een effectanalyse. Een effectanalyse is onafhankelijk van de huidige of toekomstige tarieven, omdat de aanname gemaakt wordt dat elk tarief gebaseerd is op de gemiddelde cliëntgebonden tijd per prestatie-eenheid. Voor een effectanalyse wordt de bekostigde cliëntgebonden tijd gelijk genomen aan de gemiddelde cliëntgebonden tijd per prestatie. De gedachte hierachter is dat een effectanalyse rekent met een tarief uitgedrukt in cliëntgebonden tijd in plaats van in kosten.

Om een inschatting te kunnen maken of een bekostigingsvorm toereikend is, bepaalt een effectanalyse de verhouding tussen de geleverde cliëntgebonden tijd en de gemiddelde cliëntgebonden tijd (de bekostigde cliëntgebonden tijd). Als per prestatie-eenheid meer behandeling wordt geleverd dan gemiddeld spreken we van onderbekostiging. Als per prestatie-eenheid minder behandeling wordt geleverd dan gemiddeld spreken we van overbekostiging. Voor een effectanalyse is deze terminologie geen verwijzing naar de hoogte van de tarieven, maar we gebruiken dit om te onderzoeken of een bekostigingsvorm toereikend is. Een toereikende bekostigingsvorm kent een zwak effect, waarbij weinig onder- en overbekostiging plaatsvindt. Een sterk effect, waarbij veel onder- en overbekostiging plaatsvindt is ongewenst. Effect wordt als volgt berekend:

$$effect = \frac{\text{bekostigde cliëntgebonden tijd}}{\text{geleverde cliëntgebonden tijd}} - 1$$

Een effect van 0 betekent dat de daadwerkelijk geleverde cliëntgebonden tijd gelijk is aan de vergoede cliëntgebonden tijd. Een effect groter dan 0 betekent dat er meer zorg wordt bekostigd dan is geleverd.

Een effect tussen de 0 en -1 staat voor onderbesteding, wat inhoudt dat er minder zorg wordt besteed dan daadwerkelijk is geleverd.

In principe kan voor iedere prestatie het effect bepaald worden. Bij kleine prestaties, zoals voor een integraal dagtarief of modulaire besteding, zijn deze resultaten echter relatief betekenisloos. Effect drukken we daarom niet uit per prestatie-eenheid maar over het volledige traject van een cliënt. Daarmee houden we rekening met elkaar uitbalancerende schommelingen in cliëntgebonden tijd over de duur van een traject. We noemen dit berekende effect het effect op cliëntniveau.

De berekening "Effect op cliëntniveau" bepaalt voor iedere cliënt een effect, maar houdt geen rekening met absolute verschillen in cliëntgebonden tijd of ligduur tussen cliënten. Met andere woorden, elke cliënt weegt even zwaar mee ongeacht of deze cliënt relatief kort of juist relatief lang is verbleven binnen het verblijf.

Bijvoorbeeld, we vinden voor twee cliënten hetzelfde effect: de besteedde tijd ligt 10% hoger dan de werkelijk besteedde tijd. De ene cliënt is drie dagen verbleven met totale kosten van €3.000 terwijl de andere cliënt drie weken is verbleven in de instelling met totale kosten van €25.000. Het absolute verschil (in euro's) in effect verschilt wel sterk tussen beide cliënten (€300 versus €2.500). De benodigde financiële middelen liggen doorgaans hoger bij cliënten die langer verblijven.

Naast het reguliere effect op cliëntniveau berekenen we daarom ook het effect gewogen per cliënt. Hierdoor zijn cliënten beter met elkaar te vergelijken. Voor iedere cliënt wordt een gewicht bepaald op basis van de cliëntgebonden tijd over het volledige traject. De gewicht per cliënt wordt uitgedrukt in de eenheid van de cliëntgebonden tijd. Intensievere en/of langere trajecten tellen dus zwaarder mee dan lichtere en/of kortere trajecten.

Een ander probleem is dat de verhouding van prestaties in onze dataset niet gelijk is aan de daadwerkelijk verhouding van aangeboden zorg. We corrigeren onze analyse hiervoor door prestaties die oververtegenwoordigd zijn een lichtere gewicht te geven en prestaties die ondervertegenwoordigd zijn een zwaardere gewicht. Elk traject telt mee naar ratio van de verhouding tussen prestaties, doormiddel van het gebruik van een prestatie gewicht.

$$\text{gewogen cliënt} = \text{cliëntgebonden tijd} * \text{prestatie gewicht}$$

Het prestatie gewicht is het daadwerkelijke percentage cliënten per prestatie in 2021, gedeeld door het percentage cliënten per prestatie in de gebruikte dataset.

### **Effect op zorgaanbiederniveau**

Naast effect op cliëntniveau kijken we ook naar de verhouding tussen daadwerkelijk geleverde cliëntgebonden tijd en vergoede cliëntgebonden tijd op het niveau van individuele zorgaanbieders. Verschillen tussen cliënten kunnen elkaar uitbalanceren als cliëntpopulaties per zorgaanbieder vergelijkbaar zijn. Als een zorgaanbieder zowel enkele cliënten behandelt die weinig behandeling nodig hebben als enkele cliënten die veel behandeling nodig hebben, dan middelen deze onder- en overbehandeling elkaar uit. Naast het reguliere effect op zorgaanbiederniveau berekenen we ook het effect per gewogen zorgaanbieder. Dit is op eenzelfde manier berekend als effect per gewogen cliënt, beschreven hierboven.

## 4.2 Integraal dagtarief

Startpunt van de analyse naar bekostigingsopties is de huidige bekostigingsvorm van het elv en de Wlz crisiszorg vv. Een integraal dagtarief bekostigt alle kosten gemaakt voor verblijf, verpleging en verzorging en behandeling. Een integraal dagtarief houdt geen rekening met verschillen in de benodigde typen en hoeveelheid zorg, maar is gebaseerd op de gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag. We verwachten daarom een grotere spreiding in cliëntgebonden tijd en een grotere spreiding in effect op cliënt en zorgaanbieder niveau dan bij geanalyseerde bekostigingsvormen die wel onderscheid maken in zorgtypen en intensiteit.

### Spreiding integrale cliëntgebonden tijd per dag

Zorgvorm	Gem. cliëntgebonden tijd	Sd. cliëntgebonden tijd	Cv-waarde cliëntgebonden tijd
Elv	21,99	40,2	1,83
Elv ptz	28,52	55,45	1,94
Grz	39,69	53,39	1,35
Wlz crisiszorg vv	38,70	62,81	1,62

Tabel 6. Gemiddelde cliëntgebonden tijd met twee maten van spreiding

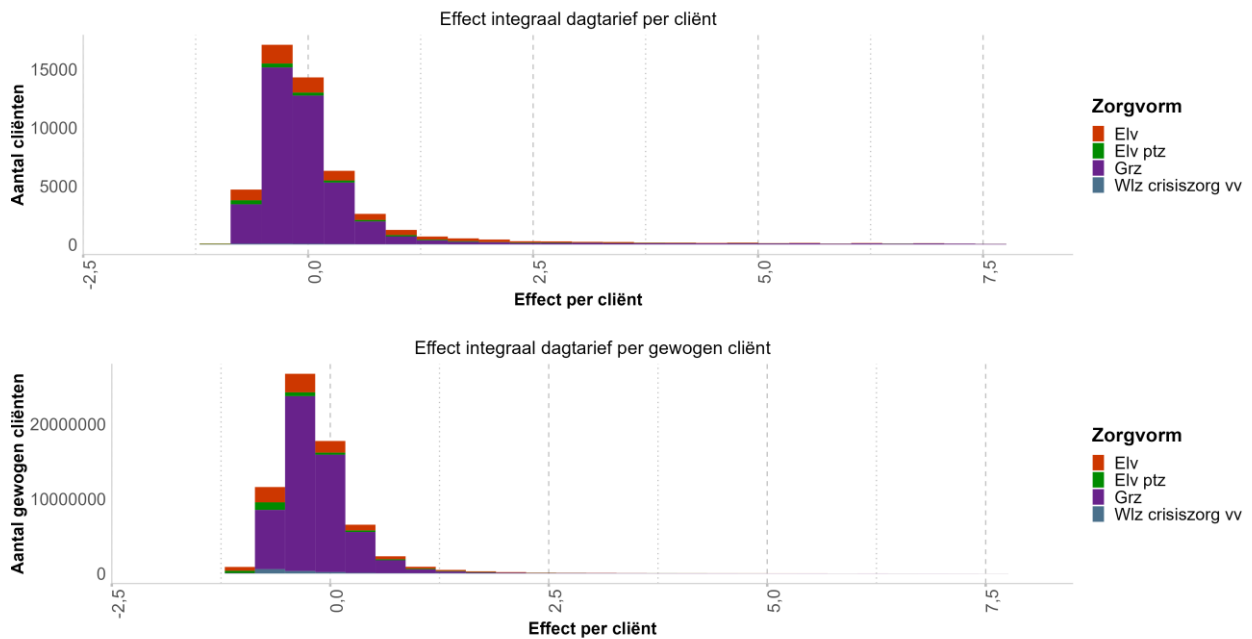
Evenals in paragraaf 3.6 en 3.7 zien we dat de cliëntgebonden tijd per dag lager is voor de zorgvorm elv en hoger is voor de grz en de Wlz crisiszorg vv. De spreiding van integrale cliëntgebonden tijd per dag is inderdaad groot voor alle zorgvormen. Voor de in dit hoofdstuk opgesplitste zorgvormen elv en elv ptz valt de cv-waarde als maat voor spreiding boven de vaak gehanteerde grenswaarde 1.

### Effect integraal dagtarief cliëntniveau

Zorgvorm	Gem. effect	Sd. effect	Sd. gewogen effect
Elv	1,87	11,76	1,73
Elv ptz	3,24	21,45	2,68
Grz	7,42	49,06	3,72
Wlz crisiszorg vv	3,51	13,93	2,16

Tabel 7. Gemiddeld effect op cliëntniveau en de spreiding van dit effect

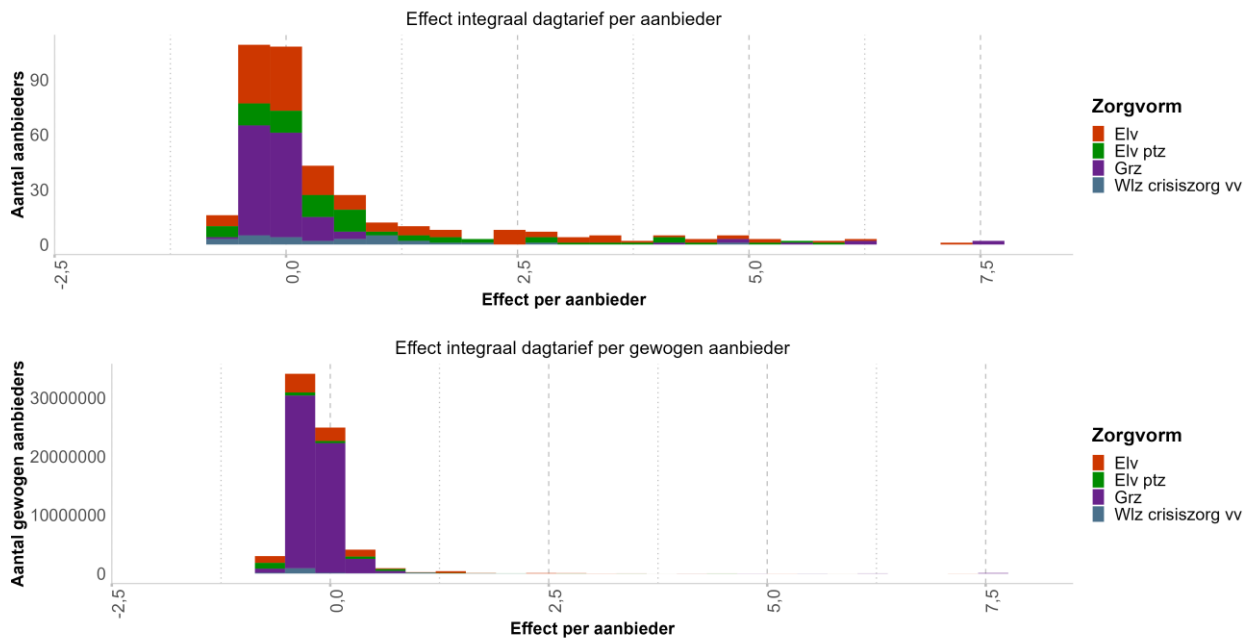
Aangezien een integraal dagtarief de huidige bekostigingsvorm is van het elv en de Wlz crisiszorg vv, vormt het effect op cliëntniveau voor deze bekostigingsvorm een basis om andere bekostigingsvormen mee te vergelijken. De cliëntgebonden tijd die wordt gebruikt in deze bekostigingsvorm, is de gemiddelde cliëntgebonden tijd per zorgvorm. Bovenstaande tabel laat zien dat het gemiddelde effect per zorgvorm positief is, maar er is een hoge variatie in effect tussen cliënten. Onderstaand figuur illustreert dit. Er is een redelijk grote groep cliënten die onderbekostigd (een effect kleiner dan 0) wordt. Er is echter nog een grotere groep cliënten die overbekostigd (een effect groter dan 0) wordt.



Figuur 19. Effect van een bekostiging met een integraal dagtarief op (gewogen) cliënt niveau

### Effect integraal dagtarief op zorgaanbieder niveau

Onderstaand figuur laat het effect van een integraal dagtarief op zorgaanbieder niveau zien. Opvallend is dat veel zorgaanbieders minder zorg leveren dan de gemiddelde behandelintensiteit per dag waarop een bekostiging gebaseerd zou worden. Dit geldt in het bijzonder voor zorgaanbieders van het elv en elv ptz. Na weging van de aanbieders verdwijnt dit effect. Dat betekent dat de overbekostigde aanbieders maar een klein deel van de totale elv en elv ptz cliëntgebonden tijd leveren.



Figuur 20. Effect van een bekostiging met een integraal dagtarief op (gewogen) zorgaanbieder niveau

### 4.3 Modulaire bekostiging per uur

Modulaire bekostiging is een bekostigingsvorm die geleverde behandeling indeelt naar drie functionele behandelmodules (medisch, paramedisch en gedragswetenschappelijk). De overige zorg wordt in dit geval onder het verblijf gerekend. Met deze bekostigingsvorm wordt een landelijk maximum uurtarief per prestatie gehanteerd. Aan het tarief ligt aan elke afzonderlijke behandelmodule, de (landelijk) gemiddelde verdeling van behandeling ten grondslag. Deze indeling staat los van de gebruikte prestatie-eenheid. De bekostigingsvorm modulaire bekostiging per uur komt in de praktijk neer op registratie per 5 minuten. Deze prestatie-eenheid is gelijk daarmee aan de minimale registratie eenheid in het registratie onderzoek en de grz declaratie historie.

#### **Spreiding cliëntgebonden tijd per modulaire prestatie-eenheid**

Deze methode impliceert per definitie een (gemiddelde) tijdsinzet van 5 minuten per prestatie-eenheid voor alle behandelaren en alle behandelmodules. Er bestaat op module-niveau (in combinatie met de keuze voor declarabele-eenheid) dan ook geen variatie. De spreidingsmaat (cv-waarde) is gelijk aan nul voor alle modules en zorgvormen.

#### **Effect op cliëntniveau modulaire bekostiging per uur**

Deze methode heeft als eigenschap dat de vergoede ingezette tijd aan behandeling eenvoudig aan te sluiten is op de werkelijk ingezette tijd. De binnen de modules vallende daadwerkelijke behandeling is gelijk aan de bekostigde zorg. Daarmee is het effect op cliëntniveau zoals verwacht exact 0.

#### **Effect modulaire bekostiging per uur op zorgaanbieder niveau**

Vanwege een afwezig effect op cliëntniveau is er ook geen verschil tussen de bekostigde zorg en de geleverde zorg mogelijk op zorgaanbieder niveau. Op zorgaanbieder niveau is het effect dus ook 0.

### 4.4 Modulaire bekostiging per dag

Deze bekostigingsvorm lijkt op de hiervoor besproken bekostigingsvorm. In plaats van een module per uur wordt er nu een module per dag vorm gegeven. Voor de prestaties per module wordt er een tarief vastgesteld op basis van de gemiddeld ingezette cliëntgebonden tijd, horende bij de desbetreffende module. Hiermee wordt de bekostiging van behandeling gelijk voor elke dag dat behandeling is ingezet bij een cliënt, ongeacht of er op de dag meer zorg of juist minder zorg wordt geleverd. We kijken binnen deze methode naar de gemiddeld ingezette cliëntgebonden tijd van de module en de homogeniteit van de geregistreerde tijd binnen een module.

#### **Spreiding cliëntgebonden tijd per modulaire prestatie-eenheid**

Module	Zorgvorm	Gem. cliëntgebonden tijd	Sd. cliëntgebonden tijd	Cv waarde
Gedragswetenschappelijk	Elv	38,19	42,59	1,12
Gedragswetenschappelijk	Elv ptz	38,84	33,6	0,87
Gedragswetenschappelijk	Grz	37,44	38,39	1,03
Gedragswetenschappelijk	Wlz crisiszorg vv	42,75	40,38	0,94
Medisch	Elv	29,43	29,28	0,99
Medisch	Elv ptz	34,65	32,71	0,94

Module	Zorgvorm	Gem. cliëntgebonden tijd	Sd. cliëntgebonden tijd	Cv waarde
Medisch	Grz	29,55	29,12	0,99
Medisch	Wlz crisiszorg vv	44,58	42,02	0,94
Paramedisch	Elv	32,77	22,87	0,70
Paramedisch	Elv ptz	27,54	21,25	0,77
Paramedisch	Grz	50,94	34,10	0,67
Paramedisch	Wlz crisiszorg vv	31,20	21,72	0,70

**Tabel 8.** Gemiddelde cliëntgebonden tijd per module en per zorgvorm inclusief spreiding

De gemiddelde ingezette cliëntgebonden tijd is vergelijkbaar tussen zorgvormen voor de module gedragswetenschappelijk. Voor de module medisch is de gemiddelde cliëntgebonden tijd hoger in de Wlz crisiszorg vv. Paramedische behandeling wordt juist langer per dag ingezet in de grz. De spreiding is binnen de module paramedisch duidelijk lager dan bij de overige modules medisch en gedragswetenschappelijk.

#### Effect op cliëntniveau modulaire bekostiging per dag

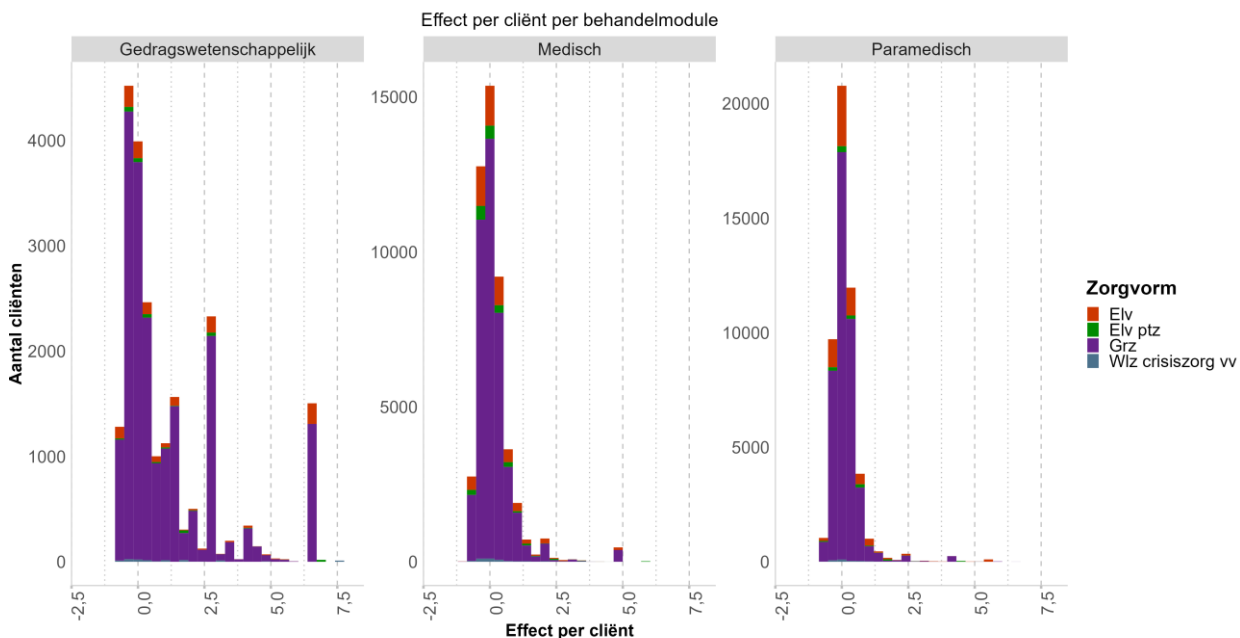
Module	Zorgvorm	Gem. effect	Sd. effect	Sd. gewogen effect
Gedragswetenschappelijk	Elv	1,79	2,52	0,98
Gedragswetenschappelijk	Elv ptz	1,30	2,00	0,83
Gedragswetenschappelijk	Grz	1,08	1,88	0,75
Gedragswetenschappelijk	Wlz crisiszorg vv	1,34	2,25	0,95
Medisch	Elv	0,26	0,91	0,51
Medisch	Elv ptz	0,24	0,97	0,51
Medisch	Grz	0,14	0,69	0,39
Medisch	Wlz crisiszorg vv	0,30	0,97	0,52
Paramedisch	Elv	0,28	0,91	0,41
Paramedisch	Elv ptz	0,50	1,06	0,51
Paramedisch	Grz	0,18	0,84	0,31
Paramedisch	Wlz crisiszorg vv	0,34	0,96	0,46

