Bijlage 3

Leeswijzer voor de financiële paragraaf bij de Generieke Module Acute Psychiatrie

In voorliggende bijlage vindt u de door SiRM berekende indicatie van de landelijk verwachte directe meerkosten voor het uitvoeren van de crisiszorg na invoering van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP). Op verzoek van Akwa GGZ is deze indicatie samen met een concretisering van de normen in de GMAP opgesteld om in te schatten of de invoering van de GMAP tot directe substantiële meerkosten gaat leiden. Vervolgens is op verzoek van het Zorginstituut Nederland door de Nederlandse Zorgautoriteit een Budget Impact Analyse (BIA) uitgevoerd.

Een belangrijk verschil met de BIA is dat SiRM geen uitspraak doet over de mate waarin de voor crisiszorg ingezette capaciteit momenteel adequaat gefinancierd wordt. Dat wil zeggen dat in deze bijlage geen rekening gehouden wordt met de mate waarin huidige afgesproken tarieven adequaat zijn voor het leveren van crisiszorg. Er is dus niet onderzocht of bij de financiering van crisiszorg in de eerste 72 uur, voldoende rekening gehouden wordt met de kosten van beschikbaarheid. Daarnaast houdt SiRM in bij het bepalen van de meerkosten geen rekening met de implicaties van de introductie van een nieuw bekostigingssysteem gebaseerd op beschikbaarheid. De resultaten in de financiële paragraaf reflecteren daarmee een indicatie, en nadrukkelijk geen exacte berekening, van de verwachte directe meerkosten voor invoering van de GMAP, waarin eventuele meerkosten voor verandering in bekostigingssystematiek en kostprijzen niet zijn opgenomen.

SiRM baseerde haar inschatting op de door GGZ NL aangeleverde data uit de 28 regio's waar vanuit de acute psychiatrie is georganiseerd. Ontbrekende data werden vervangen door gemiddelden (waar relevant gewogen voor inwoneraantallen). SiRM ging er van uit dat elke regio eigenstandig aan de gestelde GMAP normen dient te (gaan) voldoen[1] en dat het aantal personen dat een beroep doet op crisiszorg gelijk blijft aan de huidige inschattingen. Meerkosten werden berekend als directe meerkosten (exclusief overhead). Indien er geen aanleiding was om te vooronderstellen dat momenteel niet aan de norm wordt voldaan, werden door SiRM geen meerkosten berekend.

[1] De effecten van de GMAP worden per regio bepaald. In de gepresenteerde analyse is geen data opgenomen over crisiszorg door verslavingszorginstellingen, PAAZ-en en PUK-en. Er wordt vanuit gegaan dat de normen in de GMAP voor bovengenoemde typen instellingen geen directe veranderingen in de uitvoering van zorg met zich meebrengen. De veranderingen door invoering van de GMAP worden berekend op basis van de kenmerken per regio (en niet aan de hand van het aantal of type instellingen).

Bijlage 4 – De financiële paragraaf

Inleiding

Voor het indienen van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) geven we een indicatie van de landelijk verwachte meerkosten voor het uitvoeren van de crisiszorg na invoering van de GMAP. Voor deze inschatting wordt uitgegaan van de situatie waarbij in Nederland vanuit 28 regio's de uitvoering van de acute psychiatrie conform de omschrijving in de GMAP georganiseerd is.

Voor het bepalen van onze inschatting hanteren wij de volgende uitgangspunten:
- In Nederland wordt de Acute Psychiatrie beschikbaar gesteld en geleverd vanuit 28 regio's.
- Iedere regio dient eigenstandig aan de gestelde GMAP normen te (gaan) voldoen[2].
- Voor het berekenen van de inschatting zijn het aantal meldingen, aantal beoordelingen en het type vervolgzorg na beoordeling gelijk gehouden aan de huidige inschattingen over geleverde acute crisiszorg.
- We maken landelijk inzichtelijk wat extra nodig is aan personeel en bedden om aan de normen in de GMAP te voldoen. We berekenen hiervoor of er directe meerkosten (exclusief overhead) zijn voor de eventuele extra benodigde capaciteit. Indien reeds aan normen wordt voldaan, berekenen we hiervoor geen meerkosten.
- Wij doen geen uitspraak of de voor crisiszorg ingezette capaciteit momenteel adequaat gefinancierd wordt, dat wil zeggen, dat rekening gehouden wordt met de juiste kostprijzen en beschikbaarheid (dit vormt onderdeel van de implicaties van nieuw bekostigingssysteem).
- Bij het bepalen van de meerkosten wordt geen rekening gehouden met de implicaties van de introductie van een nieuw bekostigingssysteem voor de acute psychiatrie.
- Indien de data van een regio ontbreken of onvolledig zijn, zijn op basis van gemiddelde uitkomsten de ontbrekende data toegevoegd.

