

Productiviteit in de curatieve geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Oprachtgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Rotterdam, 20 oktober 2017



Productiviteit in de curatieve geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Opdrachtgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Robert Haffner
Kim Weistra
Kimberley van den Bergen
Erik Merkus

Rotterdam, 20 oktober 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Aanleiding en doelstelling	17
2 Reikwijdte van het project	19
2.1 Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg	19
2.2 Aanbieders van ggz	19
2.3 Aanbieders fz	20
3 Aanpak en methode	21
3.1 Instellen van een klankbordgroep van experts	21
3.2 Steekproef	22
3.3 Opstellen concept dataverzoeken en testen daarvan	25
3.4 Uitsturen, monitoren en begeleiden data-verzoeken middels hulplijn en FAQ	27
3.5 Verificatie en analyse	27
3.6 Advies over meenemen resultaten in kostprijsberekening	31
3.7 Eindrapportage	33
4 Steekproefkenmerken	35
4.1 Totaal	35
4.2 Geografische spreiding	36
Aantal locaties - instellingen	37
4.3 Instellingen- en praktijkenmerken	38
4.3.1 Instellingen – type en financiering	38
4.3.2 Vrijgevestigde aanbieders – praktijktype, rechtsvorm, en financiering	44
5 Resultaten - productiviteit	48
5.1 Tijdsbesteding op hoofdlijnen	48
5.1.1 Nadere uitsplitsing van afwezigheid	50
5.1.2 Directe en indirecte declarabele tijd	51
5.2 Tijdsbesteding bij volledige Zvw-zorg/fz FTE	52
5.3 Productiviteit op hoofdlijnen	54
5.3.1 Productiviteit en declarabele uren binnen FPC's	55
5.4 Productiviteit per beroep	56
5.4.1 Vrijgevestigde aanbieders – per beroep	56
5.4.2 Instellingen – per beroep en beroepsgroep	57
5.4.3 Regiebehandelaren	61
5.4.4 Behandelaren in de crisiszorg	63
5.4.5 VOV personeel	63
5.5 Productiviteit en declarabele uren van opleiders en opleidingen	64
5.6 Vergelijking met cijfers het vorige productiviteitsonderzoek (2002)	67
6 Productiviteit nader beschouwd	71

6.1	Locatie van de praktijk – Mate van stedelijkheid	71
6.2	Verhouding ambulante en klinische zorg	72
6.3	Zorgvraagzwaarte	73
6.4	Duur van de behandeling per patiënt	74
6.5	Andere financieringsstromen	75
6.6	Conclusies	76
Bijlage I – Genodigden en aanwezigen klankbordgroep		78
Bijlage II – Capita selecta		81
	Nadere detaillering respons	81
	FTE per beroepsgroep	81
	Aantal patiënten	82
	Opleiders en opleidingen	84
	Nadere detaillering productiviteitscijfers	86
	Productiviteit per beroep(-sgroep), per type aanbieder	86
Bijlage III – Aanleversjablonen		95
	Sjabloon voor vrijgevestigde ggz aanbieders	95
	Sjabloon voor ggz en fz instellingen	100
Bijlage IV – Frequently Asked Questions		107
	Voor zowel vrijgevestigde aanbieders als instellingen	107
	Alleen voor instellingen	108
	Alleen voor vrijgevestigde aanbieders	109
Bijlage V – Verificatiegesprekken		111

Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is als marktmeester in de zorg verantwoordelijk voor het vaststellen van maximumtarieven in verschillende sectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De NZa beschermt de belangen van burgers op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg¹. De NZa is voornemens om voor het beleidsjaar 2018 de tarieven te herijken voor de curatieve generalistische basis-ggz (gb-ggz), de curatieve gespecialiseerde-ggz (g-ggz) en de forensische zorg (fz). De tarieven die de NZa vaststelt worden gebaseerd op kostprijzen. Om deze kostprijzen te berekenen is onder andere informatie nodig over de productiviteit. Deze informatie wordt periodiek herijkt, waarbij in de tussentijdse jaren indexatie wordt toegepast.

Doel van dit onderzoek

Ecorys is door de NZa gevraagd om een onderzoek naar de productiviteit van vrijgevestigde aanbieders en instellingen in de curatieve ggz en forensische zorg uit te voeren. De doelstelling van de opdracht is om informatie te verzamelen en te analyseren die de NZa in staat stelt om op 1 juli 2017 de tarieven voor het beleidsjaar 2018 vast te stellen voor de gb-ggz, de g-ggz en fz. Specifiek richt de opdracht zich op het in kaart brengen van de productiviteit van vrijgevestigde aanbieders en instellingen van curatieve ggz (Zvw-zorg) en fz over het kalenderjaar 2015 op basis van een voldoende representatieve steekproef. Daarnaast is Ecorys gevraagd de NZa te adviseren over hoe de resultaten van het productiviteitsonderzoek kunnen worden meegenomen in de kostprijsberekening. Hiertoe dient een omrekening uitgevoerd te worden van het aantal declarabele uren naar een Fulltime Equivalent (FTE) volledig werkzaam in de curatieve ggz of fz; oftewel 1878 uur per jaar.²

Reikwijdte

Het onderzoek richt zich op de *productiviteit* van vrijgevestigde aanbieders en instellingen in de curatieve ggz en fz. Productiviteit is berekend op basis van het aandeel declarabele tijd in de totale beschikbare tijd (verhouding van Blok E en Blok C in Figuur 1.0.1).

In het veld worden verschillende definities/berekeningen van productiviteit en werkbare tijd gehanteerd. Dit is gebleken tijdens de uitvoering van een verkennende studie voorafgaand aan dit productiviteitsonderzoek ('het vooronderzoek')³, alsmede de verschillende gesprekken met aanbieders in de pilot- en verificatiefase van dit onderzoek. Aanbieders hebben over het algemeen goed inzicht in verschillende onderdelen van tijdsbesteding – zoals gedefinieerd in figuur 1.0.1 – maar sturen niet altijd op een productiviteitspercentage zoals dat berekend is in dit onderzoek,⁴ maar bijvoorbeeld op het aantal declarabele uren.

De productiviteitsdefinitie die, in samenspraak met de NZa, gehanteerd wordt in dit onderzoek (de 'Ecorys definitie') is tot stand gekomen op basis van uitgebreid onderzoek en overleg met experts uit de sector en tevens bevestigd tijdens de pilotfase van het productiviteitsonderzoek. Deze definitie is gekozen omdat die het beste aansluit bij de doelstelling van het onderzoek en faciliteert immers een zuivere berekening van de productiviteit in de Zvw-zorg en fz door alle tijdsbesteding vanuit andere financieringsstromen onder 'afwezigheid' te scharen. Daarnaast is deze definitie zo eenvoudig mogelijk doordat het onderscheid naar financieringsstromen alleen waar relevant

¹ <https://www.nza.nl/organisatie/overdenza/Missie/>

² Deze omrekening heeft geen impact op het productiviteitspercentage dat berekend is.

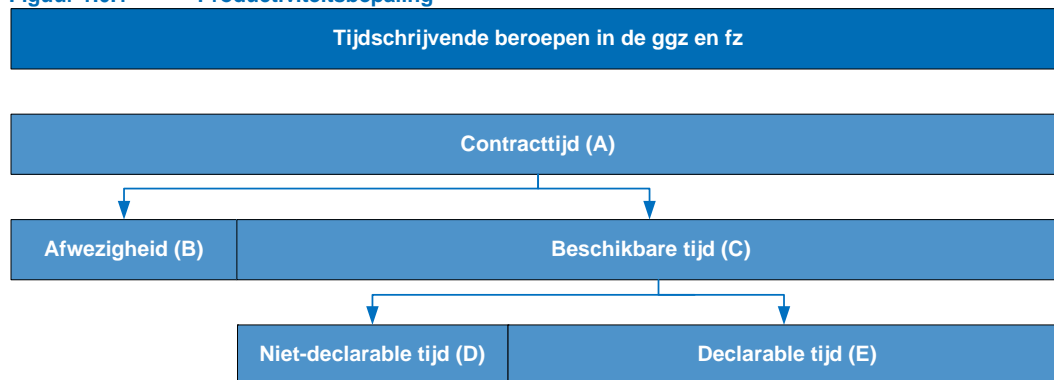
³ Ecorys (2016), Herijking van de productiviteitsnormen in de GGZ en FZ.

⁴ Dit productiviteitspercentage is gedefinieerd door blok E te delen op blok C (zie Figuur 1.0.1.)

gemaakt moet worden en evenmin uitsplitsingen van de niet-Zvw/fz nodig zijn. Zowel in het vooronderzoek als tijdens de pilotfase van het productiviteitsonderzoek is aangegeven dat de gekozen definitie praktisch en werkbaar is; de gehanteerde rubrieken sluiten goed aan bij de praktijk.

Voor zowel behandelaren binnen instellingen als in vrijgevestigde praktijken zijn de contracttijd⁵, afwezigheid, beschikbare tijd, declarabele en niet-declarabele tijd uitgevraagd. Onder afwezigheid valt de tijd dat de zorgverlener niet beschikbaar is voor Zvw- of fz- gerelateerde activiteiten. Naast ziekte en verlof vallen ook niet-patiëntgebonden en niet financieringsstroom-specifieke administratie-, management-, en schoonmaaktaken (dit laatste in het geval van vrijgevestigde aanbieders) onder afwezigheid. Onder de niet-declarabele tijd worden de niet-patiëntgebonden activiteiten verstaan die wel relevant zijn voor Zvw- en/of fz-activiteiten.

Figuur 1.0.1 Productiviteitsbepaling



Bron: Ecorys op basis van NZa (2014).⁶

Tabel 1.0.1 Definities van blokken in Figuur 1.0.1

Blok	Definitie
A – Contracttijd	De tijd die de zorgverlener gemiddeld op basis van cao of contract besteedt aan ggz en/of fz arbeid gedurende een standaard werkweek (inclusief eventuele administratie en managementtaken en niet gecorrigeerd voor afwezigheid door bijvoorbeeld verlof of vakantiedagen).
B – Afwezigheid	De tijd van de zorgverlener die niet beschikbaar is voor Zvw- of fz-gerelateerde activiteiten. Dit betreft bijvoorbeeld activiteiten gelinkt aan de Wlz/Wmo/Jeugdwet/eigen betalingen onverzekerde zorg/Overige prestaties (OVP/OZP) voor zover niet onder de Zvw. Hieronder valt ook; ziekteverzuim, vakantiedagen, zwanger- en ouderschapsverlof, en niet-patiëntgebonden schoonmaak, administratie- en managementtaken van behandelend personeel.
C – Beschikbare tijd	De tijd die de zorgverlener aan Zvw- en/of fz-gerelateerde activiteiten kan besteden, geschoond voor activiteiten in Blok B.
D – Niet-declarabele tijd	De tijd die de zorgverlener kwijt is aan niet-patiëntgebonden activiteiten, die wel relevant zijn voor Zvw- en/of fz-activiteiten.

⁵ Hoewel het rapport spreekt van contracttijd voor vrijgevestigde aanbieders, heeft deze groep geen contract. Met contracttijd wordt hier het aantal opgegeven uur per jaar (aantal weken werkzaam x gemiddeld aantal uur per week) bedoeld.

⁶ NZa (2014). Nadere Regel NR/CU 532 – Gespecialiseerde GGZ. Beschikbaar hier: https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_532_Gespecialiseerde_GGZ.pdf.

Blok	Definitie
	Dit betreft bijvoorbeeld de tijd die behandelaren gebruiken voor cursussen, intervisie, en voor begeleiding bij opleidingen.
E – Declarabele tijd	De tijd die de zorgverlener kwijt is aan zowel direct als indirect patiëntgebonden tijd.

In de beschikbare tijd (blok C), zoals gedefinieerd in Tabel 1.0.1 wordt alleen de daadwerkelijk gewerkte tijd meegenomen; in geval van beschikbaarheidsdiensten worden dus alleen de daadwerkelijk gewerkte uren als onderdeel van de beschikbare tijd gerekend.

Zoals beschreven in Tabel 1.0.1 valt de tijd besteed aan schoonmaak, administratie en managementtaken in dit onderzoek onder afwezigheid (Blok B). Tijdsbesteding van behandelaren aan schoonmaaktaken alléén bij vrijgevestigde aanbieders is uitgevraagd. Tijdsbesteding aan administratie en/of managementtaken is uitgevraagd voor behandelaren in zowel de vrijgevestigde praktijken als instellingen. Behandelend personeel is gevraagd aan te geven hoeveel uren ze kwijt waren aan management en/of niet-patiëntgebonden administratieve taken die niet financieringsstroom specifiek zijn.

Het is belangrijk op te merken dat niet-financieringsstroom-specifieke activiteiten mogelijk wel deels betrekking hebben of ten goede komen aan de Zvw en/of fz en daarmee mogelijk ook als niet-declarabele activiteit (blok D) geclassificeerd hadden kunnen worden. Het tegenovergestelde is ook mogelijk: niet-declarabele tijd die ten goede komt aan meerdere financieringsstromen valt onder afwezigheid (blok B) maar is af en toe als niet-declarabele tijd (blok D) ingevuld. Omdat niet-declarabele tijd niet per financieringsstroom geregistreerd wordt is er een zekere mate van onzekerheid aan deze uitsplitsing verbonden.

In het sjabloon kon 'overige afwezigheid' ingevuld worden indien men de afwezigheid niet kon uitsplitsen, of uren niet onder een van de specifieke afwezigheidsposten kon scharen. Deze post is, wanneer ingevuld, vaak als restpost gebruikt. De uren binnen deze restpost zijn in een later stadium op basis van de gehanteerde normen voor ziekte en vakantie toegedeeld aan de verschillende rubrieken binnen de afwezigheid.

Aanpak

Om de doelstelling van dit project te bereiken hebben wij een uitgebreid traject doorlopen waarbij over aanpak, onderzoeksopzet en concept-resultaten regelmatig een klankbordgroep van experts is geconsulteerd. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het belangrijkste instrument om de benodigde informatie te verzamelen was een informatieverzoek, dat na een testfase is verstuurd naar 99 instellingen en 234 vrijgevestigde aanbieders. Deze zorgaanbieders zijn aselect geselecteerd waarbij is gelet op voldoende regionale spreiding. De benodigde aantallen zijn gebaseerd op een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutmarge van 10%. Vrijgevestigde zorgaanbieders die minder dan 20 of meer dan 600 patiënten per jaar behandelen zijn niet meegenomen in de populatie waaruit de steekproef is getrokken⁷. Ontvangen sjablonen zijn door Ecorys handmatig gecontroleerd, indien zaken onvolledig of mogelijk onjuist waren ingevuld is contact opgenomen met de desbetreffende aanbieder.

Na controle van de sjablonen en schoning van de dataset zijn de analyses van de productiviteit in de curatieve ggz en fz uitgevoerd. Daarna is een tweede verificatieronde uitgevoerd waarin met 15 aanbieders (10 instellingen en 5 vrijgevestigde praktijken) is gesproken om opvallende resultaten te verifiëren en te duiden. Tenslotte heeft Ecorys advies uitgebracht over hoe de resultaten van het

⁷ Deze selectie is gemaakt op basis van Vektis data over 2014 waardoor het werkelijke aantal patiënten kan afwijken.

onderzoek, specifiek het jaarlijks aantal declarabele uren, het beste meegenomen kunnen worden in de kostprijsberekening. Dit advies geeft aan hoe het aantal declarabele uren per beroep, per type aanbieder, omgerekend kan worden naar volledige FTE's in de curatieve ggz en fz.

Productiviteitspercentage versus declarabele uren

In dit onderzoek ligt de focus op het aantal declarabele uren in plaats van productiviteitspercentages. Hier is voor gekozen vanwege de onzekerheden die verbonden zijn aan de toedeling van uren besteed aan niet-financieringsstroom-specifieke activiteiten, zoals de MAS in de afwezigheid. Aangezien de verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen vaak niet geregistreerd is, is er een mogelijke onder- of overschatting van de niet-declarabele tijd, wat effect heeft op het productiviteitspercentage. Dat is een belangrijke reden om in de kostprijsberekening de focus op declarabele uren te leggen en niet (alleen) op productiviteitspercentages.

Respons

Ecorys heeft de informatie van 142 vrijgevestigde zorgaanbieders kunnen meenemen in dit onderzoek, dit zijn er aanzienlijk meer dan de 93 zorgaanbieders die nodig zijn om statistisch verantwoorde uitspraken te kunnen doen. Driekwart van de praktijken die zijn meegenomen in het onderzoek zijn solo-praktijken, het restant is verdeeld over duo- en groepspraktijken. Uit een analyse van de locaties van vrijgevestigde praktijken komt naar voren dat zowel de steekproef als de uiteindelijk meegenomen zorgaanbieders een goede weerspiegeling vormen van de populatie in termen van regionale spreiding. Daarnaast is er voor de vrijgevestigden een vergelijking gemaakt tussen de steekproef, responsegroep en de gehele populatie op basis van praktijkgrootte (in termen van het aantal patiënten). Figuur 4.13 in de hoofdstuktekst laat zien dat de relatieve verdeling van het aantal patiënten binnen onze steekproef en responsegroep overeen komt met de gehele populatie.

Het merendeel van de vrijgevestigde aanbieders heeft een solo-praktijk. De GZ-psycholoog is het meest voorkomende beroep in deze groep, gevolgd door de psychotherapeut, de klinisch psycholoog en de psychiater.

Daarnaast zijn er gegevens van 50 instellingen meegenomen in de analyse; voor statische representativiteit waren minimaal 50 benodigd. Er is onderscheid gemaakt tussen instellingen die ofwel curatieve geestelijke gezondheidszorg (27) of forensische zorg (6) bieden, ook zijn er geïntegreerde instellingen die beide bieden (17 in onze steekproef). Daarnaast zijn er nog subpopulaties binnen onze steekproef, zoals instellingen die FPC's/FPK's (8) of PPC's zijn (3), instellingen die opleiders en opleidingen in dienst hebben (29) (Medische vervolopleidingen, 'MVO') en instellingen waar crisiszorg (16) wordt aangeboden.

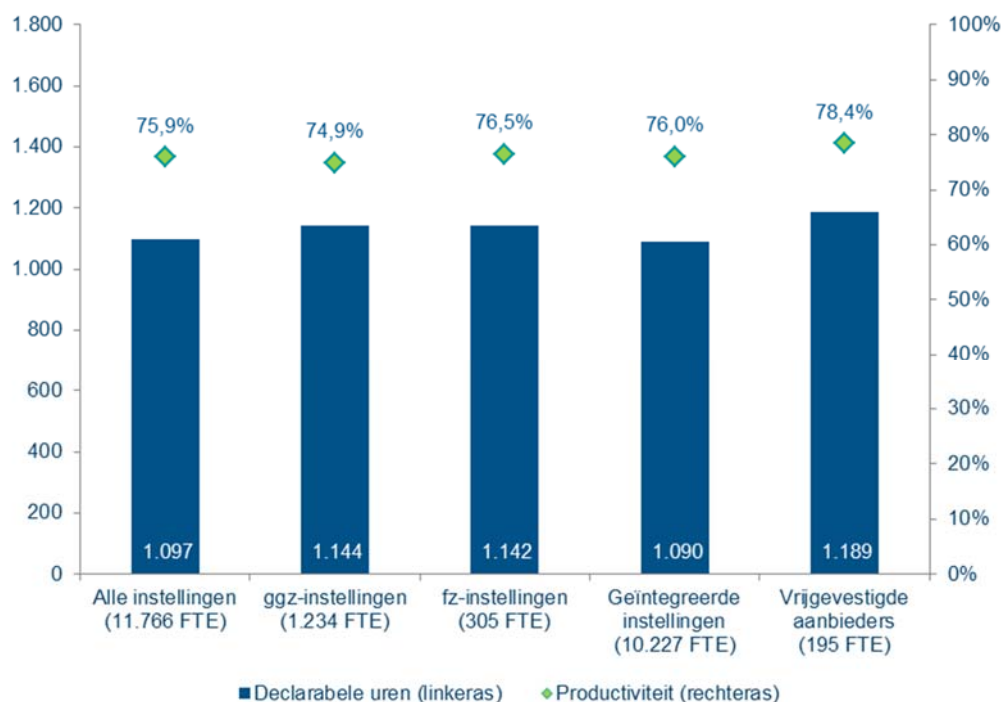
Productiviteit

De gewogen gemiddelde productiviteit in 2015 bedraagt 78,4% voor de vrijgevestigde aanbieders en 75,9% voor de instellingen. Vrijgevestigde aanbieders kennen derhalve gemiddeld een hogere productiviteit dan instellingen. Eenzelfde beeld bestaat als gekeken wordt naar het aantal declarabele uren per jaar *na omrekening* tot een volledige FTE werkzaam in de curatieve ggz of fz: voor instellingen komt dit gemiddeld uit op 1.097 uur, en voor vrijgevestigde aanbieders op 1.189 uur. In deze cijfers zijn alle beroepen en beroepsgroepen meegenomen en is gewogen naar het aantal FTE (hoe meer FTE in een instelling hoe zwaarder deze meetelt). De productiviteit van opleiders en opleidingen in het kader van MVO met beschikbaarheidsbijdrage is niet meegenomen

in dit gemiddelde; voor deze subpopulaties is een apart productiviteitscijfer berekend. Voor ggz-instellingen bedraagt de gewogen gemiddelde productiviteit 74,9%, voor fz-instellingen 76,5% en voor geïntegreerde instellingen 76,0%. De bandbreedte van het aantal declarabele uren per jaar na omrekening tot een volledige curatieve ggz/fz FTE loopt van 1.090 uur voor geïntegreerde instellingen tot 1.144 uur voor ggz-instellingen.

Figuur 1.0.2 laat zien dat geïntegreerde instellingen een hoger productiviteitspercentage hebben dan ggz-instellingen, maar een lager gemiddeld aantal declarabele uren. Dit betekent dat in geïntegreerde instellingen de 'afwezigheid' gemiddeld hoger is dan in ggz-instellingen, wat kan duiden op meer neventaken (zoals managementtaken van behandelaren) dan wel meer verlof of ziekte.

Figuur 1.0.2 Gemiddelde productiviteit en aantal declarabele uren ('na omrekening'), gewogen naar FTE, per type aanbieder



Alle resultaten zijn geschoond voor outliers, dat zijn waarnemingen die meer dan twee standaarddeviaties afwijken van het gemiddelde. De vijf beroepen die naar voren zijn gekomen binnen de vrijgevestigde aanbieders zijn de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz.⁸

Als wordt gekeken naar de productiviteit per beroep onder *vrijgevestigde behandelaren* dan blijkt dat deze tussen de 78,1% en 79,3% ligt. Hierbij nemen wij alleen die beroepen mee waarvoor we voldoende waarnemingen hebben: de GZ-psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog en de psychiater.

Als voor de *instellingen* een onderscheid wordt gemaakt naar beroepsgroepen, dan ligt de range voor productiviteit tussen de 71,8% voor de psychologische beroepsgroep tot 80,0% voor de vaktherapeutische beroepsgroep. Tabel 1.0.2 toont de productiviteitscijfers per beroepsgroep.

⁸ De verpleegkundig specialist ggz betreft een parttime functie van 0,4 FTE.

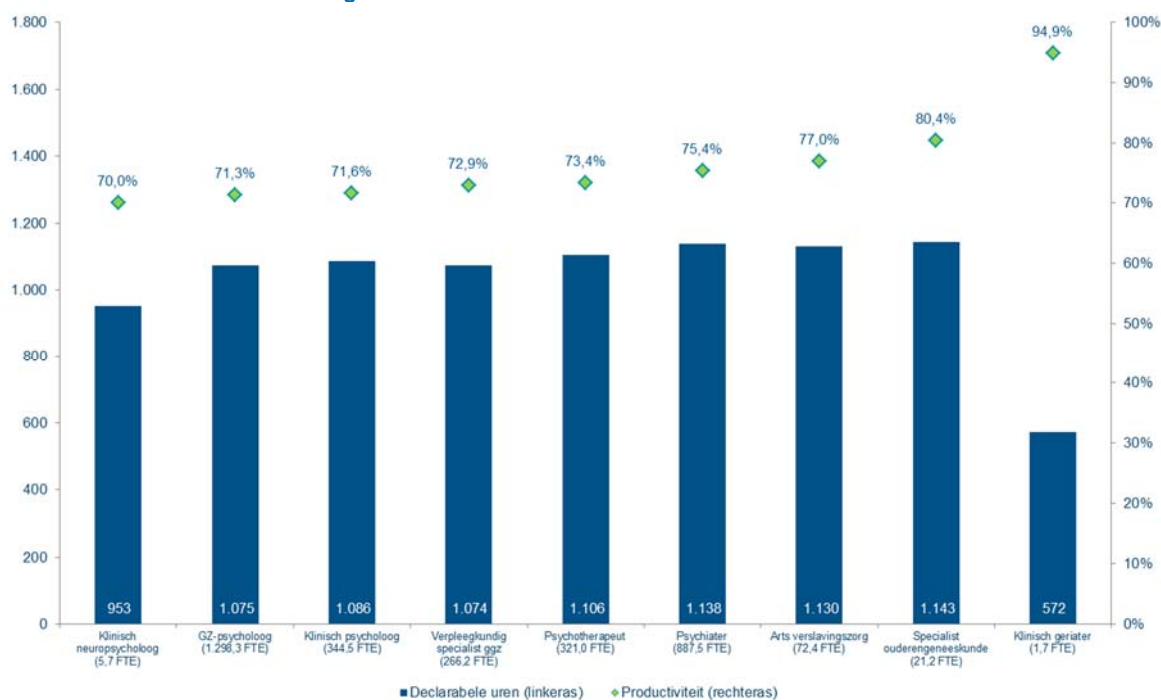
Tabel 1.0.2 Productiviteit per beroepsgroep, instellingen

Beroepsgroep	Productiviteit
Medische beroepen	76,2%
Psychotherapeutische beroepen	73,7%
Agogische beroepen	77,5%
Psychologische beroepen	71,8%
Vaktherapeutische beroepen	80,0%
Verpleegkundige beroepen	77,6%
Somatische beroepen	75,3%

De productiviteitscijfers voor de verschillende beroepsgroepen *per type instelling* liggen in het algemeen dicht bij elkaar, bijvoorbeeld bij de psychotherapeutische beroepen tussen de 73,5% en 76,7%. De grootste verschillen zijn te vinden binnen de somatische beroepsgroep waar de productiviteit voor geïntegreerde instellingen op 74,0% ligt en voor fz-instellingen op 89,7%.

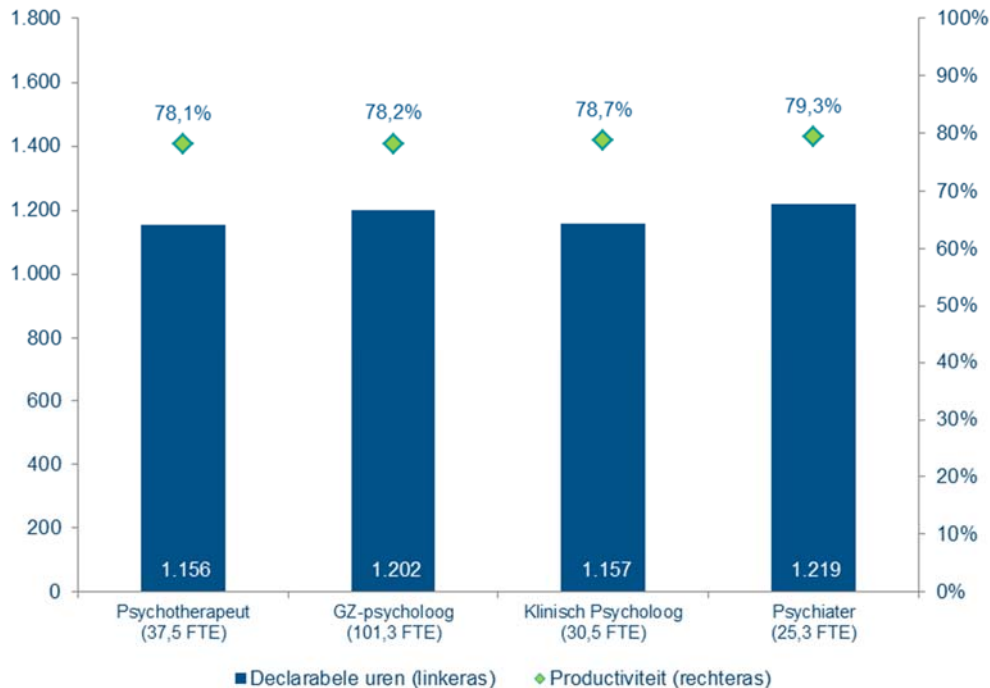
De productiviteit van de regiebehandelaren⁹ binnen instellingen (Figuur 1.0.3) en vrijgevestigde aanbieders (Figuur 1.0.4) laat een relatief grote spreiding zien tussen de verschillende beroepen. De klinisch geriater heeft de hoogste productiviteit binnen instellingen (94,9%) en de klinisch neuropsycholoog de laagste (70,0%). Bij vrijgevestigde aanbieders is de spreiding kleiner, tussen 78,1% voor psychotherapeuten en 79,3% voor psychiaters.

Figuur 1.0.3 Productiviteit en aantal declarabele uren (*'na omrekening'*) van regiebehandelaren binnen instellingen



⁹ De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, gz-psycholoog, klinisch geriater, verpleegkundig specialist ggz.

Figuur 1.0.4 Productiviteit en aantal declarabele uren ('na omrekening') van regiebehandelaren binnen vrijgevestigde aanbieders



Er zijn 14 geïntegreerde instellingen die hebben aangegeven *crisiszorg* te leveren en 2 ggz-instellingen. Wij hebben geanalyseerd of er een verschil is in de productiviteit van instellingen die crisiszorg leveren in vergelijking met instellingen die dat niet doen, maar uit de analyses kunnen geen conclusies worden afgeleid om een aantal redenen. Zo zou de analyse idealiter op het niveau van de crisisdienst uitgevoerd moeten worden, maar instellingen hebben aangegeven alleen de declarabele tijd voor crisiszorg te kunnen opleveren. Hierdoor was het niet mogelijk om naar de productiviteit van de crisisdienst als separate entiteit te kijken. Als het wenselijk is om de productiviteit van behandelaren van de crisisdienst in beeld te brengen dan adviseren wij om hier een separaat onderzoek aan te wijden. Dit vereist naar verwachting een ander type onderzoek waarbij wordt gekeken naar de organisatie van de crisisdienst.

Voor sommige beroepsgroepen zijn geen of weinig waarnemingen beschikbaar. Om toch voor alle beroepen tarieven vast te kunnen stellen raden wij aan om beroepen te spiegelen. Daarbij wordt gekeken naar de productiviteit van beroepen met vergelijkbare kenmerken (bijvoorbeeld opleidingsniveau en/of aard van de zorg – verhouding klinisch/ambulante); dan wel naar de productiviteit van de beroepsgroep waartoe het beroep behoort. Op deze wijze kan een inschatting gemaakt worden; in de loop van de tijd kan deze inschatting worden aangescherpt naarmate meer informatie over een bepaald beroep beschikbaar komt.

Analyse van verschillen in productiviteit

Een belangrijke vraag is welke factoren de verschillen in productiviteit kunnen verklaren. Hierover is ook met de klankbordgroep van gedachten gewisseld. Kort samengevat zijn de resultaten als volgt:

- Opleidende instellingen kennen gemiddeld een lagere productiviteit per FTE dan niet-opleidende instellingen. Dit patroon zien wij zowel terug voor de opleiders als de opleidelingen. Dit komt naar verwachting omdat opleidende instellingen relatief minder tijd aan patiënten kunnen besteden. Daarnaast blijkt het specifiek berekenen van de declarabele uren van opleiders voor veel instellingen niet mogelijk te zijn, waardoor de gevonden cijfers met onzekerheid zijn omgeven. Voor de opleidelingen was het totaal aantal declarabele uren over het algemeen wel goed in kaart te brengen.

- Het mogelijke effect van locatie hebben wij alleen kunnen onderzoeken voor de vrijgevestigde aanbieders. Instellingen hebben immers vaak meerdere locaties, en omdat alleen de locatie van de hoofdvestiging meegenomen kon worden is een dergelijk onderzoek voor de instellingen niet zinvol. Uit de analyse blijkt dat de productiviteit het laagst is voor de vrijgevestigde aanbieders in de stedelijke regio's ten opzichte van de weinig en niet stedelijke regio's. Mogelijk wijkt de patiëntenpopulatie in stedelijke regio's af waardoor daar een minder hoge productiviteit behaald kan worden. De verschillen zijn echter beperkt in omvang.
- Voor behandelaren in instellingen hebben we onderzocht of de verhouding tussen ambulante zorg (zorg zonder verblijf) en klinische zorg (zorg met verblijf) verschillen in productiviteit kan verklaren. Op basis van onze statistische analyse is er geen relatie tussen productiviteit en het aandeel klinische zorg. Als het wenselijk is om productiviteitsverschillen tussen klinische en ambulante zorg in beeld te brengen dan adviseren wij om hier een separaat onderzoek aan te wijden. Dit vereist naar verwachting een ander type onderzoek waarbij meer de diepte wordt ingegaan wat betreft de organisatie van klinische en ambulante zorg en de typische karakteristieken van die zorg.
- De zorgvraagzwaarte legt een relatie tussen het aantal ziektekenmerken en de benodigde behandelinzet (in behandelings- en opnamedagen). Het zorgvraagzwaarte model is ontwikkeld op basis van de Zvw en kan niet worden toegepast op zorg buiten de Zvw. Uit onze analyse blijkt dat de productiviteit toeneemt met de zorgvraagzwaarte, terwijl a priori het omgekeerde was verwacht. Het gevonden verband is mogelijk te verklaren doordat bij een hogere zorgvraagzwaarte er gemiddeld meer patiënt contacturen zijn en daarmee de verhouding declarabele/ niet-declarabele tijd hoger is. Wij raden aan om nadere studie uit te voeren naar de mogelijke relatie tussen zorgvraagzwaarte en productiviteit om het gevonden verband beter te kunnen interpreteren.
- Tevens is onderzocht of de duur van de behandeling een relatie vertoont met productiviteit van behandelaren, bijvoorbeeld omdat bij een langere behandeling er minder niet-patiëntgebonden tijd is. In onze analyses hebben wij echter geen relatie kunnen vaststellen.
- We hebben tevens de twee voorgaande elementen gezamenlijk onderzocht. Tezamen worden deze door de klankbordgroep beschouwd als een mogelijke proxy voor de case-mix. Onze analyses hebben echter geen significante verbanden aangetoond tussen de duur van de behandeling, zorgvraagzwaarte en productiviteit.
- Veel instellingen kennen naast de Zvw ook andere financieringsstromen, zoals de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Onze analyses laten zien dat instellingen met een hoger aandeel 'andere financieringsstromen' een lagere productiviteit hebben. Dit komt mogelijk doordat de instellingen complexer zijn en het spectrum aan behandelingen voor patiënten breder is. Een kanttekening is dat het voor instellingen met andere financieringsstromen mogelijk lastiger is geweest om het aanleversjabloon in te vullen omdat het onderzoek immers alleen betrekking had op Zvw-zorg naast fz.
- Daarnaast is gebleken dat FPC's een significant lagere productiviteit en aantal declarabele uren per jaar kennen dan reguliere fz instellingen. De specifieke zorgvragen waaraan een FPC moet voldoen, zorgen ervoor dat er een groter deel van de tijd moet worden besteed aan niet-declarabele activiteiten.
- De productiviteit en het aantal declarabele uren ligt voor het VOV-personeel lager dan voor de andere beroepen en er bestaat onzekerheid over de aangeleverde gegevens. Deze onzekerheid is door aanbieders uitgesproken bij zowel de aanlevering van de sjablonen als in de tweede verificatieronde. De onzekerheid voort uit het feit dat voor de Verpleegkundige (art. 3), SPV'er en SPH'er de verhouding tussen de tijdsbesteding in de kliniek en als behandelaar niet altijd goed geregistreerd is. We concluderen dat onzekerheid over de

gegevens voor deze beroepen groter is, maar dat de gegevens de best beschikbare zijn van dit moment.

We concluderen dat verschillen in productiviteit zoals wij die hebben kunnen waarnemen vooral samenhangen met het onderscheid “vrijgevestigde zorgaanbieder” versus “instelling”. Om meer licht te werpen op de productiviteit van crisiszorg versus reguliere zorg; ambulante zorg versus klinische zorg; en zorg met een hoge dan wel lage zorgvraagzwaarte, raden wij aan om meer diepgaand onderzoek uit te voeren.

Vergelijking met cijfers het vorige productiviteitsonderzoek (2002)

Het vorige productiviteitsonderzoek in de curatieve ggz stamt uit 2002 en is destijds uitgevoerd door onderzoeksbureau Hoeksma, Homans en Menting (hierna HHM)¹⁰. Uit het HHM onderzoek volgt de norm van 1.122 declarabele uren op jaarbasis, uit het huidige onderzoek volgt een gemiddelde norm van 1.097 declarabele uren voor instellingen en 1.189 declarabele uren voor vrijgevestigde aanbieders.

Een nadere inspectie van de cijfers en achterliggende methodologie laten zien dat een vergelijking tussen beide onderzoeken scheef loopt. Allereerst merken we op dat het HHM-onderzoek is uitgevoerd in een periode dat de zorgsector (en ook de financiering daarvan) geheel anders was ingericht dan thans het geval is. Binnen de ggz bestonden dbc's nog niet en werden alleen contacten geregistreerd. De gemiddelde tijdsbesteding per contact liep sterk uiteen binnen en tussen instellingen maar ook per beroep, maar over de mate waarin bestonden voor zover ons bekend geen objectieve cijfers.

Daarnaast zijn de onderzoeken niet te vergelijken vanwege verschillen in targetgroep (het HHM onderzoek focust alleen op ambulante zorg), representativiteit en betrouwbaarheid (HHM gebruikte een registratie van twee keer twee weken i.p.v. registratiegegevens over een heel jaar), schoning (resultaten in HHM gebaseerd op een relatief laag aantal waarnemingen binnen zes instellingen), en de ontwikkelingen sindsdien (bijvoorbeeld decentralisatie van het circuit K&J).

¹⁰ <http://www.eldermans-geerts.nl/core/media/file/ggz/Eindrapport-bundel-bijlagen-tijdbesteding-en-kostencomponenten-ambulante-ggz.pdf>

1 Aanleiding en doelstelling

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is als marktmeester in de zorg verantwoordelijk voor het vaststellen van maximumtarieven in verschillende sectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz). De NZa beschermt de belangen van burgers op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg¹¹. De NZa is voornemens om voor het beleidsjaar 2018 de tarieven te herijken voor de curatieve generalistische basis-ggz (gb-ggz) en de curatieve gespecialiseerde-ggz (g-ggz). Ook de tarieven van de fz worden op dat moment herijkt.

De tarieven die de NZa vaststelt worden gebaseerd op kostprijzen. Om deze kostprijzen te berekenen is informatie nodig over de kosten en de productiviteit. Deze informatie wordt periodiek herijkt, waarbij in de tussenliggende jaren indexatie wordt toegepast.

Doelstelling

Ecorys is door de NZa gevraagd om een onderzoek naar de productiviteit in de curatieve ggz en in de fz uit te voeren. De doelstelling van de opdracht is om informatie te verzamelen en te analyseren die de NZa in staat stelt om op 1 juli 2017 de tarieven voor het beleidsjaar 2018 vast te stellen voor de gb-ggz, de g-ggz en de fz. Specifiek richt de opdracht zich op het in kaart brengen van de productiviteit van tijdschrijvende beroepen in de curatieve ggz en fz onder zowel instellingen als vrijgevestigde aanbieders van Zvw-zorg, op basis van een representatieve steekproef.

Daarnaast is Ecorys gevraagd de NZa te adviseren over hoe de resultaten van het productiviteitsonderzoek kunnen worden meegenomen in de kostprijsberekening. Hiertoe dient een omrekening uitgevoerd te worden van het aantal declarabele uren naar een FTE volledig werkzaam in de curatieve ggz of fz.

Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de reikwijdte van het project. Hoofdstuk 3 presenteert de aanpak van het onderzoek, inclusief het trekken van de steekproef, een reflectie op de uitvraag en het consultatieproces met stakeholders. De kenmerken van de steekproef worden besproken in Hoofdstuk 4, gevolgd door de resultaten met betrekking tot productiviteit in Hoofdstuk 5. De resultaten worden aan de hand van verschillende doorsnedes gepresenteerd. Tevens worden in Hoofdstuk 5 de resultaten van de omrekening naar een volledige FTE in de curatieve ggz of fz gepresenteerd. Tenslotte geeft Hoofdstuk 6 een nadere beschouwing en duiding van de resultaten. Daartoe analyseren wij verschillende factoren die mogelijk verschillen in productiviteit kunnen verklaren, waaronder de zorgvraagzwaarte.

In de bijlagen staan achtereenvolgens de genodigden voor en aanwezigen bij de klankbordgroep bijeenkomsten (Bijlage I), een nadere detaillering ten aanzien van enkele capita selecta (beschrijving van de respons en onze resultaten ten aanzien van productiviteit – Bijlage II), de aanleversjablonen voor instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders (Bijlage III) en de Frequently Asked Questions over het onderzoek die eerder op de website van Ecorys zijn gepubliceerd (Bijlage IV). Tot slot presenteert bijlage V de belangrijkste resultaten van de verificatiegesprekken.

¹¹ <https://www.nza.nl/organisatie/overdenza/Missie/>

2 Reikwijdte van het project

2.1 Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen bestaat in Nederland de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Op basis van het soort zorg dat de patiënt nodig heeft, is de ggz ingedeeld in een aantal echelons.

In veel gevallen is de huisarts de eerste zorgverlener. Indien de huisarts, al dan niet met ondersteuning van de Praktijkondersteuner ggz (POH-ggz), niet in staat is de psychische klachten te verhelpen, kan de patiënt worden doorgestuurd naar een zorgverlener binnen de [generalistische basis-ggz](#) (*gb-ggz*) (eerstelijns zorg). De gb-ggz betreft curatieve ggz gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of prestaties die onverzekerd zijn of zelf door verzekeringnemer worden gedragen (hierna: onverzekerde prestaties).

Voor patiënten met zwaardere psychische stoornissen bestaat de mogelijkheid om [gespecialiseerde ggz](#) (g-ggz) aan te bieden, door het inschakelen van een psycholoog, psychiater of zelfs opname in een ggz-instelling (tweedelijns zorg). Binnen de g-ggz kan een onderscheid worden gemaakt tussen de curatieve ggz (gefinancierd vanuit de Zvw) en langdurige ggz (gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg – Wlz). Daarnaast zijn er ook binnen de g-ggz overige producten die uit de aanvullende verzekeringen of door de patiënt zelf betaald worden. Zowel de gb-ggz als de curatieve g-ggz vallen binnen de reikwijdte van dit project.