**Tabel 9.** Gemiddeld effect van modulaire behandeling per dag inclusief de spreiding

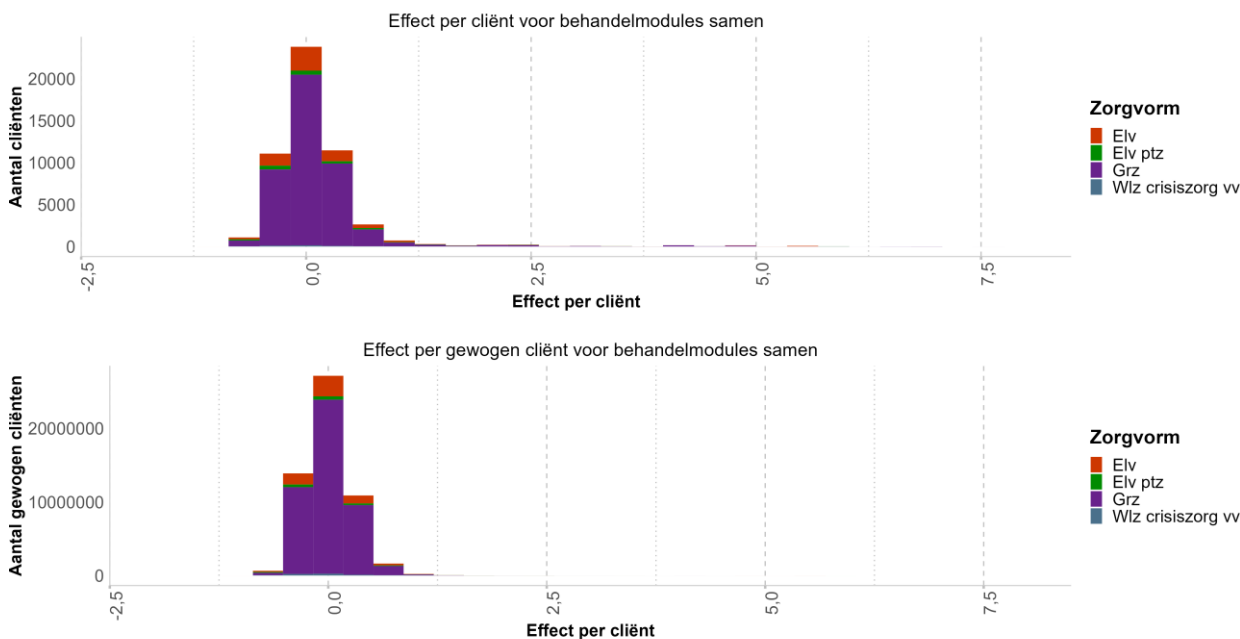
We verwachten op voorhand een sterker effect op cliëntniveau dan bij een prestatie-eenheid per uur. De vergoeding per dag (gelijk aan de gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag) wijkt gemakkelijk af van de werkelijk ingezette cliëntgebonden tijd diezelfde dag. Tegelijkertijd verwachten we een zwakker effect op



cliëntniveau dan bij een integraal dagtarief, vanwege de opsplitsing in modules die meer maatwerk mogelijk maken. Op sommige dagen zal de vergoede tijd hoger liggen dan de werkelijk bestede tijd, op andere dagen precies andersom. Door uit te gaan van de gemiddelde tijdsinzet per dag als basis voor de vergoeding, is de verwachting dat uiteindelijk op cliënt- en zorgaanbieder niveau deze effecten zullen uitmiddelen. Belangrijke voorwaarde hierbij is wel dat de cliëntenpopulatie – als het gaat om zorgbehoefte – (enigszins) op elkaar lijkt, of dat de mix aan verschillen tussen cliënten in voldoende mate gelijk is tussen de zorgaanbieders.



Figuur 21. Effect per cliënt bij het gebruik van behandelmodules

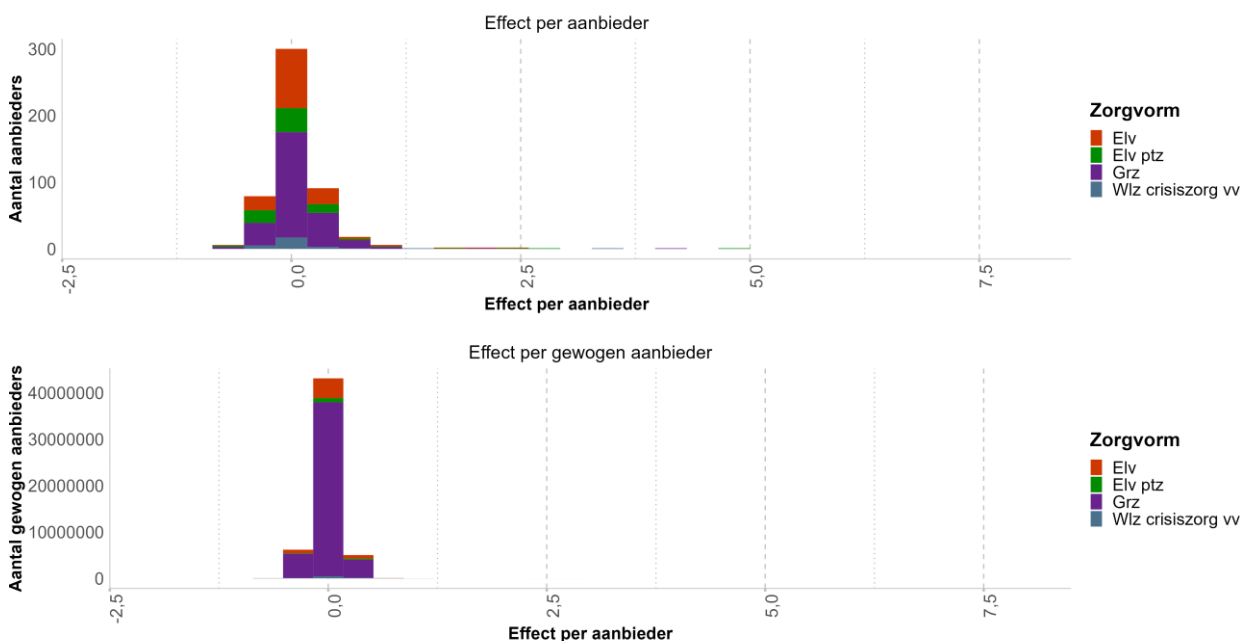


Figuur 22. Effect per (gewogen) cliënt als alle behandelmodules samen worden genomen

In bovenstaande figuren zien we dat het effect op cliëntniveau zwakker is voor de modules medisch en paramedisch. Voor de module gedragswetenschappelijk is er een grote groep cliënten die sterk overbestedigd wordt. Het effect op cliëntniveau voor de behandelmodules gezamenlijk is sterker dan modulair uurtarief, maar zwakker dan een integraal dagtarief. Het opdelen van cliëntgebonden tijd in modules verzwakt dus zoals verwacht het effect van de bekostigingsvorm.

### Effect modulaire bekostiging per dag op zorgaanbieder niveau

Wanneer we op zorgaanbieder niveau kijken naar het effect van modulaire bekostiging per dag zien we een vergelijkbaar patroon. Het effect is zwakker dan voor een integraal dagtarief, maar sterker dan voor modulaire bekostiging per uur.



Figuur 23. Effect per (gewogen) zorgaanbieder voor modulaire bekostiging per dag

## 4.5 Effect van de bekostiging dbc-structuur zoals in de grz

Voor de evaluatie van dbc-bekostiging wijken we licht af van bovenstaande analyses. We evalueren los de werking van dbc-bekostiging voor de huidige grz en de potentiële werking van dbc-bekostiging voor alle andere zorgvormen gecombineerd. Dbc-bekostiging is een vorm van trajectbekostiging. Zorgtrajecten worden opgesplitst in subtrajecten van maximaal 120 dagen. De meeste trajecten bestaan uit een of twee subtrajecten. Naast cliëntgebonden tijd is ligduur dus een variabele die spreiding kent per prestatie-eenheid.

### Spreiding cliëntgebonden tijd grz per dbc-zorgproduct

Onderstaande tabel geeft alle zorgproducten weer die gedeclareerd zijn binnen de onderzochte dataset. De meeste zorgproducten kennen een onder- en bovengrens waarbinnen de cliëntgebonden tijd moet vallen om dat zorgproduct te mogen declareren. Voor de grz is per zorgproduct de gemiddelde cliëntgebonden tijd, de standaard deviatie en de cv-waarde bepaald.

Zoals verwacht is de cv-waarde per zorgproduct lager dan bij een integraal dagtarief. De onder- en bovengrenzen van ieder zorgproduct begrenzen de spreiding die per dbc-zorgproduct kan voorkomen. Niet elk dbc-zorgproduct heeft een bovengrens, dit zijn de zorgproducten met de meeste minuten aan

cliëntgebonden tijd. Alle cliëntgebonden tijd die boven de ondergrens van deze producten uitkomt hoort in dit dbc-zorgproduct.

Zorgproduct	Aantal	Gem. cliëntgebonden uren	Sd. cliëntgebonden uren	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418022	1181	29,02	6,62	0,23	0	39
998418026	6538	20,26	4,83	0,24	0	27
998418029	667	15,02	3,63	0,24	0	20
998418032	3680	10,63	2,77	0,26	0	14
998418034	232	4,35	1,71	0,39	0	7
998418036	970	3,27	1,33	0,4	0	5
998418043	984	53,6	12,9	0,24	0	75
998418045	101	102,36	24,19	0,24	84	
998418046	530	62,48	8,33	0,13	52	84
998418047	690	44,86	4,17	0,09	39	52
998418048	32	72,92	26,38	0,36	58	
998418049	576	34,71	7,62	0,22	26	58
998418050	421	22,81	1,75	0,08	20	26
998418051	7	74,69	35,31	0,47	45	
998418052	366	19,25	6	0,31	13	45
998418053	374	9,87	1,72	0,17	7	13
998418060	3723	36,8	9,52	0,26	0	52
998418062	599	76,14	21,31	0,28	59	
998418063	3072	43,83	6,18	0,14	36	59
998418064	3762	31,09	2,79	0,09	27	36
998418065	185	53,95	17,95	0,33	41	
998418066	3920	24,04	5,15	0,21	18	41
998418067	2763	15,97	1,26	0,08	14	18
998418068	37	39,05	7,96	0,2	32	
998418069	2211	13,47	4,08	0,3	9	32
998418070	1600	7,13	1,18	0,17	5	9

Zorgproduct	Aantal	Gem. cliëntgebonden uren	Sd. cliëntgebonden uren	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418071	688	110,03	51,6	0,47	0	
998418072	603	104,76	35,93	0,34	75	
998418073	2091	79	47,97	0,61	0	
998418074	2145	74,1	27,48	0,37	52	
998418075	3	44,06	17,49	0,4	32	
998418076	42	12,06	6,1	0,51	6	32
998418077	38	2,23	1,52	0,68	0	6
998418079	4	25,79	2,08	0,08	23	
998418080	65	9,56	4,39	0,46	5	23
998418081	69	1,79	1,1	0,62	0	5

**Tabel 10.** Aantal, gemiddelde en spreiding van behandeluren per dbc-zorgproduct inclusief de onder- en bovengrens horende bij dit zorgproduct

### Spreiding ligduur grz per zorgproduct

De ligduur is voor alle dbc-zorgproducten begrensd. Voor de grz is per zorgproduct de gemiddelde ligduur, de standaard deviatie en de cv-waarde bepaald. Net zoals bij de spreiding van cliëntgebonden tijd valt op dat deze bekostigingsvorm leidt tot lage cv-waarden per declarabel zorgproduct. Er zijn geen andere bekostigingsvormen geëvalueerd waarbij meerdere ligdagen in een keer worden gedeclareerd. Daarom is een vergelijking van cv-waarden over ligduur niet mogelijk.

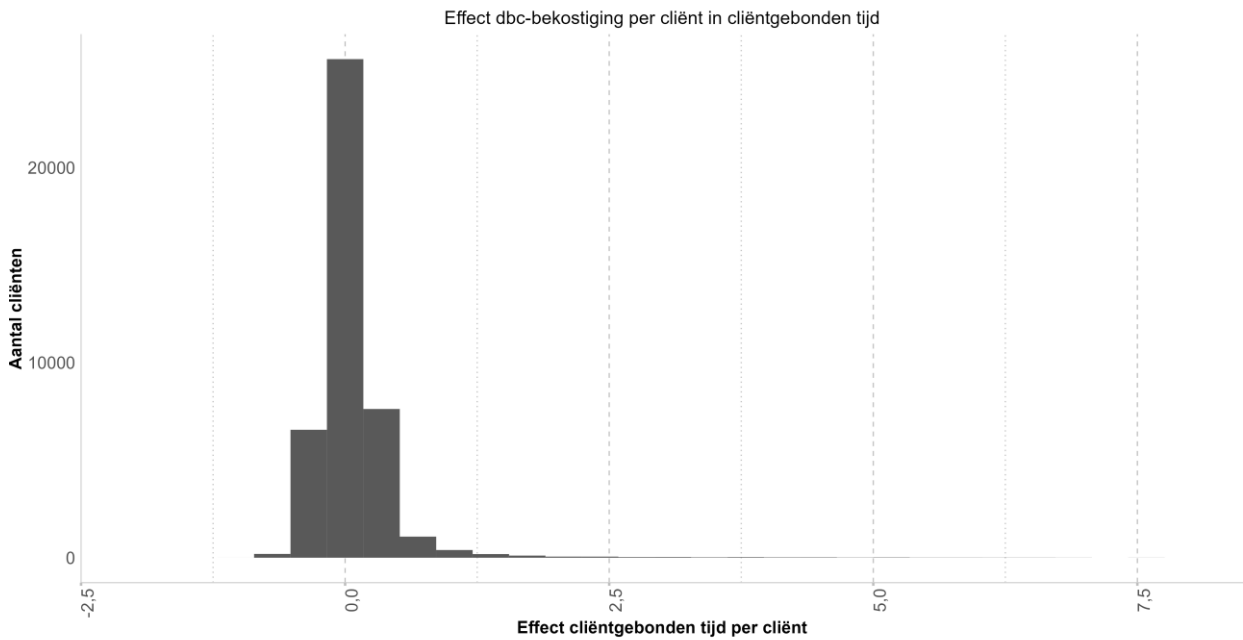
Zorgproduct	Aantal	Gem. ligduur	Sd. liguur	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418022	1181	37,41	7,11	0,19	29	56
998418026	6538	36,64	6,62	0,18	29	56
998418029	667	19,16	3,55	0,19	15	28
998418032	3680	19,17	3,38	0,18	15	28
998418034	232	5,48	3,17	0,58	1	14
998418036	970	5,47	3,29	0,6	1	14
998418043	984	67,71	9,12	0,13	57	91
998418045	101	46,91	7,24	0,15	29	56
998418046	530	43,77	7,65	0,17	29	56
998418047	690	40,71	7,21	0,18	29	56
998418048	32	23,91	3	0,13	15	28

Zorgproduct	Aantal	Gem. ligduur	Sd. liguur	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418049	576	22,05	3,76	0,17	15	28
998418050	421	20,85	3,76	0,18	15	28
998418051	7	10,86	4,49	0,41	1	14
998418052	366	10,69	2,72	0,25	1	14
998418053	374	8,95	2,87	0,32	1	14
998418060	3723	67,08	9	0,13	57	91
998418062	599	44,81	7,61	0,17	29	56
998418063	3072	42,4	7,57	0,18	29	56
998418064	3762	39,81	7,18	0,18	29	56
998418065	185	23,66	3,6	0,15	15	28
998418066	3920	22,06	3,7	0,17	15	28
998418067	2763	20,61	3,68	0,18	15	28
998418068	37	10,95	3	0,27	1	14
998418069	2211	10,65	2,63	0,25	1	14
998418070	1600	8,38	3,14	0,37	1	14
998418071	688	106,52	10,17	0,1	92	
998418072	603	73,22	10,06	0,14	57	91
998418073	2091	107,27	10,12	0,09	92	
998418074	2145	71,98	10,03	0,14	57	91

**Tabel 11.** Aantal, gemiddelde en spreiding van ligduur per dbc-zorgproduct voor de grz inclusief de onder- en bovengrens horende bij dit zorgproduct

### Effect op cliëntniveau cliëntgebonden tijd dbc-bekostiging voor de grz

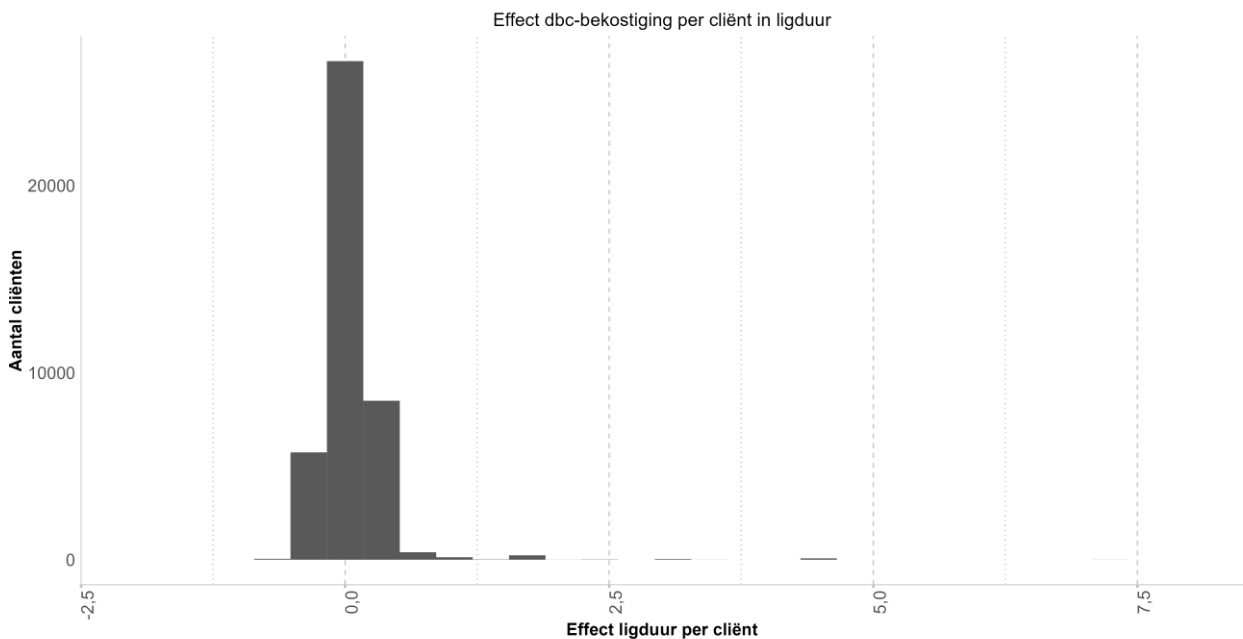
Onderstaand figuur illustreert dat het effect op cliëntniveau van de cliëntgebonden tijd binnen de grz bij dbc-bekostiging relatief zwak is. Dit wordt verklaard door de lagere cv-waarden per subtraject.



Figuur 24. Effect voor behandelduur van dbc-bekostiging op cliëntniveau voor de grz

### Effect op cliëntniveau ligduur dbc-bekostiging voor de grz

Ook het effect op cliëntniveau in ligduur is zwak bij dbc-bekostiging van de grz. We observeren dat een op gemiddelde ligduur gebaseerd tarief leidt tot meer overbesteding dan onderbesteding cliënten. Paragraaf 4.6 geeft hier een mogelijke verklaring voor.



Figuur 25. Effect voor ligduur van dbc-bekostiging op cliëntniveau voor de grz

### Spreiding cliëntgebonden tijd dbc-bekostiging voor overige vormen tijdelijk verblijf

Voor de overige vormen van tijdelijk verblijf delen we trajecten in volgens de dbc-systematiek<sup>2</sup>. Trajecten langer dan 120 dagen worden in overeenkomst met de dbc-systematiek opgesplitst in meerdere subtrajecten die elk apart worden ingedeeld naar een dbc-zorgproduct.

Onderstaande tabel geeft alle zorgproducten weer waar trajecten van de overige vormen van tijdelijk verblijf worden ingedeeld. De meeste zorgproducten kennen een onder- en bovengrens waarbinnen de cliëntgebonden tijd moet vallen om dat zorgproduct te mogen declareren. Per zorgproduct is de gemiddelde cliëntgebonden tijd, de standaard deviatie en de cv-waarde bepaald.

Zoals verwacht is de cv-waarde per zorgproduct lager dan bij een integraal dagtarief. De onder- en bovengrenzen van ieder zorgproduct begrenzen de spreiding die per dbc-zorgproduct kan voorkomen. Opvallend zijn de hoge cv-waarden voor zorgproducten 998418073 en 998418074. Dit zijn trajecten zonder bovengrens. De hogere cv-waarden zijn een logisch gevolg van een voor de grz geoptimaliseerde dbc-structuur toegepast op andere zorgvormen. Intensievere trajecten dan in de grz gebruikelijk zijn, worden in deze producten geplaatst. Hierdoor ontstaat de grotere spreiding binnen deze producten. Deze resultaten zijn een duidelijke indicatie dat een geoptimaliseerde dbc-structuur noodzakelijk is om de overige vormen van tijdelijk verblijf via dbc-bekostiging te financieren.