Voor het inschatten van de financiële implicaties en knelpunten maken wij onderscheid tussen de geconcretiseerde GMAP normen betreffende de volgende onderwerpen:
- Triage (norm 1 en 2)
- Beoordelen (norm 3 t/m 8)
- Crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling (norm 9 en 10)

---

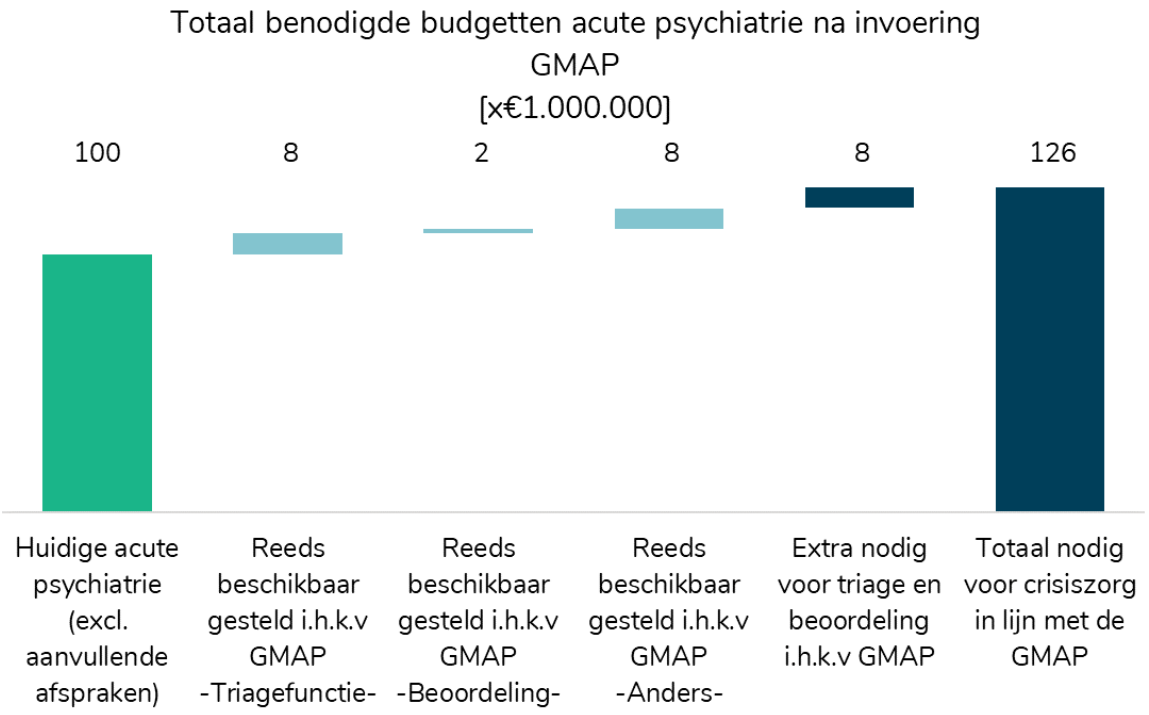
[2] De effecten van de GMAP worden per regio bepaald. In de gepresenteerde analyse is geen data opgenomen over crisiszorg door verslavingszorginstellingen, PAAZ-en en PUK-en. Er wordt vanuit gegaan dat de normen in de GMAP voor bovengenoemde typen instellingen geen directe veranderingen in de uitvoering van zorg met zich meebrengen. De veranderingen door invoering van de GMAP worden berekend per regio (en niet aan de hand van het aantal of type instellingen).

Per onderwerp schatten wij de implicaties in op basis van de geconcretiseerde norm (of combinatie van aan het onderwerp gerelateerde normen), vergeleken met het huidige zorgaanbod en reeds in 2019 ingezette financiële middelen. In dit document lichten wij onze inschatting voor het totaal en per onderwerp toe. In bijlage I zijn de gehanteerde rekenregels opgenomen.

Voor uitvoeren van crisiszorg in lijn met de GMAP is in totaal naar schatting € 126 miljoen nodig

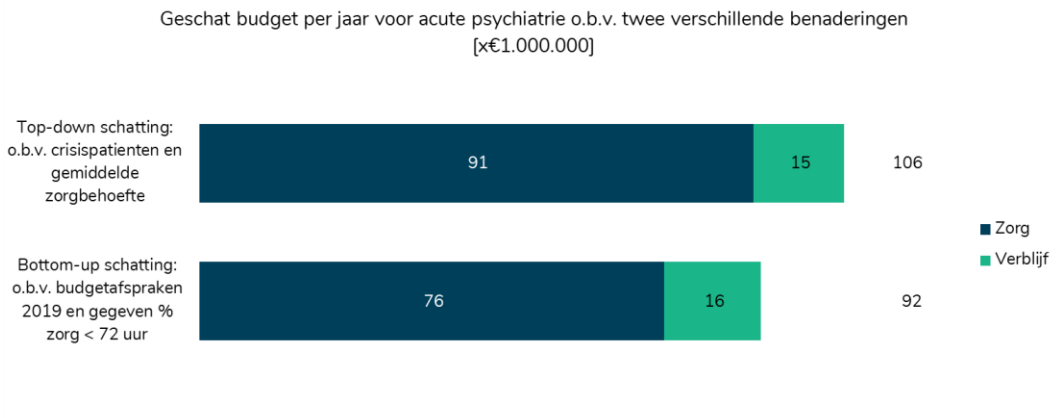
Voor het uitvoeren van crisiszorg in lijn met de GMAP is in totaal naar schatting € 126 miljoen nodig (zie Figuur 1). In Nederland wordt jaarlijks circa € 100 miljoen uitgegeven aan de acute psychiatrie (zie voor onderbouwing Figuur 2). Om de crisiszorg in lijn met de normen in de GMAP te brengen is naar schatting minimaal € 26 miljoen extra nodig. Dit betekent dat er minimaal € 8 miljoen extra financiering nodig is voor directe personele kosten[3], bovenop de € 18 miljoen die voor 2019 reeds beschikbaar is gesteld voor crisiszorg vooruitlopend op de invoering van de GMAP.