Daarnaast valt ook de [forensische zorg](#) (fz) binnen de reikwijdte van dit onderzoek. Deze zorg wordt gefinancierd uit diagnose-behandelbeveiligingscombinaties (dbbc's). Fz is onderdeel van de straf die is opgelegd door de rechtelijke macht, en komt voor indien de veroordeelde psychische of psychiatrische problematiek heeft. Fz kan in de vorm van klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen worden aangeboden. Het doel van deze zorg is het verminderen van de kans op recidive, zodat de veroordeelde na het uitzitten van de straf, of het ondergaan van de zorg, weer kan terugkeren en functioneren in de samenleving. Binnen de fz kan onderscheid gemaakt worden tussen drie doelgroepen: de Tbs-gestelden, zorg aan gedetineerden, en verdachten of veroordeelden aan wie het Openbaar Ministerie (OM) of de Rechtspraak een voorwaardelijke sanctie heeft opgelegd – zorg als voorwaarde (“overige fz”). De fz wordt gefinancierd door het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). Alleen de fz gefinancierd uit dbbc's valt binnen de reikwijdte van dit project – de overige financieringsbronnen niet.

Andere financieringsstromen die buiten het onderzoek vallen zijn de Jeugdwet (Jw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), overige producten (OVP/OZP) voor zover niet onder de Zvw, en eigen betalingen voor zover het niet gaat om betalingen voor verzekerde Zvw-zorg; eigen betalingen voor gb-ggz en g-ggz vallen wel binnen de reikwijdte van het productiviteitsonderzoek.

2.2 Aanbieders van ggz

Zowel instellingen als vrijgevestigde aanbieders leveren ggz. Volgens de meest recente Marktscan ggz van de NZa zijn er zo'n 3.500 à 4.000 vrijgevestigde zorgaanbieders die binnen een solo- of groepspraktijk werkzaam zijn. Verder zijn er binnen de curatieve ggz zo'n 330 instellingen, maar hier zitten ook kleinere instellingen bij en instellingen waarvan de ggz-activiteiten slechts een

beperkt deel van de omzet uitmaakt. Ook de 40 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en UMC's vallen in de categorie instellingen, evenals een groep ambulante aanbieders. Zo'n 70% van de totale ggz-omzet is geconcentreerd binnen 36 grotere concerns.

Tabel 2.1 Aantal en soort aanbieders in de ggz 2012 - 2013

Soort aanbieder		Organisatievorm	2012	2013
Eerste lijn	Unieke zorgverleners	(werkzaam binnen) praktijk of instelling	6 000	6 000
Tweedelijns curatieve ggz (Zvw)	Gebudgetteerde zorgaanbieders	ggz-instelling	155	290
	Niet-gebudgetteerde instellingen, geen dyslexie	ggz-instelling	100	
	Vrijgevestigde zorgaanbieders*	(werkzaam binnen) solo- of groepspraktijk	3500 - 4000	3500 - 4000

* Een deel van deze vrijgevestigde zorgaanbieders zit tevens in de eerste lijn. De aantallen aanbieders in de eerste en tweede lijn kunnen dan ook niet bij elkaar opgeteld worden om tot een totaal te komen.

Bron: NZa Marktscan GGZ 2015, Deel A

2.3 Aanbieders fz

Fz wordt aangeboden door een achttal verschillende categorieën van aanbieders:

- Forensisch Psychiatrische Centra (FPC);
- Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC);
- Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK);
- Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA);
- Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP);
- Forensische Verslavingsklinieken (FVK)/Forensische Verslavingsafdelingen (FVA);
- Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (inclusief zorg aan sterk gedragsgestoorde en licht verstandelijk gehandicapten) (VG);
- Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).

Uit de NZa Marktscan fz 2015 blijkt dat het aantal unieke zorgaanbieders binnen de fz in de periode 2011-2015 is toegenomen met bijna 14%, van 104 aanbieders in 2011 tot 118 aanbieders in 2015.

Hierbij wordt aangetekend dat de stijging voornamelijk voor lage beveiligingsniveaus en begeleidingszorg is en dat toetreding tot zwaardere en klinische fz zeer lastig is¹². Voor behandeling met verblijf zijn er vier beveiligingsniveaus.

¹² NZa. (2015) Marktscan Forensische Zorg 2015, pagina 12. Link: https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Forensische_zorg_2015

3 Aanpak en methode

Om de doelstelling van dit project te bereiken hebben wij de volgende stappen ondernomen:

- Instellen van een klankbordgroep van experts;
- Vooronderzoek;
- Steekproef;
- Opstellen concept dataverzoeken en testen daarvan;
- Uitsturen, monitoren en begeleiden data-verzoeken middels hulplijn en FAQ;
- Verificatie en analyse;
- Organisatie klankbordgroepen over uitkomsten;
- Organisatie klankbordgroepen over vervolgonderzoek;
- Tweede verificatieslag;
- Omrekening declarabele uren; en
- Opstellen eindrapportage.

Onderstaand gaan we nader in op de verschillende stappen. De stappen zijn parallel uitgevoerd voor zowel het onderzoek naar de materiële kosten als de productiviteit. In deze rapportage gaan we alleen in op de relevante aspecten voor het onderwerp productiviteit.

3.1 Instellen van een klankbordgroep van experts

Om met “het veld” van gedachten te wisselen over de opzet, aanpak en (concept-)uitkomsten van het onderzoek is een klankbordgroep van experts ingesteld. Deze klankbordgroep is regelmatig geconsulteerd in de loop van het traject, zowel voor de materiële kostenonderzoek als voor het productiviteitsonderzoek. In totaal vonden er zeven consultatie rondes (waaronder 1 schriftelijke consultatie) plaats met de klankbordgroep. De bijlage specificeert de uitgenodigde partijen en aanwezigen tijdens de klankbordgroepen. Onderstaand gaan we nader in op de besproken onderwerpen tijdens deze bijeenkomsten.

Tijdens de klankbordgroep op 17 juli 2016 is een toelichting op het onderzoek gegeven. Hierbij is de achtergrond en aanleiding, onderzoeksopzet, steekproefselectie van zowel het tijdsbestedingsonderzoek (instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders) als het materiële kostenonderzoek (vrijgevestigde zorgaanbieders) aan bod gekomen. Tevens is de beoogde planning van het productiviteitsonderzoek besproken, waarbij op verzoek van de klankbordgroep de start van de informatieverzameling is uitgesteld met het oog op de zomervakantieperiode.

Tijdens een schriftelijke consultatieronde op 22 augustus is aan de klankbordgroep verzocht om feedback te geven op de informatieverzoeken: de toelichtingen en aanleversjablonen. Ter ondersteuning van het verzoek is een notitie met de belangrijkste conclusies uit de pilots bijgevoegd en enkele concrete vragen voor de klankbordgroep. Hierbij zijn punten gepresenteerd die relevant waren voor zowel de uitvraag onder instellingen (productiviteitsonderzoek) als voor vrijgevestigde aanbieders (materiële kosten en productiviteitsonderzoek). Onderwerpen die tijdens de schriftelijke consultatieronde onder andere aan bod zijn gekomen waren: de financieringsstromen binnen en buiten het onderzoek, het opsplitsen van declarabele tijd naar direct- en indirect- patiëntgebonden tijd, het verduidelijken van definities, de patiënten doelgroep ‘doven en slechthorenden’ en het onderscheid tussen de financiële- en de dbc- administratie.

In twee klankbordgroepen (op 27 oktober en 24 november 2016) zijn de concept-resultaten met betrekking tot productiviteit (tot dan toe beschikbaar) gepresenteerd en besproken. Punten die hierbij aan bod zijn gekomen zijn: de terugblik op de uitvraag, respons, praktijk-kenmerken en de eerste analyseresultaten. Hierbij is ook uitgebreid stilgestaan bij mogelijke verklaringen voor verschillen in productiviteit. Suggesties die hierbij naar boven kwamen zijn het verschil in ambulante en klinisch zorg, het soort zorg dat geleverd wordt (gb-ggz/g-ggz/fz), de duur van de behandeling en de locatie van zorgverlener, het verschil tussen regiebehandelaren/medebehandelaren en de zorgvraagzwaarte. Op al deze factoren gaan wij verderop in dit rapport nader in.

Op 1 december 2016 heeft een klankbordgroep bijeenkomst plaatsgevonden ter presentatie en bespreking van de concept-resultaten van het materiële kostenonderzoek. Deze resultaten worden in een aparte rapportage gepresenteerd.

In twee klankbordgroepen (op 22 februari en 28 maart 2017) zijn het stappenplan voor de omrekening naar een volledige FTE in de curatieve ggz of fz besproken, alsmede de concept-resultaten van deze omrekening en de (resultaten van de) tweede verificatieslag. Punten die hierbij aan bod zijn gekomen zijn: de selectie van aanbieders voor de verificatiegesprekken, de verificatie resultaten, de omrekeningsmethode, de aanpak in vergelijking met eerder onderzoek (HHM), resultaten per type aanbieder en beroep.

3.2 Steekproef

Op basis van de NAW-gegevens die beschikbaar gesteld zijn door de NZa, zijn de deelnemers geselecteerd voor het onderzoek middels een aselechte, representatieve steekproef onder alle zorgaanbieders die binnen dit onderzoek vallen.

Voor de steekproef maken we gebruik van de volgende statistische steekproefformule op basis van de populatie grootte (N), de foutmarge (β), de variatiecoëfficiënt (CV-waarde) en de Z-score (Z) van het betrouwbaarheidsniveau (α). De CV-waarde van een indicator geeft de spreidingsmaat aan ten opzichte van de gemiddelde waarde.

Voor de berekening van de steekproefomvang (n) gaan we uit van een formule die eerder gebruikt is in het FTE onderzoek dat door de NZa is uitgevoerd:

$$n \cdot \frac{N-1}{N-n} \geq CV^2 \left(\frac{2 \cdot Z_{\frac{\alpha}{2}}}{\beta} \right)^2 = n_{\infty} \Leftrightarrow$$
$$n \geq \frac{N \cdot n_{\infty}}{N-1+n_{\infty}}$$

Vrijgevestigde zorgaanbieders

De steekproefpopulatie van vrijgevestigde praktijken is bepaald aan de hand van de aangeleverde gegevensbestanden door de NZa, waarbij praktijken met onvoldoende patiënten niet zijn meegenomen. Om de ondergrens van het aantal patiënten te berekenen hebben wij de BIG-norm gebruikt en praktijken met minder dan 20 patiënten per jaar niet meegenomen in de steekproefpopulatie. Tevens is het bestand gecorrigeerd voor de top-10 aanbieders met het hoogste aantal Zvw-patiënten per jaar. Dit betreft aanbieders met meer dan 600 Zvw-patiënten per jaar. Onder

deze groep bevinden zich mogelijk 'instellingen van rechtswege' die geen schriftelijke Wtzi toelating hebben kunnen overleggen en daarom declareren onder een 'AGB 94 code'. Deze aanbieders zouden het beeld van de vrijgevestigde aanbieder kunnen verstoren vanwege de hoge patiëntaantallen.

Aan de hand van bovenstaande toelichting zijn de steekproefberekeningen voor het aantal vrijgevestigde zorgaanbieders als volgt:

- Populatie: na opschoning van het totaal aantal vrijgevestigde zorgaanbieders door de praktijken met minder dan 20 of meer dan 600 patiënten per jaar uit te sluiten, blijven er 2971 vrijgevestigde praktijken over.
- Het gewenste betrouwbaarheidsniveau is 95% en de foutmarge is 10%.
- Een CV-waarde van 0,25 wordt gehanteerd omdat een specifieke CV-waarde op basis van actuele data niet berekend kan worden en dit ons een reële schatting lijkt.
- Het aantal (netto) mee te nemen vrijgevestigde aanbieders dient in dit geval minimaal 93 te zijn.
- Het totaal aantal uit te vragen vrijgevestigde aanbieders hangt dan af van de verwachte non-respons. Redenen voor een lage response rate zijn mogelijk fusies en gepensioneerde zorgaanbieders, die nog niet zijn verwerkt in de lijsten waarover de NZa kon beschikken. Uitgaande van een door ons ingeschatte respons van 40% respons zijn 234 vrijgevestigde zorgaanbieders meegenomen in de steekproef.

Tabel 3.1 geeft de steekproefwaarden voor vrijgevestigde zorgaanbieders weer: op basis van de steekproefformule zijn de volgende steekproefaantallen berekend aan de hand van de diverse waarden (betrouwbaarheidsniveau, foutenmarge, CV-waarde en populatiegrootte).

Tabel 3.1 Steekproefwaarden vrijgevestigde zorgaanbieders

Indicator	Waarden
Betrouwbaarheidsniveau	95%
Z-score	1,96
Foutenmarge (β)	10%
CV-waarde	0,25
Populatiegrootte (N)	2971
(netto) Steekproefgrootte – benodigde respons	93
(bruto) Steekproefgrootte rekening houdend met een 40% respons	234
Totale steekproef	234

Bij het trekken van de steekproef is rekening gehouden met geografische spreiding.¹³

Instellingen

Wat betreft de steekproef voor de instellingen is rekening gehouden met subpopulaties van instellingen die crisiszorg¹⁴ leveren, medische vervolgoopleidingen (MVO) met beschikbaarheid-bijdrage aanbieden, zorg leveren aan de specifieke doelgroep 'doven en slechthorenden' en met FPC's/FPK's en PPC's.

De steekproefpopulatie van instellingen wordt bepaald aan de hand van de aangeleverde gegevensbestanden door de NZa gecorrigeerd voor instellingen waarvoor de omzet onder de

¹³ Idealiter was er tevens rekening gehouden met de verschillende praktijktypen, maar hier was geen informatie beschikbaar.

¹⁴ Onder crisiszorg verstaan we 24-uurs crisiszorg die de crisisdiensten leveren. Crisiszorg wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van de zorg. Hieronder vallen de instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie waarop in geval van interventie crisis-dbc's geopend kunnen worden waarop crisisactiviteiten geschreven worden.

drempelwaarde valt, en de FPC's/FPK's, PPC's en doven-en slechthorenden instellingen (hierna: doveninstellingen) die in zijn geheel meegenomen worden in de steekproef. We hebben een 20% omzet-drempelwaarde gehanteerd. De drempelwaarde is gedefinieerd als aandeel van de Zvw-omzet ten opzichte van de totale omzet van de instelling. Indien er geen omzetgegevens beschikbaar zijn, hebben we instellingen (40) wel mee genomen binnen de populatie berekening.

Bij het trekken van de steekproef is uitgegaan van een populatie van 194 instellingen (waarvan 16 FPC's/FPK's, PPC's en doveninstellingen). Na het trekken van de steekproef bleek dat 39 instellingen toch niet aan de criteria voor de steekproef voldoen en daarom ontheffing hebben gekregen (24 instellingen, waarvan 2 PPC's), verwijderd moesten worden uit de steekproef (7 instellingen – bijvoorbeeld vanwege faillissement of fusie) of uitgesloten zijn na aanlevering van het sjabloon (8 instellingen – bijvoorbeeld wanneer er in een instelling alleen ZZP'ers werkzaam waren). Deze instellingen behoren dan ook niet tot de steekproefpopulatie – aangezien zij niet aan de criteria voor de populatie voldoen – die hiermee daalt van 194 naar 155 (zie tabel 3.2).

Na de correctie op de totale aangeleverde hoeveelheid instellingen zijn vervolgens de benodigde subpopulaties voor MVO en crisiszorg berekend op basis van het aantal instellingen dat aan deze karakteristieken voldoet. MVO-instellingen worden gedefinieerd als instellingen die een beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen ontvangen boven een drempelwaarde van 29.300 EUR, omdat dit het laagste vergoedingsbedrag is dat een instelling kan ontvangen indien er voor 1 FTE opgeleid wordt. Met deze drempelwaarde wordt gewaarborgd dat instellingen ten minste voor (het equivalent van) 1 FTE opleiden.

Tabel 3.2 Aangepaste berekening steekproefpopulatie – instellingen

	Aantal	
Initiële steekproefpopulatie	194	
Ontheffingen	24	(-)
Te verwijderen	7	
Uitsluitingen	8	(-)
Aangepaste steekproefpopulatie	155	

Aan de hand van bovenstaande toelichting zijn de steekproefberekeningen voor het aantal instellingen als volgt:

- Populatie: na opschoning van het totaal voor de instellingen die:
 - minder dan 20% Zvw-activiteiten uitvoeren;
 - ontheffing hebben gekregen omdat ze niet voldoen aan de steekproefcriteria;
 - verwijderd moesten worden uit de steekproef; of
 - uitgesloten zijn na aanlevering,
 blijven er 155 instellingen over (waarvan 16 FPC's/FPK's, PPC's en doveninstellingen en 51 instellingen die een beschikbaarheidsbijdrage voor MVO hebben ontvangen).
- Het gewenste betrouwbaarheidsniveau is 95% en de foutmarge is 10%.
- We hanteren een CV-waarde van 0,22 op basis van eerder getrokken steekproeven door de NZa onder instellingen.
- Het aantal (netto) mee te nemen instellingen dient in dit geval minimaal 50 te zijn (netto steekproefomvang).
- Voor de initiële steekproef zijn we uitgegaan van een non-respons 25%. De bruto steekproefomvang komt hiermee op 67 instellingen.

- In totaal hebben 99 instellingen het dataverzoek ontvangen. Initieel is het verzoek naar 83 instellingen verstuurd (bruto steekproef + automatisch geselecteerde instellingen), maar vanwege het hoge aantal niet-bezorgbare aangeschreven informatieverzoeken is besloten om in de eerste week meer instellingen aan te schrijven.

Tabel 3.3 geeft de steekproefwaarden voor instellingen weer: op basis van de steekproef formule worden de volgende steekproefaantallen berekend aan de hand van de diverse waarden (betrouwbaarheidsniveau, foutenmarge, CV-waarde en populatiegrootte).

Tabel 3.3 Steekproefwaarden instellingen

Betrouwbaarheidsniveau	95%
Z-score	1,96
Foutenmarge (β)	10%
CV-waarde	0,22
Populatiegrootte (N)	155
(netto) Steekproefgrootte – benodigde respons	50
(bruto) Steekproefgrootte rekening houdend met een 75% respons	67
FPC's/FPK's, PPC's en doveninstellingen	16
Totale steekproef	99
Respons	50

Voor aankondiging

De geselecteerde partijen, zowel instellingen als vrijgevestigden, hebben per brief van 29 juli 2016 een *vooraankondiging* van de NZa gekregen dat zij zijn geselecteerd voor het onderzoek. Tevens zijn zij op de hoogte gebracht van de planning van het onderzoek en gevraagd om per e-mail een contactpersoon (inclusief contactgegevens) door te geven die verantwoordelijk is voor tijdige oplevering van de gevraagde informatie. Verzocht werd om gegevens vóór 1 oktober 2016 via het uitwisselportaal bij de NZa aan te leveren.

Belangrijk om op te merken is dat de geselecteerde vrijgevestigde aanbieders op persoonlijke AGB-code zijn aangeschreven. Hierdoor zijn er mogelijk relatief meer solopraktijken en relatief minder maatschappen in de steekproef terecht gekomen, maar of en in hoeverre dit effect zich daadwerkelijk heeft voorgedaan, is onbekend.

3.3 Opstellen concept dataverzoeken en testen daarvan

De concept-dataverzoeken inclusief toelichtingen zijn opgesteld en voorgelegd aan de klankbordgroep. Aan de hand van de input van zowel de NZa als de klankbordgroep zijn de concept-templates voor de informatieverzoeken over productiviteit en materiële kosten aangescherpt. Tevens zijn de formats getest door een pilot uit te voeren onder 5 instellingen (zowel fz, ggz als geïntegreerde instellingen) en 5 vrijgevestigde zorgaanbieders.

Belangrijke vraag die hierbij gesteld is, is of het informatieverzoek helder is (duidelijk definities, enzovoorts) en of het goed kan worden ingevuld. De pilots zijn waardevol gebleken om het informatieverzoek begrijpelijk te maken en beter aan te laten sluiten bij beschikbare databronnen en gegevens. De discussiepunten die uit de pilots naar voren zijn gekomen zijn gedeeld met de klankbordgroep, zoals:

- definitie declarabele tijd (opsplitsing naar direct- en indirect patiëntgebonden tijd in plaats van opdeling naar intake, behandeling, overig, etc);
- uitvraag contracttijd (instellingen zien deze uitvraag bij voorkeur in uren per jaar en vrijgevestigde in uren per week);
- definitie van niet-declarabele tijd.

De definitieve versie van het aanleversjabloon voor vrijgevestigde zorgaanbieders bestond uit een zevental tabbladen:

- **Tabblad 1: Adresgegevens**

- **Tabblad 2: Typering zorgaanbieder**

In het tabblad over de typering van de zorgaanbieder worden vragen gesteld met betrekking tot praktijkenmerken en type patiënten. Tevens zijn er enkele specifieke vragen met betrekking tot de materiële kosten opgenomen, o.a. met betrekking tot de beschikbaarheid van een winst- en verliesrekening, balans, of belastingaangifte over 2015.

- **Tabblad 3.1 – 3.2: Materiële kosten en Balans**

In tabblad 3.1 zijn de volgende zes kostencategorieën voor het kalenderjaar 2015 uitgevraagd en in tabblad 3.2 worden de balansgegevens per 31-12-2015 uitgevraagd. Deze twee tabbladen van het sjabloon hebben betrekking op het materiële kostenonderzoek, waarvan de resultaten in een aparte rapportage worden gepresenteerd.

- **Tabbladen 4.1: Productiviteit**

In tabblad 4.1 wordt in de uitvraag ingegaan op informatie over productiviteit voor het kalenderjaar 2015, waarbij dieper ingegaan wordt op de declarabele tijd, niet-declarabele tijd, werkweek en afwezigheid.

- **Tabblad 4.2: Productiviteit Opleider MVO**

In tabblad 4.2 wordt in de uitvraag ingegaan op informatie over tijd die in 2015 door opleiders besteed werd aan medische vervolgopleidingen (MVO, met beschikbaarheidsbijdrage).

- **Tabblad 4.3: Productiviteit Opleiding MVO**

In tabblad 4.3 wordt in de uitvraag ingegaan op informatie over tijd die in 2015 door opleidingen besteed werd aan medische vervolgopleidingen (MVO, met beschikbaarheidsbijdrage).

De definitieve versie van het aanleversjabloon voor ggz en fz instellingen bestond uit een zevental tabbladen:

- **Tabblad 1: Adresgegevens**

- **Tabblad 2: Typering zorgaanbieder**

In het tabblad 2 over de typering van de zorgaanbieder maken we onderscheid tussen instellingskenmerken en type patiënten.

- **Tabblad 3.1a: Productiviteit – ggz**

- **Tabblad 3.1b: Productiviteit - fz**

- **Tabblad 3.1c: Productiviteit – ggz en fz**

Tabblad 3.1 van de uitvraag gaat in op informatie over productiviteit (tabbladen 3.1a, 3.1b, en 3.1c) van behandelaren in respectievelijk de ggz, fz en beide financieringsstromen voor het kalenderjaar 2015. Hierbij wordt dieper ingegaan op de declarabele tijd, niet-declarabele tijd, contracttijd en afwezigheid.

- **Tabblad 3.2: Productiviteit – Opleider Medische Vervolgopleidingen (MVO)**

In tabblad 3.2 wordt in de uitvraag ingegaan op informatie over tijd die in 2015 door *opleiders* besteed werd aan medische vervolgopleidingen (MVO, met beschikbaarheidsbijdrage).

- **Tabblad 3.3: Productiviteit – Opleiding Medische Vervolgopleidingen (MVO)**

In tabblad 4.3 wordt in de uitvraag ingegaan op informatie over tijd die in 2015 door opleidingen besteed werd aan medische vervolgoopleidingen (MVO, met beschikbaarheid-bijdrage).

Om productiviteit te bepalen speelt het FTE-begrip een belangrijke rol. FTE staat voor fulltime-equivalent, een rekeneenheid voor de omvang van de functie. Hierbij is één FTE een volledige werkweek. We zijn hierbij uitgegaan van de cao voor behandelaren in loondienst binnen de ggz waarbij 1 FTE genormeerd is op 1.878 uur per jaar.¹⁵ De aantallen FTE's zijn gebaseerd op het uitvraagsjabloon. Aan instellingen is gevraagd om zowel het aantal FTE als de totale contacttijden (in uren per jaar) in 2015 in te vullen. Aan vrijgevestigde aanbieders is gevraagd naar het aantal uren in de gemiddelde werkweek en op basis hiervan is het aantal FTE per behandelaar berekend over heel 2015. Hierbij is uitgegaan van de volgende definitie voor 'werkweek':

de tijd die de zorgverlener(s) in 2015 gemiddeld besteedde aan de eigen ggz praktijk, gedurende een standaard werkweek (inclusief eventuele administratie en managementtaken en niet gecorrigeerd voor afwezigheid door bijvoorbeeld verlof of vakantiedagen).

Indien de werkweek gedurende het jaar gewijzigd is, zijn vrijgevestigde aanbieders gevraagd om dit te middelen.

3.4 Uitsturen, monitoren en begeleiden data-verzoeken middels hulplijn en FAQ

Na overeenstemming met de klankbordgroep, NZa en pilotrondes is de definitieve data-uitvraag verstuurd naar de vrijgevestigde partijen en instellingen. Deelnemers zijn tijdens de data-uitvraag ondersteund door een helpdesk team dat zowel telefonisch als per e-mail vragen heeft beantwoord. Daarnaast zijn periodiek antwoorden op de meest voorkomende vragen gepubliceerd op de website. Dergelijke vragen waren onder andere:

- Hoe werkt het uitwisselportaal?
- Wat te doen bij het niet apart registreren van tijdsbesteding van opleiders en opleidingen?
- Het niet registreren van activiteiten onder andere financieringsstromen binnen de tijdsregistratiesystemen van instellingen,
- Wat wordt er verstaan onder 'eigen betalingen?'
- Het inschatten van de tijdsbesteding door vrijgevestigden.

In Bijlage IV zijn de FAQ weergegeven.

3.5 Verificatie en analyse

Controle van de aangeleverde sjablonen

Naast de automatische cross-checks die ingevoerd waren in de data-uitvraag zijn bij ontvangst van data alle aanleveringen handmatig gecontroleerd en geverifieerd. Voor productiviteit is teruggekoppeld wanneer productiviteitsberekeningen ver onder de 50%, dan wel boven de 100% uitkwamen. Aan instellingen en vrijgevestigde aanbieders is gevraagd om deze gegevens te controleren en aan te passen, dan wel toe te lichten. Voorbeelden van verklaringen die aanbieders hadden voor een opvallend hoge of lage productiviteit zijn:

- Betreffende behandelaren hebben een dubbele functie (bijvoorbeeld als ambulante behandelaar en daarnaast actief in dagbesteding). Wanneer er meer/minder declarabele uren in het ene

¹⁵ <http://www.ggznederland.nl/cao/hoofdstuk-6-arbeidsduur-en-werktijden>

deel van het dienstverband worden gemaakt dan initieel gepland dan vallen de productiviteitscijfers hoog/laag uit.

- Betreffende behandelaars hebben een dubbele functie waarbij de niet-declarabele tijd niet naar type dienstverband geregistreerd wordt. Hierdoor is het lastig om een specifiek aandeel aan de Zvw-zorg/fz gefinancierd uit dbbc's toe te rekenen.
- Betreffende behandelaars zijn werkzaam in meerdere financieringsstromen en aangezien de niet-declarabele tijd niet naar financieringsstroom geregistreerd wordt is het lastig om een specifiek aandeel hiervan aan de Zvw-zorg/fz gefinancierd uit dbbc's toe te rekenen.
- Betreffende behandelaar was langdurig ziek gedurende 2015.

Daarnaast is vergeleken of de som van de declarabele en niet-declarabele tijd gelijk was aan de beschikbare tijd (contracttijd minus afwezigheid). Bij grote verschillen tussen beide cijfers is dit teruggekoppeld aan de zorgaanbieder. Bij onduidelijkheden of mogelijke fouten in de ontvangen gegevens hebben wij telefonisch en schriftelijk contact opgenomen met de desbetreffende zorgaanbieder en zijn gecorrigeerde gegevens aangeleverd. Uiteindelijk is er voor alle aanleveringen contact opgenomen met de aanbieders omdat er ofwel vragen waren, ofwel informatie ontbrak/niet –correct ingevuld leek te zijn.

Analyse van de aangeleverde data

Outlier identificatie

De dataset is geschoond voor outliers. Dit was één integrale schoning voor zowel instellingen als vrijgevestigde aanbieders. Deze schoning heeft plaatsgevonden vóór de start van de analyses.

Binnen dit onderzoek wordt geschoond voor productiviteitswaarden die te veel van het gemiddelde afwijken. De formule die gebruikt is voor het opschonen voor zulke outliers is de volgende:

- minimale waarde = gemiddelde (alle observaties) – 2 x standaard deviatie; en
- maximale waarde = gemiddelde (alle observaties) + 2 x standaard deviatie.

Wanneer een waarde buiten deze bandbreedte valt, wordt deze niet meegenomen in het onderzoek. Naast deze eerste identificatie van een outlier, worden productiviteitsniveaus van exact 100% ook als outliers geïdentificeerd.

Respons analyse

In de analyse zijn we gestart met het in kaart brengen van de kenmerken van de responsgroep. Hierbij is gebruik gemaakt van de gegevens die zijn uitgevraagd in het tabblad over de typering van de zorgaanbieder om verschillende doorsnedes te kunnen bekijken.

Productiviteitsberekening

Figuur 3.1 geeft een overzicht van de verschillende tijdsbesteding onderdelen die relevant zijn voor de berekening van de productiviteit, welke in het huidige onderzoek gedefinieerd is als “**het aandeel declarabele tijd in de totale beschikbare tijd**” (verhouding van Blok E en Blok C in Figuur 3.1).

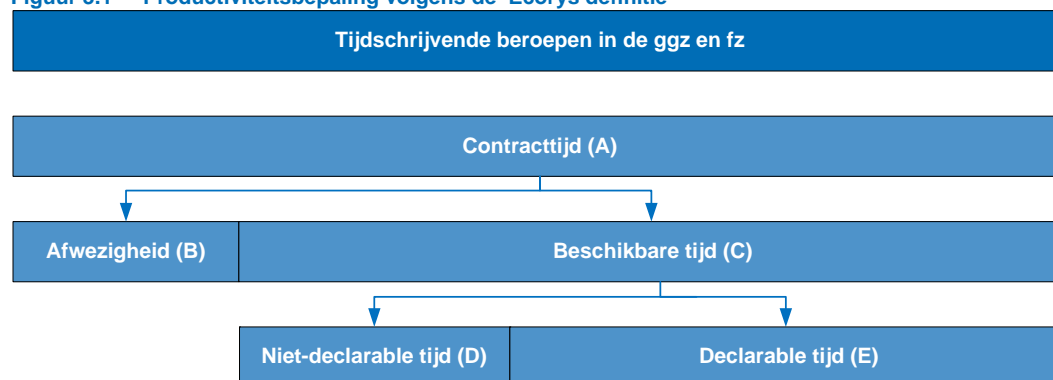
In het veld worden verschillende definities/berekeningen van productiviteit en werkbare tijd gehanteerd. Dit is gebleken tijdens de uitvoering van een verkennende studie voorafgaand aan dit productiviteitsonderzoek (“het vooronderzoek”)¹⁶, alsmede de verschillende gesprekken met aanbieders in de pilot- en verificatiefase van dit onderzoek. Aanbieders hebben over het algemeen goed inzicht in verschillende onderdelen van tijdsbesteding – zoals gedefinieerd in figuur 3.1 - maar sturen niet altijd op een productiviteitspercentage zoals dat berekend is in dit onderzoek (maar bijvoorbeeld op het aantal declarabele uren). De definitie die, in samenspraak met de NZa,

¹⁶ Ecorys (2016), Herijking van de productiviteitsnormen in de GGZ en FZ.

gehanteerd wordt in dit onderzoek (de 'Ecorys definitie') is tot stand gekomen op basis van uitgebreid onderzoek en overleg met experts uit de sector en tevens bevestigd tijdens de pilotfase van het productiviteitsonderzoek. Deze definitie is gekozen omdat die het beste aansluit bij de doelstelling van het onderzoek. Deze faciliteert immers een zuivere berekening van de productiviteit in de Zvw-zorg en fz door alle tijdsbesteding vanuit andere financieringsstromen onder 'afwezigheid' te scharen. Daarnaast is deze definitie zo eenvoudig mogelijk doordat het onderscheid naar financieringsstromen alleen waar relevant gemaakt moet worden en evenmin uitsplitsingen van de niet-Zvw/fz nodig zijn. Zowel in het vooronderzoek als tijdens de pilotfase van het productiviteitsonderzoek is aangegeven dat de gekozen definitie praktisch en werkbaar is; de gehanteerde rubrieken sluiten goed aan bij de praktijk.

De definities van de verschillende blokken in figuur 3.1 zijn uiteengezet in tabel 3.4.

Figuur 3.1 Productiviteitsbepaling volgens de 'Ecorys definitie'



Bron: Ecorys op basis van NZa (2014).¹⁷

Tabel 3.4 Definities van blokken in Figuur 3.1

Blok	Definitie
A – Contracttijd	De tijd die de zorgverlener gemiddeld op basis van cao of contract besteedt aan ggz en/of fz arbeid gedurende een standaard werkweek (inclusief eventuele administratie en managementtaken en niet gecorrigeerd voor afwezigheid door bijvoorbeeld verlof of vakantiedagen).
B – Afwezigheid	De tijd van de zorgverlener die niet beschikbaar is voor Zvw- of fz-gerelateerde activiteiten. Dit betreft bijvoorbeeld activiteiten gelinkt aan de Wlz/Wmo/Jeugdwet/eigen betalingen onverzekerde zorg/Overige prestaties (OVP/OZP) voor zover niet onder de Zvw. Hieronder valt ook; ziekteverzuim, vakantiedagen, zwanger- en ouderschapsverlof, en niet-patiëntgebonden schoonmaak, administratie- en managementtaken van behandelend personeel.
C – Beschikbare tijd	De tijd die de zorgverlener aan Zvw- en/of fz-gerelateerde activiteiten kan besteden, geschoond voor activiteiten in Blok B.
D – Niet-declarabele tijd	De tijd die de zorgverlener kwijt is aan niet-patiëntgebonden activiteiten, die wel relevant zijn voor Zvw- en/of fz-activiteiten. Dit betreft bijvoorbeeld de tijd die behandelaren gebruiken voor cursussen, intervisie, en voor begeleiding bij opleidingen.
E – Declarabele tijd	De tijd die de zorgverlener kwijt is aan zowel direct als indirect patiëntgebonden tijd.

¹⁷ NZa (2014). Nadere Regel NR/CU 532 – Gespecialiseerde GGZ. Beschikbaar hier: https://www.nza.nl/1048076/1048133/NR_CU_532_Gespecialiseerde_GGZ.pdf.

Opmerking beschikbare tijd

In de beschikbare tijd (blok C), zoals gedefinieerd in Tabel 3.4 wordt alleen de daadwerkelijk gewerkte tijd meegenomen; in geval van beschikbaarheidsdiensten worden dus alleen de daadwerkelijk gewerkte uren als onderdeel van de beschikbare tijd gerekend.

Opmerking afwezigheid

Zoals beschreven in Tabel 3.4 valt de tijd besteed aan schoonmaak, administratie en managementtaken in dit onderzoek onder afwezigheid (Blok B). Tijdsbesteding van behandelaren aan schoonmaaktaken alléén bij vrijgevestigde aanbieders is uitgevraagd. Tijdsbesteding aan administratie en/of managementtaken is uitgevraagd voor behandelaren in zowel de vrijgevestigde praktijken als instellingen. Behandelend personeel is gevraagd aan te geven hoeveel uren ze kwijt waren aan management en/of niet-patiëntgebonden administratieve taken die niet financieringsstroom specifiek zijn.

Het is belangrijk op te merken dat niet-financieringsstroom-specifieke activiteiten mogelijk wel deels betrekking hebben of ten goede komen aan de Zvw en/of fz en daarmee mogelijk ook als niet-declarabele activiteit (blok D) geclassificeerd hadden kunnen worden. Het tegenovergestelde is ook mogelijk: niet-declarabele tijd die ten goede komt aan meerdere financieringsstromen valt onder afwezigheid (blok B) maar is af en toe als niet-declarabele tijd (blok D) ingevuld. Omdat niet-declarabele tijd niet per financieringsstroom geregistreerd wordt is er een zekere mate van onzekerheid aan deze uitsplitsing verbonden.

In het sjabloon kon 'overige afwezigheid' ingevuld worden indien men de afwezigheid niet kon uitsplitsen, of uren niet onder een van de specifieke afwezigheidsposten kon scharen. Deze post is, wanneer ingevuld, vaak als restpost gebruikt. De uren binnen deze restpost zijn in een later stadium op basis van de gehanteerde normen voor ziekte en vakantie toegeedeeld aan de verschillende rubrieken binnen de afwezigheid.

Resultaten

Na schoning van de dataset zijn de analyses van de productiviteitsgegevens uitgevoerd. Zowel op totaalniveau per instelling, per FTE, als voor verschillende uitsplitsingen. Mogelijke verklaringen voor productiviteitsverschillen die door de klankbordgroep naar voren zijn gebracht zijn: het verschil in ambulante en klinisch zorg, het soort zorg dat geleverd wordt, de duur van de behandeling en de locatie van zorgverlener. Op al deze factoren gaan wij in Hoofdstuk 6 van dit rapport nader in.

Weging naar FTE

In dit onderzoek is de tijdsbesteding uitgevraagd per beroep en per zorgaanbieder. Vanzelfsprekend zijn er verschillen in grootte tussen instellingen en praktijken, en bestaan er ook verschillen in het aantal FTE per beroep per zorgaanbieder. Om een goed beeld van de tijdsbesteding en de productiviteit te kunnen geven, is het daarom van belang om niet alle instellingen en vrijgevestigde praktijken even zwaar te laten meetellen maar om deze cijfers te 'wegen' naar het aantal FTE (let op: niet naar het aantal behandelaren). Berekenende productiviteitscijfers van een instelling met 20 psychiaters (die gezamenlijk 15 FTE werken) dienen bijvoorbeeld 3 keer zo zwaar mee te tellen dan het cijfer van een instelling met 5 psychiaters die gezamenlijk 5 FTE werken. In dit hoofdstuk zijn alle tijdsbesteding- en productiviteitscijfers gewogen naar FTE om een representatief beeld te geven.

3.6 Advies over meenemen resultaten in kostprijsberekening

Productiviteitspercentage versus declarabele uren

De verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen is vaak niet geregistreerd, wat ten aanzien van niet-financieringsstroom-specifieke activiteiten, zoals de MAS in de afwezigheid, zorgt voor een bepaalde mate van onzekerheid. Voor deze categorie ontbreekt de verdeling van niet-declarabele tijd tussen de Zvw en fz enerzijds en de andere financieringsstromen anderzijds. Deze onzekerheid is van invloed op de verhouding declarabele en niet-declarabele tijd (productiviteit), vanwege een mogelijke onder- of overschatting van de niet-declarabele tijd. Dat is een belangrijke reden om in de kostprijsberekening de focus op declarabele uren te leggen en niet (alleen) op productiviteitspercentages. Tijdens de verificatiegesprekken werd bevestigd dat declarabele uren de meest betrouwbare indicator van productiviteit is.

Omrekening declarabele uren

In het kostprijsmodel van de NZa wordt gerekend met de kosten van één FTE. De kostprijs per uur wordt vervolgens bepaald door de kosten van een FTE te delen door het aantal declarabele uren per jaar. In het productiviteitsonderzoek is specifiek gekeken naar het aantal declarabele uren in de Zvw-zorg en de fz, maar in de praktijk dragen ook inkomsten uit andere financieringsstromen bij aan de kostendekking van een fte. Om de uitkomsten van het productiviteitsonderzoek te kunnen gebruiken in de kostprijsberekening van de NZa is daarom een omrekening nodig naar de beschikbare tijd van een volledige Zvw-FTE (dan wel fz-FTE). Voorafgaand aan de omrekening zijn er gesprekken gevoerd met 10 instellingen en 5 vrijgevestigde praktijken ter verificatie en duiding van de aangeleverde gegevens.

Verificatiegesprekken

In de selectie van aanbieders voor de verificatiegesprekken hebben we, mede op basis van wat er tijdens de klankbordgroep bijeenkomst op 22 februari besproken is, gezocht naar een mix van aanbieders met:

- Een opvallende productiviteit (hoog, dan wel laag); en
- Geen, dan wel een relatief hoog, aandeel 'andere financieringsstromen'.

Daarnaast hebben we gekeken naar instellingen waar we tijdens de uitvraag het idee kregen dat de contactpersonen goed inzicht hebben in de gevraagde informatie. Bij de vrijgevestigde aanbieders hebben we gekeken of er voldoende groepspraktijken in de selectie zaten.

In totaal zijn er 29 instellingen 18 vrijgevestigden praktijken uitgenodigd voor deelname aan de verificatiegesprekken. De 15 uiteindelijk geplande gesprekken – met 10 instellingen en 5 vrijgevestigde praktijken - hebben plaatsgevonden in de periode 6 tot en met 16 maart. Ter voorbereiding van de gesprekken is een document naar elke zorgaanbieder gestuurd. Daarin stonden enkele voorbeeldvragen en de aangeleverde/berekende gegevens voor deze aanbieder.

Een aantal constatering kwam naar voren op basis van de verificatiegesprekken. Een uitgebreider overzicht is terug te vinden in Bijlage V.

Productiviteitscijfers

- Aanbieders vonden de kengetallen met betrekking tot het aantal declarabele uren en de productiviteit per behandelarsgroep (absoluut en t.o.v. gemiddelde cijfers) herkenbaar;
- Instellingen sturen op normen voor productiviteit/declarabiliteit o.b.v. eigen definities die onderling verschillen. De verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen is vaak niet geregistreerd, wat zorgt voor een bepaalde mate van onzekerheid met betrekking tot de verdeling van niet-declarabele tijd tussen de Zvw en fz enerzijds en de niet-

financieringsstroom-specifieke activiteiten (in de afwezigheid) anderzijds. Dit is een reden om de focus op declarabele uren te leggen en niet (alleen) op productiviteitspercentages;

- Aanbieders geven aan dat de productiviteit is toegenomen in afgelopen jaren; en onderregistratie is teruggedrongen.

Andere financieringsstromen

- Declarabele uren onder andere financieringsstromen worden veelal wel geregistreerd;
- De verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen is vaak niet geregistreerd;
- Er wordt één productiviteit/declarabiliteit norm vastgesteld voor alle financieringsstromen.

Onzekerheden bij de aanlevering van gegevens

- Gegevens voor Verpleegkundigen, SPH'ers en SPVers - die zowel als behandelaar als in de kliniek werken – moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Hier wordt in hoofdstuk 5 verder op ingegaan;
- De volledige tijdsbesteding van opleiders en opleidingen wordt in de meeste instellingen niet goed geregistreerd, ook hier wordt in hoofdstuk 5 op teruggekomen;
- Voor opleidingen is de totale declarabele tijd over het algemeen wel goed inzichtelijk.

