



Kostprijsonderzoek Jeugdhulp
Perceel 3B en FACT

Gemeente Lelystad

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Afbakening	3
1.2 Nota bene.....	4
2. Aanpak	5
2.1 Documenten onderzoek	5
2.2 Interviews.....	5
3. Methode kostprijsberekening	7
3.1 Functiemix primair proces.....	7
3.2 Productiviteit.....	8
3.3 Overhead.....	9
3.4 Indexatie	9
4. Bevindingen overhead	11
5. Bevindingen productiviteit	14
5.1 Afwezigheid – H.I.J.	14
5.2 Declarabele en niet-declarabele tijd - L	16
6 Loonkosten	18
6.1 Vakantietoeslag en eindejaarsuitkering – C &D	18
6.2 ORT - E.....	18
6.3 Opslag sociale- of werkgeverslasten - F.....	18
7. B-GGZ	20
8. Diagnostiek J-GGZ	24
9. Medicatiecontrole	28
10. Respijtzorg logeren	31
11. Curatieve GGZ door kinderartsen	35
12. S-GGZ behandeling	38
13 FACT	40
14. Afweging / discussie	42
Bijlage 1: Voorbereidingsdocument interviews	46
Bijlage 2: Intensiteit en functiemix per product	55

1. Inleiding

Met de decentralisatie van de Jeugdhulp is iedere gemeente sinds 2015 verantwoordelijk voor het inrichten en uitvoeren daarvan. Gemeente Lelystad heeft ervoor gekozen om voor perceel 3b met een beperkt aantal aanbieders een (langdurig) partnerschap aan te gaan. Zoals beschreven in het plan “aanpak sociaal domein” van gemeente Lelystad bestaat de basis voor dit partnerschap uit vertrouwen en samenwerking, met het streven om de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen.

Om reële tarieven vast te stellen die aansluiten bij de huidige lokale en landelijke omstandigheden, heeft gemeente Lelystad adviesbureau 22graden gevraagd een (aanvullend) kostprijsonderzoek uit te voeren.

1.1 Afbakening

Dit onderzoek is enerzijds een nieuw kostprijsonderzoek voor de producten in perceel 3b, anderzijds is het een aanvulling op het kostprijsonderzoek dat in 2021 is uitgevoerd naar de producten FACT en SGGZ. Gemeente Lelystad heeft 22graden gevraagd om te toetsen in hoeverre deze tarieven in 2022 nog als reëel te kwalificeren zijn.

Dit maakt dat in dit onderzoek voor de volgende producten een volledig kostprijsonderzoek is uitgevoerd:

- B-GGZ
- Diagnostiek J-GGZ
- Medicatiecontrole
- Curatieve GGZ
- Respijtzorg

En dat voor de volgende producten wordt geadviseerd over een indexatie van de kostprijs die vorig jaar al is vastgesteld:

- S-GGZ behandeling
- FACT

Dit adviesrapport beoogt de volgende punten inzichtelijk te maken:

- Een revisie van de algemene en eventueel organisatie-specifieke aspecten is noodzakelijk voor een deugdelijke kostprijsberekening.
- Wat de reële hoogtes zijn van deze individuele kostprijscomponenten en hoe deze bepaald zijn.
 - Loonkosten (inclusief opslag- en werkgeverslasten)
 - Productiviteit
 - Overhead
- Een navolgbare methode van het onderzoek naar de relevante kostprijscomponenten en inzicht daarin, waarbij een excel-format zal worden aangeleverd die nadien aanpasbaar is voor gemeente Lelystad.
- Hoe de huidige tariefstelling bijdraagt aan het verwezenlijken van doelen en beleid.
- Verhouding ‘indirect en direct cliëntgebonden tijd’.
- Intensiteit en duur van de producten

1.2 Nota bene

Dit document is een verslag van het kostprijsonderzoek en het daaruit volgend advies met aanbevelingen aan gemeente Lelystad over de voorwaarden van alle genoemde producten. Het is aan gemeente Lelystad om deze te beoordelen, dan wel mee te nemen in hun aanbestedingsstukken en te komen tot een reëel tarief. Er wordt daarom bewust de ene keer van *kostprijs* en de andere keer van *tarief* gesproken.

