

Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ

Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data

november 2014

Managementsamenvatting

We hebben op basis van het DBC-informatiesysteem (DIS) een aantal toetsen uitgevoerd voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze toetsen zijn gedaan als aanvulling op de analyse van de declaratiegegevens voor de GGZ, omdat de declaratiegegevens niet alle informatie bevatten die nodig is voor een volledige analyse.

Als eerste hebben we de kwaliteit van gegevens gecontroleerd. Hierin zien we dat er een aantal activiteiten zijn geregistreerd waarbij het aantal minuten groter is dan verwacht mag worden. We hebben ervoor gekozen deze opvallende records apart in kaart te brengen en niet mee te nemen in onze analyse. Hiermee laten we ook zien dat de kwaliteit van aanlevering van gegevens aan het DIS verbeterd moet worden. Na de kwaliteitscontrole hebben we een aantal toetsen opgesteld die we hebben toegepast op de geschoonde dataset.

We nemen bij de interpretatie van de uitkomsten van onze toetsen aan dat hetgeen is geregistreerd gelijk is aan de werkelijkheid. Het kan echter zo zijn dat de data de werkelijkheid niet weerspiegelt vanwege bijvoorbeeld een registratiefout of onvolledigheid. De uitkomsten van onze toetsen en de conclusies die we daaruit trekken komen dus direct voort uit de data.

We hebben vier toetsen uitgevoerd. Er zijn twee toetsen waarbij we opvallende aanbieders in kaart brengen. De eerste toets gaat over de hoeveelheid tijd die een zorgaanbieder gemiddeld besteedt aan een patiënt en hoe vaak het voorkomt dat de totale hoeveelheid tijd die men besteedt op een waarde uitkomt die financieel voordelig is (hoofdstuk 3 en 4). Wanneer een zorgaanbieder tussen de 800 en 1800 minuten besteedt aan een patiënt dan leidt dit af tot hetzelfde product. Zodra een zorgaanbieder 800 minuten heeft besteedt dan levert een extra uur behandeling financieel niets op, maar leidt dit wel tot kosten. Deze wijze van bekostiging kan een financieel gedreven zorgaanbieder dus stimuleren om een behandeling net na de 800 minuten te stoppen. Wij kijken hoeveel procent van de DBC's van een zorgaanbieder 800 tot 900 minuten daadwerkelijk bestede tijd bevatten om in kaart te brengen of er zorgaanbieders zijn die zich hierdoor laten leiden.

De tweede toets laat zien op welke wijze aanbieders zijn omgegaan met patiënten die in 2011 reeds onder behandeling waren met de diagnose 'aanpassingsstoornis' (hoofdstuk 6). Deze diagnose behoorde in 2012 niet langer tot het verzekerde pakket, waardoor patiënten met deze diagnose de zorg zelf zouden moeten betalen. We hebben in kaart gebracht welk deel van de patiënten per zorgaanbieder nu onder een andere diagnose dan de aanpassingsstoornis zorg ontvangt, terwijl zij in 2011 enkel de diagnose aanpassingsstoornis hadden. We zien dat het aantal patiënten met deze diagnose in 2012 sterk terugloopt.

Daarnaast hebben we een derde en een vierde toets uitgevoerd waaraan we ook een bedrag kunnen koppelen. De derde toets betreft een anomalie detectie op de totale tijd die zorgaanbieders hebben besteedt aan patiënten (hoofdstuk 2). We hebben gekeken naar de totale tijd die men per dag heeft besteedt aan een patiënt en we hebben berekend hoeveel er bespaard kan worden als de meest extreme gevallen op een lager niveau uitkomen. We hebben deze analyse op eenzelfde wijze uitgevoerd als dat we dat voor de declaratiegegevens hebben gedaan. Op basis van deze analyse hebben we vastgesteld dat voor 2011 54,6 miljoen euro en in 2012 voor 50,8 miljoen euro teveel is uitbetaald.

De vierde toets gaat over de verblijfsprestaties 2012 (hoofdstuk 5). Een patiënt kan op 1 dag maar 1 verblijfsprestatie hebben (hij kan immers niet op 2 afdelingen tegelijk zitten). We hebben daarom getoetst hoe vaak het voorkomt dat er voor 1 patiënt op 1 datum meer dan 1 deelprestatie 'verblijf' is geregistreerd. Vervolgens zijn we ervan uitgegaan dat als er op 1 datum meerdere verblijfsprestaties in rekening zijn gebracht, de duurste terecht is gedeclareerd. Alle andere verblijfsprestaties beoordelen we als 'te veel vergoed'. Op basis van

deze analyse komen we tot een te veel vergoed bedrag van 155 miljoen euro in 2012. Deze toets konden we enkel uitvoeren voor 2012 omdat toen de nieuwe regelgeving voor verblijf in de GGZ van kracht werd.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Introductie	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Het DBC-informatiesysteem (DIS)	7
1.3 Kwaliteit van gegevens	7
1.4 Correcties en uitsluitingen	8
1.5 Toetsen	8
2. Gemiddelde hoeveelheid tijd per dag	11
2.1 Beschrijving	11
2.2 Methode	11
2.3 Overzicht directe tijd, indirecte tijd en reistijd	12
2.4 Overzicht VZO dagen en dagbesteding	13
2.5 Resultaten per zorgaanbieder	14
2.6 Toerekening bedrag	16
3. Verdeling bestede tijd binnen tijdsklassen	19
3.1 Introductie	19
3.2 Langdurende of intensieve behandeling	19
3.2.1 Overzicht	19
3.2.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	20
3.2.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	21
3.3 Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort	22
3.3.1 Overzicht	22
3.3.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	22
3.3.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	23
4. Gemiddelde bestede tijd binnen en buiten de tijdsklasse	25
4.1 Introductie	25
4.2 Langdurende of intensieve behandeling	25
4.2.1 Overzicht	25
4.2.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	27
4.2.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	28
4.3 Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort	28
4.3.1 Overzicht	28
4.3.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	30
4.3.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	31
5. Overlap in verblijfsdagen 2012	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Voorbeeld	34
5.3 Overzicht	35
5.4 Ranking van zorgaanbieders	36
5.5 Toegekend bedrag	37
6. Aanpassingsstoornissen	39
6.1 Inleiding	39
6.2 Overzicht	39
6.3 Aantallen per zorgaanbieder	40
6.4 Verdeling productgroepen en diagnoses in 2012 voor patiënten aanpassingsstoornis 2011	41
Bijlage A. Omrekenfactor verblijf zonder overnachting en dagbesteding	43
1.1 Verblijf zonder overnachting	43

1.2	Dagbesteding	43
	Bijlage B. Verdeling bestede tijd binnen tijdsklassen	45
2.1	Langdurende of intensieve behandeling	45
2.1.1	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	45
2.1.2	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	48
2.2	Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort	51
2.2.1	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	51
2.2.2	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	53
	Bijlage C. Gemiddelde bestede tijd binnen en buiten de tijdsklasse	57
3.1	Langdurende of intensieve behandeling	57
3.1.1	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	60
3.1.2	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	63
3.2	Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort	67
3.2.1	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011	69
3.2.2	Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012	71

1. Introductie

1.1 Inleiding

We staan in Nederland voor het vraagstuk hoe we de steeds stijgende kosten van de zorg kunnen blijven betalen. Hiervoor worden verschillende maatregelen genomen zoals het maken van afspraken over de totale groei van uitgaven, het maken van keuzes in het verzekerde pakket, het scherper inkopen door zorgverzekeraars, maar ook het voorkomen en opsporen van onjuiste declaraties. Op 11 juli 2013 heeft de minister van VWS ons gevraagd om onderzoek te doen naar zorgfraude. Waar zitten de fraudegevoelige aspecten in de AWBZ en de Zvw? Welke risico's zien we? En komen die risico's daadwerkelijk voor in de zorg? Een deel van onderzoek bestond uit een kwantitatieve analyse. Het Fraude Detectie en Expertise Centrum (FDEC) heeft in opdracht van de NZa onderzoek gedaan naar declaratiegegevens van verschillende zorgmarkten. Eén van de zorgmarkten die FDEC heeft onderzocht is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zij hebben dit onderzoek, evenals het onderzoek voor de andere zorgmarkten, uitgevoerd op basis van de declaratiegegevens die de NZa van de verzekeraars (via Vektis) heeft verkregen. Deze declaratiegegevens bevatten voor de GGZ niet alle informatie die nodig is om een volledige analyse uit te kunnen voeren. Er is echter een meer uitgebreid registratiesysteem beschikbaar. Wij hebben op basis van de gegevens in dit systeem een aantal aanvullende analyses voor de GGZ uitgevoerd.

1.2 Het DBC-informatiesysteem (DIS)

Het landelijke DBC-informatiesysteem DIS ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Wij gebruiken voor onze analyse in principe alle DBC's die zijn geopend in 2011 of 2012. Het DIS bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. Het DIS wordt gebruikt voor het monitoren van marktontwikkelingen en de ontwikkeling en het onderhoud van het DBC-systeem. DIS gegevens zijn gedetailleerd en bevatten bijvoorbeeld diagnose informatie op het diepste niveau, de exacte tijd die aan een cliënt is besteed (inclusief het beroep van degene die de activiteit heeft uitgevoerd). De gegevens van het DIS kunnen niet worden afgeleid naar personen (informatie is geanonimiseerd). Declaratiegegevens - zoals verzekeraars die ontvangen (en wij via Vektis hebben verkregen) - zijn algemener van aard. Zo is bijvoorbeeld niet bekend wat de exacte patiëntgebonden tijd is, maar alleen het interval (bijvoorbeeld in tijdsklasse 800-1800 minuten). Het DIS is een verzameling van de gegevens uit de registratiesystemen van zorgaanbieders. Dat betekent dat er geen controle is op de inhoudelijke juistheid van individuele records voorafgaand aan uitbetaling. Er is immers geen uitbetaling op basis van dit registratiesysteem. Dit in tegenstelling tot de eerder genoemde declaratiegegevens. Een declaratie wordt door een verzekeraar aan verschillende controles onderworpen alvorens deze wordt uitbetaald. Het kan zo zijn dat een zorgaanbieder DBC gegevens aanlevert bij het DIS en vervolgens een declaratie verstuurd aan de zorgverzekeraar. Wanneer een zorgverzekeraar een declaratie afwijst dan zou hiervoor ook het DIS aangepast moeten worden om zo gelijkheid tussen beide bestanden te waarborgen. Vanwege de verschillende aanlevertijden en de mogelijke afwijzing van een declaratie later in de tijd, kan het zo zijn dat het DIS DBC's bevat die niet zijn vergoed. In dit rapport baseren we onze conclusies op datgeen er is geregistreerd. Dat is niet noodzakelijk hetgeen er is gedeclareerd.

1.3 Kwaliteit van gegevens

Een belangrijke onderdeel van dit onderzoek is de analyse van de kwaliteit van gegevens. Ten algemene geldt dat hoe beter de kwaliteit van gegevens is, des te beter kan je conclusies trekken op basis van deze gegevens. Bij de eerste uitkomsten van onze analyses kwamen we opvallende uitkomsten tegen. Zo waren er bijvoorbeeld activiteiten geregistreerd met een

totale tijd van 999.999 minuten op 1 dag. We vermoeden dat dit zeer waarschijnlijk een onbewust foutieve registratie betreft en dat er niet daadwerkelijk iemand is die bewust heeft geregistreerd dat hij op een dag deze tijd heeft besteed aan een patiënt. Het betreft in dit specifieke geval waarschijnlijk een fout in de software van de zorgaanbieder. Er zijn echter ook activiteiten geregistreerd met een waarde van 1.500 minuten op 1 dag terwijl er slechts 1.440 minuten in 1 dag zitten. Ook deze registratie zou onbewust foutief kunnen zijn, maar er is ook een mogelijkheid dat iemand dit bewust heeft geregistreerd. Het is niet mogelijk om op basis van de data te bepalen welke registratie onbewust fout is en welke registratie bewust fout is. We willen echter voorkomen dat extreme waarden het gemiddelde beeld vertroebelen. We kiezen er daarom voor om een deel van de waarden niet mee te nemen in onze analyse waarin we gemiddelden berekenen. We brengen deze waarden wel apart in kaart. Hiermee vragen we ook aandacht voor het verbeteren van de datakwaliteit zodat we in toekomstige analyses betere conclusies kunnen trekken

1.4 Correcties en uitsluitingen

Het meenemen van onbewust foutieve registraties in de analyse kan leiden tot verkeerde uitkomsten. Zo zal het meenemen van een activiteit van 999.999 minuten van zeer grote invloed zijn op de gemiddeld bestede tijd aan activiteiten. We brengen daarom in kaart welke waarden we opvallend vinden en we kiezen ervoor om deze waarden vervolgens niet mee te nemen in onze analyse. We trekken hierbij een grens bij 1.440 minuten. Dit is het aantal minuten in een dag. De registratie vindt plaats per datum en het aantal minuten dat aan deze registratie gekoppeld is, kan dus in principe nooit meer zijn dan een dag zolang er 1 behandelaar is. We beseffen ons dat het stellen van deze grens enigszins arbitrair is. Wanneer er meerdere mensen tijdschrijven op een dag kan de totale tijd meer dan 1440 minuten bedragen. We achten dit echter onwaarschijnlijk. Anderzijds kiezen we er ook voor om een registratie van bijvoorbeeld 1.200 minuten goed te keuren. Bij één behandelaar zouden zowel patiënt als zorgaanbieder op 1 dag 20 uur aan de slag zijn met de behandeling. Ook dit is onwaarschijnlijk. We kiezen er echter voor om een grens te trekken en om deze op een dag te leggen. De waarden die door het trekken van deze grens niet worden meegenomen in de analyse, brengen we apart in beeld.