Omrekening tot een volledige FTE werkzaam in de curatieve ggz en fz

De omrekening van de geverifieerde data over het jaarlijks aantal declarabele uren wordt gedaan aan de hand van een opschaalfactor voor de beschikbare tijd. Deze omrekening heeft geen effect op het productiviteitspercentage; het berekende productiviteitspercentage voor de Zvw/fz wordt gebruikt in de omrekening van de declarabele en niet-declarabele tijd binnen de andere financieringsstromen naar een volledige Zvw/fz FTE.

Deze is berekend aan de hand de volgende 4 stappen.

Stap 1: per AGB code ziekte, vakantie, ouderschapsverlof en zwangerschapsverlof sommeren tot één post (afw_ziekteverlof)

De omrekeningsmethode gaat uit van de veronderstelling dat zaken als verlof en ziekte niet-financieringsstroom specifiek zijn en ook niet als zodanig zijn opgegeven door de zorgaanbieders. Dit is bevestigd tijdens de verificatiegesprekken.

Stap 2: per AGB code schoonmaak en administratie sommeren tot één post (afz_schoonadmin).

Er is ook voor gekozen om de tijdsbesteding aan schoonmaak (voor vrijgevestigden), management en niet-patiëntgebonden administratieve activiteiten niet toe te kennen aan specifieke financieringsstromen, omdat een schone praktijkruimte voor elke patiënt wenselijk is, en de hele praktijk/instelling profiteert van algemene management- en administratietaken. Daarnaast is gebleken dat het niet goed mogelijk is voor zorgverleners om de tijdsbesteding aan dergelijke activiteiten toe te wijzen aan financieringsstromen. Tijdens de verificatiegesprekken werd bevestigd dat alle tijd die onder deze taken geregistreerd wordt niet financieringsstroom specifiek, dan wel patiëntgebonden is. De volgende stap is het berekenen van de opschaalfactor op basis van het aandeel 'andere financieringsstromen'.

Stap 3: per beroep, per type aanbieder de opschaalfactor berekenen als het aandeel beschikbare tijd voor andere financieringsstromen in de totale beschikbare tijd.

Om de beschikbare tijd voor een volledige FTE in de curatieve ggz en fz – de zogenaamde ‘werkbare tijd’- te berekenen dient er een omrekening voor ‘andere financieringsstromen’¹⁸ gemaakt te worden. Daartoe berekenen we de opschaalfactor als:

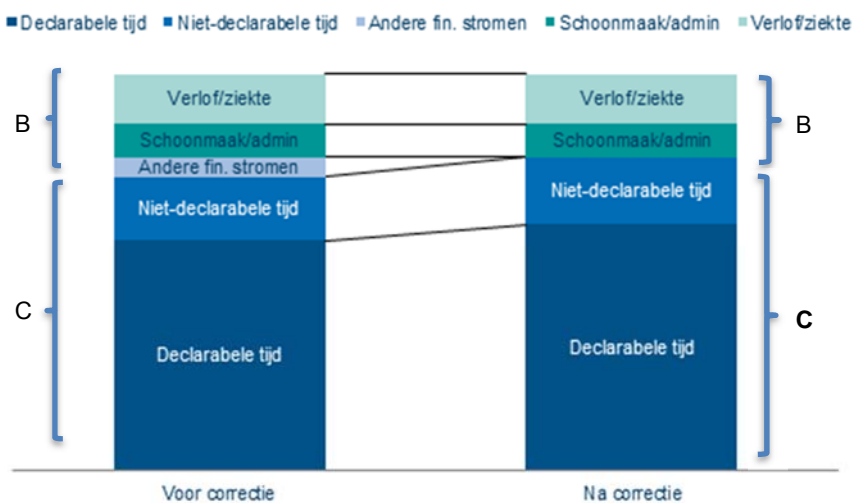
$$\frac{\text{Beschikbare tijd Zvw-zorg en fz (Blok C)}}{\text{Werkbare tijd (Blok C + andere financieringsstromen)}}$$

Stap 4: per beroep, per type aanbieder de declarabele uren per jaar opschalen naar een volledige FTE in de curatieve ggz en fz.

De berekende opschaalfactor wordt vervolgens gebruikt om de beschikbare tijd – zowel de declarabele als de niet-declarabele tijd – op te schalen tot een volledige FTE werkzaam in de curatieve ggz en/of fz gefinancierd uit dbbc’s. Hierbij wordt aangenomen dat de verhouding declarabele/niet declarabele tijd, en daarmee de productiviteit, gelijk blijft. Deze aanname wordt redelijk geacht aangezien de datauitvraag specifiek als doel had de productiviteit in de curatieve ggz en fz in kaart te brengen. Daarnaast is tijdens de verificatiegesprekken gebleken dat aanbieders zelf ook sturen op een zelfde productiviteitscijfers in alle financieringsstromen.

Figuur 3.2 laat op hoofdlijnen zien wat het effect is van de omrekening op de verschillende tijdsbestedingsonderdelen.

Figuur 3.2 Opschaalfactor uitgelegd aan de hand van tijdsbestedingsonderdelen



Door het productiviteitspercentage in de Zvw/fz te gebruiken bij de opschaling heeft de omrekening geen effect op dit percentage; de verhouding tussen de declarabele en niet-declarabele tijd is hetzelfde voor en na de omrekening.

3.7 Eindrapportage

De laatste stap in het proces was een synthese en presentatie van de resultaten in de eindrapportage.

¹⁸ Andere financieringsstromen omvat hier ook de opgegeven post ‘overige afwezigheid’. Deze is vaak gebruikt als restpost, en na de aanpassing op basis van gehanteerde normen is ook mogelijke vakantie/verlof/ziekte hieruit geschoond.

4 Steekproefkenmerken

Het onderzoek is gebaseerd op resultaten uit een aselechte streekproef. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de steekproefkenmerken.

Hierbij bespreken we allereerst de kenmerken van de totale steekproef. Vervolgens gaan we in op de geografische spreiding binnen de populatie, steekproef en responsgroepen. Vervolgens gaan we in op specifieke instelling- en praktijkkenmerken zoals het type instelling en type praktijk, rechtsvormen van de vrijgevestigde praktijken en financierings-kenmerken. Daarnaast wordt het aantal FTE behandelaren beschreven per beroepsgroep binnen de instellingen en op beroepsniveau voor de vrijgevestigde praktijken. Tot slot gaan we dieper in op de kenmerken binnen de steekgroep voor de subcategorieën van behandelaren in de crisiszorg en opleiders en opleidingen.

Binnen elke sectie gaan we eerst in op de kenmerken voor instellingen om vervolgens dezelfde kenmerken voor vrijgevestigde aanbieders te beschrijven. In de bijlage gaan we nader in op enkele kenmerken van de respons zoals de respons per beroep, de aantallen patiënten en het aantal opleiders en opleidingen.

4.1 Totaal

De aselechte streekproef bestaat uit 99 instellingen en 234 vrijgevestigde aanbieders. Er zijn twee uitzonderingen op de aselechte steekproef:

- Er zijn twee instellingen geselecteerd met een relatief grote doelgroep doven en slechthorende patiënten, verwacht wordt dat deze daarom mogelijk afwijkende productiviteitscijfers zullen hebben; en
- Alle 15 FPC's, FPK's en PPC's zijn geselecteerd voor de steekproef.

Niet elke instelling en of vrijgevestigde aanbieder binnen de steekproef heeft gegevens aangeleverd voor het onderzoek. Dit kan komen door een ontheffing vanuit de NZa wegens het verlenen van zorg aan minder dan 20 patiënten of het beëindigen van de praktijk in het jaar 2015. Er zijn gegevens van 50 instellingen en 142 vrijgevestigde praktijken gebruikt voor de analyse. Voor zowel de instellingen als vrijgevestigde behandelaren zijn voldoende data-aanleveringen ontvangen om statistisch representatieve uitspraken te doen.

Tabel 4.1 Populatie, steekproef en respons

	Instellingen (#)	Vrijgevestigde aanbieders (#)
Populatie	155	2972
Totaal aantal deelnemers steekproef	99	234
Waarvan FPC's/FPK's	10	
Waarvan PPC's	5	
Effectief aantal deelnemers (na ontheffingen en uitsluitingen)	62	179
Waarvan FPC's/FPK's	10	
Waarvan PPC's	3	

Complete sjablonen	50 ¹⁹	142 ²⁰
Waarvan FPC's/FPK's	8	
Waarvan PPC's	3	

Bijna 30% van de instellingen in Nederland heeft gegevens aangeleverd die zijn gecontroleerd en gebruikt in de analyse. Van deze 50 instellingen zijn er 8 FPC's/FPK's en 3 PPC's. Van de 5 PPC's in de steekproef hebben 2 instellingen ontheffing gekregen.

4.2 Geografische spreiding

Om een representatie te krijgen van de ggz en fz aanbieders in Nederland dient er rekening gehouden te worden met de locatie van de aanbieders, zowel vrijgevestigde aanbieders als instellingen. Dit omdat locatie mogelijke de productiviteit, kosten en andere omstandigheden van behandelaren beïnvloed.

Instellingen

Helaas is de locatie van behandeling voor instellingen lastig te bepalen, omdat deze vaak meerdere vestigingen verspreid over het land hebben. Onderstaande tabel 4.2 presenteert de geografische spreiding van de instellingen binnen de steekproef op basis van de hoofdlocatie van de instelling. Dit betekent niet dat de vestigingen van de instellingen enkel binnen deze provincie te vinden zijn.

Tabel 4.2 Geografische spreiding instellingen op basis van de hoofdlocatie

	# Populatie	% Populatie	# Steekproef	% Steekproef	Respons	% Respons
Drenthe ²¹	3	1,9%	4	4,0%	3	6,0%
Flevoland	5	3,2%	3	3,0%	0	0,0%
Friesland	5	3,2%	3	3,0%	1	2,0%
Gelderland	15	9,7%	9	9,1%	2	4,0%
Groningen	9	5,8%	6	6,1%	2	4,0%
Limburg	16	10,3%	11	11,1%	6	12,0%
Noord-Brabant	18	11,6%	12	12,1%	9	18,0%
Noord-Holland	35	22,6%	20	20,2%	7	14,0%
Overijssel	6	3,9%	6	6,1%	5	10,0%
Utrecht	15	9,7%	8	8,1%	2	4,0%
Zeeland	1	0,6%	1	1,0%	0	0,0%
Zuid-Holland	27	17,4%	16	16,2%	13	26,0%
Totaal	155	100%	99	100%	50	100%

Zeeland en Flevoland zijn helemaal niet vertegenwoordigd in de respons gegevens, dit heeft er enerzijds mee te maken dat de populatie en de steekproefgrootte hier klein zijn anderzijds is er geen respons ontvangen van de instellingen die hier gevestigd zijn. Voor alle waarden in de tabel moet opgemerkt worden dat het gaat om de *hoofdkantoren* van de instellingen, behandelaars zullen sterk verschillen van de locatie van de hoofdkantoren omdat veel instellingen met meerdere vestigingen werken (zie hierna).

¹⁹ Analyse op basis van aantal goedgekeurde sjablonen op 16-11-2016 eind van de dag.

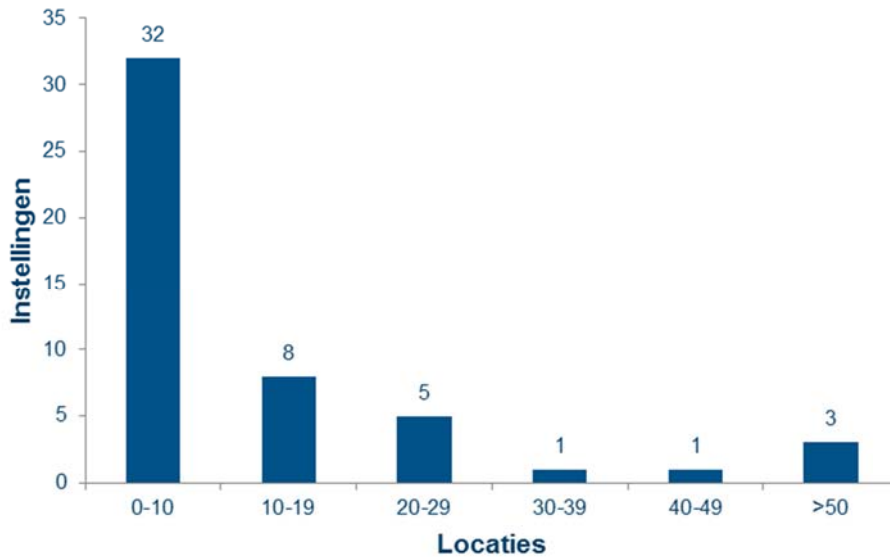
²⁰ Analyse op basis van aantal goedgekeurde sjablonen op 23-11-2016 eind van de dag.

²¹ De steekproef grootte in Drenthe is groter dan de populatie doordat er een instelling is verhuisd naar Drenthe in de periode tussen het verkrijgen van de populatie en de steekproef.

Aantal locaties - instellingen

In figuur 4.1 is zichtbaar hoeveel instellingen er meerdere locaties hebben door Nederland, op basis van het aantal aangegeven binnen de data-uitvraag. Van de 50 instellingen zijn er 18 die meer dan 10 vestigingen in het land hebben. Drie instellingen hebben meer dan 50 vestigingen. Deze instellingen hebben 55, 62 en 152 locaties door Nederland.

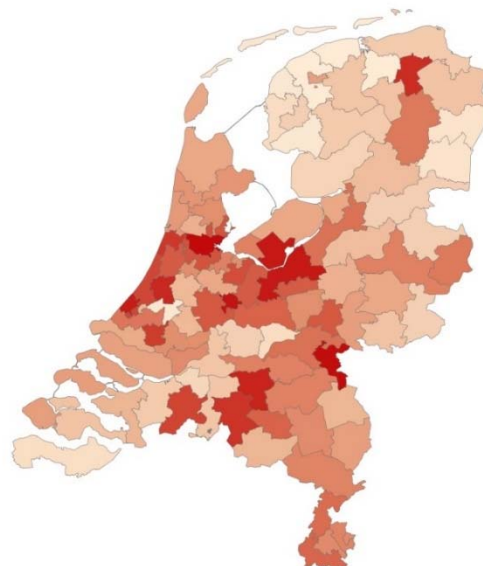
Figuur 4.1 Aantal locaties per instelling



Vrijgevestigde aanbieders

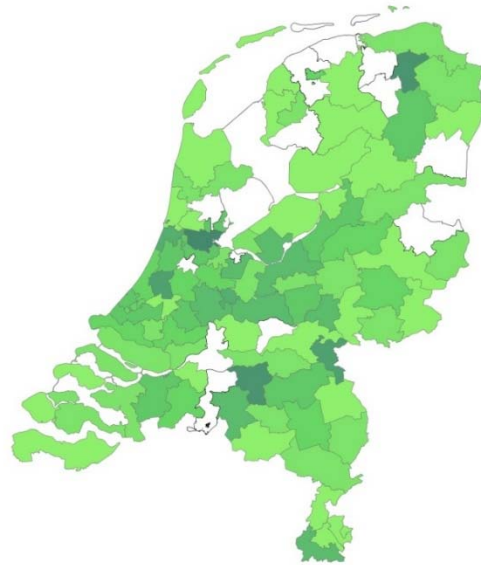
Figuur 4.2 toont de spreiding van de populatie van vrijgevestigde aanbieders in Nederland, waarbij een donkerder rood gebied duidt op een gebied met meer onafhankelijke vrijgevestigde aanbieders.

Figuur 4.2 Populatie



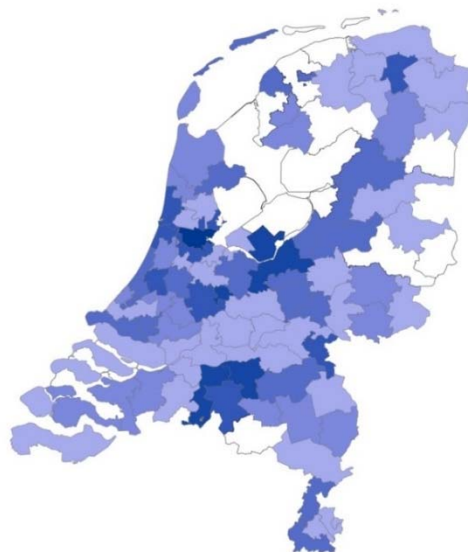
In Figuur 4.2 is zichtbaar dat meer verstedelijkte gebieden ook meer vrijgevestigde ggz aanbieders huisvesten. Figuur 4.3 laat zien waar de 234 vrijgevestigde aanbieders uit de aselecte steekproef zich bevinden in Nederland. Hierbij geldt tevens dat een donkerder gekleurd gebied meer vrijgevestigde ggz aanbieders aangeeft.

Figuur 4.3 Steekproef



Figuur 4.4 laat zien waar de aanbieders zich bevinden die meegenomen zijn binnen de analyse.²² Een hoge respons ratio is te vinden in zuidoost Flevoland en Amsterdam. Uit het voorgaande komt het beeld naar voren dat zowel de steekproef als de uiteindelijk meegenomen zorgaanbieders een goede weerspiegeling vormen van de populatie in termen van regionale spreiding.

Figuur 4.4 Response



4.3 Instellingen- en praktijkenmerken

4.3.1 Instellingen – type en financiering

Type instellingen

We maken onderscheid tussen de instellingen die curatieve ggz en fz verlenen. Daarnaast zijn er instellingen die zowel ggz als fz zorg verlenen en deze worden binnen het onderzoek geïntegreerde

²² Sommige gebieden zijn donkerder gekleurd ten opzichte van figuur 4.3 (de steekproeftrekking) dit komt door verhuizingen omdat de steekproef getrokken is op basis van adresgegevens uit 2014.

instellingen genoemd²³. Binnen de fz bestaan de FPC/FPK/PPC instellingen uit een bijzondere subgroep die we apart uitlichten:

- FPC's en FPK's zijn Tbs-klinieken. De FPC's zijn vaak afzonderlijke organisaties, De FPK's daarentegen zijn vaak onderdeel van een geïntegreerde instelling.
- PPC's leveren psychiatrische zorg binnen een specifieke afdeling van een penitentiaire inrichting (gevangenis). PPC's zijn daarmee te beschouwen als een apart organisatieonderdeel van een fz instelling.

Zoals in tabel 4.3 te zien is zijn er in de populatie 155 instellingen, waarvan er 15 FPC's/FPK's/PPC's zijn. Hier is een steekproef uit getrokken van 84 instellingen en tevens zijn alle 15 FPC's/FPK's/PPC's geselecteerd voor de steekproef. In de totale analyse zijn 39 reguliere instellingen meegenomen en 11 FPC's/FPK's/PPC's.

Tabel 4.3 Type instelling

Type instelling	# populatie	# steekproef	# respons	% populatie	% steekproef	% respons
Totaal aantal instellingen	155	99	50	100%	100%	100%
Waarvan FPC/FPK/PPC	15	15	11	9,7%	15,2%	22,0%
Waarvan ook MVO	51	37	29	32,9%	37,4%	58,0%
Waarvan ook crisiszorg	20	18	16	12,9%	18,2%	32,0%
Waarvan ook doven- en slechthorenden	2	2	2	1,3%	2,0%	4,0%

Naast het onderscheid tussen de FPC/FPK/PPC instellingen als subpopulatie binnen instellingen worden er nog drie andere subpopulaties onderscheiden op basis van de volgende kenmerken:

- Het wel of niet ontvangen van een beschikbaarheidsbijdrage MVO. Dit is het geval wanneer de instelling personeel in dienst heeft dat een opleiding volgt en verleent, dit zijn de zogenoemde opleideling en opleider. Er wordt in dit onderzoek verwacht dat deze werknemers een andere productiviteit hebben dan werknemers die niet betrokken zijn bij MVO.
- Het al dan niet verlenen van crisiszorg door de instelling. Dit type zorg is slecht tot niet planbaar en dient 24 uur per dag beschikbaar te zijn. Verwacht wordt dat het aanbieden van crisiszorg effect heeft op de productiviteit.
- Tot slot is er onderscheid gemaakt voor instellingen met dove- en slechthorende patiënten. Voor deze patiëntengroep moeten extra opleidingen gevolgd worden waardoor de verwachting is dat behandelaars lagere productiviteitscijfers zullen hebben.

Zoals de tabel 4.3 laat zien zijn er 29 opleidende instellingen in de steekproef. Daarnaast zijn er 16 instellingen waarbij er crisiszorg wordt aangeboden.

Type instelling in respons groep nader uitgesplitst

De instellingen zijn onderverdeeld op basis van de geleverde zorg; ggz-instellingen, fz-instellingen en geïntegreerde-instellingen. Binnen de 50 instellingen zijn er 27 instellingen die alleen ggz leveren, 6 die alleen fz leveren en 17 geïntegreerde instellingen.

²³ Een instelling is in dit onderzoek geclassificeerd als geïntegreerde instelling wanneer deze zowel fz als ggz aanbiedt en het aandeel van de curatieve ggz in de omzet minimaal 20% is. Instellingen die curatieve ggz en zorg onder andere financieringsstromen (bijvoorbeeld de Wlz of Jeugdwet) aanbieden, maar geen fz, zijn in dit onderzoek als ggz instelling geclassificeerd.

Tabel 4.4 Type instelling nader uitgesplitst

Type instelling	# respons	% respons
ggz-instelling (geen fz)	27	54,0 %
<i>Waarvan ook MVO</i>	9	31,0 %
<i>Waarvan ook crisiszorg</i>	2 ²⁴	12,5 %
<i>Waarvan zorg aan doven- en slechthorenden</i>	1	50,0 %
fz-instelling (geen ggz)	6	12,0 %
<i>Waarvan FPC/FPK/PPC</i>	6	54,5 %
<i>Waarvan ook MVO</i>	4	13,8 %
<i>Waarvan ook crisiszorg</i>	0	0,0 %
<i>Waarvan zorg aan doven- en slechthorenden</i>	0	0,0 %
Geïntegreerde instelling (ggz + fz)	17	34,0 %
<i>Waarvan FPC/FPK/PPC</i>	5	45,5 %
<i>Waarvan ook MVO</i>	16	55,2 %
<i>Waarvan ook crisiszorg</i>	14	87,5 %
<i>Waarvan zorg aan doven- en slechthorenden</i>	1	50,0 %
Totaal	50	100 %

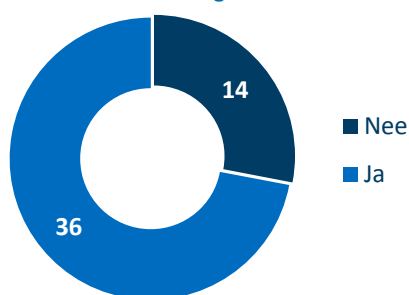
Tabel 4.4 laat zien dat voornamelijk geïntegreerde instellingen ook crisiszorg aanbieden.

Financiering – instellingen

Percentage instellingen met 'andere financieringsstromen' naast Zvw en fz

Dit onderzoek richt zich alleen op de instellingen waarbij minimaal 20% van de zorg wordt vergoed vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) dan wel de verzekerde zorg die door cliënten uit eigen betaling is verricht. Indien instellingen fz verlenen worden vergoedingen vanuit het Ministerie van VenJ in de vorm van dbbc's ook meegenomen in het onderzoek. Voor andere inkomstenbronnen zoals de Jeugdwet (Jw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz) moeten wel een aantal basale gegevens worden aangeleverd, maar er wordt niet in detail naar gekeken. Het merendeel van de instellingen - 36 van de 50 instellingen - heeft aangegeven buiten de twee onderzochte vergoedingen (Zvw en dbbc's) minimaal één andere bron van inkomsten te hebben.

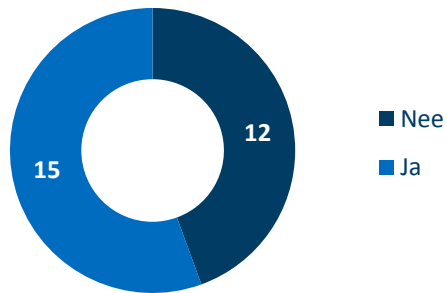
Figuur 4.5 Aantal instellingen met 'andere financieringsstromen' naast Zvw en FZ



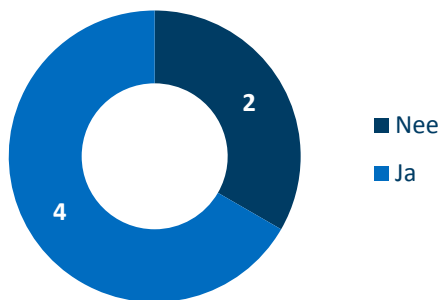
Alle geïntegreerde instellingen hebben meerdere financieringsstromen. Daarnaast heeft twee derde van de fz-instellingen en meer dan de helft van de ggz-instellingen meerdere financieringsstromen.

²⁴ Er zijn 2 instellingen die aangeven crisiszorg te leveren. Hiervan heeft 1 instelling productiviteitsgegevens aangeleverd.

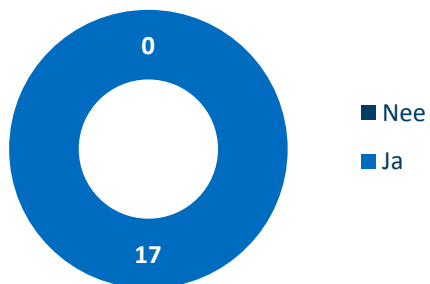
Figuur 4.6 Aantal ggz instellingen met 'andere financieringsstromen' naast Zvw en fz



Figuur 4.7 Aantal fz instellingen met 'andere financieringsstromen' naast Zvw en fz



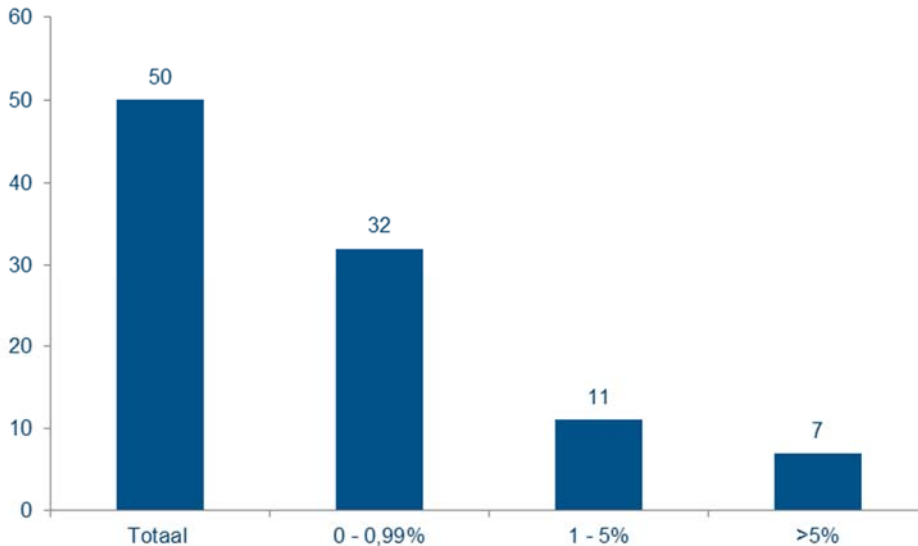
Figuur 4.8 Aantal geïntegreerde instellingen met 'andere financieringsstromen' naast Zvw en fz



Aantal instellingen die eigen betalingen ontvangen in de Zvw-omzet

Andere manieren van financiering zijn onder andere eigen betalingen van patiënten. Er zijn 18 instellingen die 1% of meer van hun omzet verkrijgen uit de inkomsten van eigen betalingen. Het merendeel van de instellingen (32) genereert echter niets, tot bijna niets van hun omzet via eigen betalingen van patiënten.

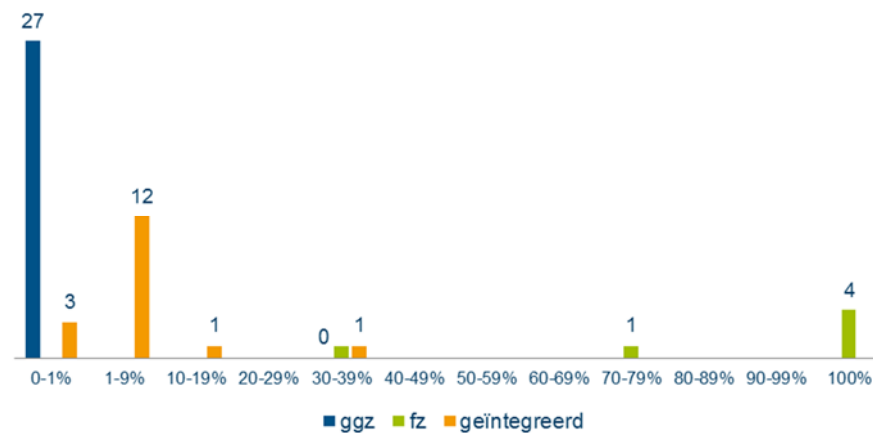
Figuur 4.9 Aantal instellingen die eigen betalingen ontvangen in de Zvw-omzet



Aandeel van patiëntgebonden tijd fz in totale patiëntgebonden tijd

Ggz-instellingen verschillen wanneer gekeken wordt naar de tijd besteed aan een bepaald type zorg (ggz en/of fz en/of andere financieringsstromen) ten opzichte van de totale tijd besteed aan patiënten. Figuur 4.10 laat de tijd besteed aan fz door de instelling zien als percentage van de totale patiëntgebonden tijd van de instelling. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ggz-instellingen, fz-instellingen en geïntegreerde-instellingen.

Figuur 4.10 Aandeel van patiëntgebonden tijd fz in totale patiëntgebonden tijd



Er zijn drie geïntegreerde instellingen die aangeven minder dan 1% patiëntgebonden tijd te besteden aan fz zorg. Eén van deze instellingen heeft aangegeven het aandeel fz in het totaal niet in te kunnen schatten omdat niet alle patiëntgebonden tijd in andere financieringsstromen geregistreerd wordt. De grootste groep geïntegreerde instellingen geeft echter aan tussen de 1% en 9% van de patiëntgebonden tijd te besteden aan fz. Het merendeel van de geïntegreerde instellingen binnen de steekproef verlenen niet veel fz.

De fz-instellingen geven in vier gevallen aan enkel fz te verlenen en in twee gevallen ook andere zorg types te verzorgen. Bij een van de fz-instellingen is slechts 30-39% van de verleende zorg forensisch.

Aandeel van patiëntgebonden tijd Zvw-zorg in totale patiëntgebonden tijd

Figuur 4.11 laat de Zvw-patiëntgebonden tijd zien als percentage van het totaal aan patiëntgebonden tijd dat wordt verleend door de instellingen.

Figuur 4.11 Aandeel van patiëntgebonden tijd Zvw-zorg in totale patiëntgebonden tijd



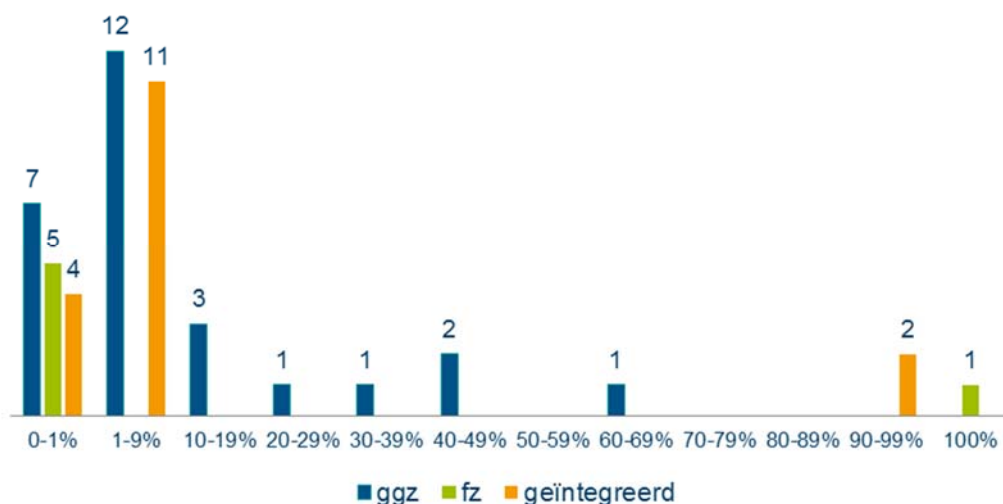
Instellingen zijn gekwalificeerd als fz-instelling wanneer ze fz leveren en minder dan 20% Zvw-zorg. Ggz-instellingen krijgen zorg vooral vergoed vanuit de Zvw. Er zijn 14 ggz-instellingen die 100% van de patiëntgebonden tijd vergoed krijgen uit de Zvw. Daarnaast zijn er 13 ggz-instellingen met andere financieringsstromen.

Geïntegreerde instellingen verschillen in het aandeel Zvw-tijd. De instellingen beslaan het gehele spectrum aan mogelijkheden behalve 1-9% en 100%; laatst genoemde is niet mogelijk voor een geïntegreerde instelling aangezien ze in die gevallen niet geïntegreerd zouden zijn maar gekwalificeerd zouden worden als ggz instelling.

Aandeel van patiëntgebonden tijd gb-ggz in totale patiëntgebonden tijd Zvw

De patiëntgebonden tijd kan binnen de curatieve ggz opgedeeld worden in de generalistische basis ggz (gb-ggz) en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (g-ggz).

Figuur 4.12 Aandeel van patiëntgebonden tijd gb-ggz in totale patiëntgebonden tijd Zvw



Zoals is te zien in figuur 4.12 zit er weinig spreiding bij de instellingen tussen het wel of niet verlenen van gb-ggz. Er zijn 16 instellingen die aangeven hier 0%-1% van de tijd aan te besteden en 23 instellingen die aangeven 1%-9% van hun tijd beschikbaar te hebben voor gb-ggz. Soms bieden instellingen ambulante zorg aan of hebben ze ambulante zorgposten als 1 van de locaties. Er zijn 39 instellingen, oftewel 78%, die aangeven minder dan 10% van hun tijd te besteden aan gb-ggz. Instellingen leveren veel klinische zorg, g-ggz, waardoor het aandeel gb-ggz laag is.

Van de ggz-instellingen zijn er 8 (30%) die aangeven meer dan 9% van hun tijd aan de gb-ggz te besteden. Daarnaast zijn er twee (12%) geïntegreerde instellingen die aangeven 90-99% van hun tijd aan gb-ggz te besteden en is er een (17%) fz instelling die vermeldt geen andere activiteiten te hebben binnen de patiëntgebonden tijd.

4.3.2 Vrijgevestigde aanbieders – praktijktype, rechtsvorm, en financiering

Vrijgevestigde aanbieders zijn verdeeld over diverse praktijkvormen. Tabel 4.5 geeft deze verdeling aan binnen de respons. Van de 142 vrijgevestigde ggz aanbieders heeft de grootste groep een solopraktijk.

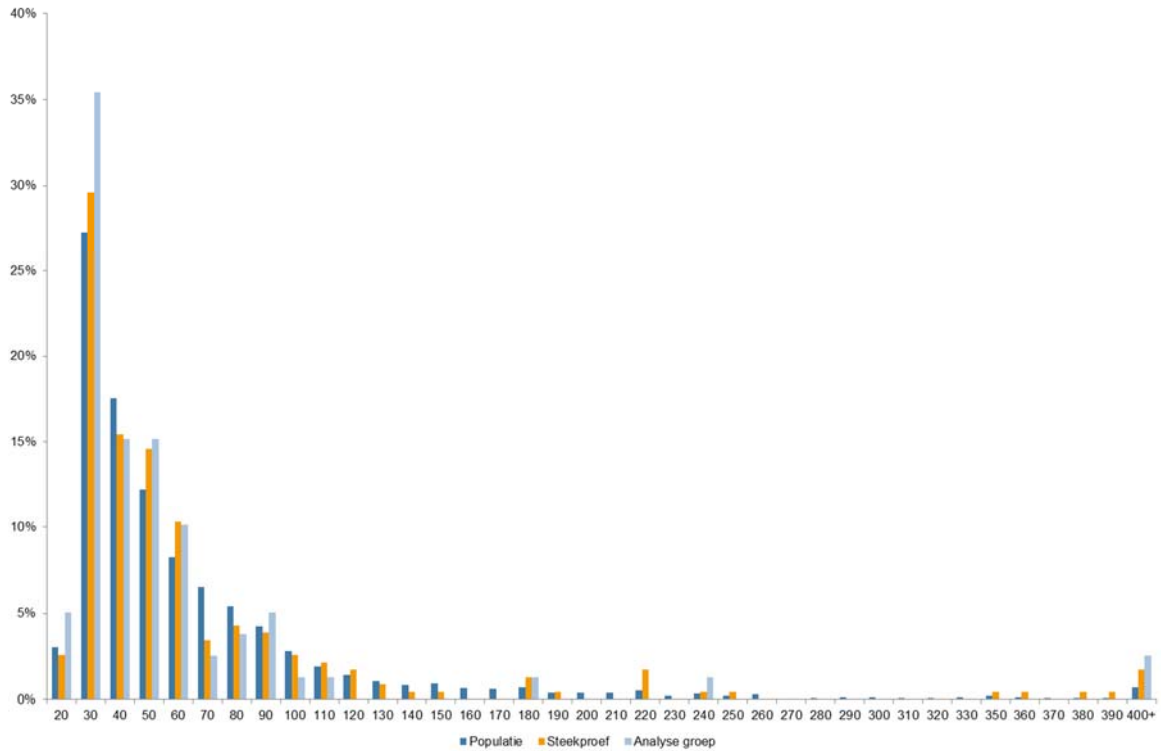
Tabel 4.5 Praktijktype

Praktijktype	# steekproef	% Cumulatief
Solopraktijk	107	75.4%
Duo-praktijk	9	81.7%
Groepspraktijk, niet zijnde (kosten-)maatschap	7	86.6%
Groepspraktijk, (kosten-)maatschap	9	93.0%
Groepspraktijk, zonder specificatie	3	95.1%
Anders, zonder specificatie ²⁵	7	100.0%
Totaal	142	100%

²⁵ In de categorie "anders, zonder specificatie", staan zeven vrijgevestigde praktijken. Hiervan zijn twee aanbieders die niet correct hebben aangeleverd in wat voor type praktijk zij werken (BGGZ en SGGZ). De overige vijf vrijgevestigde aanbieders bestaan uit een VOF, een B.V. met medewerkers, een praktijk met freelancers, niet in loondienst, een praktijk met meerdere ZZP'ers en een maatschap.

Daarnaast is er voor de vrijevestigden een vergelijking gemaakt tussen de steekproef, responsegroep en de gehele populatie op basis van praktijkgrootte (in termen van het aantal patiënten). Figuur 4.13 laat zien dat de relatieve verdeling van het aantal patiënten binnen onze steekproef en responsegroep overeen komt met de gehele populatie.

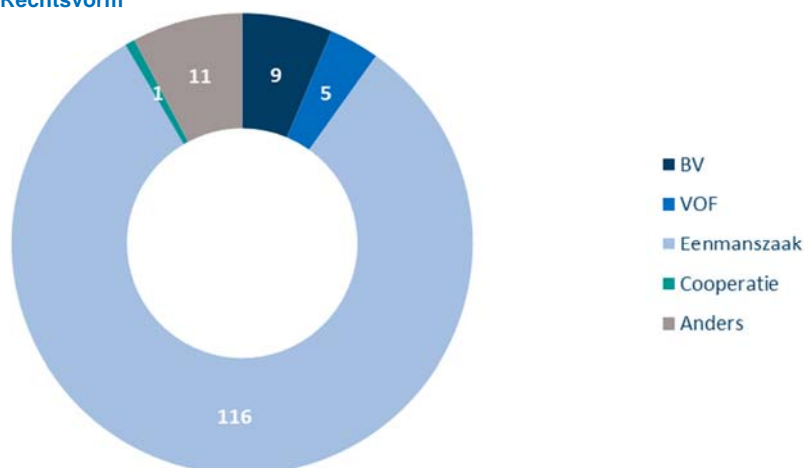
Figuur 4.13 Aandeel aantal patiënten per vrijevestigde praktijk in populatie, steekproef en analysegroep



Rechtsvorm

Bij de rechtsvormen van de praktijken is een oververtegenwoordiging zichtbaar van de eenmanszaak.

Figuur 4.14 Rechtsvorm²⁶



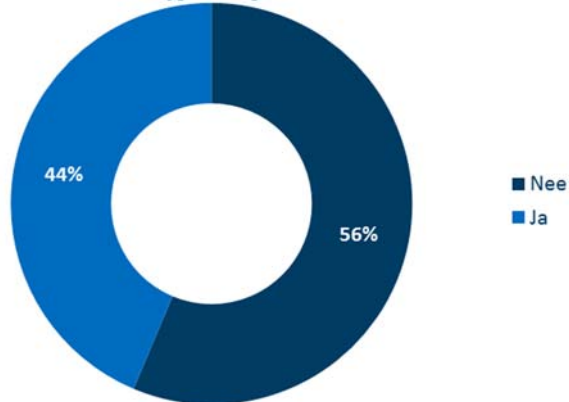
²⁶ Er zijn 11 vrijevestigde aanbieders die in de categorie "anders" hebben ingevuld, hierbij gaat het om: een stichting, acht maatschappen en twee niet gespecificeerde rechtsvormen.

Financiering – vrijgevestigde aanbieders

Percentage aanbieders met 'andere financieringsstromen' naast Zvw

Vrijgevestigde aanbieders kunnen andere vormen van financiering hebben naast de Zvw. Figuur 4.15 laat zien hoeveel procent van de vrijgevestigde aanbieders een andere vorm van financiering heeft, het gaat hier bijvoorbeeld om eigen betalingen.

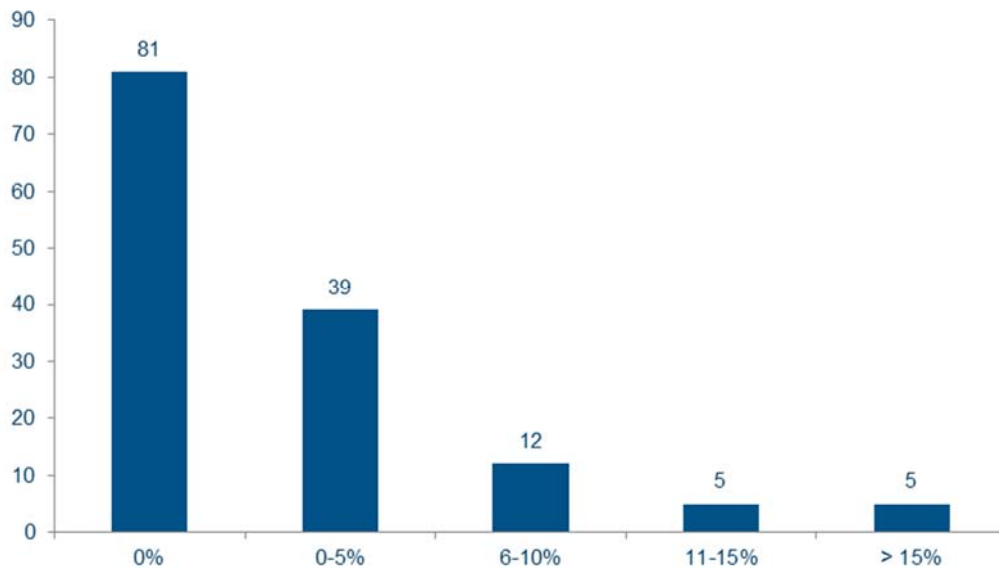
Figuur 4.15 Aandeel vrijgevestigde aanbieders met andere financieringsstromen



Eigen betalingen als percentage van de Zvw-omzet

Binnen de Zvw-omzet is er bij 61 aanbieders een gedeelte vanuit eigen financiering van de patiënt betaald, dit is in de meeste gevallen een klein aandeel (zie figuur 4.16). De zes aanbieders die meer dan 15% eigen betalingen binnen de Zvw-omzet genereren hebben in twee gevallen 100% eigen betalingen, in twee gevallen 25% en een laatste aanbieder heeft voor 17% aan eigen betalingen binnen zijn Zvw-omzet.

