

Vergelijking budgetaanvragen en geleverde acute psychiatrie

Obv brondata 2023 - versie 06 februari, 2026



Inhoudsopgave

1	Vooraf	3
2	Acute ggz-budgetten	4
2.1	Personeel	4
2.1.1	triage	5
2.1.2	Beoordeling	6
2.1.3	Behandeling	7
2.2	Bedden	8
3	Opbrengsten en budget	10
3.1	Personeel totaal	10
3.1.1	Personeel totaal - bedrag	11
3.1.2	Personeel totaal - percentage	12
3.2	Personeel per beroepscategorie	13
3.2.1	Beroepscategorie - bedrag	14
3.2.2	Personeel per beroepscategorie - percentage	15
3.3	Verblijfsdagen	16
3.3.1	Aantal verblijfsdagen	17
3.3.2	Opbrengten tov budget - aanbieder	18
3.3.3	Opbrengsten tov budget - bedletter	19

1 Vooraf

Er zijn voor de budgetten acute psychiatrie in de huidige situatie drie bronnen waaruit de NZa informatie kan verkrijgen. Specifiek betreft dit het aangevraagde budget, de nacalculatie (opgave van ingezette declarabele zorg, onder bestuursverklaring) en de uiteindelijke declaraties die de NZa via Vektis ontvangt. In deze analyses legt de NZa de eerste twee sets aan gegevens naast elkaar. De NZa zal in de toekomst verder verdiepen met een vergelijking tussen nacalculatie en de declaratiedata. De NZa gaat uit van 2023, omdat dit op moment van uitvoeren van de analyses het meest recente jaar is waarvoor definitieve budgetten zijn vastgesteld.

Het budget moet de beschikbaarheid van de voorziening acute psychiatrie garanderen. De NZa doet de aanname dat beschikbaarheid gezien moet worden als de aanwezigheid of oproepbaarheid van personeel naast de aanwezigheid van een bepaalde hoeveelheid andere faciliteiten, zoals kamers en bedden (met aanwezig VOV-personeel) om verblijfszorg te kunnen leveren. De kosten die worden vergoed met het budget mogen niet ook elders (reguliere zorglevering) worden vergoed, om dubbele bekostiging te voorkomen.

2 Acute ggz-budgetten

In de budgetaanvraag zijn posten opgenomen voor triage, beoordeling, behandeling, bedden, materiële kosten, ambulante kapitaallasten en vrije marge. Van deze posten zou de vrije marge gebruikt kunnen worden om het verwachte verschil tussen kosten en realisaties vooraf te vergoeden. Dit wordt in de praktijk slechts in beperkte mate gedaan. Materiële kosten en ambulante kapitaallasten zijn posten die niet terug zijn te vinden in de opbrengsten en betreffen relatief eenvoudige middelen die nodig zijn voor zorglevering, zoals de lease-auto om langs patiënten te rijden en de ruimtes waarin het triage- en beoordelingsteam zich bevinden.

2.1 Personeel

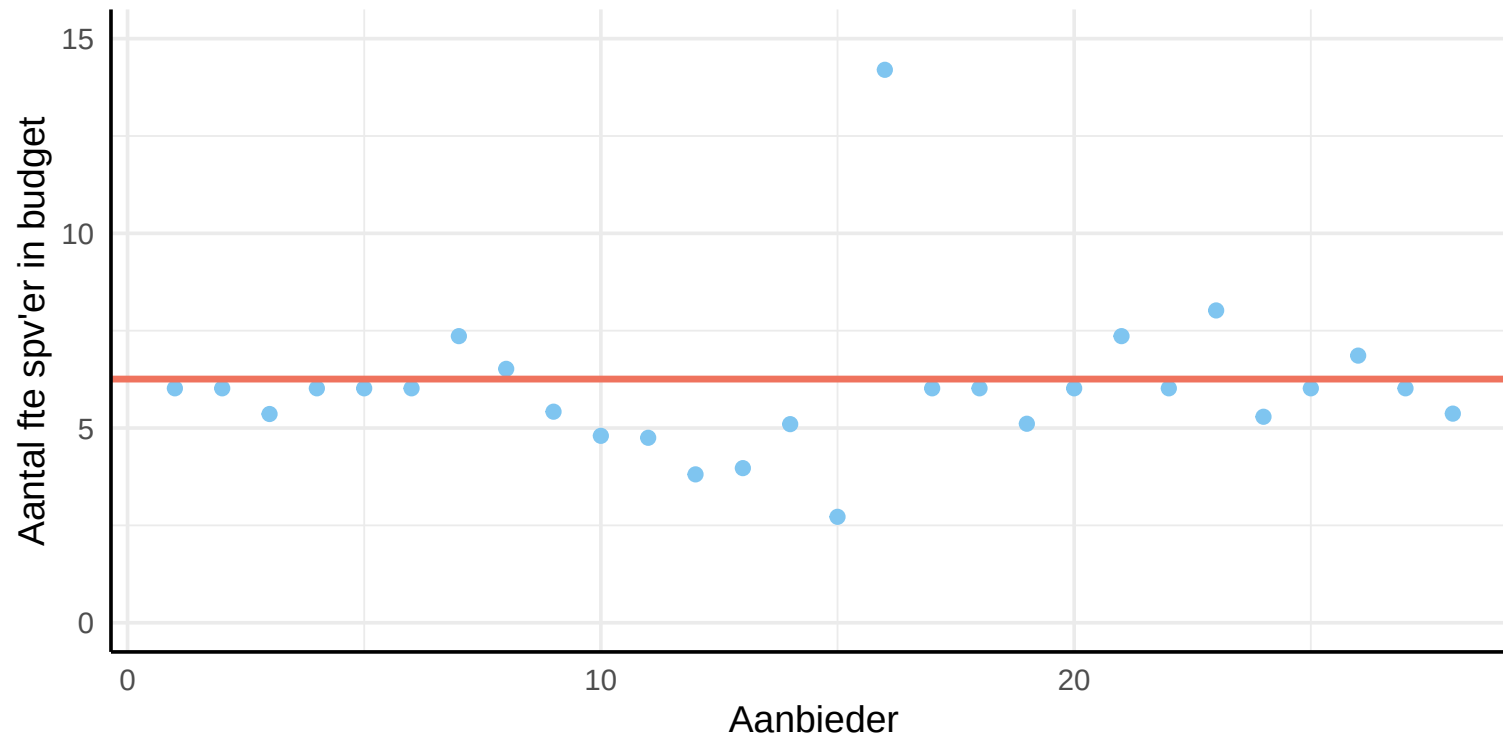
De budgetten voor triage, beoordeling, behandeling en bedden zullen we hieronder nader bekijken.