2. Aanpak

In dit kostprijsonderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende methodes om tot een advies te komen voor de kostprijs van de verschillende producten. Enerzijds is er een theoretisch kader opgesteld op basis van een documentenonderzoek waarbij gemeentelijke- en landelijke documenten werden geraadpleegd. Aan de hand hiervan zijn ook benchmarkgegevens bepaald. Anderzijds is er voor een praktijkgerichte benadering gekozen waarbij er interviews gehouden zijn met lokale aanbieders.

2.1 Documenten onderzoek

Om tot een theoretische onderbouwing voor de kostprijs te komen zijn verschillende interne documenten (vanuit gemeente Lelystad) geraadpleegd. Het ging hierbij om documenten waar de inhoud van de verschillende percelen in de Jeugdhulp werd toegelicht, waarbij de nadruk lag op de omschrijving van de producten vanuit het Programma van Eisen.

Daarnaast zijn de volgende landelijke benchmark (BM) documenten onderzocht.

BM1: Berenschot; Rapportage tarieven Wmo en Jeugdhulp 2022 1 Gemeenten Woerden, Oudewater, Montfoort, De Ronde Venen versie 29 april 2021

BM2: HHM; Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar 2021

BM3: PPRC; Eindrapportage tarievenonderzoek jeugdhulp voor regio Zuid-Drenthe 2019

BM4: Ecorys; Productiviteit in de curatieve geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2017. Hierin is volwassenenzorg onderzocht. Aangezien er verder weinig tot geen benchmark beschikbaar is en in dit rapport niettemin bruikbare elementen zijn beschreven voor dit kostprijsonderzoek, is dit rapport wel meegenomen in de vergelijking. Wel is dit rapport slechts enkele keren gebruikt aangezien het gedateerd is.

Bij iedere bron die gebruikt is, is een overweging gemaakt of deze voldoende relevant is voor de context van deze vraagstelling. Bij bronnen die afwijken van de context, bijvoorbeeld qua regio of doelgroep, is met het interpreteren van de uitkomst rekening gehouden met de afwijking.

Ook zijn tarieven van andere (zoveel mogelijk vergelijkbare) regio's vergeleken. Dit kent beperkingen, omdat het inkoopbeleid van andere gemeentes en daarmee de producten en tariefstelling afwijkt van die in Lelystad. Daarnaast is de demografie, sociaal economische status (SES) en andere factoren moeilijk vergelijkbaar met die in Lelystad.

2.2 Interviews

Om naast het theoretische kader een beter kwantitatief en kwalitatief inzicht te krijgen in de context waarin en voorwaarden waartegen de aanbieders opereren is er in mei 2022 een aantal interviews gehouden.

2.2.1 Selectie en werkwijze

Voor de interviews heeft gemeente Lelystad een contactenlijst aangeleverd met 24 aanbieders die momenteel de Jeugdhulp binnen Perceel 3B leveren. Alle 24 aanbieders zijn benaderd met een uitnodiging om deel te nemen aan het kostprijsonderzoek voor de producten: B-GGZ, Medicatiecontrole, Diagnostiek J-GGZ, Curatieve GGZ en respijtzorg. Voor dit onderzoek is N=10 gesteld als minimumaantal participanten. 11 aanbieders zijn ingegaan op de uitnodiging. Omdat het

minimumaantal participanten was bereikt zijn de andere aanbieders niet actief benaderd met reminders.

Dit kan een onderzoeksbias hebben veroorzaakt, omdat we enkel de positieve respondenten hebben onderzocht.

Voorafgaand aan de interviews is er een document verstuurd met vragen en tabellen zodat de participanten voorbereid het interview konden beginnen (Bijlage 1). Een deel van de participanten was niet in de gelegenheid de tabellen voorafgaand volledig in te vullen. Tijdens het interview is het document dan besproken en waar mogelijk verder aangevuld. Na het interview hebben alle participanten een notulen ontvangen van het interview. Bij de meeste participanten ontbraken nog financiële gegevens. De participanten konden deze aanvullen in de notulen en retour sturen naar de onderzoekers.

De participanten waren ervan op de hoogte dat hun informatie anoniem verwerkt zou worden in het gewogen advies aan gemeente Lelystad.