1.5 Toetsen

Nadat we de kwaliteit van gegevens hebben beoordeeld en eventueel records hebben uitgesloten, gebruiken we de resterende gegevens om een aantal toetsen op uit te voeren. We delen de toetsen in vijf hoofdstukken in. In hoofdstuk 2 wordt een analyse gemaakt van de gemiddelde hoeveelheid tijd (zowel direct, indirect als reistijd) per dag die door een zorgaanbieder wordt geregistreerd voor 1 patiënt, wanneer er ook contact is geweest tussen de patiënt en de zorgaanbieder (dat is te zien doordat er een activiteit heeft plaats gevonden met directe tijd).

In de GGZ wordt men afgerekend op basis van tijdsklassen. Het loont om een DBC af te sluiten zodra je in een nieuwe tijdsklasse terecht komt. Je vergoeding wijzigt immers niet meer als je meer tijd besteedt binnen de tijdsklasse, terwijl je kosten wel toenemen.

In de toetsen van hoofdstuk 3 is onderzocht hoe de verdeling van de bestede tijd over de tijdsklassen is. In hoofdstuk 4 wordt gekeken naar de gemiddelde tijd die besteed wordt per zorgaanbieder voor elke tijdsklasse.

Hoofdstuk 5 gaat over verblijf. Een patiënt in de curatieve GGZ kan worden opgenomen. Sinds 2012 worden deze verblijfsdagen apart geregistreerd. Er zijn 7 soorten verblijfsprestaties. Een patiënt kan op 1 dag maar 1 verblijfsprestatie hebben (hij kan immers niet op 2 afdelingen tegelijk zitten). We toetsen hoe vaak het voorkomt dat er meerdere verblijfsprestaties op een

dag zijn.

In hoofdstuk 6 toetsen we de gevolgen van pakketwijziging. Vanaf 2012 behoort de diagnose aanpassingsstoornis niet meer tot het verzekerde pakket. Dat betekent dat patiënten die in 2011 deze diagnose hadden en waarvoor in 2012 een nieuwe DBC is geopend, deze zelf moeten betalen als de diagnose wederom aanpassingsstoornis is. Dit heeft er toe geleid dat een deel van alle aanbieders een andere diagnose heeft gesteld. In deze toets bekijken we welke diagnose deze patiënten in 2012 hebben gekregen.

2. Gemiddelde hoeveelheid tijd per dag

2.1 Beschrijving

Voor deze toets wordt een analyse gemaakt van de gemiddelde hoeveelheid tijd (zowel direct, indirect als reistijd) per dag die door een zorgaanbieder wordt geregistreerd voor 1 patiënt, wanneer er ook contact is geweest tussen de patiënt en de zorgaanbieder (dat is te zien doordat er een activiteit heeft plaats gevonden met directe tijd). Daarnaast worden ook VZO (verblijf zonder overnachting) en dagbesteding meegenomen in deze analyse.

In stappen werkt dit als volgt:

– *Stap 1*

Selecteer een patiënt wanneer er voor deze patiënt op een dag directe tijd is geregistreerd (dat is een teken dat deze patiënt op deze dag een behandelcontact heeft gehad).

– *Stap 2*

Tel vervolgens voor die patiënt op die dag alle tijd die is besteed aan activiteiten (directe tijd, indirecte tijd en reistijd) bij elkaar op.

– *Stap 3*

Herhaal deze exercitie voor iedere patiënt waarvoor de voorwaarde onder 1 geldt. Op deze wijze krijg je per AGB-code een aantal waarden die aangeven hoeveel tijd er besteed is aan activiteiten op 1 dag voor 1 patiënt.

– *Stap 4*

Neem vervolgens het gemiddelde van die waarden om zo tot een gemiddelde voor iedere zorgaanbieder code te komen

2.2 Methode

Bij het berekenen van de totale hoeveelheid bestede tijd worden VZO (verblijf zonder overnachting) en dagbesteding ook meegenomen met een specifieke factor die afhankelijk is van het jaar van opening van de DBC. Zie bijlage A voor een toelichting.

Foutieve (veelal te grote) waarden voor directe tijd, indirecte tijd, reistijd, omgerekende VZO tijd en omgerekende dagbesteding leiden tot incorrecte resultaten en vertroebelen het eindresultaat van deze toets. Daarom is ervoor gekozen alleen resultaten mee te nemen die aan de volgende eisen voldoen:

1. VZO dagen mogen niet buiten de begin- en einddatum van een DBC traject vallen. Als een VZO verblijfs-registratie buiten de toegestane periode valt wordt deze niet meegenomen in de berekeningen.
2. Het aantal uren dagbesteding mag niet groter zijn dan 24 en niet kleiner dan 0. Records met een foutief aantal uren worden niet meegenomen in de berekeningen.
3. De hoeveelheid tijd per dag kan niet meer zijn dan 24 uur (1440 minuten) voor directe tijd, indirecte tijd en reistijd. Incorrecte records worden niet meegenomen in de berekeningen.

Records die niet worden meegenomen in de analyse worden apart inzichtelijk gemaakt.

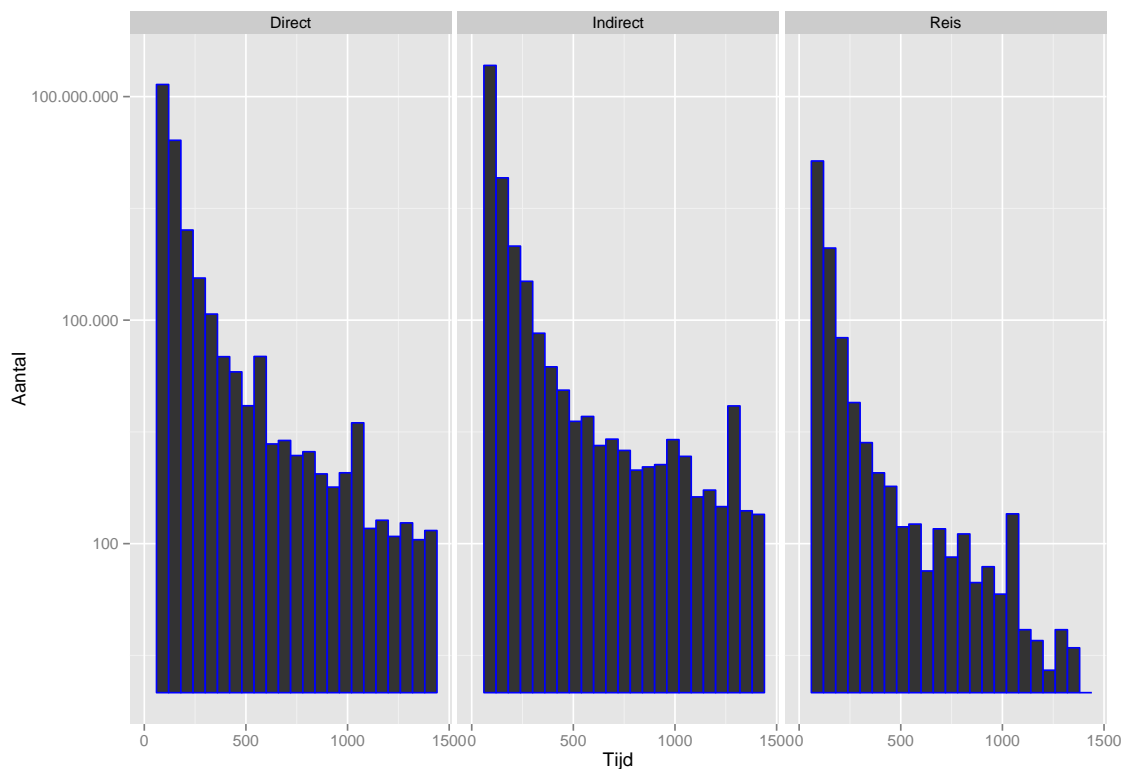
Verdere opmerkingen bij deze procedure:

1. Een patiënt kan op meerdere dagen worden behandeld. Elk van die dagen telt dan mee voor het berekende gemiddelde. Dit betekent dat verschillende patiënten met verschillende wegingsfactoren worden meegenomen in de berekeningen, afhankelijk van het totale aantal dagen waarop directe tijd is geschreven voor die patiënt. Meerdere registraties op 1 dag worden wel eerst bij elkaar opgeteld. De totale hoeveelheid tijd op die dag telt dan mee voor het gemiddelde.
2. De analyse wordt gedaan per zorgaanbieder en per openingsjaar van de DBC, de locatie van de zorgaanbieder speelt geen rol.
3. Wanneer er op 1 dag activiteiten voor meerdere DBC's voor een patiënt worden geregistreerd, dan worden deze activiteiten bij elkaar opgeteld.
4. De toets wordt uitgevoerd op openingsdatum van de DBC. Voor de resultaten 2011 worden dus alle activiteiten gebruikt met een DBC met een openingsdatum in 2011. Dit betekent dat activiteiten op 1 dag die vallen onder DBC's met een verschillend jaar van opening, separaat worden gebruikt in de analyse (met een mogelijke onderschatting van de totale hoeveelheid tijd op die dag tot gevolg).

2.3 Overzicht directe tijd, indirecte tijd en reistijd

In figuur 2.1. is de frequentieverdeling weergegeven van geregistreerde tijden per patiënt per dag, opgesplitst in directe tijd, indirecte tijd en reistijd. Het betreft hier de geregistreerde tijd per record. In totaal zijn 173, 271 en 14 miljoen records meegenomen met een directe, indirecte- en reistijd groter dan nul. Er worden in deze fase nog geen records bij elkaar opgeteld om tot een totale tijd per dag te komen. Alleen waarden onder de 1440 minuten (1 dag) zijn weergegeven.

Figuur 2.1. Frequentie verdeling van de waargenomen geschreven tijden



Uit de figuur is af te leiden dat activiteiten met een korte duur (onder de 100 minuten) het meest voorkomen (let op: we gebruiken hier een logaritmische schaal).

De meest voorkomende incorrecte waarden zijn weergegeven in tabel 2.1..

Tabel 2.1. Incorrecte waarden voor tijd

Rank	Top 15 Reis	Top 15 Indirect	Top 15 Direct
1	999999 (4)	6000 (259)	1500 (1925)
2	86400 (4)	1500 (184)	999999 (785)
3	64800 (3)	999999 (152)	2500 (628)
4	2878 (3)	1470 (71)	2000 (512)
5	1510 (3)	1800 (64)	3000 (421)
6	216000 (2)	1455 (53)	6000 (374)
7	43200 (2)	2000 (39)	4500 (142)
8	2020 (2)	4500 (36)	1470 (116)
9	-20 (2)	1460 (24)	1455 (90)
10	388800 (1)	3000 (19)	3500 (82)
11	151200 (1)	1450 (18)	4000 (81)
12	129600 (1)	1485 (16)	12000 (77)
13	108000 (1)	9000 (15)	5500 (50)
14	65535 (1)	1530 (14)	1485 (44)
15	3600 (1)	1600 (11)	8000 (43)

Bovenstaande analyse maakt inzichtelijk dat er waarden voorkomen die zeer waarschijnlijk incorrect zijn. Ondanks dat deze waarden een relatief klein deel vormen van alle waarden, hebben zij wel een grote invloed op het gemiddelde. Om een reëel beeld te kunnen schetsen is er daarom voor gekozen om deze waarden niet mee te nemen in de verdere berekeningen.

2.4 Overzicht VZO dagen en dagbesteding

Er zijn in de jaren 2011 en 2012 een relatief klein aantal records gevonden met VZO dagen die buiten het DBC traject vallen (2323). De aantallen records zijn per zorgaanbieder weergegeven in tabel 2.2..

Tabel 2.2. Incorrecte VZO waarden

Zorgaanbieder	Aantal records	Aantal patiënten	Aantal trajecten
J2F	1.291	117	117
Y0G	642	53	54
S2X	173	18	18
N6J	78	5	5
I7R	59	9	9
E9C	49	2	2
Y2F	28	1	1
I8D	3	3	3

Ook is er een relatief klein aantal dagbestedings registraties gevonden waarbij meer dan 24 uur is geregistreerd (51). De aantallen records zijn per zorgaanbieder weergegeven in tabel 2.3..

Tabel 2.3. Incorrecte waarden voor dagbesteding

Zorgaanbieder	Aantal Activiteiten	Aantal Patienten	Min. aantal uren	Max. aantal uren
S6S	16	14	999.999	999.999
Q3O	7	7	26	152
E5K	16	7	31	110
L1J	1	1	60	60
W6N	8	8	30	35
R0V	3	3	32	32

Vanwege de kleine aantallen die uit de dataset zijn verwijderd, heeft deze correctie geen noemenswaardig effect op de gepresenteerde resultaten.

2.5 Resultaten per zorgaanbieder

In de voorgaande paragrafen is toegelicht op welke manieren er tijd kan worden toegeschreven aan een patiënt. Er zijn vijf categorieën te onderscheiden:

1. Directe tijd
2. Indirecte tijd
3. Reistijd
4. Verblijf zonder overnachting (VZO)
5. Dagbesteding

Binnen elk van deze vijf categorieën zijn er aantal waarden die zeer waarschijnlijk incorrect zijn. Deze waarden worden niet meegenomen in de volgende berekening.