2.1.1 triage

De triage betreft een beschikbaarheidsfunctie en levert geen zorg die terug wordt gezien in de opbrengsten. Voor de triage zullen we inzichtelijk maken hoeveel triagist in de budgetten is opgenomen en hoe dit zich verhoudt tot een (genormeerde) berekening van beschikbaarheid 24 uur per dag en zeven dagen per week. In de budgetformulieren bestaat de mogelijkheid om vergoeding voor triage door artsen, verpleegkundig specialisten ggz en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers) op te nemen. In de praktijk wordt alleen budget aangevraagd voor aanwezigheid van spv'ers. Er wordt ook geen beschikbaarheid of bereikbaarheid van andere beroepen opgegeven.

In figuur 1 is weergegeven hoeveel fte aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in het budget is opgenomen als triagist. De rode lijn geeft het aantal fte (6,25) dat nodig is voor dekking van 24 uur per dag en 365 dagen per jaar. De NZa rekent hierbij met 1400 productieve uren per fte. Het valt op dat er meerdere regio's zijn die met het budget niet lijken te kunnen voldoen aan 24-uurs beschikbaarheid van een triagist.

Figuur 1

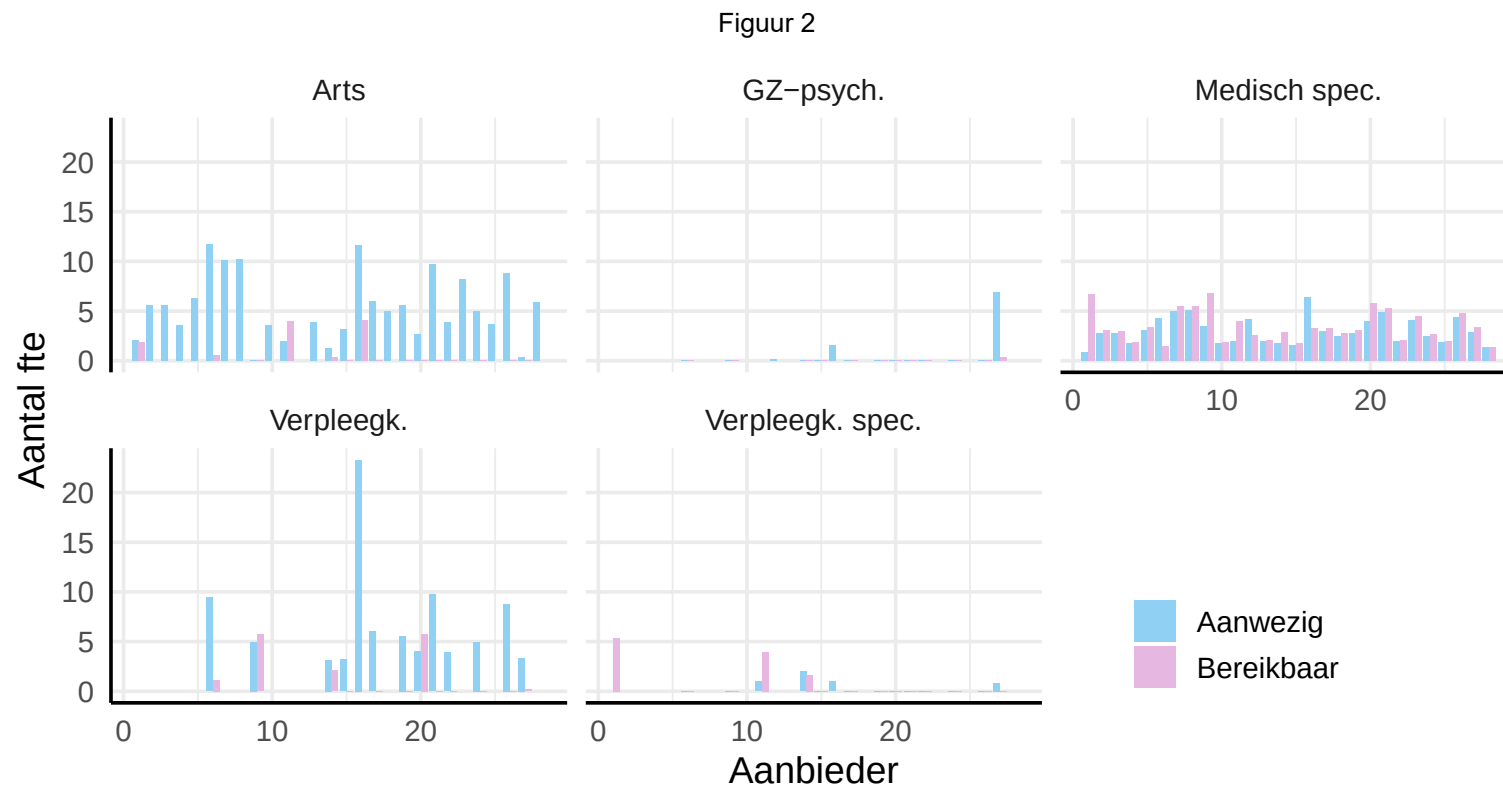


2.1.2 Beoordeling

Het budgetformulier heeft losse posten voor het personeel dat klaar staat voor de beoordeling van de patiënt en personeel voor de behandeling van de patiënt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven per beroepsgroep aan hoeveel fte zij fysiek aanwezig hebben en hoeveel fte er beschikbaar of bereikbaar is. Het budgetformulier bevat veertien verschillende beroepsgroepen die via het budget beschikbaar kunnen zijn. Voor de eenvoud voegt de NZa de groepen samen tot de beroepscategorieën uit het Zorgprestatiemodel.