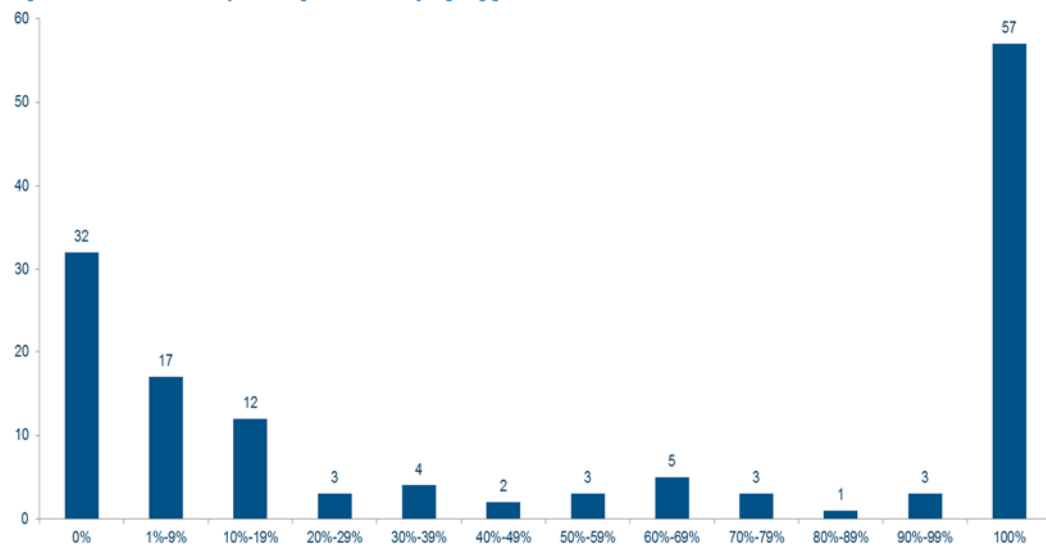
Figuur 4.16 Eigen betalingen als % Zvw-omzet



Aandeel van patiëntgebonden tijd gb-ggz in totale patiëntgebonden tijd Zvw

De grootste groep vrijgevestigde aanbieders besteedt zijn volledige patiëntgebonden tijd binnen de Zvw aan gb-ggz. Dit is weergegeven in figuur 4.17.

Figuur 4.17 Aandeel patiëntgebonden tijd gb-ggz in totaal



5 Resultaten - productiviteit

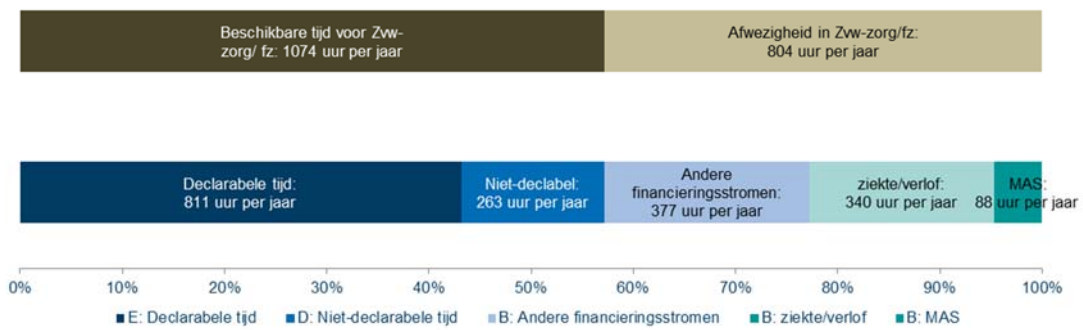
In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het productiviteitsonderzoek. Allereerst bespreken we de tijdsbesteding op hoofdlijnen, inclusief de verhouding directe en indirecte tijd, op basis van de cijfers inclusief de werkzaamheden voor andere financieringsstromen. Dit zijn derhalve de resultaten 'voor omrekening' naar een volledige Zvw-zorg/fz FTE. De tijdsbesteding aan andere financieringsstromen, zoals gepresenteerd in paragraaf 5.1, wordt vervolgens gebruikt om de declarabele uren op te schalen naar een FTE die volledig werkzaam is in de curatieve ggz of fz (paragraaf 5.2). De tijdsbestedingscijfers 'na omrekening' worden zowel op totaal niveau, als per type aanbieder gepresenteerd in paragraaf 5.3. Vervolgens presenteren we in paragraaf 5.4 de productiviteitspercentages waarbij we verschillende doorsnedes maken, waaronder naar type aanbieder, type instelling en beroep. De productiviteit van opleiders en opleidingen in het kader van MVO met beschikbaarheidsbijdrage is niet meegenomen in de berekening van de algemene productiviteitscijfers; voor deze subpopulaties is een apart productiviteitscijfer berekend, dat wordt gepresenteerd in paragraaf 5.5. Tot slot zet paragraaf 5.6 de (on)mogelijkheden van een vergelijking met de resultaten van het productiviteitsrapport uit 2002 uiteen.

In dit hoofdstuk ligt de focus op het aantal declarabele uren in plaats van productiviteitspercentages. Hier is voor gekozen vanwege de onzekerheden die verbonden zijn aan de toedeling van uren besteed aan niet-financieringsstroom-specifieke activiteiten, zoals de MAS in de afwezigheid. Aangezien de verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen vaak niet geregistreerd is, is er een mogelijke onder- of overschatting van de niet-declarabele tijd, wat effect heeft op het productiviteitspercentage. Dat is een belangrijke reden om in de kostprijsberekening de focus op declarabele uren te leggen en niet (alleen) op productiviteitspercentages.

5.1 Tijdsbesteding op hoofdlijnen

De tijdsbesteding op hoofdlijnen is weergegeven voor instellingen en vrijgevestigde aanbieders in Figuren 5.1 en 5.2, respectievelijk. Dit is de tijdsbesteding 'voor omrekening' naar een volledige Zvw-zorg/fz FTE; activiteiten in andere financieringsstromen worden hier apart gerapporteerd, als onderdeel van de afwezigheid. In paragraaf 5.2 presenteren wij de tijdsbesteding 'na omrekening', waarbij de gegevens over andere financieringsstromen zijn gebruikt om de declarabele uren op te schalen naar een volledige Zvw-zorg/fz FTE zoals uitgelegd in paragraaf 3.6.

Figuur 5.1 Gemiddelde tijdsbesteding bij instellingen ('voor omrekening'), per FTE



Noot: andere financieringsstromen is inclusief 'overige afwezigheid'. 'MAS' omvat managementtaken, niet-patiëntgebonden administratie.

Van de totale contracttijd zijn behandelaren binnen instellingen gemiddeld 57,2% van de tijd beschikbaar voor fz- en Zvw-gerelateerde activiteiten; dit staat gelijk aan gemiddeld 1.074 uur per jaar. In de overige 42,8% zijn behandelaren 'afwezig' in verband met bijvoorbeeld tijdsbesteding in (a) andere financieringsstromen, zoals Wlz, WMo en Jw (gemiddeld 377 uur per jaar), (b) ziekte en verlof (gemiddeld 340 uur per jaar), en (c) managementtaken, niet-patiëntgebonden administratie en schoonmaak (gemiddeld 88 uur per jaar). Van de beschikbare tijd wordt gemiddeld 75,9% besteed aan declarabele activiteiten, in andere woorden, de gemiddelde productiviteit van alle behandelaren in de steekproef is 75,9%.

Vrijgevestigde aanbieders blijken gemiddeld 17,0 procentpunt meer tijd beschikbaar te zijn voor Zvw-zorg dan het gemiddelde bij instellingen. Dit komt dan ook tot uitdrukking in het aantal declarabele uren 'voor omrekening', dat met 1.105 uur per jaar substantieel hoger ligt dan het gemiddelde bij instellingen. Vooral het aandeel andere financieringsstromen is lager voor vrijgevestigde aanbieders. Ook is het aandeel declarabele tijd binnen de beschikbare tijd hoger voor vrijgevestigde aanbieders (78,4% tegenover 75,9%).

Figuur 5.2 Gemiddelde tijdsbesteding bij vrijgevestigde aanbieders ('voor omrekening'), per FTE



Noot: 'AF' is inclusief 'overige afwezigheid'. 'MAS' omvat managementtaken, niet-patiëntgebonden administratie en schoonmaak.

Tijdens de controle van de aangeleverde cijfers bleek dat sommige onderdelen van de tijdsbesteding moeilijker in te vullen waren dan andere. Sommige vrijgevestigde aanbieders hebben aangegeven het lastig te vinden om de afwezigheid in te vullen, terwijl sommige instellingen juist hebben aangegeven moeite te hebben met het invullen van de niet-declarabele tijd. Het is gebleken dat sommige aanbieders de tijdsbesteding in de "lastige" blokken hebben ingevuld door deze als sluitpost te gebruiken. Dit houdt in dat de cijfers voor de afwezigheid dan wel de niet-declarabele

tijd “rondgerekend” werden met de uren voor de overige blokken die wel geregistreerd werden. Bijkomend voordeel is dat voorkomen wordt dat op basis van minder betrouwbare data een inschatting wordt gemaakt. Daarnaast ontstaat hierdoor een consistent beeld tussen de blokken.

5.1.1 Nadere uitsplitsing van afwezigheid

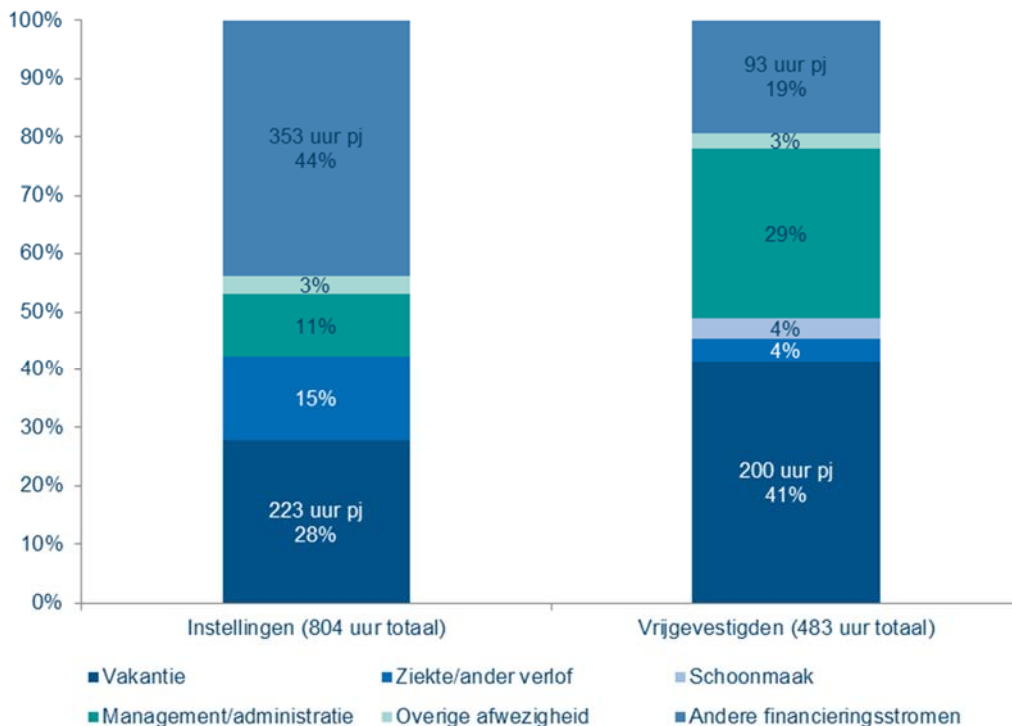
Figuur 5.3 presenteert voor zowel vrijgevestigde behandelaars als behandelaars in instellingen een nadere uitsplitsing van de afwezigheid. Hieruit blijkt dat vrijgevestigde praktijken relatief minder tijd kwijt zijn aan zorg die onder andere financieringsstromen valt. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat zorg onder bepaalde financieringsstromen (zoals de Wlz en bepaalde fz-activiteiten) niet door vrijgevestigde aanbieders aangeboden kan worden – een aantal van de mogelijke andere financieringsstromen is vooral relevant voor instellingen.

Daarnaast is zichtbaar dat vrijgevestigde aanbieders relatief meer tijd besteden aan niet-patiëntgebonden administratie en managementtaken (29% van de totale afwezigheid), wat logisch is gezien het feit dat zij veelal zelf verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering binnen de praktijk. Bij instellingen houden behandelaars zich hier niet of minder mee bezig (11% van totale afwezigheid), omdat de instelling vaak beschikt over een backoffice en/of fulltime managers. Er bestaan echter ook tussen instellingen belangrijke verschillen in de inrichting van de bedrijfsvoering.

Een derde categorie afwezigheid waar we grote verschillen zien tussen instellingen en vrijgevestigde praktijken is bij vakantie- en verlofdagen. Deze categorie verklaart bijna de helft van de afwezigheid bij vrijgevestigde behandelaars (41%), bij de instellingen is dit minder (28%). In absolute waarden is het verschil echter beperkt: voor behandelaars in instellingen betreft dit gemiddeld 223 uur en voor vrijgevestigde behandelaars gemiddeld 200 uur.

Het aantal uur vakantie- en verlofdagen dat instellingen hebben opgegeven stemt goed overeen met cao-gegevens. Volgens de cao heeft een werknemer met een voltijd contract recht op 166 uur vakantiedagen en zeven doordeweekse feestdagen in 2015 ter waarde van 50,4 uur ($7 * 7,2$). Tezamen is dit 216 uur. Als daarbij de 35 uur voor het levensfase budget wordt opgeteld komt dit alles bij elkaar op 251 uur. Voor vrijgevestigden is een aansluiting met een cao niet te maken.

Figuur 5.3 Nadere uitsplitsing afwezigheid ('voor omrekening'), per FTE Vrijgevestigde behandelaren en behandelaren in instellingen



Noot: Management/administratie = managementtaken en/of niet-patiëntgebonden administratieve taken. Ziekte/ander verlof = Ziekte en/of ouderschaps- en zwangerschapsverlof.

5.1.2 Directe en indirecte declarabele tijd

Onder declarabele tijd verstaan we de tijd die de zorgverlener in 2015 besteedde aan zowel direct als indirect patiëntgebonden tijd²⁷ binnen de Zvw-zorg, fz gefinancierd uit dbbc's, of beide financieringsstromen.

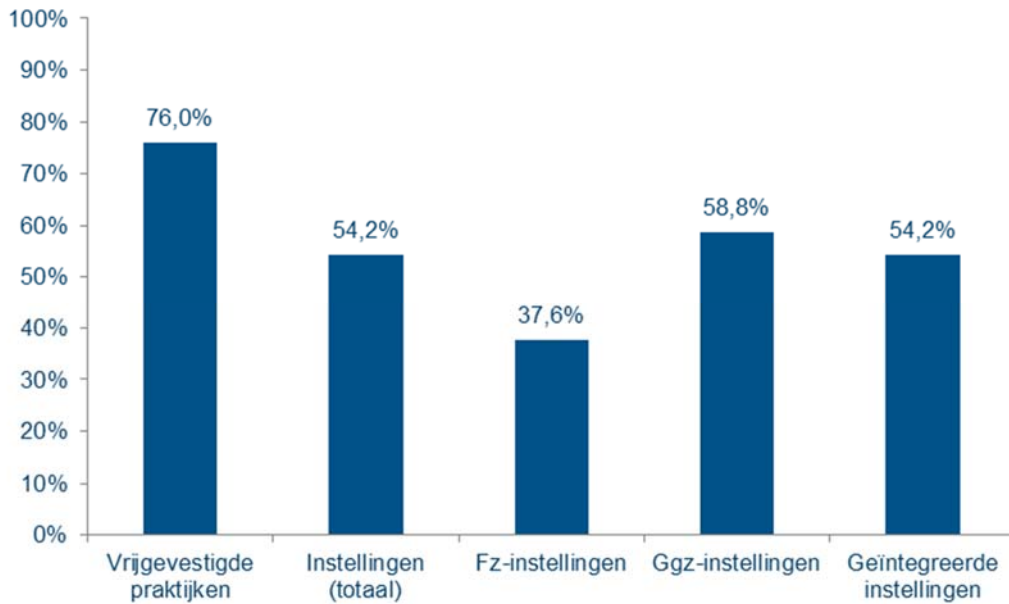
In het invulsjabloon is aanbieders gevraagd om binnen de declarabele tijd besteed aan reguliere ggz, crisiszorg en fz in 2015 onderscheid te maken tussen:

- Direct patiëntgebonden tijd;
- Indirect patiëntgebonden tijd (incl. patiëntgebonden reistijd).

Figuur 5.4 maakt, per type aanbieder, het gemiddelde aandeel van de direct patiëntgebonden tijd in de declarabele tijd inzichtelijk. Uit deze figuur blijkt dat het aandeel directe tijd het hoogste is voor de vrijgevestigde praktijken en het laagst voor fz-instellingen; het verschil tussen deze twee typen aanbieders bedraagt maar liefst 38,4 procentpunt.

²⁷ Zie voor meer informatie over wat valt onder indirecte/directe patiëntgebonden tijd de [nadere regel van de NZa](#), blz. 39.

Figuur 5.4 Aandeel directe tijd in de declarabele tijd – naar type aanbieder en type instelling



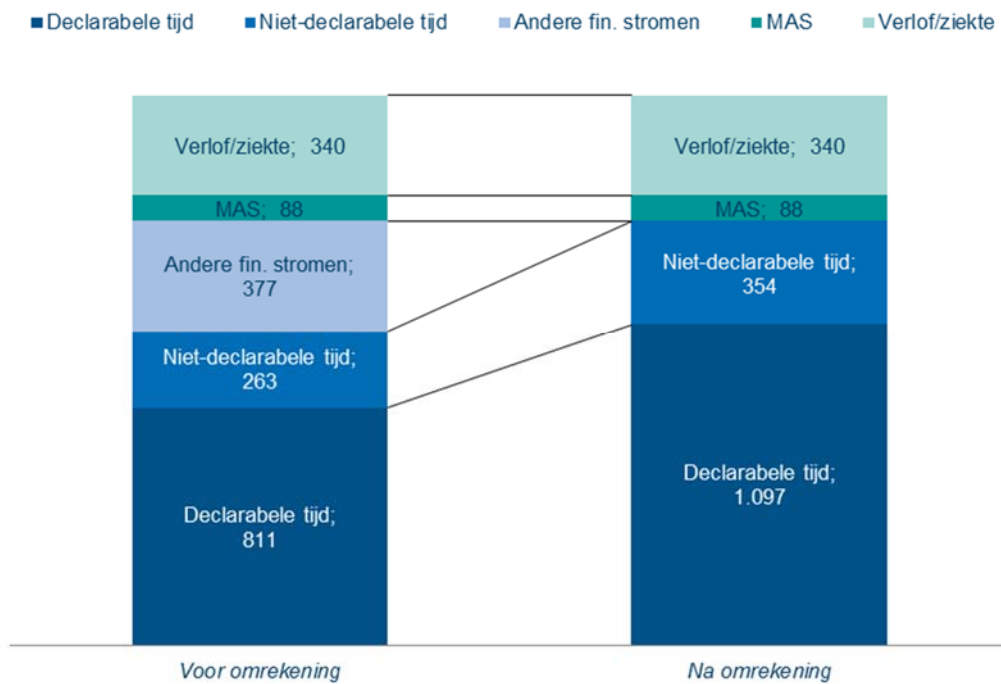
Een mogelijke verklaring voor het hogere aandeel direct patiëntgebonden tijd voor vrijgevestigde aanbieders ten opzichte van instellingen is het grotere aandeel van gb-ggz voor vrijgevestigde aanbieders; bij de g-ggz zullen in verhouding tot de gb-ggz over het algemeen indirecte activiteiten als voorbereiding en verslaglegging meer tijdsbesteding vragen. Voor de fz instellingen is een mogelijke verklaring voor het lagere aandeel directe tijd dat bij dit type zorg relatief meer tijd besteed moet worden aan risico-taxaties, overleggen en juridische zaken.

Voor een overzicht van het aandeel direct patiëntgebonden tijd in de declarabele tijd per beroep, zie Bijlage II.

5.2 Tijdsbesteding bij volledige Zvw-zorg/fz FTE

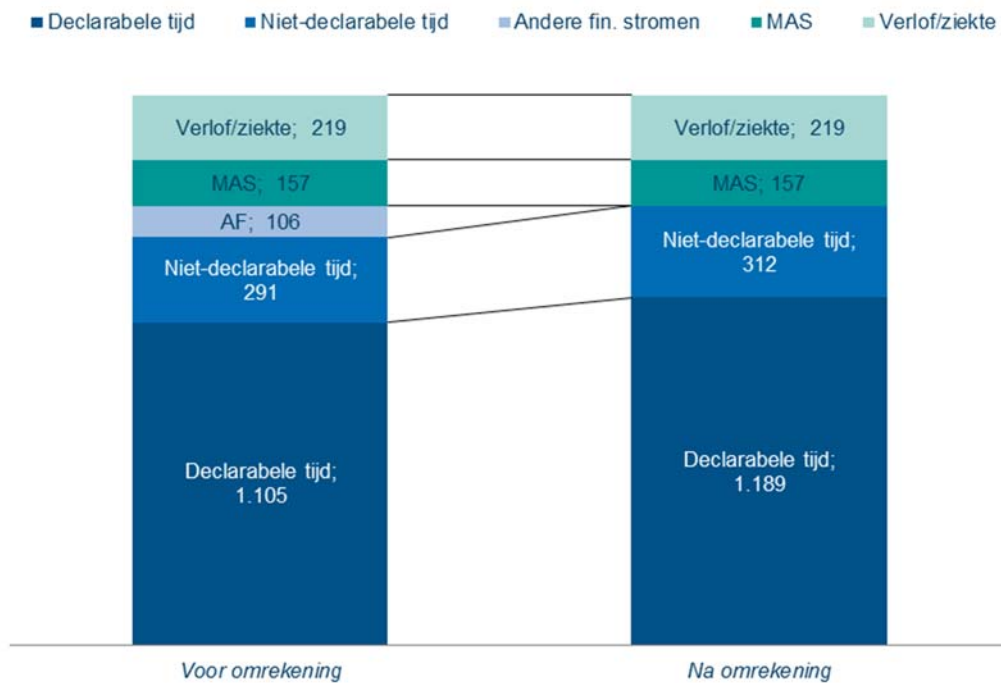
Voor het vaststellen van de nieuwe tarieven in de curatieve ggz en fz is het noodzakelijk om het aantal declarabele uren per jaar vast te stellen voor een *volledige Zvw-zorg/fz FTE*. Daartoe gebruiken we de omrekeningsmethodiek zoals beschreven in Hoofdstuk 3. De resultaten van deze exercitie worden gepresenteerd in Figuur 5.5 voor instellingen en Figuur 5.6 voor vrijgevestigde aanbieders, waar de tijdsbesteding 'voor omrekening' (linker staaf) wordt omgerekend naar een volledige Zvw-zorg/fz FTE 'na omrekening' (rechterstaaf). De 372 uur besteed aan andere financieringsstromen worden opgeteld bij de beschikbare tijd voor Zvw-zorg/fz en verdeeld over de declarabele en niet-declarabele tijd op basis van het productiviteitspercentage voor de Zvw-zorg/fz.

Figuur 5.5 Tijdsbestedingsblokken 'voor en na omrekening' voor instellingen, in uur per jaar



Noot: bij elk blok staat het aantal uur per jaar 'voor en na omrekening'. 'MAS' omvat managementtaken, niet-patiëntgebonden administratie en schoonmaak.

Figuur 5.6 Tijdsbestedingsblokken 'voor en na omrekening' voor vrijgevestigden, in uur per jaar



Noot: bij elk blok staat het aantal uur per jaar 'voor en na omrekening'. 'MAS' omvat managementtaken, niet-patiëntgebonden administratie en schoonmaak. 'AF' omvat andere financieringsstromen.

5.3 Productiviteit op hoofdlijnen

Het aantal FTE, de productiviteit, en het aantal declarabele uren per jaar '*na omrekening*' per type aanbieder in de onderzochte analysegroep is weergegeven in Tabel 5.1 en Figuur 5.7. De geïntegreerde instellingen vormen verreweg de grootste groep in termen van aantallen FTE. De gemiddelde gewogen productiviteitscijfers bedragen voor de diverse instellingstypes tussen de 74,9% en 76,5%. Het aantal declarabele uren '*na omrekening*' per type instelling bevindt zich tussen de 1.097 en 1.144 uur per jaar. In deze cijfers zijn alle beroepen gezamenlijk meegenomen. De gewogen gemiddelde productiviteit voor vrijgevestigde behandelaren ligt hoger dan de productiviteit binnen instellingen. Figuur 5.7 laat zien dat de gemiddelde gewogen productiviteit op 78,4% ligt onder de vrijgevestigde aanbieders. Het aantal FTE waarop dit cijfer is gebaseerd is 195 FTE, verspreid over 229 behandelaren. Het aantal declarabele uren voor een volledige Zvw-zorg FTE is 1.189 uur per jaar.

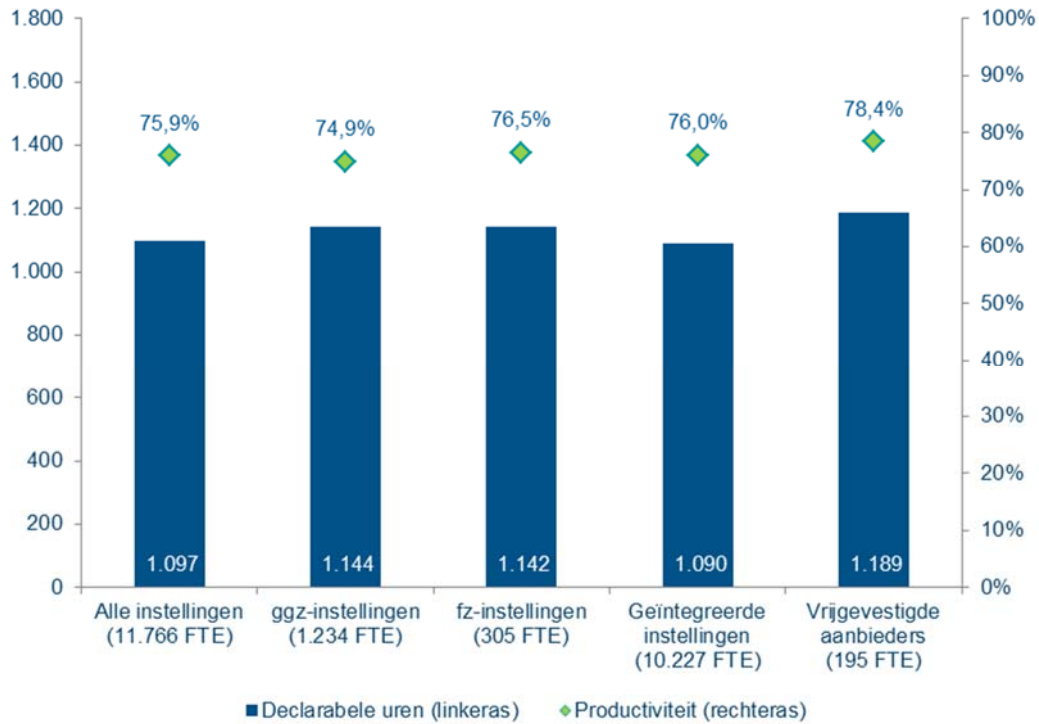
Tabel 5.1 laat zien dat geïntegreerde instellingen een hoger productiviteitspercentage hebben dan ggz-instellingen, maar een lager gemiddeld aantal declarabele uren. Dit betekent dat in geïntegreerde instellingen de 'afwezigheid' gemiddeld hoger is dan in ggz-instellingen, wat kan duiden op meer neventaken (zoals managementtaken van behandelaren) dan wel meer verlof of ziekte.

Tabel 5.1 Aantal declarabele uren (*na omrekening*) en productiviteit

Type instelling	FTE	Productiviteit	Declarabele uren per jaar
Alle instellingen	11.766	75,9%	1.097
ggz-instellingen	1.234	74,9%	1.144
fz-instellingen	305	76,5%	1.142
Geïntegreerde instellingen	10.227	76,0%	1.090
Vrijgevestigde aanbieders	195	78,4%	1.189

Noot: exclusief outliers, exclusief behandelaren die in de MVO-categorie vallen. Aantal declarabele uren per jaar is '*na omrekening*'.

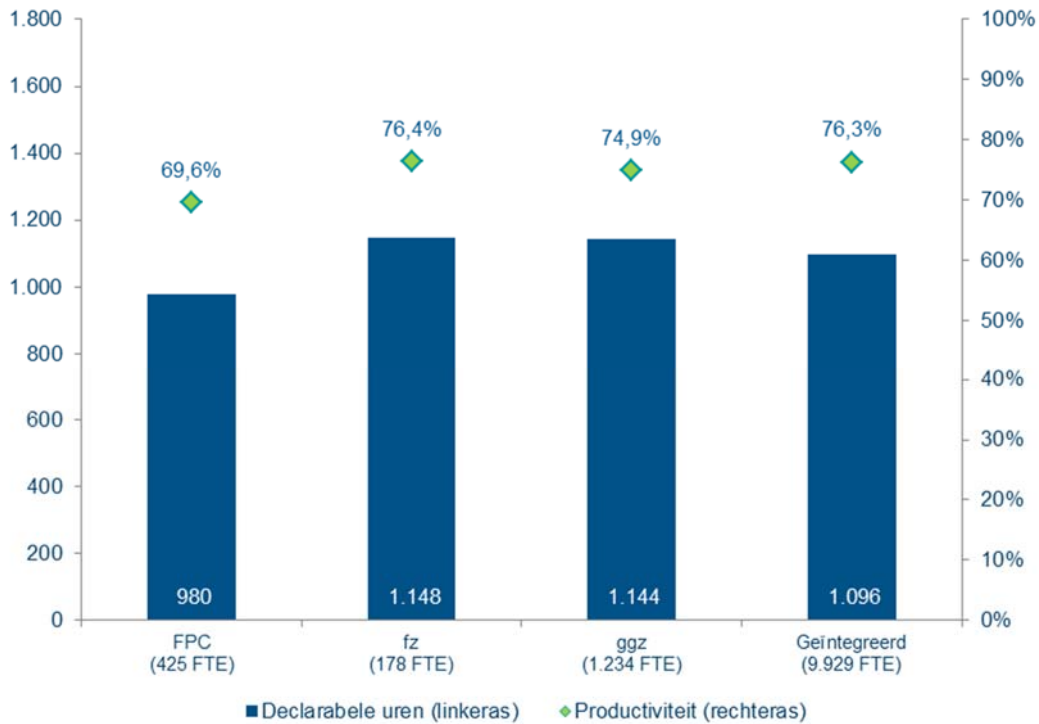
Figuur 5.7 Aantal declarabele uren *(na omrekening)* en productiviteit



5.3.1 Productiviteit en declarabele uren binnen FPC's

In het verloop van het onderzoek is meermaals gebleken dat FPC's een dusdanig ander karakter hebben dat het lastig is om declarabele uren te vergelijken met die in andere type fz-instellingen. Dit komt doordat behandelaars in FPC's relatief veel niet-declarabele tijd besteden aan bijvoorbeeld kennisdeling, onderzoek, reistijden binnen de locatie en naar transmurale zorgplekken, als ook benodigde tijd voor teamgesprekken. Daarnaast heeft ook het werk met speciale doelgroepen, denk aan Extreem Vlucht- en Beheers Gevaarlijke (EVBG) patiënten, en hoog-complexe zorgvragen naar verwachting een drukkend effect op de productiviteit. Deze bijzondere positie is te herkennen in Figuur 5.8, waar zowel de productiviteit als het aantal declarabele uren per volledige fz FTE lager liggen dan voor de gemiddelde (fz) instelling.

Figuur 5.8 Productiviteit en declarabele uren (na omrekening) per type instelling



Noot: drie van de vier FPC's binnen deze kwalificatie komen uit de fz subgroep, één uit de geïntegreerde instellingen subgroep.

5.4 Productiviteit per beroep

De onderliggende productiviteitscijfers worden in deze sectie opgesplitst naar beroepen en beroepsgroepen, waarbij het onderscheid tussen de groepen duidelijk wordt.

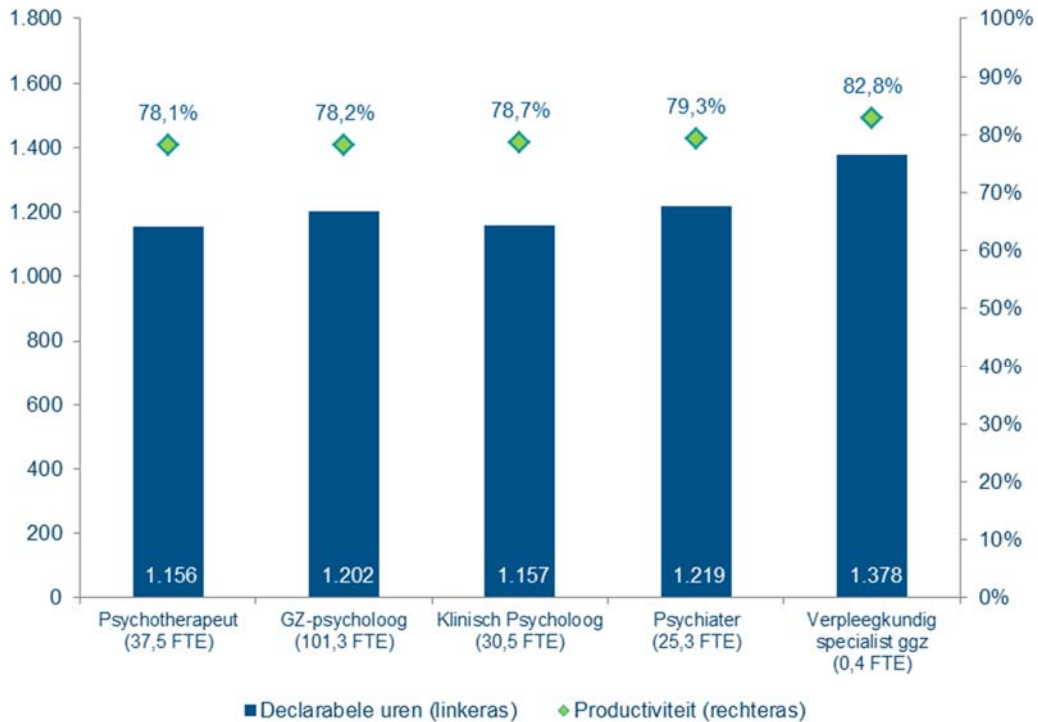
5.4.1 Vrijgevestigde aanbieders – per beroep

De vijf beroepen die naar voren zijn gekomen binnen de vrijgevestigde aanbieders zijn de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog, de psychiater, de psychotherapeut en de verpleegkundig specialist ggz²⁸.

Onder de vrijgevestigde behandelaars is de grootste groep GZ-psycholoog. De GZ-psycholoog heeft een gewogen gemiddelde productiviteit van 78,2%; dit is gebaseerd op 101,3 FTE. Binnen de vrijgevestigde aanbieders is de gemiddelde productiviteit voor de klinisch psycholoog 78,7% (30,5 FTE), psychiater 79,3% (25,3 FTE) en psychotherapeut 78,1% (37,5 FTE). Hieruit blijkt dat de gewogen gemiddelde productiviteit voor de vier beroepen met de meeste waarnemingen in onze steekproef allemaal tussen de 78% en 79% ligt.

²⁸ Het gaat wat betreft de verpleegkundig specialist ggz om een parttime functie van 0,4 FTE.

Figuur 5.9 Productiviteit en aantal declarabele uren ('na omrekening') per beroep - vrijevestigde aanbieders inclusief aantal FTE



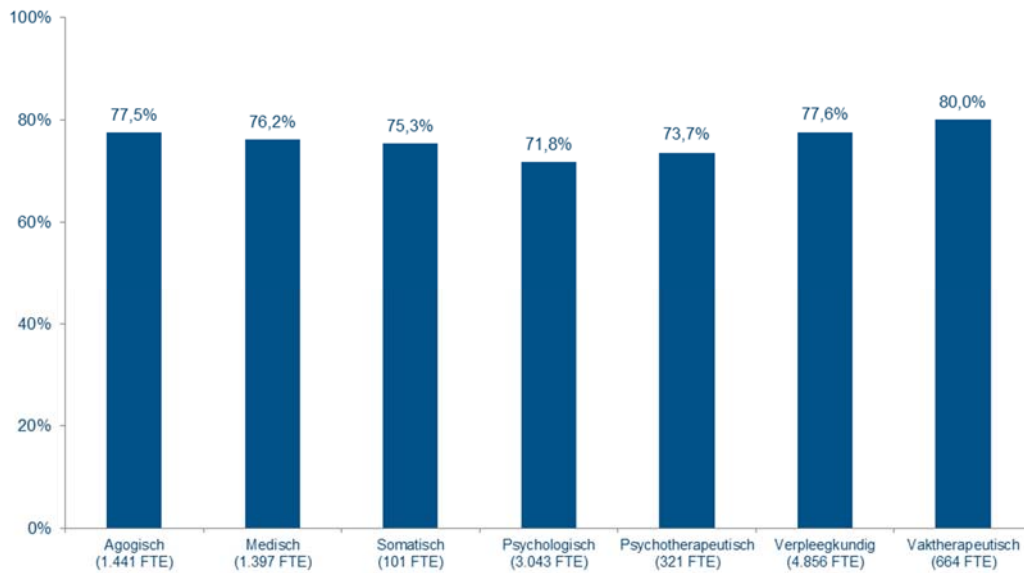
Bijlage II geeft meer informatie over de gewogen gemiddelde productiviteit, inclusief minimale, maximale en CV-waardes per beroep binnen de vrijevestigde aanbieders.

5.4.2 Instellingen – per beroep en beroepsgroep

Voor instellingen is in figuur 5.10 weergegeven wat de gewogen gemiddelde productiviteit is voor de diverse beroepsgroepen. Voor deze beroepsgroepen hebben we aangesloten bij de db(b)c-beroepentabel die in de nadere regel van de NZa is opgenomen.²⁹ Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de agogische, medische, psychologische, psychotherapeutische, somatische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepsgroepen. De range voor productiviteit ligt hierbij tussen de 72% voor de psychologische beroepsgroep tot 80% voor het vaktherapeutische beroepsgroep. De productiviteit binnen de verpleegkundige beroepsgroep is gebaseerd op het hoogst aantal FTE's (4.856).

²⁹ <http://werkenmetdbcs.nza.nl/geestelijke-gezondheidszorg-artikelen/a-ggz-dbc-systematiek/dbc-pakket-2039/menu-ID-3085>

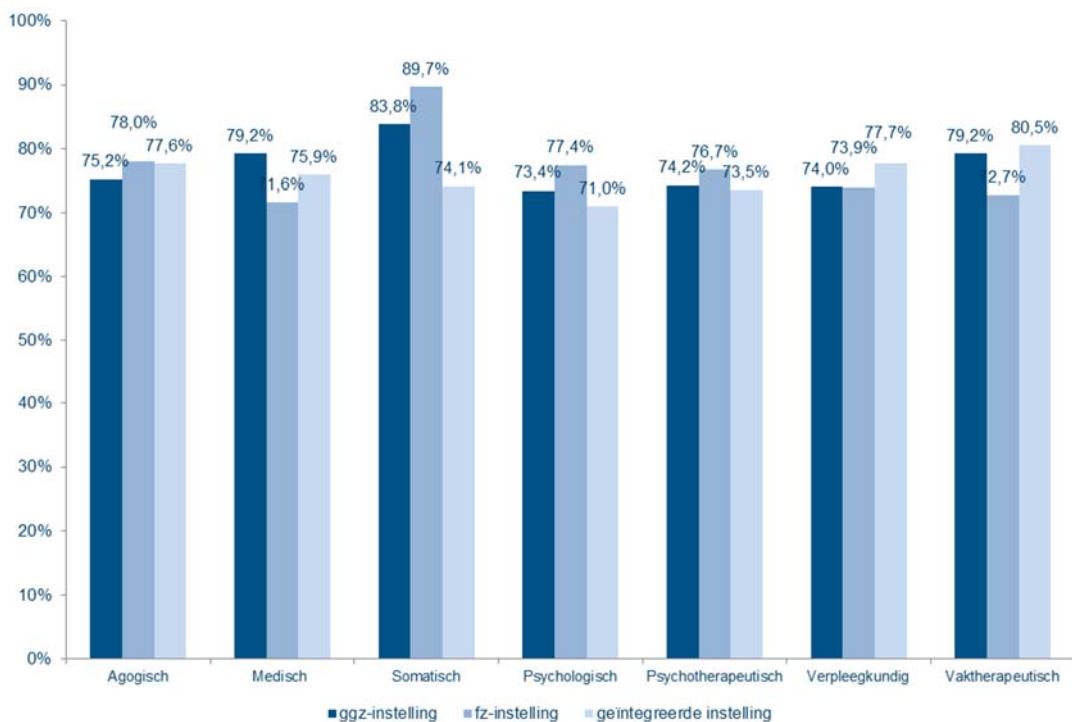
Figuur 5.10 Productiviteit en FTE per beroepsgroep – alle instellingen



Bijlage II specificeert het aantal FTE's, observaties, de standaarddeviatie, minimale en maximale waarden en de CV-waarde.

In het figuur 5.11 wordt de productiviteit voor de diverse beroepsgroepen weergegeven voor alle instellingstypen. Hieruit blijkt dat de productiviteitscijfers voor de verschillende beroepsgroepen iets verschillen per soort instelling, maar over het algemeen dicht bij elkaar liggen. De grootste verschillen zijn te vinden binnen de somatische beroepsgroep waar de productiviteit voor geïntegreerde instellingen op 74% ligt en voor fz-instellingen op 89,7%.

Figuur 5.11 Productiviteit beroepsgroepen voor ggz, fz en geïntegreerde instellingen



In tabel 5.2 worden de productiviteitscijfers voor alle beroepen afzonderlijk weergegeven. Daarnaast wordt er aangegeven op basis van hoeveel FTE de analyses uitgevoerd zijn.