In de volgende berekening is volgens de 4 stappen zoals beschreven in paragraaf 2.1 de gemiddelde tijd die een zorgaanbieder per dag besteed aan een patiënt berekend.

Tabel 2.4. Zorgaanbieders met hoogste gemiddelde tijd per dag

Zorgaanbieder	Aantal 2011	Tijd gem. 2011	Aantal 2012	Tijd gem. 2012
S1V	2490	2174	1809	212
D5C	1076	1034		
P9E	8	887	2	828
F8H	88	658	94	717
T8C			4	465
V0S	103	613	1488	186
R8R	286	341		
O0U	6	323		
V1L	5866	228	2187	355
C3P	6127	340	6732	209
B3F	713	339	772	200
E0L	183	269	47	264
N5Q	17989	292	16719	240
M4A	67	181	19	344
B8B	47	258		
C2C	775	233	2	262
D9V	54	250	1180	238
M7T			531	232
J6M	820	215	1541	237
H2M			765	224

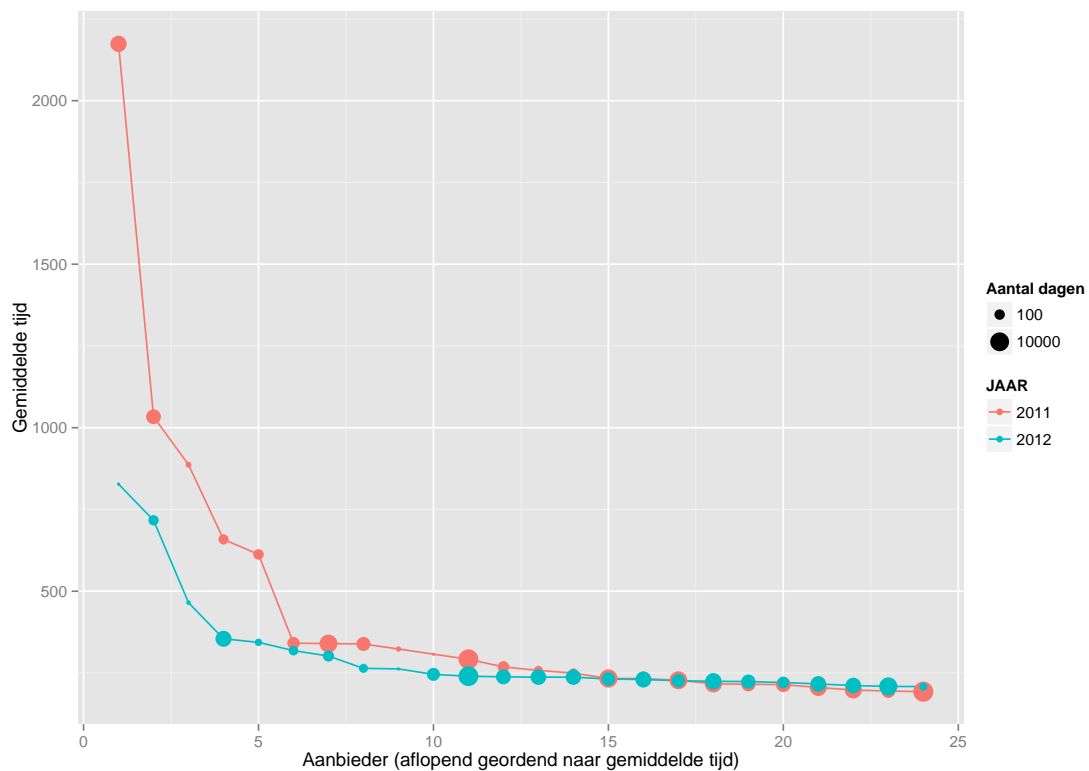
Uit bovenstaande tabel blijkt bijvoorbeeld dat zorgaanbieder S1V in 2011 volgens de registratie gemiddeld 2174 minuten (36 uur en 13 minuten) besteedt aan een patiënt op een dag. Dit gemiddelde is gebaseerd op 2490 waarnemingen. De gevonden gemiddelde tijd is dus hoger dan de eerder genoemde 1440 minuten waarboven we een record als incorrect beschouwen. Dit is mogelijk omdat de berekende waarde voor de totale tijd per patiënt per dag de optelling is van alle records die op de betreffende datum zijn geboekt. Hoewel elk van die records onder de 1440 minuten valt, kan het totaal dus toch hoger uitvallen wanneer meer records op dezelfde dag vallen.

De nummer 3 in dit overzicht (P9E) heeft in beide jaren gemiddeld veel tijd besteed aan patiënten op één dag. In 2011 waren er volgens de registratie gemiddeld 887 minuten (14 uur

en 46 minuten) besteed aan een patiënt op een dag. Dit gemiddelde is gebaseerd op 8 waarnemingen. In 2012 besteedt dezelfde zorgaanbieder gemiddeld 828 minuten (13 uur en 47 minuten) aan een patiënt op een dag. Dit gemiddelde is gebaseerd op 2 waarnemingen.

Deze resultaten zijn hieronder weergegeven voor de zorgaanbieders met de hoogste gemiddelde waarden (per jaar). De grootte van het bolletje laat zien hoeveel dagen met activiteit er in dat jaar zijn geregistreerd voor alle behandelde patiënten. Het kan zo zijn dat een gemiddelde van bijvoorbeeld 600 minuten per dag wordt veroorzaakt door enkel een reistijd van 600 minuten. Het kan echter ook zo zijn dat het 200 minuten reistijd, 100 minuten directe tijd, 100 minuten indirecte tijd en 200 minuten dagbesteding op die betreffende dag betreft.

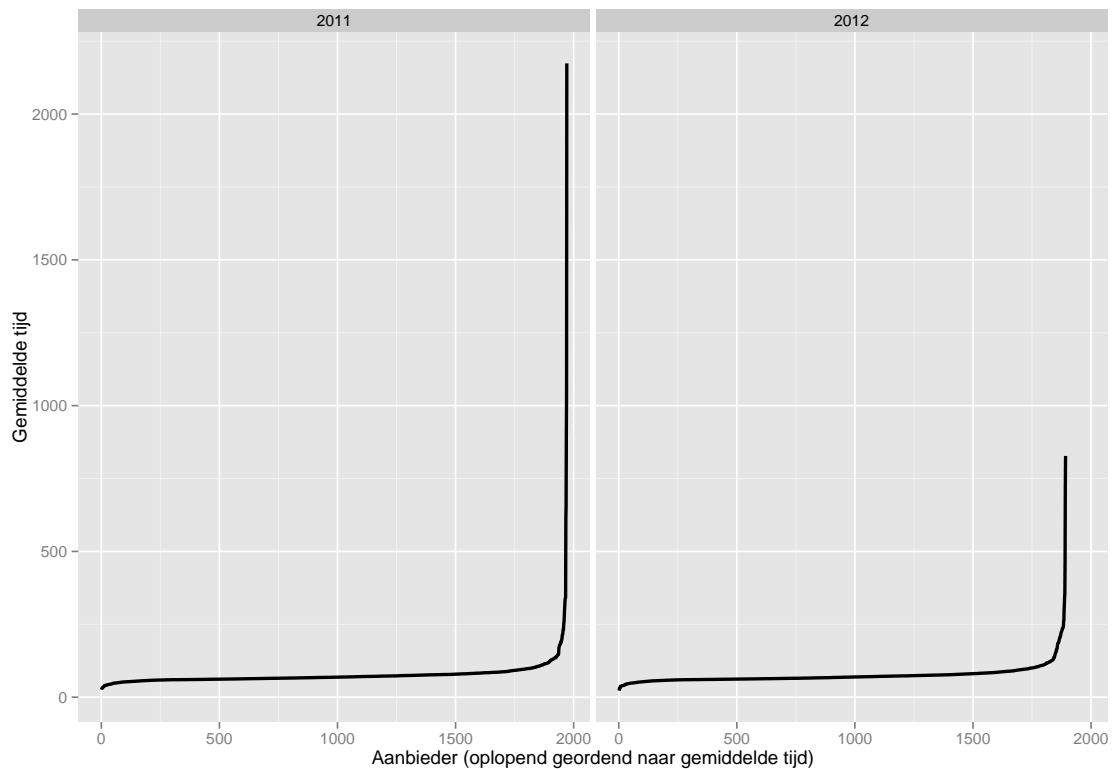
Figuur 2.2. Top 25 van zorgaanbieders met de hoogste gemiddelde geschreven tijd op 1 dag



Het beeld voor 2011 en 2012 komt grotendeels overeen. De grootte van de bolletjes laat zien dat er zowel aanbieders zijn waarbij het hoge gemiddelde slechts op enkele waarnemingen is gebaseerd als dat er aanbieders zijn waarbij het gemiddelde op veel meer waarnemingen is gebaseerd.

De resultaten voor alle zorgaanbieders zijn weergegeven in figuur 2.3..

Figuur 2.3. Gemiddelde geschreven tijd op 1 dag per zorgaanbieder



Bovenstaande figuur laat zien dat een groot deel van alle aanbieders gemiddeld tussen de 30 en 120 minuten tijd per dag schrijft. De rechterstaart van de grafiek laat zien dat er ook enkele aanbieders zijn die gemiddeld per dag meer tijd schrijven.

2.6 Toerekening bedrag

De gemiddelde hoeveelheid tijd per patiënt per dag kent een aantal hoge waarden. Deze hoge waarden duiden mogelijk op onterecht geregistreeerde tijd en mogelijk onterecht gedeclareerde zorg. Om te bepalen welk totaal bedrag dit zou kunnen betreffen voeren we een anomalie-analyse uit. Een anomalie is een opmerkelijke case in een zeer groot data bestand die sterk afwijkt van hetgeen van die variabele(n) (dienstverlener, product, dienst, klant/patiënt/verzekerde, tijd, tijdstip, etc.) verwacht kan worden.

Als er sprake is van een anomalie dan is de mate van afwijkendheid leidend in de berekening van het te veel vergoede bedrag. We kijken naar de verdeling van de geregistreeerde minuten per patiënt. Dit is een scheve verdeling. De aandacht wordt gericht op de top 1 procent van de cases die bijdragen aan het totale aantal minuten dat geregistreeerd is. Deze groep van cases wordt beschouwd als afwijkend. Voor deze groep wordt het te veel vergoede bedrag berekend door hun vergoeding te verminderen met het bedrag dat bij het 99-percentiel behoort.

Met de gevonden verdeling van gemiddelde tijd per patiënt per dag, kunnen we een bedrag toerekenen volgens de volgende methode:

1. Zet alle (correcte) waarnemingen (in dit geval tijd per patiënt per dag) in een jaar op een rij van laag naar hoog.
2. Pak vervolgens het 99 procent punt en bepaal hoeveel minuten dit is.

3. Bepaal vervolgens voor alle waarnemingen rechts van het 99 procent punt wat het verschil is tussen het aantal minuten en de 99 procent waarde.
4. Sommeer alle waarden onder 3. Resultaat: een totaal aantal minuten aan anomalieën.
5. Vermenigvuldig het aantal minuten gevonden bij punt 4 met een bedrag per minuut.

Bovenstaande procedure is uitgevoerd voor 2011 en 2012. De resultaten:

Tabel 2.5. Totale tijd boven 99 procent waarde

JAAR	Waarde op 99 procent	Totale tijd meer dan 99 procent waarde	Aantal
2011	360	32.139.912	163.685
2012	360	29.882.624	140.755

Wanneer we alle waarnemingen op volgorde zetten en we kijken naar de waarde die op 99 procent ligt dan zien we voor 2011 het volgende:

1. Deze waarde laat zien dat er voor deze patiënt op een bepaalde datum 360 minuten zijn geregistreerd.
2. Wanneer we in de grafiek rechts van deze waarde gaan kijken dan liggen daar nog 163.685 andere waarden. Voor deze waarden geldt dat er voor een patiënt op een bepaalde dag meer dan 360 minuten zijn geregistreerd.
3. Wanneer we voor al deze 163.685 waarden uitrekenen wat het geregistreerde aantal minuten minus 360 is en we tellen dat op dan komen we tot een totaal van 32.139.912 minuten.

We kunnen hieraan een bedrag toekennen door uit te gaan van een bedrag per minuut. Een kanttekening hierbij is dat de GGZ wordt gekenmerkt door tijdsklassen. Het registeren van 30 extra minuten levert enkel extra inkomsten op wanneer men daarmee in een nieuwe tijdsklasse terecht komt. We kiezen er in onze methode voor om een bedrag toe te kennen per minuut op basis van het kostprijsonderzoek 2012. De gemiddelde kostprijs per uur in dit onderzoek is 101,90 euro.

Uitgaande van de gemiddelde kostprijs per uur komt het bedrag dat teveel is vergoed via deze methode uit op 54.6 miljoen euro voor 2011 en 50.8 miljoen euro voor 2012.

3. Verdeling bestede tijd binnen tijdsklassen

3.1 Introductie

In de GGZ wordt men afgerekend op basis van tijdsklassen. Het loont om een DBC af te sluiten zodra je in een nieuwe tijdsklasse terecht komt. Je vergoeding wijzigt immers niet meer als je meer tijd besteedt binnen de tijdsklasse, terwijl je kosten wel toenemen. In dit hoofdstuk wordt gekeken hoe de verdeling van bestede tijd binnen de diverse tijdsklassen is. Hierbij wordt telkens een telling gedaan van de aantallen DBC trajecten waarbij de bestede tijd:

1. Minder is dan het minimum van de tijdsklasse
2. Binnen de eerste 100 minuten valt van de tijdsklasse. Indien een tijdsklasse korter dan 200 minuten is, dan kiezen we voor de eerste helft van de tijdsklasse.
3. Ligt tussen het punt beschreven in 2 en het einde van de tijdsklasse.
4. Meer is dan het maximum van de tijdsklasse.