2.2.2 Participanten

Per interview zijn er twee experts uitgenodigd, te weten: een financieel expert (bijv. een controller) en een organisatorisch expert (bijv. een manager). In de meeste interviews waren beiden experts aanwezig. De participanten zijn gecategoriseerd in grote en kleine aanbieders. Een aanbieder wordt als groot beschouwd bij > 1000 behandelde unieke cliënten per jaar, behandelt de aanbieder <1000 unieke cliënten per jaar dan wordt de aanbieder als kleine aanbieder beschouwd. Van de 11 aanbieders die deelnamen aan dit onderzoek waren er vier gedefinieerd als klein en vijf als groot. Twee aanbieders hebben geen informatie aangeleverd met betrekking tot de grootte van de organisatie.

Niet iedere aanbieder biedt in de praktijk alle in paragraaf 1.1 genoemde producten. In tabel 1 wordt per product weergegeven hoeveel respondenten het product aanbieden.

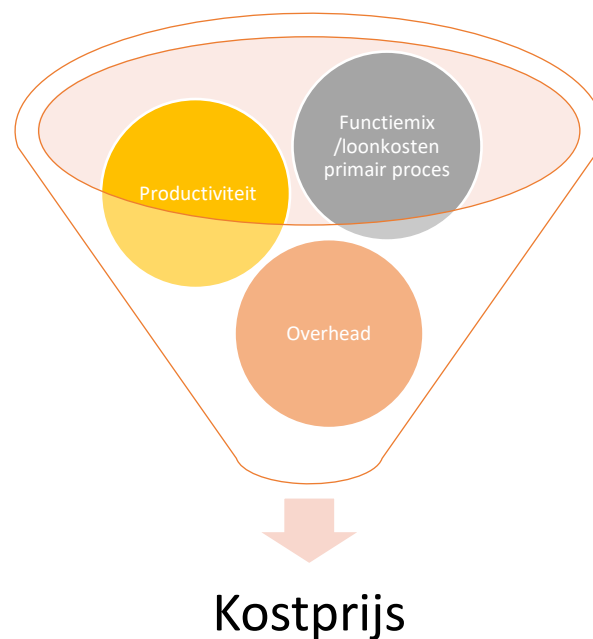
Tabel 1: Overzicht van de huidige geleverde zorg door de respondenten

B-GGZ	N=5
Diagnostiek J-GGZ	N=7
Medicatiecontrole	N=6
Curatieve GGZ	N=3
Respijtzorg	N=1

3. Methode kostprijsberekening

In het voorbereidingsdocument en de interviews zijn verschillende begrippen en elementen gebruikt die met elkaar de kostprijs vormen. Als basis kostprijs-elementen zijn in dit onderzoek de variabelen “functiemix primair proces”, “productiviteit” en “overhead” gebruikt (zie Figuur 1). Daarnaast is er voor de indexatie van de producten S-GGZ en FACT gebruik gemaakt van beschikbare indexatiepercentages. In dit hoofdstuk worden de verschillende begrippen, elementen en gebruikte indexatiepercentages verder toegelicht.

Figuur 1: Opbouw Kostprijs



3.1 Functiemix primair proces

Bij de uitvoering van de verschillende producten zijn ook verschillende functionarissen in een bepaalde verhouding (dit wordt de functiemix genoemd) betrokken (zie bijlage 2 voor de voorwaarden vanuit gemeente Lelystad over de inzet van de verschillende niveaus). Als voorbeeld worden bij complexere casuïstiek naar verhouding meer hoger opgeleide medewerkers ingezet. De functiemix van het primaire proces is per product geïnventariseerd bij de respondenten, dit is omgerekend naar een gewogen gemiddelde van het salaris vanuit de CAO, VNG en de deelnemende respondenten.