Uit deze tabel blijkt dat de klinisch geriater het meest productief is (94,9%). Daarnaast hebben de overig vaktherapeutisch met specialisatie/functiedifferentiatie (hierna: SF) (84,0%), GZ-vaktherapeut (82,8%), overig medisch SF (82,8%) en ggz-vaktherapeut (81,8%). Beroepen met een lagere productiviteit zijn de huisarts (65,0%), agoog kinder- en jeugd (hierna: K&J) psychiatrie (65,5%), overig psychologisch SF (69,5%).

Tabel 5.2 Productiviteit per beroep – Instellingen totaal

Beroep	Obs.	FTE	Productiviteit	Decl. uren per jaar
AG Agogische beroepen				
Agoog K&J psychiatrie	5	13,6	65,5%	1.027
Ervaringsdeskundige MBO 4	1	1	90,1%	1.509
GGZ-agoog	12	69,7	74,4%	1.089
Maatschappelijk werkende	33	749,3	78,2%	1.151
Overig Agogische SF	13	223,2	72,7%	1.072
Sociaal pedagogisch hulpverlener	21	384,6	79,8%	1.125
MB Medische beroepen				
Arts (waaronder Agio/Agnio)	26	369,8	77,3%	1.217
Arts verslavingszorg	10	72,4	77,0%	1.130
Overig Medisch SF	5	23,4	82,8%	1.210
Psychiater	38	887,8	75,4%	1.138
Sociaal Geriater	4	7,8	75,9%	1.027
Specialist Ouderengeneeskunde	5	21,2	80,4%	1.143
OV. Somatische beroepen				
Arts Maatschappij en gezondheid	1	1,1	83,3%	1.301
Diëtist	10	20,1	70,4%	1.162
Ergotherapeut	8	35,7	78,5%	1.241
Fysiotherapeut	12	27	77,2%	1.274
Huisarts	10	12	65,0%	983
Kinderarts	1	0,3	68,3%	1.211
Klinisch Geriater	3	1,7	94,9%	572
Logopedist	4	2,7	78,6%	1.184
Neuroloog	1	0,2	58,2%	1.094
Orthopedagoog-generalist	1	0,8	87,3%	1.502
PB Psychologische beroepen				
GGZ gezondheidskundige	1	15,7	45,9%	823
GZ-psycholoog	40	1298,3	71,2%	1.075
Gedragstherapeut	7	14,5	75,8%	1.114
K&J-Therapeut	2	2,1	80,2%	1.117
Klinisch neuropsycholoog	2	5,7	70,0%	953
Klinisch Psycholoog	35	344,5	71,5%	1.086
Overig Psychologisch SF	8	30,6	69,5%	1.066
Pedagoog	21	139,9	71,7%	1.070

Beroep	Obs.	FTE	Productiviteit	Decl. uren per jaar
Psycholoog	44	1161,5	72,7%	1.121
PT Psychotherapeutische beroepen				
Psychotherapeut	32	321	73,7%	1.106
VB Verpleegkundige beroepen				
Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige	1	1	84,1%	1.350
Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige	1	10,7	62,6%	822
Overig verpleegkundig SF	11	299	76,3%	1.033
Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	31	1486,3	79,0%	1.161
Verpleegkundige	24	2785,2	77,4%	1.010
Verpleegkundig specialist ggz	20	266,2	72,9%	1.074
VK Vaktherapeutische beroepen				
GGZ-vaktherapeut	7	49	81,8%	1.189
GZ-vaktherapeut	7	59	82,8%	1.146
Overig Vaktherapeutisch SF	10	198,9	84,0%	1.176
Vaktherapeut creatief	30	165,3	74,9%	1.145
Vaktherapeut psychomotorisch	26	186	79,1%	1.189

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Spiegelen gegevens

Voor sommige beroepsgroepen zijn geen waarnemingen beschikbaar: de communicatiedeskundige, ervaringsdeskundige HBO 5, en de tolk gebarentaal.³⁰ Daarnaast zijn er aantal beroepsgroepen met een zeer beperkt aantal waarnemingen. Zo is er een achttal beroepen waarvan het productiviteitscijfer is gebaseerd op 1 observatie: de neuroloog, kinderarts, orthopedagoog-generalist, ervaringsdeskundige MBO 4, consultatief psychologisch verpleegkundige, arts maatschappij en gezondheid, forensisch psychiatrisch verpleegkundige en de ggz gezondheidskundige. Daarnaast zijn er een tweetal beroepen gebaseerd op 2 observaties: de K&J therapeut en de klinisch neuropsycholoog. Er is een beroep gebaseerd op 3 observaties: de klinisch geriater. Tot slot is er één beroep waar er minder dan 2,7 FTE is aangeleverd op basis van 4 observaties, namelijk voor de logopedist.

Tabel 5.3 Beroepen met geen of weinig waarnemingen

Beroep	Obs.	FTE	Productiviteit	Decl. uren per jaar
Communicatiedeskundige	0	0	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar
Ervaringsdeskundige HBO 5	0	0	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar
Tolk gebarentaal	0	0	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar
Neuroloog	1	0,2	58,2%	1.094
Kinderarts	1	0,3	68,3%	1.211
Orthopedagoog-generalist	1	0,8	87,3%	1.502
Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige	1	1	84,1%	1.350

³⁰ Hoewel dit in 2015 geen tijdschrijvende beroepen waren is de tijdsbesteding wel uitgevraagd in het kader van dit onderzoek. Echter, uit de response bleek dat binnen de instellingen in de steekproef de declarabele tijdsbesteding van deze beroepen in 2015 (nog) niet geregistreerd werd.

Beroep	Obs.	FTE	Productiviteit	Decl. uren per jaar
Ervaringsdeskundige MBO 4	1	1	90,1%	1.509
Arts Maatschappij en gezondheid	1	1,1	83,3%	1.301
Klinisch Geriater	3	1,7	94,9%	572
K&J-Therapeut	2	2,1	80,2%	1.117
Logopedist	4	2,7	78,6%	1.184
Klinisch neuropsycholoog	2	5,7	70,0%	953

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een aanbieder die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Bijlage II specificeert het aantal FTE's, observaties, de standaard deviatie, minimale en maximale waarden en de CV-waarde voor de beroepen voor alle instellingen gezamenlijk, ggz-instellingen, fz-instellingen en geïntegreerde instellingen.

Om toch voor alle beroepen tarieven vast te kunnen stellen raden wij het volgende aan. Allereerst is het zinvol om te bezien in hoeverre de beschikbare waarnemingen representatief zijn voor een bepaald beroep. Sommige beroepen komen immers weinig voor, waardoor een beperkt aantal waarnemingen toch voldoende kan zijn om representatieve uitspraken te kunnen doen. Daarom is het zinvol om een inschatting te maken van het landelijke aantal FTE's voor deze beroepen. Een dergelijke analyse kan mogelijk uitgevoerd worden op basis van de data aangeleverd aan DIS, Vektis data, of op basis van gegevens in de Marktscan.

Voor zover er nog beroepen overblijven met weinig waarnemingen, denk aan minder dan 5 FTE, dan is het mogelijk om beroepen te spiegelen of te clusteren. Daarbij wordt gekeken naar productiviteit van beroepen met vergelijkbare kenmerken (bijvoorbeeld opleidingsniveau en/of aard van de zorg – verhouding klinisch/ambulant); dan wel naar de productiviteit van de beroepsgroep waartoe het beroep behoort. Op deze wijze kan een inschatting gemaakt worden; in de loop van de tijd kan deze inschatting worden aangescherpt naarmate meer informatie over een bepaald beroep beschikbaar komt.

5.4.3 Regiebehandelaren

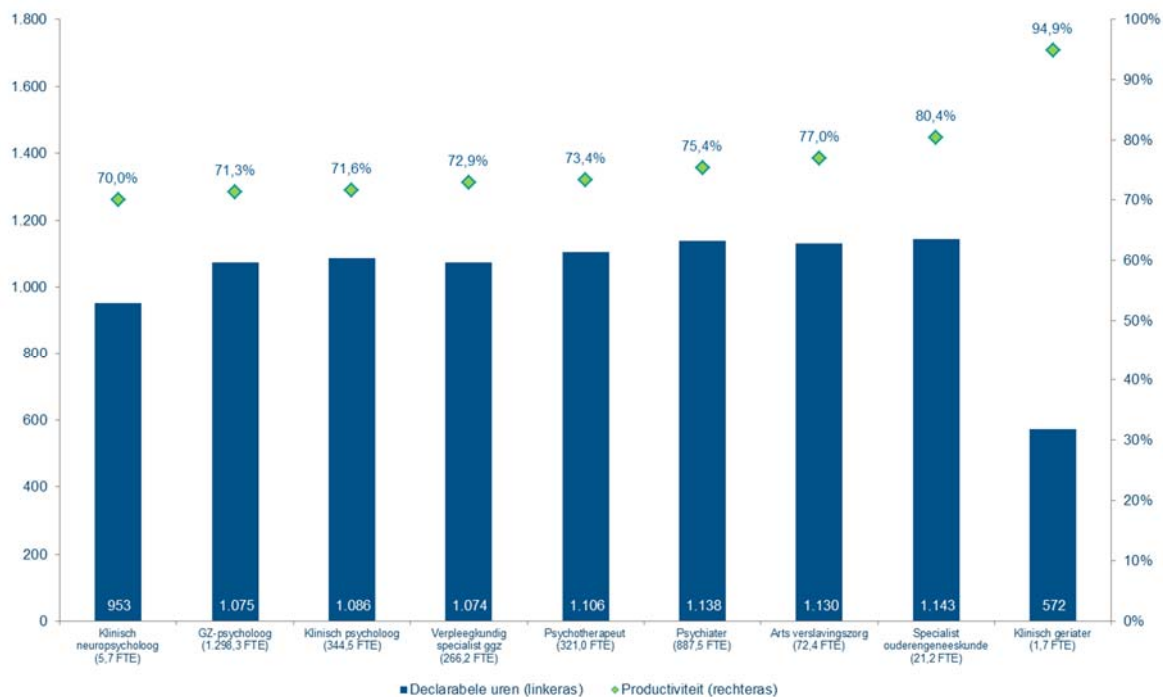
De regiebehandelaren kunnen vanaf 2017 zelfstandig declareren en volgen hiermee de hoofdbehandelaren op. De voormalige hoofdbehandelaren zijn verantwoordelijk voor zorgregistratie en declaraties. Voor vrijgevestigden is er een aantal beroepen in het voormalige stelsel wel hoofdbehandelaar maar in 2017 geen regiebehandelaar.

Volgens het kwaliteitsstatuut zijn de volgende beroepen vrijgevestigde regiebehandelaren: gz-psycholoog (alleen gb-ggz), de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de psychiater (de laatste alleen bij g-ggz).

Voor instellingen gelden volgens het kwaliteitsstatuut andere beroepen die als regiebehandelaren zijn toegestaan: gz-psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de psychiater (alleen g-ggz), de verpleegkundig specialist ggz, de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (bij hoofddiagnose dementie) en de verslavingsarts (bij hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek).

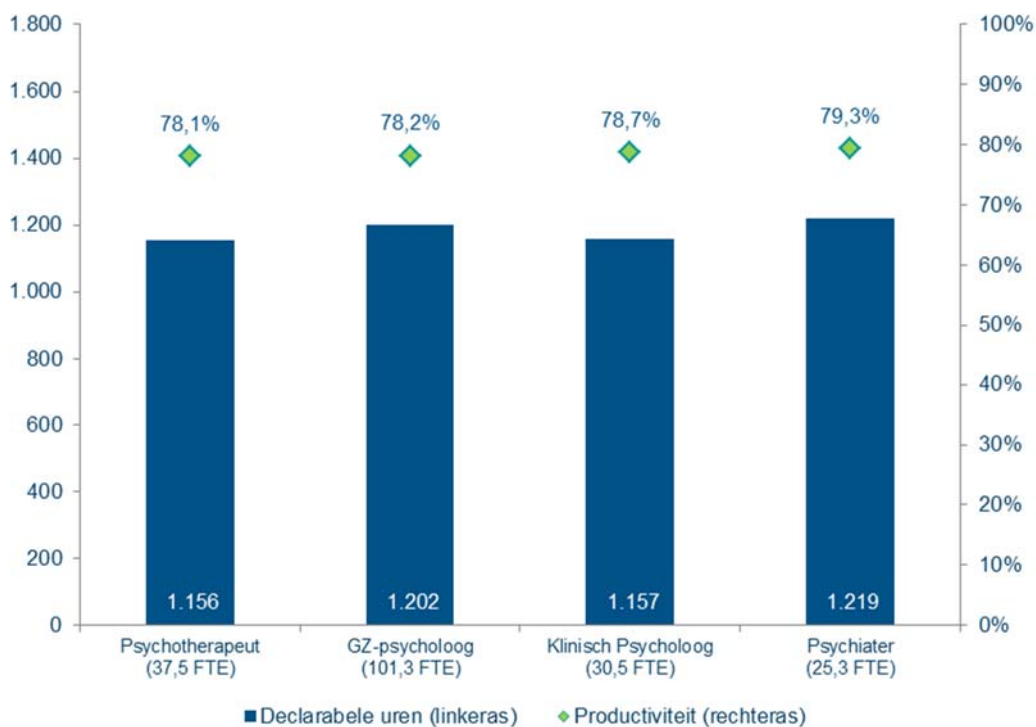
In figuur 5.12 worden de productiviteitscijfers voor de regiebehandelaren binnen instellingen weergegeven. Hieruit blijkt dat de klinisch geriater de hoogste productiviteit heeft (94,9%, 2 FTE) en de klinisch neuropsycholoog de laagste productiviteit (70,0%, 6 FTE).

Figuur 5.12 Productiviteit en aantal declarabele uren ('na omrekening') van regiebehandelaren binnen instellingen



Figuur 5.13 presenteert de productiviteitscijfers voor de vrijgevestigde regiebehandelaren. Het enige beroep binnen de analysegroep van de vrijgevestigde aanbieders dat geen regiebehandelaar is, is de verpleegkundig specialist ggz.

Figuur 5.13 Productiviteit en aantal declarabele uren ('na omrekening') van regiebehandelaren binnen vrijgevestigde aanbieders



Bijlage II specificeert het aantal FTE's, observaties, de standaard deviatie, minimale en maximale waarden en de CV-waarde voor de regiebehandelaren binnen instellingen en voor de regiebehandelaren voor instellingen en vrijgevestigden gezamenlijk.

In Tabel 5.4 wordt de productiviteit van de regiebehandelaren voor de diverse type aanbieders weergegeven. Duidelijk zichtbaar is het minimale verschil in productiviteit van regiebehandelaren tussen ggz-, fz- en geïntegreerde instellingen. Omdat bijna alle vrijgevestigde beroepen ook regiebehandelaren zijn, en de vrijgevestigde behandelaars gemiddeld een hogere productiviteit hebben dan de behandelaars in instellingen, is de gemiddelde productiviteit voor deze groep substantieel hoger dan voor regiebehandelaren in instellingen.

Tabel 5.4 Gemiddelde productiviteit voor de regiebehandelaren in de verschillende instellingstypes

Type aanbieder	Gemiddelde productiviteit van regiebehandelaren
ggz-instelling	73,5%
fz-instelling	73,8%
geïntegreerde instelling	72,9%
vrijgevestigde aanbieder	78,4%

5.4.4 *Behandelaren in de crisiszorg*

Aan instellingen en behandelaars is gevraagd of de instelling dan wel behandelaar in 2015 crisiszorg aanbood. Het doel van het opnemen van deze vraag was om de productiviteit van de crisisdienst te analyseren.

Uit de analyses kunnen echter geen conclusies worden afgeleid om een aantal redenen. Ten eerste zou de analyse idealiter op het niveau van de crisisdienst uitgevoerd moeten worden. In de pilotfase van het onderzoek is hier wel naar gekeken, maar toen bleek dat instellingen die tevens crisiszorg leveren alleen de declarabele tijd per beroep kunnen opleveren voor crisiszorg. Hierdoor was het niet mogelijk om naar de productiviteit van de crisisdienst als separate entiteit te kijken. Daar komt bij dat behandelaars veelal niet exclusief voor de crisisdienst werken. Welke productiviteit door crisisdienst-behandelaars gerealiseerd kan worden hangt daarmee mede af van de wijze waarop de crisisdienst is ingericht en de mate van synergie tussen crisis- en reguliere activiteiten. De impact van "crisiszorg" op de productiviteit hangt uiteraard ook samen met de wijze waarop wachttijd geschreven wordt; in het kader van dit onderzoek is dit niet verder onderzocht. Tenslotte hangt de impact van crisis-activiteiten op de productiviteit van een instelling uiteraard ook af van het aandeel van die activiteiten op het totaal van de ggz-activiteiten. Voor de instellingen in de steekproef beslaat de declarabele tijd in de crisis-zorg gemiddeld 4% van de totale declarabele tijd in de betreffende instelling.

Als het wenselijk is om de productiviteit van behandelaars van de crisisdienst in beeld te brengen dan adviseren wij om hier een separaat onderzoek aan te wijden. Dit vereist naar verwachting een ander type onderzoek waarbij wordt gekeken naar de organisatie van de crisisdienst.

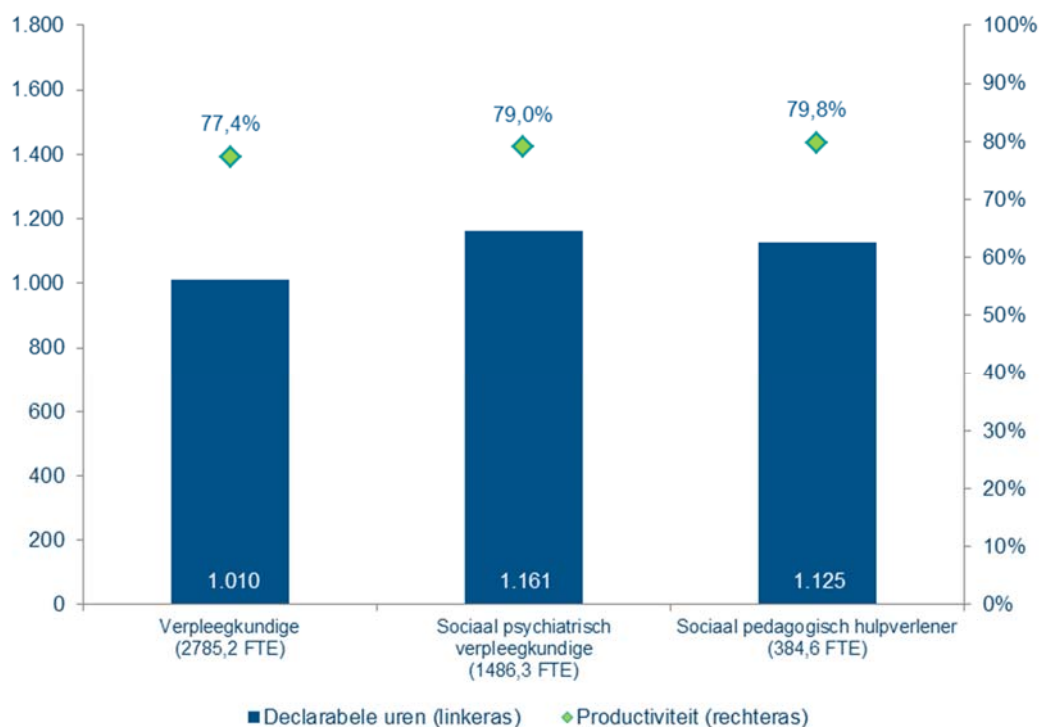
5.4.5 *VOV personeel*

Het VOV-personeel kent een relatief groot aantal gerapporteerde FTE's in onze steekproef. Het betreft de Verpleegkundige (art. 3), de SPVer en de SPHer. Op verschillende momenten in het onderzoekstraject is aan Ecorys kenbaar gemaakt dat er onzekerheid bestaat over de aangeleverde cijfers voor deze beroepen.

De oorzaak van de onzekerheid is dat voor het VOV-personeel de verhouding tussen de tijdsbesteding in de kliniek en als behandelaar niet altijd goed uit de tijdsregistratiesystemen te halen is. In principe dienen de verpleegkundige en SPHer uitgeroosterd te worden als ze als behandelaar werkzaam zijn en zou deze informatie gebruikt moeten kunnen worden om de verhouding te berekenen. Echter, de roostersystemen zijn op persoonsniveau en instellingen hebben aangegeven dat deze moeilijk te matchen waren met de andere interne informatiesystemen. Voor de SPVer zou dit probleem in mindere mate moeten spelen omdat deze primair als behandelaar werkt (waar de andere twee beroepen primair in de kliniek werken).

De resulterende productiviteit (zowel in procenten als in termen van declarabele uren zoals gepresenteerd in Figuur 5.14) is voor de SPHer en de SPVer om en nabij het overall gemiddelde bij instellingen. Voor de verpleegkundige ligt het aantal declarabele uren duidelijk lager dan gemiddeld (maar de productiviteit in procenten niet) binnen instellingen voor alle beroepsgroepen samen.

Figuur 5.14 Productiviteit en aantal declarabele uren (*'na omrekening'*) van VOV personeel



We concluderen dat er onzekerheid over de gegevens voor deze beroepen bestaat, maar dat deze gegevens de best beschikbare zijn op dit moment. Hierbij heeft meegewogen dat het niet goed mogelijk is om de productiviteit van deze beroepen te “spiegelen” aan vergelijkbare beroepen aangezien er geen vergelijkbare beroepen zijn met een voldoende aantal FTE's.

5.5 Productiviteit en declarabele uren van opleiders en opleidingen

Wanneer behandelaren in opleiding zijn, dan wel opleiden, heeft dit effect op de tijdsbesteding en daarmee mogelijk ook de productiviteit. Figuur 5.15 presenteert de gemiddelde productiviteit voor

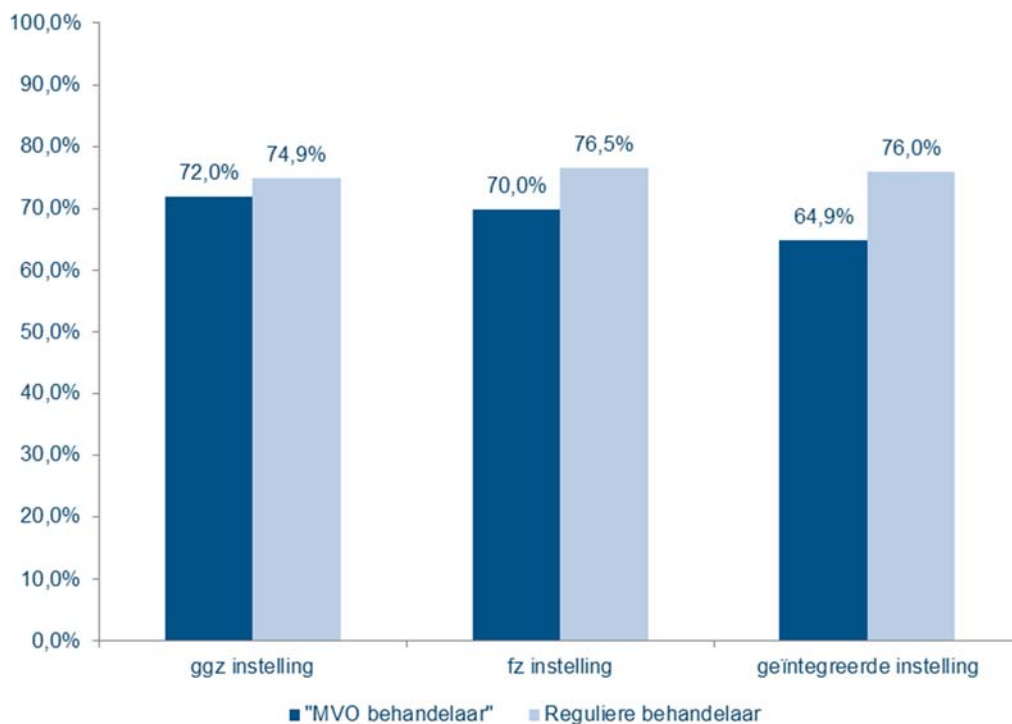
behandelaren in instellingen die al dan niet betrokken zijn bij MVO, gewogen naar FTE. Het aantal FTE opleiders en opleidingen versus 'reguliere behandelaren' is respectievelijk:

- 78 FTE versus 1.234 FTE binnen ggz instellingen;
- 45 FTE versus 305 FTE binnen fz instellingen; en
- 641 FTE versus 10.227 FTE geïntegreerde instellingen.

In Bijlage II is tevens de standaard deviatie, het minimum, het maximum, en de CV-waarde weergegeven.

Zoals zichtbaar in figuur 5.15 is de gemiddelde gewogen productiviteit voor opleidende instellingen lager dan voor niet-opleidende instellingen. Dit is te verklaren door het feit dat behandelaren betrokken bij een opleiding ook tijd in niet-declarabele opleidingsgerelateerde activiteiten moeten investeren. Hierdoor werken ze relatief minder declarabele uren en dit leidt tot een lagere productiviteit. Het verschil in productiviteit is het grootst voor geïntegreerde instellingen en het kleinst voor ggz-instellingen.

Figuur 5.15 Gemiddelde productiviteit, gewogen naar FTE, van opleiders en opleidingen versus 'reguliere behandelaren' in instellingen



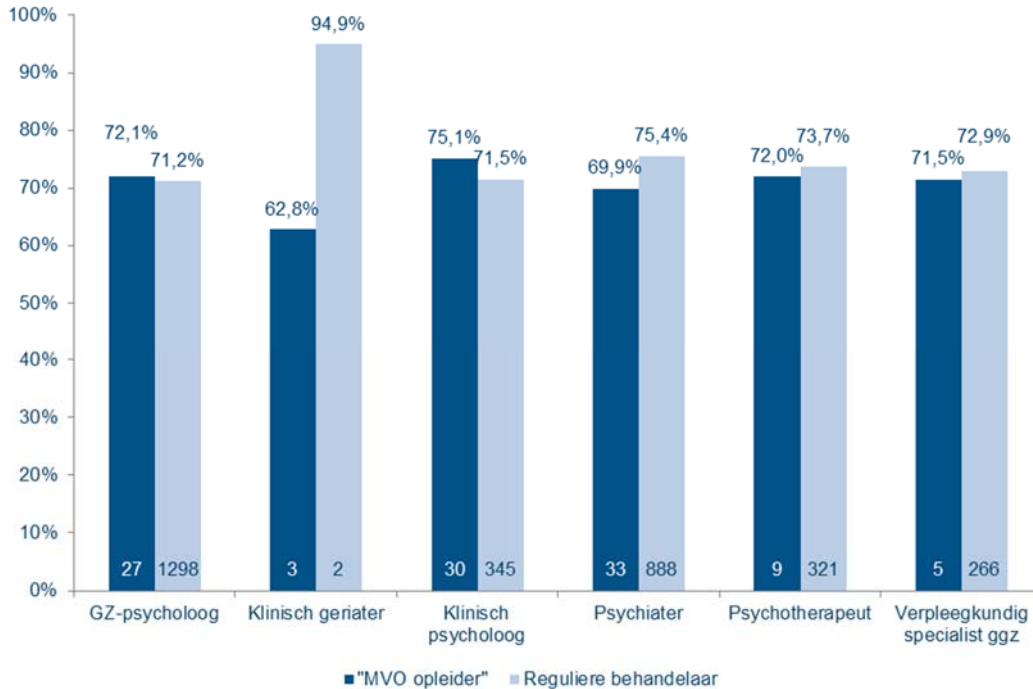
Deze analyse is uitgevoerd op het niveau van de instelling. In de volgende paragrafen wordt verder ingegaan op de verschillen in productiviteit tussen de opleiders en opleidingen enerzijds, en behandelaren niet betrokken bij MVO anderzijds.

Opleiders

In figuur 5.16 geeft de productiviteit, gewogen naar FTE, voor de opleiders in vergelijking met niet-opleiders weer. Hierbij moet worden aangegeven dat er op verschillende momenten in het traject is aangegeven dat er grote onzekerheden in de cijfers zitten, voornamelijk voor opleiders, omdat de registratie van MVO activiteiten door deze groep niet altijd even consistent is gedaan. Het aantal FTE waar de waarnemingen van opleiders op gebaseerd zijn varieert tussen de 3 (klinisch geriater) tot 33 FTE (psychiater). Het aantal FTE dat gemeten is voor de beroepsgroep, en waarvoor de productiviteit is gewogen, staat onderaan de staafdiagram. Voor de meeste beroepen verschilt de

productiviteit tussen opleiders en niet-opleiders niet meer dan 5 procentpunt. De productiviteit voor de klinisch geriater verschilt wel substantieel tussen de twee groepen, maar hierbij dient aangetekend te worden dat er voor dit beroep relatief weinig waarnemingen zijn voor zowel de opleiders als de niet-opleiders. In Bijlage II worden meer details weergegeven over de observaties (standaarddeviatie, minimum, maximum en CV-waarde).

Figuur 5.16 Productiviteit en aantal FTE (niet-)opleiders



Noot: voor de opleidende beroepen 'arts voor verstandelijk gehandicapten' en 'klinisch neuropsycholoog' zijn geen waarnemingen. Aantal FTE is weergegeven aan de onderkant van de staafdiagram.

Opleidingen

Figuur 5.17 toont de productiviteitswaarden voor de opleidingen binnen instellingen in vergelijking met niet-opleidingen. Voor opleidingen is duidelijk zichtbaar dat de productiviteit lager is ten opzichte van de niet-opleidingen. In Bijlage II worden meer details weergegeven over de observaties (standaard deviatie, minimum, maximum en CV-waarde).

Figuur 5.17 Productiviteit en aantal FTE (niet-)opleidingen



Noot: 'Verpleegkundige' betreft 'Verpleegkundige (art. 3)'. Arts betreft 'Arts (waaronder Agio/Agno)'. Aantal FTE is weergegeven aan de onderkant van de staafdiagram. Opleidingberoepen met minder dan 1 FTE zijn niet gerapporteerd.

Tabel 5.5 geeft een overzicht van het aantal declarabele uren per jaar voor opleidingen waarvoor meer dan 1 FTE bekend is. Deze getallen liggen significant lager dan de gevonden aantallen declarabele uren per jaar voor niet-opleidingen. Dit is in lijn met de hierboven beschreven lagere productiviteit voor opleidingen.

Tabel 5.5 Aantal declarabele uren per jaar ('na omrekening') voor opleidingen

Beroep	Obs.	FTE	Productiviteit	Decl. uren per jaar
Arts (waaronder Agio/Agno)	11	209	66,8%	1.030
GZ-psycholoog	21	165	63,8%	953
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	3	5	69,3%	1.068
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	22	241	64,6%	989
Psychotherapeut	6	7	75,2%	1.191
Verpleegkundige (art.3)	2	14	64,6%	838
Verpleegkundig specialist ggz	1	12	46,7%	742

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

5.6 Vergelijking met cijfers het vorige productiviteitsonderzoek (2002)

Het vorige productiviteitsonderzoek in de curatieve ggz stamt uit 2002 en is destijds uitgevoerd door onderzoeksbureau Hoeksma, Homans en Menting (hierna HHM)³¹. Uit het HHM onderzoek volgt de norm van 1.122 declarabele uren op jaarbasis, uit het huidige onderzoek volgt een gemiddelde norm van 1.097 declarabele uren voor instellingen en 1.189 declarabele uren voor

³¹ <http://www.eldermans-geerts.nl/core/media/file/ggz/Eindrapport-bundel-bijlagen-tijdbesteding-en-kostencomponenten-ambulante-ggz.pdf>

vrijgevestigde aanbieders. Een belangrijke vraag is in hoeverre deze uitkomsten met elkaar vergeleken kunnen worden.

Tabel 5.6 Vergelijking HHM en Ecorys onderzoek

Post	Berekening HHM 2002	HHM 2002/ NZa norm	Ecorys 2017 Instellingen	Ecorys 2017 Vrijgevestigden
Contracttijd	52 weken x 36 uur	1872,0	1878,0	1878,0
Vakantie-/Feestdagen	24 vakantiedagen, 7 feestdagen	223,4	223,1	199,6
Ziekte	6,9% ziekteverzuim	123,7	76,3	14,0
Overig verlof (bijzonder verlof, LFB, zwangerschap, ouderschap)	2 dagen bijzonder verlof, 2 dagen LFB	28,8	40,4	5,6
Administratie en management	NB		87,6	140,2
Schoonmaak	NB		-	17,2
Totaal beschikbaar voor zorgverlening		1496,3	1450,6	1501,3

Tabel 5.5 laat zien dat een vergelijking mogelijk is op een aantal categorieën 'afwezigheid'. Het aantal vakantie- en feestdagen is in beide onderzoeken vergelijkbaar. In het huidige onderzoek is wel een verschil zichtbaar tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders. Het ziekteverzuim is sterk afgenomen. Overig verlof is in de Ecorys studie hoger voor instellingen. Het lage aandeel overig verlof voor vrijgevestigden is mogelijk te verklaren door het feit dat verlofperiodes in het sjabloon zijn verwerkt door minder gewerkte uren dan wel weken op te geven.

Een nadere inspectie van de cijfers en achterliggende methodologie laten echter zien dat een vergelijking tussen beide onderzoeken scheef loopt. Allereerst merken we op dat het HHM-onderzoek is uitgevoerd in een periode dat de zorgsector (en ook de financiering daarvan) geheel anders was ingericht dan thans het geval is. Binnen de ggz bestonden dbc's nog niet en werden alleen contacten geregistreerd. De gemiddelde tijdsbesteding per contact liep sterk uiteen binnen en tussen instellingen maar ook per beroep, maar over de mate waarin bestonden voor zover ons bekend geen objectieve cijfers.

Daarnaast zijn de onderzoeken niet te vergelijken:

1. *Targetgroep*. Het HHM onderzoek focust alleen op ambulante zorg. Uit het rapport blijkt niet hoe is omgegaan met behandelaren die zowel ambulante als klinische zorg aanboden. Daarnaast is van belang dat niet-declarabele activiteiten zijn 'geschoond' voor de klinische tijd, maar het is niet duidelijk of dit is gebeurd. Tenslotte is het de vraag hoe is omgegaan met neventaken die immers van invloed zijn op de beschikbare tijd voor de verlening van zorg. Uit het huidige onderzoek blijkt dat tussen instellingen verschillen bestaan in de tijd die als werkbaar wordt beschouwd evenals de organisatorische inrichting van bepaalde activiteiten (zoals management). Het is niet duidelijk hoe in het HHM-onderzoek hiermee is omgegaan.
2. *Representativiteit en betrouwbaarheid*. HHM gebruikte een tijdsregistratie (dagboekmethode) van twee keer twee weken. Dit is vanzelfsprekend minder representatief dan registratiegegevens over een geheel jaar voor een groot aantal FTE. Daarnaast is het de vraag hoe vertrouwd behandelaren destijds waren met het registreren van tijd. Dit hoefden zij in de dagelijkse praktijk niet te doen, waardoor er mogelijk onvolkomenheden zijn opgetreden in de

registratie. Ook bestaan de in het HHM-onderzoek genoemde niet-declarabele activiteiten preventie en dienstverlening niet meer binnen de Zvw-zorg/fz.

3. *Schoning*. Het HHM rapport heeft de productiviteit binnen 6 ggz-instellingen en 1 fz-instelling onderzocht. Per niet-declarabele activiteit is de instelling met het hoogste percentage tijdsbesteding als outlier bestempeld en uit de analyse gehaald. Omdat er maar 7 instellingen hebben meegedaan aan het onderzoek, heeft dit mogelijk een impact op de gevonden resultaten. Eenzelfde methodiek is toegepast op de 20% hoogste opgegeven tijdsbesteding aan (directe en indirecte) patiëntgebonden activiteiten: deze zijn eveneens niet meegenomen in de resultaten.
4. *Bron van NZa productiviteitsnormen*. De productiviteitsnormen van HHM waren niet voor alle beroepen en niet voor alle circuits beschikbaar. DBC-Onderhoud heeft destijds op basis van de HHM percentages aannames gedaan voor de ontbrekende percentages. De NZa productiviteitsnormen zijn daarom niet één-op-één te herleiden tot de gegevens die zijn gerapporteerd in het HHM-rapport.
5. *Ontwikkeling sindsdien*. De gevonden productiviteit per circuit is in 2014 samengevoegd tot één cijfer voor de gehele sector. Daarnaast is het circuit K&J overgeheveld naar de gemeenten en om die reden niet meegenomen in dit onderzoek.

We concluderen dat het vergelijken van de huidige NZa-normen voor productiviteit met de productiviteitscijfers in dit rapport niet goed mogelijk is. Omdat de grondslag van de cijfers een totaal andere is, kunnen hier geen conclusies uit getrokken worden.

6 Productiviteit nader beschouwd

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de geobserveerde verschillen in productiviteit voor zowel de vrijgevestigde praktijken als de instellingen. Mogelijke verklaringen voor deze verschillen zijn ook besproken tijdens de bijeenkomsten met de klankbordgroep op 27 oktober en 24 november 2016. Tevens is toen aandacht besteed aan de vraag welke gegevens er beschikbaar zijn die kunnen helpen om verschillen in productiviteit te verklaren.

Mogelijke verklaringen voor verschillen in productiviteit, die mede op basis van input uit de klankbordgroep sessie meegenomen zijn in de analyse, zijn;

- locatie van de praktijk (mate van stedelijkheid) (*vrijgevestigde aanbieders*);
- verhouding ambulante en klinische zorg (*instellingen*);
- zorgvraagwaarde (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*);
- duur van de behandeling per patiënt (evenals de combinatie met zorgvraagwaarde) (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*);
- andere financieringsstromen (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*).

Voor de analyse van de verbanden van productiviteit met zorgvraagwaarde, de verhouding ambulante en klinische zorg, en de duur van de behandeling per patiënt, is gebruik gemaakt van DIS data die door de NZa beschikbaar is gesteld. Daartoe hebben wij zoveel mogelijk geprobeerd op basis van AGB-code een “match” te maken tussen de DIS-data en de gegevens in onze steekproef. Omdat de DIS-dataset niet compleet is kon de match in de onderstaande analyses niet altijd gemaakt worden. Dit brengt het risico met zich mee van selectiebias aangezien de kenmerken van de populatie met een complete DIS-aanlevering mogelijk afwijken. In hoeverre dit effect zich voordoet is onbekend; wij hebben de analyses steeds voor een zo groot mogelijk aantal waarnemingen uitgevoerd en vermelden waar relevant het aantal waarnemingen waarvoor de match gemaakt kon worden.

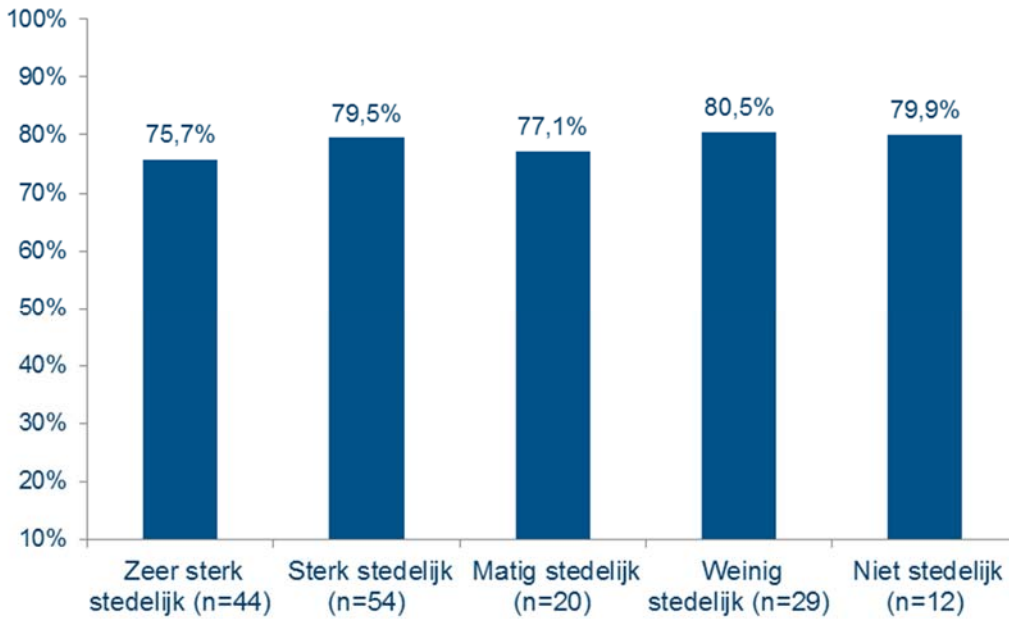
6.1 Locatie van de praktijk – Mate van stedelijkheid

Voor vrijgevestigde praktijken zou de locatie mogelijk een verklaring kunnen zijn voor verschillen in productiviteit. Op basis van postcode gebied zijn de vrijgevestigde praktijken ingedeeld in de CBS stedelijkheid categorieën³². Hierbij is onderscheid gemaakt tussen ‘zeer stedelijk’, ‘sterk stedelijk’, ‘matig stedelijk’, ‘weinig stedelijk’ en ‘niet stedelijk’. Deze analyse is niet uitgevoerd voor instellingen omdat de meeste instellingen meerdere locaties hebben met verschillende mate van stedelijkheid.

In figuur 6.1 wordt de gemiddelde productiviteit van vrijgevestigde aanbieders, gewogen naar FTE, naar mate van stedelijkheid weergegeven. Hieruit valt op te maken dat de productiviteit het laagst is voor de vrijgevestigde aanbieders in de stedelijke regio’s en matig stedelijke regio’s ten op zichte van de weinig en niet stedelijke regio’s. De verschillen zijn echter beperkt in omvang. Mogelijk wijkt de patiëntenpopulatie in stedelijke regio’s af waardoor daar een minder hoge productiviteit behaald kan worden.

³² Het CBS brengt de mate van stedelijkheid in 2015 in kaart op basis van de concentratie van menselijke activiteiten gebaseerd op gemiddelde omgevings-adressendichtheid (oad). Deze oad wordt op de volgende manier berekend; het aantal adressen binnen een cirkel met een straal van één kilometer rondom een adres, gedeeld door de oppervlakte van de cirkel. Hierbij worden de volgende categorieën gespecificeerd; zeer sterk stedelijk: gemiddelde oad van 2500 of meer adressen per km²; sterk stedelijk: gemiddelde oad van 1500 tot 2500 adressen per km²; matig stedelijk: gemiddelde oad van 1000 tot 1500 adressen per km²; weinig stedelijk: gemiddelde oad van 500 tot 1000 adressen per km²; niet stedelijk: gemiddelde oad van minder dan 500 adressen per km².