Voor het berekenen van de rankings zijn alleen zorgaanbieders met meer dan 10 DBC trajecten in de betreffende tijdsklasse meegenomen. Merk op dat bij het berekenen van de totale tijd van het DBC product ook de activiteiten verblijf zonder overnachting en dagbesteding worden meegenomen met een specifieke factor per jaar, zie ook bijlage A.

In dit hoofdstuk wordt onderscheid gemaakt tussen de langdurende of intensieve behandeling en de bijzondere productgroepen en de productgroepen behandeling kort. Dit doen we omdat deze groepen verschillende tijdsklassen kennen.

Er zijn meerdere tijdsklassen in de GGZ. In dit hoofdstuk laten we de resultaten zien van de tijdsklasse 800-1800 minuten langdurende of intensieve behandeling en 400-800 minuten bijzonder productgroepen en productgroepen behandeling kort. De resultaten van alle andere tijdsklassen zijn opgenomen in bijlage B.

3.2 Langdurende of intensieve behandeling

3.2.1 Overzicht

Voor de gehele sector worden de volgende resultaten gevonden:

Voor 2011:

Tabel 3.1. Gemiddelde tijd per DBC traject per tijdsklasse

Tijdsklasse	Minder	Eerste deel	Laatste deel	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse
250-800 minuten	0,3	3,0	94,2	2,4	594	581
800-1800 minuten	1,4	15,5	80,7	2,3	1230	1208
1800-3000 minuten	1,6	13,6	82,5	2,3	2316	2284
3000-6000 minuten	1,6	8,2	88,7	1,5	4107	4071
6000-12000 minuten	0,8	4,2	93,5	1,5	8351	8211
12000-18000 minuten	3,2	2,9	92,6	1,4	14651	14338
Vanaf 12000 minuten	4,9	1,3	93,8	0,0	21487	22138
18000-24000 minuten	1,8	2,4	94,6	1,2	20447	20386
Vanaf 18000 minuten	7,0	1,2	91,9	0,0	25894	26833
24000-30000 minuten	0,0	0,9	98,3	0,9	26614	26582
Vanaf 24000 minuten	6,1	1,7	92,1	0,0	29477	30272
Vanaf 30000 minuten	0,0	1,9	98,1	0,0	40974	40974

Voor 2012:

Tabel 3.2. Gemiddelde tijd per DBC traject per tijdsklasse

Tijdsklasse	Minder	Eerste deel	Laatste deel	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse
250-800 minuten	0,2	2,5	95,2	2,2	599	589
800-1800 minuten	0,6	14,4	84,1	0,9	1227	1222
1800-3000 minuten	0,6	12,8	85,9	0,7	2303	2299
3000-6000 minuten	0,4	7,9	91,3	0,3	4084	4062
6000-12000 minuten	1,4	4,2	93,7	0,6	8443	8188
12000-18000 minuten	4,4	2,7	90,8	2,1	15910	14370
Vanaf 12000 minuten	2,1	3,6	94,3	0,0	22806	23110
18000-24000 minuten	4,3	2,8	90,4	2,6	21945	20459
Vanaf 18000 minuten	3,0	1,9	95,1	0,0	26153	26591
24000-30000 minuten	3,0	2,5	90,1	4,4	34940	26434
Vanaf 24000 minuten	8,3	1,1	90,7	0,0	40370	42785
Vanaf 30000 minuten	0,0	1,8	98,2	0,0	39332	39332

Bovenstaande tabellen kunnen als volgt gelezen worden. In tabel 3.2 is er een tijdsklasse 250-800 minuten. Voor elke DBC in die klasse hebben we alle tijd bij elkaar opgeteld. Dit is als volgt verdeeld:

1. Voor 0,2 procent van alle DBC's bedraagt de totale tijd 0 tot 250 minuten (minder)
2. Voor 2,5 procent van alle DBC's bedraagt de totale tijd 250 tot 350 minuten (eerste deel)
3. Voor 95,2 procent van alle DBC's bedraagt de totale tijd 350 tot 800 minuten (laatste deel)
4. Voor 2,2 procent van alle DBC's bedraagt de totale tijd meer dan 800 minuten (meer)

Zowel de eerste als de vierde categorie zijn opvallend. Wanneer de totale tijd minder dan 250 minuten is, dan zouden alle activiteiten niet kunnen leiden tot een DBC 250 tot 800 minuten. Hetzelfde geldt wanneer de totale tijd meer dan 800 minuten bedraagt. Een mogelijke verklaring hiervoor is de wijze van aanlevering van gegevens door zorgaanbieders. Er zijn blijkbaar zorgaanbieders waarvan het registratiesysteem niet altijd juist afleid. Navraag bij DBC Onderhoud leert dat ook zij dit verschijnsel zien in het DIS.

Naast de verdeling staan in tabel 3.2 ook de gemiddelden genoemd. Het gemiddelde van alle DBC's in de genoemde tijdsklasse is 599 minuten. Het gemiddelde van enkel de DBC's in de categorieën eerste deel en laatste deel (dat zijn dus de DBC's waarvan de totale tijd optelt tot 250 tot 800 minuten) bedraagt 589 minuten.

3.2.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011

Het is mogelijk om per tijdsklasse instellingen met extreme waarden inzichtelijk te maken. We kiezen er voor om in de hoofdstuk van dit rapport telkens één tijdsklasse op te nemen en toe te lichten. De resultaten voor de overige tijdsklassen zijn opgenomen in de bijlage.

Hieronder is voor 2011 voor de tijdsklasse van 800-1800 minuten weergegeven welke zorgaanbieders het hoogste scoren in het eerste deel van de tijdsklasse.

Tabel 3.3. Top 15 zorgaanbieders 2011 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 800-1800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
Y1B	0,0	100,0	0,0	0,0	814	814	29
E3U	0,0	97,6	2,4	0,0	839	839	123
D7K	0,0	95,0	5,0	0,0	824	824	40
D2K	0,0	93,6	6,4	0,0	849	849	47
G6V	0,0	91,4	8,6	0,0	841	841	58
R3C	0,0	90,9	9,1	0,0	846	846	22
W0K	0,0	89,7	10,3	0,0	854	854	145
R6P	0,0	87,0	13,0	0,0	847	847	23
E2F	0,0	85,7	14,3	0,0	882	882	14
J1Y	0,0	84,6	15,4	0,0	853	853	13
V4B	0,0	84,6	15,4	0,0	862	862	39
C0Y	0,0	83,9	16,1	0,0	889	889	31
N1T	0,0	82,4	17,6	0,0	861	861	17
O6S	0,0	82,4	17,6	0,0	869	869	17
M5S	0,0	80,4	19,6	0,0	878	878	92

Bovenstaande tabel laat zien dat zorgaanbieder Y1B in 2011 29 DBC's heeft geregistreerd van 800 tot 1800 minuten in de categorie langdurende of intensieve behandeling. Voor deze zorgaanbieder geldt dat deze voor ieder van deze DBC's 800 tot 900 minuten (eerste deel) aan tijd heeft besteed. Dit resulteert in een gemiddeld bestede tijd van 814 minuten per DBC.

Gemiddeld besteden aanbieders die DBC's 800 tot 1800 minuten langdurende of intensieve behandeling registreren rond de 1230 minuten. Daarbij geldt dat voor 15,5 procent van al deze DBC's tussen de 800 en 900 minuten wordt geregistreerd.

3.2.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012

Hieronder is voor 2012 voor de tijdsklasse van 800-1800 minuten weergegeven welke zorgaanbieders het hoogste scores in het eerste deel van de tijdsklasse.

Tabel 3.4. Top 15 zorgaanbieders 2012 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 800-1800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
D7K	0,0	96,6	3,4	0,0	825	825	29
E3U	0,0	95,7	4,3	0,0	846	846	117
D2K	0,0	95,7	4,3	0,0	826	826	23
E2P	0,0	94,1	5,9	0,0	860	860	17
C0Y	0,0	88,0	12,0	0,0	872	872	25
B3L	0,0	84,2	15,8	0,0	865	865	19
G6V	0,0	82,9	17,1	0,0	884	884	41
W5U	0,0	82,4	17,6	0,0	864	864	17
Y3B	0,0	80,0	20,0	0,0	852	852	15
A3N	0,0	78,6	21,4	0,0	879	879	14
C8U	0,0	77,1	22,9	0,0	880	880	35
P9N	0,0	76,9	23,1	0,0	912	912	13
P2A	0,0	75,0	25,0	0,0	876	876	24
R3C	0,0	75,0	25,0	0,0	886	886	12
L2N	0,0	75,0	25,0	0,0	888	888	12

Bovenstaande tabel laat zien dat de zorgaanbieder D7K in 2012 29 DBC's heeft geregistreerd van 800 tot 1800 minuten in de categorie langdurende of intensieve behandeling. Voor 96,6 procent van deze DBC's geldt dat de zorgaanbieder hier 800 tot 900 minuten (eerste deel) tijd aan heeft besteed. Dit resulteert in een gemiddeld bestede tijd van 825 minuten per DBC.

3.3 Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort

3.3.1 Overzicht

Voor de gehele sector worden de volgende resultaten gevonden:

Voor 2011:

Tabel 3.5. Gemiddelde tijd per DBC traject per tijdsklasse

Tijdsklasse	Minder	Eerste deel	Laatste deel	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse
0-100 minuten	0,0	25,2	73,6	1,2	66	64
100-200 minuten	0,5	50,8	47,1	1,6	148	146
200-400 minuten	1,5	56,5	40,4	1,5	290	287
400-800 minuten	0,8	49,1	48,9	1,2	531	526
800-1200 minuten	0,9	39,7	58,6	0,8	950	947
Vanaf 1200 minuten	1,3	19,9	78,8	0,0	1702	1715

Voor 2012:

Tabel 3.6. Gemiddelde tijd per DBC traject per tijdsklasse

Tijdsklasse	Minder	Eerste deel	Laatste deel	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse
0-100 minuten	0,0	23,8	74,3	1,9	69	65
100-200 minuten	0,3	49,4	47,9	2,3	152	147
200-400 minuten	1,2	55,1	41,5	2,3	294	289
400-800 minuten	0,9	46,7	50,9	1,5	538	531
800-1200 minuten	1,0	38,1	59,7	1,3	957	951
1200-1800 minuten	1,1	29,5	68,3	1,1	1426	1425
Vanaf 1800 minuten	1,0	20,5	78,5	0,0	2363	2377

3.3.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011

Hieronder is voor 2011 voor de tijdsklasse van 400-800 minuten weergegeven welke zorgaanbieders het hoogste scoren in het eerste deel van de tijdsklasse.

Tabel 3.7. Top 15 zorgaanbieders 2011 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 400-800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
A9D	0,0	100,0	0,0	0,0	421	421	13
L3S	0,0	100,0	0,0	0,0	424	424	14
G6V	0,0	100,0	0,0	0,0	429	429	11
V6S	0,0	100,0	0,0	0,0	434	434	16
Q8W	0,0	100,0	0,0	0,0	436	436	21
P4C	0,0	100,0	0,0	0,0	437	437	11
R7H	0,0	100,0	0,0	0,0	441	441	13
W3D	0,0	100,0	0,0	0,0	441	441	14
R5A	0,0	100,0	0,0	0,0	446	446	26
D5C	0,0	100,0	0,0	0,0	448	448	20
V7U	0,0	97,2	2,8	0,0	427	427	72
A2U	0,0	97,0	3,0	0,0	443	443	33
W0K	0,0	96,7	3,3	0,0	424	424	61
N0H	0,0	95,5	4,5	0,0	428	428	89
E7S	0,0	95,5	4,5	0,0	433	433	44

Bovenstaande tabel laat zien dat de er in 2011 10 zorgaanbieders zijn die voor iedere DBC van 400 tot 800 minuten in de categorie bijzondere productgroepen en productgroepen behandeling kort 400 tot 500 minuten (eerste deel) aan tijd hebben besteed. Dit resulteert in een gemiddeld bestede tijd tussen de 421 en 448 minuten.

3.3.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012

Hieronder is voor 2012 voor de tijdsklasse van 400-800 minuten weergegeven welke zorgaanbieders het hoogste scoren in het eerste deel van de tijdsklasse.

Tabel 3.8. Top 15 zorgaanbieders 2012 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 400-800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
W0K	0,0	100,0	0,0	0,0	420	420	31
N0H	0,0	100,0	0,0	0,0	421	421	86
V7U	0,0	100,0	0,0	0,0	426	426	24
D6Y	0,0	96,2	3,8	0,0	439	439	52
E7S	0,0	95,2	4,8	0,0	430	430	21
U8Y	0,0	93,8	6,2	0,0	439	439	16
B0V	0,0	93,8	6,2	0,0	448	448	16
Y4X	0,0	93,8	6,2	0,0	455	455	16
I3S	0,0	93,8	6,2	0,0	470	470	16
T2C	0,0	92,3	7,7	0,0	425	425	13
D0E	0,0	92,3	7,7	0,0	433	433	13
R2G	0,0	92,3	7,7	0,0	447	447	13
U4I	0,0	89,5	10,5	0,0	444	444	19
Y7Q	0,0	88,9	11,1	0,0	450	450	36
V4M	0,0	87,5	8,3	4,2	468	445	24

Bovenstaande tabel laat zien dat de er in 2012 3 zorgaanbieders zijn die voor iedere DBC van 400 tot 800 minuten in de categorie bijzondere productgroepen en productgroepen behandeling kort 400 tot 500 minuten (eerste deel) aan tijd hebben besteed. Dit resulteert in een gemiddeld bestede tijd tussen de 420 en 426 minuten.