Er zijn normen voor de aanwezigheid of bereikbaarheid van personeel voor beoordeling. Wij stappen voor deze analyses over deze zorginhoudelijke normen heen en beoordelen niet of de normen worden gehaald.

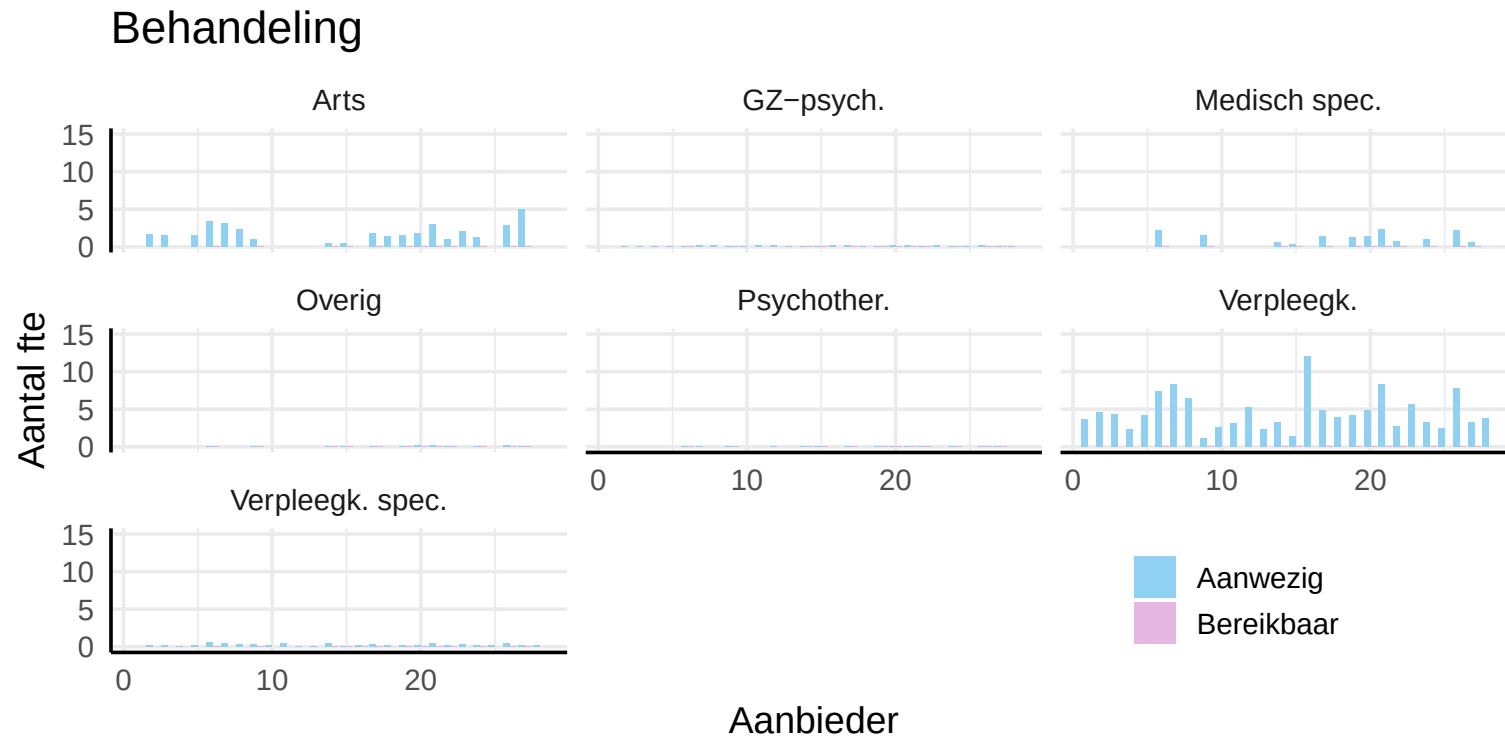
Zoals in figuur 2 te zien worden voor de beoordeling veel artsen, verpleegkundigen aangevraagd voor aanwezigheid, terwijl voor de medisch specialist (psychiater) een meer 50% verhouding is tussen aanwezigheid en bereikbaarheid.



2.1.3 Behandeling

Voor de behandeling wordt vooral aanwezigheid van verpleegkundigen aangevraagd in het budget met een veel lagere bezetting door de overige beroepscategorieën.