Figuur 6.1 Productiviteit, gewogen naar FTE, naar mate van stedelijkheid, excl. outliers



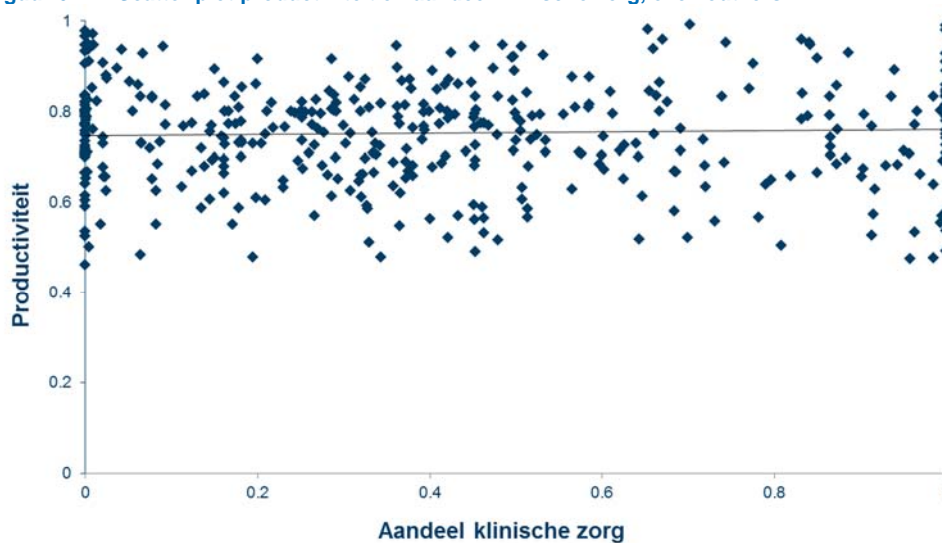
Regressie analyse N=159, coëfficiënt voor stedelijkheid is 0,0100 (p=0,148)

Eenzelfde analyse is niet uitgevoerd voor instellingen omdat deze vestigingen hebben op verschillende locaties waardoor er niet één waarde voor de mate van stedelijkheid van een instelling bepaald kan worden.

6.2 Verhouding ambulante en klinische zorg

Een mogelijke verklaring voor verschillen in productiviteit tussen behandelaren werkzaam in instellingen is de verhouding ambulante zorg (zorg zonder verblijf) en klinische zorg (zorg met verblijf). Figuur 6.2 laat een scatterplot³³ zien van de productiviteit en het aandeel klinische zorg (op basis van DIS data - N=434 bij deze analyse).

Figuur 6.2 Scatter plot productiviteit en aandeel klinische zorg, excl. outliers



N=434, coëfficiënt voor aandeel klinisch is 0,022 (p=0,197)

³³ In de scatter plots die gepresenteerd worden in dit hoofdstuk is iedere stip een observatie, dat wil zeggen, iedere stip is één beroep binnen één zorgaanbieder.

De figuur en de resultaten van de regressie analyse tonen een licht positief verband, maar dit is niet statistisch significant. Dezelfde analyse is per type instelling (ggz, fz, geïntegreerd) uitgevoerd en ook daarbij zijn positieve, maar statistisch niet significant relaties gevonden. Er kan dan ook geen waarde worden ontleend aan de positieve relatie.

Een beperking van de analyse is dat gekeken is naar de impact van het *aandeel* klinische zorg op de productiviteit van behandelaren in instellingen. In de praktijk kunnen klinische en ambulante activiteiten door elkaar heen lopen (op het niveau van een behandelaar – bijvoorbeeld op maandag klinische zorg en op dinsdag ambulante zorg) en ook beïnvloed worden door andere kenmerken van de instelling (bijvoorbeeld verstedelijking). Als het wenselijk is om productiviteitsverschillen tussen klinische en ambulante zorg in beeld te brengen dan adviseren wij om hier een separaat onderzoek aan te wijden. Dit vereist naar verwachting een ander type onderzoek waarbij meer de diepte wordt ingegaan wat betreft de organisatie van klinische en ambulante zorg en de typische karakteristieken van die zorg.

6.3 Zorgvraagzwaarte

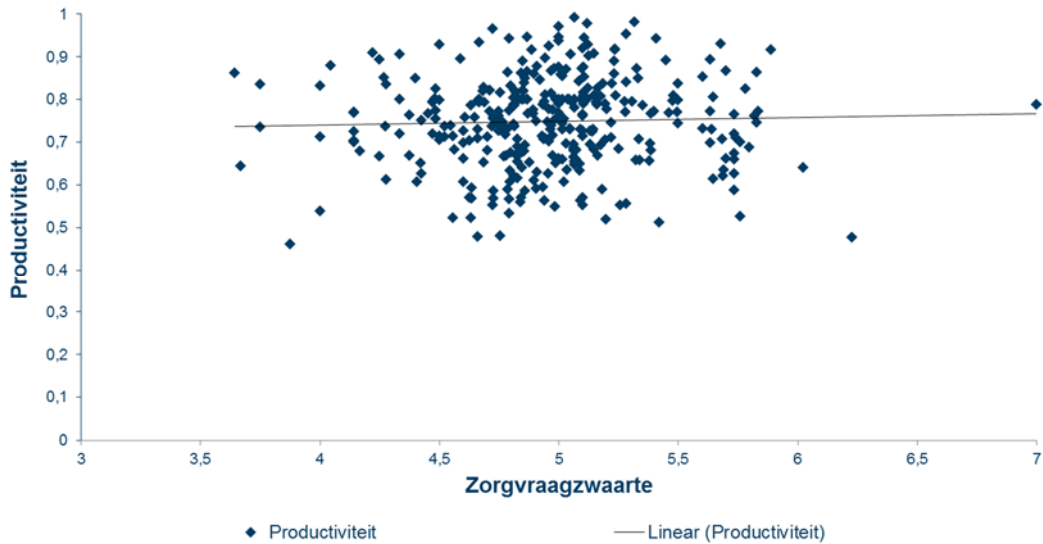
Verschillen in productiviteit kunnen mogelijk ook verklaard worden door verschillen in casemix. Een proxy voor casemix die gebruikt is in de analyse is de zorgvraagzwaarte-indicator (op basis van DIS data).

De zorgvraagzwaarte-indicator legt een relatie tussen een aantal ziektekenmerken en de benodigde behandelinzet (in behandelijd en opnamedagen). Het zorgvraagzwaarte model is ontwikkeld op basis van de Zvw en kan niet worden toegepast op zorg buiten de Zvw. De zorgvraagzwaartekennmerken worden voor g-ggz vastgelegd in de dbc-registratie. Hierbij wordt vastgelegd wat de aard van de stoornis is en wat eventueel complicerende factoren zijn.

Een lage waarde van de zorgvraagzwaarte-indicator correspondeert met een lichtere zorgzwaarte, een hogere waarde met een hogere zorgzwaarte. Op basis van de zorgvraagzwaarte kunnen groepen patiënten getypeerd worden en dit geeft mogelijk een indicatie voor een verandering in de behandelinzet.

Figuur 6.3 laat een scatterplot zien van de zorgvraagzwaarte (op basis van DIS data) en de productiviteit. Hier is een positieve, statistisch significante relatie te zien. Dit betekent dat de productiviteit toeneemt met de zorgvraagzwaarte. De verwachting was vooraf dat er een negatief verband zou zijn aangezien een hogere zorgvraagzwaarte waarschijnlijk meer niet-declarabele activiteiten van de behandelaar vraagt. Het gevonden positieve verband is mogelijk te verklaren doordat bij een hogere zorgvraagzwaarte er gemiddeld meer patiënt contacturen zijn en daarmee de verhouding declarabele/ niet-declarabele tijd hoger is. Zo is het behandeltraject voor mensen met EPA over het algemeen relatief intensief. Daarnaast is het belangrijk om te op te merken dat er weinig spreiding is in de zorgvraagzwaarte-indicator, de indicator alleen beschikbaar is voor de g-ggz, en dat de variabele gebaseerd is op verschillen in kosten en niet tijdsbesteding.

Figuur 6.3 Scatter plot zorgvraagwaarde en productiviteit, excl. outliers



N=344, coëfficiënt voor zorgvraagwaarde is 0,049 (p=0,000).

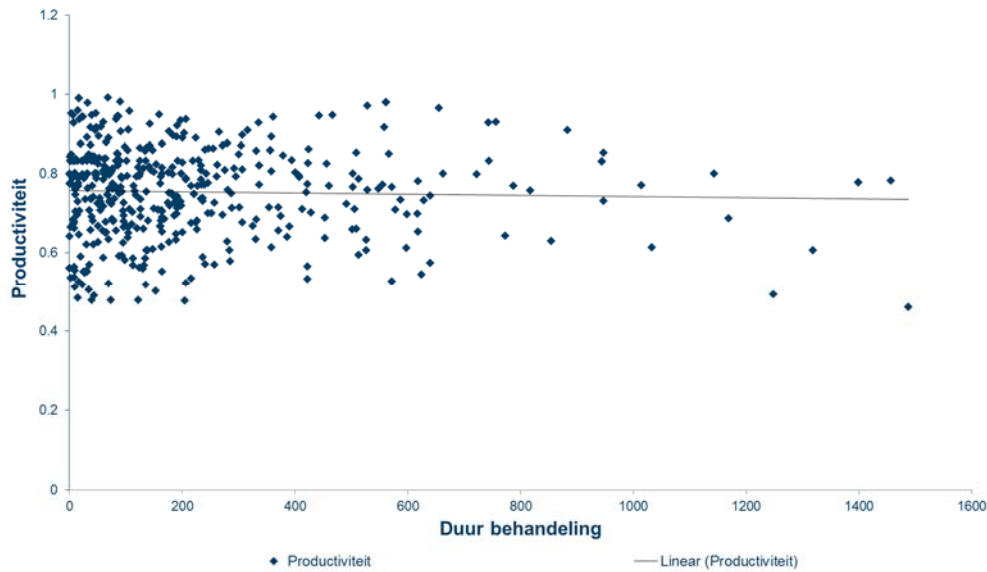
Een zelfde analyse is uitgevoerd op het niveau van de beroepsgroepen. Voor de medische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepen is er een significante relatie gevonden. Voor de twee laatstgenoemde beroepsgroepen is de relatie positief, net als bij het totaal, maar bij de medische beroepen is er een negatieve relatie, zoals initieel ook verwacht werd. Dit wekt de indruk dat het effect van zorgvraagwaarde op productiviteit afhankelijk is van de specifieke zorg die geleverd wordt door de verschillende beroepsgroepen.

Wij raden aan om nadere studie uit te voeren naar de mogelijke relatie tussen zorgvraagwaarde en productiviteit om het gevonden verband beter te kunnen interpreteren.

6.4 Duur van de behandeling per patiënt

Tijdens de KBG overleggen is benoemd dat de duur van de behandeling per patiënt ook een mogelijke verklaring is voor de geobserveerde verschillen in productiviteit (N=449). Figuur 6.4 laat een scatter plot zien van de duur van de behandeling per patiënt en de productiviteit. Hier is een zeer licht negatief, niet statistisch significant, verband te zien. Een analyse per beroepsgroep laat zien dat er alleen voor de vaktherapeutische beroepen een significant verband is. Dit is echter slechts een zwak verband.

Figuur 6.4 Scatter plot duur van de behandeling per patiënt en productiviteit, excl. outliers



N=449, coëfficiënt voor duur van de behandeling per patiënt is -0,00002 (p=0,131).

In overleg met de KBG is besloten ook te bekijken of de combinatie van de duur van de behandeling en de zorgvraagwaarde-indicator de geobserveerde verschillen in productiviteit kunnen verklaren. Dit blijkt niet het geval te zijn³⁴.

6.5 Andere financieringsstromen

Een laatste mogelijke verklaring die onderzocht is betreft het al dan niet leveren van zorg onder andere financieringsstromen. Onder 'zorg onder andere financieringsstromen' verstaan we zorg die niet gefinancierd wordt vanuit de Zvw dan wel dbbc's, maar vanuit een van de onderstaande stromen in de kolom 'buiten onderzoek'.

Binnen onderzoek	Buiten onderzoek (andere financieringsstromen)
Generalistische basis-ggz (Zvw) inclusief eigen betalingen verzekerde Zvw-zorg	Jeugdwet (Jw)
Gespecialiseerde ggz (Zvw) inclusief eigen betalingen verzekerde Zvw-zorg	Wet langdurige zorg (Wlz)
Forensische Zorg (dbbc's)	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
	Overige producten (OVP/OZP) voor zover niet onder de Zvw
	Eigen betalingen niet verzekerde zorg
	Asielzoekers, militairen, gemoedsbezwaarden

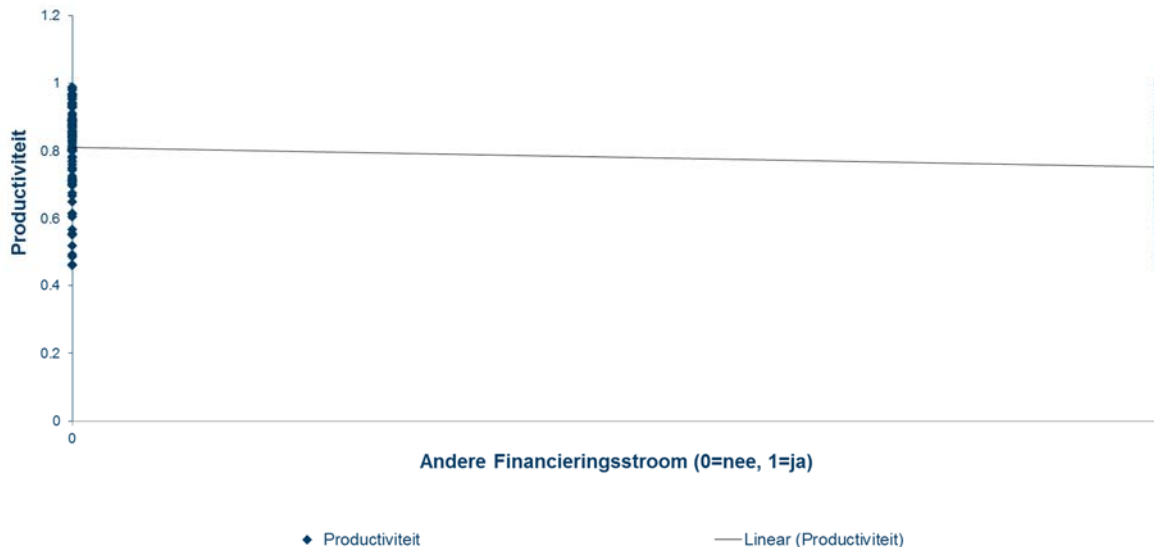
Indien de aanbieder in 2015 ook onder andere financieringsstromen zorg heeft geleverd is er gevraagd hoeveel procent van de patiëntgebonden tijd de instelling in dat kalenderjaar besteedde aan Zvw-gerelateerde zorg en aan fz (gefinancierd uit dbbc's).

In figuur 6.5 wordt de scatter plot van de 'andere financieringsstromen' en productiviteit weergegeven. Hieruit blijkt dat aanbieders met 'andere financieringsstromen' een lagere

³⁴ De coëfficiënt voor de duur van de behandeling, dan wel de natuurlijke logaritme (ln) hiervan, is in geen enkele analyse significant en het toevoegen van deze variabele heeft ook geen tot nauwelijks effect op de coëfficiënt voor zorgvraagwaarde-indicator. Tevens is er een analyse uitgevoerd met een interactieterm, maar ook deze was niet significant.

productiviteit hebben en dat dit verschil significant is. Dit komt mogelijk doordat de instellingen/praktijken complexer zijn en het spectrum aan behandelingen voor patiënten breder. Het kan echter ook een bevestiging zijn van de verwachting dat het voor aanbieders met andere financieringsstromen lastiger was om het aanleversjabloon in te vullen.³⁵

Figuur 6.5 Scatter plot andere financieringsstromen en productiviteit, excl. outliers



N=601, coëfficiënt voor andere financieringsstromen is -0,084 (p=0,001).

Dezelfde analyse is uitgevoerd op het niveau van de beroepsgroep en daarbij is alleen voor de psychologische beroepen een statistisch significant verband gevonden. Dit verband is, net als voor het totaal, negatief.

6.6 Conclusies

Als verklaringen voor verschillen in productiviteit zijn de volgende onderwerpen geanalyseerd:

- opleidende instellingen (*instellingen* – resultaten gepresenteerd in paragraaf 5.5);
- locatie (mate van stedelijkheid) (*vrijgevestigde aanbieders*);
- verhouding ambulante en klinische zorg (*instellingen*);
- zorgvraagwaarte (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*);
- aandeel crisis (*instellingen*);
- duur van de behandeling per patiënt (evenals de combinatie met zorgvraagwaarte) (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*);
- andere financieringsstromen (*instellingen en vrijgevestigde aanbieders*).

Kort samengevat zijn de resultaten als volgt:

- Productiviteit lijkt licht toe te nemen met de zorgvraagwaarte. Bij deze analyse is het belangrijk om op te merken dat er weinig spreiding is in de zorgvraagwaarte-indicator, en dat de indicator alleen beschikbaar is voor de g-ggz. Daarnaast is de indicator gebaseerd op verschillen in kosten en niet op tijdsbesteding. Wij raden aan om nadere studie uit te voeren naar de

³⁵ Voor deze instellingen was het lastig om in te schatten wat de exacte hoeveelheid tijd is geweest die behandelaars hebben besteed aan voornamelijk niet-declarabele tijd onder 'andere financieringsstromen'.

mogelijke relatie tussen zorgvraagzwaarte en productiviteit om het gevonden verband beter te kunnen interpreteren.

- Er bestaat geen statistisch significant verband tussen de duur van de behandeling per patiënt en de productiviteit.
- We hebben tevens de twee voorgaande elementen gezamenlijk onderzocht. Tezamen worden deze door de klankbordgroep beschouwd als een mogelijke proxy voor de case-mix. Onze analyses hebben echter geen significante verbanden aangetoond tussen de duur van de behandeling, zorgvraagzwaarte en productiviteit.
- Aanbieders met 'andere financieringsstromen' hebben een lagere productiviteit dan aanbieders die alleen Zvw-zorg en/of fz (gefinancierd uit dbbc's) leveren. Dit komt mogelijk doordat de instellingen complexer zijn en het spectrum aan behandelingen voor patiënten breder is. Een kanttekening is dat het voor instellingen met andere financieringsstromen lastiger is geweest om het aanleversjabloon in te vullen omdat het onderzoek immers alleen betrekking had op Zvw-zorg naast fz.

Specifiek voor instellingen

- Opleidende instellingen hebben een lagere gemiddelde productiviteit per FTE dan niet-opleidende instellingen. Dit komt naar verwachting omdat opleidende instellingen relatief minder tijd aan patiënten kunnen besteden. Dit verschil is het grootst voor geïntegreerde instellingen en het laagst voor ggz-instellingen. Op beroepsniveau verschilt de productiviteit tussen opleiders en niet-opleiders niet meer dan 5 procentpunt. Het verschil in productiviteit is groter tussen opleidelingen en niet-opleidelingen dan tussen opleiders en niet-opleiders.
- Voor behandelaren in instellingen lijkt het aandeel klinische zorg geen verklarende factor te zijn voor verschillen in productiviteit. Als het wenselijk is om productiviteitsverschillen tussen klinische en ambulante zorg in beeld te brengen dan adviseren wij om hier een separaat onderzoek aan te wijden.

Specifiek voor vrijgevestigde praktijken

De locatie van een vrijgevestigde praktijk lijkt een beperkte invloed te hebben op de productiviteit. De productiviteit is het laagst is voor de vrijgevestigde aanbieders in de stedelijke regio's ten op zichte van de weinig en niet stedelijke regio's. Mogelijk wijkt de patiëntenpopulatie in stedelijke regio's af waardoor daar een minder hoge productiviteit behaald kan worden. De verschillen zijn echter beperkt in omvang.

Bijlage I – Genodigden en aanwezigen klankbordgroep

Aanmeldingen Klankbordgroepen	18-7-2016	27-10-2016	24-11-2016	1-12-2016	22-2-2017	28-3-17
Organisatie	Materiële kosten & productiviteit	Productiviteit	Productiviteit	Materiële kosten	Vervolgonderzoek	Vervolgonderzoek
Ecorys	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
NZa	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Nederland		Ja			Ja	Ja
NVvP		Ja	Ja			
LVVP	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Menzis				Ja	Ja	Ja
NIP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
NFU						
NVZ						
LUMC						
DForZo/DJI	Ja					
DJI	Ja	Ja	Ja			Ja
VenJ	Ja					
Trajectum	Ja		Ja			
VGN						
ZN		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
VGZ		Ja		Ja		
NVO						
NVGZP						
V&VN						
Ineen						
Platformmeerggz						
Arkin						Ja
FPC Dr. S. Van Mesdag						Ja
Parnassia						Ja

Bijlage II – Capita selecta

Nadere detaillering respons

FTE per beroepsgroep

In dit onderzoek wordt de productiviteit binnen de curatieve ggz en fz onderzocht. Niet ieder beroep is evenveel vertegenwoordigd binnen de geanalyseerde data. Hiervoor is gecorrigeerd op basis van het aantal FTE's waarvoor gegevens zijn aangeleverd. Een FTE is gedefinieerd als een 36 uur durende werkweek en een 1878 uur telend werkjaar, conform de waarden uit de ggz cao.³⁶ Tabel II.1 laat voor alle type instellingen zien voor hoeveel FTE er data is aangeleverd, inclusief de FTE's voor opleiders en opleidingen in het kader van MVO met beschikbaarheidsbijdrage, en geïdentificeerde outliers.

Tabel II.1 Aantal FTE per type instelling

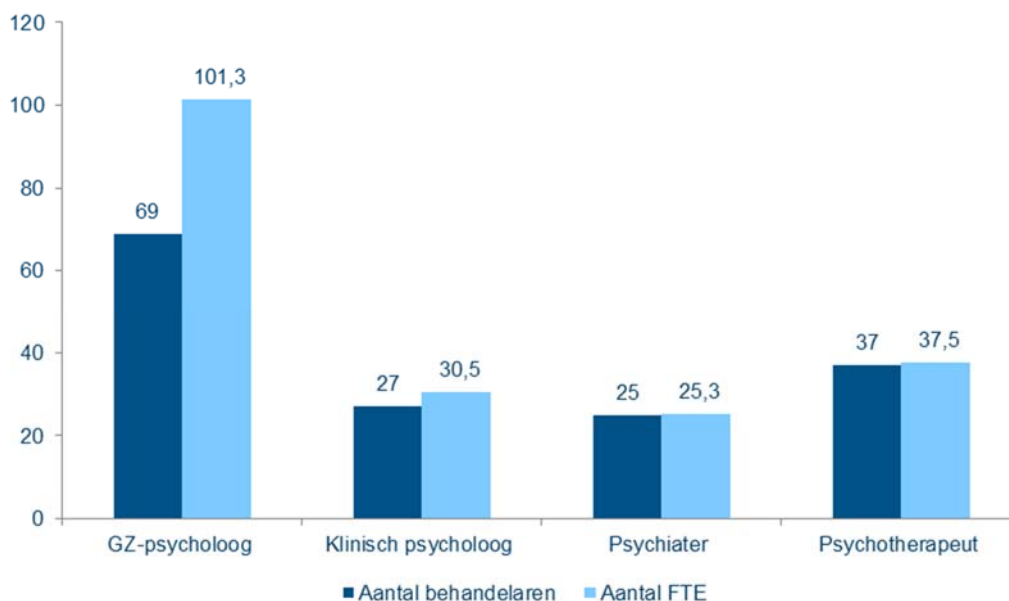
	ggz	fz	Geïnt	Alle Instel.	VG
Meegenomen in analyse	1.234	305	10.227	11.766	195
MVO met beschikbaarheidsbijdrage	78	45	640	763	0
Outliers	104	23	1.381	1.508	3
Totaal in responsgroep	1.416	373	12.248	14.037	198

Noot: 'Geïnt' omvat de geïntegreerde instellingen, 'Alle Instel.' omvat alle instellingen en 'VG' omvat de vrijevestigde aanbieders.

Vrijevestigde aanbieders

In figuur II.1 zien we dat bij de vrijevestigde aanbieders het grootste aantal FTE binnen de GZ-psychologen beroepsgroep. Er is hier een duidelijk verschil tussen het aantal behandelaren en het aantal FTE. Dit duidt erop dat de GZ-psychologen uit deze groep vaker meer dan 1878 uur per jaar werken in vergelijking met de andere drie beroepen.

Figuur II.1 Aantal FTE en aantal vrijevestigde behandelaren per beroep



³⁶ <http://www.ggz nederland.nl/cao/hoofdstuk-6-arbeidsduur-en-werktijden>

Aantal patiënten

In deze sectie wordt ingegaan op het aantal patiënten wat behandeld is per instelling en door de vrijgevestigde aanbieders. Aanbieders zijn gevraagd aan te geven hoeveel Zvw- (zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerde verzekerde Zvw-zorg, inclusief zelfbetalers) en fz-patiënten er zijn behandeld in kalenderjaar 2015.

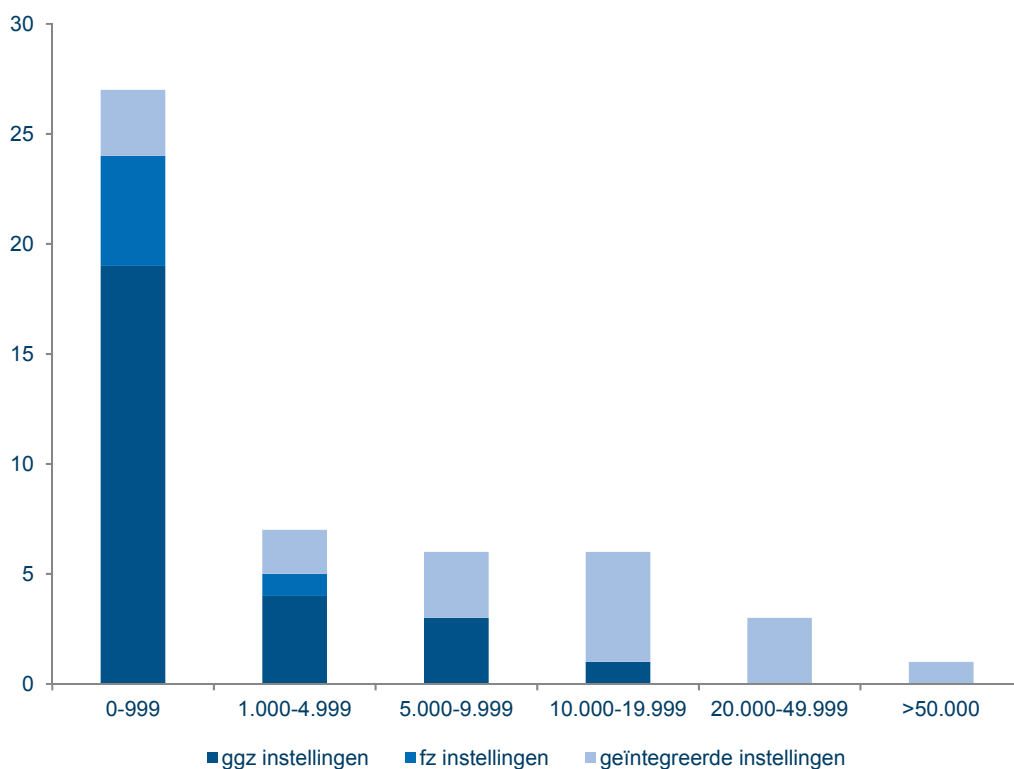
Instellingen

Ggz-patiënten

Figuur II.2 laat zien dat het merendeel van de instellingen tussen de nul³⁷ en 999 ggz-patiënten behandelde in 2015 en dat het aantal patiënten over het algemeen groter is binnen geïntegreerde instellingen dan binnen ggz- of fz- instellingen.

De instelling die in de hoogste categorie zit heeft in het jaar 2015 ruim 103.000 patiënten behandeld, waarmee het veruit de grootste instelling is die in dit onderzoek is meegenomen.

Figuur II.2 Totaal aantal ggz patiënten binnen de ggz-, fz- en geïntegreerde instellingen

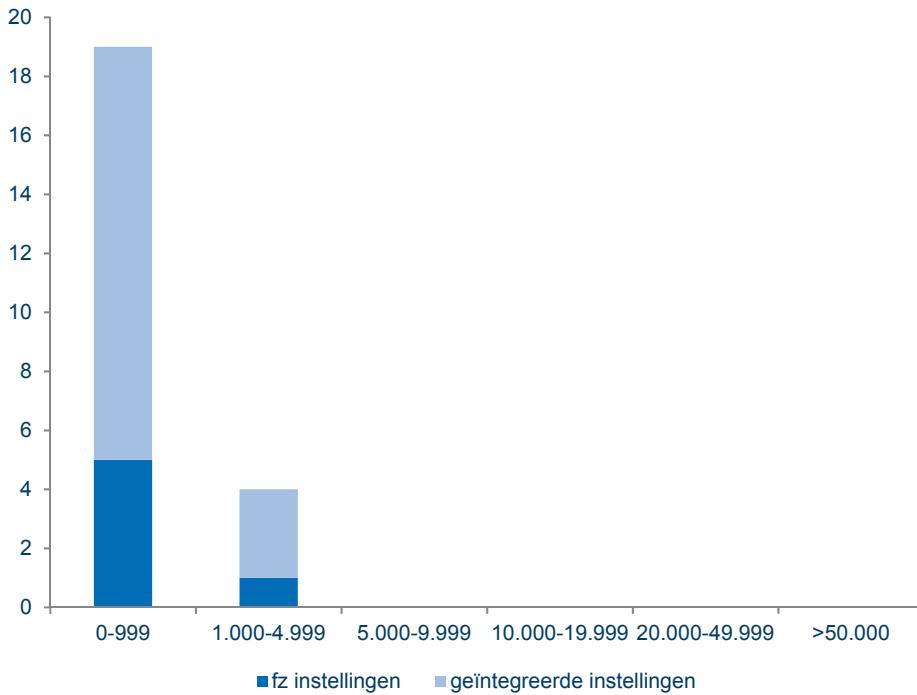


Fz-patiënten

Figuur II.3 laat zien dat het aantal fz patiënten in het overgrote deel van de instellingen tussen de 0 en 999 ligt – slecht 4 instellingen hebben meer patiënten.

³⁷ Er zijn drie instellingen die geen patiëntaantallen hebben doorgegeven, deze zijn meegenomen in de aantallen tussen 0 en 999.

Figuur II.3 Totaal aantal fz patiënten binnen de fz en geïntegreerde instellingen



Vrijgevestigde aanbieders

Het aantal patiënten dat vrijgevestigde aanbieders behandelen verschilt aanzienlijk per praktijk. Hierbij moet er in tabel II.2 worden opgelet dat de stapgrootte van de categorieën varieert. Opvallend is dat een aantal praktijken hoge aantallen patiënten behandelt; hierbij gaat het om praktijken met meerdere (type) behandelaren.

Deze tabel laat zien dat hoewel er in de steekproefpopulatie geschoond is voor praktijken met minder dan 20 en meer dan 600 patiënten dat deze wel in de response groep zitten. Dit komt doordat de schoning gedaan is op basis van Vektis data over 2014.

Tabel II.2 Totaal aantal patiënten

Aantal patiënten	Aantal praktijken	% Cumulatief
<20	2 ³⁸	1,4%
20-39	13	10,6%
40-59	27	29,6%
60-79	17	41,6%
80-99	22	57,0%
100-119	10	64,1%
120-139	9	70,4%
140-159	10	77,5%
160-179	8	83,1%
180-199	3	85,2%
200-249	5	88,7%
250-299	1	89,4%

³⁸ Een van de twee praktijken met minder dan 20 patiënten geeft aan dat hun systeem niet kan aangeven hoeveel verschillende patiënten zich bij deze praktijk laten behandelen. De andere praktijk met minder dan 20 patiënten bestaat uit twee GZ-psychologen die elk 9 patiënten behandelen, hier werken beide psychologen 16 uur per week (bron: data-uitvraag).

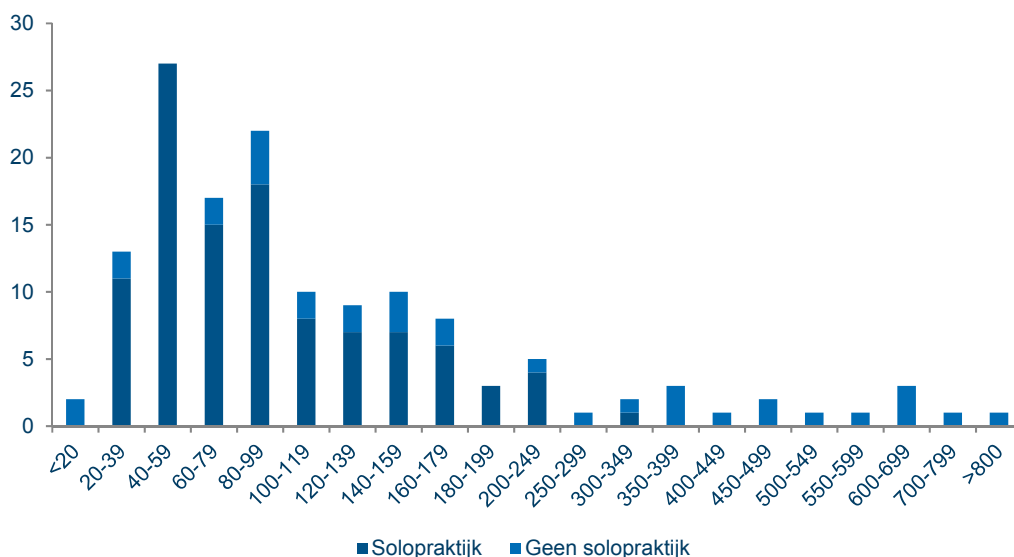
Aantal patiënten	Aantal praktijken	% Cumulatief
300-349	2	90,9%
350-399	3	93,0%
400-449	1	93,7%
450-499	2	95,1%
500-549	1	95,8%
550-599	1	96,5%
600-699	3	98,6%
700-799	1	99,3%
>800	1	100,0%

Bron: data-uitvraag

Per praktijktype

Wanneer tabel II.2 wordt uitgesplitst over de verschillende praktijktypen – zoals weergegeven in Figuur II.4 - is zichtbaar dat solopraktijken over het algemeen een kleiner aantal patiënten hebben dan praktijken met meerdere behandelaren (waar onder andere de duopraktijk en groepspraktijk onder vallen).

Figuur II.4 Aantal patiënten voor solopraktijken en ander soortige praktijken



Opleiders en opleidingen

Binnen de respons gegevens van de 50 instellingen is onder andere het onderscheid gemaakt voor het wel of niet ontvangen van een beschikbaarheidsbijdrage voor MVO. In deze sectie wordt in kaart gebracht voor instellingen of zij opleidingen en opleiders in dienst hebben. Indien een instelling in 2015 een opleidende instelling was is gevraagd naar de tijdsbesteding van de opleiders en opleidingen. Voor vrijgevestigden is dit onderscheid niet gemaakt omdat er een minimaal aantal waarnemingen voor MVO zijn binnen de vrijgevestigde aanbieders.³⁹

Opleidingen die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage MVO zijn:

- gezondheidszorg (GZ) psycholoog,
- klinisch psycholoog,
- psychotherapeut,
- verpleegkundig specialist ggz,

³⁹ Slechts 4 vrijgevestigde praktijken met in totaal 4.5 FTE opleiders en 7 FTE opleidingen.

- arts voor verstandelijk gehandicapten,
- psychiater,
- klinisch neuropsycholoog, en
- klinisch geriater.

Opleiders

In tabel II.3 wordt het aantal FTE voor opleiders per beroepsgroep voor zowel de ggz-, fz- als geïntegreerde instellingen weergegeven.

Tabel II.3 Aantal FTE per opleider per beroep

Beroep	ggz	fz	geïntegreerd
GZ-psycholoog	11,7	2,6	12,6
Klinisch geriater	-	-	2,8
Klinisch psycholoog	8,4	2,0	19,6
Psychiater	2,1	0,7	29,6
Psychotherapeut	3,6	1,9	3,8
Verpleegkundig specialist ggz	-	-	4,6
Totaal	25,9	7,3	73,1

Opleidingen

In tabel II.4 wordt het aantal FTE voor opleidingen per beroepsgroep voor zowel de ggz, fz als geïntegreerde instellingen weergegeven.

Tabel II.4 Aantal FTE per opleiding per beroep

	ggz	fz	geïntegreerd
Arts (waaronder Agio/Agnio)	2,1	1,8	205,4
GZ-psycholoog	14,8	20,8	129,4
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	0,9	3,8
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	31,7	14,5	194,7
Psychotherapeut	3,6	-	3,9
Verpleegkundig specialist ggz	-	-	12,1
Verpleegkundige (art.3)	-	-	14,3
Totaal	52,2	38,1	563,5

Noot: opleidingsberoepen met minder dan 1 FTE zijn niet gerapporteerd.

Nadere detaillering productiviteitscijfers

Tabel II.5 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') instellingen en vrijgevestigde

	Obs.	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV- waarde
Instellingen								
Alle instellingen	584	11.766,0	1.097	75,9%	0,099	0,449	1,000	0,13
ggz instellingen	197	1.233,9	1.144	74,9%	0,112	0,459	0,992	0,15
fz instellingen	60	305,0	1.142	76,5%	0,118	0,493	0,991	0,16
Geïntegreerde instellingen	327	10.227,1	1.090	76,0%	0,097	0,449	1,000	0,13
Vrijgevestigde aanbieders								
Vrijgevestigde aanbieders	159	195,0	1.189	78,4%	0,116	0,461	0,978	0,15

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een ingevuld beroep per type aanbieder.

Productiviteit per beroep(-sgroep), per type aanbieder

Tabel II.6 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') per beroep – vrijgevestigde aanbieders

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV- waarde
GZ-psycholoog	69	101,3	1.202	78,2%	0,128	0,500	0,965	0,16
Klinisch psycholoog	27	30,5	1.157	78,7%	0,103	0,561	0,934	0,13
Psychiater	25	25,3	1.219	79,3%	0,098	0,545	0,964	0,12
Psychotherapeut	37	37,5	1.156	78,1%	0,110	0,461	0,978	0,14
Verpleegkundig specialist ggz	1	0,4	1.378	82,8%	-	0,828	0,828	-
Totaal	159	195,0	1.189	78,4%	0,116	0,461	0,978	0,15

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een ingevuld beroep per type aanbieder. Decl. uren is aantal declarabele uren per jaar

Tabel II.7 Productiviteit per beroepsgroep – alle instellingen

Beroepsgroep	Obs.	FTE	Prod.	SD	Min	Max	CV- waarde
Agogisch	85	1441,4	77,5%	0,107	0,451	0,962	0,14
Medisch	88	1382,2	76,2%	0,084	0,462	0,986	0,11
Psychologisch	160	3013,2	71,8%	0,100	0,459	1,000	0,14
Psychotherapeutisch	32	321,0	73,7%	0,085	0,487	0,969	0,11
Somatisch	51	101,5	75,3%	0,118	0,520	1,000	0,16
Vaktherapeutisch	80	658,2	80,0%	0,101	0,477	1,000	0,13
Verpleegkundig	88	4848,3	77,6%	0,093	0,449	1,000	0,12
Overig	1	1,0	90,1%	-	0,901	0,901	-

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een ingevuld beroep per type aanbieder.