4. Gemiddelde bestede tijd binnen en buiten de tijdsklasse

4.1 Introductie

In de toetsen van hoofdstuk 3 is onderzocht hoe de verdeling van de bestede tijd over de tijdsklasse is. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de gemiddelde tijd die besteed wordt per zorgaanbieder voor elke tijdsklasse. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen DBC's waarvan de bestede tijd in het correcte interval ligt (voor die tijdsklasse) en DBC's waarvoor dit niet geldt. De onderzochte DBC's hebben een openingsdatum in 2011 of 2012.

De overzichten zijn op eenzelfde manier weergegeven als in hoofdstuk 3. Het verschil met hoofdstuk 3 is dat er in dit hoofdstuk wordt gekeken naar de zorgaanbieders met de laagste gemiddelde hoeveelheid bestede tijd. In de praktijk zal er overlap zijn met de overzichten in hoofdstuk 3 waarin de zorgaanbieders met het hoogste percentage tijd in het eerste deel van de tijdsklasse inzichtelijk is gemaakt

4.2 Langdurende of intensieve behandeling

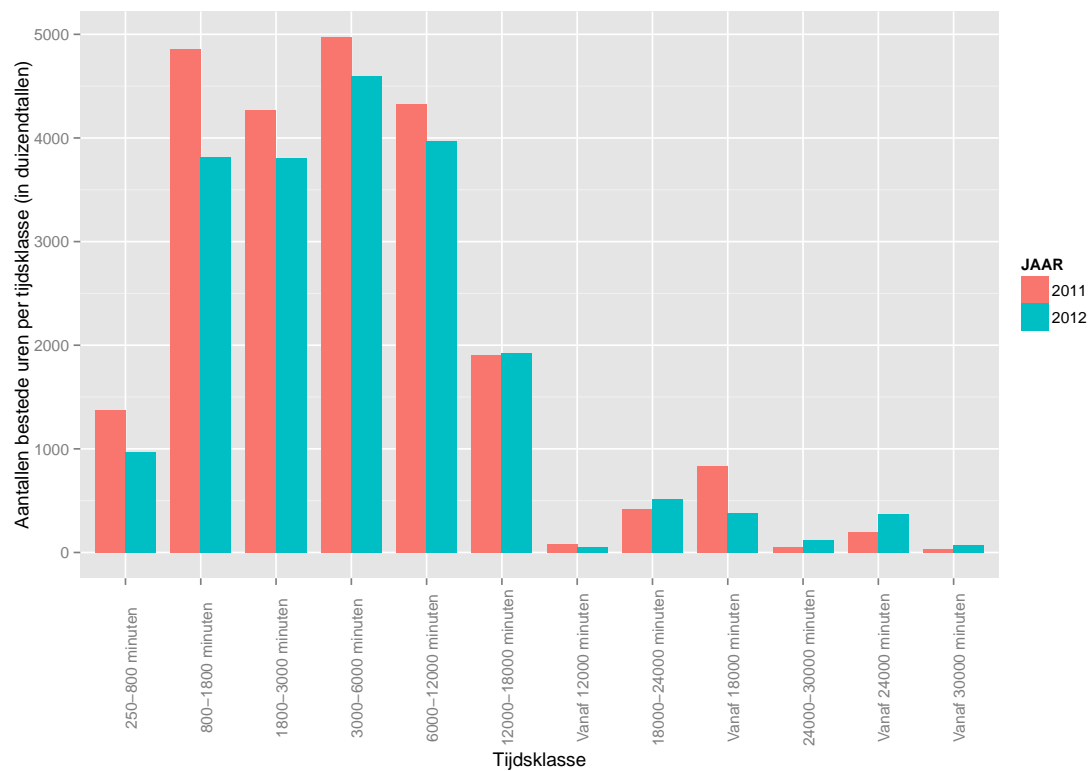
4.2.1 Overzicht

In de sector overzichten in hoofdstuk 3 zijn tevens de gemiddelden voor de bestede tijd weergegeven.

In figuur 4.1. is weergegeven hoeveel tijd er door de gehele sector binnen de verschillende tijdsklassen wordt geschreven. Hierin staat dus per tijdsklasse de som van alle geschreven uren voor alle zorgaanbieders opgeteld.

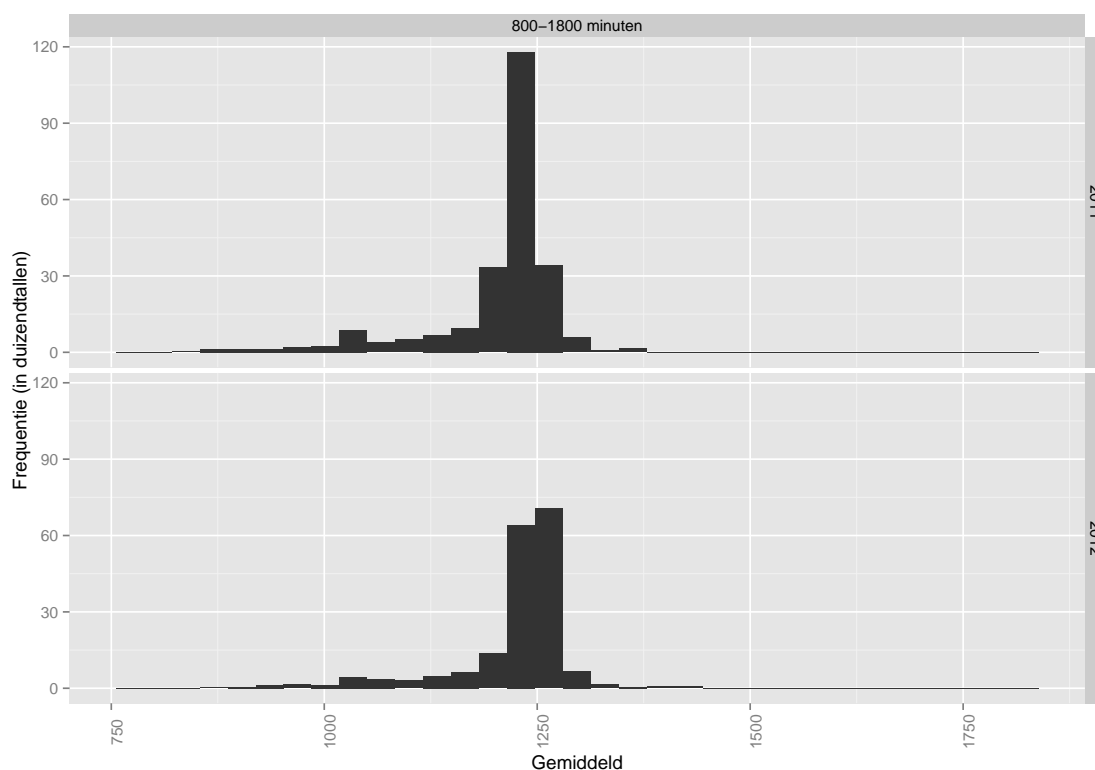
Figuur 4.1. laat zien dat het zwaartepunt van de gemaakt uren ligt in 4 verschillende tijdsklassen tussen de 800 en 12.000 minuten.

Figuur 4.1. Frequentie verdeling van de waargenomen geschreven tijden voor de jaren 2011 en 2012



Er bestaan grote verschillen tussen de hoeveelheid tijd die geschreven wordt per geregistreeerde DBC. Onderstaande figuur geeft per jaar weer hoe deze verdeling voor de tijdsklasse 800-1800 minuten is. We laten dit zien voor de gemiddelden waarbij de waarden binnen de tijdsklasse vallen.

Figuur 4.2. Frequentie verdeling van de gemiddelde tijden



Bovenstaande figuur laat zien dat voor het grootste deel van de DBC's de hoeveelheid gemiddeld bestede tijd op ongeveer 1250 minuten ligt.

4.2.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011

Hieronder is voor 2011 per tijdsklasse weergegeven welke zorgaanbieders de laagste gemiddelde waarden hebben voor de totale geschreven tijd. Om te voorkomen dat zorgaanbieders met een zeer beperkte financiële invloed op het totaal het beeld verstoren, zijn alleen zorgaanbieders met meer dan 10 DBC's in de betreffende tijdsklasse (per jaar) meegenomen in de berekeningen.

Tabel 4.1. Top 15 zorgaanbieders 2011 met de laagste gemiddelde hoeveelheid bestede tijd (in minuten) voor tijdsklasse 800-1800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
Y1B	0,0	100,0	0,0	0,0	814	814	29
D7K	0,0	95,0	5,0	0,0	824	824	40
E3U	0,0	97,6	2,4	0,0	839	839	123
G6V	0,0	91,4	8,6	0,0	841	841	58
R3C	0,0	90,9	9,1	0,0	846	846	22
R6P	0,0	87,0	13,0	0,0	847	847	23
D2K	0,0	93,6	6,4	0,0	849	849	47
J1Y	0,0	84,6	15,4	0,0	853	853	13
W0K	0,0	89,7	10,3	0,0	854	854	145
N1R	0,0	80,0	20,0	0,0	854	854	45
N1T	0,0	82,4	17,6	0,0	861	861	17
V4B	0,0	84,6	15,4	0,0	862	862	39
L2N	0,0	76,9	23,1	0,0	866	866	13
O6S	0,0	82,4	17,6	0,0	869	869	17
U2Q	0,0	74,8	25,2	0,0	870	870	222

4.2.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012

Hieronder is voor 2012 per tijdsklasse weergegeven welke zorgaanbieders de laagste gemiddelde waarden hebben voor de totale geschreven tijd. Alleen zorgaanbieders met meer dan 10 DBC's in de betreffende tijdsklasse (per jaar) zijn meegenomen in de berekeningen. De kolom 'Gem klasse' geeft de gemiddelde waarde weer waarbij alleen DBC's zijn meegenomen waarvan de geschreven tijd ook daadwerkelijk binnen de range van de tijdsklasse ligt.

Tabel 4.2. Top 15 zorgaanbieders 2012 met de laagste gemiddelde hoeveelheid bestede tijd voor tijdsklasse 800-1800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
D7K	0,0	96,6	3,4	0,0	825	825	29
D2K	0,0	95,7	4,3	0,0	826	826	23
E3U	0,0	95,7	4,3	0,0	846	846	117
Y3B	0,0	80,0	20,0	0,0	852	852	15
E2P	0,0	94,1	5,9	0,0	860	860	17
W5U	0,0	82,4	17,6	0,0	864	864	17
B3L	0,0	84,2	15,8	0,0	865	865	19
C0Y	0,0	88,0	12,0	0,0	872	872	25
O2F	0,0	70,6	29,4	0,0	873	873	17
P2A	0,0	75,0	25,0	0,0	876	876	24
A3N	0,0	78,6	21,4	0,0	879	879	14
C8U	0,0	77,1	22,9	0,0	880	880	35
Q9M	11,1	66,7	19,4	2,8	876	884	36
W1M	0,0	60,0	40,0	0,0	884	884	15
G6V	0,0	82,9	17,1	0,0	884	884	41

Het selecteren op basis van het gemiddelde leidt tot tabellen die deels overeenkomen met de tabellen in hoofdstuk 3. In beide bovenstaande tabellen is de nummer 1 gelijk aan de nummer 1 in tabel 3.3 en 3.4.

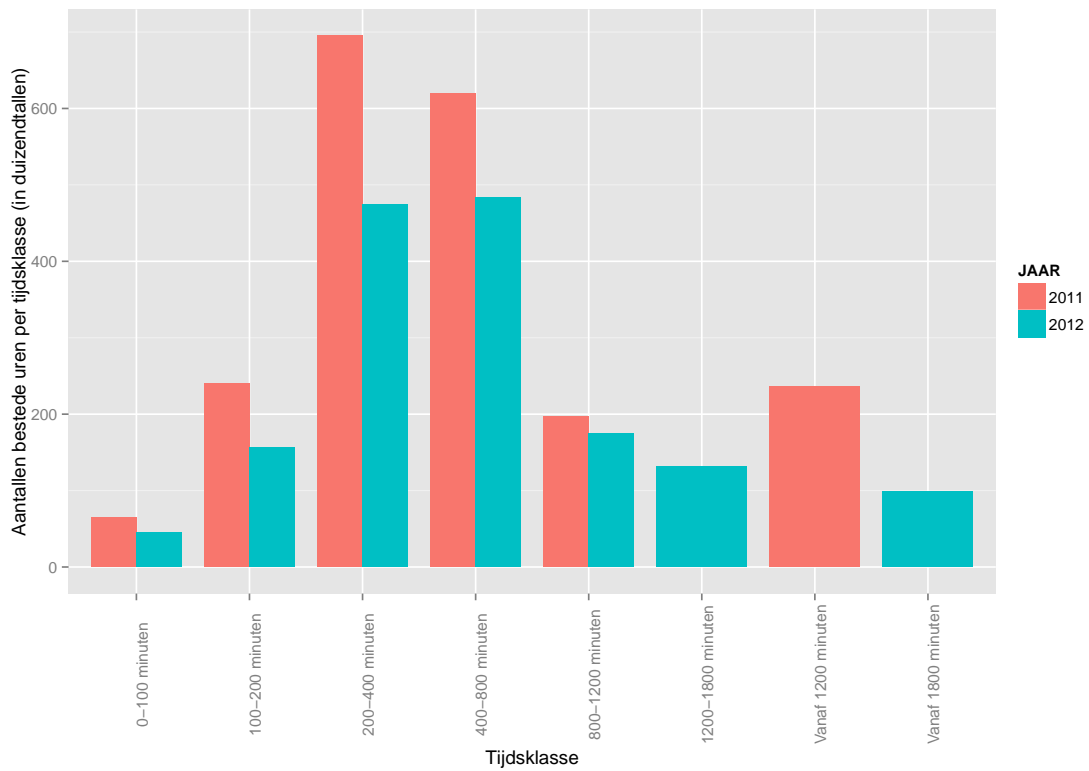
4.3 Bijzondere productgroepen en productgroepen Behandeling Kort

4.3.1 Overzicht

In de sector overzichten in hoofdstuk 3 zijn tevens de gemiddelden voor de bestede tijd weergegeven.