Op basis van beschikbare gegevens en expert interviews kunnen we niet bepalen of er meerkosten zijn verbonden aan het voldoen aan de GMAP normen over beoordelingslocaties en het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling. De huidige schatting van het totaal extra benodigde budget voor crisiszorg in lijn met de GMAP is hiermee mogelijk een onderschatting.



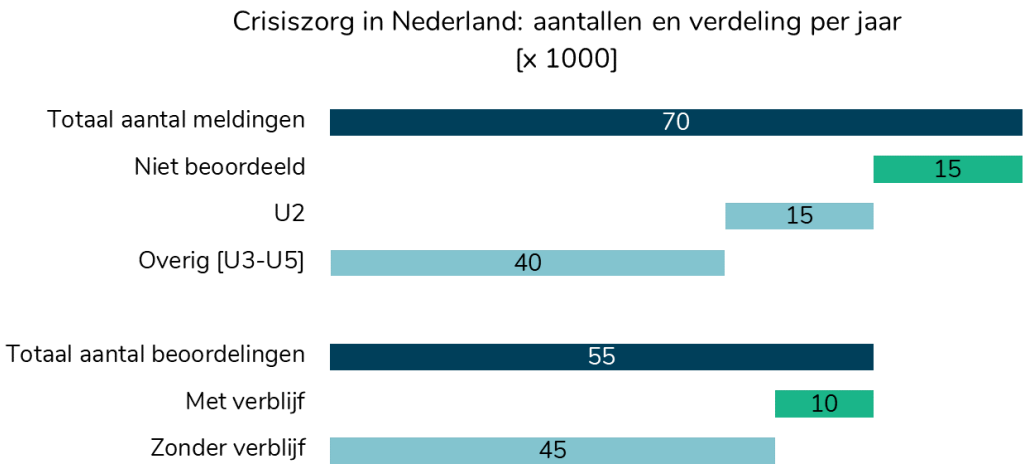
Figuur 1. Voor de acute psychiatrie is na invoering van de GMAP naar schatting € 8 miljoen extra nodig, naast de € 100 miljoen voor reguliere crisiszorg en de reeds beschikbaar gestelde € 18 miljoen in het kader van de GMAP.

[3] Opslagen voor overhead en additionele materiele kosten zijn niet opgenomen in de berekende meerkosten



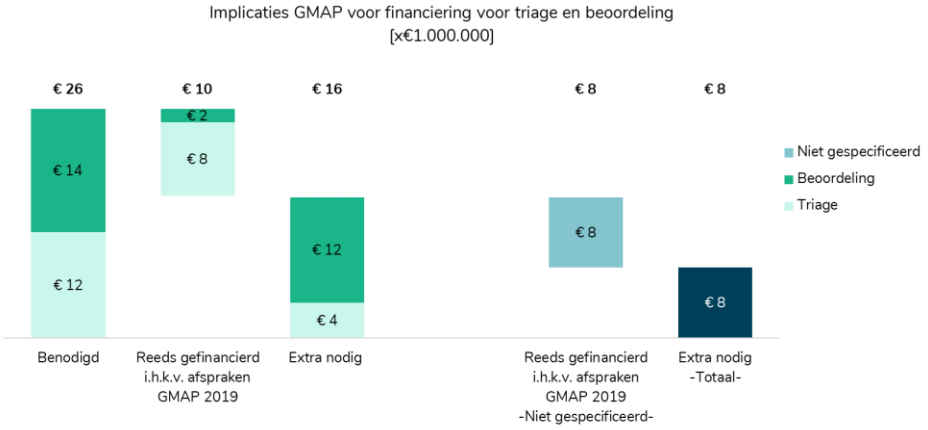
Figuur 2. Jaarlijks geven we in Nederland naar schatting € 100 miljoen uit aan crisiszorg in de acute psychiatrie inclusief de crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling.

In Figuur 2 is te zien dat jaarlijks naar schatting € 100 wordt uitgegeven aan crisiszorg in de acute psychiatrie (voor een toelichting op de benadering bij de top-down en bottom-up schattingen, zie Tabel 3 en 4 in de bijlage). Bij het bepalen van de benodigde bezetting voor de triagefunctie en beoordeling gaan wij uit van de landelijke volumes voor crisiszorg. In Figuur 3 is zichtbaar dat in Nederland jaarlijks ca. 70.000 meldingen voor de acute psychiatrie binnenkomen. Grofweg 20% van deze meldingen betreft een urgente melding die binnen een uur gezien moet worden (U2). In totaal vinden er jaarlijks 55.000 beoordelingen plaats van personen in crisis. Hiervan worden na beoordeling jaarlijks naar schatting 10.000 personen opgenomen in een ggz-instelling.



Figuur 3. Crisiszorg in Nederland – Inschatting aantal personen in crisis en verdeling o.b.v. extrapolatie van aangeleverde realisatiedata 2018