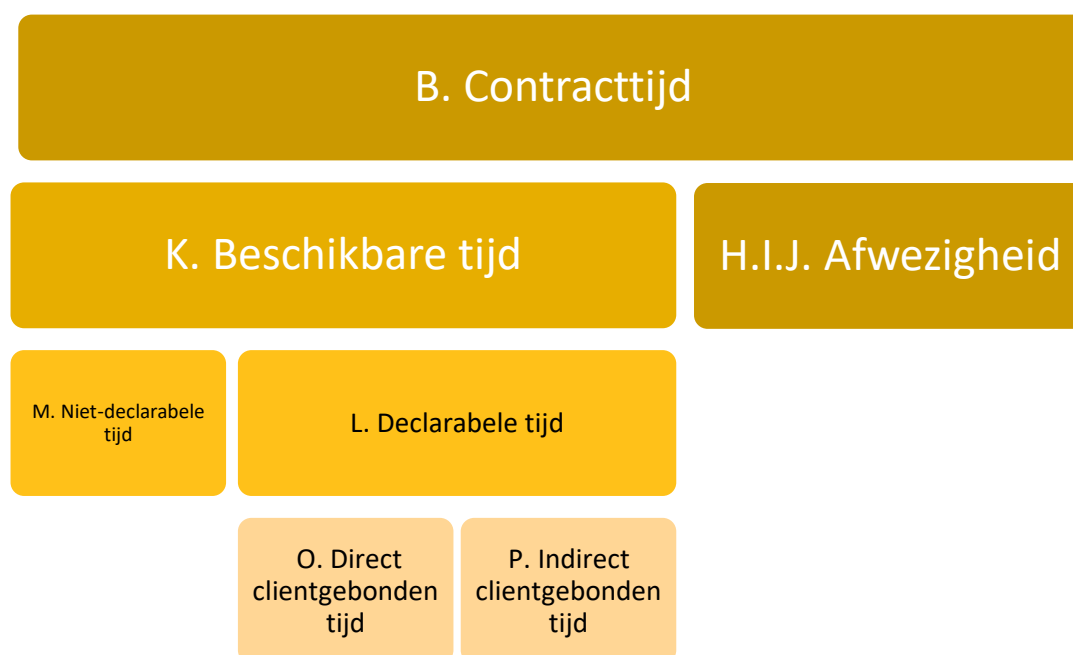
Naast de functiemix is er ook gekeken naar de opslag voor werkgeverslasten. Iedere werkgever betaalt de zogenaamde sociale lasten, die bestaan met name uit premies voor de WW/WIA, de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekeringswet en premie voor de verzekering voor loondoorbetaling bij ziekte. De werkgeverslasten variëren per CAO en per uitvoeringsinstelling. Dit resulteert in een berekening van de totale loonkosten. De totale loonkosten worden in de volgende stap van de kostprijsberekening gecorrigeerd op de productiviteit.

3.2 Productiviteit

De productiviteit betreft het aantal uren dat een zorgverlener verondersteld wordt productief (aan het werk) te zijn. Dit is een belangrijk aspect, want hoe hoger de productiviteit, hoe lager de kostprijs.

Het totaal aantal beschikbare uren van de zorgverlener per jaar is niet direct door te voeren naar het totaal aantal productieve uren per jaar. Zo wordt er bijvoorbeeld tijdens vakanties, feestdagen en ziekte niet gewerkt. Daarnaast zijn er ook nog andere taken zoals het bijwonen van (beleids)vergaderingen, leidinggevende taken, deskundigheidsbevordering en niet-cliëntgebonden administratie. Deze tijd kan de zorgverlener niet aan de cliënt besteden waardoor deze tijd niet declarabel is. In onderstaand figuur is weergegeven hoe de productiviteit is opgebouwd en worden de definities met betrekking tot de declarabele tijd, de cliëntgebonden tijd en de niet-cliëntgebonden tijd die in dit onderzoek toegepast worden weergegeven. De letters die voor de begrippen en definities staan corresponderen met de letters die gebruikt worden in het Excel-bestand met het rekenmodel.

Figuur 2: Opbouw Productiviteit – 22graden



B. Contracttijd

Het totaal aantal uren dat een zorgverlener op **contract** staat bij de organisatie.

K. Beschikbare tijd

De tijd die de zorgverlener aan dienst-gerelateerde activiteiten kan besteden, wordt berekend door $K=B-H.I.J.$

H.I.J. Afwezigheid

De tijd van de zorgverlener die niet beschikbaar is. Hieronder valt **ziekteverzuim, vakantiedagen en verlof**.

L. Declarabele tijd

De tijd die de zorgverlener in totaliteit kwijt is aan de **direct-** en **indirect cliëntgebonden** tijd. De direct cliëntgebonden tijd kan uit twee verschillende vormen bestaan:

O. Direct cliëntgebonden tijd:

- Cliëntcontacttijd = Tijd besteed door de zorgverlener aan directe interactie met een cliënt of het 'systeem van de cliënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten) in het kader van een hulpverleningsplan, face-to-face, telefonisch contact of elektronisch contact (met directe interactie) zoals beeldbellen, sms en WhatsApp. Het schrijven van een brief of email valt niet onder 'directe interactie' en valt dus niet onder deze tijd maar onder Indirect-clieëntgebonden tijd.
- Groepscontacttijd = Totale tijd van aanwezige zorgverleners, delen door het aantal aanwezige cliënten. Bijvoorbeeld groepstherapie van 1 uur door verpleegkundige en psycholoog (2x60 minuten = 120 minuten), delen door de 10 aanwezige cliënten betekent 12 minuten per cliënt.