Zorgproduct	Aantal	Gem. cliëntgebonden uren	Sd. cliëntgebonden uren	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418026	528	13,58	7,73	0,57	0	27
998418032	505	7,64	4,06	0,53	0	14
998418036	588	2,84	1,41	0,5	0	5
998418060	271	25,62	15,4	0,6	0	52
998418062	903	117,21	93,5	0,8	59	
998418063	473	47,62	6,77	0,14	36	59
998418064	171	31,2	2,65	0,08	27	36
998418065	869	74,85	47,68	0,64	41	
998418066	723	29,28	6,45	0,22	18	41
998418067	162	15,96	1,19	0,07	14	18
998418068	684	56,19	33,23	0,59	32	
998418069	1533	18,63	6,35	0,34	9	32
998418070	406	7,05	1,05	0,15	5	9
998418073	229	165,55	231,5	1,4	0	
998418074	542	174,63	191,18	1,09	52	

<sup>2</sup> Voor elk traject wordt de diagnose verondersteld als behorende tot de groep overige diagnoses in de grz dbc-structuur. De aanname is dat de alternatieve diagnose groep CVA niet bij de andere zorgvormen voorkomt.

**Tabel 12.** Aantal, gemiddelde en spreiding van cliëntgebonden uren per dbc-zorgproduct voor het elv en de Wlz crisiszorg vv inclusief de onder- en bovengrens horende bij dit zorgproduct

### Spreiding ligduur dbc-bekostiging voor overige vormen tijdelijk verblijf

Voor ligduur blijft de natuurlijk grens van 120 dagen per subtraject bewaard. We zien daarom geen onverwachte hogere cv-waarden terug voor ligduur.

Zorgproduct	Aantal	Gem. ligduur	Sd. liguur	Cv waarde	Ondergrens	Bovengrens
998418026	528	38,29	7,54	0,2	29	56
998418032	505	19,91	3,9	0,2	15	28
998418036	588	5,91	3,69	0,62	1	14
998418060	271	70,85	10,48	0,15	57	91
998418062	903	41,22	7,72	0,19	29	56
998418063	473	38,85	7,32	0,19	29	56
998418064	171	39,18	8,09	0,21	29	56
998418065	869	21,42	4,07	0,19	15	28
998418066	723	20,56	4,1	0,2	15	28
998418067	162	20,26	4,19	0,21	15	28
998418068	684	10,16	3,2	0,32	1	14
998418069	1533	7,75	3,8	0,49	1	14
998418070	406	6,52	3,98	0,61	1	14
998418073	229	109,04	10,99	0,1	92	
998418074	542	70,97	10,34	0,15	57	91

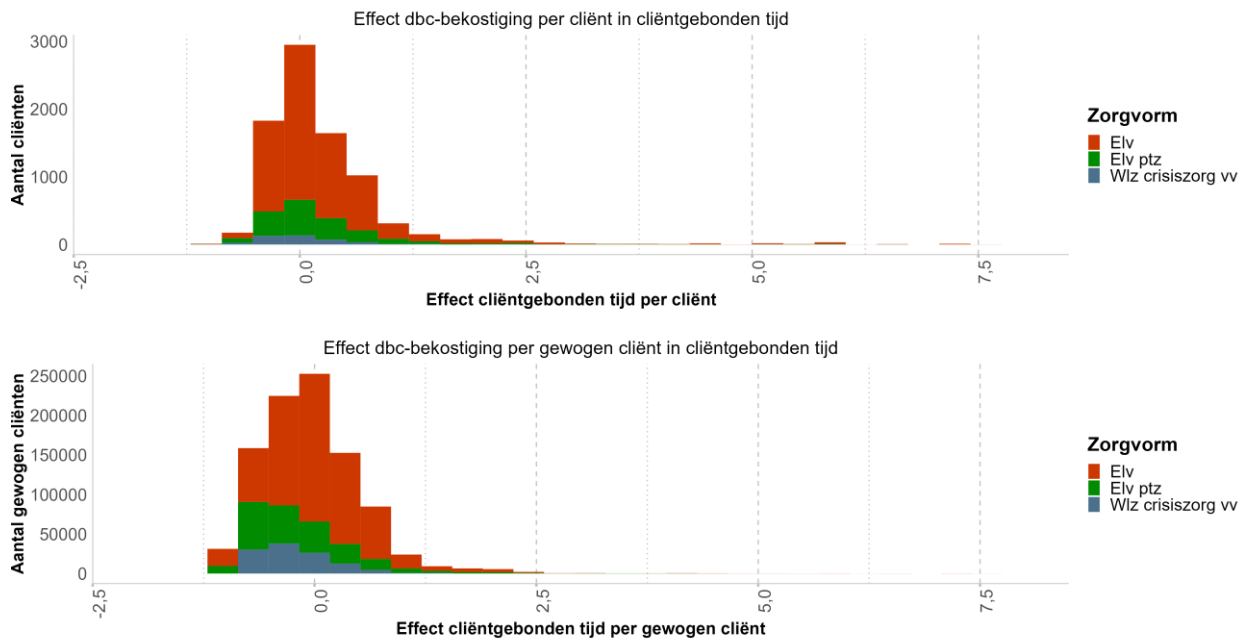
**Tabel 13.** Aantal, gemiddelde en spreiding van ligduur per dbc-zorgproduct voor het elv en de Wlz crisiszorg vv inclusief de onder- en bovengrens horende bij dit zorgproduct

### Effect op cliëntniveau cliëntgebonden tijd dbc-bekostiging voor overige vormen tijdelijk verblijf

Het effect op cliëntniveau van cliëntgebonden tijd in de dbc-bekostiging kent een hogere spreiding voor de overige vormen van tijdelijk verblijf. Dit kan mogelijk verklaard worden door het gebrek aan onderscheid in diagnosegroepen en het gebrek aan optimalisatie van de dbc structuur voor de overige vormen van tijdelijk verblijf. De structuur is namelijk ontwikkeld voor de grz.

Het effect op gewogen cliëntniveau illustreert dat intensievere trajecten vaak onderbekostigd worden, vooral in elv ptz en de Wlz crisiszorg vv. Dit is een nieuwe aanwijzing dat optimalisatie van de dbc-structuur nodig is om zwaardere trajecten voldoende te kunnen bekostigen.

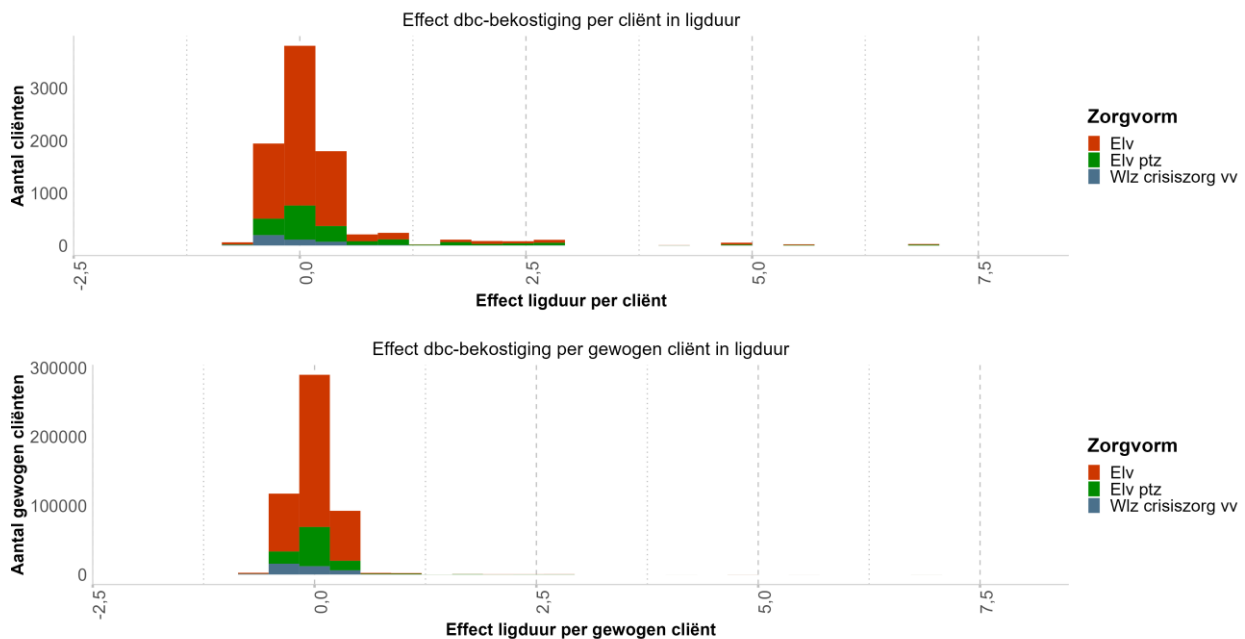




Figuur 26. Effect per (gewogen) cliënt in cliëntgebonden tijd van dbc bekostiging per zorgvorm

### Effect op cliëntniveau ligduur dbc-bekostiging voor overige vormen tijdelijk verblijf

In onderstaand figuur zien we dat de huidige dbc-structuur van de grz wel zou kunnen voldoen om ligduur in de overige vormen van tijdelijk verblijf voldoende te bekostigen.



Figuur 27. Effect per (gewogen) cliënt in ligduur van dbc bekostiging per zorgvorm

## 4.6 Over- en onderbehandeling binnen dbc-bekostiging

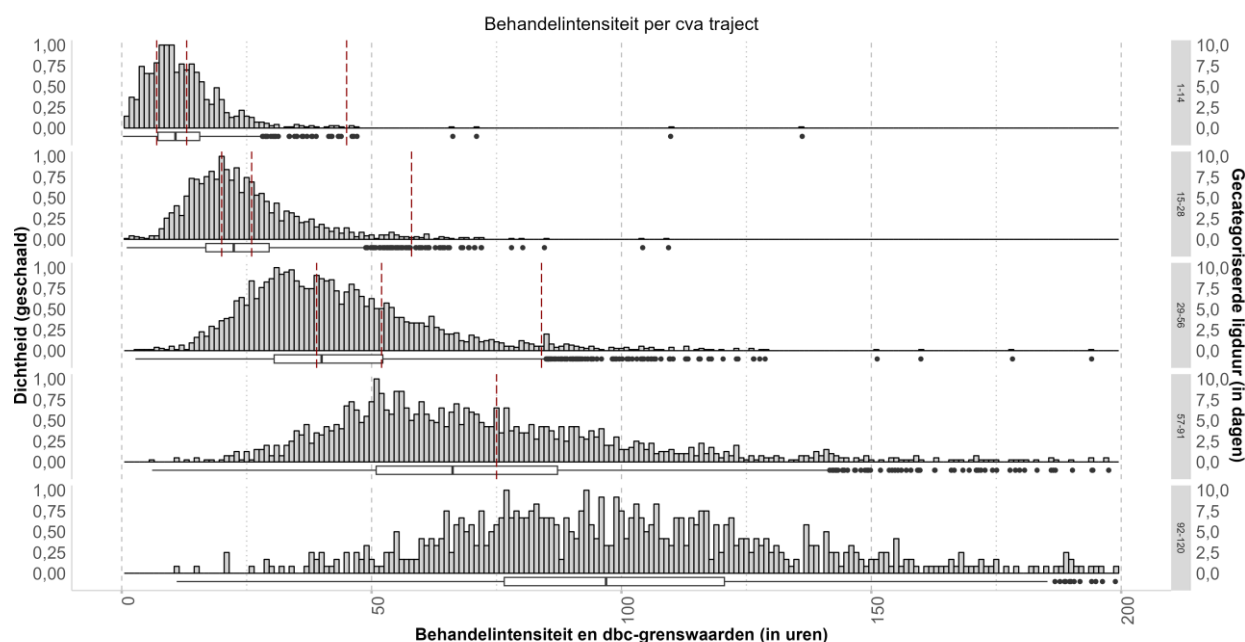
Van dbc-bekostiging is bekend dat het een prikkel kan geven tot over- en onderbehandeling. Overbehandeling is financieel aantrekkelijk wanneer dit leidt tot een duurder declarabel product, terwijl onderbehandeling juist kan voorkomen omdat de extra noodzakelijke behandeling niet zou leiden tot een duurder declarabel product. In de praktijk zien we deze over- en onderbehandeling terug als een

zaagtand: weinig gedeclareerde zorgproducten bevinden zich tegen de grens aan van een duurder zorgproduct, terwijl er over deze grens juist veel gedeclareerde zorgproducten zijn. Omdat de grz in de huidige situatie met dbc-bekostiging is gefinancierd kunnen we inzichtelijk maken in welke mate we zo'n effect terugzien in de gedeclareerde zorgproducten. Daarmee kunnen we iets zeggen over het te verwachten effect als we andere vormen van tijdelijk verblijf via dbc's zouden bekostigen.

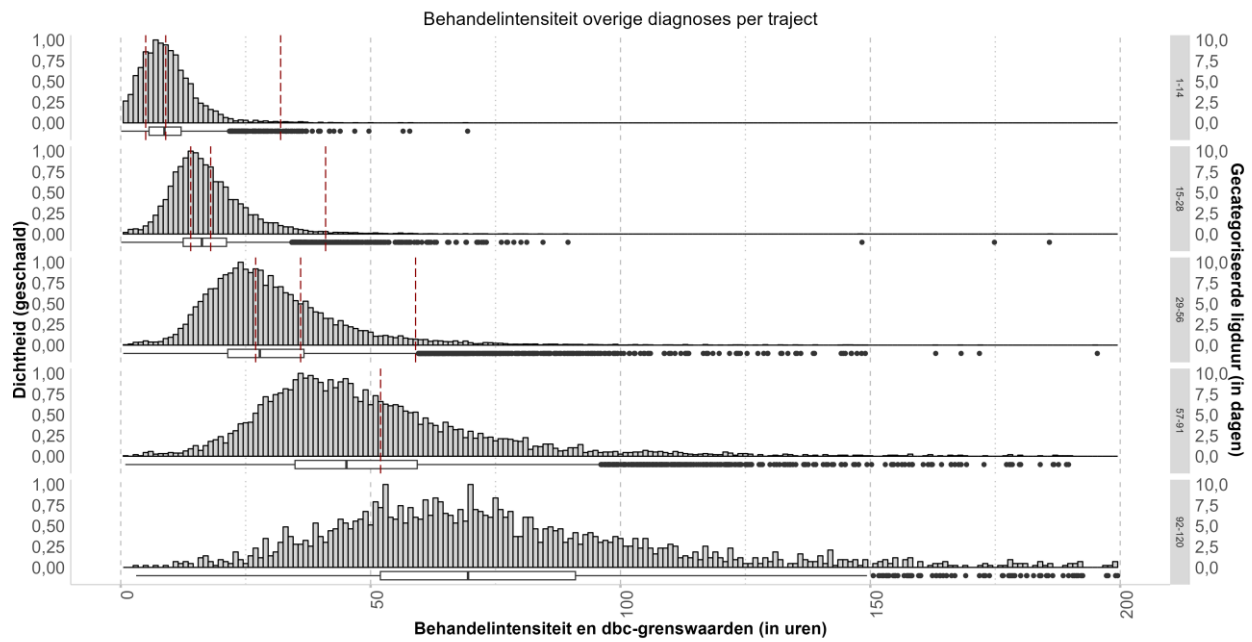
Ook andere bekostigingsvormen kunnen een prikkel tot over- en onderbehandeling geven. Echter is alleen voor trajectbekostiging eenvoudig inzichtelijk te maken hoe sterk die prikkel is. Een theoretische evaluatie van prikkels voor alle bekostigingsvormen is opgenomen in het afwegingskader zoals besproken in het advies.

### Verdeling gedeclareerde cliëntgebonden tijd per zorgproduct voor de grz

In de onderstaande afbeeldingen is de cliëntgebonden tijd per zorgproduct weergegeven. De grenzen van de indeling op basis van cliëntgebonden tijd zijn aangegeven met rode stippellijnen. Er wordt binnen de grz onderscheid gemaakt tussen twee diagnosegroepen (CVA / overige diagnoses). Omdat de grenswaarden verschillen voor deze twee diagnosegroepen zijn ze in aparte figuren weergegeven.



**Figuur 28.** Behandelintensiteit per traject binnen de diagnosegroep cva met de aangegeven indelingsgrenzen

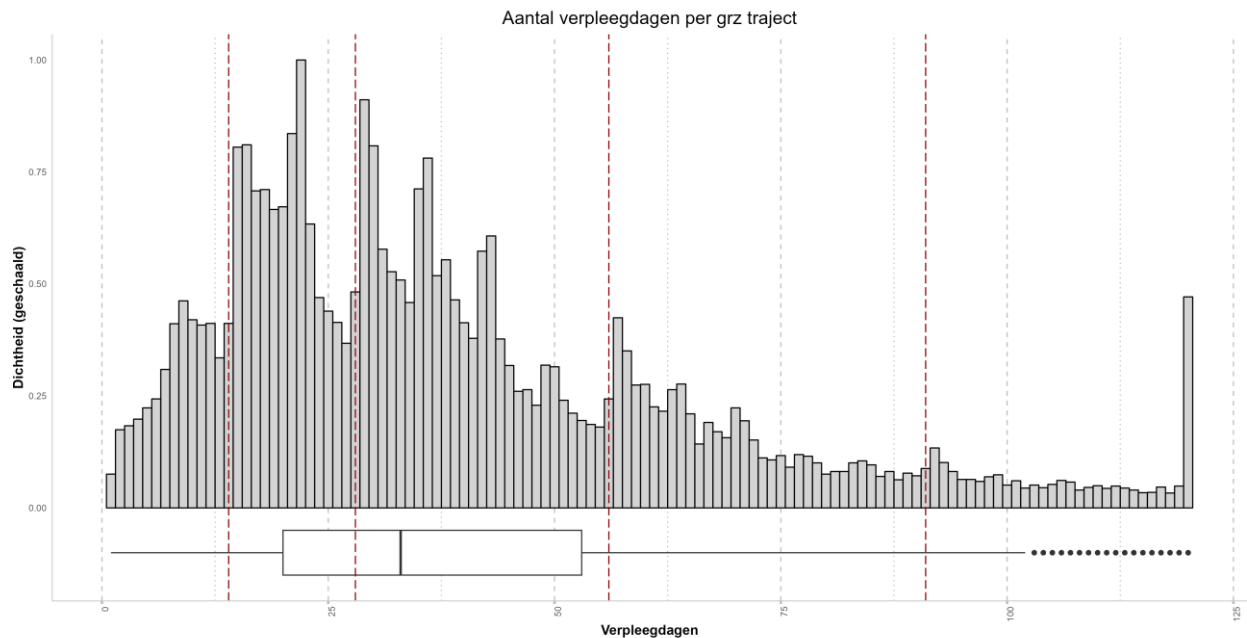


**Figuur 29.** Behandelintensiteit per traject binnen de diagnosegroep overige diagnoses met de aangegeven indelingsgrenzen

Voor behandelintensiteit zien we voor beide diagnosegroepen geen sterke aanwijzingen van over- en onderbehandeling.

### Verdeling gedeclareerde ligduur per zorgproduct voor de grz

Naast behandelintensiteit kent de dbc-systematiek van de grz grenswaarden voor de ligduur van ieder subtraject. Deze grenzen zijn gelijk voor beide diagnosegroepen. Het onderstaande figuur geeft de verdeling van ligduur per traject weer. De rode stippellijnen zijn de grenswaarden.



**Figuur 30.** Aantal verpleegdagen per grz traject met de aangegeven indelingsgrenzen voor de dbc producten

In bovenstaand figuur zien we de zaagtand terugkomen die indicatief is voor onder- en overbehandeling bij dbc-bekostiging.

# 5 Analyses alternatieve prestatie-eenheid modulaire bekostiging

## 5.1 Inleiding

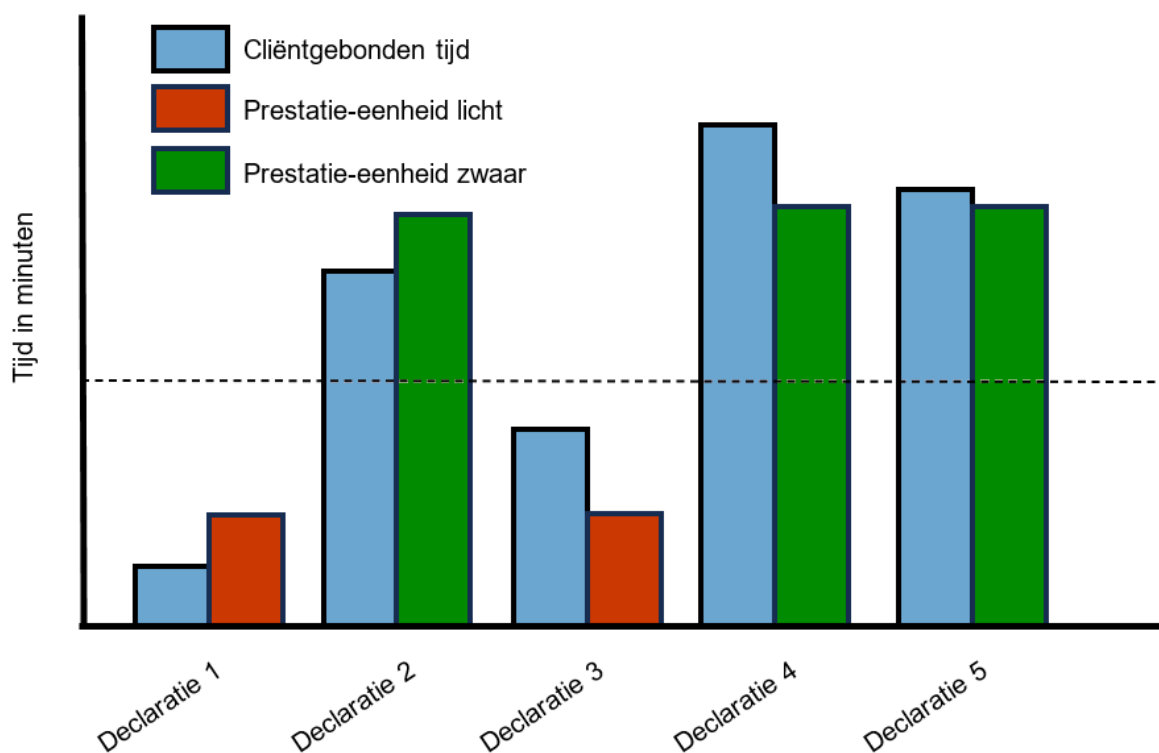
De analyses in hoofdstuk 4 laten zien dat modulaire bekostiging een veelbelovende vorm van bekostiging is. De geanalyseerde prestatie-eenheden, per dag en per uur, hebben een totaal ander effect. De prestatie-eenheid per uur leidt tot toereikende bekostiging zonder effect, maar belooft overbehandeling en leidt tot hogere administratieve lasten. De prestatie-eenheid per dag leidt juist tot minder toereikende bekostiging met een sterker effect maar vereist minder administratie en werkt overbehandeling tegen. In dit hoofdstuk analyseren we twee alternatieve prestatie-eenheden voor modulaire bekostiging die qua effect tussen een modulair uurtarief en dagtarief inzitten. Het betreft een declareerbare toeslag (hierna: add-on) voor extreem zware behandelintensiteit en declareerbare groepering van behandelintensiteit.