Figuur 3



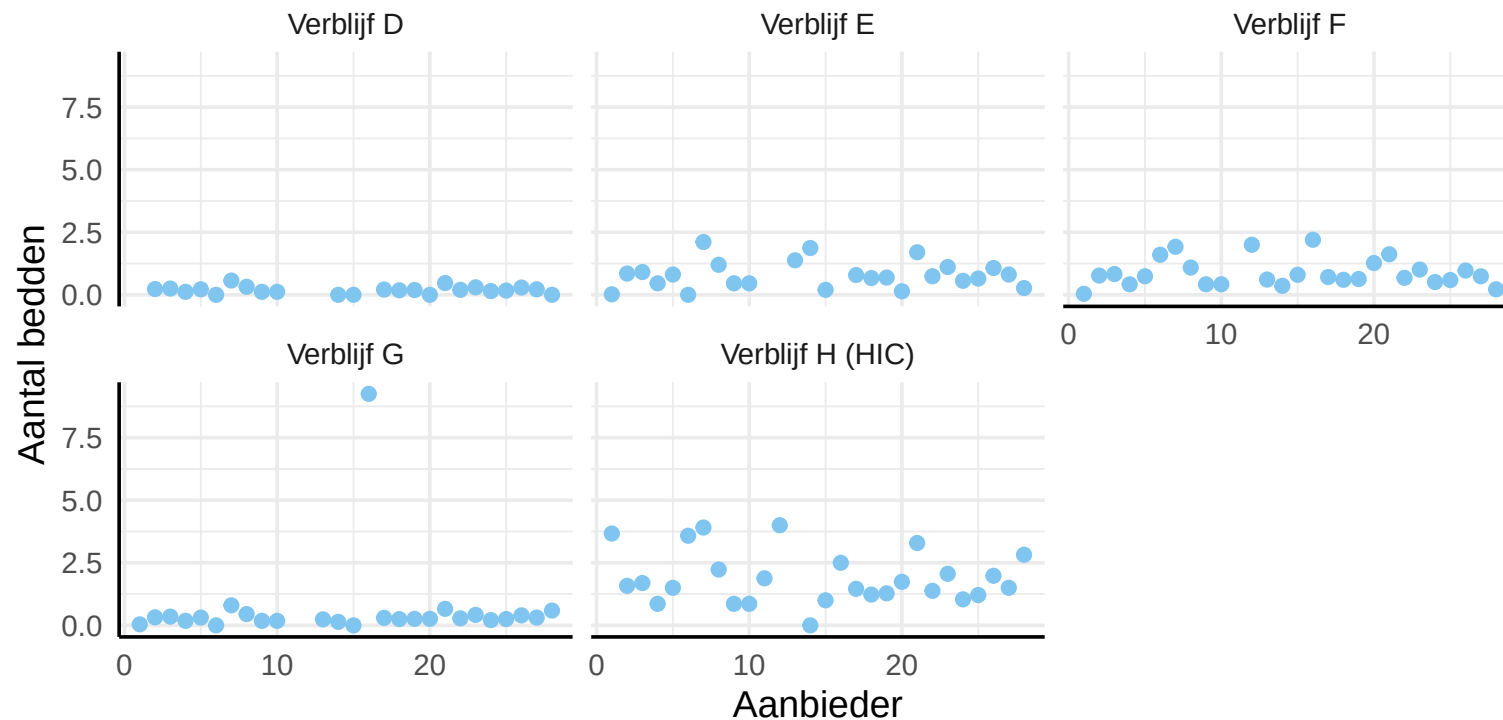
2.2 Bedden

In de ggz zijn verblijfsprestaties met verschillende verzorgingsgraden mogelijk. Het belangrijkste verschil tussen de verzorgingsgraden is de inzet van verpleegkundig, opvoedkundig of verzorgend (VOV-)personeel. De verblijfsdagen vanaf 'bedletter' D (gemiddelde verzorgingsgraad, 0,7 t/m 1 fte VOV-personeel) t/m G (zeer intensieve verzorgingsgraad, meer dan 1,7 fte VOV-personeel) en H (high intensive care, 1,3 t/m 2,0 fte VOV-personeel) zijn onderdeel van het budgetsysteem voor de acute psychiatrie. Een deel van de kosten van een verblijfsdag bestaat uit het VOV-personeel dat wordt ingezet. Door de budgetbekostiging bestaat er een risico op dubbele bekostiging van dit personeel. Het verpleegkundig personeel zou namelijk zowel ingeroosterd kunnen zijn bij de bedden (en dus bekostigd worden via de verblijfsdagen) én kunnen worden opgegeven bij het beoordelend of behandelend personeel. Dit zou onwenselijke dubbele bekostiging betekenen. De NZa kan in de huidige analyses niet nagaan of dit ook gebeurt en gaat er van uit dat verzekeraars en zorgaanbieders hier duidelijke afspraken over maken.

In figuur 4 is het gebudgetteerde aantal bedden per verblijfsletter te zien voor de verschillende regio's. In vrijwel alle gevallen wordt geen 'heel' aantal bedden opgegeven in het budget. Zo komt het voor dat er 0,03 verblijfsdag D of 0,14 verblijfsdag G wordt opgegeven. De NZa vraagt zich af hoe dit gezien moet worden tot de beschikbaarheid van het bed. Is dit slechts een deel van de tijd beschikbaar voor de acute psychiatrie? Is het meestal een verblijfsdag D en kan bij hogere zorgvraag personeel worden opgeschaald naar een hogere bedletter? Meest opvallend is het zeer hoge aantal verblijfsdagen G dat één regio klaar heeft staan (ruim 9), terwijl de eerstvolgende regio slechts 0,8 G-bedden klaar heeft staan. De vraag bekruipt waarom deze regio zoveel van deze bedden nodig heeft relatief tot de andere regio's én of deze bedden wel daadwerkelijk worden ingezet voor de behandeling van mensen met acute ggz-problematiek.

Overigens gaat de NZa er voor deze analyses van uit dat verblijfsdagen H (HIC) niet noodzakelijkerwijs allemaal worden geleverd binnen gecertificeerde HIC-afdelingen. De concept-normen voor de HIC lijken strenger dan die voor verblijfsdag H.

Figuur 4



3 Opbrengsten en budget

In dit hoofdstuk kijken we naar de vergelijking tussen de aangevraagde budgetten en wat is opgegeven als opbrengsten in de nacalculatie. De acute psychiatrie wordt breder ingezet dan alleen voor Zvw-zorg, we kijken dus naar het totaal van opgegeven opbrengsten, inclusief opbrengsten uit Jeudwet of andere financieringsstromen.

NB de reistijdopbrengsten kunnen niet worden gedifferentieerd naar leverende beroepscategorie, we nemen ze dus alleen mee in de totaalkosten.

3.1 Personeel totaal

Allereerst kijken we naar het bedrag dat totaal is gebudgetteerd voor personeel (beoordeling en behandeling) en we vergelijken dit met het totaal aan opgegeven opbrengsten voor het gebudgetteerde personeel (consulten en toeslagen reistijd).