Tabel II.8 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') per beroep – Instellingen totaal

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren per jaar	Prod.	SD	Min	Max	CV	%direct
AG Agogische beroepen									
Agoog K&J psychiatrie	5	13,6	1.027	65,5%	0,13	0,55	0,80	0,20	47,6%
Ervaringsdeskundige MBO 4	1	1	1.509	90,1%	-	0,90	0,90	-	46,2%
GGZ-agoog	12	69,7	1.089	74,4%	0,11	0,51	0,89	0,14	59,2%
Maatschappelijk werkende	33	749,3	1.151	78,2%	0,10	0,46	0,95	0,13	51,3%
Overig Agogische SF	13	223,2	1.072	72,7%	0,14	0,45	0,96	0,20	64,4%
Sociaal pedagogisch hulpverlener	21	384,6	1.125	79,8%	0,08	0,59	0,95	0,11	56,3%
MB Medische beroepen									
Arts (waaronder Agio/Agnio)	26	369,8	1.217	77,3%	0,08	0,51	0,96	0,10	45,6%
Arts verslavingszorg	10	72,4	1.130	77,0%	0,06	0,65	0,95	0,08	51,5%
Overig Medisch SF	5	23,4	1.210	82,8%	0,13	0,55	0,93	0,16	38,5%
Psychiater	38	887,8	1.138	75,4%	0,09	0,46	0,99	0,11	47,6%
Sociaal Geriater	4	7,8	1.027	75,9%	0,16	0,53	0,92	0,20	37,1%
Specialist Ouderengeneeskunde	5	21,2	1.143	80,4%	0,15	0,52	0,88	0,19	35,5%
OV. Somatische beroepen									
Arts Maatschappij en gezondheid	1	1,1	1.301	83,3%	-	0,83	0,83	-	47,4%
Diëtist	10	20,1	1.162	70,4%	0,12	0,54	0,94	0,17	59,1%
Ergotherapeut	8	35,7	1.241	78,5%	0,11	0,64	1,00	0,14	59,5%
Fysiotherapeut	12	27	1.274	77,2%	0,10	0,58	0,99	0,12	75,0%
Huisarts	10	12	983	65,0%	0,10	0,56	0,89	0,15	47,0%
Kinderarts	1	0,3	1.211	68,3%	-	0,68	0,68	-	55,6%
Klinisch Geriater	3	1,7	572	94,9%	0,11	0,77	1,00	0,12	26,1%
Logopedist	4	2,7	1.184	78,6%	0,16	0,52	0,90	0,20	58,6%
Neuroloog	1	0,2	1.094	58,2%	-	0,58	0,58	-	47,0%
Orthopedagoog-generalist	1	0,8	1.502	87,3%	-	0,87	0,87	-	45,9%
PB Psychologische beroepen									

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren per jaar	Prod.	SD	Min	Max	CV	%direct
GGZ gezondheidskundige	1	15,7	823	45,9%	-	0,46	0,46	-	56,8%
GZ-psycholoog	40	1298,3	1.075	71,2%	0,08	0,49	0,97	0,12	53,6%
Gedragstherapeut	7	14,5	1.114	75,8%	0,06	0,69	0,93	0,09	61,5%
K&J-Therapeut	2	2,1	1.117	80,2%	0,01	0,80	0,83	0,01	40,3%
Klinisch neuropsycholoog	2	5,7	953	70,0%	0,07	0,68	0,80	0,10	42,9%
Klinisch Psycholoog	35	344,5	1.086	71,5%	0,12	0,56	1,00	0,17	55,4%
Overig Psychologisch SF	8	30,6	1.066	69,5%	0,11	0,57	0,94	0,16	49,7%
Pedagoog	21	139,9	1.070	71,7%	0,14	0,48	1,00	0,19	47,2%
Psycholoog	44	1161,5	1.121	72,7%	0,11	0,57	0,99	0,15	55,0%
PT Psychotherapeutische beroepen									
Psychotherapeut	32	321	1.106	73,7%	0,09	0,49	0,97	0,11	60,5%
VB Verpleegkundige beroepen									
Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige	1	1	1.350	84,1%	-	0,84	0,84	-	63,5%
Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige	1	10,7	822	62,6%	-	0,63	0,63	-	39,3%
Overig verpleegkundig SF	11	299	1.033	76,3%	0,08	0,59	0,87	0,11	57,6%
Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	31	1486,3	1.161	79,0%	0,08	0,53	1,00	0,11	53,7%
Verpleegkundig specialist ggz	20	266,2	1.074	72,9%	0,10	0,45	1,00	0,14	51,4%
Verpleegkundige	24	2785,2	1.010	77,4%	0,10	0,47	0,99	0,13	54,4%
VK Vaktherapeutische beroepen									
GGZ-vaktherapeut	7	49	1.189	81,8%	0,14	0,66	0,97	0,16	59,0%
GZ-vaktherapeut	7	59	1.146	82,8%	0,08	0,59	1,00	0,09	62,7%
Overig Vaktherapeutisch SF	10	198,9	1.176	84,0%	0,06	0,49	0,86	0,07	71,2%
Vaktherapeut creatief	30	165,3	1.145	74,9%	0,14	0,48	0,98	0,19	63,3%
Vaktherapeut psychomotorisch	26	186	1.189	79,1%	0,077	0,658	0,959	0,1	63,3%

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Tabel II.9 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') per beroep – fz-instellingen

Beroep	Obs	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
AG Agogische beroepen								
Agoog K&J psychiatrie	1	0,6	1.256	72,6%	-	0,726	0,726	-
GGZ-agoog	1	9,9	1.064	82,2%	-	0,822	0,822	-
Maatschappelijk werkende	5	47,7	1.187	78,8%	0,082	0,676	0,907	0,10
Overig Agogische SF	3	7,8	1.375	79,4%	0,184	0,613	0,962	0,23
Sociaal pedagogisch hulpverlener	3	25,8	1.165	74,7%	0,078	0,675	0,805	0,11
MB Medische beroepen								
Arts (waaronder Agio/Agnio)	2	4,7	1.278	77,2%	0,048	0,75	0,826	0,06
Psychiater	4	14,6	952	69,9%	0,160	0,494	0,859	0,23
OV. Somatische beroepen								
Fysiotherapeut	1	0,1	1.354	90,4%	-	0,904	0,904	-
Logopedist	1	1	1.483	89,6%	-	0,896	0,896	-
PB Psychologische beroepen								
GZ-psycholoog	6	90,3	1.077	74,0%	0,123	0,493	0,971	0,17
Klinisch Psycholoog	4	5,4	1.064	80,7%	0,183	0,561	0,960	0,23
Pedagoog	2	5,1	1.416	86,9%	0,073	0,845	0,979	0,08
Psycholoog	5	37,1	1.283	83,7%	0,133	0,654	0,980	0,16
Psychotherapeut	2	3,3	1.191	76,7%	0,001	0,750	0,767	0,00
VB Verpleegkundige beroepen								
Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	4	6,3	1.068	80,0%	0,103	0,710	0,910	0,13
Verpleegkundige	2	6,6	1.046	68,7%	0,336	0,501	0,991	0,49
Verpleegkundig specialist ggz	1	1,5	1.184	70,6%	-	0,706	0,706	-
VK Vaktherapeutische beroepen								
GZ-vaktherapeut	1	1,9	1.426	90,9%	-	0,909	0,909	-
Overig Vaktherapeutisch SF	1	2,3	1.213	76,0%	-	0,760	0,760	-
Vaktherapeut creatief	6	20,1	1.018	65,4%	0,112	0,574	0,911	0,17
Vaktherapeut psychomotorisch	5	13	1.164	81,0%	0,077	0,698	0,928	0,10

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Tabel II.10 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') per beroep – geïntegreerde instellingen

Beroep	Obs	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
AG Agogische beroepen								
Agoog K&J psychiatrie	3	9,3	956	59,2%	0,106	0,551	0,789	0,18
Ervaringsdeskundige MBO 4	1	1,0	1.509	90,1%	-	0,901	0,901	-
GGZ-agoog	7	40,2	979	66,9%	0,069	0,512	0,833	0,1
Maatschappelijk werkende	16	661,7	1.149	78,5%	0,105	0,555	0,944	0,13
Overig Agogische SF	9	214,7	1.052	72,4%	0,144	0,451	0,841	0,2
Sociaal pedagogisch hulpverlener	13	313,8	1.113	81,1%	0,082	0,64	0,949	0,1
MB Medische beroepen								
Arts (waaronder Agio/Agnio)	15	339,7	1.217	77,1%	0,076	0,505	0,959	0,1

Beroep	Obs	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
Arts verslavingszorg	8	70,4	1.134	76,9%	0,062	0,651	0,953	0,08
Overig Medisch SF	3	12,1	1.193	82,3%	0,191	0,552	0,929	0,23
Psychiater	16	781,0	1.140	75,1%	0,087	0,659	0,897	0,12
Sociaal Geriater	4	7,8	1.027	75,9%	0,156	0,529	0,917	0,21
Specialist Ouderengeneeskunde	4	20,1	1.141	81,2%	0,158	0,519	0,88	0,2
OV. Somatische beroepen								
Arts Maatschappij en gezondheid	1	1,1	1.301	83,3%	-	0,833	0,833	-
Diëtist	8	15,7	1.099	67,0%	0,116	0,538	0,943	0,17
Ergotherapeut	7	35,3	1.239	78,4%	0,113	0,64	1	0,14
Fysiotherapeut	8	22,1	1.236	75,1%	0,079	0,583	0,833	0,11
Huisarts	8	11,1	977	64,2%	0,095	0,555	0,892	0,15
Klinisch Geriater	3	1,7	572	94,9%	0,114	0,769	1	0,12
Logopedist	3	1,7	1.167	72,4%	0,162	0,52	0,824	0,22
Neuroloog	1	0,2	1.094	58,2%	-	0,582	0,582	-
Orthopedagoog-generalist	1	0,8	1.502	87,3%	-	0,873	0,873	-
PB Psychologische beroepen								
GZ-psycholoog	16	1.036,8	1.070	71,1%	0,067	0,606	0,929	0,06
Gedragstherapeut	6	14,4	1.111	75,7%	0,064	0,685	0,895	0,08
Klinisch Neuropsycholoog	1	4,6	960	67,7%	-	0,677	0,677	-
Klinisch Psycholoog	17	295,6	1.084	71,7%	0,123	0,575	1	0,17
Overig Psychologisch SF	6	20,5	1.136	75,1%	0,092	0,586	0,943	0,12
Pedagoog	12	106,1	1.049	69,2%	0,136	0,552	1	0,2
Psycholoog	15	803,2	1.090	70,6%	0,096	0,606	0,947	0,14
PT Psychotherapeutische beroepen								
Psychotherapeut	16	259,6	1.101	73,5%	0,087	0,593	0,937	0,12
VB Verpleegkundige beroepen								
Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige	1	1,0	1.350	84,1%	-	0,841	0,841	-
Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige	1	10,7	822	62,6%	-	0,626	0,626	-
Overig verpleegkundig SF	9	272,0	1.024	75,9%	0,087	0,59	0,871	0,12
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	16	1.366,8	1.160	79,2%	0,087	0,526	1	0,11
Verpleegkundige	14	2.691,2	1.009	77,7%	0,098	0,477	0,948	0,13
Verpleegkundig specialist ggz	15	254,5	1.070	72,4%	0,096	0,449	1	0,13
VK Vaktherapeutische beroepen								
GGZ-vaktherapeut	6	48,3	1.193	82,0%	0,136	0,662	0,97	0,17
GZ-vaktherapeut	4	27,8	1.280	84,5%	0,107	0,593	1	0,13
Overig Vaktherapeutisch SF	6	195,1	1.182	84,2%	0,052	0,549	0,859	0,06
Vaktherapeut creatief	13	108,6	1.151	76,5%	0,125	0,559	0,982	0,16
Vaktherapeut psychomotorisch	14	148,4	1.188	77,4%	0,073	0,658	0,959	0,1

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Tabel II.11 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') per beroep – ggz instellingen

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
AG Agogische beroepen								
Agoog K&J psychiatrie	1	3,8	1.146	80,0%	-	0,800	0,800	-
GGZ-agoog	4	19,6	1.292	85,7%	0,049	0,800	0,890	0,060
Maatschappelijk werkende	12	39,9	1.125	71,9%	0,122	0,464	0,953	0,170
Overig Agogische SF	1	0,6	1.202	80,0%	-	0,800	0,800	-
Sociaal pedagogisch hulpverlener	5	44,9	1.194	73,0%	0,079	0,585	0,881	0,110
MB Medische beroepen								
Arts (waaronder Agio/Agno)	9	25,4	1.202	79,9%	0,089	0,558	0,928	0,110
Arts verslavingszorg	2	2	982	82,4%	0,043	0,793	0,854	0,050
Overig Medisch SF	2	11,3	1.228	83,3%	0,083	0,633	0,850	0,100
Psychiater	18	91,9	1.150	78,6%	0,066	0,462	0,986	0,080
Specialist Ouderengeneeskunde	1	1,2	1.188	65,9%	-	0,659	0,659	-
OV. Somatische beroepen								
Diëtist	2	4,4	1.356	82,9%	0,026	0,800	0,841	0,030
Ergotherapeut	1	0,3	1.369	90,6%	-	0,906	0,906	-
Fysiotherapeut	3	4,8	1.398	86,7%	0,126	0,715	0,992	0,150
Huisarts	2	0,8	1.081	75,4%	0,129	0,575	0,800	0,170
Kinderarts	1	0,3	1.211	68,3%	-	0,683	0,683	-
PB Psychologische beroepen								
GGZ gezondheidskundige	1	15,7	823	45,9%	-	0,459	0,459	-
GZ-psycholoog	18	171,2	1.106	70,7%	0,136	0,524	0,934	0,190
Gedragstherapeut	1	0,1	1.502	93,0%	-	0,930	0,930	-
K&J-Therapeut	2	2,1	1.117	80,2%	0,009	0,800	0,829	0,010
Klinisch neuropsycholoog	1	1,1	960	80,0%	-	0,800	0,800	-
Klinisch Psycholoog	14	43,6	1.103	69,7%	0,119	0,572	0,940	0,170
Overig Psychologisch SF	2	10,1	911	58,1%	0,047	0,572	0,704	0,080
Pedagoog	7	28,7	1.150	78,3%	0,118	0,477	0,918	0,150
Psycholoog	24	321,5	1.190	76,7%	0,106	0,567	0,988	0,140
PT Psychotherapeutische beroepen								
Psychotherapeut	14	58,1	1.126	74,2%	0,085	0,487	0,969	0,110
VB Verpleegkundige beroepen								
Overig verpleegkundig SF	2	27,1	1.154	79,7%	0,021	0,711	0,800	0,030
Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	11	113,3	1.176	76,9%	0,067	0,674	0,920	0,090
Verpleegkundige	8	87,4	1.035	67,2%	0,069	0,469	0,897	0,100
Verpleegkundig specialist ggz	4	10,1	1.144	85,3%	0,142	0,655	0,932	0,170
VK Vaktherapeutische beroepen								
GGZ-vaktherapeut	1	0,7	870	66,7%	-	0,667	0,667	-
GZ-vaktherapeut	2	29,3	1.016	80,5%	0,040	0,800	0,954	0,050
Overig Vaktherapeutisch SF	3	1,5	629	60,4%	0,160	0,490	0,789	0,270
Vaktherapeut creatief	11	36,6	1.192	75,1%	0,185	0,477	0,945	0,250

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
Vaktherapeut psychomotorisch	7	24,6	1.202	85,3%	0,053	0,714	0,925	0,060

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Tabel II.12 Aantal declarabele uren per jaar ('na omrekening') per type aanbieder

Beroep	VG	ggz	fz	FPC's	Geint.
AG Agogische beroepen					
Agoog K&J psychiatrie		1.146	1.256		956
Ervaringsdeskundige ggz MBO					1.509
GGZ-agoog		1.292	1.064		979
Maatschappelijk werkende		1.125	1.240	980	1.164
Overig Agogisch SF		1.202	1.015	1.412	1.052
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener		1.194	1.030	1.080	1.124
MB Medische beroepen					
Arts (waaronder Agio/Agno)		1.202	1.293	1.240	1.217
Arts verslavingszorg		982			1.134
Overig medisch SF		1.228			1.193
Psychiater	1.219	1.150	1.155	982	1.143
Sociaal geriater					1.027
Specialist ouderengeneeskunde		1.188			1.141
OV. Somatische beroepen					
Arts maatschappij en gezondheid					1.301
Diëtist		1.356			1.099
Ergotherapeut		1.369			1.239
Fysiotherapeut		1.398		1.354	1.236
Huisarts		1.081			977
Kinderarts		1.211			
Klinisch geriater					572
Logopedist			1.483		1.167
Neuroloog					1.094
Orthopedagoog-generalist					1.502
PB Psychologische beroepen					
GGZ gezondheidskundige		823			
GZ-psycholoog	1.202	1.106	1.014	1.041	1.076
Gedragstherapeut		1.502			1.111
K&J-therapeut		1.117			
Klinisch neuropsycholoog		960			960
Klinisch psycholoog	1.157	1.103	705	924	1.097
Overig psychologisch SF		911		1.025	1.168
Pedagoog		1.150	1.353	889	1.093
Psycholoog		1.190	1.415	924	1.102
PT Psychotherapeutische beroepen					
Psychotherapeut	1.156	1.126	1.191	900	1.117

Beroep	VG	ggz	fz	FPC's	Geint.
VB Verpleegkundige beroepen					
Consultatief Psych. Verpleegkundige					1.350
Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige				822	
Overig verpleegkundig SF		1.154		843	1.026
Sociaal Psych. Verpleegkundige		1.176	1.062	919	1.160
Verpleegkundig specialist ggz	1.378	1.144		1.184	1.070
Verpleegkundige (art.3)		1.035	1.046	618	1.014
VK Vaktherapeutische beroepen					
GGZ-vaktherapeut		870			1.193
GZ- vaktherapeut		1.016	1.426		1.280
Overig vaktherapeutisch SF		629	1.213	870	1.184
Vaktherapeut creatief		1.192	971	1.059	1.151
Vaktherapeut psychomotorisch		1.202	1.282	1.056	1.188

Tabel II.13 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') van regiebehandelaren, instellingen

Beroep	Obs	FTE	Decl.	Prod.	SD	Min	Max	CV
uren								
Arts verslavingszorg	10	72,4	1.130	77,0%	0,061	0,651	0,953	0,08
GZ-psycholoog	40	1.298,3	1.075	71,3%	0,082	0,493	0,971	0,12
Klinisch geriater	3	1,7	572	94,9%	0,114	0,769	1,000	0,12
Klinisch neuropsycholoog	2	5,7	953	70,0%	0,067	0,677	0,800	0,10
Klinisch psycholoog	35	344,5	1.086	71,6%	0,122	0,561	1,000	0,17
Psychiater	38	887,5	1.138	75,4%	0,086	0,462	0,986	0,11
Psychotherapeut	32	321,0	1.106	73,7%	0,085	0,487	0,969	0,11
Specialist ouderengeneeskunde	5	21,2	1.143	80,4%	0,154	0,519	0,880	0,19
Verpleegkundig specialist ggz	20	266,2	1.074	72,9%	0,100	0,449	1,000	0,14

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Tabel II.14 Verschillen in productiviteit tussen behandelaren met en zonder MVO beschikbaarheidsbijdrage, per type instelling

Type Instelling	FTE	Prod.	SD	Min	Max	CV
ggz-instelling						
Met MVO beschikbaarheidsbijdrage	78,1	72,0%	0,139	0,445	0,919	0,19
Zonder MVO beschikbaarheidsbijdrage	1.233,9	74,9%	0,112	0,459	0,992	0,15
fz-instelling						
Met MVO beschikbaarheidsbijdrage	45,4	70,0%	0,117	0,447	0,852	0,17
Zonder MVO beschikbaarheidsbijdrage	305,0	76,5%	0,118	0,493	0,991	0,15
Geïntegreerde instelling						
Met MVO beschikbaarheidsbijdrage	640,7	64,9%	0,114	0,467	1,000	0,18
Zonder MVO beschikbaarheidsbijdrage	10.227,1	76,0%	0,097	0,449	1,000	0,13

Noot: Vanwege de grote onzekerheden in de cijfers voor de opleiders zijn er geen declarabele uren opgenomen in de tabel.

Tabel II.15 Productiviteit van opleiders in instellingen

Beroep	Obs.	FTE	Prod.	SD	Min	Max	CV
GZ-psycholoog	12	27,0	72,1%	0,13	0,47	0,87	0,18
Klinisch geriater	1	2,8	62,8%	-	0,63	0,63	-
Klinisch psycholoog	11	30,0	75,1%	0,11	0,62	1,00	0,15
Psychiater	9	32,5	69,9%	0,10	0,45	0,81	0,14
Psychotherapeut	9	9,3	72,0%	0,15	0,53	0,92	0,21
Verpleegkundig specialist ggz	2	4,6	71,5%	0,08	0,56	0,74	0,11

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Noot: Vanwege de grote onzekerheden in de cijfers voor de opleiders zijn er geen declarabele uren opgenomen in de tabel.

Tabel II.16 Productiviteit en declarabele uren ('na omrekening') van opleidingen in instellingen

Beroep	Obs.	FTE	Decl. uren	Prod.	SD	Min	Max	CV
Arts (waaronder Agio/Agnio)	11	209,3	1.030	66,8%	0,132	0,478	1,000	0,20
GZ-psycholoog	21	165,1	953	63,8%	0,128	0,445	0,853	0,20
Pedagoog	3	4,7	1.068	69,3%	0,064	0,584	0,719	0,09
Psycholoog	22	240,9	989	64,6%	0,100	0,479	0,829	0,15
Psychotherapeut	6	7,4	1.191	75,2%	0,175	0,536	1,000	0,23
Verpleegkundige	2	14,3	838	64,6%	0,038	0,595	0,660	0,06
Verpleegkundig specialist ggz	1	12,1	742	46,7%	-	0,467	0,467	-

Noot: Opleidingsberoepen met minder dan 1 FTE zijn niet gerapporteerd.

Noot: Elke observatie in bovenstaande tabel is een instelling die gegevens voor het betreffende beroep heeft aangeleverd.

Bijlage III – Aanleversjablonen

Sjabloon voor vrijgevestigde ggz aanbieders

Aanleversjabloon materiële kosten- en productiviteitsonderzoek van de NZa Vrijgevestigde aanbieders van curatieve GGZ

1.2 Adresgegevens

Legenda

In te vullen velden

Naam contactpersoon	
Functie contactpersoon	
Naam praktijk	
AGB-code praktijk	
AGB-code behandelaar	
Adres	
Postcode	
Plaats van de (hoofdlocatie van de) praktijk	
Telefoonnummer	
E-mail adres	

Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres
Postcode
Plaats
Telefoon
Fax
Email

Newtonlaan 1-41
3584 BX
Utrecht
030 – 296 81 11
030 – 296 82 96
info@nza.nl

Voor inhoudelijke vragen kunt u contact opnemen met Ecorys:

Telefoon
Email

010 - 453 85 06
kostprijzen.ggz@ecorys.com

2.1 Typering zorgaanbieder in 2015 - Zie toelichting

Legenda

Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.

In te vullen velden

2.1.2 Praktijkkenmerken

Sinds welk jaar bestaat uw huidige praktijk?
Wat was uw praktijktype in 2015?
Wat was de rechtsvorm van uw praktijk in 2015?
Hield de praktijk in 2015 zelf de administratie bij?
Hadden de behandelaren naast de praktijk nog een andere betrekking als GGZ behandelaar in 2015?
Heeft de praktijk in 2015 zorg geleverd vanuit financieringsstromen buiten het onderzoek? (Zie toelichting voor lijst)
Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan Zvw-gerelateerde zorg?
Hoeveel % van de verzekerde Zvw-zorg betrof in 2015 eigen betalingen?
Waar bood de praktijk in 2015 zorg aan?
Indien uw praktijk zorg aanbood op een andere locatie, hoeveel waren dit er?
Heeft de praktijk in 2015 een beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleiding (MVO) ontvangen? (Zie toelichting voor definitie MVO)

Achteroorveld

Vrij opmerkingenveld

--

2.1.3 Type patiënten

Wat is het unieke aantal Zvw-patiënten dat de praktijk in 2015 behandelde?
Hoeveel Zvw-patiënt contacturen had de praktijk gemiddeld per week in 2015?
Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan generalistische basis GGZ binnen de Zvw-gerelateerde zorg?
Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan gespecialiseerde GGZ binnen de Zvw-gerelateerde zorg?
Hoe lang stonden de door de praktijk geregistreerde prestaties gemiddeld open in 2015?
Hoe lang stonden de door de praktijk geregistreerde DBC's gemiddeld open in 2015?

Achteroorveld

patiënten
uur
%
%
weken
weken

Vrij opmerkingenveld

--

2.1.4 Specifieke vragen voor materiële kosten

Voerde de praktijk in 2015 de schoormaatstaken zelf uit?
Deelde de praktijk in 2015 voorzieningen met andere vrijgevestigde aanbieders?
Zo ja, was dit in de vorm van een kostenmaatschap?
Deelde de praktijk in 2015 voorzieningen met andere bedrijven/instellingen?
Hoeveel FTE behandelend personeel had de praktijk in 2015 in loondienst?
Hoeveel daarvan schreef tijd?
Hoeveel FTE niet-behandelend personeel had de praktijk in 2015 in loondienst?
Heeft de praktijk een winst- en verliesrekening opgesteld over 2015? (Stuur deze mee)
Heeft de praktijk een balans opgesteld per 31-12-2015? (Stuur deze mee)
Heeft de praktijk een belastingaangifte over boekjaar 2015 opgesteld? (Stuur screenshot/PDF relevante onderdelen mee)

Achteroorveld

FTE
FTE
FTE

Vrij opmerkingenveld

--

Wij verzoeken u de volgende documenten mee te sturen met het ingevulde sjabloon: winst- en verliesrekening over 2015, balans per 31-12-2015, screenshot van de relevante onderdelen van de belastingaangifte over 2015. Mocht u deze documenten niet over 2015 beschikbaar hebben dan ontvangen wij graag de meest recente versie.

Vrij opmerkingenveld

--

3.1 Materiele kosten 2015 - Zie voor definities van kostenposten de toelichting

	In te vullen velden	In te vullen velden
Legenda Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015		
3.1.2 Personeelskosten, niet-behandelend personeel Personeelskosten niet-behandelend personeel in loondienst Personeelskosten behandelend personeel in loondienst	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
3.1.3 Overige personeelskosten (out-of-pocket kosten) Totale overige personeelskosten (out-of-pocket kosten)	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
3.1.4 Onderhoudskosten Kleinere onderhoud Regulier onderhoud Grootschalige renovatie Totale onderhoudskosten	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
3.1.5 Algemene kosten Totale algemene kosten	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
3.1.6 Schoonmaakkosten Totale schoonmaakkosten	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
3.1.7 Afschrijvingslasten Afschrijvingslasten inventaris, vervoersmiddelen, en automatisering Afschrijvingslasten gebouwen en terreinen Totale afschrijvingslasten	Kosten (euro's)	Vrij opmerkingenveld
Eenmalige en bijzondere kosten (indien meer dan 0,5% van Zvz omzet): Omschrijving	Kosten (euro's)	Toelichting
Totale materiele kosten 2015		Vrij opmerkingenveld
3.1.8 Totale kosten Totale kosten 2015 (zoals vermeld staat op jaarrekening of Belastingaangifte) Totale kosten zoals hierboven ingevuld Verschil		Vrij opmerkingenveld
(Overige) Relevante kosten die u niet kunt toedelen Omschrijving	Kosten (euro's)	Toelichting

Vrij opmerkingenveld

3.2.2 Activa		3.2.3 Passiva	
I Vaste activa	Euro's	II Eigen vermogen	Euro's
I.a. Immateriële activa		II.a. Kapitaal	Vrij opmerkingenveld
Goodwill		II.b. Reserves	
Overige immateriële activa		II.c. Overvloedige winst	
I.b. Materiële vaste activa		II.d. Saldo verlies	
I.c. Financiële vaste activa		Totaal eigen vermogen	
Totaal vaste activa		IV Voorzieningen	
II Vlottende activa		V. Langlopende schulden	
II.a. Voorraden		VI Kortlopende schulden	
II.b. Onderhanden werk uit hoofde van DBC's/prestaties			
II.c. Vorderingen			
II.d. Liquiditeit middelen			
II.e. Effecten			
Totale vlottende activa			
Totaal activa zoals vermeld staat op balans/belastingaangifte		Totaal passiva zoals vermeld staat op balans/belastingaangifte	
Totaal activa (som van bovenstaande posten)		Totaal passiva (som van bovenstaande posten)	
Verschild		Verschild	
Totaal activa - Totaal passiva (behoort 0 te zijn)			
Relevante posten die u niet kunt toedelen:			
Omschrijving	Waarde (euro's)	Toelichting	

Vrij opmerkingenveld

LET OP: ALLEEN VOOR MVO OPLEIDERS BIVILLEME
 Voor dit overzicht relevante opleidingen, die in samenwerking komen met een bezitstaartheidsopleiding medische verpleegopleiding (MVO) op gezondheidszorg (GZ) psycholoog, klinisch psycholoog, psychiater, klinisch neuropsycholoog, verspreidings specialist GGZ, psychiater, klinisch geriatr, of arts verstandelijk gehandicapten.

Legenda
 Alle uren hebben betrekking op het kalenderjaar 2015

4.2.1 Declarabele tijd

Declarabele tijd in 2015 - OPLEIDERS

4.2.2 Niet-declarabele tijd

Met-declarabele tijd in 2015 - OPLEIDERS

4.2.3 Werkweek en afwezigheid

Opleiders

Afwezigheid

Productiviteit in uren in 2015 - OPLEIDERS

Vrij opmerkingensveld

Vrij opmerkingensveld westen

Vrij opmerkingensveld oosten

Vrij opmerkingensveld

CROSS CHECK	A-B (De Figuur 1)	D-E (De Figuur 1)	Verschild (aari)	Verschild (%)	Productiviteit in
Arts (waaronder Agio/Agrio)	-	-	-	0%	
Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	0%	
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	0%	
GGZ gezondheidszorg	-	-	-	0%	
Klinisch psycholoog	-	-	-	0%	
Overig psychologisch SF	-	-	-	0%	
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	0%	
Anders, namelijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, namelijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, namelijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, namelijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, namelijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	

Productiviteit in

4.3 Opleiding MVO - Productiviteit uitvoerdit in een in 2015 - Zie voor definities van tgbsoortsoorten de toelichting

LET OP - ALLEEN VOOR MVO OPLEIDINGEN PASLEN
 Voor de in tabel 2 vermelde opleidingen die in aanmerking komen voor een beroepsaankerkentijde medische beroepsopleiding (MVO) op gezondheidszorg (GZ) psychologie, klinisch psychologie, psychiatrie, klinisch neuropsychologie, verspreidingspsychologie, verspreidingspsychologie GGZ, psychiatrie, klinisch geneeskunde, en alle verdere beroepsopleidingen.

Legenda
 Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.

4.3.2 Deelwet 1997
 MB SF AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten
 PG BG pppr Gezondheidszorg (GZ) psychologie
 OI SF Iger Klinisch geneeskunde
 PG SF Hlengs Klinisch psychologie
 PG SF Hnengs Klinisch neuropsychologie
 MB SF psch Psychiater
 PT BG pth Psychiater
 VB SF vspz Verpleegkundig specialist GGZ
 MB BG basis Arts (waaronder Agriq/psic)
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd GGZ gezondheidszorg
 PG SF oeng Overige verspreidingspsychologie SF
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd Psychologie (geen verdere specialisatie)
 VB BG vpm Verpleegkundige (art.3)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Op basis van noemgeving?

	1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
MB SF AVG	-	-	-	-	-	-	-
PG BG pppr	-	-	-	-	-	-	-
OI SF Iger	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hlengs	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hnengs	-	-	-	-	-	-	-
MB SF psch	-	-	-	-	-	-	-
PT BG pth	-	-	-	-	-	-	-
VB SF vspz	-	-	-	-	-	-	-
MB BG basis	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG SF oeng	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
VB BG vpm	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Op basis van noemgeving?	-	-	-	-	-	-	-

1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

4.3.3 Niet declarabel 1997
 MB SF AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten
 PG BG pppr Gezondheidszorg (GZ) psychologie
 OI SF Iger Klinisch geneeskunde
 PG SF Hlengs Klinisch psychologie
 PG SF Hnengs Klinisch neuropsychologie
 MB SF psch Psychiater
 PT BG pth Psychiater
 VB SF vspz Verpleegkundig specialist GGZ
 MB BG basis Arts (waaronder Agriq/psic)
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd GGZ gezondheidszorg
 PG SF oeng Overige verspreidingspsychologie SF
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd Psychologie (geen verdere specialisatie)
 VB BG vpm Verpleegkundige (art.3)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Op basis van noemgeving?

	1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
MB SF AVG	-	-	-	-	-	-	-
PG BG pppr	-	-	-	-	-	-	-
OI SF Iger	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hlengs	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hnengs	-	-	-	-	-	-	-
MB SF psch	-	-	-	-	-	-	-
PT BG pth	-	-	-	-	-	-	-
VB SF vspz	-	-	-	-	-	-	-
MB BG basis	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG SF oeng	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
VB BG vpm	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Op basis van noemgeving?	-	-	-	-	-	-	-

1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

4.3.4 Werkboek en afweging
 MB SF AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten
 PG BG pppr Gezondheidszorg (GZ) psychologie
 OI SF Iger Klinisch geneeskunde
 PG SF Hlengs Klinisch psychologie
 PG SF Hnengs Klinisch neuropsychologie
 MB SF psch Psychiater
 PT BG pth Psychiater
 VB SF vspz Verpleegkundig specialist GGZ
 MB BG basis Arts (waaronder Agriq/psic)
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd GGZ gezondheidszorg
 PG SF oeng Overige verspreidingspsychologie SF
 PG Bb gnd Pedagogie (waaronder orthopedagogie)
 PG Bb gnd Psychologie (geen verdere specialisatie)
 VB BG vpm Verpleegkundige (art.3)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Anders, namelijk... (opgevoerd menu)
 Op basis van noemgeving?

	1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
MB SF AVG	-	-	-	-	-	-	-
PG BG pppr	-	-	-	-	-	-	-
OI SF Iger	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hlengs	-	-	-	-	-	-	-
PG SF Hnengs	-	-	-	-	-	-	-
MB SF psch	-	-	-	-	-	-	-
PT BG pth	-	-	-	-	-	-	-
VB SF vspz	-	-	-	-	-	-	-
MB BG basis	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG SF oeng	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
PG Bb gnd	-	-	-	-	-	-	-
VB BG vpm	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	-	-	-
Op basis van noemgeving?	-	-	-	-	-	-	-

1997-2015	2016-2015	2017-2015	2018-2015	2019-2015	2020-2015	2021-2015
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

Vit opmerkingen

OPMERKINGEN	A-B (zie Hoop 1)	C-D (zie Hoop 1)	Verplichte naam	Verplichte Afk.	Probleemcode in
Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	-	0%
Gezondheidszorg (GZ) psychologie	-	-	-	-	0%
Klinisch geneeskunde	-	-	-	-	0%
Klinisch psychologie	-	-	-	-	0%
Klinisch neuropsychologie	-	-	-	-	0%
Psychiater	-	-	-	-	0%
Psychiater	-	-	-	-	0%
Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	-	0%
Arts (waaronder Agriq/psic)	-	-	-	-	0%
Pedagogie (waaronder orthopedagogie)	-	-	-	-	0%
GGZ gezondheidszorg	-	-	-	-	0%
Overige verspreidingspsychologie SF	-	-	-	-	0%
Overige verspreidingspsychologie SF	-	-	-	-	0%
Pedagogie (waaronder orthopedagogie)	-	-	-	-	0%
Psychologie (geen verdere specialisatie)	-	-	-	-	0%
Verpleegkundige (art.3)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%
Anders, namelijk... (opgevoerd menu)	-	-	-	-	0%

Sjabloon voor ggz en fz instellingen

Aanleversjabloon materiële kosten- en productiviteitsonderzoek van de NZa Curatieve GGZ en FZ instellingen

1.2 Adresgegevens

Legenda	In te vullen velden
Naam contactpersoon	
Functie contactpersoon	
Naam instelling	
AGB-code instelling	
Adres	
Postcode	
Plaats van de (hoofdlocatie van de) instelling	
Telefoonnummer	
E-mail adres	
Nederlandse Zorgautoriteit	
Bezoekadres	Newtonlaan 1-41
Postcode	3584 BX
Plaats	Utrecht
Telefoon	030 – 296 81 11
Fax	030 – 296 82 96
Email	info@nza.nl
Voor inhoudelijke vragen kunt u contact opnemen met Ecorys:	
Telefoon	010 - 453 85 06
Email	kostprijzen.ggz@ecorys.com

2.1 Typering zorgaanbieder in 2015 - Zie toelichting

Legenda	In te vullen velden
Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.	
2.1.2 Instellingskenmerken	
I. Omvatte Zw-zorg in 2015 minimaal 20% van de omzet van de instelling?	Antwoordveld
II. Bood de instelling in 2015 FZ aan, gefinancierd uit DBBC's?	
III. Bood de instelling in 2015 crisis-GGZ aan?	
IV. Heeft de instelling in 2015 een beschikbaarheidsrijde medische vervolgopleidingen (MVO) ontvangen?	
V.a. Onder welke financieringsstromen binnen het onderzoek heeft de instelling in 2015 zorg geleverd? (zie toelichting voor lijst)	
V.b. Hoeveel % van de verzekerde Zw-zorg betrof in 2015 eigen betalingen?	%
V.c. Heeft de instelling in 2015 zorg geleverd vanuit financieringsstromen buiten het onderzoek? (zie toelichting voor lijst)	
V.l.a. Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan Zw-zorg?	%
V.l.b. Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan FZ?	%
V.l. Op hoeveel locaties bood de instelling Zw-zorg en FZ aan in 2015?	locaties
2.1.3 Type patiënten	
I.a. Wat was het aantal Zw-patiënten dat de instelling in 2015 behandelde?	Antwoordveld
I.b. Wat was het aantal FZ-patiënten dat de instelling in 2015 behandelde?	patiënten
II.a. Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan generalistische-basis ggz binnen de Zw-zorg?	%
II.b. Wat was in 2015 het aandeel patiëntgebonden tijd besteed aan gespecialiseerde ggz binnen de Zw-zorg?	%
III.a. Hoe lang stonden de door de instelling geregistreerde DBBC's gemiddeld open in 2015?	weken
III.b. Hoe lang stonden de door de instelling geregistreerde DBBC's gemiddeld open in 2015?	weken
IV. Hoeveel patiënten binnen de doelgroep doven en slechthorenden had de instelling in 2015?	patiënten
Vrij opmerkingenveld	Vrij opmerkingenveld

LET OP - PRODUCTIVITEIT VOOR MVO OPLEIDERS EN OPLEIDINGEN VULLEN IN TABELAD 3.2 EN TABELAD 3.3!

Legenda
Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.

3.1.2 Declarabele tijd

- AG.SF.kjpsych Agogiek & psychiatrie
MB.BG.basis Arts (waaronder Agogief/ Agnief)
OV.SP.artang Arts maatschappij en gezondheid
MB.SF.viarts Arts verzavingsgang
MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
MB.SF.avp Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
OV.BG.diet Diëtit
OV.BG.ergo Ergotherapie
OV.BG.fysio Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
OV.BG.gedrth Gedragtherapeut
PB.BI.akid Egd gezondheidskundige
VLSF.vrplp Egd verpleegkundig specialist
AG.BG.agnog Egd-agnog
VLSF.vvath Egd-vaaktherapeut
PB.BG.gpsy Gg psychologie
VLSF.vvath Gg-vaaktherapeut
HBO.pedagog HBO pedagogie
OV.SP.harts Huisarts
PB.SF.kjth K&J therapie
OV.KI Kinder- en jeugdpsycholoog
OV.SP.karts Kinderarts
OV.SP.kger Klinisch geriatr
PB.SF.klinneurps Klinisch neuropsycholoog
PB.SF.klinsp Klinisch psycholoog
OV.BG.lago Logopedist
AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
OV.SP.neur Neuroloog
OV.DH Orthopedagog generalist
VLSF.overnig Overig verpleegkundig SF
AG.SF.overnig Overig agogisch SF
MB.SF.overnig Overig medisch SF
VLSF.overnig Overig vaktherapeutisch SF
PB.SF.overnig Overig psychologisch SF
PB.BI.ped Pedagog (waaronder orthopedagog)
MB.SF.psych Psychiater
PB.BI.psy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PT.BG.psth Psychotherapeut
MB.SF.sger Sociaal geriatr
AG.BI.soh Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
VLSF.spv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
MB.SP.out Specialist Ouderengeneeskunde
VLSF.ct Vaktherapeut creatief (CT)
VLSF.gnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VLSF.vvath Verpleegkundige (art. 3)

Table with columns for 'In te vullen velden' and 'Niet in te vullen velden'. Rows are categorized by 'REGULIERE GGZ' and 'CRISISZORG'. Sub-headers include 'Openbareinstellingen', 'In te vullen velden', and 'TOTAAL REGULIERE GGZ'. A 'TOTAAL DECLARABELE TJD' row is at the bottom.

Vul opmerkingen in

Table for recording notes, with columns for 'In te vullen velden' and 'Niet in te vullen velden'.

Op basis van normlijzen?

3.1.3 Niet-declarabele tijd

- AG.SF.kjpsych Agogiek & psychiatrie
MB.BG.basis Arts (waaronder Agogief/ Agnief)
OV.SP.artang Arts maatschappij en gezondheid
MB.SF.viarts Arts verzavingsgang
MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
MB.SF.avp Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
OV.BG.diet Diëtit
OV.BG.ergo Ergotherapie
OV.BG.fysio Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
OV.BG.gedrth Gedragtherapeut
PB.BI.akid Egd gezondheidskundige
VLSF.vrplp Egd verpleegkundig specialist
AG.BG.agnog Egd-agnog
VLSF.vvath Egd-vaaktherapeut
PB.BG.gpsy Gg psychologie
VLSF.vvath Gg-vaaktherapeut
HBO.pedagog HBO pedagogie
OV.SP.harts Huisarts
PB.SF.kjth K&J therapie
OV.KI Kinder- en jeugdpsycholoog
OV.SP.karts Kinderarts
OV.SP.kger Klinisch geriatr
PB.SF.klinneurps Klinisch neuropsycholoog
PB.SF.klinsp Klinisch psycholoog
OV.BG.lago Logopedist
AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
OV.SP.neur Neuroloog
OV.DH Orthopedagog generalist
VLSF.overnig Overig verpleegkundig SF
AG.SF.overnig Overig agogisch SF
MB.SF.overnig Overig medisch SF
VLSF.overnig Overig vaktherapeutisch SF
PB.SF.overnig Overig psychologisch SF
PB.BI.ped Pedagog (waaronder orthopedagog)
MB.SF.psych Psychiater
PB.BI.psy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PT.BG.psth Psychotherapeut
MB.SF.sger Sociaal geriatr
AG.BI.soh Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
VLSF.spv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
MB.SP.out Specialist Ouderengeneeskunde
VLSF.ct Vaktherapeut creatief (CT)
VLSF.gnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VLSF.vvath Verpleegkundige (art. 3)

Table with columns for 'Niet-declarabele tijd in 2015' and 'TOTAAL NIET DECLARABELE TJD'. Includes sub-headers for 'Openbareinstellingen' and 'In te vullen velden'.

Vul opmerkingen in

Table for recording notes, with columns for 'Niet-declarabele tijd in 2015' and 'TOTAAL NIET DECLARABELE TJD'.

Op basis van normlijzen?

3.1.4 Contracttijd en afwezigheid

- AG.SF.kjpsych Agogiek & psychiatrie
MB.BG.basis Arts (waaronder Agogief/ Agnief)
OV.SP.artang Arts maatschappij en gezondheid
MB.SF.viarts Arts verzavingsgang
MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
MB.SF.avp Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
OV.BG.diet Diëtit
OV.BG.ergo Ergotherapie
OV.BG.fysio Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
OV.BG.gedrth Gedragtherapeut
PB.BI.akid Egd gezondheidskundige
VLSF.vrplp Egd verpleegkundig specialist
AG.BG.agnog Egd-agnog
VLSF.vvath Egd-vaaktherapeut
PB.BG.gpsy Gg psychologie
VLSF.vvath Gg-vaaktherapeut
HBO.pedagog HBO pedagogie
OV.SP.harts Huisarts
PB.SF.kjth K&J therapie
OV.KI Kinder- en jeugdpsycholoog
OV.SP.karts Kinderarts
OV.SP.kger Klinisch geriatr
PB.SF.klinneurps Klinisch neuropsycholoog
PB.SF.klinsp Klinisch psycholoog
OV.BG.lago Logopedist
AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
OV.SP.neur Neuroloog
OV.DH Orthopedagog generalist
VLSF.overnig Overig verpleegkundig SF
AG.SF.overnig Overig agogisch SF
MB.SF.overnig Overig medisch SF
VLSF.overnig Overig vaktherapeutisch SF
PB.SF.overnig Overig psychologisch SF
PB.BI.ped Pedagog (waaronder orthopedagog)
MB.SF.psych Psychiater
PB.BI.psy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
PT.BG.psth Psychotherapeut
MB.SF.sger Sociaal geriatr
AG.BI.soh Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
VLSF.spv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
MB.SP.out Specialist Ouderengeneeskunde
VLSF.ct Vaktherapeut creatief (CT)
VLSF.gnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VLSF.vvath Verpleegkundige (art. 3)

Table with columns for 'Aantal FTE', 'Totale contractuur in 2015', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'TOTAAL CONTRACTUR JAAR 2015', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)'. Includes 'TOTAAL CONTRACTUR JAAR 2015'.

Vul opmerkingen in

Table for recording notes, with columns for 'Aantal FTE', 'Totale contractuur in 2015', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)', 'Aantal contracturen (Niet in MVO, zie art. 3)'.

Op basis van normlijzen?

3.1b FZ productiviteit uitsluitend in uren in 2015 - Zie voor definities van tijdsbestedingsonderdelen de toelichting

LET OP - PRODUCTIVITEIT VOOR MVO OPLEIDERS EN OPDELINGEN INVULLEN IN TABLAD 3.2 EN TABLAD 3.3

Legenda

Alle vragen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.