De in dit hoofdstuk opgenomen prestatie-eenheden zijn niet opgenomen in het advies. Het advies spreekt zich wel uit voor verdere bepaling van een geschikte prestatie-eenheid op basis van de declaratiedata van de experimentbeleidsregel. In dit hoofdstuk werken we de alternatieve prestatie-eenheden uit en illustreren we het effect van alternatieve eenheden voor zover kan worden bepaald zonder declaratiedata van de experimentbeleidsregel.

## 5.2 Add-on

Binnen deze vormgeving van behandelmodules bestaan voor iedere module twee prestatie-eenheden die per dag kunnen worden gedeclareerd. Als zorg wordt geleverd die binnen een module valt, wordt altijd de basismodule gedeclareerd. Wanneer er meer zorg is geleverd binnen deze module dan een gespecificeerde grenswaarde, kan ook een add-on worden gedeclareerd. In combinatie met een basismodule voor de behandeling medisch, behandeling paramedisch en behandeling gedragswetenschappelijk kan dus ook een add-on voor behandeling medisch, behandeling paramedisch en behandeling gedragswetenschappelijk worden vastgelegd. In figuur 31, onderstaand, is modulaire bekostiging met een basis module en add-on schematisch weergegeven. Er zijn vijf voorbeelddeclaraties uitgewerkt. In het blauw is de geleverde cliëntgebonden tijd weergegeven. Als deze onder de grenswaarde, de zwarte stippellijn, blijft, kan alleen de basismodule (groen) gedeclareerd worden. Als de cliëntgebonden tijd boven de grenswaarde uitkomt, kan ook de add-on (oranje) gedeclareerd worden.

De grenswaarde die gehanteerd wordt voor declaratie van de add-on is alleen bedoeld voor dagen waarop cliënten binnen een module een significant meer cliëntgebonden tijd nodig hebben. De grenswaarde ligt daarom hoog en het aantal verwachte declaraties van de add-on laag. Deze vormgeving van prestaties biedt een (betere) tegemoetkoming van cliënten die (significant) meer cliëntgebonden tijd nodig hebben. Het vastleggen van een basismodule per dag, indien nodig in combinatie met een add-on module, maakt de bekostiging eenvoudig en beperkt een prikkel om meer zorg te leveren en te declareren dan nodig is (overbehandeling). Een gedetailleerde uitwerking van de analyses achter de add-on bekostiging is terug te vinden in hoofdstuk 6.



**Figuur 31.** Schematische weergave van cliëntgebonden tijd en bijpassende prestatie eenheden voor een basismodule plus add-on

### Spreiding cliëntgebonden tijd per modulaire prestatie-eenheid

Module	Zorgvorm	Gem. cliëntgebonden tijd	CV waarde
Gedragwetenschappelijk	Elv	38,19	1,12
Gedragwetenschappelijk	Elv ptz	37,60	0,82
Gedragwetenschappelijk	Grz	37,44	1,03
Gedragwetenschappelijk	Wlz crisiszorg vv	40,52	0,86
Medisch	Elv	27,96	0,91
Medisch	Elv ptz	31,96	0,80
Medisch	Grz	28,12	0,91
Medisch	Wlz crisiszorg vv	42,54	0,88
Paramedisch	Elv	28,81	0,49
Paramedisch	Elv ptz	22,65	0,53
Paramedisch	Grz	46,59	0,56

Module	Zorgvorm	Gem. cliëntgebonden tijd	CV waarde
Paramedisch	Wlz crisiszorg vv	28,62	0,57

Tabel 14. Gemiddelde cliëntgebonden tijd en spreiding voor basis modules

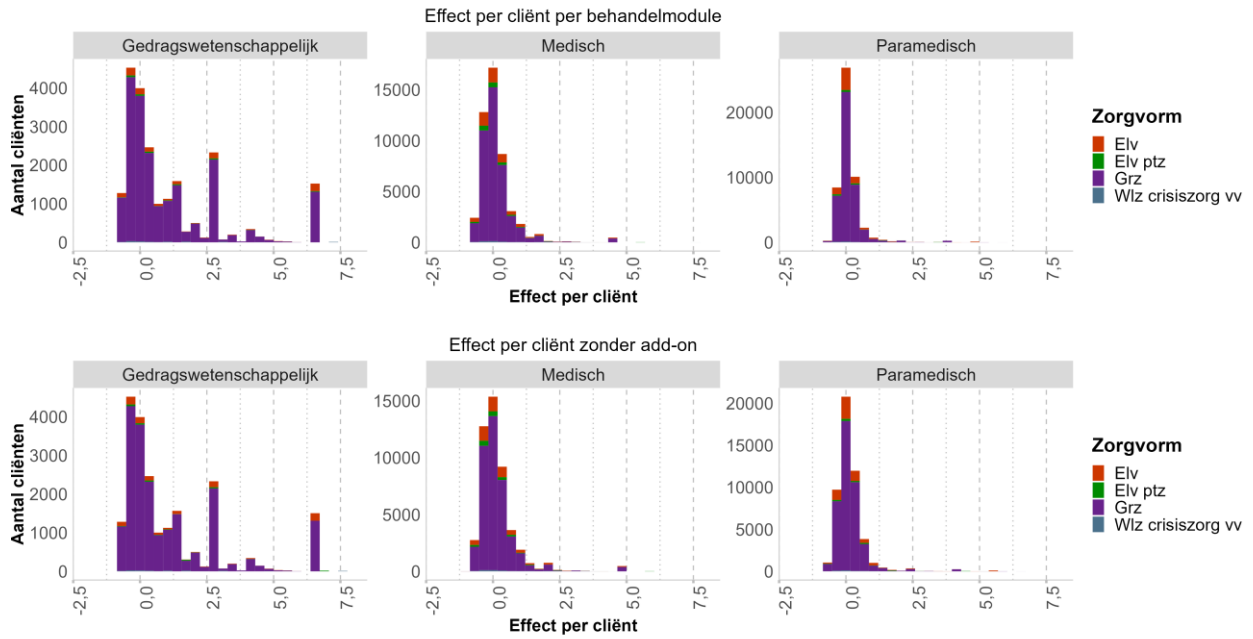
Module	Zorgvorm	Grenswaarde	Gem. cliëntgebonden tijd add-on	Cv waarde add-on	Perc. add-on
Gedragwetenschappelijk	Elv ptz	180	183,33	0,04	0,85
Gedragwetenschappelijk	Wlz crisiszorg vv	230	236,67	0,02	1,14
Medisch	Elv	135	171,16	0,19	1,03
Medisch	Elv ptz	135	186,39	0,21	1,74
Medisch	Grz	135	166,81	0,18	1,01
Medisch	Wlz crisiszorg vv	205	226,75	0,07	1,11
Paramedisch	Elv	75	102,32	0,32	5,39
Paramedisch	Elv ptz	60	79,10	0,35	8,66
Paramedisch	Grz	130	160,89	0,19	3,79
Paramedisch	Wlz crisiszorg vv	90	107,50	0,20	3,27

Tabel 15. Gemiddelde en spreiding bij declaratie van basismodule en add-on

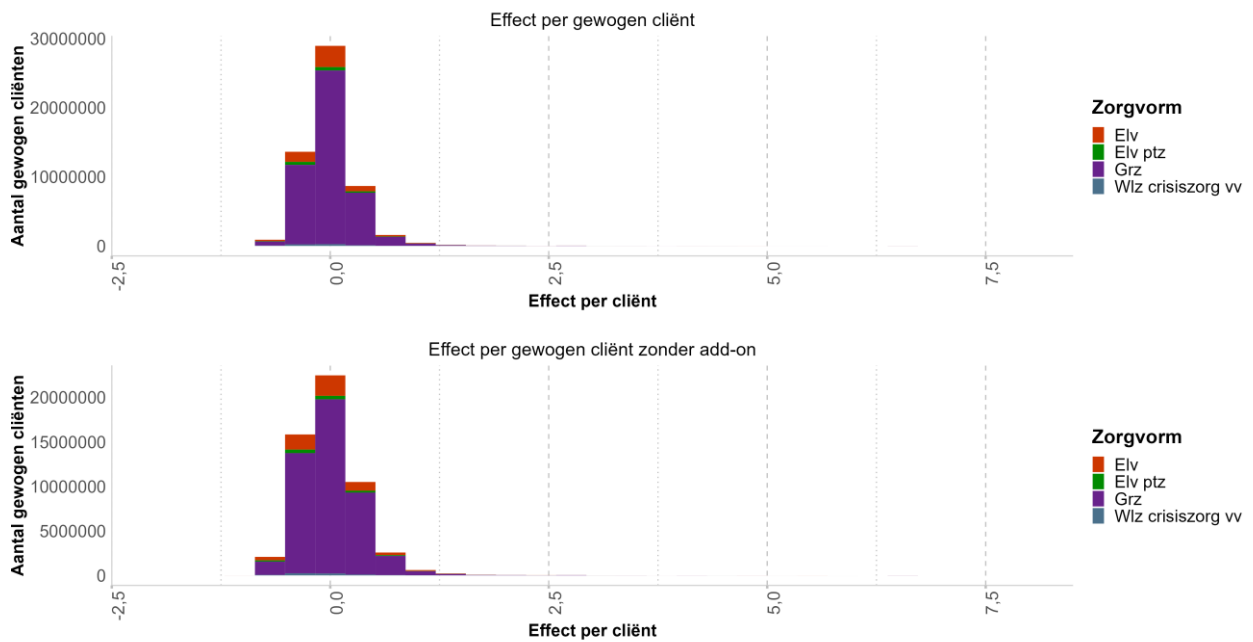
De gemiddelde cliëntgebonden tijd bij declaratie van de add-on is veel hoger dan bij declaratie van alleen de basismodule. Dit wordt veroorzaakt door de onderliggende selectie: alleen statistische outliers mogen ten grondslag liggen aan de add-on prestatie. Er zijn geen outliers gedetecteerd voor de module gedragwetenschappelijk in de zorgvormen elv en de grz, er is daarom ook geen noodzaak om hiervoor een add-on te maken. De spreiding binnen de add-ons is klein. Tegelijkertijd zien we dat de spreiding voor de basis module weinig afneemt bij het toevoegen van de add-on. Dit is verklaarbaar, want de add-on verandert alleen de bekostiging van dagen met een statistisch significant hogere behandelintensiteit.

#### Effect op cliëntniveau cliëntgebonden tijd modulaire bekostiging per dag met add-on

Vanwege de beperkte invloed op de spreiding van de basis modules is het effect van de add-on beperkt. Het effect op cliëntniveau wordt beter bij het gebruik van een add-on, vooral vanwege een zwakker effect voor de module paramedisch.



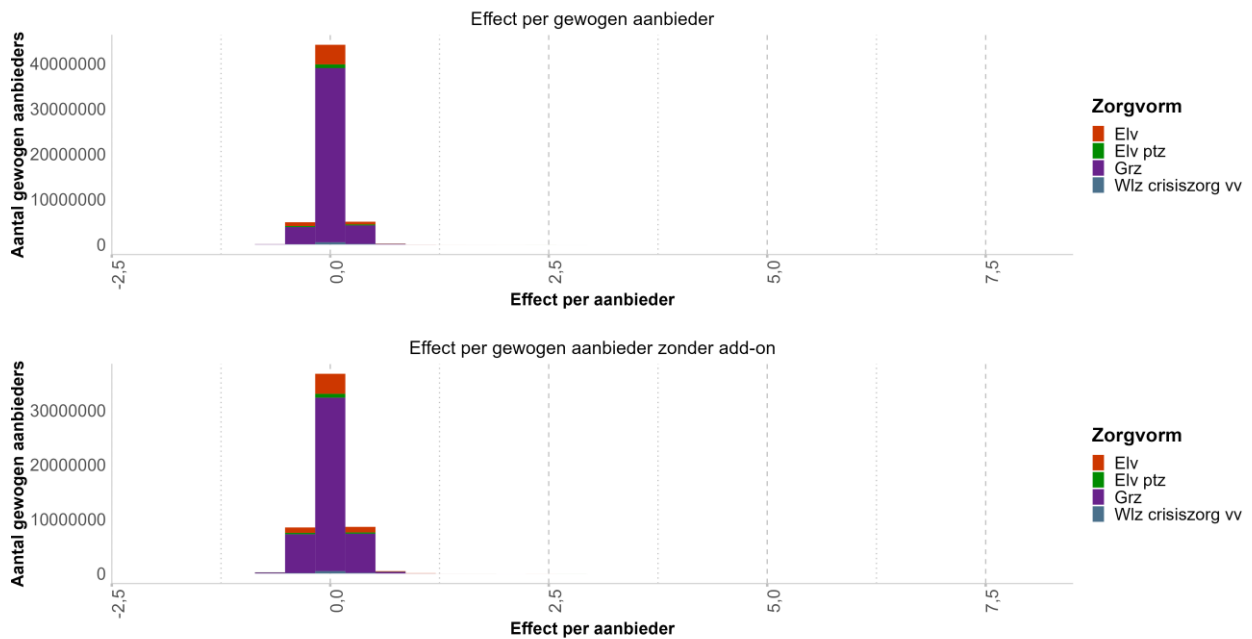
Figuur 32. Effect per cliënt met en zonder gebruik van een add-on prestatie



Figuur 33. Effect per (gewogen) cliënt voor de modulaire bekostiging met en zonder gebruik van een add-on prestatie

### Effect modulaire bekostiging met add-on op zorgaanbieder niveau

Op zorgaanbieder niveau zien we een vergelijkbare verbetering van het effect.



**Figuur 34.** Effect per (gewogen) zorgaanbieder voor de modulaire bekostiging per dag met gebruik van een add-on

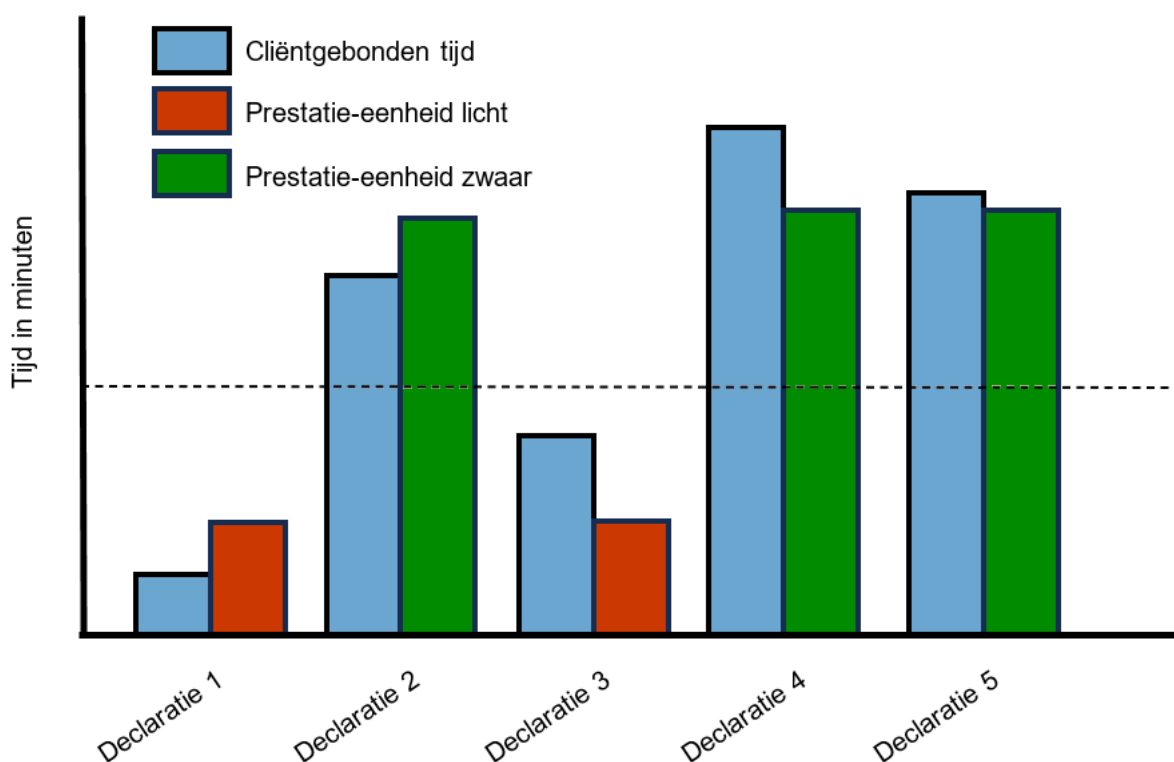
### 5.3 Groepering behandelintensiteit

Een tweede alternatieve prestatie-eenheid gebruikt een groepering van behandelintensiteit. Binnen deze adaptatie van modulaire bekostiging worden per module twee prestaties ontwikkeld. Een onderscheid in prestaties wordt gemaakt op basis van de behandelintensiteit op een dag. Voor iedere module worden twee prestaties gecreëerd (licht en zwaar). Anders dan bij de add-on zijn beide prestatie veel voorkomend en kunnen ze niet samen worden gedeclareerd. Daarmee geeft deze vormgeving van prestaties een verfijnde en (betere) tegemoetkoming aan een grotere groep cliënten die een hoger aantal behandelminuten nodig hebben. Voor deze bekostigingsvorm zouden per module twee tarieven worden ontwikkeld, een voor de prestatie met lichte behandelinzet en een voor de prestatie met zware behandelinzet. In het onderstaande figuur is modulaire bekostiging met een groepering van behandelintensiteit schematisch weergegeven. Er zijn vijf voorbeeld declaraties uitgewerkt. In het blauw is de geleverde cliëntgebonden tijd weergegeven. Als deze onder de grenswaarde, de zwarte stippellijn, blijft, moet de module licht (oranje) gedeclareerd worden. Als de cliëntgebonden tijd boven de grenswaarde uitkomt moet de module zwaar (groen) gedeclareerd worden.

Het kunnen vastleggen van meerdere prestaties binnen een basismodule per dag maakt de bekostiging complexer maar beter aansluitend op de zorglevering dan een dagtarief. In vergelijking met modulaire bekostiging met een prestatie-eenheid van een uur, kan groepering op intensiteit de prikkel beperken om meer zorg te leveren en te declareren dan nodig is (overbehandeling). Belangrijke voorwaarde hierbij is wel dat de gemiddelde cliëntgebonden tijd per dag tussen de groepen cliënten (licht en zwaar) voldoende uiteen liggen.

Voor het bepalen van de grenswaarden tussen licht en zwaar per zorgvorm-module combinatie is een statistische analyse gedaan. Daaruit bleek dat slechts twee groepen goed te onderscheiden waren. In 6.5.2 van de appendix wordt in detail ingegaan op de gekozen methodiek.