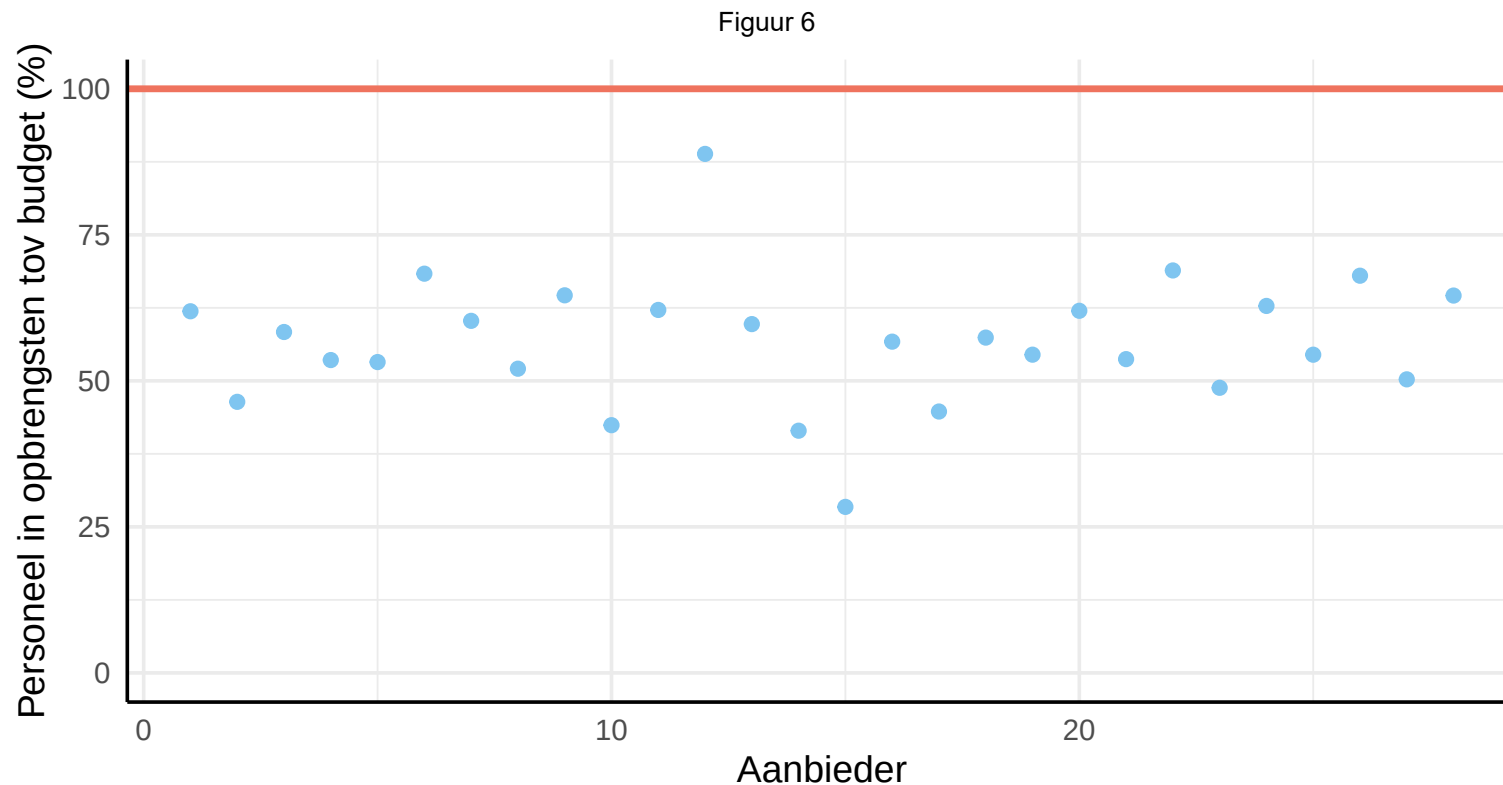
3.1.1 Personeel totaal - bedrag

In figuur 5 is te zien dat de opgegeven opbrengsten ruim lager zijn dan het aangevraagde budget, geen enkele aanbieder heeft hogere opbrengsten dan het aangevraagde budget. Dit is te verwachten bij een budgetbepaling en kan een reflectie zijn van de beschikbaarheid van capaciteit.



3.1.2 Personeel totaal - percentage

In figuur 6 visualiseren we de relatieve opbrengsten ten opzichte van het budget. Dit geeft een percentage van gerealiseerd budget en kan gebruikt worden om in te schatten hoeveel 'overcapaciteit' de aanbieders hebben, dit kan gezien worden als beschikbaarheid. We kunnen zien dat bij de meeste aanbieders 40-65% van het budget wordt gerealiseerd als opbrengsten. Dit kan worden geïnterpreteerd als personeel dat 35-60% van de tijd geen zorg levert, maar klaar staat voor nieuwe instroom of escalatie van patiënten in zorg. Deze capaciteit zou ook kunnen worden ingezet buiten de acute psychiatrie, bijvoorbeeld om patiënten op wachtlijsten te helpen. Het is daarom de vraag of de ongebruikte capaciteit in redelijke verhouding staat met de beschikbaarheidsfunctie van de acute psychiatrie. Het is uiteraard mogelijk dat de 'overcapaciteit' niet verloren gaat, maar wordt gebruikt voor (declarabele) zorglevering buiten de acute psychiatrie. Dit zou echter ook onwenselijk zijn, omdat het dubbele bekostiging betekent.