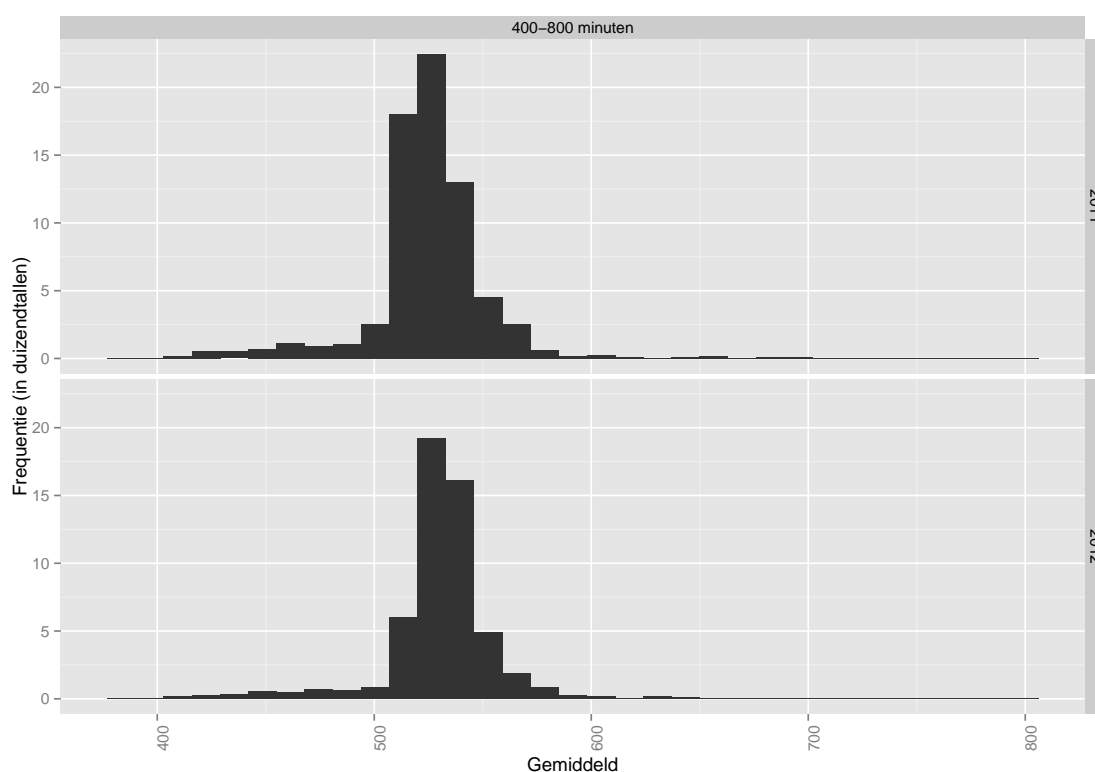
In figuur 4.3. is weergegeven hoeveel tijd er door de gehele sector binnen de verschillende tijdsklassen wordt geschreven. Hierin staat dus per tijdsklasse de som van alle geschreven uren voor alle zorgaanbieders opgeteld.

Figuur 4.3. Frequentie verdeling van de waargenomen geschreven tijden voor de jaren 2011 en 2012



Er bestaan grote verschillen tussen de hoeveelheid tijd die geschreven wordt per geregistreerde DBC. Onderstaande figuur geeft per jaar weer hoe deze verdeling voor de tijdsklasse 400-800 minuten is. We laten dit zien voor de gemiddelden waarbij de waarden binnen de tijdsklasse vallen.

Figuur 4.4. Frequentie verdeling van de gemiddelde tijden



Bovenstaande figuur laat zien dat voor de meeste DBC's de geregistreerde gemiddeld bestede tijd tussen de 500 en 550 minuten ligt.

4.3.2 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011

Hieronder is voor 2011 per tijdsklasse weergegeven welke zorgaanbieders de laagste gemiddelde waarden hebben voor de totale geschreven tijd. Om te voorkomen dat zorgaanbieders met een zeer beperkte financiële invloed op het totaal het beeld verstoren, zijn alleen zorgaanbieders met meer dan 10 DBC's in de betreffende tijdsklasse (per jaar) meegenomen in de berekeningen.

Tabel 4.3. Top 15 zorgaanbieders 2011 met de laagste gemiddelde hoeveelheid bestede tijd (in minuten) voor tijdsklasse 400-800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
A9D	0,0	100,0	0,0	0,0	421	421	13
W0K	0,0	96,7	3,3	0,0	424	424	61
L5C	0,0	92,3	7,7	0,0	424	424	26
L3S	0,0	100,0	0,0	0,0	424	424	14
T2C	0,0	95,0	5,0	0,0	425	425	20
V7U	0,0	97,2	2,8	0,0	427	427	72
N0H	0,0	95,5	4,5	0,0	428	428	89
G6V	0,0	100,0	0,0	0,0	429	429	11
E7S	0,0	95,5	4,5	0,0	433	433	44
V6S	0,0	100,0	0,0	0,0	434	434	16
F8V	0,0	90,5	9,5	0,0	434	434	21
H7F	0,0	92,0	8,0	0,0	435	435	50
Q8W	0,0	100,0	0,0	0,0	436	436	21
X5U	0,0	88,2	11,8	0,0	437	437	17
P4C	0,0	100,0	0,0	0,0	437	437	11

4.3.3 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2012

Hieronder is voor 2012 per tijdsklasse weergegeven welke zorgaanbieders de laagste gemiddelde waarden hebben voor de totale geschreven tijd. Alleen zorgaanbieders met meer dan 10 DBC's in de betreffende tijdsklasse (per jaar) zijn meegenomen in de berekeningen. De kolom 'Gem klasse' geeft de gemiddelde waarde weer waarbij alleen DBC's zijn meegenomen waarvan de geschreven tijd ook daadwerkelijk binnen de range van de tijdsklasse ligt.

Tabel 4.4. Top 15 zorgaanbieders 2012 met de laagste gemiddelde hoeveelheid bestede tijd voor tijdsklasse 400-800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
W0K	0,0	100,0	0,0	0,0	420	420	31
N0H	0,0	100,0	0,0	0,0	421	421	86
T2C	0,0	92,3	7,7	0,0	425	425	13
V7U	0,0	100,0	0,0	0,0	426	426	24
E7S	0,0	95,2	4,8	0,0	430	430	21
D0E	0,0	92,3	7,7	0,0	433	433	13
Q9M	27,8	61,1	11,1	0,0	414	439	18
D6Y	0,0	96,2	3,8	0,0	439	439	52
U8Y	0,0	93,8	6,2	0,0	439	439	16
U4I	0,0	89,5	10,5	0,0	444	444	19
V4M	0,0	87,5	8,3	4,2	468	445	24
R2G	0,0	92,3	7,7	0,0	447	447	13
W1B	2,6	82,1	15,4	0,0	445	448	39
B0V	0,0	93,8	6,2	0,0	448	448	16
Y7Q	0,0	88,9	11,1	0,0	450	450	36

Het selecteren op basis van het gemiddelde leidt tot tabellen die deels overeenkomen met de tabellen in hoofdstuk 3. In beide bovenstaande tabellen is de nummer 1 gelijk aan de nummer 1 in tabel 3.7. en 3.8..

5. Overlap in verblijfsdagen 2012

5.1 Inleiding

Een patiënt in de curatieve GGZ kan worden opgenomen. Er is dan sprake van verblijf. Sinds 2012 worden deze verblijfsdagen apart geregistreerd. Er zijn 7 soorten verblijfsprestaties:

Tabel 5.1. Deelprestaties verblijf GGZ (24 uren verblijf)

Deelprestatie verblijf	Tarief (euro)
Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	167,10
Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	210,12
Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	237,29
Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	244,29
Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	318,71
Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	386,46
Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	770,88

Een patiënt kan op 1 dag maar 1 verblijfsprestatie hebben (hij kan immers niet op 2 afdelingen tegelijk zitten). We hebben daarom getoetst hoe vaak het voorkomt dat er voor 1 patiënt op 1 datum meer dan 1 deelprestatie verblijf wordt geregistreerd. Omdat we op deze wijze toetsen kunnen er twee soorten situaties ontstaan.

1. Een patiënt heeft op 1 dag meer dan 1 deelprestatie verblijf bij 1 AGB-code.
2. Een patiënt heeft op 1 dag meer dan 1 deelprestatie verblijf, maar dit is bij meerdere AGB-codes.

Een meerdaags verblijf wordt binnen de DIS GGZ dataset regelmatig geregistreerd als een enkele verblijfsprestatie waarbij het aantal op een waarde groter dan 1 staat. We lichten hieronder toe hoe dit mogelijk is en welke bewerking we hebben gedaan om tot een resultaat te komen.

Het aantal overlappende dagen wordt berekend als extra gedeclareerde dagen. Het totaalbedrag voor die dag minus het hoogste tarief wordt berekend als het teveel betaalde bedrag op die dag. Per patiënt en per zorgaanbieder worden deze bedragen berekend.

Voor het berekenen van overlap in verblijfsregistraties over zorgaanbieders heen wordt een koppeling gebruikt via de BSN sleutel van het CBS. Omdat deze niet voor elk record is ingevuld, is er voor de berekeningen over zorgaanbieders heen minder data beschikbaar.

Records met een aantal van nul worden bewust niet meegenomen.

Uit een eerste analyse van de data bleek dat het vaak voorkomt dat er voor een patiënt op 1 dag meerdere verblijfsdagen werden geregistreerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is de zogenaamde bulkregistratie. Wanneer een patiënt op 1 januari in een GGZ zorgaanbieder komt binnen een verblijfsafdeling met deelprestatie verblijf A en hij gaat op 4 januari weer weg dan heeft hij 3 overnachtingen gehad. Deze 3 overnachtingen kunnen op twee manieren worden geregistreerd:

- Als 3 aparte records met elk de omschrijving deelprestatie verblijf A. Deze records kennen verschillende datums namelijk 1, 2 en 3 januari.

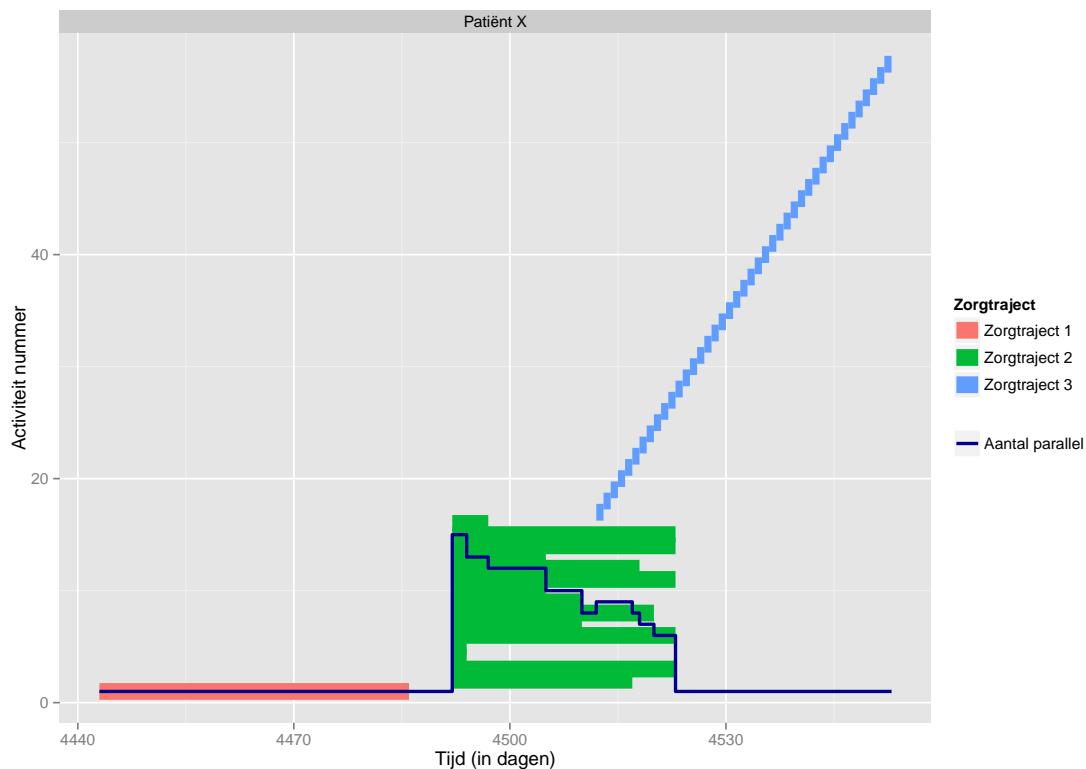
- Als 1 record met de omschrijving deelprestatie verblijf A met datum 1 januari maar met aantal 3.