P. Indirect cliëntgebonden tijd:

Tijd besteed door zorgverleners aan een cliënt, zonder directe interactie. Onder meer voorbereidingstijd, bijwerken zorgdossier, casus gebonden overleg of het schrijven van een brief of e-mail, totale reistijd naar de cliënt.

M. Niet-declarabele tijd = Niet-clieëntgebonden tijd. De tijd die de zorgverlener kwijt is aan **niet-clieëntgebonden** activiteiten, die wel relevant zijn voor de hulpverlening maar gericht zijn op de organisatie. Dit betreft bijvoorbeeld de tijd die zorgverleners gebruiken voor **scholing/opleiding, intervisie, reistijd van en naar cliënt, teamoverleg en voor begeleiding bij opleidingen.**

Tijdens de interviews is unaniem aangegeven dat de methodiek die hier is beschreven overeenkomt met die van de aanbieders. Tenzij anders vermeld, zijn alle genoemde percentages in het rapport gemiddelden van de input van de aanbieders.

3.3 Overhead

In dit onderzoek is overhead gedefinieerd als het geheel aan functies gericht op de sturing en ondersteuning van de medewerkers in het primair proces. Daarbij worden de overhead kosten voor materiele zaken gevoegd, hieronder valt alles wat er nodig is om de begeleider/behandelaar zijn werk te laten doen.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in:

1 (Personele) Overhead: Niet-clieëntgebonden personele kosten ten behoeve van het primaire proces (leidinggevenden, hotelfuncties, terrein- en gebouwgebonden functies en overig niet-clieëntgebonden personeel). Hiertoe rekenen we ook een component 'andere personele kosten'. Dit betreft de kosten woon-werkverkeer en de kosten voor werving en selectie.

En

2 Overige (niet personele) kosten ten behoeve van het primaire proces (voeding, hotelmatige kosten, cliënt c.q. bewoner gebonden kosten, terrein- en gebouwgebonden kosten, afschrijving, huur, lease, interest en algemene kosten (waaronder ICT, kantoorbenodigdheden, marketing, abonnementen etc.).

3.4 Indexatie

Naast deze kostprijselementen wordt voor de indexatie van de producten S-GGZ en FACT in dit onderzoek ook gebruik gemaakt van verschillende indexatie-percentages. In onderstaande paragrafen worden de gebruikte indexatie-percentages verder toegelicht.

<https://vng.nl/artikelen/indexatie-bij-inkoop-jeugdhulp-en-wmo-ondersteuning>

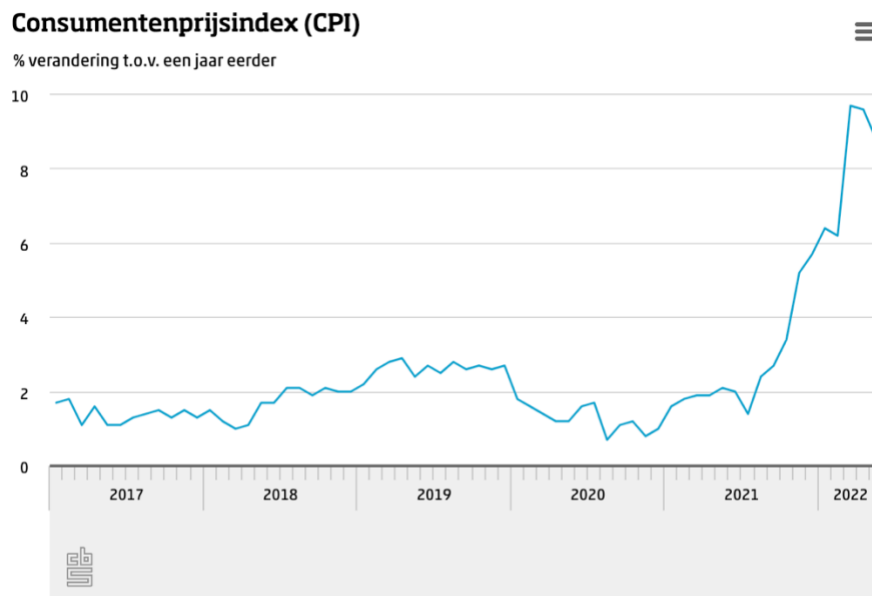
3.4.1 OVA

Allereerst wordt er gebruik gemaakt van het OVA-percentage. De OVA is de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling en is bedoeld om een marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling mogelijk te maken in de zorg. De OVA wordt berekend met objectieve cijfers van het CPB. Deze is voor 2021 vastgesteld op 2,01% (Bron: VNG)

3.4.2 CPI

Naast de OVA zou ook de CPI gebruikt kunnen worden. De CPI geeft het prijsverloop weer van een pakket goederen en diensten zoals dit gemiddeld wordt aangeschaft door de Nederlandse huishoudens. De jaarmutatie CPI (wordt gemeten als de stijging van de consumentenprijsindex (CPI) ten opzichte van de overeenkomstige periode in het voorgaande jaar. Jarenlang is de CPI stabiel (laag) geweest. De laatste maanden laat deze echter een sterke schommeling zien. In mei is deze weer gedaald tot 8,8%, maar het is erg onvoorspelbaar wat dit % verder in het jaar gaat doen.

Afbeelding 1: Consumentenprijsindex 2017-2022



* Bron: [CPI](#)

3.4.3 PPC

De VNG adviseert om ook de PPC (Prijsindexcijfer Particuliere Consumptie) mee te nemen in de indexatie. Deze is vastgesteld op **1,77%**. De Nza gebruikt de PPC om het prijs gerelateerde deel van de vaste- en maximumtarieven te indexeren (voor zvw en wlz). Het ministerie van VWS gebruikt de PPC om het prijs gerelateerde deel van (macro)kaders te indexeren. (Bron: VNG)

3.4.4 Conclusie

Voor dit onderzoek is gekozen om alleen de PPC en OVA zoals die nu zijn vastgesteld te gebruiken om de tarieven van vorig jaar te indexeren. Dit komt in overeenstemming met advies van de VNG neer op

een percentage om te indexeren met een accrespercentage van **3,71%**. De CPI wordt dus niet meegenomen in de indexering.

Leeswijzer: hoofdstuk 4 t/m 13

De hoofdstukken met betrekking tot de bevindingen worden opgedeeld in de verschillende kostprijselementen zoals beschreven in hoofdstuk 3 (Functiemix, productiviteit en overhead). De resultaten beginnen met het hoofdstuk over de overhead. Dit hoofdstuk bevat algemene bevindingen die op ieder product van toepassing zijn. Vervolgens komt er een hoofdstuk over de algemene productiviteit gevolgd door de algemene loonkosten. In de laatste hoofdstukken zullen we inzoomen op de functiemix en de specifieke loonkosten per product. De volgorde en kleuren van de hoofdstukken zijn weergegeven zoals in Figuur 3.

Figuur 3: Leeswijzer Rapport



4. Bevindingen overhead

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die voortkomen uit de interviews en het benchmarkonderzoek als het gaat om de eerste, algemene (en dus voor ieder product gelijk) component van de kostprijs, namelijk de overhead. In dit hoofdstuk zijn dan ook de resultaten van alle aanbieders meegenomen (N=12). Bij de verschillende aanbieders worden de overheadkosten op diverse manieren uitgesplitst en berekend. Zo zijn er aanbieders die de overhead als vaste prijs per medewerker of FTE berekenen. Een interessante ontwikkeling, aangezien de overhead bij grote (institutionele) aanbieders traditioneel gezien hoger is dan die van kleine aanbieders. In dit advies wordt ervoor gekozen om de gemiddelde bestaande overhead om te slaan naar een opslag op de uur/ minuut prijs. Er wordt geacht dat dit gemiddelde voor iedere aanbieder haalbaar zou moeten zijn.

Om tot een percentage te komen, die onderling vergelijkbaar is, is alle overheadsinformatie teruggerekend naar een % van de kosten en is er gekeken naar het totale overheadpercentage. Hierbij kan een inschatting gemaakt worden van de differentiatie naar verschillende onderdelen binnen de overheadkosten, echter mag deze slechts als indicatief beschouwd worden, zoals hieronder in paragraaf 4.1. uitgesplitst in de tabel.

4.1. Interviews

Uit de beschikbaar gestelde data vanuit de aanbieders, blijkt dat de spreiding van het percentage overhead bij de zorgaanbieders van dit kostprijsonderzoek tussen de 22% en 40% ligt.

Het gemiddelde overheadpercentage vanuit het onderzoek is **33%**. Hierbij moet worden opgemerkt dat er een groot verschil zit tussen (grote) aanbieders die ook complexe producten als crisiszorg leveren. Hun totale overhead komt hoger uit dan die van kleine, ambulante gespecialiseerde aanbieders.

De onderverdeling naar verschillende overhead-componenten (zoals weergegeven in de tabel 2) wordt zoals gezegd niet door iedere aanbieder aangehouden. Deze is globaal omgerekend en deze komt overeen met de benchmarkgegevens in tabel 3 en 4. Omdat alle respondenten werken met een andere indeling, is het moeilijk te vergelijken.

Tabel 2: Overheadkosten Vanuit Interviews

Huisvestingskosten	5%
Materiële zorg-gebonden kosten	9%
Marge	3%
Overhead overig	16%
Totaal	33%

4.2 Benchmark

BM1

Het eerste BM rapport splitst de overheadkosten uit in GGZ en Jeugd. Voor de verschillende producten in de GGZ worden de volgende overheadkosten weergegeven:

Tabel 3: Overheadkosten BM1 GGZ

Overhead	29%
Overige kosten	7,6%
Hotelmatige kosten	5,5%
Risico en innovatie	2%
Totaal	44,1%

Dit is inclusief residentiële producten (met verblijf).

Ditzelfde BM rapport geeft voor de verschillende producten in de jeugd de volgende overheadkosten weer:

Tabel 4: Overheadkosten BM1 Jeugd

Overhead	24,7%
Overige kosten	7,6%
Hotelmatige kosten	7,1%
Risico en innovatie	2%
Totaal	41,4%

Dit is inclusief residentiele producten (met verblijf).

BM2

De tweede Benchmark maakt geen onderverdeling qua overheadkosten, maar differentieert wel naar reguliere- en “micro”aanbieders, die voldoen aan ten minste twee van de volgende drie criteria:

- Balanstotaal van maximaal 350.000 EUR
- Netto omzet van maximaal 700.000 EUR
- Maximaal 10 fte personeel op de loonlijst.

Afbeelding 2: Resultaten BM2

Op basis van de door ons geanalyseerde benchmarks komen we tot de volgende uitgangswaarden. In het rekenmodel werkt dit percentage door als opslag op de kosten van het personeel in de directe hulpverlening.

Parameter	Waarde	Toelichting
Overhead	20%	Micro-aanbieders
	40%	Reguliere aanbieders

Tabel 8: Uitwerking overhead als opslag op de kosten van het direct dienstverlenend personeel

*Informatie en tabel overgenomen uit BM2 (tabel 8 in het BM2 rapport)

BM3

Het gemiddelde totaal vanuit deze benchmark is **38%**.

4.3. Conclusie

Het gemiddelde niveau van de overhead wordt vastgesteld op **33%** om mee verder te rekenen. Hiermee wordt het gemiddelde vanuit de aanbieders overgenomen. Bij het hiervan toetsen aan de verschillende benchmarks is dit ook een vergelijkbaar percentage. Wanneer deze getoetst wordt aan de verschillende benchmarks is dit percentage voor 2 van de 3 benchmarks lager. Dit is deels te verklaren door het ambulante karakter, waardoor de gebouw gebonden kosten lager zijn (een uitzondering hierop is het logeren, daar zullen we hier verder op ingaan). Het onderzoek heeft de werkelijke overhead onderzocht en de percentages weergegeven. Ons advies is om de grote aanbieders meer te stimuleren om hun schaalvoordeel uit te nutten en dus hun overhead naar beneden te brengen en zo bij te dragen aan kostenbeheersing. Dit is een advies. Het is aan gemeente Lelystad om deze stimulering over te nemen of niet.

5. Bevindingen productiviteit

Naast de overhead is de productiviteit een belangrijke factor om te komen tot een kostprijs, zoals toegelicht in paragraaf 3.2. Het aantal uren dat een zorgverlener verondersteld wordt te kunnen declareren is de belangrijkste variabele bij het bepalen van een tarief. Hoe hoger de productiviteit, hoe lager de kostprijs. De productiviteit wisselt per product, zorgverlener en traject. Zo wordt bijvoorbeeld gezien dat tijdens het diagnostiek-traject meer onderlinge afstemming nodig is, wat de productiviteit lager maakt.