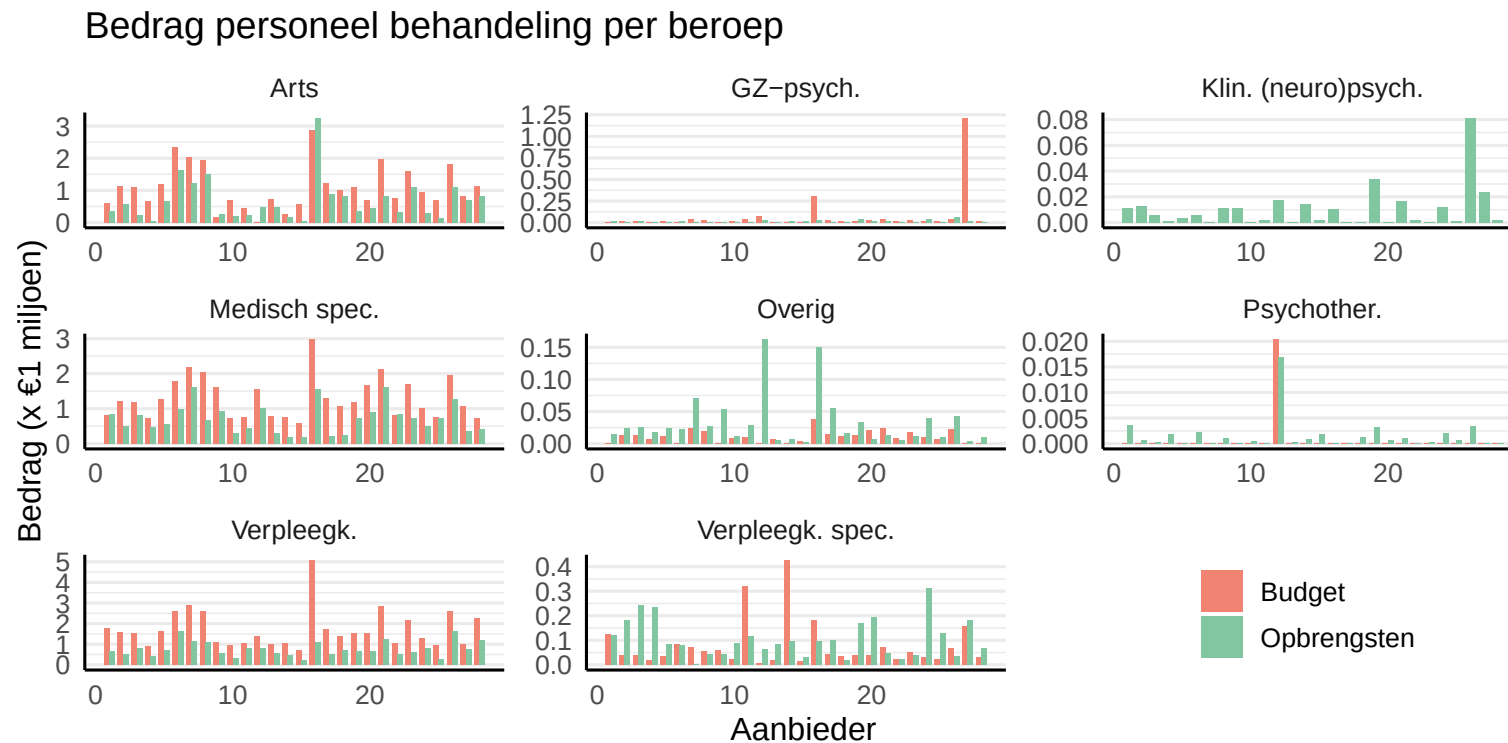
3.2 Personeel per beroepscategorie

We kunnen vergelijken hoeveel budget er is aangevraagd per beroep en hoeveel opbrengsten de beroepscategorie heeft gerealiseerd. Dit geeft inzicht in welke beroepen beschikbaar zijn via het budget en of diezelfde beroepen ook veel zorg leveren in de acute psychiatrie. Het is de verwachting dat alleen personeel dat via de budgetten is aangevraagd zorg levert en dat er maximaal zoveel zorg wordt geleverd als beschikbaar via het budget.

3.2.1 Beroepscategorie - bedrag

In figuur 7 is te zien dat voor de arts, medisch specialist en verpleegkundige er veelal meer inzet is gebudgetteerd dan dat er aan opbrengsten is geleverd. Voor de overige beroepen en verpleegkundig specialisten lijkt er over het algemeen juist meer zorg te worden geleverd dan te verwachten is op basis van aanwezigheid en bereikbaarheid van de beroepen op basis van het budget. Voor de GZ-psychologen en psychotherapeuten valt op dat deze zeer verschillend worden gebudgetteerd (en geleverd) tussen de regio's, met (zeer) beperkte budgettering in de meeste regio's, maar flinke uitschieters in sommige. Klinisch (neuro)psychologen zijn niet gebudgetteerd (of te budgetteren via het formulier), maar leveren toch zorg in de meeste regio's, al gaat het om zeer beperkte volumes.