In te vullen velden Niet in te vullen velden

3.1.2 Declaraerbare tijd

- AG.SF.kjpsych Agog K&J psychiatrie
- MB.BG.basis Arts (waaronder Agio/ Agnic)
- OV.SP.artstng Arts maatschappij en gezondheid
- MB.SF.vrlants Arts verpleegzorg
- MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
- Communicatiedeskundige
- VB.SF.gpv Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
- OV.BG.diet Diëtist
- OV.BG.ergo Ergotherapeut
- Ervarende deskundige HBO 4
- Ervarende deskundige HBO 5
- VB.SF.fpv Forensisch Psychologisch Verpleegkundige (FPV)
- OV.BG.fylo Fysiotherapeut
- PE.SF.ge.drm Gedragstherapeut
- PE.BI.gld Gg. gezondheidskundige
- VB.SF.vrplp Gg. verpleegkundig specialist
- AG.BG.agogp Gg.-agog
- VK.SF.vlsh Gg. valktherapeut
- PE.BG.gpsy Gg. psycholoog
- VK.BG.vlsh Gg. valktherapeut
- HBO pedagog.
- OV.SP.harts Huisarts
- PE.SF.kth K&J therapeut
- OV.KJ kinder- en jeugdpsycholoog
- OV.SP.karts Kindarts
- OV.SP.ger Klinisch geriatr
- PE.SP.knnsprp Klinisch neuropsycholoog
- PE.SP.klinsp Klinisch psycholoog
- OV.BG.lngo Logopedist
- AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
- OV.SP.neur Neuroloog
- OV.OR Orthopedagog-generalist
- VB.SF.oevng Overleg verpleegkundig SF
- AG.SF.oevng Overleg algem SF
- MB.SF.oevng Overleg medisch SF
- VK.SF.oevng Overleg vaktherapeutisch SF
- PE.SF.oevng Overleg psychologisch SF
- PE.BI.ped Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
- MB.SF.psych Psychiater
- PE.BI.psvy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
- PT.BG.psych Psychotherapeut
- MB.SF.sger Sociaal geriatr
- AG.BI.sph Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
- VB.SF.gpv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
- MB.SF.oud Specialist Ouderengeneeskunde
- VK.BI.ct Takgebaretaal
- VK.BI.gld Vaktherapeut oostief (CT)
- VK.BI.pnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
- VB.BG.vrplk Verpleegkundige (art. 3)

Op basis van normlijnen?

code	omschrijving	Dagbestedingsonderdelen			totale uren (art. 3)	totaal aantal uur per jaar
		af	in te vullen velden			
			naar	in te vullen velden		
						NV opeentingsveld

3.1.3 Niet-declaraerbare tijd

- AG.SF.kjpsych Agog K&J psychiatrie
- MB.BG.basis Arts (waaronder Agio/ Agnic)
- OV.SP.artstng Arts maatschappij en gezondheid
- MB.SF.vrlants Arts verpleegzorg
- MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
- Communicatiedeskundige
- VB.SF.gpv Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
- OV.BG.diet Diëtist
- OV.BG.ergo Ergotherapeut
- Ervarende deskundige HBO 4
- Ervarende deskundige HBO 5
- VB.SF.fpv Forensisch Psychologisch Verpleegkundige (FPV)
- OV.BG.fylo Fysiotherapeut
- PE.SF.ge.drm Gedragstherapeut
- PE.BI.gld Gg. gezondheidskundige
- VB.SF.vrplp Gg. verpleegkundig specialist
- AG.BG.agogp Gg.-agog
- VK.SF.vlsh Gg. valktherapeut
- PE.BG.gpsy Gg. psycholoog
- VK.BG.vlsh Gg. valktherapeut
- HBO pedagog.
- OV.SP.harts Huisarts
- PE.SF.kth K&J therapeut
- OV.KJ kinder- en jeugdpsycholoog
- OV.SP.karts Kindarts
- OV.SP.ger Klinisch geriatr
- PE.SP.knnsprp Klinisch neuropsycholoog
- PE.SP.klinsp Klinisch psycholoog
- OV.BG.lngo Logopedist
- AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
- OV.SP.neur Neuroloog
- OV.OR Orthopedagog-generalist
- VB.SF.oevng Overleg verpleegkundig SF
- AG.SF.oevng Overleg algem SF
- MB.SF.oevng Overleg medisch SF
- VK.SF.oevng Overleg vaktherapeutisch SF
- PE.SF.oevng Overleg psychologisch SF
- PE.BI.ped Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
- MB.SF.psych Psychiater
- PE.BI.psvy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
- PT.BG.psych Psychotherapeut
- MB.SF.sger Sociaal geriatr
- AG.BI.sph Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
- VB.SF.gpv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
- MB.SF.oud Specialist Ouderengeneeskunde
- VK.BI.ct Takgebaretaal
- VK.BI.gld Vaktherapeut oostief (CT)
- VK.BI.pnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
- VB.BG.vrplk Verpleegkundige (art. 3)

Op basis van normlijnen?

code	omschrijving	Dagbestedingsonderdelen			totale uren (art. 3)	totaal aantal uur per jaar
		af	in te vullen velden			
			naar	in te vullen velden		
						NV opeentingsveld

3.1.4 Contractrijf en aanwezigheid

- AG.SF.kjpsych Agog K&J psychiatrie
- MB.BG.basis Arts (waaronder Agio/ Agnic)
- OV.SP.artstng Arts maatschappij en gezondheid
- MB.SF.vrlants Arts verpleegzorg
- MB.SF.AVG Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
- Communicatiedeskundige
- VB.SF.gpv Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
- OV.BG.diet Diëtist
- OV.BG.ergo Ergotherapeut
- Ervarende deskundige HBO 4
- Ervarende deskundige HBO 5
- VB.SF.fpv Forensisch Psychologisch Verpleegkundige (FPV)
- OV.BG.fylo Fysiotherapeut
- PE.SF.ge.drm Gedragstherapeut
- PE.BI.gld Gg. gezondheidskundige
- VB.SF.vrplp Gg. verpleegkundig specialist
- AG.BG.agogp Gg.-agog
- VK.SF.vlsh Gg. valktherapeut
- PE.BG.gpsy Gg. psycholoog
- VK.BG.vlsh Gg. valktherapeut
- HBO pedagog.
- OV.SP.harts Huisarts
- PE.SF.kth K&J therapeut
- OV.KJ kinder- en jeugdpsycholoog
- OV.SP.karts Kindarts
- OV.SP.ger Klinisch geriatr
- PE.SP.knnsprp Klinisch neuropsycholoog
- PE.SP.klinsp Klinisch psycholoog
- OV.BG.lngo Logopedist
- AG.BI.mwd Maatschappelijk werkende (MWW)
- OV.SP.neur Neuroloog
- OV.OR Orthopedagog-generalist
- VB.SF.oevng Overleg verpleegkundig SF
- AG.SF.oevng Overleg algem SF
- MB.SF.oevng Overleg medisch SF
- VK.SF.oevng Overleg vaktherapeutisch SF
- PE.SF.oevng Overleg psychologisch SF
- PE.BI.ped Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
- MB.SF.psych Psychiater
- PE.BI.psvy Psycholoog (geen verdere specialisatie)
- PT.BG.psych Psychotherapeut
- MB.SF.sger Sociaal geriatr
- AG.BI.sph Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
- VB.SF.gpv Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
- MB.SF.oud Specialist Ouderengeneeskunde
- VK.BI.ct Takgebaretaal
- VK.BI.gld Vaktherapeut oostief (CT)
- VK.BI.pnt Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
- VB.BG.vrplk Verpleegkundige (art. 3)

Op basis van normlijnen?

code	omschrijving	normale FTE	aantal uren in 2015	Aanwezigheid in 2015					totale uren (art. 3)	totaal aantal uur per jaar
				Aanwezigheid (afwezigheidscode)			Aanwezigheidsvrije uren			
				af	naar	in te vullen velden	af	naar		
										NV opeentingsveld

1 to OZG & F2 productiviteit uitgedrukt in uren in 2015 - Zie voor definities van arbeidsbestedingscondities de toelichting

LET OP: PRODUCTIVITEIT VOOR MVO OPLEIDERS EN OPLEIDINGEN INVULLEN IN TABLAD 3.2 EN TABLAD 3.3

Legenda
Alle wijzen hebben betrekking op het kalenderjaar 2015.

3.1.2 Doelactiviteit 002

	RECOURSE OZG	OZG-VERBODING	TOTAAL OZG	F2	Vrij beschikbare tijd
AG-51 Agnès K&J psychiatrie					
AG-52 Agnès K&J psychiatrie					
AG-53 Agnès K&J psychiatrie					
AG-54 Agnès K&J psychiatrie					
AG-55 Agnès K&J psychiatrie					
AG-56 Agnès K&J psychiatrie					
AG-57 Agnès K&J psychiatrie					
AG-58 Agnès K&J psychiatrie					
AG-59 Agnès K&J psychiatrie					
AG-60 Agnès K&J psychiatrie					
AG-61 Agnès K&J psychiatrie					
AG-62 Agnès K&J psychiatrie					
AG-63 Agnès K&J psychiatrie					
AG-64 Agnès K&J psychiatrie					
AG-65 Agnès K&J psychiatrie					
AG-66 Agnès K&J psychiatrie					
AG-67 Agnès K&J psychiatrie					
AG-68 Agnès K&J psychiatrie					
AG-69 Agnès K&J psychiatrie					
AG-70 Agnès K&J psychiatrie					
AG-71 Agnès K&J psychiatrie					
AG-72 Agnès K&J psychiatrie					
AG-73 Agnès K&J psychiatrie					
AG-74 Agnès K&J psychiatrie					
AG-75 Agnès K&J psychiatrie					
AG-76 Agnès K&J psychiatrie					
AG-77 Agnès K&J psychiatrie					
AG-78 Agnès K&J psychiatrie					
AG-79 Agnès K&J psychiatrie					
AG-80 Agnès K&J psychiatrie					
AG-81 Agnès K&J psychiatrie					
AG-82 Agnès K&J psychiatrie					
AG-83 Agnès K&J psychiatrie					
AG-84 Agnès K&J psychiatrie					
AG-85 Agnès K&J psychiatrie					
AG-86 Agnès K&J psychiatrie					
AG-87 Agnès K&J psychiatrie					
AG-88 Agnès K&J psychiatrie					
AG-89 Agnès K&J psychiatrie					
AG-90 Agnès K&J psychiatrie					
AG-91 Agnès K&J psychiatrie					
AG-92 Agnès K&J psychiatrie					
AG-93 Agnès K&J psychiatrie					
AG-94 Agnès K&J psychiatrie					
AG-95 Agnès K&J psychiatrie					
AG-96 Agnès K&J psychiatrie					
AG-97 Agnès K&J psychiatrie					
AG-98 Agnès K&J psychiatrie					
AG-99 Agnès K&J psychiatrie					
AG-100 Agnès K&J psychiatrie					

3.1.3 Niet-doelactiviteit 002

	RECOURSE TUD IN OZG	RECOURSE TUD IN OZG-F2	Vrij beschikbare tijd
AG-51 Agnès K&J psychiatrie			
AG-52 Agnès K&J psychiatrie			
AG-53 Agnès K&J psychiatrie			
AG-54 Agnès K&J psychiatrie			
AG-55 Agnès K&J psychiatrie			
AG-56 Agnès K&J psychiatrie			
AG-57 Agnès K&J psychiatrie			
AG-58 Agnès K&J psychiatrie			
AG-59 Agnès K&J psychiatrie			
AG-60 Agnès K&J psychiatrie			
AG-61 Agnès K&J psychiatrie			
AG-62 Agnès K&J psychiatrie			
AG-63 Agnès K&J psychiatrie			
AG-64 Agnès K&J psychiatrie			
AG-65 Agnès K&J psychiatrie			
AG-66 Agnès K&J psychiatrie			
AG-67 Agnès K&J psychiatrie			
AG-68 Agnès K&J psychiatrie			
AG-69 Agnès K&J psychiatrie			
AG-70 Agnès K&J psychiatrie			
AG-71 Agnès K&J psychiatrie			
AG-72 Agnès K&J psychiatrie			
AG-73 Agnès K&J psychiatrie			
AG-74 Agnès K&J psychiatrie			
AG-75 Agnès K&J psychiatrie			
AG-76 Agnès K&J psychiatrie			
AG-77 Agnès K&J psychiatrie			
AG-78 Agnès K&J psychiatrie			
AG-79 Agnès K&J psychiatrie			
AG-80 Agnès K&J psychiatrie			
AG-81 Agnès K&J psychiatrie			
AG-82 Agnès K&J psychiatrie			
AG-83 Agnès K&J psychiatrie			
AG-84 Agnès K&J psychiatrie			
AG-85 Agnès K&J psychiatrie			
AG-86 Agnès K&J psychiatrie			
AG-87 Agnès K&J psychiatrie			
AG-88 Agnès K&J psychiatrie			
AG-89 Agnès K&J psychiatrie			
AG-90 Agnès K&J psychiatrie			
AG-91 Agnès K&J psychiatrie			
AG-92 Agnès K&J psychiatrie			
AG-93 Agnès K&J psychiatrie			
AG-94 Agnès K&J psychiatrie			
AG-95 Agnès K&J psychiatrie			
AG-96 Agnès K&J psychiatrie			
AG-97 Agnès K&J psychiatrie			
AG-98 Agnès K&J psychiatrie			
AG-99 Agnès K&J psychiatrie			
AG-100 Agnès K&J psychiatrie			

3.1.4 Contractief en afwezigheid

	WV-2015	WV-2016	WV-2017	WV-2018	WV-2019	WV-2020	WV-2021	WV-2022	WV-2023	WV-2024	WV-2025	WV-2026	WV-2027	WV-2028	WV-2029	WV-2030	Vrij beschikbare tijd
AG-51 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-52 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-53 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-54 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-55 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-56 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-57 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-58 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-59 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-60 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-61 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-62 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-63 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-64 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-65 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-66 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-67 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-68 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-69 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-70 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-71 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-72 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-73 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-74 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-75 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-76 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-77 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-78 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-79 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-80 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-81 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-82 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-83 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-84 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-85 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-86 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-87 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-88 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-89 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-90 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-91 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-92 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-93 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-94 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-95 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-96 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-97 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-98 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-99 Agnès K&J psychiatrie																	
AG-100 Agnès K&J psychiatrie																	

3.2 Opleider MVO - Productiviteit uitgedrukt in uren in 2015 - Zie voor definities van tijdsbestedingsonderdelen de toelichting

LET OP - ALLEEN VOOR MVO OPLEIDERS INVULLEN!
 Voor dit onderzoek relevante opleiders die in samenwerking komen voor een beschikbare medische beroepsopleiding (MVO) zijn: gezondheidszorg (GZ) psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychiater, klinisch geriatr., en arts verstandelijk gehandicapten.

Legenda

In te vullen velden Niet in te vullen velden

3.2.2 Declarabele uren

Arts voor verstandelijk gehandicapten
 Gezondheidszorg (GZ) psycholoog
 Klinisch geriatr.
 Klinisch psycholoog
 Klinisch neuropsycholoog
 Psychiater
 Psychotherapeut
 Verpleegkundig specialist GGZ
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Op basis van normtijden?

Opleider	Declarabele tijd in 2015 - OPLEIDER					TOTAAL DECLARABELE TIJD
	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	
Arts voor verstandelijk gehandicapten						
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog						
Klinisch geriatr.						
Klinisch psycholoog						
Klinisch neuropsycholoog						
Psychiater						
Psychotherapeut						
Verpleegkundig specialist GGZ						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Op basis van normtijden?						

Vrij opmerkingenveld

3.2.3 Niet-declarabele tijd

Arts voor verstandelijk gehandicapten
 Gezondheidszorg (GZ) psycholoog
 Klinisch geriatr.
 Klinisch psycholoog
 Klinisch neuropsycholoog
 Psychiater
 Psychotherapeut
 Verpleegkundig specialist GGZ
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Op basis van normtijden?

Opleider	Niet-declarabele tijd in 2015 - OPLEIDER					TOTAAL NIET-DECLARABELE TIJD
	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	
Arts voor verstandelijk gehandicapten						
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog						
Klinisch geriatr.						
Klinisch psycholoog						
Klinisch neuropsycholoog						
Psychiater						
Psychotherapeut						
Verpleegkundig specialist GGZ						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Anders, nameijk... (dropdown menu)						
Op basis van normtijden?						

Vrij opmerkingenveld

3.2.4 Contracttijd en afwezigheid

Arts voor verstandelijk gehandicapten
 Gezondheidszorg (GZ) psycholoog
 Klinisch geriatr.
 Klinisch psycholoog
 Klinisch neuropsycholoog
 Psychiater
 Psychotherapeut
 Verpleegkundig specialist GGZ
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Anders, nameijk... (dropdown menu)
 Op basis van normtijden?

Opleider	Opleider					Afwezigheid in 2015 - Opleider					TOTAAL AFWEZIGHEID	
	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)	Uren per jaar (2015)		
Arts voor verstandelijk gehandicapten												
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog												
Klinisch geriatr.												
Klinisch psycholoog												
Klinisch neuropsycholoog												
Psychiater												
Psychotherapeut												
Verpleegkundig specialist GGZ												
Anders, nameijk... (dropdown menu)												
Anders, nameijk... (dropdown menu)												
Anders, nameijk... (dropdown menu)												
Anders, nameijk... (dropdown menu)												
Op basis van normtijden?												

Vrij opmerkingenveld

Vrij opmerkingenveld

GROSS CHECK	A/B (zie Figuur 1)	D/E (zie Figuur 1)	Versacht (uur)	Versacht (%)	Productiviteit (%)
Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	0%	
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	0%	
Klinisch geriatr.	-	-	-	0%	
Klinisch psycholoog	-	-	-	0%	
Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	0%	
Psychiater	-	-	-	0%	
Psychotherapeut	-	-	-	0%	
Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk... (dropdown menu)	-	-	-	0%	

LET OP - ALLEEN VOOR MVO OPLEIDINGEN INVULLEN!
 Voor dit onderzoek relevante opleidingen die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsvraag medische vervolopleidingen (MVO) zijn: gezondheidszorg (GZ) psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychiater, klinisch geriatr., en arts verstandelijk gehandicapt.

3.3.2 Declarabele tijd

Opleiding	Beschrijving	In te vullen velden		Niet in te vullen velden		Vrij opmerkingenveld
		DECL. TUD IN 2015 - OPLEIDING	Uren per jaar (2015)	DECL. ARBEID IN TUD	Uren per jaar (2015)	
MB.SF.AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	-	
PB.BG.gzpsy	Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	-	
OV.SP.kgr	Klinisch geriatr.	-	-	-	-	
PB.SP.klinsp	Klinisch psycholoog	-	-	-	-	
PB.SP.klinneu	Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	-	
MB.SP.psych	Psychiater	-	-	-	-	
PT.BG.psth	Psychotherapeut	-	-	-	-	
VB.SP.vrptsp	Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	-	
MB.BG.basis	Arts (waaronder Aglo/Agriolo)	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.gzkd	GGZ gezondheidskundige	-	-	-	-	
PB.SF.zverig	Overig psychologisch SF	-	-	-	-	
VB.SF.zverig	Overige verpleegkundig SF	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.psy	Psycholoog (geen verdere specialisatie)	-	-	-	-	
VB.BG.vpvtk	Verpleegkundige (art.3)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Op basis van normtijden?		-	-	-	-	

3.3.3 Niet-declarabele tijd

Opleiding	Beschrijving	In te vullen velden		Niet in te vullen velden		Vrij opmerkingenveld
		NIET-DECLARABELE TUD IN 2015 - OPLEIDING	Uren per jaar (2015)	NIET-DECLARABELE TUD	Uren per jaar (2015)	
MB.SF.AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	-	
PB.BG.gzpsy	Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	-	
OV.SP.kgr	Klinisch geriatr.	-	-	-	-	
PB.SP.klinsp	Klinisch psycholoog	-	-	-	-	
PB.SP.klinneu	Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	-	
MB.SP.psych	Psychiater	-	-	-	-	
PT.BG.psth	Psychotherapeut	-	-	-	-	
VB.SP.vrptsp	Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	-	
MB.BG.basis	Arts (waaronder Aglo/Agriolo)	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.gzkd	GGZ gezondheidskundige	-	-	-	-	
PB.SF.zverig	Overig psychologisch SF	-	-	-	-	
VB.SF.zverig	Overige verpleegkundig SF	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.psy	Psycholoog (geen verdere specialisatie)	-	-	-	-	
VB.BG.vpvtk	Verpleegkundige (art.3)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Op basis van normtijden?		-	-	-	-	

3.3.4 Contracttijd en afwezigheid

Opleiding	Beschrijving	Contracttijd 2015 - opdrachten		Afwezigheid in 2015 - Opleiding		Vrij opmerkingenveld
		Contracttijd 2015 - opdrachten	Uren per jaar (2015)	Afwezigheid in 2015 - Opleiding	Uren per jaar (2015)	
MB.SF.AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	-	
PB.BG.gzpsy	Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	-	
OV.SP.kgr	Klinisch geriatr.	-	-	-	-	
PB.SP.klinsp	Klinisch psycholoog	-	-	-	-	
PB.SP.klinneu	Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	-	
MB.SP.psych	Psychiater	-	-	-	-	
PT.BG.psth	Psychotherapeut	-	-	-	-	
VB.SP.vrptsp	Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	-	
MB.BG.basis	Arts (waaronder Aglo/Agriolo)	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.gzkd	GGZ gezondheidskundige	-	-	-	-	
PB.SF.zverig	Overig psychologisch SF	-	-	-	-	
VB.SF.zverig	Overige verpleegkundig SF	-	-	-	-	
PB.BI.ped	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	-	
PB.BI.psy	Psycholoog (geen verdere specialisatie)	-	-	-	-	
VB.BG.vpvtk	Verpleegkundige (art.3)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Anders, nameijk...	(dropdown menu)	-	-	-	-	
Op basis van normtijden?		-	-	-	-	

Vrij opmerkingenveld

GROSS CHECK	A+B (Zie Figuur 1)	D+E (Zie Figuur 1)	Verschuif (uur)	Verschuif (%)	Productiviteit is:
Arts voor verstandelijk gehandicapten	-	-	-	0%	
Gezondheidszorg (GZ) psycholoog	-	-	-	0%	
Klinisch geriatr.	-	-	-	0%	
Klinisch psycholoog	-	-	-	0%	
Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	0%	
Psychiater	-	-	-	0%	
Psychotherapeut	-	-	-	0%	
Verpleegkundig specialist GGZ	-	-	-	0%	
Arts (waaronder Aglo/Agriolo)	-	-	-	0%	
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	0%	
GGZ gezondheidskundige	-	-	-	0%	
Overig psychologisch SF	-	-	-	0%	
Overige verpleegkundig SF	-	-	-	0%	
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	-	-	-	0%	
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	-	-	-	0%	
Verpleegkundige (art.3)	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	
Anders, nameijk...	-	-	-	0%	

Bijlage IV – Frequently Asked Questions

Voor zowel vrijgevestigde aanbieders als instellingen

Hoe en wanneer lever ik de informatie aan bij de NZa?

Het aanleveren van het digitale aanleversjabloon en de documenten die dienen ter onderbouwing gebeurt via het beveiligde [uitwisselportaal](https://uitwisselportaal.nza.nl) (<https://uitwisselportaal.nza.nl>). Uw gegevens moet u op het portaal aanleveren voor 1 oktober 2016.

Hiervoor ontvang u een **gebruikersnaam en wachtwoord** van **Ecorys**. Bij het inloggen op het beveiligde uitwisselportaal krijgt u ter verificatie een SMS-code toegestuurd. Daarom is het van belang dat u via kostprijzen.ggz@ecorys.com tevens uw 06-nummer aanlevert. Heeft u na het aanleveren van de noodzakelijke gegevens aan kostprijzen.ggz@ecorys.com helaas nog geen gebruikersnaam en wachtwoord ontvangen, neem dan nogmaals contact op met Ecorys.

Hoe werkt het uitwisselportaal?

Via het uitwisselportaal dienen de relevante documenten aangeleverd te worden. Het aanleversjabloon en de bijbehorende toelichting voor vrijgevestigde aanbieders kunt u vinden op <http://werkenmetdbcs.nza.nl/dbc-systematiek-ggz/kostprijsonderzoek-2018/vrijgevestigden/relevante-documenten/menu-ID-3215>. Het aanleversjabloon en de bijbehorende toelichting voor instellingen vindt u op <http://werkenmetdbcs.nza.nl/geestelijke-gezondheidszorg-artikelen/kostprijsonderzoek/instellingen-2/menu-ID-3213>. Tevens vindt u hier een handleiding voor het NZa uitwisselportaal.

Wat gebeurt er als u niet aanlevert?

Als u de gevraagde informatie voor dit kostprijsonderzoek niet, niet op tijd of onvolledig aanlevert, kan de NZa handhaven. Meer informatie hierover vindt u op de website van de NZa: <https://www.nza.nl/organisatie/Handhaving/>.

Wat als ik niet instaat ben wegens aantoonbare overmacht om de gevraagde gegevens (op tijd) aan te leveren?

Wanneer u vanwege aantoonbare overmacht niet in staat bent de gevraagde gegevens (op tijd) aan te leveren, bestaat de mogelijkheid ontheffing of uitstel te vragen voor de verplichte deelname aan het kostprijsonderzoek. Een ontheffingsverzoek of uitstelverzoek moet u richten aan de NZa en bevat een gemotiveerd verzoek met de reden voor het ontheffingsverzoek en onderbouwing hiervan. Een ontheffingsverzoek kunt u uiterlijk op 14 september 2016 indienen. Wij verzoeken u echter, als u indiening van een ontheffingsverzoek overweegt, dit zo spoedig mogelijk te doen. Zonder ontheffing of uitstel bent u verplicht de gevraagde informatie binnen de gestelde termijn op te leveren. U kunt een ontheffingsverzoek of uitstelverzoek per e-mail versturen naar: info@nza.nl.

Over welk jaar moet ik mijn gegevens aanleveren?

Het onderzoek heeft betrekking op het kalenderjaar 2015. We vragen u dan ook uitsluitend het aanleversjabloon in te vullen met de gegevens over 2015. Vrijgevestigde aanbieders verzoeken we ook de jaarrekening en belastingaangifte over 2015 mee te sturen.

Dient op de productiviteitstabbladen het gerealiseerde of begrote aantal uren ingevuld te worden?

Op de productiviteitstabbladen dient u de gerealiseerde tijdsbesteding in 2015 in te vullen.

Waar dien ik de tijd in te vullen die ik besteed heb aan administratieve verplichtingen ten gevolge van wetgeving?

De uren die u in 2015 besteed hebt aan administratieve verplichtingen ten gevolge van de Zvw, zoals bijvoorbeeld contractering en materiele controles, kunt u invullen onder de post 'overig niet-declarabel'.

Moet het 'MVO tabblad' voor alle opleidingen binnen de instellingen ingevuld worden, of alleen voor de opleidingen waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage wordt ontvangen?

Het 'MVO tabblad' moet worden ingevuld voor alle opleidingen, óók voor degene die geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangen.

Dient de tijdsbesteding van de MVO opleiders en opleidingen zowel in tabblad 3,1 (a, b, c) als in tabbladen 3,2 en 3,3 ingevuld te worden?

Nee, de tijdsbesteding van MVO opleiders en opleidingen dient alleen ingevuld te worden in respectievelijk tabbladen 3,2 en 3,3. Deze behandelingen dienen uitgesloten te worden bij het invullen van tabblad 3,1 (a, b, en/of c). De uitgevraagde 'begeleiding bij opleiding' op dat tabblad betreft opleidingen niet zijnde MVO.

Hoe om te gaan met het feit dat contracttijd gecorrigeerd is voor onbetaald ouderschapsverlof?

Indien binnen uw praktijk of instellingen de contracttijden gecorrigeerd zijn voor onbetaald ouderschapsverlof verzoeken wij u om dit aan te geven in het opmerkingenveld.

Dien ik bij de vragen over het aantal patiënten tevens gegevens in te vullen over het aantal patiënten in de langdurige GGZ in te vullen?

Nee, dit is niet noodzakelijk. De uitvraag spits zich toe op de gespecialiseerde GGZ (g-GGZ) en de generalistische-basis GGZ (gb-GGZ).

Wat dien ik in de vullen bij openstaande dbc/prestaties/dbbc's wanneer deze uit 2014 dateren of doorlopen in 2016?

Wij vragen u hoe lang de door de instelling/praktijk geregistreerde dbc's/prestaties/dbbc's gemiddeld open stonden in het kalenderjaar 2015, ongeacht wanneer deze geopend zijn of afgesloten worden. Een uit 2014 daterende dbc die nog steeds geopend is in 2015 is dus relevant en dient meegenomen te worden in de gemiddelde doorlooptijd.

Alleen voor instellingen

Onvolkomenheden aanleversjabloon instellingen:

De cross-checks binnen tabbladen 3,1a t/m 3,1c werken niet op de juiste manier. Door het ontbreken van een post (onder ervaringsdeskundige) loopt de cross-check scheef vanaf dit punt. Foutcode binnen tabblad 2, 2,1,3, vragen 1a, 1b en IV. De limiet voor het aantal in te vullen patiënten is ingesteld op 1000. Wanneer u bij deze vragen een getal groter dan 1000 in dient te vullen, doe dit a.u.b., in het opmerkingenveld.

Wat wordt er verstaan onder 'prestaties' (tabblad 2, vraag III,b, 2,1,3)?

Prestaties hebben betrekking op de generalistische basis ggz, dbc's op g-ggz en dbbc's op de FZ.

Wat wordt er verstaan onder 'activiteiten onder andere financieringsstromen'?

Onder activiteiten onder andere financieringsstromen verstaan we activiteiten gefinancierd vanuit: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet (Jw) en overige prestaties (OVP/OZP) en eigen betalingen voor onverzekerde zorg. Daarnaast vallen ook de zorg aan asielzoekers, militairen, gemoedsbezwaarden en gedetineerden onder zorg onder andere financieringsstromen, EVBG valt ook onder andere financieringsstromen (geen onderdeel van het dbbc-tarief). In de nieuwe tariefbeschikking staat een aantal andere overige zorgproducten, zoals ECT, methadonverstrekking en forensische psychiatrisch toezicht welke allemaal geen onderdeel zijn van het dbbc-tarief.

https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_REG_17601_01_Forensische_zorg_2017.pdf

Welke tabbladen onder productiviteit 3,1 dien ik in te vullen?

Indien de omvang van de Zvw-zorg in 2015 meer dan 20% van de omzet was en u geen FZ aanbod, wordt u gevraagd om de tijdsbesteding van de GGZ behandelaren in dat jaar in tabblad 3,1a in te vullen (tabbladen 3,1b en 3,1c kunt u overslaan).

Indien u in 2015 FZ aanbod en het aandeel van de Zvw-zorg minder was dan 20% wordt u gevraagd tabblad 3,1b in te vullen (tabbladen 3,1a en 3,1c kunt u overslaan).

Indien de omvang van de Zvw-zorg in 2015 meer dan 20% van de omzet was en u ook FZ aanbod wordt u gevraagd tabblad 3,1c in te vullen (tabbladen 3,1a en 3,1b kunt u overslaan).

Alleen voor vrijgevestigde aanbieders

Wat te doen als mijn jaarrekening/belastingaangifte over 2015 nog niet gereed is?

Wanneer u nog niet beschikt over de jaarrekening/belastingaangifte voor 2015 dan vragen wij u het sjabloon in te vullen op basis van de onderliggende gegevens met betrekking tot de kosten en balans van uw praktijk. Daarnaast vragen wij u de meest recente bewijsstukken mee te sturen. Wij realiseren ons dat hieruit afwijkingen kunnen blijken. U kunt bij het "vrije opmerkingenveld" aangeven wat de reden is voor het meesturen van oudere bewijsstukken, bijvoorbeeld omdat gegevens uit andere jaren niet beschikbaar zijn.

Wat wordt er verstaan onder 'eigen betalingen' (tabblad 2 vrijgevestigden, vraag VIc, 2,1,2)?

Het gaat hier om verzekerde zorg (Zvw-zorg) die door de patiënt zelf betaald wordt. Dit kan zijn omdat het niet-gecontracteerd is dan wel omdat de patiënt er voor kiest het zelf te betalen en niet te declareren.

Bijlage V – Verificatiegesprekken

Aantal uitgevoerde gesprekken:

- 10 instellingen,
- 5 vrijgevestigde praktijken.

Belangrijkste bevindingen

Declarabele uren en productiviteitscijfers

- Aanbieders herkennen zich in de kengetallen voor hun praktijk/instelling en hoe die zich verhouden tot het gemiddelde.
 - Aanbieders herkennen het aantal declarabele uren, zowel voor de Zvw-zorg, fz, als de andere financieringsstromen. Dit was goed uit de systemen te halen. De percentages waren over het algemeen wel herkenbaar, maar hier spelen definitieverschillen een rol.
 - Productiviteit in FPC's is lager dan in de gemiddelde fz-instellingen en dit beeld wordt ook herkend, mede doordat er in FPC's relatief veel niet-declarabele tijd besteed wordt aan bijvoorbeeld kennisdeling, onderzoek, reistijden binnen de AGB code en naar transmurale zorgplekken, en benodigde tijd voor teamgesprekken. Daarnaast heeft ook het werk met speciale doelgroepen, denk aan EVBG patiënten, en hoog-complexe zorgvragen een drukkend effect op de productiviteit.
 - Behandelaren die tevens werkzaam zijn in de crisisdienst hebben een drukkend effect op de declarabiliteit van een afdeling.
- Instellingen sturen op normen voor productiviteit (%) of declarabiliteit (uren).
 - Rubricering zoals gehanteerd in het sjabloon wordt door de aanbieders herkend. Beschikbare tijd wordt in de meeste instellingen/praktijken berekend als: contracttijd – norm voor ziekte en verlof – taken anders dan behandelen (denk bijvoorbeeld aan management, administratie, MVO, onderzoek, projectmatig werk).
 - Er zijn instellingen die de focus leggen op productiviteitsnormen voor teams. Hierbij zal in de praktijk binnen teams gecompenseerd worden voor behandelaren die veel niet-declarabele werkzaamheden op zich hebben genomen, zoals management taken of OR taken.
 - Instellingen gaan op verschillende manieren om met extra functies van behandelaren, zoals management en opleidingstaken. Binnen sommige instellingen is er voor de managementtaken een aparte aanstelling, terwijl in andere instellingen een correctie wordt toegepast op de interne normen voor declarabele uren, dan wel productiviteit, om rekening te houden met deze taken.
- Afgelopen jaren is, zeker binnen instellingen, sterk gestuurd op het verhogen van productiviteit/declarabiliteit. Als gevolg hiervan is de productiviteit/declarabiliteit in de meeste gevallen ook toegenomen.
 - Dit komt deels door efficiency winsten en deels door het terugdringen van onder-registratie; na invoering van de nieuwe DBC-systematiek verschoof de focus in de registratie van contactmomenten naar uren. Voornamelijk voor de indirect patiëntgebonden tijd heeft onder-registratie plaatsgevonden. In de begin jaren van de nieuwe DBC-systematiek heeft het tijd gekost voor behandelaren om te wennen aan het systeem van uren registratie in plaats van contactregistratie. Voor veel instellingen blijkt dat de discipline en kwaliteit van registreren verschilt, bijvoorbeeld als gevolg van wijzigingen in registratiesystemen en deadlines voor sturing op tijdschrijven.
 - Deels komt de productiviteitsstijging door sterke sturing door het management en het wekelijks inzichtelijk maken van productiviteitscijfers tot op behandelaarsniveau in het geval van sommige instellingen.

- Instellingen geven veelal aan inmiddels op een stabiel productiviteitsniveau beland te zijn en niet veel verbeteringen meer te verwachten in de komende jaren. Daarnaast geven instellingen aan dat vanwege de systematiek het niet altijd loont om veel productiever te zijn ten opzichte van het gemiddelde in de sector, in verband met de bandbreedtes van de dbc's.

Verschillen in aantal niet-declarabele uren

- Aanbieders met meerdere locaties – of uitgestrekte locaties zoals FPC's – hebben relatief veel niet-patiëntgebonden reistijd, wat allemaal niet-declarabele tijd is. Dit geldt ook voor aanbieders die een specifieke cliëntgroep behandelen waardoor ze het hele land door moeten of transmurale patiënten hebben.
- Andere verschillen zijn bijvoorbeeld specifiek onderzoek op het gebied van de specialisatie van behandeling of het ontwikkelen van zorgpaden, zowel voor instellingen als vrijgevestigden.
- Variatie in het aandeel niet-declarabele tijd voor vrijgevestigden is mogelijk deels te verklaren door of men al dan niet een ander dienstverband heeft; wanneer behandelaren tevens in een instelling werkzaam zijn zullen veel niet-declarabele activiteiten (bijvoorbeeld opleiding en intervisie) gedurende dat dienstverband plaatsvinden.

Andere financieringsstromen

- De meeste aanbieders geven aan dat de declarabele uren voor andere financieringsstromen veelal wel geregistreerd worden. De verdeling van niet-declarabele uren over de financieringsstromen is echter vaak niet geregistreerd – er is vaak geen integrale urenverantwoording - en daarom is er in het sjabloon veelal een verdeelsleutel gebruikt op basis van de verhoudingen tussen financieringsstromen in de declarabele tijd.
- Als voorbeeld worden vaak klinische behandelaren aangehaald die in hun werkzaamheden diverse patiënten behandelen en die op een afdeling geen onderscheid kunnen maken tussen een “Zvw bed”, dan wel een “andere financieringsstromen bed”.

VOV personeel met duale functie

Het sjabloon was lastig in te vullen voor de verschillende typen verpleegkundigen, SPHers en SPVers die zowel als behandelaar als in de kliniek werken. De verhouding van deze werkzaamheden wordt niet geregistreerd waardoor het lastig is om de juiste tijdbesteding in te vullen. Meerdere instellingen hebben aangegeven dat de cijfers met veel voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden vanwege de onzekerheden en dat het meenemen van deze beroepsgroepen in het onderzoek mogelijk moet worden heroverwogen – er bestaat het risico dat het meenemen van deze beroepen het beeld vertekent.

MVO

- Tijdsbesteding van opleiders en opleidingen wordt in de meeste instellingen niet goed geregistreerd. Instellingen geven aan dat er vele onzekerheden in de cijfers zitten.
- De tijdsbesteding van opleidingen is doorgaans beter in kaart te brengen dan voor opleiders. Voor opleidingen wordt het opleidingsgedeelte van hun dienstverband over het algemeen namelijk als aparte functie aangemerkt. Voor opleiders is dit niet het geval.
- Daarentegen is het uit sommige systemen binnen instellingen moeilijk te achterhalen wanneer een opleiding van functie is veranderd (binnen één jaar) wat gevolg kan hebben op de productiviteitscijfers, omdat HR administratie systemen niet aansluiten met declaratiesystemen.

Indirect patiëntgebonden tijd

- Er is de druk, mede vanuit verzekeraars, om de verhouding direct/indirect patiëntgebonden tijd te verhogen.
- Indirect patiëntgebonden tijd is over het algemeen aanzienlijk hoger in de fz dan in de curatieve ggz als gevolg van o.a. eisen voor verslaglegging en bijwonen van zittingen.

- Binnen veel instellingen en praktijken, komt de focus, nu productiviteit min of meer gestabiliseerd is, te liggen op de verhouding direct/indirect patiëntgebonden tijd; deze ligt nu veelal rond de 50/50 in de curatieve ggz en het doel is het aandeel direct patiëntgebonden tijd te verhogen.

Administratieve lasten

- Aanbieders – zowel instellingen als praktijken – ervaren de afgelopen jaren toenemende administratieve lasten als gevolg van o.a. contractering met zorgverzekeraars, registreren van omzetplafonds, ROM, communicatie met en opleiding van andere zorgverleners (bijv. huisartsen en instellingen), het optuigen van kwaliteitsstandaarden, complexere DBC- en declaratiesystematiek.
 - Er is veel frustratie over de toename in deze lasten omdat deze ten koste gaan van beschikbare tijd voor behandeling en niet alle lasten direct tot een verbetering van (inzicht in) de kwaliteit van zorg leiden.
 - Veel van de administratieve taken moeten uitgevoerd worden ongeacht het aantal FTE of patiënten, waardoor dit bij solopraktijken en kleine instellingen naar verhouding het meest op de productiviteit zal drukken.
- Een deel van de administratieve taken, alsmede indirect patiëntgebonden taken, worden in sommige instellingen en praktijken uitgevoerd door bijvoorbeeld een back-office, secretariaat, niet-tijdschrijvende beroepen, of ingehuurde ondersteuning. De tijd besteed aan administratie binnen de instelling/praktijk is daarmee in werkelijkheid hoger dan in het sjabloon terugkomt; daar staat immers alleen de tijdsbesteding van tijdschrijvende beroepen in.
- Sommige praktijken/instellingen maken gebruik van sterk gepersonaliseerde en geprotocolleerde automatiseringssystemen, waardoor de administratieve lasten verlaagd worden en efficiëntie slagen gemaakt zijn. Middels automatiseringsprocessen is het voor sommige praktijken/instellingen mogelijk om de directe patiëntgebonden tijd voor behandelaars te verhogen en tegelijkertijd de secretariële ondersteuning af te bouwen.

Management taken

- Alle partijen geven aan geen indirect patiëntgebonden tijd meegenomen te hebben bij het schrijven van tijdsbesteding aan management taken.
- Instellingen verschillen de verdeling van management taken onder hun werknemers. Sommige instellingen hebben managementlagen wegbezuinigd. Andere combineren behandelaars taken met managementtaken, terwijl er ook instellingen zijn waarbij de managers geen enkele behandelaars taak op zich nemen.

Ambulantisering

- Alle instellingen geven aan dat ambulantisering niet echt effect heeft gehad op de productiviteit, maar mogelijk wel op de formaties binnen de instelling.

Over Ecorys

Ecorys is een toonaangevend internationaal onderzoeks- en adviesbureau dat zich richt op de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen. Door middel van uitmuntend, op onderzoek gebaseerd advies, helpen wij publieke en private klanten bij het maken en uitvoeren van gefundeerde beslissingen die leiden tot een betere samenleving. Wij helpen opdrachtgevers met grondige analyses, inspirerende ideeën en praktische oplossingen voor complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken.

Onze bedrijfsgeschiedenis begon in 1929, toen een aantal Nederlandse zakenlieden van wat nu beter bekend is als de Erasmus Universiteit, het Nederlands Economisch Instituut (NEI) oprichtten. Het doel van dit gerenommeerde instituut was om een brug te slaan tussen het bedrijfsleven en de wereld van economisch onderzoek. Het NEI is in 2000 uitgegroeid tot Ecorys.

Door de jaren heen heeft Ecorys zich verspreid over de wereld met kantoren in Europa, Afrika, het Midden-Oosten en Azië. Wij werven personeel met verschillende culturele achtergronden en expertises, omdat wij ervan overtuigd zijn dat mensen met uiteenlopende eigenschappen een meerwaarde kunnen bieden voor ons bedrijf en onze klanten.

Ecorys excelleert in zes werkgebieden:

- transport en mobiliteit;
- economie en innovatie;
- energie, water en klimaat;
- regionale ontwikkeling;
- overheidsfinanciën;
- gezondheid en onderwijs.

Ecorys biedt een duidelijk aanbod aan producten en diensten:

- voorbereiding en formulering van beleid;
- programmamanagement;
- communicatie;
- capaciteitsopbouw (overheden);
- monitoring en evaluatie.

Wij hechten waarde aan onze onafhankelijkheid, onze integriteit en onze partners. Ecorys geeft om het milieu en heeft een actief maatschappelijk verantwoord ondernemingsbeleid, gericht op meerwaarde voor de samenleving en de markt. Ecorys is in het bezit van een ISO14001-certificaat dat wordt ondersteund door al onze medewerkers.

Wij kijken ernaar uit om samen te werken en bij te dragen aan onze gezamenlijke toekomst.

Manon Janssen,
Chief Executive Officer & Chair of the Board of Management



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

Sound analysis, inspiring ideas



W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas