

Vrijgevestigden GGZ kennen
verschillende omzeteffecten als
gevolg van invoering DBC-
systematiek

Onderzoek omzeteffect 2007 – 2008 vrijgevestigden GGZ

5 juni 2009

Onze referentie: W&Z/ES/EH/est/2009-1312u

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding.....	3
1 Psychiaters ervaren zowel positief als negatief omzeteffect in 2008	3
2 De werkwijze van psychotherapeuten en psychologen leidt tot positieve omzeteffecten in 2008.....	3
3 Het afschaffen van de jaarkaartensystematiek en aparte gezinstarieven leidt tot forse omzetsdalingen bij kinder- en jeugdpsychiaters	3
4 Overige bevindingen uit het onderzoek om het beeld te completeren	3
5 Aanbevelingen	3
Bijlagen	
A Overzicht cases	3
B Overzicht cases grafisch.....	3
C Overzicht analyse bandbreedte	3

1 Samenvatting

In deze rapportage worden de bevindingen weergegeven van het onderzoek naar een mogelijk omzeteffect bij vrijgevestigden in de GGZ als gevolg van de invoering van de Diagnose Behandelingscombinatie (DBC)-systematiek in 2008. De vrijgevestigden zijn hierbij onderverdeeld in drie beroepsgroepen, namelijk psychiaters, psychotherapeuten/ psychologen en kinder- en jeugdpsychiaters/ -psychotherapeuten.

In het onderzoek staan twee vragen centraal:

1. Is er sprake van een omzeteffect bij vrijgevestigden in de GGZ in 2008 ten opzichte van 2007?
2. Indien ja, waardoor wordt dit effect veroorzaakt?

Deze vragen zijn beantwoord door middel van een casestudie, waarbij 20 vrijgevestigden verschillende cases hebben aangeleverd. Daarnaast zijn nog eens 12 vrijgevestigden bezocht om de problematiek te verhelderen. Deze casestudie is een kwalitatieve studie op microniveau, de resultaten daarvan zijn niet statistisch onderbouwd door middel van een representatieve steekproef.

Om de bevindingen van de casestudie te bekrachtigen zijn fictieve cases gemaakt om de bandbreedtes van de productgroepen in de DBC-systematiek in kaart te brengen (voor- en achteraan de productgroep, zie bijlage C). Voor deze fictieve cases is de omzet in 2007 in de AWBZ- en in 2008 in de DBC-systematiek in kaart gebracht.

In de casestudie en de aanvullende bandbreedte-analyse is een consistente lijn zichtbaar voor iedere onderzochte beroepsgroep. Deze is als volgt samen te vatten:

- a Bij de psychiaters is een tweedeling zichtbaar tussen psychiaters die met name psychotherapie geven en in dat kader vooral langdurende contacten (45 – 60 minuten) hebben en psychiaters die met name farmacotherapie geven en in dat kader veel kortdurende contacten (15 - 20 minuten) hebben. Bij de eerste groep is sprake van een positief omzeteffect, bij de tweede groep van een negatief omzeteffect.
- b Bij de psychotherapeuten/ psychologen is een positief omzeteffect zichtbaar.
- c Bij de kinder- en jeugdpsychiaters/ -psychotherapeuten is sprake van een duidelijk negatief omzeteffect.

Aan deze effecten liggen verschillende oorzaken ten grondslag, zoals het wegvallen van de jaarkaartensystematiek en de verschillende mogelijke afsluitmomenten binnen de bandbreedtes in de DBC-systematiek.

Tot slot geven wij enkele aanbevelingen om indien gewenst tot compensatie te komen van de twee groepen waarbij een negatief omzeteffect is gesignaleerd, namelijk de kinder- en jeugdpsychiaters/-psychotherapeuten en de psychiaters die met name kortdurende farmaco-contacten hebben. Een mogelijkheid tot tijdelijke compensatie is het invoeren van een hardheidsclausule, waarbij door middel van een opslag op tarieven deze doelgroepen in de periode van de invoering van de DBC-systematiek tot aan de invoering van een structurele oplossing gecompenseerd worden voor het negatieve omzeteffect. Om de juiste groep te selecteren worden dan criteria opgesteld. Daarnaast noemen wij een set mogelijke oplossingsrichtingen met een meer structureel karakter, variërend van aanpassing van het kostprijsmodel tot het invoeren van “intensive care-”DBC’s.

Inleiding

Per 1 januari 2008 is de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onderdeel van de Zorgverzekeringswet en is de lumpsumsystematiek voor vrijgevestigden afgeschaft. Tegelijk met deze overgang is de DBC-declaratie ingevoerd. In tegenstelling tot de GGZ-instellingen zijn de vrijgevestigden in de GGZ vanaf die datum direct overgegaan op het maken van tariefsafspraken op basis van DBC's, waardoor de bekostiging en financiering geschiedt volgens de DBC-systematiek.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft, naar aanleiding van signalen uit het veld over een mogelijke omzetzaling als gevolg van de introductie van DBC's, besloten tot een onderzoek om dit signaal te toetsen. Ook zou dit onderzoek nader in beeld brengen wat de omvang en oorzaken zijn van de vermeende omzetzaling bij de vrijgevestigde psychiaters en kinder- en jeugdpsychiaters als lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) zijn ook de vrijgevestigde psychotherapeuten en psychologen bij het onderzoek betrokken.

Onderzoeksopzet

Doel van het onderzoek is te bepalen of er voor de vrijgevestigde (kinder- en jeugd)psychiaters, psychotherapeuten en psychologen sprake is van een omzetzijging of -daling in 2008 ten opzichte van 2007. Hieraan gekoppeld is de vraag welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen.

Om een antwoord te geven op deze onderzoeksvragen zijn we gestart met het uitvoeren van twaalf sitevisits. Doel van deze bezoeken was enerzijds de problematiek in kaart te brengen en te verhelderen, en anderzijds te onderzoeken of het beantwoorden van de onderzoeksvragen door middel van een kwantitatief onderzoek met behulp van een vragenlijst haalbaar was.

Gedurende deze sitevisits bleek dat het verzamelen van de benodigde omzetgegevens over 2007 en 2008 problemen opleverde:

- a Ten eerste bleken niet alle registratiesystemen van de vrijgevestigden in staat de gewenste overzichten op te leveren. Navraag bij de softwareleveranciers gaf een divers beeld, waaruit in ieder geval bleek dat het nog niet in alle systemen mogelijk is voor de gebruiker om het onderhanden werk te berekenen.
- b Ten tweede werd duidelijk dat het begrip onderhanden werk bij de vrijgevestigden nog niet eenduidig helder was en dat het inschatten van dit onderdeel van de omzet niet goed mogelijk bleek, met name voor het jaar 2008.
- c Ten derde verwachtten wij een lage respons op het invullen van de vragenlijst, vanwege de tijdsinvestering die hiermee gepaard zou gaan. Hierdoor konden wij niet

instaan voor de volledigheid en betrouwbaarheid van de door de beroepsgroepen aan te leveren gegevens.

In overleg met de klankbordgroep en PwC heeft het ministerie van VWS noodgedwongen besloten het oorspronkelijk geplande kwantitatieve onderzoek om te zetten in een kwalitatief onderzoek.

Een alternatieve, beter haalbare onderzoeksmethode is gevonden in de vorm van een casestudie, waarbij door middel van interviews veelvoorkomende behandeltrajecten in kaart worden gebracht. Deze veelvoorkomende behandeltrajecten worden uitgewerkt in de vorm van een case, waarbij op basis van de invulling van het behandeltraject een vergelijking wordt gemaakt tussen de bekostiging op basis van AWBZ-parameters 2007, en de DBC-parameters in 2008. Op deze wijze wordt inzichtelijk gemaakt welke 'caseload' bij vrijgevestigden leidt tot een omzetsijging dan wel -daling. Het Ministerie van VWS en de klankbordgroep hebben gekozen voor deze onderzoeksmethode ondanks het feit dat de resultaten slechts een beeld geven van de werkelijkheid en geen 100% betrouwbaar sectorbeeld opleveren.

Wij willen benadrukken dat er geen accountantscontrole is toegepast op de door ons gehanteerde gegevens.

Casestudie geeft inzicht in omzeteffecten

Uit de sitevisits die in de eerste fase van het onderzoek zijn uitgevoerd bij twaalf vrijgevestigden, is het beeld naar voren gekomen dat praktijken met relatief veel kortdurende contacten of behandelingen met meerdere personen tegelijk, een ander omzeteffect hebben in 2008 ten opzichte van 2007. Dit effect leek bij dit soort praktijken groter dan bij praktijken met relatief veel langdurende en/of individuele behandelingen.

Na de sitevisits ontstond het beeld (hypothese) dat het profiel van de praktijk, ofwel de zogenaamde 'caseload' van de vrijgevestigde, van invloed is op het omzeteffect. Om dit beeld nader te onderzoeken is besloten tot het uitvoeren van de casestudie. Deze theoretische uitwerking van bovengenoemde hypothese, bestaat uit de volgende activiteiten:

- a inventariseren veelvoorkomende behandeltrajecten;
- b theoretisch vergelijken oude en nieuwe bekostiging voor veelkomende behandeltrajecten.

Hieronder worden de genoemde activiteiten kort toegelicht.

Ad a. Door middel van interviews met vrijgevestigden uit iedere beroepsgroep hebben wij veel voorkomende behandeltrajecten geïnventariseerd. Aspecten die in kaart zijn gebracht, zijn onder andere de diagnose, het aantal contacten, de duur van de contacten en de indirecte tijd.

In onderstaande tabel is te zien hoeveel vrijgevestigden per beroepsgroep wij hebben geïnterviewd. Hierbij is gezorgd voor een zo gevarieerd mogelijke lijst van geïnterviewden: eenmanspraktijk versus groepspraktijk, stedelijk versus landelijk gebied, psychotherapeutische praktijken (inclusief de (klinisch) psychologen) versus psychiatrische praktijken.

Tabel 1: Aantal geïnterviewde vrijgevestigden voor de casestudie per beroepsgroep

Aantal vrijgevestigden	
Functie	Aantal
Kinder- en Jeugdpsychiater	11
Psychiater	5
Kinder- en Jeugdpsychotherapeut	1
Psychotherapeut/ psycholoog	3

Ad b. Voor iedere case (veelvoorkomend behandeltraject) zijn wij nagegaan welke bekostiging in 2007 en in 2008 tegenover de geleverde zorg stond. Op basis van de verzamelde gegevens hebben wij voor iedere individuele case in kaart gebracht uit welke componenten de bekostiging in 2007 zou hebben bestaan, tegenover die van 2008.

In 2007 ging het hierbij om jaar kaarten (psychiaters), verschillende tarieven per zitting (vastgelegd in de beleidsregels van de NZa) en eigen bijdragen. Er was in 2007 tevens nog sprake van vrijwaringsgelden (voor psychiaters). Deze hebben wij in het onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat het meenemen hiervan onderzoekstechnisch niet haalbaar bleek. Wij realiseren ons echter dat in de AWBZ-bekostiging de vrijwaringsgelden een substantieel deel (ongeveer 10%) van de omzet van de (kinder- en jeugd)psychiaters betrof. Het is van belang hiermee rekening te houden bij het lezen van de onderzoeksresultaten uit deze casestudie.

In 2008 zijn de totale minuten per DBC en de diagnose bepalend voor de financiering. Vervolgens hebben wij geanalyseerd welke 'caseload' theoretisch heeft geleid tot een omzetsdaling, en welke tot een omzetsstijging.

Twee aanvullende analyses om het beeld uit de casestudie te bekrachtigen of ontcrachten

Naast de uitwerking van deze zo veel mogelijk op de werkelijkheid gebaseerde cases, hebben wij twee andere analyses gemaakt om het beeld uit de casestudie verder te bekrachtigen.

Ten eerste een analyse van de *invloed van registratie van indirecte tijd*. Hiervoor hebben wij de indirecte tijd bij iedere case berekend, en deze vervolgens aangepast naar de maatstaf die DBC-onderhoud hanteert in de tariefsberekening: gemiddeld 35% indirecte tijd. Wij hebben onderzocht of dit voor de cases tot andere omzetverschillen zou leiden.

Ten tweede een analyse van de *bandbreedte binnen de productgroepen in de DBC-systematiek*. Wij hebben de verzamelde cases gegeneraliseerd met behulp van verschillende onderbouwde aannames, bijvoorbeeld ten aanzien van de duur van de zittingen, het aantal jaar kaarten dat in 2007 werd ontvangen, en de hoeveelheid indirecte tijd per case. Met behulp van deze gegevens is per trede in de DBC-systematiek een berekening gemaakt van de bandbreedte waarbinnen het omzeteffect zich kan bewegen. Op deze wijze hebben wij een gevoeligheidsanalyse gemaakt.

In de hoofdstukken 1 tot en met 3 worden de bevindingen vanuit bovengenoemde analyses per beroepsgroep gepresenteerd.

Leeswijzer

In deze rapportage zijn de bevindingen vanuit zowel de eerste twaalf sitevisits als de casestudie bijeengebracht. Wij hebben de bevindingen naar beroepsgroep onderverdeeld, waarbij de psychotherapeuten en de psychologen zijn samengenomen in hoofdstuk 2 aangezien het beeld bij beide beroepsgroepen vergelijkbaar is. In hoofdstuk 1 geven wij de bevindingen weer ten aanzien van de psychiaters, en in hoofdstuk 3 gaan wij in op de problematiek bij de kinder- en jeugdpsychiaters. Hoofdstuk 4 geeft een aantal algemene bevindingen die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen maar die geen direct verband houden met de onderzoeksvraag. Ten slotte geven wij in hoofdstuk 5 aanbevelingen ter compensatie en structurele verbetering.

Bij het lezen en interpreteren van deze rapportage gaan wij uit van enige relevante kennis van de lezer op het gebied van de DBC bekostigingssystematiek in 2007 en 2008.

1 Psychiaters ervaren zowel positief als negatief omzeteffect in 2008

1.01 In dit hoofdstuk zijn de bevindingen uit de casestudy van de psychiaters weergegeven. In onderstaande paragraaf worden allereerst twee voorbeeldcases weergegeven van de geïnterviewde psychiaters met de daarbij behorende conclusies. Vervolgens bekrachtigen wij onze bevindingen op basis van fictieve cases in een weergave van de bandbreedtes in de productgroepen van de DBC-systematiek. Daarna wordt ingegaan op aanvullende algemene bevindingen vanuit de interviews.

Cases psychiaters laten consistent beeld zien

In onderstaand rekenvoorbeeld is een case weergegeven van een psychiater die een patiënt met een angststoornis behandelt door middel van psychotherapie met farmacotherapie (zie bijlage A en B voor een overzicht van alle cases). Er is sprake van 20 zittingen van 45 minuten. In 2007 leidt dit tot bekostiging van één jaarkaart en 20 keer het tarief voor individuele psychotherapie, in totaal € 1.592. In 2008 zou tegenover deze behandeling een bekostiging staan van € 1.867, namelijk het DBC-tarief voor de DBC angststoornissen 800 – 1800 minuten met farmacotherapie, waarvan de zorgverzekeraar in dit geval 95% uitkeert. Dit leidt tot een positief omzeteffect van 17% in 2008 ten opzichte van 2007.

Tabel 1-1: Voorbeeld case 7: psychiater met langdurende contacten (45 minuten)

2007			2008	
Jaarkaart			Totaal directe tijd	990
Aantal	Prijs	Subtotaal	Totaal indirecte tijd	330
1	€ 156	€ 156	Totale tijd	1320
Individuele psychotherapie			Angststoornissen 800 - 1800 (2)	€ 1.965
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal	95% van zorgverzekeraar	€ 1.867
20	€ 71,80	€ 1.436		
Totaal		€ 1.592	Verschil 2008 - 2007	17%

Bron: berekening PwC

1.02 In het tweede rekenvoorbeeld is een case weergegeven van een psychiater die met name kortdurende contacten heeft en farmacotherapie geeft. Hij ziet de patiënt vijf keer per jaar om de medicatie te controleren. In 2007 leidde dit tot een bekostiging van één jaarkaart en vijf keer het tarief voor een psychosociaal contact, in totaal € 380. In 2008 valt deze behandeling in de DBC behandeling kort, 100 tot 200 minuten, met een tarief van € 303. Wanneer de zorgverzekeraar ook in dit geval 95% uitkeert van dit tarief, dan ontstaat een negatief inkomenseffect van 24%. Dit is te zien in onderstaande tabel.

Tabel 1-2: Voorbeeld case psychiater 11 met kortdurende contacten (15 – 20 minuten)

2007			2008		Casus
Jaarkaart			Totaal directe tijd		95
Aantal	Prijs	Subtotaal	Totaal indirecte tijd		80
1	€ 156	€ 156	Totale tijd		175
Psychosociale begeleiding			Behandeling kort 100 - 200 (2)		€ 303
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal	95% van zorgverzekeraar		€ 288
5	€ 44,80	€ 224			
Totaal		€ 380	Vershil 2008 - 2007		-24%

Bron: berekening PwC

1.03 In de bijlage bij deze rapportage is een overzicht opgenomen van alle cases per beroepsgroep. Hierin is te zien dat het bovenstaande beeld, dat psychiaters met langdurende contacten een positief omzeteffect hebben gehad en psychiaters met kortdurende contacten een negatief omzeteffect, consistent blijkt te zijn over de verschillende cases. Hoewel daarbij geen sprake is van een representatieve steekproef, is vanuit de cases toch een consistente lijn zichtbaar.

1.04 Zoals eerder vermeld, zijn de vrijwaringsgelden (gemiddeld ongeveer 10% van de omzet in 2007) om onderzoekstechnische redenen niet meegenomen in dit onderzoek. Daarom zullen de genoemde omzeteffecten in dit rapport positiever lijken dan in werkelijkheid het geval is.

Conclusie casestudie psychiaters

1.05 Uit de casestudie blijkt een tweedeling binnen de beroepsgroep psychiaters:

- a De psychiaters die vooral psychotherapeutische contacten (45 – 60 minuten) kennen, hebben volgens de aangeleverde cases (alle n=11) een omzetsijging gekend in 2008 ten opzichte van 2007.
- b De psychiaters met vooral kortdurende contacten (15 – 20 minuten), meestal in het kader van farmacotherapie, hebben veelal juist een omzetsdaling gekend (n=4 van de n=6).

1.06 Er zijn meerdere oorzaken te noemen voor bovenstaande door ons geconstateerde effecten. Wij noemen enkele mogelijke redeneringen op basis van onze bevindingen uit de casestudie:

- a *psychiaters met farmacotherapie en kortdurende contacten*: de jaarkaartensystematiek en het tarief voor psychosociale begeleiding zoals in 2007 gehanteerd, worden in 2008 niet geheel door de DBC- tarieven in de productgroep behandeling kort gedekt.
- b *psychiaters met een farmacotherapiebehandeling zonder psychotherapie* komen veelal achteraan in de bandbreedte van de kortdurende productgroepen in de DBC-systematiek uit. Dit leidt tot een relatief ongunstig tarief per behandelminuut in vergelijking met het tarief per behandelminuut in de systematiek in 2007.

- c *psychiaters met veelal langdurige behandelingen* (psychotherapie) komen ten opzichte van de bekostigingssystematiek in 2007, veelal gunstig uit in de bandbreedte van de betreffende productgroep (lang) in de DBC-systematiek (in of onder het midden van de bandbreedte).

Analyse effect registratie indirecte tijd

1.07 De gemiddelde indirecte tijd in de onderzochte cases van psychiaters is 26%. Wanneer in de verschillende cases de indirecte tijd wordt aangepast naar het door DBC-onderhoud gebruikte gemiddelde niveau van 35%, blijkt dat dit in de meeste gevallen niet leidt tot een verandering in het DBC-tarief dat ontvangen wordt. De toename van indirecte tijd is niet voldoende om te zorgen dat de rand van de bandbreedte wordt bereikt en de DBC in een andere productgroep terecht komt. Wij concluderen dat het eventueel nauwkeuriger registreren van indirecte tijd daarom naar verwachting slechts een gering effect op de omzeteffecten heeft.

Analyse bandbreedtes per stap in de DBC-productstructuur

1.08 Naast het uitwerken van de cases hebben wij gegeneraliseerde, fictieve cases gebruikt om te berekenen welk effect de bandbreedtes in de productgroepen van de DBC-systematiek hebben op het omzeteffect (zie bijlage C). Deze fictieve cases bevestigen ons beeld op basis van de bevindingen uit de werkelijke cases, zoals beschreven in de vorige paragraaf.

1.09 Er is voor iedere stap in de DBC-productstructuur een fictieve case voor- en achteraan de bandbreedte berekend. Hierbij is uitgegaan van de volgende aannames, gebaseerd op de onderzochte cases:

- a Een psychotherapiesessie duurt 50 minuten.
- b Een farmacotherapiesessie duurt 20 minuten.
- c In de berekening van het oude tarief is één jaarkaart opgenomen.
- d De totale indirecte tijd is 25% van de toataaltijd.
- e De zorgverzekeraar/ patiënt vergoedt 95% van het tarief.

1.10 Op deze wijze is inzichtelijk gemaakt hoe groot het effect is van het moment van afsluiten van de DBC op het omzetverschil tussen 2007 en 2008 (uitgedrukt in percentage in bijlage C).

1.11 Uit deze analyse blijkt dat voor productgroepen waarbij een diagnose is vastgesteld en waarbij veelal sprake is van langdurige contacten, aan de ondergrens van de bandbreedte een positief effect ontstaat. Dit geldt voor iedere productgroep bandbreedte (250 – 800, 800 – 1800, 1800 – 3000 en 3000 – 6000 minuten). Uiteraard is deze omzetstijging relevant substantiëler wanneer vooraan in de bandbreedte wordt afgesloten. Voor de bovengrens geldt een wisselend beeld: soms een licht positief omzeteffect, dan een licht negatief omzeteffect, waaruit blijkt dat het afsluitmoment van de DBC zeer van belang is.

1.12 Voor de productgroepen 'behandeling kort' is zowel aan de boven- als ondergrens een negatief effect waarneembaar. Dit negatieve effect is vanzelfsprekend groter achteraan de bandbreedte.

1.13 Deze bevindingen van de fictieve cases sluiten aan bij het beeld dat uit de onderzochte 'real-life' cases is ontstaan.

Aanvullende algemene bevindingen

1.14 Zoals uit bovenstaande analyses blijkt, is het geven van farmacotherapie zonder psychotherapie een behandelwijze die ongunstig is qua bekostiging voor de psychiaters. Dit leidt ertoe dat tijdens de interviews psychiaters zich de vraag stelden of zij met deze behandelwijze door wensen te gaan, of dat zij andere behandelwijzen toe willen passen die financieel gunstiger uitpakken. Het aanbod van deze specifieke behandelwijze kan hiermee in gevaar komen.

2 De werkwijze van psychotherapeuten en psychologen leidt tot positieve omzeteffecten in 2008

2.01 In dit hoofdstuk zijn de bevindingen uit de casestudy van de psychotherapeuten/psychologen weergegeven. Bij de psychotherapeuten en de psychologen hebben wij een zeer gelijkvormige werkwijze geconstateerd, waardoor wij deze twee beroepsgroepen als één groep beschouwen voor deze casestudie.

Cases psychotherapeuten/ psychologen laten consistente lijn zien

2.02 In onderstaand rekenvoorbeeld is een case weergegeven van een psychotherapeut die een cliënt met een depressie behandelt gedurende een jaar waarin 35 psychotherapiesessies worden gegeven. Hiervoor werd in 2007 € 2.835 bekostigd op basis van een tarief van € 81 per sessie. In 2008 leidt de totaal benodigde tijd tot de DBC depressie 1800 tot 3000 minuten. Wanneer de zorgverzekeraar 95% van het tarief voor deze DBC uitkeert, ontstaat een omzetsijging van 22% in 2008 ten opzichte van 2007.

Tabel 2-1: Voorbeeld case 10 psychotherapeut

2007			2008	Casus
Psychotherapie			Totaal directe tijd	1840
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal	Totaal indirecte tijd	400
35	€ 81,00	€ 2.835	Totale tijd	2240
Totaal		€ 2.835	Depressie 1800 - 3000 minuten (2)	€ 3.633
			95% van zorgverzekeraar	€ 3.451
			Vershil 2008 - 2007	22%

Bron: berekening PwC

2.03 In een tweede rekenvoorbeeld behandelt een psychotherapeut eveneens een cliënt met een depressie. Na de intake, die gelijkstaat aan een normale zitting psychotherapie, volgen nog 20 zittingen. Dit leidde in 2007 tot een totaalbedrag van € 1.701. In 2008 staat hier een bedrag van € 1.948 tegenover, gebaseerd op het tarief van de DBC depressie 800 – 1800 minuten tegen 95% uitkering door de zorgverzekeraar. Dit leidt tot een omzetsijging van 14%.

Tabel 2-2: Voorbeeld case 8 psychotherapeut

2007		
Intake		
Aantal	Prijs	Subtotaal
1	€ 81	€ 81
Psychotherapie		
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal
20	€ 81,00	€ 1.620
Totaal		€ 1.701

2008	Casus
Totaal directe tijd	995
Totaal indirecte tijd	450
Totale tijd	1445
Depressie 800 - 1800 minuten (2)	€ 2.050
95% van zorgverzekeraar	€ 1.948
Verschil 2008 - 2007	14%

Bron: berekening PwC

2.04 In de bijlage bij deze rapportage is een overzicht opgenomen van alle cases per beroepsgroep. Hierin is te zien dat het bovenstaande beeld, dat psychotherapeuten en psychologen in het algemeen een positief omzetteffect hebben gehad in 2008 ten opzichte van 2007, consistent blijkt te zijn over de verschillende cases, hoewel er geen sprake is van een representatieve steekproef.

Conclusies casestudy psychotherapeuten en psychologen

2.05 De belangrijkste bevinding uit de casestudie voor deze beroepsgroepen is dat vrijwel in iedere case een omzettingstijging gevonden wordt (n= 11 van de n=12). De behandelvormen die door deze vrijgevestigden gehanteerd worden, pakken in de DBC-structuur positief uit. Ook was de oorspronkelijke bekostigingssituatie, tot en met 2007, voor de psychotherapeuten en de psychologen duidelijk minder gunstig dan voor de psychiaters, vanwege het ontbreken van een jaarkaartensystematiek en vanwege lagere tarieven per zitting. Dit leidt samen tot een omzettingstijging in 2008 ten opzichte van 2007.

2.06 Voor deze stijging zijn enkele mogelijke oorzaken te noemen:

- De werkwijze van de psychotherapeuten/ psychologen leidt tot gunstige afsluitmomenten in de bandbreedtes van de DBC's.
- De psychotherapeuten/ psychologen kenden in de oude systematiek geen jaarkaarten en een relatief laag tarief ten opzichte van dat van de psychiaters, waardoor het in de DBC-systematiek gebruikte uurtarief voor hen relatief gunstig is.
- De DBC-systematiek geeft meer ruimte voor het schrijven van indirecte tijd en voor het doen van onderzoeken. Deze activiteiten vonden in de oude systematiek mogelijk minder vaak of in ieder geval zonder vergoeding plaats.

Analyse effect registratie indirecte tijd

2.07 De gemiddelde indirecte tijd in de onderzochte cases van psychotherapeuten/ psychologen is 24%. Wanneer in de verschillende cases de indirecte tijd wordt aangepast naar het door DBC-onderhoud gehanteerde niveau van 35%, is te zien dat ook in deze beroepsgroep het

effect hiervan zeer gering is. De verhoging van de indirecte tijd leidt er in bijna geen enkel geval toe dat een volgende stap in de tariefstructuur wordt bereikt.

Analyse bandbreedtes per stap in de DBC-productstructuur

2.08 Naast het uitwerken van de cases hebben wij ook voor deze beroepsgroep fictieve, gegeneraliseerde cases gebruikt om te berekenen welk effect de bandbreedtes in de productgroepen van de DBC-systematiek hebben op het omzeteffect (zie bijlage C voor een grafische weergave).

2.09 Er is voor iedere stap in de DBC-productstructuur een case vooraan de bandbreedte en een case achteraan de bandbreedte berekend. Hierbij is uitgegaan van de volgende aannames, gebaseerd op de onderzochte cases:

- a Een psychotherapie sessie duurt 50 minuten.
- b De totale indirecte tijd is 25% van de totaaltijd.
- c De zorgverzekeraar/ patiënt vergoedt 95% van het tarief.

2.10 Op deze wijze is inzichtelijk gemaakt hoe groot het effect is van het moment van afsluiten van de DBC op het omzetverschil tussen 2007 en 2008. .

2.11 Uit deze analyse blijkt dat voor de psychotherapeuten/ psychologen voor iedere bandbreedte (250 – 800, 800 – 1800, 1800 – 3000 en 3000 – 6000 minuten) vooraan de bandbreedte positieve omzeteffecten worden behaald. Ook achteraan de bandbreedtes is in één geval nog sprake van een positief effect: bij de bandbreedte 250 – 800 minuten. Bij de overige drie bandbreedtes is achteraan de bandbreedte sprake van een licht tot matig negatief effect (voor percentages zie bijlage C).

2.12 Deze bevindingen van de fictieve cases sluiten aan bij het beeld dat uit de onderzochte 'real-life' cases is ontstaan.

Aanvullende algemene bevindingen

2.13 De geïnterviewde psychotherapeuten/ psychologen zijn in het algemeen tevreden over de nieuwe systematiek. Zij zijn van mening dat de mogelijkheden die hen in de DBC-systematiek geboden worden, hebben geleid tot een kwaliteitsverbetering van de door hen geleverde zorg. Dit bijvoorbeeld omdat de indirecte tijd nu vergoed wordt, en omdat de mogelijkheden tot het tegen vergoeding uitvoeren van onderzoeken vergroot zijn.

2.14 Een tweede bevinding met betrekking tot deze beroepsgroepen is dat veelal gewerkt wordt met gestandaardiseerde plannings voor het uitvoeren van behandelingen. Zittingen hebben vaak standaardtijden en de frequentie van de zittingen is regelmatig. Dit leidt tot voorspelbaarheid van inkomsten en herkenbare patronen.

3 Het afschaffen van de jaarkaartensystematiek en aparte gezinstarieven leidt tot forse omzetzdalingen bij kinder- en jeugdpsychiaters

3.01 In dit hoofdstuk zijn de resultaten ten aanzien van de casestudie onder de kinder- en jeugdpsychiaters gegeven.

Cases kinder- en jeugdpsychiaters/ -psychotherapeuten laten eveneens een consistent beeld zien

3.02 In onderstaand rekenvoorbeeld behandelt een kinder- en jeugdpsychiater een kind met een aandachtstekortstoornis. Zowel de ouders als het kind krijgen in 2007 een jaarkaart. Daarbij komt eenmalig een vergoeding voor de aanmelding en vijf keer het tarief voor gezinstherapie. Dit betekent een totale vergoeding in 2007 van € 1.438. In 2008 komt deze behandeling in de DBC aandachtstekort 250 tot 800 minuten. Wanneer de zorgverzekeraar 95% van het tarief uitkeert, wordt in 2008 een bedrag van € 882 ontvangen. Dit leidt tot een omzetverlies van 39%.

Tabel 3-1: Voorbeeld case 3 kinder- en jeugdpsychiater

2007			2008	
Jaarkaart			Totaal directe tijd	375
Aantal	Prijs	Subtotaal	Totaal indirecte tijd	190
3	€ 156	€ 468	Totale tijd	565
Gezinspsychotherapie			Productgroep	
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal	Aandachtstekort 250 tot 800 minuten	€ 928
5	€ 174,00	€ 870	95% van zorgverzekeraar	€ 882
Aanmelding			Vershil 2008 - 2007	-39%
Aantal	Prijs	Subtotaal		
1	€ 100,00	€ 100		
Totaal		€ 1.438		

Bron: berekening PwC

3.03 In het tweede rekenvoorbeeld is eveneens sprake van een kind met een aandachtstekortstoornis. Naast de aanmelding vinden vijf zittingen gezinspsychotherapie plaats. In 2007 leidde dit tot een bekostiging van € 2.208, bestaande uit drie jaarkaarten, het aanmeldtarief en vijf maal het tarief voor gezinspsychotherapie. In 2008 komt deze behandeling uit in de DBC aandachtstekort 800 tot 1800 minuten. Bij een uitkering van 95% door de zorgverzekeraar komt dit op een bedrag van € 1.691. Ten opzichte van 2007 betekent dit een omzetzdaling van 23%.

Tabel 3-2: Voorbeeld case 22 kinder- en jeugdpsychiater

2007			2008	
Jaarkaart			Totaal directe tijd	975
Aantal	Prijs	Subtotaal	Totaal indirecte tijd	385
3	€ 156	€ 468	Totale tijd	1360
Gezinspsychotherapie			Aandachtstekort 800-1800 minuten (1)	€ 1.780
Aantal	Nza-tarief (incl eigen bijdrage)	Subtotaal	95% van zorgverzekeraar	€ 1.691
10	€ 174,00	€ 1.740		
Totaal			Vershil 2008 - 2007	-23%

Bron: berekening PwC

3.04 In de bijlage A bij deze rapportage is een overzicht opgenomen van alle cases per beroepsgroep. Hierin is te zien dat het bovenstaande beeld, dat kinder- en jeugdpsychiaters en -psychotherapeuten in het algemeen een zeer negatief omzeteffect hebben gehad in 2008 ten opzichte van 2007, consistent blijkt te zijn over de cases. Hoewel geen sprake is van een representatieve steekproef, leiden de cases tot een consistent beeld. Enkele cases leiden tot een positief omzeteffect. Nadere analyse wees uit dat in deze gevallen sprake was van individuele psychotherapie, waardoor dit effect verklaard wordt.

3.05 Ook voor de kinder- en jeugdpsychiaters geldt dat vrijwaringsgelden (ongeveer 10% van de omzet in 2007) buiten beschouwing zijn gelaten en dat de genoemde omzeteffecten in dit rapport positiever uitvallen dan de werkelijkheid laat zien.

Conclusie kinder- en jeugdpsychiaters

3.06 Bij de kinder- en jeugdpsychiaters alsmede de kinder- en jeugdpsychotherapeuten is sprake van een duidelijke omzetsdaling. Het beeld vanuit de interviews wordt door de casestudie bevestigd. Er zijn in Nederland 12 vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiaters, die zich uitsluitend met de behandeling van kinderen en jeugd bezig houden. Het gaat dus om een relatief kleine groep.

3.07 Voor dit negatieve effect van 2008 ten opzichte van 2007 zijn enkele mogelijke verklaringen te noemen, namelijk:

- a De jaarkaartensystematiek in 2007 pakte voor de kinder- en jeugdpsychiaters gunstiger uit, aangezien veelal meerdere gezinsleden deel uitmaken van de behandeling en dus ook een jaarkaart kregen. Dit wordt in de DBC-systematiek niet gedekt.
- b Het tarief voor gezinstherapie lag duidelijk hoger dan het tarief voor individuele psychotherapie (waar in de DBC-systematiek mee wordt gewerkt). Ook dit wordt niet geheel gedekt door de DBC-systematiek.

- c De werkwijze van de kinder- en jeugdpsychiaters leidt veelal tot afsluiten van de DBC op een moment voorbij het midden van de bandbreedte. Dit roept bij de kinder- en jeugdpsychiaters de vraag op of de bandbreedtes voldoende aansluiten bij de behandelwijze.

Analyse effect registratie indirecte tijd

3.08 De gemiddelde indirecte tijd in de onderzochte cases van kinder- en jeugdpsychiaters is 35%. Dit is conform het niveau dat DBC-onderhoud aanhoudt bij de berekening van de tarieven.

3.09 Het blijkt dat er door de kinder- en jeugdpsychiaters duidelijk meer indirecte tijd wordt geschreven dan door de andere beroepsgroepen (35% tegenover 24% en 26% voor de psychotherapeuten/ psychologen respectievelijk de psychiaters). Dit wordt door de kinder- en jeugdpsychiaters verklaard doordat het bij de behandeling van kinderen noodzakelijk is met het gehele systeem van het kind te overleggen en voorlichting te geven. Het gaat hierbij niet alleen om gezinsleden, maar ook om scholen, verenigingen waar het kind lid van is, bureau jeugdzorg en andere hulpverleners. De kinder- en jeugdpsychiaters geven aan de indirecte tijd in het algemeen nauwkeurig te registreren. De indirecte tijd vanuit de cases ligt tussen 27% en 49%.

Voor kinder- en jeugdpsychiaters leidt ieder afsluitmoment in iedere bandbreedte tot een negatief omzeteffect ten opzichte van 2007

3.10 Bij de berekening van de bandbreedte in de productgroepenstructuur van de kinder- en jeugdpsychiaters is uitgegaan van de volgende aannames, gebaseerd op de onderzochte cases:

- a Een gezinspsychotherapie sessie duurt 50 minuten.
- b In de berekening van het oude tarief zijn drie jaar kaarten meegenomen.
- c De totale indirecte tijd is 35%.
- d Er is gerekend met het 95%-vergoeding tarief door zorgverzekeraar/patiënt.

3.11 Ook uit deze analyse blijkt voor de kinder- en jeugdpsychiaters dat op ieder afsluitmoment binnen iedere bandbreedte een negatief omzeteffect ontstaat. En ook bij de kinder- en jeugdpsychiaters bevestigen de fictieve cases de bevindingen van de 'real-life'-cases.

Aanvullende algemene bevindingen

3.12 De kinder- en jeugdpsychiaters zijn door de overgang naar de DBC's het zwaarst getroffen in de omzet ten opzichte van andere vrijgevestigden. In de interviews geven zij aan 35 tot 40% omzetverlies te signaleren in 2008 ten opzichte van 2007. Ondanks het feit dat de berekening van het onderhanden werk ultimo 2008 nog onduidelijk is, blijkt uit de casestudie inderdaad een relatief forse omzetsdaling voor deze groep.

3.13 Bij de kinder- en jeugdpsychiaters is vaker dan gemiddeld sprake van het niet afsluiten van contracten met zorgverzekeraars. Dit heeft volgens de geïnterviewden in bepaalde gevallen geleid tot een verslechterde relatie tussen vrijgevestigde en cliënten, omdat de cliënten schrokken van de rekening die zij moesten betalen.

4 Overige bevindingen uit het onderzoek om het beeld te completeren

4.01 In dit hoofdstuk volgen een aantal algemene bevindingen die naar voren zijn gekomen uit de sitevisits in de eerste fase van het onderzoek, en uit de interviews rondom de casestudie. Deze bevindingen vormen geen rechtstreeks antwoord op de onderzoeksvraag naar omzeteffecten, maar wij achten deze wel van belang om het geschetste beeld te completeren.

Grijze gebieden ervaren in regelgeving

4.02 Een opvallende bevinding vanuit de sitevisits en de interviews in de casestudy is dat er grote verschillen bestaan in de wijze waarop vrijgevestigden met de DBC-systematiek omgaan. Er zijn tussen de vrijgevestigden grote verschillen in declaratiegedrag. Voorbeelden van aspecten waar verschillend mee wordt omgegaan zijn:

- a Het openen van meerdere DBC's voor één patiënt of voor zowel kind als ouders.
- b Het berekenen van kosten voor aanmelding in 2007.
- c Het sturen op bandbreedtes door een DBC eerder of later af te sluiten.
- d Het schrijven van indirecte tijd.

4.03 Door de vrijgevestigden wordt een groot grijs gebied ervaren in de regelgeving rondom declaraties. Men weet vaak niet wat wel en niet is toegestaan. Dit leidt ertoe dat sommige vrijgevestigden slimmer met de regels omgaan en de grenzen bewust opzoeken, terwijl anderen te weinig gebruik maken van de mogelijkheden binnen de DBC. Ook hieruit kunnen inkomenseffecten ontstaan.

Productstructuur en bandbreedtes niet als passend ervaren

4.04 De bezochte vrijgevestigden geven aan de productstructuur en met name de bandbreedtes hierin soms niet als passend te ervaren. Zij stellen dat de bandbreedtes in de productgroepen niet goed aansluiten bij de behandelmethoden die gehanteerd worden. Er bestaat volgens vele vrijgevestigden geen verband tussen productgroep en diagnose terwijl hier in de systematiek wel van uit wordt gegaan. Een aantal kinder- en jeugdpsychiaters geven aan met hun behandeltrajecten altijd ongunstig uit te komen in de bandbreedte van de DBC's. Het handiger omgaan met afsluitmomenten hebben zij weliswaar overwogen, maar dit blijkt volgens de geïnterviewden niet altijd mogelijk binnen de klantrelatie.

DBC-systematiek leidt tot keuzes vrijgevestigden

4.05 Zoals uit de casestudie is gebleken, zijn binnen de DBC-systematiek bepaalde behandelvormen lucratiever dan andere. Dit leidt tot een prikkel om bepaalde behandelvormen

meer, en andere minder te gaan uitvoeren. Uit de interviews blijkt ook dat vrijgevestigden zich bewust zijn van deze keuzemogelijkheden en hierin ook afwegingen maken. Dit kan gevolgen hebben voor de continuïteit van bepaalde zorgvormen. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het geven van farmacotherapie zonder psychotherapie, dat ongunstig blijkt uit te komen binnen de DBC-systematiek. De psychiaters geven aan dat het niet meer leveren van deze zorgvorm in strijd is met de taakherschikking in de keten. Tevens zijn zij van mening dat het ongewenst is dat vanuit de financiering een dergelijke prikkel ontstaat, terwijl bij dergelijke beslissingen zorginhoudelijke afwegingen de hoofdrol zouden moeten spelen.

Zorgverzekeraars reageren verschillend

4.06 Door de vrijgevestigden wordt aangegeven dat er grote verschillen bestaan tussen de zorgverzekeraars wat betreft de manier waarop wordt omgegaan met de invoering van de nieuwe systematiek. Er zijn verschillen wat betreft de hoogte van de tarieven, de voorwaarden die gesteld worden, de regels rondom bevoorschotting en de bejegening. In het algemeen ervaren de vrijgevestigden dat geen onderhandelingsruimte bestaat bij contractering en dat de administratieve last wat betreft het uitzoeken van fouten in declaraties bij de vrijgevestigde wordt gelegd. Ook bleken de ICT systemen aan het begin van 2008 bij veel zorgverzekeraars nog niet op orde, waardoor bij een aantal vrijgevestigden declaratieproblemen ontstonden.

Klantrelatie verslechtert zonder contract zorgverzekeraar

4.07 Wanneer de vrijgevestigde met bepaalde zorgverzekeraars geen contract afsluit, krijgt de patiënt een rekening thuisgestuurd, omdat de zorgverzekeraar slechts een klein gedeelte van de behandeling vergoedt. Dit leidt tot verslechtering van de relatie tussen behandelaar en patiënt. Verschillende vrijgevestigden hebben dit probleem genoemd en ook in hun eigen praktijk zo ervaren.

Vrijgevestigden hebben in 2008 een “harde landing” ervaren

4.08 Uit alle gevoerde gesprekken blijkt dat de overgang van de AWBZ-systematiek in 2007 naar de DBC-systematiek in 2008 als een zogenaamde harde landing is ervaren door de vrijgevestigden. Dit wordt door de vrijgevestigden aangegeven vanwege de volgende oorzaken:

- a De voorlichting is als onvoldoende ervaren met als gevolg onduidelijkheid en grijze gebieden.
- b De software voor DBC-registratie en –declaratie was aan het begin van 2008 nog niet bij alle softwareleveranciers op orde, dit leidde tot vertraging en problemen bij registratie en declaratie.
- c Naast een investering in de nieuwe software, was ook extra uren-inzet benodigd om met het nieuwe systeem te leren werken, veelal van de vrijgevestigden zelf.
- d Door de overgang ontstond een tijdelijk liquiditeitsprobleem dat door de vrijgevestigden zelf moest worden overbrugd, lang niet iedere vrijgevestigde bleek op de hoogte van

bevoorschottingsmogelijkheden en niet ieder vrijgevestigde kon voldoen aan de voorwaarden hiervoor.

4.09 Hoewel de softwaresystemen inmiddels in het algemeen goed werken voor de registratie en declaratie van DBC's, zijn deze systemen nog altijd in ontwikkeling. In de eerste fase van het onderzoek hebben wij de haalbaarheid van een kwantitatief onderzoek in kaart gebracht. Knelpunt hierbij bleek het onderhanden werk. Bij de meeste softwaresystemen bleek het niet mogelijk om gegevens zodanig uit de systemen te halen dat het onderhanden werk berekend kon worden. De softwareleveranciers geven zelf aan te wachten op een berekeningswijze van de NZa. Dit gegeven maakt het voor de individuele vrijgevestigden moeilijk een inschatting te maken van de werkelijke omzet 2008.

5 Aanbevelingen

5.01 In dit hoofdstuk worden op grond van de bevindingen die in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerd zijn, een aantal aanbevelingen gedaan ten aanzien van de wijze waarop mogelijk gecompenseerd kan worden voor omzetverlies als gevolg van de invoering van de DBC-systematiek. Wij doen deze aanbevelingen op grond van de uitgevoerde casestudie. De casestudie geeft op microniveau een beeld van de gevolgen van de DBC-invoering voor groepen vrijgevestigden met verschillende caseload. Zoals eerder vermeld is er geen sprake van een statistisch representatieve onderbouwing van deze beelden.

5.02 De aanbevelingen zijn verdeeld in aanbevelingen met een tijdelijk karakter, en meer structurele oplossingen. In onderstaande paragrafen worden deze aanbevelingen besproken.

Aanbeveling met een tijdelijk karakter

5.03 Op basis van de bevindingen uit de casestudie wordt zichtbaar dat twee groepen vrijgevestigden een duidelijk negatief omzeteffect hebben gekend in 2008 ten opzichte van 2007. Het gaat hierbij ten eerste om de kinder- en jeugdpsychiaters/ -psychotherapeuten en ten tweede om psychiaters die met name kortdurende contacten (15 – 20 minuten) hebben in het kader van farmacotherapie, en daarbij niet of nauwelijks psychotherapie geven.

5.04 Een mogelijkheid om deze twee groepen te compenseren is om in de periode van invoering van de DBC-systematiek tot aan de invoering van een structurele oplossing een toeslag op de DBC-tarieven te leggen, ofwel een hardheidsclausule in te voeren: dit betekent bijvoorbeeld voor de kinder- en jeugdpsychiaters een kindtoeslag en voor de psychiaters een hogere farmacotoeslag bij de DBC's kortdurende behandeling. Het is van belang hierbij een set criteria te formuleren waaraan moet worden voldaan om hiervoor in aanmerking te komen. Op deze wijze worden de juiste groepen vrijgevestigden bereikt. Deze set van criteria kan bestaan uit zowel administratieve als zorginhoudelijke criteria.

Aanbevelingen met een structureel karakter

5.05 Er zijn ook meerdere mogelijkheden tot aanpassingen in het systeem met een meer structureel karakter. Het verdient aanbeveling deze mogelijkheden te onderzoeken. Deze oplossingsrichtingen zijn in het klankbordgroepoverleg aan de orde geweest.

5.06 Een eerste mogelijke oplossingsrichting is het aanpassen van het kostprijsmodel, waarbij bijvoorbeeld de criteria "kinderen/ jeugd" en "farmaco" een zwaardere weging krijgen. Daarmee worden de tarieven voor de specifieke DBC's waarop een negatief omzeteffect is signaleerd, structureel aangepast.

5.07 Een tweede mogelijkheid is het instellen van speciale “intensive care”-DBC’s. Deze DBC’s mogen geopend worden wanneer sprake is van substantieel hogere zorgzwaarte. Met name het aspect “kinderen/ jeugd” zou een criterium kunnen zijn om een dergelijke IC-DBC te kunnen openen. Ook het door de beroepsvereniging NVvP gewenste model van de psychiater-DBC zou hierbij kunnen aansluiten.

5.08 Ten derde kan worden onderzocht op welke wijze het mogelijk kan zijn om meerdere DBC’s tegelijk te openen, bijvoorbeeld in het geval van gezinstherapie. Op dit moment bestaat onduidelijkheid bij een aantal geïnterviewde vrijgevestigden over de huidige mogelijkheden binnen de DBC-systematiek. Daarnaast zou het aantal mogelijkheden uitgebreid kunnen worden.

5.09 Een laatste mogelijkheid is het aanpassen van de bandbreedtes in de DBC-systematiek. De huidige bandbreedtes worden ervaren als te breed en niet passend bij het zorgaanbod. Hiermee wordt tevens het gevoel verminderd dat veel werkzaamheden “gratis” moeten worden verricht omdat na het overschrijden van een bandbreedte-grens, de volgende grens nog lang niet in beeld is.

5.10 Voor alle genoemde mogelijkheden is het van belang ook de macrobudgettaire effecten in kaart te brengen, niet alleen voor de vrijgevestigden maar ook voor de GGZ-instellingen. Het is namelijk te verwachten dat ook bij de GGZ-instellingen soortgelijke bevindingen uit een casestudie zullen blijken.

Macrobudgettaire effecten zijn middels gegevens van het DIS in kaart te brengen

5.11 Om inzicht te krijgen in de macrobudgettaire effecten en bovengenoemde incidentele compensatiemaatregelen is inzicht in de omvang van de DBC’s per productgroep noodzakelijk. Dit kan gedaan worden door gebruik te maken van gegevens uit het DIS. Hiervoor is het noodzakelijk dat in het DIS inzichtelijk kan worden gemaakt welke vrijgevestigden welke DBC’s leveren, om te bepalen hoe groot de omvang van de compensatie zou moeten zijn.

5.12 Wij adviseren het ministerie van VWS om het DIS opdracht te geven alsnog deze productgroepen toe te kennen en vervolgens de gewenste query te draaien. Alleen op deze wijze is het mogelijk een volledig inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek en het macrobudgettaire effect van compensatie.

Overige aanbevelingen tot nader onderzoeken structurele oplossingen

5.13 Een overige aanbeveling is het nader onderzoeken van mogelijke structurele oplossingen voor de knelpunten die door bepaalde groepen vrijgevestigden feitelijk worden ervaren.

5.14 In aansluiting hierop is een advies om de grijze gebieden in de regelgeving en voorlichting die door de vrijgevestigden worden ervaren, te verhelderen. Het is van belang dat duidelijkheid ontstaat over de regels rondom het declareren. Bijvoorbeeld rondom het openen van meerdere DBC's voor één cliënt, of bij partnerrelatietherapie, groepstherapie en gezinstherapie, en met betrekking tot het sturen op bandbreedtes en het registreren van indirecte tijd

A Overzicht cases

Cases kinder- en jeugdpsychiaters					
Nr.	Productgroepomschrijving	Aantal minuten	€ 2007	€ 2008	% verschil
1	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 250 – 800 minuten	420	990	882	-11%
2	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 250 – 800 minuten	560	1052	882	-16%
3	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 250 – 800 minuten	565	1438	882	-39%
4	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 250 – 800 minuten	665	1602	882	-45%
5	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	800	1624	1691	4%
6	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	830	1697	1691	0%
7	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	860	1630	1691	4%
8	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	1200	2066	1691	-18%
9	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	1360	2208	1691	-23%
10	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1200	2208	1938	-12%
11	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1395	2694	1938	-28%
12	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1680	3078	1938	-37%
13	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 1800 – 3000 minuten	2600	7428	3756	-49%
14	Aandachtstekort en gedragsstoornissen 1800 – 3000 minuten	2880	5872	3366	-43%
15	Aan overige middelen gebonden stoornissen 250 – 800 minuten	620	1638	731	-55%

16	Behandeling kort 200 – 400 minuten; variant 2	290	995	513	-48%
17	Behandeling kort 200 – 400 minuten; variant 2	300	990	513	-48%
18	Behandeling kort 200 – 400 minuten; variant 2	320	1225	513	-58%
19	Behandeling kort 400 – 800 minuten; variant 2	410	848	799	-6%
20	Depressieve stoornissen 1800 – 3000 minuten; variant 2	1930	3086	3451	12%
21	Overige stoornissen in de kindertijd 250 – 800 minuten;	780	1438	910	-37%
22	Persoonlijkheidsstoornissen 250 – 800 minuten	600	1130	916	-23%
23	Pervasive stoornissen 250 - 800 minuten	510	1395	893	-36%
24	Pervasive stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 1	1450	2382	1730	-27%
25	Pervasive stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	840	1673	1959	17%

Cases psychiaters					
Nr.	Productgroepomschrijving	Aantal minuten	€ 2007	€ 2008	% verschil
1	Aanpassingsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1904	1487	1809	22%
2	Andere aandoeningen (partner- relatietherapie) 250 – 800 en 800 – 1800 minuten; variant 2	643 en 855	2270	865+1797 = 2663	17%
3	Angststoornissen 250 – 800 minuten; variant 1	320	730	822	13%
4	Angststoornissen 250 – 800 minuten; variant 2	640	874	942	8%
5	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1050	1305	1867	43%
6	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1120	1161	1867	61%

7	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1320	1592	1867	17%
8	Behandeling kort 0 – 100 minuten; variant 2	80	335	119	-65%
9	Behandeling kort 100 – 200 minuten; variant 2	105	290	288	-1%
10	Behandeling kort 100 – 200 minuten; variant 2	140	335	288	-14%
11	Behandeling kort 100 – 200 minuten; variant 2	175	380	288	-24%
12	Behandeling kort 200 – 400 minuten; variant 2	240	425	513	21%
13	Behandeling kort 200 – 400 minuten; variant 2	360	335	513	53%
14	Depressieve stoornissen 250 – 800 minuten; variant 1	305	559	833	49%
15	Depressieve stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1200	1592	1948	22%
16	Persoonlijkheidsstoornissen 250 – 800 minuten	400	604	870	44%
17	Restgroep diagnoses 250 – 800 minuten; variant 2	335	730	982	34%

Cases kinder- en jeugdpsychotherapeuten					
Nr.	Productgroepomschrijving	Aantal minuten	€ 2007	€ 2008	% verschil
1	Aanpassingsstoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1580	3201	1867	-42%
2	Angststoornissen 250 – 800 minuten; variant 2	725	1161	942	-19%
3	Angststoornissen; 800 – 1800 minuten; variant 2	1345	2121	1867	-12%
4	Depressieve stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	830	1161	1948	68%
5	Depressieve stoornissen 1800 – 3000 minuten; variant 1	2000	3801	3132	-18%

Cases psychotherapeuten					
Nr.	Productgroepomschrijving	Aantal minuten	€ 2007	€ 2008	% verschil
1	Aanpassingsstoornissen 250 – 800 minuten; variant 2	420	486	925	90%
2	Aanpassingsstoornissen 250 – 800 minuten; variant 2	755	891	925	4%
3	Andere aandoeningen 250 – 800 minuten; variant 2	610	729	865	19%
4	Andere aandoeningen 800 – 1800 minuten; variant 2	1100	1377	1797	31%
5	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1240	1539	1867	21%
6	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1365	1782	1867	5%
7	Angststoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1540	1944	1867	-4%
8	Depressieve stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1445	1701	1948	14%
9	Depressieve stoornissen 800 – 1800 minuten; variant 2	1625	1620	1948	20%
10	Depressieve stoornissen 1800 – 3000 minuten; variant 2	2240	2835	3451	22%
11	Depressieve stoornissen 1800 – 3000 minuten; variant 2	2520	3321	3451	4%
12	Restgroep diagnoses 1800 – 3000 minuten	1810	2430	3398	40%

B Overzicht cases grafisch

B.01 In deze bijlage zijn de resultaten van de cases zoals weergegeven in bijlage A grafisch weergegeven.

C Overzicht analyse bandbreedte