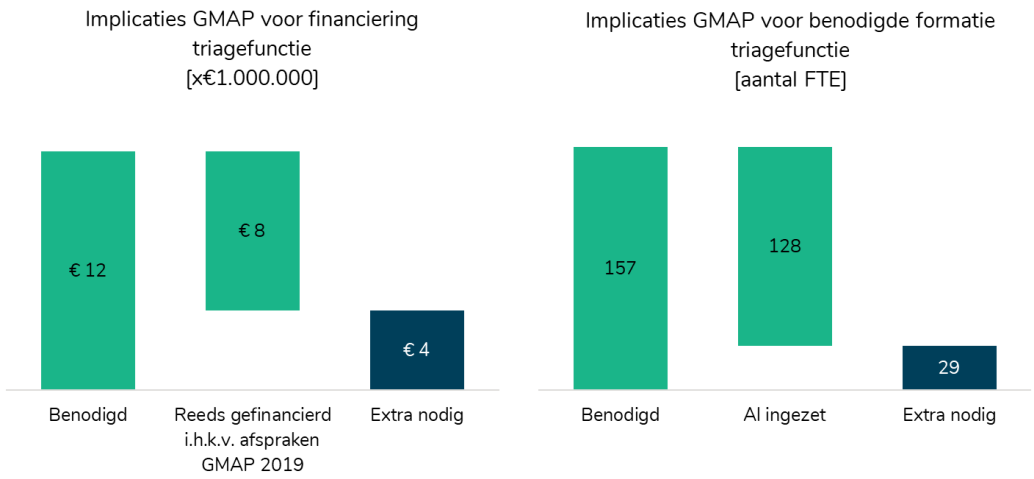
Het uitvoeren van de triagefunctie en beoordeling in lijn met de GMAP leidt naar schatting tot € 8 miljoen meerkosten bovenop bestaande afspraken in het kader van de GMAP



Figuur 4. De invoering van de GMAP leidt naar schatting tot € 8 miljoen aan meerkosten voor de inrichting van de triagefunctie en het inrichten van beoordelingsteams voor tijdige en duale beoordeling.

Bij het ramen van de totale meerkosten voor crisiszorg na invoering van de GMAP verminderen we de totaal benodigde bedragen voor het invullen van de triagefunctie en het aanvullen van bestaande beoordelingsteams met de extra afspraken 2019 voor zorg in het kader van de GMAP. Hierdoor komt het totaal extra benodigde budget voor crisiszorg in het kader van de GMAP op € 8 miljoen. Dit bedrag is lager dan het totaal benodigde budget voor triage en beoordeling (€ 16 miljoen), omdat de meerkosten voor triage en beoordeling zijn verminderd met het reeds beschikbare budget voor zorg in het kader van de GMAP voor overige zorg (‘Niet gespecificeerd’). Het is mogelijk dat er naast de hierboven genoemde € 8 miljoen die is gebaseerd op de meerkosten voor triage en beoordeling, ook meerkosten zijn voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling. Een analyse van de potentiele meerkosten voor de zorgfunctie is op basis van de beschikbare data niet goed mogelijk. Dit lichten wij hieronder nader toe.

We ramen de meerkosten voor de ggz-triagefunctie in lijn met de GMAP op € 4 miljoen



Figuur 5. Voor de triagefunctie is naar schatting € 4 miljoen extra nodig en zijn naar schatting 29 FTE aan HBO verpleegkundigen extra nodig.

Op landelijk niveau is € 4 miljoen extra nodig voor de inrichting van de ggz-triagefunctie in lijn met de GMAP. De berekening van de meerkosten is gebaseerd op de volgende twee normen:

1. De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage.
2. De ggz-triagist is een BIG geregistreerd verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denkniveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de ggz-triagewijzer te hanteren.

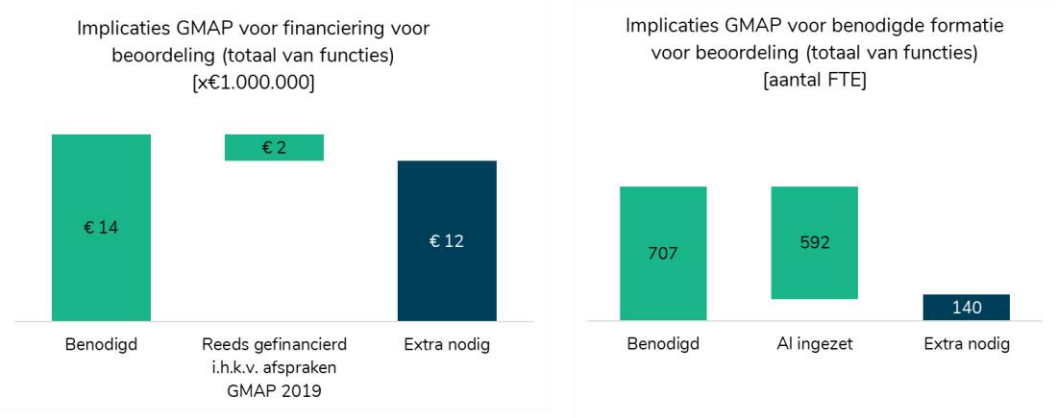
Gegeven het gerapporteerde aantal meldingen per regio in de aangeleverde data en de gemodelleerde spreiding van de meldingen in de tijd (zie Figuur 9 in de bijlage), bepalen we per regio of een enkele bezetting volstaat voor de triagefunctie. Dit is in elke aangeleverde regio het geval: het gemiddelde gemodelleerd aantal meldingen per dienst is in elke regio kleiner dan tien per dienst. Op basis van het aantal opgegeven meldingen en de gemiddelde duur van een telefonische triage lijkt één triagist in principe in staat om de meldingen te verwerken.

Voor 24/7 beschikbaarheid van de triagefunctie rekenen we per regio op 5,7 FTE (zie Tabel 4 in de bijlage). Op landelijk niveau komt dit neer op 157 FTE. Op basis van de aangeleverde data wordt er op landelijk niveau reeds 128 FTE ingezet voor de triagefunctie. Dit betekent dat er op landelijk niveau nog 29 FTE extra nodig is aan HBO-verpleegkundigen voor de ggz-triagefunctie.

Gegeven de gehanteerde tarieven voor een HBO-opgeleid verpleegkundige (zie tabel 3 in de bijlage), is op landelijk niveau in totaal € 12 miljoen nodig voor het inrichten van de triagefunctie (zie Figuur 5). Van de huidige budgetafspraken in het kader van de GMAP is € 8 miljoen specifiek toegewezen aan de triagefunctie. De meerkosten

voor triage worden verminderd met dit reeds beschikbaar gestelde bedrag voor triage. Bovenop het voor 2019 reeds beschikbaar gestelde budget is structureel nog € 4 miljoen extra nodig voor de triagefunctie in lijn met de GMAP.

We ramen de meerkosten voor duale en tijdige beoordeling in lijn met de GMAP op € 12 miljoen



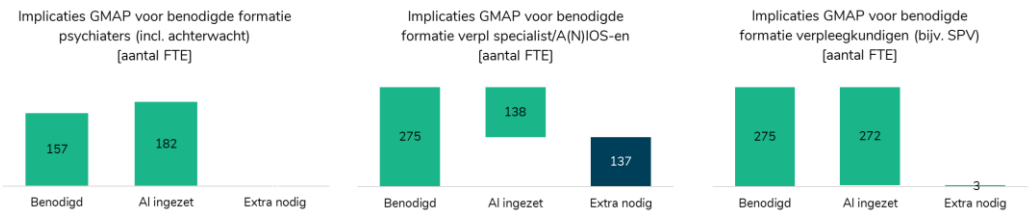
Figuur 6. Voor beoordeling is naar schatting € 12 miljoen extra nodig en is naar schatting 140 FTE extra nodig

Op landelijk niveau is € 12 miljoen extra nodig om voldoende beoordelingsteams per regio in te zetten voor duale en tijdige beoordeling. De berekening van de meerkosten voor beoordeling in lijn met de GMAP is gebaseerd op de volgende drie normen:

3. De beoordeling vindt duaal plaats.* Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Dit team bestaat uit twee van de volgende disciplines: Een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV), een A(N)IOS, verpleegkundig specialist GGZ en/of psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld.
4. Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het duale team nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is.
5. Bij ten minste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken wordt de crisisbeoordeling binnen één uur na de psychiatrische triage gestart. Voor personen met U3 geldt dat bij tenminste 90% binnen vier uur de crisisbeoordeling gestart is.

Gegeven het aantal gerapporteerde of gemodelleerde (bij gebrek aan aangeleverde gegevens) crisisbeoordelingen per regio en de gemodelleerde spreiding van de beoordelingen in de tijd (zie Figuur 9 in de bijlage), bepalen we per regio hoeveel beoordelingsteams er moeten worden ingezet. Om aan de norm omtrent tijdige beoordeling van U2 en U3 meldingen te kunnen voldoen, hanteren we de vuistregel dat een beoordelingsteam niet meer dan 50% van haar dienst (4 van 8 uur) bezig mag zijn met het uitvoeren van een beoordeling of reistijd (zie Tabel 3 in de bijlage voor de gehanteerde duur van een beoordeling en de gemiddelde reistijd per beoordeling).

Indien een beoordelingsteam gemiddeld meer dan 50% nodig heeft voor het aantal beoordelingen plus reistijd in haar regio, wordt opgeschaald met een extra team. Voor het extra team geldt dezelfde regel: als dit team gemiddeld meer dan 50% nodig heeft voor het aantal beoordelingen plus reistijd in haar regio wordt opgeschaald met een extra team, enzovoorts.[4] Aan de hand van deze methode bepalen we hoeveel teams er aanwezig dienen te zijn per diensttype (vroeg/laat/nacht doordeweeks en in het weekend) en vertalen we de hoeveelheid benodigde teams per diensttype naar de hoeveelheid benodigde bezetting voor het inrichten van de beoordelingsfunctie in FTE per functie.



Figuur 7. Voor beoordeling zijn met name extra A(N)IOS-en/verpleegkundig specialisten nodig.

Voor de bezetting van het duale beoordelingsteam gaan we uit van de eerste norm hierboven en bestaat dit team uit een A(N)IOS/verpleegkundig specialist en een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante scholing (bijvoorbeeld een SPV). Daarnaast is in elke regio een psychiater aanwezig (fysiek of in de achterwacht). In de praktijk zijn met name extra A(N)IOS-en en verpleegkundig specialisten nodig voor het inrichten van de duale beoordelingsteams conform de GMAP normen (zie Figuur 7).

Gegeven de gehanteerde tarieven voor een A(N)IOS-, verpleegkundig specialist en HBO-opgeleid verpleegkundige (zie tabel 3 in de bijlage), is op landelijk niveau in totaal € 14 miljoen nodig voor het aanvullen van de beoordelingsteams (zie Figuur 6). Van de huidige budgetafspraken in het kader van de GMAP is € 2 miljoen specifiek toegewezen aan beoordeling. De meerkosten voor beoordeling worden verminderd met dit reeds beschikbaar gestelde bedrag. Bovenop het voor 2019 reeds beschikbaar gestelde budget is structureel nog € 12 miljoen extra nodig voor het aanvullen van de beoordelingsteams in lijn met de GMAP.

[4] Om in te schatten of tijdig kan worden beoordeeld gegeven een bepaalde bezetting, is het aantal U2 meldingen en de kans dat er meerdere U2 meldingen tegelijk komen een belangrijke factor. Idealiter baseren we de vuistregel voor opschalen van beoordelingsteam daarom (mede) op een realistische inschatting van de kans van twee gelijktijdige U2 meldingen. Het is gegeven de lage aantallen U2 meldingen per regio (en de grote betrouwbaarheidsintervallen die ontstaan bij het bepalen van de kans op twee gelijktijdige U2 meldingen), echter moeilijk om een bruikbare schatting te geven van de kans op een gelijktijdige U2 melding. Om deze reden hanteren wij in plaats hiervan de vuistregel dat het beoordelingsteam niet meer dan 50% van haar tijd bezig mag zijn om flexibel inzetbaar te blijven.

We kunnen niet bepalen of voor de inrichting van de crisisbeoordelingslocaties en voor het 24/7 organiseren van aanwezigheid van personeel op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio extra budget nodig is.

De huidige schatting van het totaal extra benodigde budget voor crisiszorg in lijn met de GMAP vormt daarmee mogelijk een onderschatting.

Hier gaan we uit van de volgende normen:

6. De crisisbeoordelingslocatie is 24/7 beschikbaar, is patiëntvriendelijk en beschikt over patiëntvriendelijke spreekkamers. De ruimte beschikt over faciliteiten voor basaal lichamelijk onderzoek. Indien de crisisbeoordelingslocatie niet beschikt over mogelijkheden voor directe opschaling van zorg (conform Wet BOPZ/WVggz), is in geval van nood overplaatsing naar een locatie waar directe opschaling van zorg beschikbaar is, georganiseerd.
7. Aanwezigheid van personeel op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio is 24/7 georganiseerd*.
   * Indien nodig, is aanwezigheid van personeel voor in ieder geval één locatie in de regio georganiseerd bij het arriveren van de persoon in crisis. Dit personeel kan het beoordelingsteam van de locatie zijn. Indien er geen beoordelingsteam aanwezig is of kan zijn op de locatie, wordt vervanging ingeschakeld. Deze vervanging is een verpleegkundige met ervaring in de acute GGZ en als dit nodig is aanvullend hierop een zorgbeveiliger.

Op basis van de beschikbare en aangeleverde data kunnen wij niet beoordelen of de huidige beoordelingslocaties voldoen aan de kenmerken omschreven in de GMAP.

Daarnaast kunnen wij uitgaande van de beschikbare en aangeleverde data niet berekenen of er extra budget nodig is voor het 24/7 organiseren van de aanwezigheid van personeel op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio. Dit is nodig in situaties waarin het dienstdoende beoordelingsteam elders bezig is met een beoordeling en er terwijl het beoordelingsteam nog niet terug is, een verzoek voor beoordeling op de crisisbeoordelingslocatie wordt gedaan.

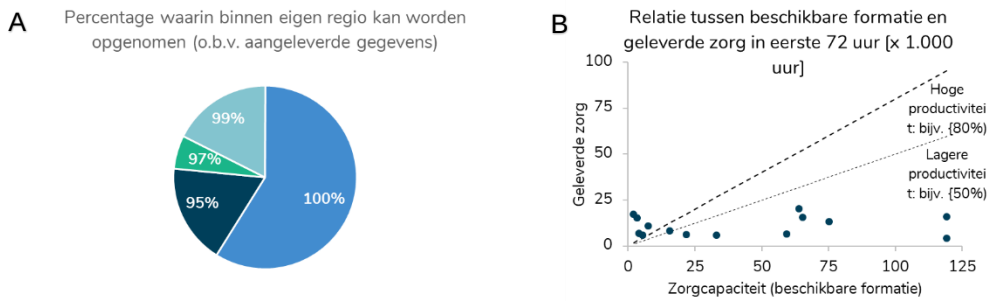
Voor een deel van de beoordelingslocaties is de organisatie van extra personeel in de praktijk in principe mogelijk, vooral als deze in de directe nabijheid liggen van een klinische acute psychiatrie afdeling. Echter op basis van de beschikbare gegevens met betrekking tot de formatie op de klinische afdelingen kunnen wij niet bepalen of er voldoende capaciteit beschikbaar is om in geval van een dubbele melding een eerste opvang en de-escalatie te kunnen organiseren op de beoordelingslocatie.

Op basis van beschikbare gegevens en expert interviews kunnen we niet bepalen of voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling extra budget nodig is

De huidige schatting van het totaal extra benodigde budget voor crisiszorg in lijn met de GMAP is daarmee mogelijk een onderschatting.

Voor het berekenen van de meerkosten voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling gaan we uit van de volgende normen:

9. De ggz-instelling* heeft voldoende capaciteit om te voldoen aan de beschreven rollen […] van ggz-instelling* […]. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar voldoende capaciteit van […] acute opnamebedden. In 90% van de gevallen moet een patiënt die moet worden opgenomen na een crisisbeoordeling, direct binnen de eigen regio kunnen worden opgenomen.
   * Onder ggz-instelling wordt ook verstaan een ketenpartner die de beschreven rol vervult.
10. Hiervoor beschikt de ggz-instelling* over voldoende beschikbare personele capaciteit om na aanmelding van een patiënt door het beoordelingsteam, indien nodig opnamevoorkomende zorg in de thuissituatie te kunnen verlenen. Deze zorg moet kunnen starten op dezelfde dag als de beoordeling of, bij een late beoordeling, de volgende ochtend.
    * Onder ggz-instelling wordt ook verstaan een ketenpartner die de beschreven rol vervult.