**Figuur 35.** Schematische weergave van cliëntgebonden tijd en bijpassende prestatie eenheden voor een groepering van behandelintensiteit

### Spreiding cliëntgebonden tijd per modulaire prestatie-eenheid

Module	Zorgvorm	Grenswaarde	Perc. laag	Perc. hoog	Gem. laag	Gem. hoog	Cv laag	Cv hoog
Medisch	Elv	31,10	72,86	27,14	15,33	67,28	0,54	0,47
Medisch	Elv ptz	38,17	69,99	30,01	18,53	72,23	0,48	0,51
Medisch	Wlz crisiszorg vv	36,50	58,10	41,90	17,89	81,60	0,53	0,51
Medisch	Grz	30,92	72,78	27,22	15,45	67,16	0,52	0,47
Paramedisch	Elv	49,39	85,47	14,53	25,68	74,48	0,42	0,40
Paramedisch	Elv ptz	41,61	83,25	16,75	20,30	63,55	0,48	0,40
Paramedisch	Wlz crisiszorg vv	46,36	85,37	14,63	24,29	71,55	0,48	0,33
Paramedisch	Grz	58,65	67,43	32,57	32,17	89,73	0,36	0,36
Gedragwetenschappelijk	Elv	19,20	47,43	52,57	9,09	64,44	0,40	0,69

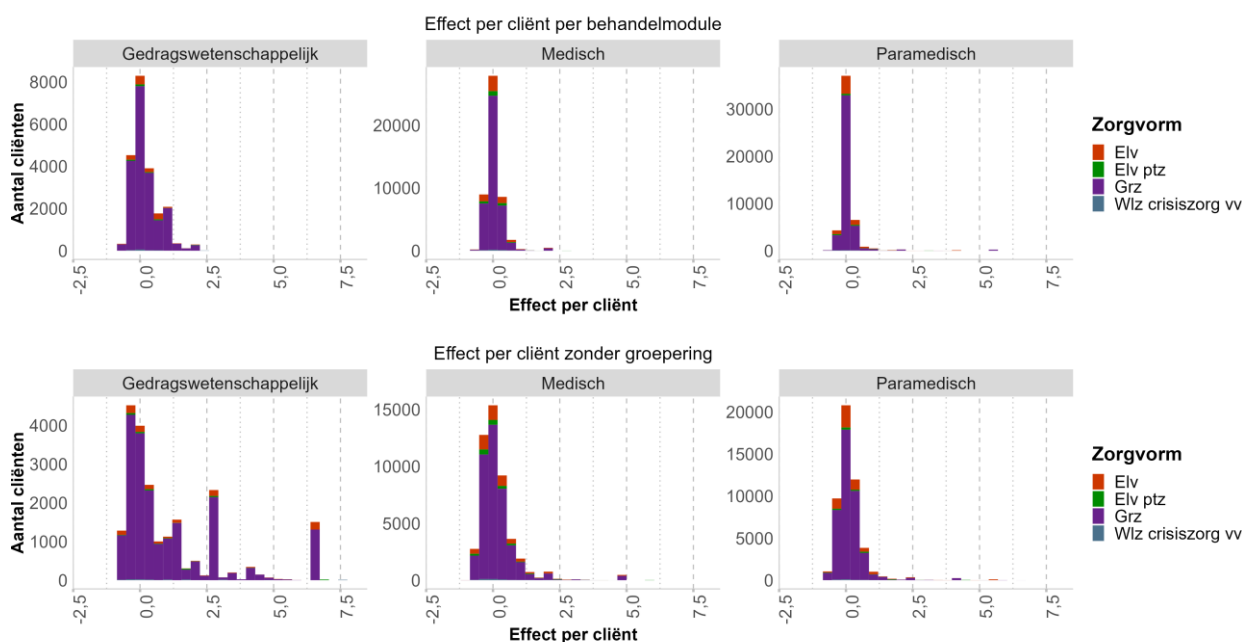
Module	Zorgvorm	Grenswaarde	Perc. laag	Perc. hoog	Gem. laag	Gem. hoog	Cv laag	Cv hoog
Gedragwetenschappelijk	Elv ptz	32,70	57,10	42,90	16,06	69,17	0,56	0,44
Gedragwetenschappelijk	Wlz crisiszorg vv	36,58	58,33	41,67	17,53	78,05	0,54	0,52
Gedragwetenschappelijk	Grz	19,70	46,37	53,63	9,86	61,28	0,39	0,63

Tabel 16. Grenswaarde, verdeling, gemiddelde en spreiding van een modulaire bekostiging met een lichte en zware prestatie

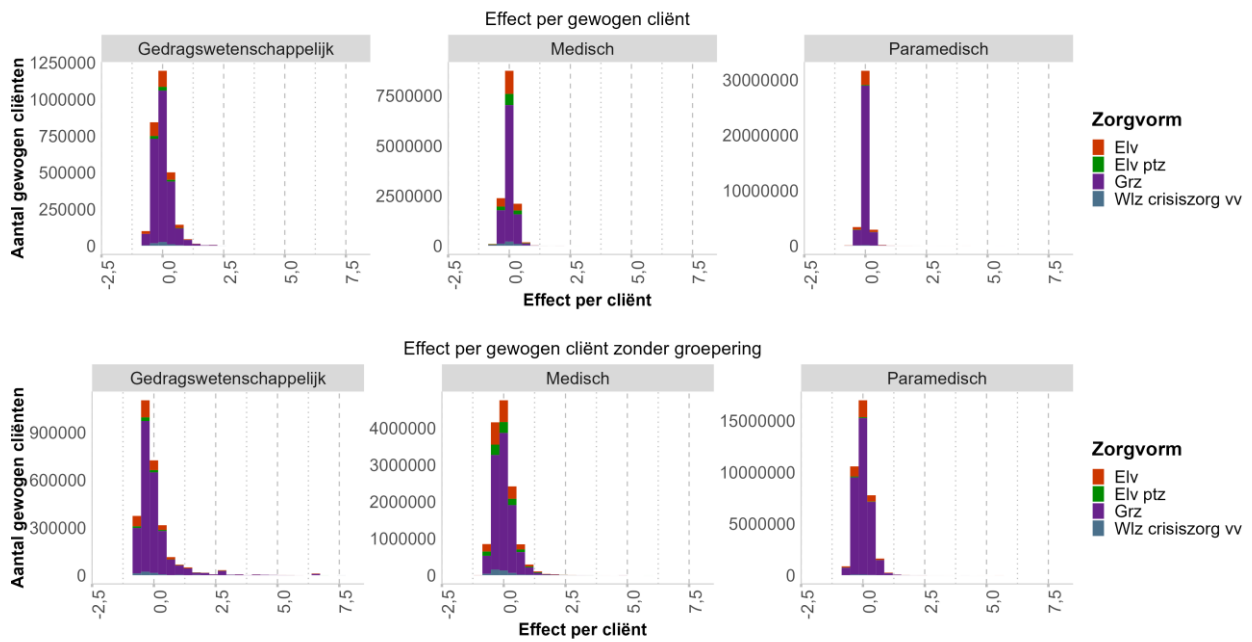
De percentages behandeldagen in de groep met lichte of juist zware behandelintensiteit variëren tussen module-zorgvorm combinaties. Voor de module medisch lijkt de methode goed te werken, met een grenswaarde rond de 35 minuten. Tussen de 60-70% van de data vallen in de lichte behandelintensiteit groep. Voor de module paramedisch ligt de grenswaarde tussen de 40 en 50 minuten te liggen, met uitzondering van de grz. Het percentage data in de lichte behandelintensiteit groep is hoger voor de module paramedisch (>80%), behalve voor de grz (67%). Voor de module gedragwetenschappelijk zijn de zorgvormen elv en grz vergelijkbaar met een grens rond de 20 minuten. De elv ptz en Wlz crisiszorg vv zijn uitzonderlijk, en kennen met 33 en 37 minuten een veel hogere grenswaarde en hoger percentage data in de groep met lichte behandelintensiteit.

### Effect op cliëntniveau cliëntgebonden tijd bij groepering behandelintensiteit

In onderstaande figuren wordt het effect op cliëntniveau van modulaire bekostiging met groepering van behandelintensiteit afgebeeld. Vergeleken met een add-on heeft deze groepering een groter verzwakkend effect voor het effect op cliëntniveau. Dit is verklaarbaar, want het percentage data in de prestatie hoog is veel groter dan bij de add-on. Ook heeft de groepering een effect op alle modules, waar een add-on prestatie vooral de impact verbeterde voor de module paramedisch. Het indelen van cliëntgebonden tijd in groepen lijkt daarmee een valide optie om administratieve lasten laag te houden en toch een zwakker effect op cliëntniveau te introduceren dan onder een modulair dagtarief.



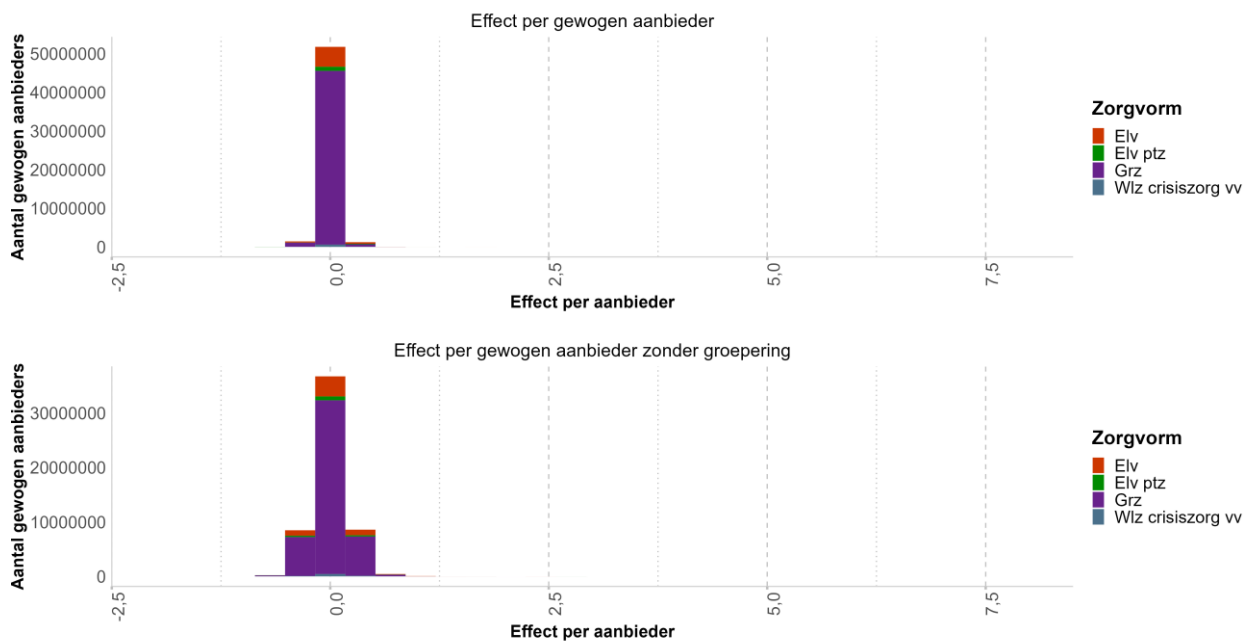
Figuur 36. Effect per cliënt met en zonder groepering op behandelintensiteit (licht/zwaar)



Figuur 37. Effect per gewogen cliënt met en zonder groepering op behandelintensiteit (licht/zwaar)

### Effect modulaire bekostiging met groepering behandelintensiteit op zorgaanbiederniveau

Ook op zorgaanbiederniveau zien we een zwakker effect als gevolg van de toepassing van een groepering van behandelintensiteit.



Figuur 38. Effect per gewogen zorgaanbieder met en zonder groepering op behandelintensiteit (licht/zwaar)

# 6 Appendix I: verantwoording analyses en toelichting onderzoeksmethoden

## 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in het document Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf. Deze informatie wordt per analysemethode gespecificeerd en bevat tevens een verwijzing naar het relevante hoofdstuk. Eerst geven we een overzicht van de gebruikte datasets.

## 6.2 Selectie Kerncijfers

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de kerncijfers van het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv. Voor de kerncijfers gebruiken we declaratiedata van Vektis uit de periode 2018-2022. We selecteren voor het elv declaraties van prestatiecodes die onderdeel uitmaken van de prestatiecodelijst 068 Eerstelijnsverblijf. De prestatie elv in het kader van COVID-19 verblijf en zorg is hierin niet meegenomen (A0012 en A0018). We selecteren voor de Wlz crisiszorg vv declaraties van prestatiecode Z110 (crisiszorg vv met behandeling) die onderdeel uitmaakt van de prestatiecodelijst 055 Wlz

Voor de grz gebruiken we declaratiecijfers uit de periode 2018-2021 omdat deze data door de lange looptijd van de dbc-zorgproducten nog niet compleet zijn. We selecteren declaraties van prestatiecodes die onderdeel uitmaken van de zorgproductgroep 998418 Geriatrische Revalidatiezorg.

### Definities

**Ligduur:** We berekenen de gemiddelde ligduur op basis van het begin- en einddatum van de declaratie voor het elv en de Wlz crisiszorg vv. Voor de grz berekenen we de gemiddelde ligduur op basis van het aantal geregistreerde verpleegdagen (zorgactiviteit: 194804).

**Zorgaanbieders:** Voor de berekening van het aantal zorgaanbieders gebruiken we alleen informatie van zorgaanbieders met tenminste 10 unieke cliënten in 2021.

**Vergoeding van het maximumtarief:** We gebruiken de maximumtarieven van de NZa om de gemiddelde vergoeding per zorgvorm en prestatie te berekenen. De berekening betreft alleen prestatiecodes en zorgproducten waar een maximumtarief beschikbaar is.

## 6.3 Selectie data registratieonderzoek

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 presenteren wij grafieken en tabellen op basis van registraties van zorgaanbieders. Voor de selectie van grz data verwijzen we naar paragraaf 3.2 onder “Selectie van de grz data”. Voor de selectie elv en Wlz crisiszorg vv hebben we in de periode van 1 juli 2022 tot en met 31 december 2022 een representatieve groep van aanbieders (steekproef) gevraagd om een tijdsregistratie bij te houden over zorg in het kader van elv en Wlz crisiszorg vv. Een specificatie van de

registratievereisten is opgenomen in appendix II. De geselecteerde zorgaanbieders hebben de geregistreerde gegevens aangeleverd aan de NZa.

Er zijn controles gedaan op de aangeleverde data. Een deel van alle aangeleverde gegevens is niet bruikbaar voor dit onderzoek. Deze gegevens worden niet meegenomen in de analyse. Het gaat om 5,5% van de aangeleverde gegevens.

In de volgende gevallen zijn de gegevens niet meegenomen:

- (a) De instellingscode ontbreekt;
- (b) Het cliëntnummer ontbreekt;
- (c) De prestatiecode ontbreekt of is ingevuld met een ongeldige waarde;
- (d) De begin- en/of einddatum ontbreekt of is ingevuld met een ongeldige waarde;
- (e) Het aantal kalenderdagen/verpleegdagen is negatief of is meer dan het aantal dagen tussen begin- en einddatum;
- (f) Er zijn meer records met verschillende prestatiecodes per unieke cliënt per instelling op dezelfde dag;
- (g) De uitvoerdatum is gevuld met een ongeldige waarde;
- (h) De uitvoerend specialismecode is gevuld met een ongeldige waarde;
- (i) Het aantal tijdschrijven is ingevuld met een ongeldige waarde;

Trajecten met dezelfde prestatiecodes en aaneengesloten periode van opname worden samengevoegd tot één traject. Trajecten met verschillende prestatiecodes en aaneengesloten periode van opname worden niet in deze analyses meegenomen.

We hebben ten behoeve van de analyses naar een toekomstige prestatiestructuur in hoofdstuk 4 en 5 de huidige prestaties elv laag complex en elv hoog complex samengevoegd tot de zorgvorm elv. Als er in tabellen en grafieken wordt gesproken over “prestaties”, dan onderzoeken we de resultaten voor elv laag complex en hoog complex afzonderlijk. Als er sprake is van “zorgvorm”, dan onderzoeken we binnen het elv het gezamenlijke effect op elv laag complex en hoog complex.

## 6.4 Representativiteitstoets registratieonderzoek

Belangrijke doelen binnen de doorontwikkeling van de bekostiging van het elv zijn het ontwikkelen van de prestatiestructuur en een herijking van de tarieven op basis van een nieuw kostenonderzoek. We hebben in de periode van 1 juli 2022 tot en met 31 december 2022 een representatieve groep van aanbieders (steekproef) gevraagd om een tijdsregistratie bij te houden en in een later stadium bijbehorende kosten aan te leveren. Belangrijke vraag is of de geselecteerde instellingen op basis van inzichten uit de gegevens van 2019 nog steeds in hoge mate representatief zijn voor de populatie als geheel in 2022. Daarnaast is van belang of de aangeleverde gegevens door deze geselecteerde groep van zorgaanbieders (statistisch) voldoende representatief zijn om een betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de (gemiddelde) inzet van behandelaren bij het leveren van zorg en het uitvoeren van prestaties.

In deze paragraaf willen we ingaan op de vraag in hoeverre:

- De geselecteerde aanbieders (op grond van declaraties 2019) representatief zijn voor de populatie van zorgaanbieders in 2022;
- De aangeleverde registratiegegevens gegevens qua omvang, nauwkeurigheid en betrouwbaarheid statistisch voldoende zijn:
  - op het niveau van een individuele cliënt
  - op het niveau van een zorgvorm (unieke prestatie).

### Leeswijzer

De (omvang) van de steekproef is gebaseerd op algemene kaders van de NZa om de benodigde kwalitatief hoogwaardige dataset te verkrijgen die ten grondslag kan liggen aan het voorgenomen beleid. Als startpunt geven we een korte beschrijving van de steekproef en de mate waarin de geselecteerde zorgaanbieders zich in 2019 - voorafgaand aan het registratie onderzoek (ex ante)-verhouden tot de populatie van zorgaanbieders binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv. Tenslotte beoordelen we achteraf (ex post) of de opgehaalde registratiegegevens voldoende representatief zijn om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de populatie van zorgaanbieders en cliënten binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv als geheel.

## 6.4.1 Algemene gehanteerde (statistische) kaders NZa

Om uiteindelijk statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de kostenhomogeniteit, de (logische) opbouw van de beoogde prestatiestructuur en toekomstige tarieven en de verwachte omzet (impactanalyse), is het bepalen van een representatieve groep van aanbieders belangrijk.

Een steekproef hebben we rondom vier belangrijke kenmerken geconstrueerd: betrouwbaarheid, nauwkeurigheid, homogeniteit en representativiteit. We lichten deze kenmerken kort toe.

1. **Betrouwbaarheid:** geeft aan hoe *betrouwbaar* je, op basis van een steekproef, een voorspelling over de hele populatie kunt doen. Dat wil zeggen: bij herhaling van de steekproef, in hoeveel procent van de gevallen doe je dezelfde uitspraak of voorspelling? Gangbaar is een percentage van 95%.
2. **Nauwkeurigheid (ook wel foutmarge genoemd):** geeft aan hoe *precies* je, op basis van een steekproef, voorspellingen kunt doen over de hele populatie. Met de nauwkeurigheid bepalen we met welk percentage de onderzoeksuitkomsten mogelijk kunnen afwijken als je het onderzoek herhaalt. Gangbaar is een percentage van 10% of kleiner voor het totaal en 15% voor de subpopulaties.
3. **Homogeniteit:** geeft aan hoe ver de waarnemingen van een steekproef bij elkaar vandaan liggen. Als de waarnemingen sterk van elkaar afwijken kan beter een grotere steekproef getrokken worden. Immers, met minder waarnemingen krijg je niet de hele spreiding in beeld. De standaarddeviatie is een maat voor de spreiding. Om te weten of de standaarddeviatie groot of klein is, relateren we deze aan het steekproefgemiddelde door de cv-waarde<sup>3</sup> te berekenen. De cv-waarde is een getal groter dan nul.
4. **Representativiteit:** geeft aan in hoeverre de steekproef een gelijke verdeling van kenmerken bevat als de hele populatie. Dat kunnen kenmerken zijn zoals de gemiddelde ligduur binnen het elv of de Wlz crisiszorg vv maar ook andere kenmerken zijn mogelijk, zoals de omvang van de omzet van de zorgaanbieders. We streefden vooraf bij het trekken van de steekproef naar een selectie van zorgaanbieders die staan voor 2/3 deel van de macro omzet in de populatie elv als geheel. Voor Wlz crisiszorg vv lag dit aandeel op 1/3 van de macro omzet.

## 6.4.2 Representativiteit van het registratieonderzoek 2022

### Is de geselecteerde groep zorgaanbieders representatief voor de populatie als geheel in 2022?

De steekproef is getrokken op basis van de inzichten uit de declaraties over 2019. Tussen 2019 en 2022 kunnen zich verschillende ontwikkelingen in de zorgmarkt voor het elv en de Wlz crisiszorg vv hebben voorgedaan. Om die reden hebben we allereerst gekeken of de geselecteerde zorgaanbieders voor het

<sup>3</sup> Cv-waarde is gelijk aan de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde.

registratie- en kostenonderzoek nog steeds in gelijke mate representatief zijn voor de sectoren als geheel in 2022. Dit hebben we onderzocht door de geselecteerde groep aanbieders te vergelijken met de populatie als geheel op basis van de declaratiecijfers van zorgverzekeraars (Vektis) over het gehele jaar 2022.

We beginnen met de analyse van het elv.

Selectie	Prestatiecode	Aantal cliënten	Aantal eenheden	Declaratiebedrag	Aandeel cliënten	Aandeel eenheid	Aandeel bedrag
Steekproef	Elv laag complex	4510	136063	21203095	0,17	0,18	0,11
Steekproef	Elv hoog complex	15579	473485	122035494	0,60	0,63	0,64
Steekproef	Elv ptz	5792	137335	48439515	0,22	0,18	0,25
Populatie	Elv laag complex	7104	225714	34236229	0,19	0,20	0,12
Populatie	Elv hoog complex	21611	694464	175802169	0,59	0,63	0,64
Populatie	Elv ptz	7861	189560	66704597	0,21	0,17	0,24

**Tabel 17.** Vergelijking van relevante kengetallen elv tussen steekproef en de populatie (bron Vektis)

In bovenstaande tabel hebben we voor zowel de geselecteerde aanbieders als de populatie als geheel weergegeven hoeveel unieke cliënten zijn behandeld, hoeveel dagen ze zijn verbleven binnen het elv en welke bedragen zijn gedeclareerd. De geselecteerde aanbieders zijn verantwoordelijk voor ruim 2/3 deel van de totale cliëntenpopulatie, verblijfsdagen en gedeclareerde bedragen binnen het elv in het jaar 2022. Dit is vergelijkbaar met onze verwachting op voorhand. Vanwege de omvang kan op basis van de gegevens van de geselecteerde zorgaanbieders in 2022, betrouwbare uitspraken worden gedaan over de zorglevering binnen de sector als geheel.

De wijze waarop de uiteindelijke steekproef is bepaald, houdt rekening met verschillende deelpopulaties binnen de sector, bijvoorbeeld hospices of (relatief kleine) aanbieders die alleen laag complexe zorg leveren. We zien dat terug in de resultaten: de verhoudingen tussen de drie reguliere elv-prestaties zijn vergelijkbaar tussen de steekproef en de populatie als geheel. De laatste drie kolommen in tabel 17 laten zien dat de onderlinge verhoudingen tussen prestaties voor cliënten, het aantal verblijfsdagen en gedeclareerde bedragen nagenoeg niet verschillen tussen de geselecteerde aanbieders en de sector als geheel.

Als we kijken naar de Wlz crisiszorg vv, zien we dat de geselecteerde aanbieders verantwoordelijk zijn voor 1/6 deel van de totale cliëntenpopulatie, verblijfsdagen en gedeclareerde bedragen binnen Wlz crisiszorg vv in het jaar 2022. Dit aandeel is beduidend lager dan de beoogde omvang (1/3 deel).

Selectie	Prestatiecode	Aantal cliënten	Aantal eenheden	Declaratiebedrag	Aandeel cliënten	Aandeel eenheid	Aandeel bedrag
Overige aanbieders	Wlz crisiszorg vv	3853	51157	16987204	0,84	0,82	0,82
Steekproef	Wlz crisiszorg vv	752	11346	3775934	0,16	0,18	0,18

Tabel 18. Vergelijking van relevante kengetallen Wlz crisiszorg vv tussen steekproef en de populatie (bron Vektis)

Tussen 2019 en 2022 is binnen deze zorgvorm de macro omvang aan declaraties en cliënten meer dan verdubbeld, waardoor de gemaakte selectie aan aanbieders op grond van gegevens uit 2019 ineens een kleiner aandeel van de populatie in 2022 omvat. In hoeverre dit gegeven de betrouwbaarheid van alle analyses en resultaten beïnvloedt, onderzoeken we in het vervolg van deze paragraaf.

### Heeft het registratieonderzoek voldoende betrouwbare informatie opgeleverd?

Op basis van de declaratiecijfers van zorgverzekeraars hebben we gezien dat de geselecteerde groep zorgaanbieders een representatieve afspiegeling is van de populatie in het jaar 2022. We hebben de geselecteerde zorgaanbieders gevraagd om in de periode van een half jaar (juli tot en met december 2022) een registratie bij te houden over de zorglevering aan cliënten.

De ontvangen registratiegegevens hebben we gecontroleerd en gevalideerd met de betreffende zorgaanbieders (zie paragraaf 6.3). De analyses in dit rapport zijn gebaseerd op de registratiegegevens die voldoen aan het spelregeldocument en de bijbehorende registratievereisten. De beschreven analyses en resultaten in deze bijlage hebben ten doel om onze beleidsvoornemens in het adviesrapport verder vorm te geven en te ondersteunen. Om te beoordelen of we op basis van de opgehaalde registratiegegevens (statistisch) betrouwbare uitspraken kunnen doen over de zorglevering binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv, hebben we getoetst of de registratiegegevens voldoende representatief zijn.

In onderstaande tabel laten we per prestatie de belangrijkste kengetallen zien over de gevalideerde registratiegegevens, die ten grondslag liggen aan de analyses in dit rapport:

- *Aantal cliënten*: het aantal unieke cliënten;
- *Aantal dagen*: het aantal geregistreerde verblijfsdagen;
- *Gemiddelde ligduur*: de geobserveerde gemiddelde ligduur van een cliënt;
- *Cv-waarde ligduur*: geeft de mate van homogeniteit aan van de geobserveerde ligduur;
- *Gemiddelde tijdsinzet*: de gemiddelde ingezette cliëntgebonden tijd per dag;
- *Cv-waarde tijdsinzet*: geeft de mate van homogeniteit aan van de ingezette tijd per dag.

Prestatie	Aantal cliënten	Aantal dagen	Gem. ligduur	Cv ligduur	Gem. tijd	Cv tijd
Elv laag complex	1357	33261	27,85	0,86	10,56	3,14
Elv hoog complex	6165	176142	30,83	0,84	26,37	2,2
Elv ptz	1921	46526	26,2	1,24	29,48	2,19
Wlz crisiszorg vv	450	7056	15,76	0,61	40,45	1,81

Tabel 19. Relevante kengetallen prestaties op basis van het registratieonderzoek (bron NZa)



De gemiddelde ligduur in het registratieonderzoek is representatief voor de populatie

Binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv kan de ligduur van trajecten van cliënten in sterke mate variëren. We weten dat de gemiddelde inzet van cliëntgebonden tijd per dag verandert naarmate de ligduur toeneemt. Om die reden bekijken we ook of de gemiddelde ligduur van cliënten binnen het registratieonderzoek vergelijkbaar is met de gemiddelde ligduur van de populatie als geheel.

Prestatie	Gem. ligduur steekproef	Cv ligduur steekproef	Gem. ligduur populatie	Cv ligduur populatie
Elv hoog complex	30,83	0,84	29,76	0,89
Elv laag complex	27,85	0,86	29,64	0,85
Elv ptz	26,20	1,24	23,90	1,33
Wlz crisiszorg vv	15,76	0,61	13,5	0,42

Tabel 20. Vergelijking van relevante kengetallen over ligduur tussen steekproef en de populatie (bron NZa en Vektis)

Wanneer we de gemiddelde ligduur van cliënten vergelijken tussen de steekproef en de populatie, zien we in bovenstaande tabel dat deze een gelijke orde van grootte kent. Dit geldt ook voor de geobserveerde spreiding van de ligduur (cv-waarde). Op basis van een statistische toets is aangetoond dat voor de elv-prestaties de gevonden gemiddelde ligduur in de steekproef niet significant afwijkt van de gemiddelde ligduur in de populatie<sup>4</sup>.

### Representatieve omvang aan cliënten binnen het registratieonderzoek

Vanuit de kaders van de NZa houden we voor betrouwbaarheid een percentage aan van 95%. Ten aanzien van de nauwkeurigheid kijken we naar drie scenario's: het streefpercentage van 10% en twee alternatieve waarden 5% en 15%. De cv-waarden worden gelijk gesteld aan de geobserveerde spreiding in de ingezette cliëntgebonden tijd per dag vanuit het registratieonderzoek (tabel 19, kolom "cv tijd"). We zien in onderstaande tabel het benodigde aantal cliënten in de steekproef.

Prestatie	Aantal cliënten	Nauwkeurigheid - 5%	Nauwkeurigheid - 10%	Nauwkeurigheid - 15%
Elv hoog complex	6165	5536	1716	800
Elv laag complex	1357	4839	2474	1364
Elv ptz	1921	3807	1496	745
Wlz crisiszorg vv	450	2406	992	502

Tabel 21. Representativiteitstoets op de minimale vereiste omvang aan cliënten (bron NZa)

<sup>4</sup> We hebben zowel op basis van Vektis gegevens als het registratieonderzoek voor elke prestatie een 99%-betrouwbaarheidsinterval geconstrueerd rond de gemiddelde ligduur van een traject. Deze betrouwbaarheidsintervallen overlappen, wat inhoudt dat de gemiddelde ligduur in het registratieonderzoek niet significant afwijkt van het populatiegemiddelde (op basis van Vektis gegevens). Alleen voor Wlz crisiszorg vv kunnen we deze uitspraak niet doen.

In de tweede kolom zien we het aantal unieke cliënten per prestatie, zoals deze voorkomen binnen het registratieonderzoek. In de laatste drie kolommen staat de minimale vereiste omvang van cliënten weergegeven bij het hanteren van drie verschillende nauwkeurighedsniveaus.

In het algemeen wordt voor nauwkeurigheid (foutmarge) een streefwaarde van 10% (of lager) als uitgangspunt gehanteerd. Voor de prestaties elv hoog complex en elv ptz wordt ruimschoots aan de benodigde omvang aan cliënten voldaan bij een streefwaarde van 10%. Voor de prestaties elv laag complex en Wlz crisiszorg vv is de omvang aan unieke cliënten in het registratieonderzoek niet toereikend voor een streefpercentage aan nauwkeurigheid van 10%. Binnen de steekproefmethode zijn beide prestaties als aparte subpopulaties (strata) opgenomen, waardoor hier een nauwkeurighedspercentage van 15% ook nog acceptabel is.

De nauwkeurigheid voor elv laag complex komt op 15%. De foutmarge is hoger dan de gewenste marge van 10%, en hangt samen met de hoge spreiding in de ingezette cliëntgebonden tijd binnen de steekproef (cv-waarde is 3,1). Bij het trekken van de steekproef zijn we op grond van het meest recente en beschikbare onderzoek en literatuur uitgegaan van een veel lagere verwachte spreiding in de ingezette cliëntgebonden tijd (cv-waarde 2,4). Ondanks deze inzichten achteraf, is de omvang aan cliënten in de steekproef toereikend voor een nauwkeurighedspercentage van 15%.

De nauwkeurigheid voor de Wlz crisiszorg vv komt op 16%. De foutmarge is hier hoger dan de gewenste marge van 10% als gevolg van de ontwikkelingen in de zorgmarkt. Tussen 2019 en 2022 is binnen deze zorgvorm de macro omvang aan declaraties en cliënten meer dan verdubbeld. Bij het trekken van de steekproef is deze significante groei in omvang (zowel aan declaraties als het aantal cliënten) niet verwacht en voorzien. Ondanks deze inzichten achteraf, is de omvang aan cliënten in de steekproef (nagenoeg) toereikend voor een nauwkeurighedspercentage van 15%.

### Representatieve omvang aan prestaties binnen het registratieonderzoek

Er is ook gekeken naar de minimale omvang van de productie per prestatie in het registratieonderzoek. Ook hier houden we voor betrouwbaarheid een percentage aan van 95%. Ten aanzien van de nauwkeurigheid kijken we naar drie scenario's: het streefpercentage van 10% en twee alternatieve waarden 5% en 15%. De cv-waarden worden gelijk gesteld aan de geobserveerde spreiding in de ingezette cliëntgebonden tijd per dag vanuit het registratieonderzoek (tabel 19, kolom "cv tijd"). We zien in onderstaande tabel het benodigde aantal verblijfsdagen in de steekproef.

Prestatie	Aantal dagen	Nauwkeurigheid - 5%	Nauwkeurigheid - 10%	Nauwkeurigheid - 15%
Elv hoog complex	176142	7362	1858	829
Elv laag complex	33261	14201	3729	1675
Elv ptz	46526	7098	1829	819
Wlz crisiszorg vv	7056	4663	1238	558

**Tabel 22.** Representativiteitstoets op de minimale vereiste omvang aan verblijfsdagen (bron NZa)

In de tweede kolom zien we het aantal geregistreerde verblijfsdagen per prestatie, zoals deze voorkomen binnen het registratieonderzoek. In de laatste drie kolommen staat de minimale vereiste omvang aan verblijfsdagen weergegeven bij het hanteren van drie verschillende

nauwkeurighedsniveaus. Voor alle genoemde prestaties wordt ruimschoots aan de benodigde omvang aan verblijfsdagen voldaan bij een streefwaarde van 10%.

### 6.4.3 Conclusies ten aanzien van de representativiteit

Het is van belang of de aangeleverde gegevens door deze geselecteerde groep van zorgaanbieders (statistisch) voldoende representatief zijn om een betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de (gemiddelde) inzet van behandelaren bij het leveren van zorg en het uitvoeren van prestaties. Op basis van de uitgevoerde representativiteitstoets zijn dit de belangrijkste bevindingen:

- De geselecteerde groep zorgaanbieders (op grond van informatie over 2019) is representatief voor de populatie als geheel in 2022;
- Het registratieonderzoek levert voldoende betrouwbare en representatieve informatie op als:
  - de omvang aan cliënten is voor de prestaties toereikend om te voldoen aan de vereisten voor betrouwbaarheid en nauwkeurigheid;
  - de omvang aan geregistreerde prestaties is voor alle prestaties ruimschoots toereikend om te voldoen aan de vereisten voor betrouwbaarheid en nauwkeurigheid;
  - de geobserveerde gemiddelde ligduur in het registratieonderzoek wijkt voor alle prestaties niet significant af van de geobserveerde gemiddelde ligduur in de populatie als geheel.

De aangeleverde en gevalideerde registratiegegevens zijn vanuit het perspectief van een modulaire bekostiging voldoende representatief om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over het leveren van zorg (het uitvoeren van prestaties) en de (gemiddelde) inzet aan cliëntgebonden tijd van behandelaren binnen de zorgvormen elv en Wlz crisiszorg vv.

## 6.5 Specifieke databewerkingen registratieonderzoek

Na het controleren van de aangeleverde registratiegegevens, de selectie van valide registratiegegevens en het uitvoeren van de representativiteitstoets, hebben we een definitieve brondataset vastgesteld.

Ten behoeve van de analyses in de hoofdstukken 3,4 en 5 zijn nog twee specifieke databewerkingen uitgevoerd:

- Simulatie van inzet verpleegkundige tijd;
- Het toepassen van een afkappunt bij cliëntgebonden tijd per dag.

### 6.5.1 Simulatie verpleegkundige tijd

Voorafgaand aan het registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv is een spelregeldocument gedeeld met deelnemende zorgaanbieders. In dit spelregeldocument is aangegeven dat voor verpleegkundigen alleen 6 verpleegtechnische handelingen geregistreerd hoefden te worden. Als dit toch te veel administratieve lasten opleverde, is er alleen voor verpleegkundigen de keuze geweest om een 'standaardwaarde' te registreren. Deze standaardwaarde betreft een registratie van 5 minuten.

De standaardwaarde van 5 minuten is de laagste waarde die kan worden geregistreerd. Indien we deze waarde gebruiken, zal dit leiden tot een onderschatting van de daadwerkelijke tijd. Om deze onderschatting te voorkomen is er een simulatie van de verpleegkundige tijd gedaan in de gevallen waarvan niet bekend is dat de werkelijk geleverde tijd is geregistreerd. Na het registratieonderzoek hebben we alle deelnemende zorgaanbieders om een bevestiging gevraagd of zij de werkelijk leverde tijd of de standaardwaarde hebben geregistreerd. Bij een bevestiging dat de werkelijke tijd is geregistreerd, hebben we deze tijd gebruikt zoals deze bij ons is aangeleverd. Bij de gevallen zonder

bevestiging, of een bevestiging dat de standaardwaarde is geregistreerd, hebben we de verpleegkundige tijd gesimuleerd.

Deze simulatie is gedaan gebaseerd op de prestatie, het moment in het traject en de aanwezigheid van behandeling door de so. Op basis van de registraties die bevestigd de werkelijke tijd voor verpleegkundigen hebben geregistreerd is er een verdeling gemaakt. Binnen deze verdeling is er bijvoorbeeld gekeken naar de kans dat een cliënt de eerste dag van zijn elv laag complex verblijf 10 minuten behandeling heeft ontvangen van een verpleegkundige als er die dag ook een so is langsgelopen. Deze kansen zijn berekend voor alle voorkomende combinaties van de prestatie, moment in het traject en aanwezigheid van de so. Aan de hand van de berekende kansen is het aantal minuten geschat per individu op de dagen dat er (niet bevestigde) verpleegkundige tijd is geregistreerd.

Met beschreven methode is voor elke cliënt de tijd voor de verpleegkundige gesimuleerd als er een registratie is gedaan voor verpleegkundigen. Dit zorgt voor een complete dataset waarbij de verpleegkundige tijd bruikbaar is voor alle cliënten. Hierbij is het wel belangrijk dat er rekening wordt gehouden met het feit dat een deel van de verpleegkundige tijd is gebaseerd op een schatting.

## 6.5.2 Afkappunt cliëntgebonden tijd per dag

Bij inspectie van de data observeerden we een aantal onrealistische datapunten, zoals een behandelintensiteit van bijna 24 uur per dag. Daarom onderzochten we de effecten van het invoeren van een afkappunt (maximaal 4 uur per module per cliënt per dag), om zo het effect van niet-plausibele waarden te verkleinen op de verdere outlier- en vervolganalyses van bekostigingsvormen. In onderstaande tabel zien we dat het hanteren van een afkappunt voor plausibiliteit van 4 uur geen grote schoning laat zien in de dataset ten opzichte van het scenario waarin we alle gegevens meenemen (maximale schoning betreft minder dan 1% van de waarnemingen).

Prestatiecode	Module	Aantal	Aantal na afkap	Vershil
Elv laag complex	Gedragwetenschappelijk	20	20	0
Elv laag complex	Medisch	430	430	0
Elv laag complex	Paramedisch	4548	4548	0
Elv hoog complex	Gedragwetenschappelijk	4439	4415	24
Elv hoog complex	Medisch	36835	36813	22
Elv hoog complex	Paramedisch	53974	53940	34
Elv ptz	Gedragwetenschappelijk	715	715	0
Elv ptz	Medisch	13142	13106	36
Elv ptz	Paramedisch	4097	4095	2
Wlz crisiszorg	Gedragwetenschappelijk	269	267	2

Prestatiecode	Module	Aantal	Aantal na afkap	Vershil
Wlz crisiszorg	Medisch	1811	1805	6
Wlz crisiszorg	Paramedisch	1044	1044	0
GRZ locatie	Gedragwetenschappelijk	93167	92859	308
GRZ locatie	Medisch	492534	492278	256
GRZ locatie	Paramedisch	962025	960460	1565
GRZ ambuland	Gedragwetenschappelijk	891	890	1
GRZ ambuland	Medisch	3983	3979	4
GRZ ambuland	Paramedisch	12191	12141	50

**Tabel 23.** Effect van het gebruik van een afkappunt van maximaal 4 uur behandeling per module per dag

Daarom hebben we in de analyses het afkappunt op de maximaal in te zetten cliëntgebonden tijd van 4 uur gehanteerd. Wanneer een waarneming een waarde heeft van meer dan 240 minuten, wordt deze teruggebracht tot de waarde van het afkappunt: 240 minuten.

## 6.6 Analyses

### 6.6.1 Outlier analyse t.b.v. add-on

In hoofdstuk 5 hebben we gekeken naar een alternatieve vormgeving van een modulaire bekostiging. In paragraaf 5.2 is gekeken naar het toevoegen van add-on, wanneer de zorglevering aan cliënten significant afwijkt ten opzichte van de gemiddelde zorglevering. Dit sluit aan bij het statistische begrip "outlier".

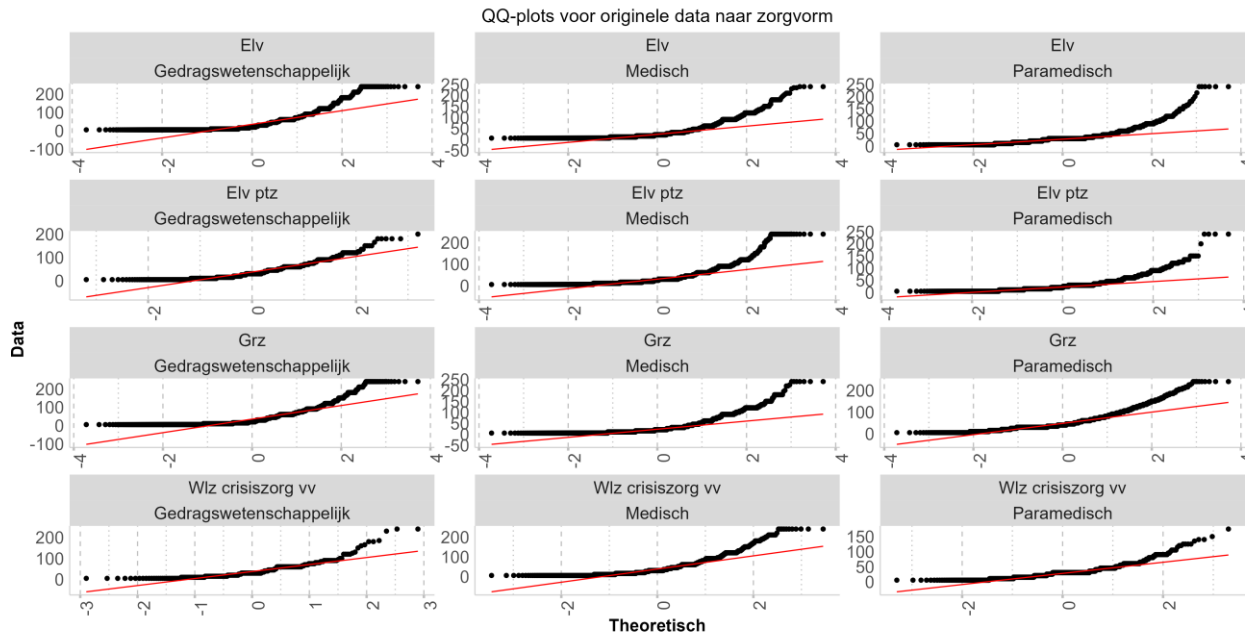
In deze sectie wordt uitgelegd hoe outliers te definiëren zijn voor de distributies. Voor normaal verdeelde populaties hanteert de NZa in beginsel een afwijking van 2 of meer standaarddeviaties ten opzichte van het gemiddelde (zowel boven als onder het gemiddelde) als definitie voor een outlier. Zoals in sectie 3.6 geconcludeerd is de onderhavige verdeling in het kader het registratieonderzoek rechtsscheef verdeeld.

Er zijn verschillende manieren om outlier detectie uit te voeren voor rechtsscheef verdeelde distributies. De hieronder uitgewerkte methode is de *Tukey's Ladder of Powers* transformatie. Deze methode voert een reeks aan transformaties uit en test de getransformeerde data voor normaliteit. De gekozen transformatie is de transformatie die Shapiro-Wilks W statistiek maximaliseert. Dit komt in essentie neer op de transformatie die een normaal verdeling zo dicht mogelijk benadert. De data hoeven daarvoor niet daadwerkelijk significant normaal getoetst te zijn. De kracht van de transformatie wordt uitgedrukt in een waarde lambda. Een lambda van 0 is gelijk aan een logtransformatie en een lambda van 1 staat gelijk aan geen transformatie. Negatieve lambda's zijn sterkere transformaties en positieve lambda's staan voor lichtere transformaties. Onderstaande tabel geeft de optimale transformatie weer per zorgvorm en module combinatie voor cliëntgebonden tijd per dag.

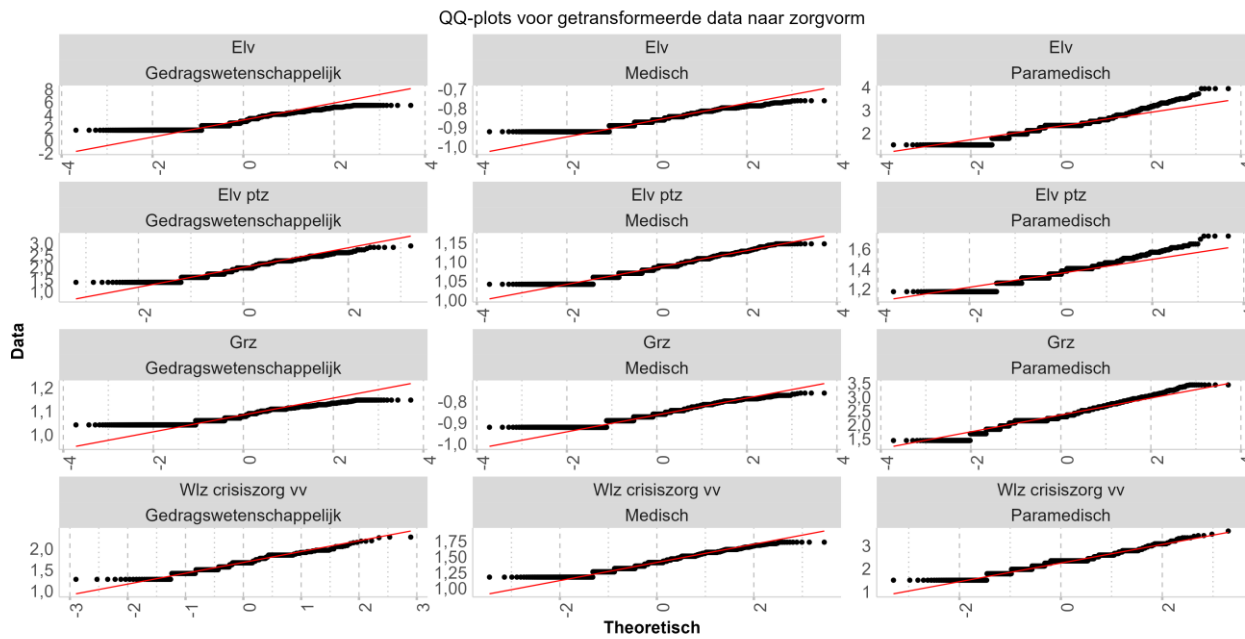
Domein	Module	Lambda
Elv	Medisch	-0,05
Grz	Medisch	-0,05
Elv ptz	Medisch	0
Wlz crisiszorg vv	Medisch	0,1
Elv	Paramedisch	0,25
Grz	Paramedisch	0,225
Elv ptz	Paramedisch	0,1
Wlz crisiszorg vv	Paramedisch	0,25
Elv	Gedragwetenschappelijk	0
Grz	Gedragwetenschappelijk	0,025
Elv ptz	Gedragwetenschappelijk	0,2
Wlz crisiszorg vv	Gedragwetenschappelijk	0,15

**Tabel 24.** Optimale transformatie per module-zorgvorm combinatie

Het effect van de transformatie kan inzichtelijk gemaakt worden met QQ-plots. Hieronder zijn de QQ-plot voor de originele en getransformeerde data weergegeven. De zwarte punten geven de (getransformeerde) data weer terwijl de rode lijn weergeeft hoe een normaal verdeelde verdeling eruit zou zien. In de QQ-plots valt te zien dat de transformatie de verdeling minder rechtsscheef maakt. Wel blijven er opvallend veel observaties van 5 minuten cliëntgebonden tijd over die aan de linker kant van de QQ-plot leiden tot een afwijking van normaliteit.



**Figuur 39.** QQ-plots van de originele data (nog niet getransformeerd)



**Figuur 40.** QQ-plots van de getransformeerde data, getransformeerd met optimale transformatie per combinatie

Na de transformatie zijn per zorgvorm module combinatie outliers geïdentificeerd als datapunten die ten minste twee standaarddeviaties afwijken van het gemiddelde. De resulterende outliers staan hieronder beschreven. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen outliers boven en outliers onder het gemiddelde.

Zorgvorm	Module	Type	Aantal	Percentage	Aantal cliënten
Elv	Gedragwetenschappelijk	geen outlier	4379	0,26	1210
Elv	Medisch	geen outlier	36297	2,18	5040
Elv	Medisch	outlier boven	375	0,02	321
Elv	Paramedisch	geen outlier	50335	3,02	6190
Elv	Paramedisch	outlier boven	3070	0,18	1702
Elv	Paramedisch	outlier onder	3565	0,21	1804
Elv ptz	Gedragwetenschappelijk	geen outlier	698	0,04	241
Elv ptz	Gedragwetenschappelijk	outlier boven	6	0	5
Elv ptz	Medisch	geen outlier	11750	0,71	1611
Elv ptz	Medisch	outlier boven	227	0,01	152
Elv ptz	Medisch	outlier onder	1046	0,06	485
Elv ptz	Paramedisch	geen outlier	3329	0,2	846
Elv ptz	Paramedisch	outlier boven	346	0,02	197
Elv ptz	Paramedisch	outlier onder	319	0,02	212
Grz	Gedragwetenschappelijk	geen outlier	93168	5,59	19543
Grz	Medisch	geen outlier	487544	29,25	38234
Grz	Medisch	outlier boven	4993	0,3	4319
Grz	Paramedisch	geen outlier	879562	52,78	38293
Grz	Paramedisch	outlier boven	36327	2,18	15661
Grz	Paramedisch	outlier onder	46140	2,77	18681
Wlz crisiszorg vv	Gedragwetenschappelijk	geen outlier	261	0,02	134



Zorgvorm	Module	Type	Aantal	Percentage	Aantal cliënten
Wlz crisiszorg vv	Gedragwetenschappelijk	outlier boven	3	0	3
Wlz crisiszorg vv	Medisch	geen outlier	1782	0,11	377
Wlz crisiszorg vv	Medisch	outlier boven	20	0	17
Wlz crisiszorg vv	Paramedisch	geen outlier	1005	0,06	274
Wlz crisiszorg vv	Paramedisch	outlier boven	34	0	28

**Tabel 25.** Verdeling van outliers per module-zorgvorm combinatie

Het grootste percentage outliers wordt waargenomen binnen de grz voor de module paramedisch. Deze outliers zijn sterk verspreid over de verschillende cliënten. We vinden geen aanwijzingen dat specifieke cliënten een totaal ander zorggebruik hebben.

Ter controle hebben we dezelfde outlier analyse toegepast op de losse prestatiecodes binnen de verschillende zorgvormen. De verschillen tussen bovenstaande resultaten en de resultaten van de analyse met losse prestatiecodes waren zeer klein.

Module	Aantal andere classificaties	Percentage andere classificaties
Gedragwetenschappelijk	0	0
Medisch	1779	0,32
Paramedisch	6886	0,66

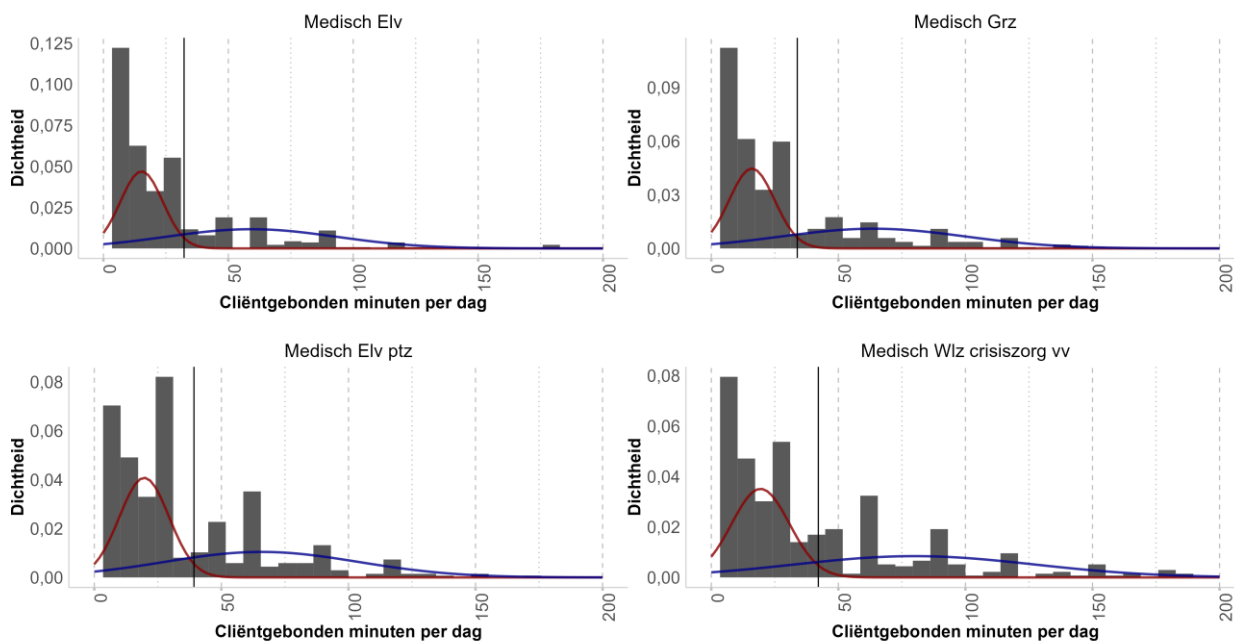
**Tabel 26.** Verdeling outliers per module over de zorgvormen heen

## 6.6.2 Analyses grenswaarden groepering behandelintensiteit

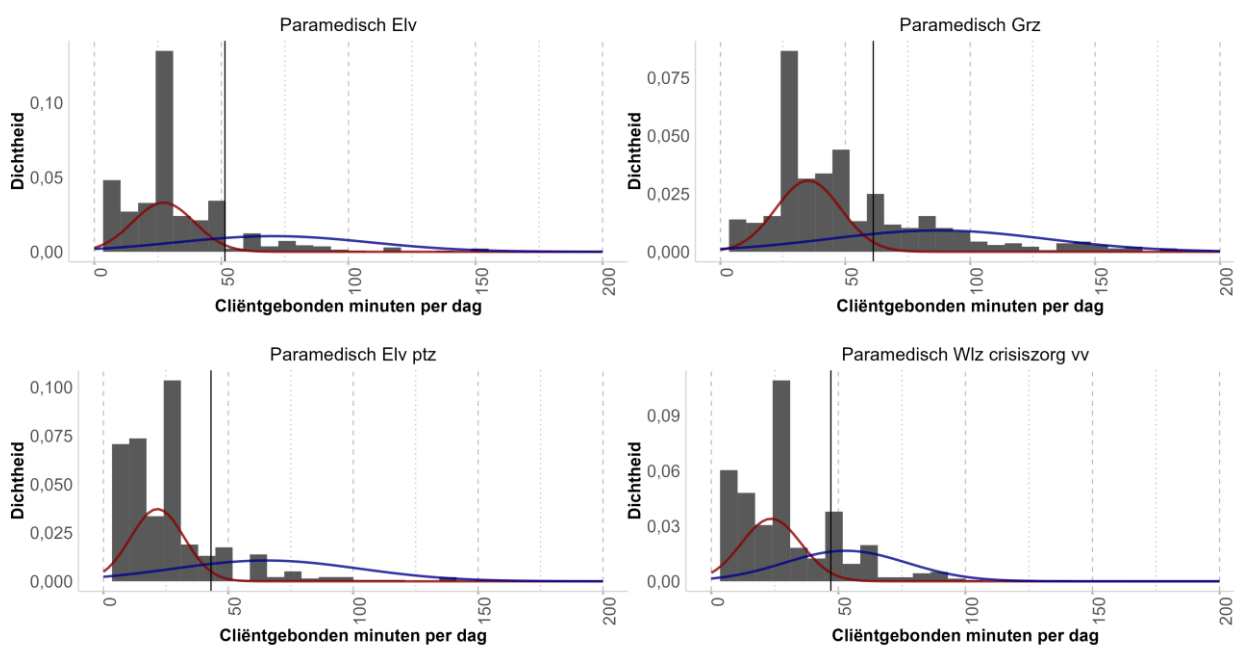
In paragraaf 5.3 wordt een tweede alternatieve prestatie-eenheid beschreven aan de hand van een groepering van behandelintensiteit. Binnen deze adaptatie van modulaire bekostiging worden per module twee prestaties ontwikkeld. Een onderscheid in prestaties wordt gemaakt op basis van de behandelintensiteit op een dag. Voor iedere module worden twee prestaties gecreëerd (licht en zwaar).

De definitie en afbakening van de prestaties bij groepering van behandelintensiteit is anders dan bij de add-on. De definitie berust op het fitten van twee normaalverdelingen op de totale verdeling van behandelintensiteit per dag. De prestatie voor lichte behandelinzet is gebaseerd op de normaalverdeling met een lager gemiddelde behandelintensiteit. De prestatie voor zware behandelinzet op de normaalverdeling met een hoger gemiddelde behandelintensiteit. Tijdens dit onderzoek bleek dat het lastig is om meer dan twee prestaties te maken, vanwege de overlap tussen de tweede en eventueel derde normaalverdeling.

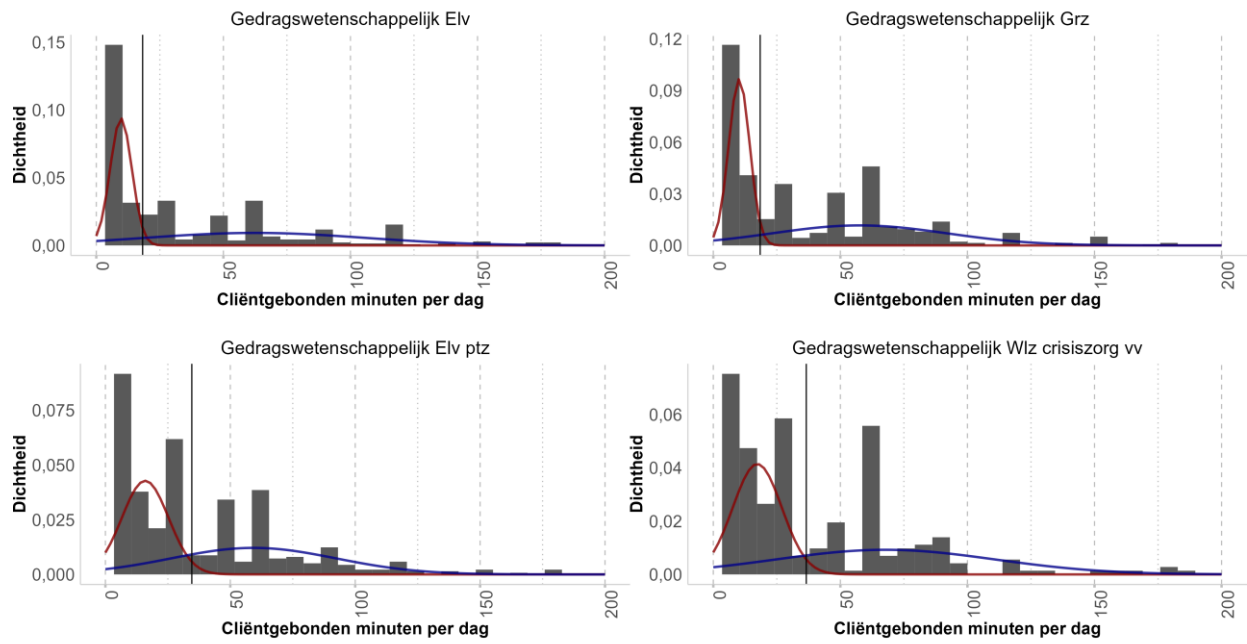
Onderstaande visualisatie laat zien hoe deze methode de grenzen van de prestaties bepaald. De rode lijn vormt de normaal verdeling met een lager gemiddelde terwijl de blauwe lijn de normaal verdeling met een hoger gemiddelde vormt. De zwarte verticale lijn laat de grenswaarde tussen de prestaties zien.



**Figuur 41.** Verdeling van behandeling in lichte en zware behandelinzet voor module medisch doormiddel van twee normaalverdelingen



**Figuur 42.** Verdeling van behandeling in lichte en zware behandelinzet voor module paramedisch doormiddel van twee normaalverdelingen



**Figuur 43.** Verdeling van behandeling in lichte en zware behandelinzet voor module gedragwetenschappelijk doormiddel van twee normaalverdelingen

# 7 Appendix II: Registratieregels eerstelijnsverblijf en Wlz crisiszorg vv (versie 3.0)

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>69</b>
<b>2</b>	<b>Voor welke prestaties geldt dit registratieonderzoek?</b>	<b>70</b>
<b>3</b>	<b>Registratie eerstelijnsverblijf en Wlz crisis vv</b>	<b>71</b>
3.1	Traject- en patiëntkenmerken	71
3.2	Tijdschrijven	73
<b>4</b>	<b>Nadere toelichting op spelregels registratie en zorgtypering en activiteiten</b>	<b>75</b>
4.1	Registratie patiënt/traject kenmerken	75
4.2	Registratie tijdschrijven: patiëntgebonden tijd	75
<b>5</b>	<b>Addendum aanvullende optionele registratie hospices</b>	<b>79</b>

# 1 Algemeen

Binnen het eerstelijnsverblijf en Wlz crisiszorg<sup>5</sup> vv zal per 1 juli 2022 een registratieverplichting gaan gelden voor (een deel van) de aanbieders. Dit spelregeldocument betreft een weergave van de regels voor de registratieverplichting voor het eerstelijnsverblijf en Wlz crisiszorg vv. Deze spelregels zijn opgesteld op basis van de reeds geldende regels bij de registratieverplichting voor de geriatrische revalidatiezorg (grz). Samen met experts uit het veld hebben we de registratieset uit de grz aangepast om het passend te maken voor het eerstelijnsverblijf en Wlz crisiszorg vv.

In hoofdstuk 2 geven we weer voor welke prestaties de registratieverplichting gaat gelden. In hoofdstuk 3 en 4 wordt ingegaan op de beoogde spelregels bij een registratieverplichting. Tot slot staat in de bijlage een addendum met optionele aanvullende registraties specifiek voor hospicezorg.

<sup>5</sup> 'Crisiszorg: zorg voor cliënten bij een plotselinge, ernstige ontregeling (in fysieke, sociale en psychische gesteldheid van de cliënt of van de omgeving) met als gevolg het ontstaan van een acuut onhoudbare situatie in het thuismilieu of de woonsituatie van de cliënt. Het is hierbij noodzakelijk om opname binnen 24 tot 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's, medische complicaties en/of ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.' (Bron: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021 - BR/REG-21118c).

## 2 Voor welke prestaties geldt dit registratieonderzoek?

Hieronder geven we weer welke prestaties onderdeel uitmaken van het registratieonderzoek.

Wel:

- Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking
- Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden
- Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase
- Wlz prestatie crisiszorg vv met behandeling (Z110)

Niet:

- Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie)
- Onderlinge dienstverlening

Gedeeltelijk:

- Experimentprestatie: resultaatbeloning en zorgvernieuwing.  
Alle experimenten maken onderdeel uit van het registratieonderzoek met uitzondering van onderstaande codes:
  - A0012 Eerstelijnsverblijf in het kader van COVID-19 verblijf en zorg;
  - A0017 Verblijf in het kader van de Wzd;
  - A0018 Cohortverpleging per 2022.

# 3 Registratie eerstelijnsverblijf en Wlz crisis vv

Wanneer de registratieverplichting gaat gelden worden een aantal algemene (patiënt-)gegevens geregistreerd. Het betreft twee hoofdonderdelen:

- Traject- en patiëntkenmerken;
- Tijdschrijven.

Aan de trajecten worden het (onderliggende) tijdschrijven gekoppeld.

**In de Excel 'aanleverformulier registratievereisten elv en wlz-crisis vv 2022, versie 3.0' worden de registratievereisten toegelicht, waarbij de onderstaande algemene gegevens in ieder geval moeten worden vastgelegd en aangeleverd.**

## 3.1 Traject- en patiëntkenmerken

Definitie traject: Een aaneengesloten periode waarop een patiënt verblijft binnen het eerstelijnsverblijf of de Wlz crisis vv. Het traject start op de datum waarop eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv begonnen is. Dit betreft de datum waarop de eerste activiteit in het kader van de zorg binnen het elv of de Wlz crisis vv heeft plaatsgevonden. Het traject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt in het eerstelijnsverblijf of in de Wlz crisis vv eindigt. Daarvan is in ieder geval sprake als: de behandeling is afgerond, voortijdige beëindiging van de behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar, wijziging van prestatie (bijv. van elv hoog complex naar elv ptz), overplaatsen van de patiënt naar een andere instelling/locatie of zorgvorm of overlijden van de patiënt. Indien een patiënt wordt ontslagen en na een aantal dagen opnieuw wordt opgenomen, of als de patiënt tijdelijk afwezig is bij een proefverlof, start er bij de nieuwe opname ook een nieuw traject eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv en dient een nieuwe begindatum geregistreerd te worden.

Bij een traject dienen de volgende (patiënt)gegevens te worden geregistreerd:

1. *INSTELLING\_CODE*  
Identificatie aanleverende instelling conform AGB-codering. De AGB code vormt de unieke identificatie van de declarerende instelling.
2. *TRAJECTNUMMER*  
Unieke identificatie van het traject.
3. *PATIËNT\_IDENTIFICATIENUMMER*  
Uniek nummer om de patiënt mee te identificeren, dit nummer is bedoeld om de patiëntgegevens en trajectgegevens uit tabblad "Traject en patiënt" te kunnen koppelen aan de tijdsinzet van behandelaren in het tabblad "Tijdschrijven". Bij herhaalde aanlevering van gegevens van dezelfde patiënt moet hetzelfde identificatienummer gebruikt worden.
4. *PRESTATIECODE*

Code van de prestatie, volgens [Prestatiecodelijst 068 Eerstelijnsverblijf](#) en [Prestatiecodelijst 055 Wlz](#) (zie ook onder 2. 'Voor welke prestaties geldt dit registratieonderzoek?'). De reeds gestarte experimenten in het eerstelijnsverblijf zijn opgenomen in de Prestatiecodelijst 068 Eerstelijnsverblijf, maar het is geen limitatieve lijst. Nieuw te starten experimenten kunnen bij aanvang onder de dan bekende, eigen prestatiecode worden vastgelegd.

5. *AANDUIDING\_PRESTATIECODELIJST*

Code die aangeeft welke prestatiecodelijst gebruikt is, met aanduiding van de oorsprong van de codes en/of de beheerder ervan.

6. *PRESTATIE\_BEGINDATUM*

Datum waarop eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv begonnen is. Dit betreft de datum waarop de eerste activiteit in het kader van de zorg heeft plaatsgevonden. Indien een patiënt wordt ontslagen en na een aantal dagen opnieuw wordt opgenomen, start er een nieuw traject eerstelijnsverblijf en dient een nieuwe begindatum geregistreerd te worden. De registratieverplichting start vanaf 01/07/2022. Dit betekent dat de registratieverplichting van toepassing is voor alle patiënten die vanaf 01/07/2022 binnen het elv zijn/worden opgenomen. Dit geldt ook voor patiënten die op 01/07/2022 in het elv verblijven, maar voor deze datum al opgenomen zijn. Indien de patiënt vóór 01/07/2022 een eerste activiteit in het kader van de zorg heeft ontvangen, dan wordt de **daadwerkelijke begindatum** waarop de zorg is gestart vastgelegd.

7. *PRESTATIE\_EINDDATUM*

Datum waarop het traject is gesloten. Het traject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt in het eerstelijnsverblijf of in de Wlz crisis vv eindigt. Daarvan is in ieder geval sprake als: de behandeling is afgerond, voortijdige beëindiging behandeling op initiatief van patiënt en/of behandelaar, overplaatsen van de patiënt naar een andere instelling/locatie of zorgvorm of overlijden van de patiënt. Het registreren van de einddatum is verplicht. Indien het traject nog niet volledig is afgerond op het moment dat de registraties ingediend moeten worden, wordt dit veld leeg gelaten.

8. *TOTAAL\_AANTAL\_KALENDERDAGEN*

Hier wordt het totaal aantal kalenderdagen ingevuld dat de patiënt gedurende dit traject is verbleven in de instelling. Indien het traject nog niet volledig is afgerond op het moment dat de registraties ingediend moeten worden, wordt dit veld leeg gelaten.

9. *TIJDSTIP\_OPNAME*

Tijdstip van opname van de patiënt. Hier kan worden aangegeven of de patiënt voor 20.00 uur in de avond of na 20.00 uur in de avond is opgenomen. Indien het tijdstip van opname niet bekend is voor cliënten die voor 1 juli 2022 in zorg zijn gekomen, dan alleen kan de optie "onbekend" worden ingevuld.

10. *HERKOMST\_PATIËNT*

Domein waar de patiënt direct voorafgaand aan het eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv vandaan komt. Als de patient bijvoorbeeld door de huisarts wordt doorgestuurd naar SEH en daarna naar het elv/Wlz crisis vv, dient gekozen te worden voor SEH. Indien de prestatie wijzigt van bijvoorbeeld elv hoog complex naar elv palliatief terminale zorg, dient gekozen te worden voor de herkomst 'elv'. Indien de cliënt reeds een Wlz indicatie heeft en in een Wlz instelling woont, dan dient gekozen te worden voor Wlz. Indien de cliënt reeds een Wlz indicatie heeft maar thuis woont, dan dient gekozen te worden voor 'thuis'.

11. *ONTSLAGBESTEMMING*

Domein waar de patiënt, na beëindiging traject in het eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv, naartoe gaat. Indien de prestatie wijzigt van bijvoorbeeld elv hoog complex naar elv palliatief terminale zorg, moet gekozen worden voor de ontslagbestemming 'elv'. Indien een patiënt overlijdt, dient gekozen te worden voor 'overlijden'. Als het traject nog niet beëindigd is, dan moet gekozen worden voor de optie '11. opname nog niet beëindigd'.



#### 12. *DOEL\_VERBLIJF*

Registreer of er een herstellvraag, observatievraag, een palliatief terminale zorgvraag is of dat het doel opname en behandeling betreft. Het kan voorkomen dat een patiënt voor meerdere doelen is opgenomen. Registreer dan het hoofddoel waarvoor iemand wordt opgenomen, dus waar de nadruk van de zorg op ligt. Als een patiënt echt niet in een van deze categorieën past, dan kan er gekozen worden voor 'overig'. De optie 'onbekend' kan worden gekozen indien het doel van verblijf geheel onbekend is.

#### 13. *BARTHEL\_OPNAME (optioneel)*

Meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kan uitvoeren. Indexscore op moment van opname<sup>6</sup>.

#### 14. *BARTHEL\_ONTSLAG (optioneel)*

Meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kan uitvoeren. Indexscore op moment van ontslag.

#### 15. *TYPE\_OPNAME (optioneel)*

Hier kan worden aangegeven of er voor de patiënt in het traject sprake is van een acute opname in het elv, acute opname in het elv met IBS/RM, geplande opname in het elv, geplande opname in het elv met IBS/RM, een Wlz crisis opname of een Wlz crisis opname met IBS/RM.

## 3.2 Tijdschrijven

De verleende zorg wordt vastgelegd aan de hand van het tijdschrijven door actieve behandelaren binnen het elv en wlz-crisis vv. Deze gegevens kunnen voor een unieke behandelaar op twee manieren vastgelegd worden:

- Een totaal tijd voor een type behandelaar per dag. Bijvoorbeeld als een so twee keer 10 minuten zorg levert aan de patiënt, dat in totaal 20 minuten wordt geregistreerd. Ook kunnen dit twee verschillende behandelaren binnen hetzelfde type behandelaar zijn (in dit voorbeeld twee verschillende so's die 10 minuten zorg leveren);
- Per contact de bestede tijd op eenzelfde dag. Bijvoorbeeld als een so op dezelfde dag twee keer 10 minuten zorg levert aan de patiënt, wordt twee keer 10 minuten vastgelegd.

Hier dienen de volgende (patiënt)gegevens te worden geregistreerd:

#### 1. *INSTELLING\_CODE*

Identificatie aanleverende instelling conform AGB-codering. De AGB code vormt de unieke identificatie van de declarerende instelling.

#### 2. *TRAJECTNUMMER*

Unieke identificatie van het traject.

#### 3. *PATIËNT\_IDENTIFICATIENUMMER*

Uniek nummer om de patiënt mee te identificeren; dit nummer is bedoeld om de patiëntgegevens en trajectgegevens uit "Traject en patiënt" te kunnen koppelen aan de tijdsinzet van behandelaren in "Tijdschrijven". Bij herhaalde aanlevering van gegevens van dezelfde patiënt moet hetzelfde identificatienummer gebruikt worden.

#### 4. *UITVOERDATUM*

Datum waarop de activiteit geleverd is. Registratie vindt plaats per kalenderdag.

#### 5. *UITVOEREND\_SPECIALISMECODE*

De functie die de medewerker vult.

<sup>6</sup> Voor nader toelichting zie <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/barthel-index/>

6. *AANTAL\_TIJDSCHRIJVEN\_PATIENTGEBONDEN*

De patiëntgebonden tijd van de verschillende disciplines wordt vastgelegd in eenheden van 5 minuten. De patiëntgebonden tijd bestaat uit twee componenten: de directe- en indirecte patiëntgebonden tijd. Er hoeft geen uitsplitsing gemaakt te worden tussen directe en indirecte patiëntgebonden tijd. De niet patiëntgebonden tijd (zoals werkoverleg, reistijd, opleiding, e.d.) wordt niet geregistreerd.

Voor patiënten die op 01/07/2022 in het elv verblijven, maar voor deze datum al opgenomen zijn, geldt ook de registratieverplichting van het (patiëntgebonden) tijdschrijven vanaf 1 juli 2022.

Wanneer er voorafgaand aan 1 juli 2022 bij deze patiënten gegevens over (patiëntgebonden) tijdschrijven vastgelegd zijn binnen de ict-systemen van een zorgaanbieder, mogen deze uiteraard vrijwillig worden meegeleverd.

# 4 Nadere toelichting op spelregels registratie en zorgtypering en activiteiten

Hieronder gaan we wat dieper in op de spelregels bij registratie van specifieke onderdelen, zoals welke behandelaren patiëntgebonden tijd moeten gaan vastleggen, wat precies onder patiëntgebonden tijd wordt verstaan en welke afrondingsregels moeten worden gehanteerd.

## 4.1 Registratie patiënt/traject kenmerken

### *I. Openstaande trajecten*

Gedurende de looptijd van het registratieonderzoek wordt gevraagd om tussentijds gegevens aan te leveren aan de NZa. Het kan voorkomen dat een gestart traject bij een patiënt op dat moment nog niet is afgesloten. Om die reden zijn de kolomvelden PRESTATIE\_EINDDATUM en TOTAAL\_AANTAL\_KALENDERDAGEN conditioneel verplicht en kunnen in geval van openstaande trajecten leeggelaten worden. Wel moet in dat geval optie 11 'opname nog niet beëindigd' worden ingevuld bij kolomveld ONTSLAGBESTEMMING.

## 4.2 Registratie tijdschrijven: patiëntgebonden tijd

Bij de vastlegging van de patiëntgebonden tijd gelden de volgende algemene definities en regels:

### *I. Uitvoerend specialisme*

Onderstaande veelvoorkomende disciplines verantwoorden de patiëntgebonden tijd. Dit zijn bijvoorbeeld de volgende disciplines:

- Specialist ouderengeneeskunde (incl. arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant)
- Arts verstandelijk gehandicapten (incl. arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant)
- Psychiater
- Klinisch (neuro)psycholoog
- GZ-psycholoog
- Masterpsycholoog
- Diëtist
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Oefentherapeut/Cesar/Mensendieck oefentherapie
- Activiteiten begeleider
- Bewegingsagoog/sportbegeleider
- Muziektherapeut
- Transmurale begeleider
- Verpleegkundige niveau 5
- Verpleegkundige niveau 4
- Verzorgenden niveau 3

De hierboven genoemde verpleegkundige beroepsgroepen moeten alleen de direct patiëntgebonden tijd verantwoorden ten aanzien van alleen de zes specialistische verpleegkundige handelingen (zie ook paragraaf 4.2, onderdeel III van dit document).

Als er sprake is van functies die niet voorkomen in de (specialisme)codelijst (COD016-VEKT) dan dient de optie "9900 overig" gekozen te worden.

## **II. Patiëntgebonden tijd**

Alle patiëntgebonden tijd wordt geregistreerd. Dit bestaat uit direct- en indirect patiëntgebonden tijd. Er hoeft geen onderscheid gemaakt te worden tussen directe- en indirecte tijd. De totale patiëntgebonden tijd dient geregistreerd te worden, ongeacht of deze bestaat uit directe- of indirecte patiëntgebonden tijd. Hieronder lichten we toe wat we hier onder verstaan. De niet patiëntgebonden tijd (zoals werkoverleg, reistijd, opleiding, e.d.) wordt niet geregistreerd.

- De direct patiëntgebonden tijd is de tijd waarin de medewerker in direct contact staat met de patiënt, een groep patiënten of het patiëntstelsel. Dit contact kan zijn: face-to-face, telefonisch, elektronisch (o.a. e-mail). Indien er sprake is van een behandeling aan een groep patiënten wordt per patiënt de tijd geregistreerd die als volgt berekend is: de patiëntgebonden tijd die de behandela(a)r(en) levert te delen door het aantal aanwezige patiënten.
- De indirect patiëntgebonden tijd is de tijd ten behoeve van dossieronderzoek, overleg zonder aanwezigheid van de patiënt of patiëntstelsel en opstellen van rapportages en plannen met als doel om te komen tot een behandelplan. De volgende tijd kan geregistreerd worden als patiëntgebonden tijd:
  - Schriftelijke rapportage t.b.v.:
    - Verslaglegging;
    - Aanvragen van voorzieningen;
    - Patiëntbesprekingen/ teambesprekingen;
    - Overdracht.
  - Testen, analyse en adaptatie:
    - Het analyseren van testresultaten, klinimetrie, etc.;
    - Het maken van een adaptatie;
    - Instellen en afstellen van een adaptatie.
  - Patiëntbespreking:
    - Patiëntenbesprekingen waarbij de patiënt en/of patiëntstelsel niet aanwezig is;
    - Met collega, met arts;
    - Met een externe persoon (bijv. i.v.m. overdracht);
    - Met instanties.

### *Voorwaarden*

- Het Multidisciplinair Overleg (MDO) / patiëntenbespreking betreft de tijdsbesteding van een behandelaar voor het voeren van overleg met collega-behandelaars (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan. Bij de interne patiëntbespreking / MDO is veelal sprake van een groepsgewijze bespreking van meerdere patiënten waarbij meerdere behandeldisciplines aanwezig zijn. Om de te registreren tijd per patiënt te bepalen, wordt per behandeldiscipline de totale bestede tijd (het aantal aanwezige behandelaars van het desbetreffende behandeldiscipline maal de duur van het MDO) gedeeld door het aantal besproken patiënten.
- Voor de vastlegging van de behandeltime bedraagt de minimale aan de patiënt gekoppelde registratie-eenheid vijf minuten directe of indirecte behandeltime. Als sprake is van een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten, dan wordt hiervoor geen tijd vastgelegd.

- De officiële afrondingsregel bij tijdsregistratie per vijf minuten is: minder dan de helft van het verschil tussen twee opeenvolgende stappen = naar beneden afronden, gelijk of meer dan de helft = naar boven afronden. Deze regel sluit aan bij de gehanteerde afrondingsregel in de geriatrische revalidatiezorg.  
Voorbeeld:  
6 en 7 minuten = 5 minuten registratie  
8 en 9 minuten = 10 minuten registratie
- De psychologische zorg die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv dient geregistreerd te worden. De overige psychologische zorg wordt niet geregistreerd.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) binnen het eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv die samenhangt met de indicatie voor opname in het eerstelijnsverblijf of Wlz crisis vv dient geregistreerd te worden. De overige paramedische zorg wordt niet geregistreerd.
- De stagiaires en professionals in opleiding registreren geen tijd indien zij (nog) niet formeel erkend en bevoegd zijn in de gegeven behandeling van patiënten.

### **III. Specialistische verpleegkundige handelingen**

Verpleegkundigen registreren alleen direct patiëntgebonden tijd, wanneer één of meer specialistische verpleegkundige handelingen die niet vallen onder het gebruikelijke verpleegkundig handelen, onderdeel zijn geweest van de behandeling. Verpleegkundigen kunnen geen indirecte (patiëntgebonden) tijd registreren.

Het betreft hier de volgende zes specifieke specialistische verpleegkundige handelingen:

- (Decubitus) wondverzorging.
- Mictie en defaecatieregulering.
- Ademhalingsondersteuning.
- Infusies verzorgen.
- Voedingsondersteuning.
- Begeleiding gedragsproblematiek.

#### Bijzonderheden bij zes specialistische verpleegkundige handelingen

- A. In het algemeen geldt dat bovengenoemde zes handelingen door of in opdracht van een arts (soms een psycholoog/gedragswetenschapper), door een bevoegd persoon moeten worden uitgevoerd (in praktijk veelal de verpleegkundige of verzorgende IG 3 die hiervoor bij voorkeur een bekwaamheidsverklaring heeft) en worden vastgelegd in het zorgleefplan. Hierbij dient men te werken aan de hand van protocollen en richtlijnen. De organisatie bepaalt welke beroepsbeoefenaren geschikt zijn voor het verantwoord uitvoeren van deze handelingen.
- B. Als de SO of AVG een van deze zes specifieke specialistische verpleegkundige handelingen uitvoert, wordt deze patiëntgebonden tijd vastgelegd in combinatie met de uitvoerend specialismecode van de AVG of de SO. Hetzelfde geldt voor de overige behandelaren als zij een van deze handelingen uitvoeren: dit wordt vastgelegd in combinatie met de specialismecode van de eigen behandeldiscipline.

Wanneer verpleegkundigen in dit registratieonderzoek de werkelijke directe patiëntgebonden tijd vastleggen, geeft dat inzicht in (de variatie binnen) het totale tijdsbeslag voor de zes specialistische verpleegkundige handelingen. Dit is van belang voor het doel van dit onderzoek: het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging met prestaties en tarieven.

- C. Er zijn signalen vanuit een aantal zorgaanbieders dat het tijdschrijven door de verpleegkundige beroepsgroep van specialistische verpleegkundige handelingen een teveel administratieve belasting zou zijn. Indien het niet mogelijk blijkt voor de verpleegkundige beroepsgroep om de werkelijke tijdsinzet voor de zes specialistische verpleegkundige handelingen bij een patiënt op een kalenderdag te registreren, kan voor de betreffende patiënt en kalenderdag worden volstaan met het standaard invullen van:
- 5 minuten bij kolomveld AANTAL\_TIJDSCHRIJVEN\_PATIENTGEBONDEN;
  - De specialismecode van de verpleegkundige beroepsgroep bij kolomveld UITVOEREND\_SPECIALISMECODE.

Ongeacht of er bij de betreffende patiënt en kalenderdag nu 1 of juist meerdere of verschillende specialistische verpleegkundige handelingen zijn uitgevoerd, kan met de hierboven beschreven invulwijze worden volstaan.

#### **Voorbeeld:**

In instelling 12345678 blijkt het registreren van de werkelijke tijdsinzet niet mogelijk. Een verpleegkundige (niveau 5) voert op 8 juli 2022 drie verschillende specialistische verpleegkundige handelingen uit bij patiënt 1600979. Dit leidt tot onderstaande invulling van gegevens:

INSTELLING CODE	TRAJECT NUMMER	PATIËNT IDENTIFICATIE NUMMER	UITVOER DATUM	UITVOEREND SPECIALISME CODE	AANTAL TIJDSCHRIJVEN PATIENTGEBONDEN
12345678	79000130	1600979	20220708	9110	5

- Voorafgaand aan de start van het registratieonderzoek zal de NZa bij alle geselecteerde zorgaanbieders nagaan of de werkelijk bestede tijd van de verpleegkundige beroepsgroep zal worden vastgelegd of dat gekozen wordt voor de 'standaardwaarde' van 5 minuten, indien het registreren van de werkelijke tijdsinzet niet mogelijk blijkt.
- Als de SO of AVG een van deze zes specifieke specialistische verpleegkundige handelingen uitvoert, wordt altijd de werkelijke patiëntgebonden tijd vastgelegd in combinatie met de uitvoerend specialismecode van de AVG of de SO. Hetzelfde geldt voor de overige behandelaren als zij een van deze handelingen uitvoeren: dit wordt vastgelegd in combinatie met de specialismecode van de eigen behandeldiscipline.

Alleen voor de verpleegkundige beroepsgroep bestaat de mogelijkheid om een 'standaardwaarde' van 5 minuten in te vullen wanneer zij specialistische verpleegkundige handelingen uitvoert. Voor alle overige behandeldisciplines bestaat deze mogelijkheid niet.

# 5 Addendum aanvullende optionele registratie hospices

## *Inleiding*

In dit addendum vindt u een aanvullende, optionele registratieset voor hospices op verzoek van Actiz en AHZN. Het is voor zorgaanbieders niet verplicht om de punten in dit addendum te registreren en aan te leveren bij de NZa.

## *Waarom is deze registratieset opgesteld?*

Vanuit ActiZ en AHZN is er de wens om onderstaande gegevens aanvullend op te nemen in de registratieset, omdat er met deze aanvullende gegevens beter zicht verkregen wordt op de zorg die op dit moment geleverd wordt binnen de hospices. Deze aanvullende registratieset is opgesteld door AHZN en ActiZ.

## *Voor wie geldt deze aanvullende registratie?*

Deze registratieset kan gebruikt worden door hospices. Hierbij definiëren we een hospice als zijnde een 'bijna thuis huis', 'high care hospice' of een 'palliatieve unit' waar de zorg die geleverd wordt gedeclareerd wordt middels de prestatie 'eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg'.

## **Aanvullende registraties bij 3.1 Traject- en patiëntkenmerken**

Naast de punten die nu zijn opgenomen in artikel 3.1 'Traject- en patiëntkenmerken', kunnen onderstaande punten optioneel worden geregistreerd.

### *16. INDICATIE\_OP\_BASIS\_ZORGPLAN (OPTIONEEL)*

Totale hoeveelheid zorg en behandeling die bij het opstellen van het zorgplan geïndiceerd wordt voor het gehele traject. In aantal minuten.

## **Aanvullende registraties bij 3.2 Tijdschrijven**

Naast de punten die nu zijn opgenomen in artikel 3.2 'Tijdschrijven', kunnen onderstaande punten optioneel worden geregistreerd.

### *7. KPS\_SCORE (OPTIONEEL)*

Vul de Karnofsky Performance Scale score in. De KPS is een meetinstrument waarmee op subjectieve gronden de algemene toestand van een patiënt wordt beoordeeld. Invullen bij opname en bij verandering; dit kan dagelijks zijn. Waarde tussen de 0 en 100 invullen.

Om de KPS score toe te voegen aan het applicatielandschap, kan gebruik worden gemaakt van de officiële documentatie over het meetinstrument, te vinden op onderstaande website:

<https://palliaweb.nl/publicaties/meetinstrumenten-in-de-palliatieve-zorg>

Hier kan worden doorgedrukt naar het meetinstrument en wordt een document getoond met hoe het dient gevuld te worden en wat de waardes betekenen.

### **Registratie tijd verpleging en verzorging**

Daarnaast is het verzoek van Actiz en AHZn dat verpleegkundigen niveau 4 en 5 en verzorgenden niveau 3 optioneel direct patiëntgebonden tijd kunnen registreren, ook naast de zes specifieke specialistische verpleegkundige handelingen. We gaan met deze partijen in gesprek om te kijken in hoeverre we dit een plek kunnen geven in of naast het registratieonderzoek.





Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht  
T 030 - 296 81 11 ▪ E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl) ▪ [www.nza.nl](http://www.nza.nl)