Deze tweede registratie zouden we in onze huidige opzet beoordelen als dat er voor 1 BSN op 1 datum meer dan 1 deelprestatie verblijf wordt geregistreerd. Om dit te voorkomen hebben we de records met aantal groter dan 1 uitgesmeerd over de dagen volgend op de geregistreerde datum. Hierdoor ontstaat er een bestand waarbij alle records de vorm hebben zoals de eerste optie hierboven beschrijft. Een kanttekening bij deze aanpassing is dat we mogelijk ook records waarbij er daadwerkelijk 2 dagen zijn geregistreerd voor een patiënt die maar 1 dag is geweest, onterecht spreiden over meerdere dagen. De uitkomsten van deze analyse zijn dus mogelijk een onderschatting.

5.2 Voorbeeld

Een voorbeeld van overlappende verblijfsdagen is weergegeven in figuur 5.1.

Figuur 5.1. Voorbeeld overlappende verblijven



Opvallend in deze figuur is dat alle overlappende verblijven op dezelfde datum beginnen, een patroon dat ook bij de andere patiënten met veel overlappende verblijven zichtbaar is.

In bovenstaande figuur zien we 3 zorgtrajecten met verblijf. Het eerste (rode) zorgtraject betreft een bulkregistratie. Op 01/03/2012 is deze patiënt opgenomen bij een zorgaanbieder. Vervolgens is deze patiënt op 12/04/2012 ontslagen. Hij heeft in totaal 43 dagen in verblijf doorgebracht en hiervoor is deelprestatie 'Deelprestatie verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)' in rekening gebracht. Dit is geregistreerd als 1 record met aantal 43. Voor onze analyse smeren we deze bulkregistratie uit over meerdere dagen.

Vervolgens start het tweede (groene) zorgtraject. Op 19/04/2012 worden in totaal 15 deelprestaties verblijf geregistreerd. Deze prestaties en de periodes zijn weergegeven in tabel

5.2.

Tabel 5.2. Voorbeeld deelprestaties binnen 1 zorgtraject

Deelprestatie	Aantal dagen	Begin datum	Eind datum
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	2	19/04/2012	20/04/2012
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	2	19/04/2012	20/04/2012
Verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)	5	19/04/2012	23/04/2012
Verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	13	19/04/2012	01/05/2012
Verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)	13	19/04/2012	01/05/2012
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	18	19/04/2012	06/05/2012
Verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	18	19/04/2012	06/05/2012
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	25	19/04/2012	13/05/2012
Verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	26	19/04/2012	14/05/2012
Verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	28	19/04/2012	16/05/2012
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	31	19/04/2012	19/05/2012
Verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	31	19/04/2012	19/05/2012
Verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	31	19/04/2012	19/05/2012
Verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)	31	19/04/2012	19/05/2012
Verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)	31	19/04/2012	19/05/2012

Het betreft hier allemaal bulkregistraties. De kortstlopende prestatie duurt 2 dagen en de 5 langstlopende prestaties worden afgesloten op 19/05/2012. Voor onze analyse hebben we ook deze bulkregistraties uitgesmeerd over de tijd. Hier is meteen te zien dat er na 19/04/2012 meerdere verblijfsprestaties per dag in rekening worden gebracht. De donkerblauwe lijn in figuur 5.1. geeft aan hoeveel dit er zijn.

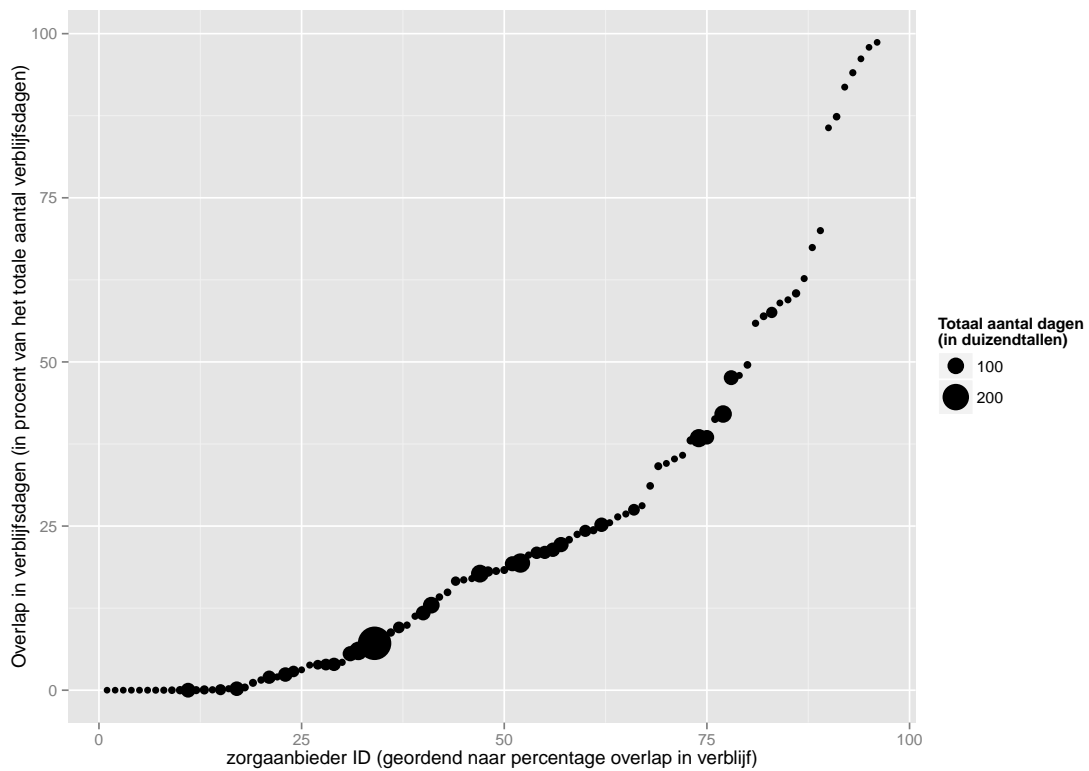
Nog tijdens het tweede zorgtraject start er een derde (lichtblauw) zorgtraject. In dit zorgtraject wordt niet volgens de bulkmethode geregistreerd. Voor elke dag dat deze patiënt verblijft, wordt een apart record aangemaakt met daarin verblijfsprestatie 'Deelprestatie verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)' op een bepaalde datum met het aantal 1.

In deze figuur zijn de tweede (groene) en derde (lichtblauwe) zorgtrajecten ons focuspunt. In deze periode worden er meerdere deelprestaties verblijf per dag in rekening gebracht. We gaan er vanuit dat de duurste prestatie van die dag terecht in rekening wordt gebracht en dat alle andere verblijfsprestaties onterecht in rekening worden gebracht.

5.3 Overzicht

Voor de gehele sector zien we het patroon dat is weergegeven in figuur 5.2..

Figuur 5.2. Percentage overlappende verblijfsdagen per zorgaanbieder



Er zijn in totaal 96 zorgaanbieders die verblijfsdagen hebben geregistreerd. Hiervan hebben er 85 minimaal 1 overlappende verblijfsdag. Er zijn enkele kleinere zorgaanbieders waarbij 85 tot bijna 100 procent van de verblijfsdagen overlapt. Vervolgens zijn er ook een paar grotere zorgaanbieders waarbij er 40 tot 50 procent overlap is.

5.4 Ranking van zorgaanbieders

De zorgaanbieders die het hoogste percentage overlap hebben in verblijfsdagen zijn weergegeven in tabel 5.3..

Tabel 5.3. Relatief aantal teveel geregistreerde verblijfsdagen per zorgaanbieder

Zorgaanbieder	Rank	Totaal	Extra dagen	Percentage
T9B	1	151	149	98.7
F7K	2	96	94	97.9
M3L	3	1382	1.329	96.2
G9M	4	4974	4.678	94.0
E5A	5	2616	2.403	91.9
F5M	6	9217	8.051	87.3
B5T	7	1206	1.033	85.7
J5N	8	4710	3.297	70.0
V0S	9	5289	3.566	67.4
R1T	10	3946	2.474	62.7
N5Q	11	16785	10.145	60.4
U8Y	12	3781	2.248	59.5
U5V	13	1470	867	59.0
F5S	14	47191	27.153	57.5
Q4S	15	11544	6.575	57.0
L5I	16	5941	3.320	55.9
J8U	17	10519	5.212	49.5
Y9L	18	2822	1.353	47.9
A5O	19	83558	39.777	47.6
V2N	20	109595	46.103	42.1
V4K	21	10115	4.176	41.3
J4L	22	79638	30.679	38.5
H2A	23	116546	44.742	38.4
R5M	24	16106	6.128	38.0
O4W	25	3426	1.226	35.8

Uit bovenstaande tabel blijkt dat zorgaanbieder 73731205 in totaal 151 verblijfsdagen heeft geregistreerd. Hiervan zijn 149 dagen geregistreerd terwijl die overlappen. Met overlappen bedoelen we het aantal deelprestaties verblijf op één dag minus 1. Dus als er op 1 datum voor 1 patiënt vier deelprestaties verblijf worden geregistreerd, dan zijn dit drie overlappende deelprestaties. Voor zorgaanbieder 73731205 geldt dat er op twee dagen in totaal 151 deelprestaties verblijf zijn geregistreerd waardoor er 149 overlappende deelprestaties verblijf zijn.

5.5 Toegekend bedrag

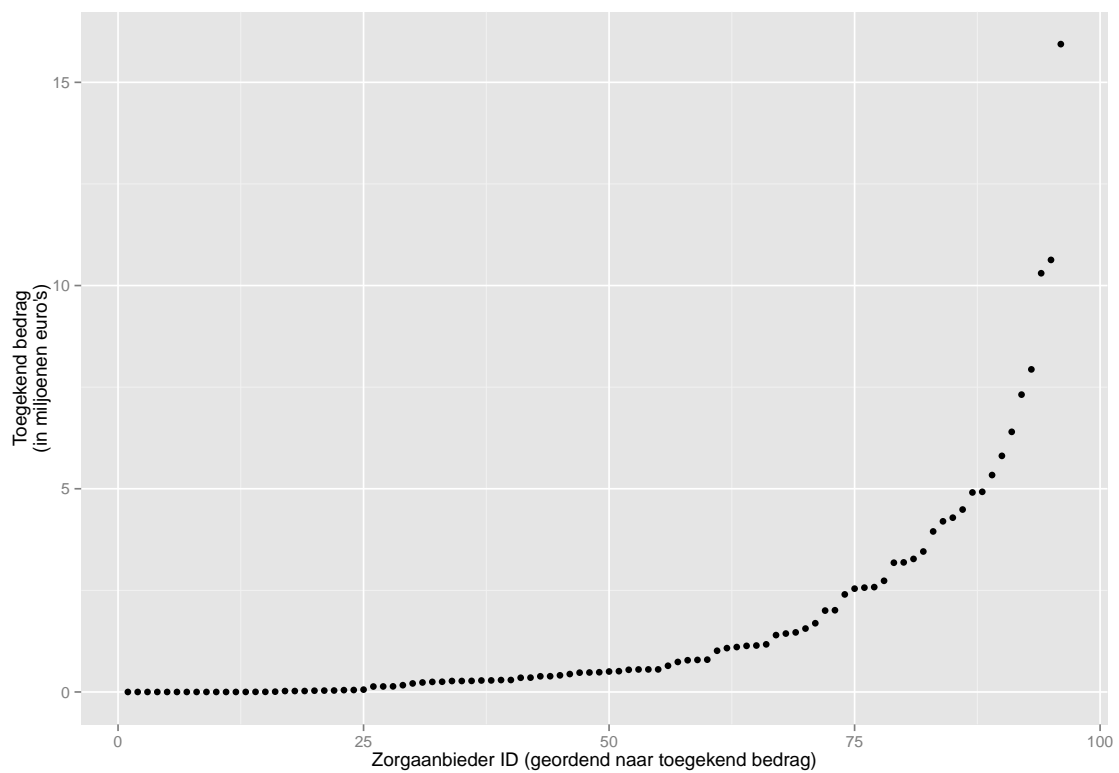
Aan deze toets is ook een bedrag toe te rekenen. Hiervoor is het nodig om van elke keer dat er op 1 datum voor 1 patiënt meer dan 1 deelprestatie verblijf in rekening is gebracht, te bepalen welke deelprestaties verblijf kunnen worden geormerkt als verlies.

We kiezen hierbij voor een conservatieve schatting, waarbij de volgende methode is gehanteerd:

1. Bepaal voor 1 datum, 1 patiënt welke deelprestaties verblijf er in rekening gebracht zijn.
2. De duurste prestatie beschouwen we als terecht in rekening gebracht.
3. Alle andere prestaties met dezelfde datum voor die patiënt beschouwen we als onterecht in rekening gebracht.
4. Hanteer bij het hangen van de bedragen aan de prestaties A t/m G de tarieven zoals genoemd in tabel 5.1.
5. Sommeer alle onterecht in rekening gebrachte bedragen tot 1 bedrag

Per zorgaanbieder kunnen we op deze wijze een bedrag berekenen dat onterecht in rekening is gebracht. De resultaten hiervan zijn in figuur 5.3. weergegeven.