Figuur 8. A) Op basis van de aangeleverde data kunnen wij niet concluderen dat er extra beddencapaciteit nodig is om in de eigen regio op te kunnen nemen: alle 18 van de 25 regio's die data aanleverden over het percentage opnames binnen eigen regio voldoen aan de norm. B) De relatie tussen de beschikbare formatie voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur en de geleverde zorg in de eerste 72 uur is in bijna alle regio's of onrealistisch hoog (de punten boven de 80% lijn) of onrealistisch laag (de punten onder de 50% lijn). Vanwege de extreme spreiding en irreële verhouding tussen beschikbare en geleverde zorg, kunnen we op basis van deze data geen uitspraak doen of er extra capaciteit nodig is voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling.

Beddencapaciteit voor crisiszorg

Op basis van de aangeleverde data (18 van de 25 regio's, zie Figuur 8A) blijken alle regio's te voldoen aan de geconcretiseerde norm met betrekking tot opname in de eigen regio. Op basis hiervan kunnen wij niet concluderen dat voor het uitvoeren van

de GMAP extra beddencapaciteit nodig is. De beschikbaarheid van bedden op de PAAZ en PUK is niet onderzocht in de hier gepresenteerde analyse. De PAAZ en PUK bieden wel regelmatig kortdurende crisisopvang (vaak tot max. 72 uur) voor personen in crisis. Wij kunnen echter geen uitspraken doen over meerkosten voor eventuele extra benodigde bedden op de PAAZ of PUK.

Capaciteit voor zorg in de eerste 72 uur

Voor het bepalen van de eventueel extra benodigde capaciteit voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling, onderzoeken we of de huidige beschikbare formatie genoeg tijd vrij heeft in haar agenda om (opnamevoorkomende) crisiszorg te leveren. Hiervoor bepalen we het percentage van haar tijd dat de beschikbare formatie besteedt aan het leveren van crisiszorg (productiviteit).

De aangeleverde data laten een zeer grote spreiding zien in de productiviteit (zie Figuur 8B). Deze spreiding is extreem en vertoont grotendeels irreële waarden (bijvoorbeeld productiviteitsniveaus hoger dan 100%)[5]. Op basis van slechts één bruikbaar datapunt (zie Figuur 8B) kunnen wij niet extrapoleren van regionaal naar landelijk niveau. Op basis van deze gegevens kunnen wij niet concluderen of er extra capaciteit nodig is voor crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling.

In de expert interviews wordt het beeld bevestigd dat de regio's momenteel aan de GMAP norm voldoen wat betreft de beschikbaarheid van zorg voor de eerste 72 uur.. In de praktijk kan de zorg na beoordeling conform de normen georganiseerd worden. Wel kan dit ten koste gaan van geplande inzet voor een andere patiënt/cliënt.

Wij kunnen op basis van de beschikbare gegevens niet onderbouwen dat er geen meerkosten zullen zijn. De huidige schatting van het totaal extra benodigde budget voor crisiszorg in lijn met de GMAP is daarmee mogelijk een onderschatting. Daarnaast kunnen wij geen uitspraak doen of de huidige ingezette capaciteit adequaat gefinancierd wordt vanuit de toegewezen € 100 miljoen.

[5] De meest waarschijnlijke oorzaak voor de gevonden grote spreiding is dat er in de aangeleverde data geen realistische registratie van de 72-uurs grens is gehanteerd. Deze grens is momenteel irrelevant voor zowel de bedrijfsvoering als praktijk, en berust op een schatting die voor veel instellingen lastig is om goed te bepalen.

Bijlage I

Van aangeleverde regiodata naar landelijk niveau
We presenteren onze resultaten op landelijk niveau. Deze resultaten zijn gebaseerd op analyses op regionaal niveau. Hierbij gaan we uit van de huidige regio-indeling in de acute psychiatrie met 28 regio's. De PAAZ/PUK zijn niet meegenomen in de analyse.

Per regio analyseren we uitgevraagde data over de omvang van de gerealiseerde crisiszorg in 2018, de budgetafspraken 2019 die zijn gemaakt voor reguliere crisiszorg (gefinancierd middels P*Q) en specifieke aanvullende afspraken in het kader van de GMAP voor 2019. Daarnaast analyseren we per regio de huidige personele bezetting voor drie aspecten van crisiszorg waar vanuit de GMAP aan moet kunnen worden voldaan, en de mate waarin deze bezetting beschikbaar is voor crisiszorg (zorg in de eerste 72 uur na beoordeling).
Deze drie aspecten van zorg omvatten

- Een ggz-triagefunctie die 24/7 beschikbaar is.
- Een duaal beoordelingsteam dat tijdig kan beoordelen.
- Voldoende capaciteit en bedden om in de eerste 72 uur na beoordeling indien nodig de persoon in crisis op te kunnen opnemen in de eigen regio, of crisiszorg in de thuissituatie te kunnen leveren.

De data uitvraag is door 25 van de 28 regio's beantwoord. Een deel van de aangeleverde datasets was incompleet. We berekenen de resultaten op basis van de aangeleverde antwoorden. Per vraag corrigeren we voor outliers met irreële waarden: deze nemen we niet mee in de analyse. De resultaten op basis van de aangeleverde regio's vertalen we naar landelijk niveau, door de resultaten in de aangeleverde regio's op te schalen aan de hand van relevante regionale kenmerken van de aangeleverde en ontbrekende regio's (bijvoorbeeld het aantal inwoners of het aantal meldingen in de ontbrekende regio's). Op deze manier vormen de in deze bijlage beschreven resultaten een realistische schatting van de situatie op landelijk niveau.