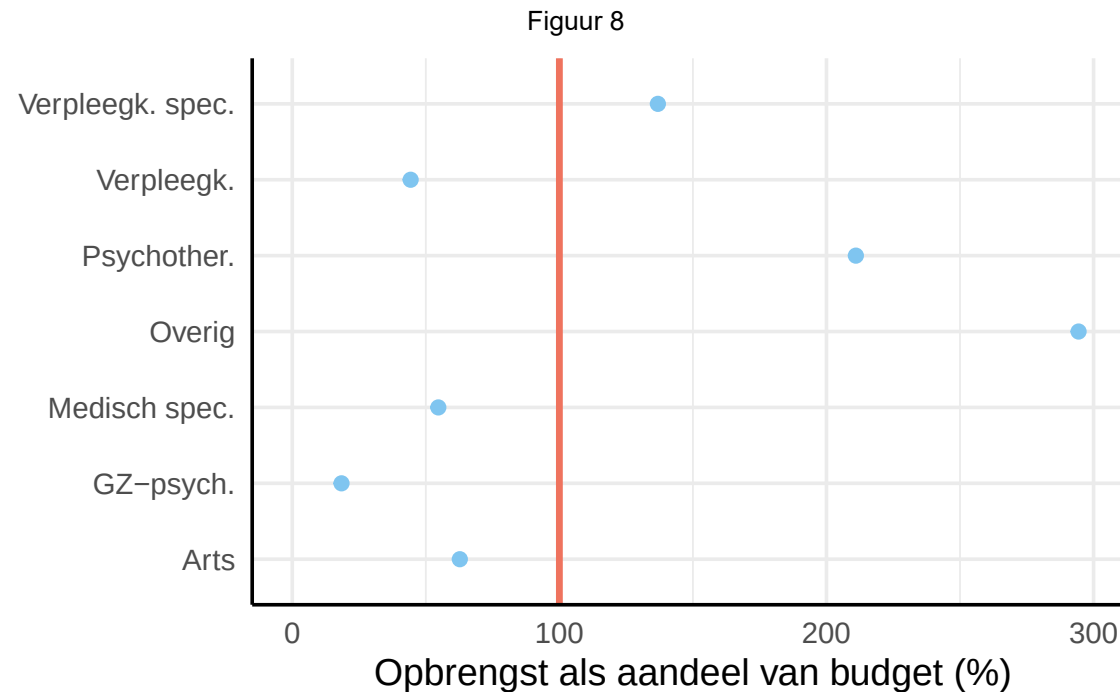
Figuur 7



3.2.2 Personeel per beroepscategorie - percentage

Er zijn grote verschillen tussen de regio's en de bedragen die worden gerealiseerd voor de verschillende beroepen. Om een uitspraak te kunnen doen over de beschikbare en benutte capaciteit per beroepscategorie voegen we de budgetten en opbrengsten van alle regio's samen. Op basis hiervan berekenen we welk percentage van het budget is benut. Dit maakt inzichtelijk welke beroepen onbenutte capaciteit hebben door inzet van het budget en welke beroepen onverwacht hoge opbrengsten realiseren in relatie tot het budget. In figuur 8 is te zien dat verpleegkundig specialisten, psychotherapeuten en vooral overige beroepen veel meer opbrengsten realiseren dan te verwachten op basis van het budget (100%, rode lijn). De verpleegkundige, medisch specialist, gz-psycholoog en arts realiseren juist aanzienlijk minder opbrengsten dan gebudgetteerd. Hierbij bestaat er een risico dat verpleegkundigen zijn gebudgetteerd voor beoordeling en behandeling, maar worden ingezet voor verblijfsdagen. Als vervolgens de verblijfsdagen ook worden gedeclareerd zorgt dit voor dubbele bekostiging van de verpleegkundige.

In totaal is er in de budgetten voor €55 miljoen aan personeel opgenomen waarvoor geen productie is geleverd. Dit is 46% van het totale budget aan personeel voor beoordeling en behandeling.



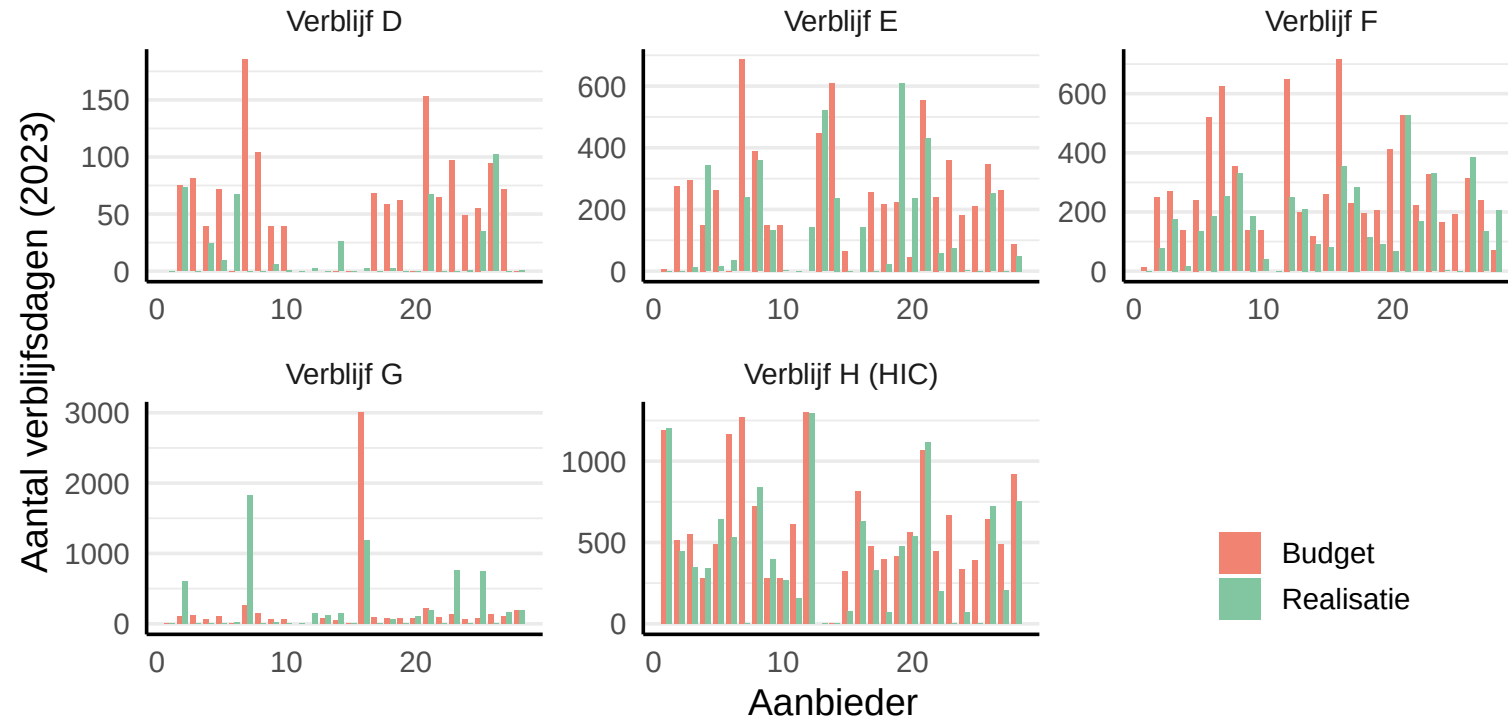
3.3 Verblijfsdagen

Zoals in het vorige hoofdstuk benoemd zijn er fracties van verblijfsdagen afgesproken. Het is de vraag hoe die fracties zich verhouden tot beschikbaarheid en de uiteindelijke opbrengsten. Om deze vraag te beantwoorden koppelen we de vooraf gevraagde bedden aan de uiteindelijk opgegeven opbrengsten. De gebudgetteerde bedden rekenen we om op basis van de aannames die ook in het budget zitten. Dit betekent dat we rekenen met een bezettingsgraad van 89% (dus 11% leegstand), dit komt overeen met een jaar lang één verblijfsdag in het budget tegenover 325 verblijfsdagen geleverd in de opbrengsten.