Figuur 5.3. Toegerekende verliesbedragen per zorgaanbieder



We vinden zeer grote toegekende bedragen bij enkele zorgaanbieders. Het bedrag dat aan alle zorgaanbieders samen te veel is vergoed komt hiermee op 155 miljoen euro voor 2012.

6. Aanpassingsstoornissen

6.1 Inleiding

Vanaf 2012 behoort de diagnose aanpassingsstoornis niet meer tot het verzekerde pakket. Dat betekent dat patiënten die in 2011 deze diagnose hadden en waarvoor in 2012 een nieuwe DBC is geopend, deze zelf moeten betalen als de diagnose wederom aanpassingsstoornis is. Dit kan tot gevolg hebben dat vanuit financiële overwegingen zorgaanbieders de diagnose hebben aangepast. In deze toets willen we kijken wat er met die patiënten is gebeurd.

Voor deze toets worden de volgende stappen uitgevoerd:

1. Neem alle BSNs waarvoor in 2011 enkel een DBC is geopend met de diagnose aanpassingsstoornis. Indien er ook DBC's met een andere diagnose zijn geopend, neem deze BSNs dan niet mee.
2. Bepaal voor iedere BSN op welke wijze deze in de data voor 2012 terug komt en categoriseer dit in drie opties:
 - (a) De BSN komt in 2012 niet voor in de data
 - (b) De BSN komt in 2012 voor in de data met een DBC die is geopend met diagnose aanpassingsstoornis
 - (c) De BSN komt in 2012 voor in de data met een DBC die is geopend met een diagnose anders dan aanpassingsstoornis

6.2 Overzicht

In tabel 6.1. is weergegeven hoeveel patiënten per jaar behandeld zijn voor aanpassingsstoornissen ten opzichte van het totaal. Hierbij is per jaar het aantal geopende zorgtrajecten geteld met diagnose aanpassingsstoornis, depressie of anders.

Tabel 6.1. Aantal aanpassings- en andere diagnoses per jaar

Jaar	Onbekende stoornis	Aanpassings-stoornis	Depressie	Anders
2008	9.132	50.091	93.280	817.354
2009	0	54.261	93.804	868.940
2010	0	53.762	92.174	884.543
2011	0	33.025	103.128	892.496
2012	0	1.018	89.260	679.166
2013	116	0	22.270	270.588
2014	0	0	4	299

De aantallen diagnoses in de jaren 2013 en 2014 lopen sterk terug. Dit is voornamelijk een effect van de onvolledigheid van de gebruikte data. Gezien de aantallen bij depressie en anders concluderen we dat ook voor 2012 de data incompleet zijn. De aantallen bij aanpassingsstoornis blijven echter verder achter bij het jaar ervoor dan de aantallen bij depressie en anders. We nemen in dit overzicht ook de diagnose depressie op om te laten zien hoe de aantallen veranderen bij een diagnose waarvoor geen wijziging in het verzekerde pakket plaats heeft gevonden.

We kunnen nu bekijken hoe in 2012 de verdeling is over het type zorgtraject van patiënten die in 2011 zorgtrajecten (1 of meer) hadden voor alleen een aanpassingsstoornis. De aantallen in tabel 6.2. geven het aantal zorgtrajecten weer in de categorieën aanpassingsstoornis, depressie en de categorie anders.

Het aantal patiënten in onderstaande tabel telt niet op tot de 33025 patiënten die in 2011 voor een aanpassingsstoornis zijn behandeld. Dit komt omdat we hier alleen patiënten meenemen die enkel de diagnose aanpassingsstoornis hadden en geen andere diagnoses.

Tabel 6.2. Aantal aanpassings-, depressie- en andere diagnoses in 2012 voor aanpassings patiënten 2011

Aanpassings	Depressie	Anders	Percentage	Aantal
0	0	1	68,2	4.330
0	1	0	18,5	1.177
1	0	0	7,7	490
0	0	2	3,1	200
0	1	1	1,1	67
1	0	1	0,9	60
1	1	0	0,3	17
0	0	3	0,1	6
2	0	0	0,0	1
0	0	4	0,0	1
0	2	0	0,0	1
1	0	2	0,0	1

Tabel 6.2. laat zien dat van alle patiënten waarvoor in 2011 enkel de diagnose aanpassingsstoornis is gesteld, er in 2012 68,2 procent een andere diagnose heeft dan aanpassingsstoornis of depressie. Van al deze patiënten heeft 18,5 in 2012 de diagnose depressie.

Ter vergelijking kunnen we dezelfde analyse uitvoeren op een diagnose waarvoor geen wijziging van de vergoeding heeft plaatsgevonden, zoals depressie. Bij deze analyse worden dus eerst alle patiënten geselecteerd die in 2011 zijn behandeld voor depressie en wordt gekeken welke diagnoses deze patiënten in 2012 hebben gekregen (mits ze nog onder behandeling zijn). Dit levert de volgende tabel op:

Tabel 6.3. Aantal aanpassings-, depressie- en andere diagnoses in 2012 voor depressie patiënten 2011

Onbekend	Aanpassings	Depressie	Anders	Percentage	Aantal
0	0	1	0	65.9	28.193
0	0	0	1	31.2	13.330
0	0	1	1	1.6	689
0	0	0	2	0.9	393
0	0	2	0	0.2	95
0	0	1	2	0.1	26
0	0	0	3	0.0	11
0	0	2	1	0.0	8
0	0	3	0	0.0	2
0	0	0	4	0.0	2
0	0	1	5	0.0	1

Te zien is dat in 65,9 procent van de gevallen de patiënt in 2012 nog steeds dezelfde diagnose hebben. Dit is veel hoger dan de 7,7 procent die is gevonden in tabel 6.2..

6.3 Aantallen per zorgaanbieders

Per zorgaanbieder kunnen we nu een ranglijst maken waarbij de percentages van de verschillende categorieën worden weergegeven van patiënten die in 2011 een aanpassingsstoornis hadden. Op basis van tabel 6.2. zijn er vele combinaties mogelijk. We kiezen daarom in deze tabel voor een clustering waarbij de patiënten worden ingedeeld in de volgende groepen:

1. De patiënt heeft de diagnose aanpassingsstoornis.
2. De patiënt heeft de diagnose aanpassingsstoornis, maar ook één (of meerdere) andere diagnose(s).
3. De patiënt heeft niet langer de diagnose aanpassingsstoornis, maar enkel nog één (of meerdere) andere diagnose(s).

We selecteren in de volgende tabellen op basis van het laagste aantal patiënten met een aanpassingsstoornis (en de hoogste aantallen).

Tabel 6.4. Aantal aanpassings- en andere diagnoses per zorgaanbieder, top 25

Zorgaanbieder	Aanpassings	Aanpassings- en anders	Anders	Aantal
S8U	0,0	0,0	100,0	255
P2E	0,0	0,0	100,0	179
Y5P	0,0	0,0	100,0	141
R5X	0,0	0,0	100,0	128
J4L	0,0	0,0	100,0	126
Q3O	0,0	0,0	100,0	115
H2A	0,0	0,0	100,0	108
B9I	0,0	0,0	100,0	104
T5W	0,0	0,0	100,0	95
T2O	0,0	0,0	100,0	65
A7B	0,0	0,0	100,0	63
H3C	0,0	0,0	100,0	41
D4V	0,0	0,0	100,0	37
B0V	0,0	0,0	100,0	30
C6K	0,0	0,0	100,0	25
C6W	0,0	0,0	100,0	24
L6S	0,0	0,0	100,0	23
G1L	0,0	0,0	100,0	21
M5M	0,0	0,0	100,0	15
E8X	0,0	0,0	100,0	15
K0T	0,0	0,0	100,0	15
S2X	0,0	0,0	100,0	14
P6S	0,0	0,0	100,0	13
T4Y	0,0	0,0	100,0	13
A5W	0,0	0,0	100,0	12

Uit tabel 6.4. blijkt dat alle patiënten van de genoemde aanbieders die in 2011 de diagnose aanpassingsstoornis hadden, in 2012 een andere diagnose hebben.

6.4 Verdeling productgroepen en diagnoses in 2012 voor patiënten aanpassingsstoornis 2011

In onderstaande tabel is voor patiënten aanpassingsstoornis 2011 de verdeling weergegeven over de verschillende productgroepen waarin zij zorg hebben gekregen in 2012.

Tabel 6.5. Verdeling productgroepen 2012 voor patiënten aanpassingsstoornis 2011

Productgroep	Percentage	Aantal
Behandeling kort	24,8	1.659
Depressie	18,9	1.262
Angst	11,2	748
Persoonlijkheid	10,7	715
Aanpassing	8,5	569
Andere aandoeningen	4,2	281
Aandachtstekort - en gedrag	3,1	210
Diagnostiek	3,0	198
Indirect	2,3	152
Restgroep diagnoses	2,1	139
Bipolair en overig	1,9	129
Pervasief	1,7	116
Somatoforme	1,6	110
Overige kindertijd	1,5	100
Crisis	1,3	85
Schizofrenie	1,2	80
Delirium dementie en overig	1,1	75
Alcohol	0,4	28
Overige aan een middel	0,3	19
Eetstoornis	0,2	14
Geen behandeling	0,1	5

Uit bovenstaande tabel blijkt dat van alle patiënten met een aanpassingsstoornis in 2011, er 24,8 procent in 2012 de diagnose behandeling kort heeft gekregen. Deze tabel geeft daarmee een nadere duiding van de diagnoses die patiënten hebben gekregen en die eerder in dit hoofdstuk geclusterd waren onder het kopje 'anders'.

A. Omrekenfactor verblijf zonder overnachting en dagbesteding

1.1 Verblijf zonder overnachting

De kosten van de dagen verblijf zonder overnachting worden in de bepaling van de productgroep meegenomen door per dag verblijf zonder overnachting 60 minuten indirecte behandeltijd op te tellen bij de totale behandeltijd van een DBC in voor DBC's geopend in 2011 en 81 minuten voor DBC's geopend in 2012. Op deze manier verzwaaart het aantal dagen verblijf zonder overnachting de DBC.

1.2 Dagbesteding

Eenzelfde werkwijze wordt gebruikt om de uren dagbesteding in de productgroepbepaling te laten meetellen. Per uur dagbesteding wordt 15 minuten behandeltijd (directe tijd) gerekend voor DBC's geopend in 2011 en 6 minuten behandeltijd voor DBC's geopend in 2012.

B. Verdeling bestede tijd binnen tijdsklassen

In deze bijlage zijn de resultaten van de verdeling van de bestede tijd over de tijdsklassen opgenomen voor tijdsklassen die niet in de hoofdtekst zijn behandeld.

2.1 Langdurende of intensieve behandeling

2.1.1 Zorgaanbieders met extreme waarden in 2011

Hieronder is voor 2011 voor alle tijdsklassen weergegeven welke zorgaanbieders het hoogste scoren in het eerste deel van de tijdsklasse.

Tabel 2.1. Top 15 zorgaanbieders 2011 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 6000-12000 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
O6N	0,0	67,7	32,3	0,0	6101	6101	65
W5I	0,0	60,0	40,0	0,0	6164	6164	100
K8G	0,0	46,6	53,4	0,0	6249	6249	103
G9L	0,0	45,7	54,3	0,0	6220	6220	35
P1E	0,0	42,3	57,7	0,0	6311	6311	222
A1W	0,0	22,2	77,8	0,0	6359	6359	18
V1E	0,0	21,1	78,9	0,0	6315	6315	19
B8W	0,0	20,7	79,3	0,0	6757	6757	29
D0F	0,0	19,5	80,5	0,0	7300	7300	241
J6M	0,0	18,8	81,2	0,0	6562	6562	16
P0P	0,0	18,1	81,9	0,0	6454	6454	83
M6L	0,0	16,7	83,3	0,0	6529	6529	24
M1E	0,0	15,4	84,6	0,0	7013	7013	13
E3V	0,0	15,4	84,6	0,0	7498	7498	13
Q3C	0,0	15,0	85,0	0,0	7525	7525	20

Tabel 2.2. Top 15 zorgaanbieders 2011 met het hoogste percentage bestede tijd in het eerste segment van tijdsklasse 250-800 minuten

Zorgaanbieder	Minder	Deel 1	Deel 2	Meer	Gemiddeld	Gem. klasse	Aantal
C5G	0,0	81,8	18,2	0,0	336	336	88
D2K	0,0	81,3	18,7	0,0	315	315	139
L6P	0,0	56,4	43,6	0,0	346	346	55
E4X	0,0	53,3	46,7	0,0	405	405	15
T0N	0,0	53,3	46,7	0,0	428	428	15
V4B	0,0	47,4	52,6	0,0	397	397	19
R9J	0,0	46,2	53,8	0,0	394	394	52
Y2O	0,0	41,0	59,0	0,0	391	391	122
K0Q	0,0	38,5	61,5	0,0	428	428	26
G0D	0,0	33,5	66,5	0,0	435	435	164
K6U	0,0	33,3	66,7	0,0	462	462	12
R0A	0,0	31,9	68,1	0,0	401	401	47
L5I	0,0	30,8	69,2	0,0	447	447	13
K9O	0,0	30,8	69,2	0,0	479	479	13
H4D	0,0	28,6	71,4	0,0	421	421	28