Tabel 1 – Onderbouwing top-down inschatting van de jaarlijkse kosten voor crisiszorg in de acute psychiatrie in Nederland, o.b.v. aantal crisis patiënten en inschatting gemiddelde zorgbehoefte per patiënt

	N totaal	% Opname (schatting)	N	Zorg < 72 uur	Prijs per eenheid	Budget [x 1.000.000]
Verblijf	53590	25%[6]	13398	2,5 dagen	€ 445[7]	€ 15
Zorg na beoordeling	53590		53590	420 minuten	€ 2,57[8]	€ 58
Zorg tijdens beoordeling	53590		53590	240 minuten	€ 2,57	€ 33
Totaal						**€ 106**

Tabel 2 – Onderbouwing bottom-up inschatting van de jaarlijkse kosten voor crisiszorg in de acute psychiatrie in Nederland, o.b.v. budgetafspraken 2019 en percentage zorg < 72 uur

	Aantal aangeleverde regio's op basis waarvan is geëxtrapoleerd naar landelijk niveau	Landelijk budget gegeven % zorg < 72 uur (o.b.v. extrapolatie) [x 1.000.000]
Verblijf	14 van 25	€ 76
Zorg	16 van 25	€ 16
Totaal		€ 92

Tabel 3 – Gehanteerde tarieven per functie[9]

Functie	Tarief / FTE
Hbo-opgeleid verpleegkundige	€ 81.248
Psychiater	€ 185.059
ANIOS	€ 95.543
Verpleegkundige (gemiddelde verpleegkundig specialist/SPV)	€ 96.244

[6] Schatting op basis van gemiddelde in data aangeleverd door GGZ NL (~ 17%) en percentage o.b.v monitor acute psychiatrie NZa (https://puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadBijlage.ashx?pucid=PUC_231186_22&bestand=Monitor_Acute_psychiatrische_zorg.pdf&bestandsnaam=Monitor+Acute+psychiatrische+zorg.pdf). NB dit aantal valt vanwege het hogere percentage uit de NZa monitor hoger uit dan het aantal opnames in Figuur 3.

[7] Hier hanteren we de gemiddelde prijs per dag verblijf (gewogen prijs van zorgzwaarte categorieën D-H aan de hand van het aantal patiënten)

[8] Hier hanteren we de prijs per minuut zorg op een crisis DBC berekend als het gewogen gemiddelde van de kosten voor zorg per minuut op de verschillende DBC's zoals vastgesteld door de NZa, zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_243261_22/1/

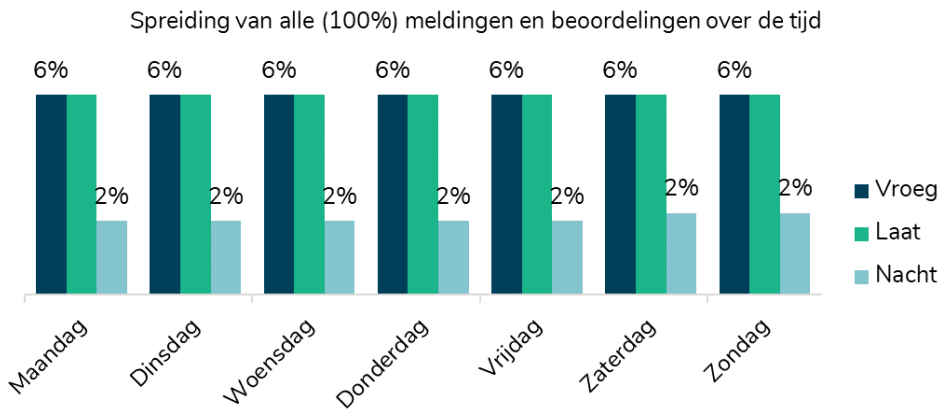
[9] De tarieven gehanteerd in tabel 3 zijn gebaseerd op de tarieven vastgesteld door de NZa (prijspeil 2019), zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_243261_22/1/

Tabel 4 – Berekening van uren per FTE[10]

Type uren	Uren / FTE
Bruto uren	1886
Ziekteverlof (4,5% van het bruto aantal uren)	84
Vakantie (25 dagen)	180
Feestdagen (6 dagen)	43
Scholing (2 dagen)	14
Bijzonder verlof (1 dag)	7
Netto werkzame uren	**1557**

Tabel 5 – Gehanteerde duur van een beoordeling en de gemiddelde reistijd per beoordeling

	Duur (minuten)
Beoordeling	120
Gemiddelde reistijd per beoordeling (verkregen door de gemiddelde reistijd voor een beoordeling in de regio te vermenigvuldigen met de proportie beoordelingen met reistijd)	41
Totale gemiddelde duur van een gemiddelde beoordeling[11]	**161**



Figuur 9. Gemodelleerde verdeling van meldingen en beoordelingen per deel van de week. Deze is gebaseerd op interviews met managers van crisisdiensten en het evaluatierapport van de triagewijzer door het Trimbos-instituut[12]

[10] Zie https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/02/29/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg
[11] We rekenen indien mogelijk met de regio-specifieke gemiddelde reistijd, zodat voor elke regio de geregistreerde reistijden worden gehanteerd. Indien geen gemiddelde reistijden bekend zijn voor de regio, hanteren we het landelijk gemiddelde per beoordeling.
[12] https://www.trimbos.nl/docs/2b0d1446-8e98-46ab-a5c7-f1dfa0bf7f74.pdf