3.3.1 Aantal verblijfsdagen

In figuur 9 is te zien dat er doorgaans veel meer verblijfsdagen worden gebudgetteerd dan geleverd. Er zijn enkele uitzonderingen, zoals vier regio's waarin het aantal gebudgetteerde verblijfsdagen G slechts een fractie is van de opgegeven opbrengsten. Het is onbekend hoe het kan dat er nauwelijks verblijfsdagen G worden afgesproken, maar dat die toch worden geleverd.

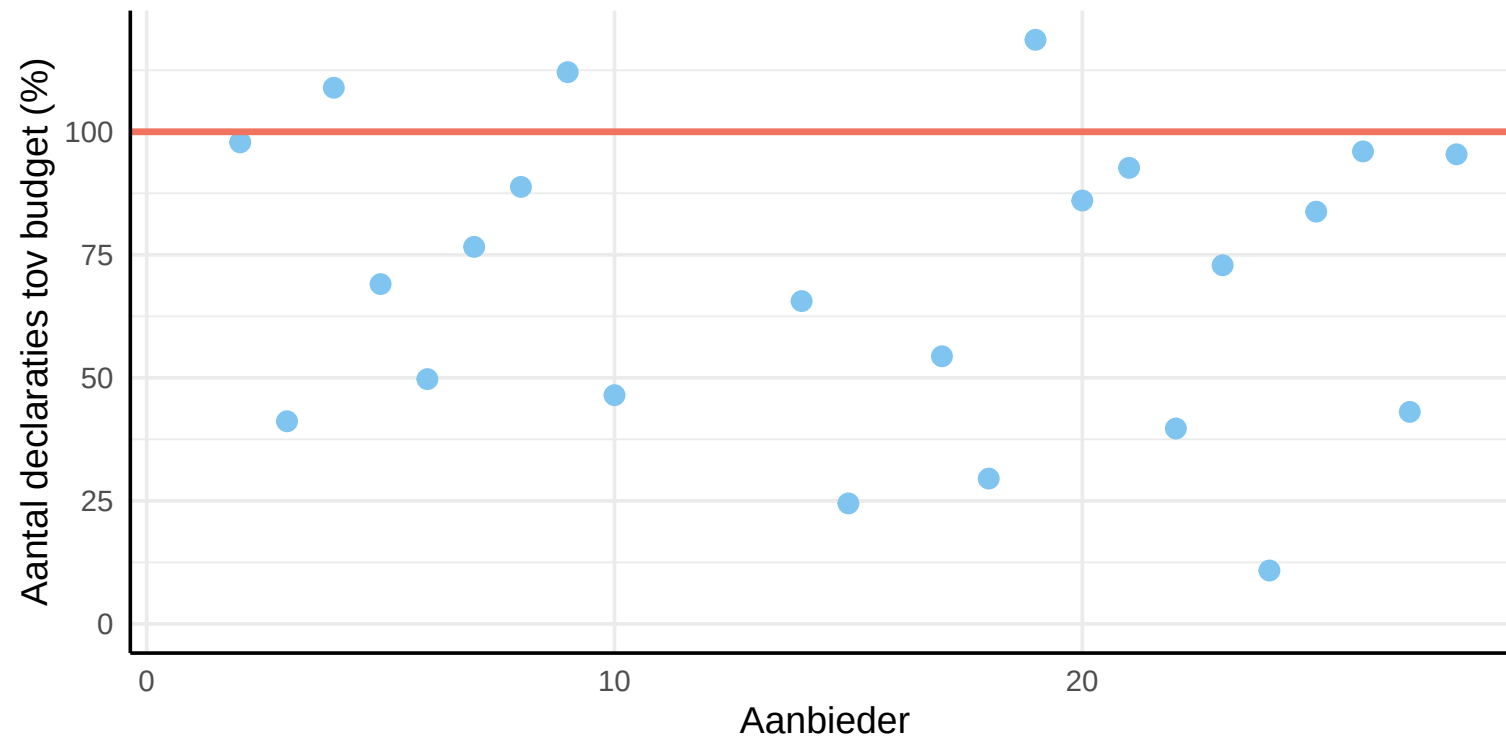
Figuur 9



3.3.2 Opbrengten tov budget - aanbieder

In figuur 10 tellen we het totaal aantal gebudgetteerde bedden per aanbieder, onafhankelijk van de bedletter, en we vergelijken dit met het totaal aantal verblijfsdagen opgegeven in de opbrengsten. Ongeveer de helft van de regio's levert verblijfsdagen tussen 75% en 125% van het gebudgetteerde aantal. In de regio's waar boven de 100% is geleverd is blijkbaar capaciteit beschikbaar geweest, dit kan ook bij andere bedrijfsonderdelen of onderaannemers zijn. De overige helft van de regio's gebruikt minder dan 75% van de gebudgetteerde bedden met uitschieters waarbij 25% of zelfs 11% wordt benut van het aantal bedden dat volgens budget beschikbaar zou moeten zijn. De overige 89% van de capaciteit wordt in deze regio dus niet benut indien de bedden beschikbaar blijven, of wordt dubbel bekostigd, wanneer de bedden die via het budget bekostigd worden ook buiten de acute psychiatrie worden ingezet.

Figuur 10



3.3.3 Opbrengsten tov budget - bedletter

We bekijken in figuur 11 hoe het aantal verblijfsdagen dat is opgegeven in de nacalculatie zich per bedletter op landelijk niveau verhoudt tot de budgetten. Het blijkt dat er meer verblijfsdag G wordt geleverd dan gebudgetteerd en dat de overige verblijfsdagen significant minder worden geleverd dan opgenomen in het budget. Er is in totaal voor €5.7 miljoen meer aan verblijfsdagen gebudgetteerd dan er wordt geleverd.

Figuur 11