5.1 Afwezigheid – H.I.J.

Afwezigheid wordt gedefinieerd als de tijd dat de zorgverlener niet beschikbaar is. Hieronder valt **ziekteverzuim, vakantiedagen en verlof**.

5.1.1 Vakantie- en feestdagen – H

Medewerkers hebben vanuit CAO recht op een aantal vakantiedagen/uren en feestdagen. Ook PNIL zullen gedurende het jaar een periode vrij hebben. Hoeveel dit is, wordt hieronder berekend.

5.1.1.1 Interviews

Het gemiddelde van het aantal vakantie-uren van alle verzamelde gegevens komt op **179 uren** per FTE per jaar.

5.1.1.2 CAO

De aanbieders vanuit de interviews werken met 4 verschillende CAO's, namelijk **Jeugdzorg, GGZ** (het grootste gedeelte) en een enkele aanbieder werkt met de CAO-basisonderwijs ZKN en de CAO maatschappelijk werk.

Het aantal vakantie-uren in de CAO GGZ is $144 + 22 = 166$ voor medewerkers die niet vallen onder de overgangsregeling LFB en $144+40 = 184$ voor wie dat wel geldt.

Het aantal vakantie-uren in de **CAO Jeugdzorg** is hoger. Werknemers die fulltime werken (36 uur per week) hebben recht op **144 uur** vakantie per jaar, plus 56 extra uren verlof (verlofbudget). Het totale vakantieverlof van een werknemer met een fulltime dienstverband is dus **200 uur** per jaar. Een werknemer met een parttime dienstverband heeft recht op minder vakantie-uren. Het vakantieverlof wordt berekend naar ratio van het dienstverband.

Voor ZZP'ers gelden de CAO's uiteraard niet. Echter, over het algemeen nemen zij een vergelijkbaar aantal uren op aan vakantie.

5.1.1.3 Conclusie

In dit onderzoek is uitgegaan van **179 vakantie-uren per jaar per FTE**. Hierbij ontstaat een verschil tussen aanbieders die werken met de verschillende CAO's, waarbij de aanbieders onder de CAO Jeugdzorg worden benadeeld en de aanbieders onder de CAO GGZ worden bevoordeeld.

Daarnaast wordt een standaard compensatie voor feestdagen meegenomen in dit onderzoek van **50 uur** per FTE, dit is voor alle CAO's gelijk.

5.1.2 Ziekteverzuim - I

Het ziekteverzuim stelt de gehele zorgbranche momenteel voor een enorme uitdaging. Waar het verzuim de afgelopen jaren al een stijgende trend kende, is dit na de coronacrisis zeer hoog geworden en gebleven. De kernvraag voor dit onderzoek is om te bepalen welke gegevens zullen worden gebruikt om de kostprijs te berekenen; wordt er van uitgegaan dat de trend zich zal keren en wordt er gerekend met de normcijfers rondom verzuim, of wordt er gecorrigeerd voor het hoge verzuim van dit moment waarbij dan de vraag is in welke mate er gecorrigeerd wordt.

5.1.2.1 Interviews

Het gemiddelde verzuimpercentage van de aanbieders is **7,38%**. Hierbij moet worden opgemerkt dat sommige respondenten in verband met het fluctuerende verzuim van de huidige tijd een normpercentage hebben doorgegeven waarmee zij zelf werken bij het berekenen van hun kostprijs. Andere respondenten hebben wel het daadwerkelijke actuele verzuimpercentage doorgegeven, waarbij de periode wisselt over Q1 van 2022 of het totaal gemiddelde van 2021.

5.1.2.2 Benchmark

Landelijk is het verzuimpercentage in de zorgsector **gemiddeld 9,83** over het eerste kwartaal van 2022. <https://www.vernet.nl/2022/04/26/vernet-verdieping-verzuim-in-q1-2022/>

5.1.2.3 Conclusie

In dit onderzoek wordt het resultaat vanuit de aanbieders gehanteerd en wordt het gemiddelde verzuim afgerond op **7,5%** om de kostprijs mee te berekenen. Daarbij wordt de aanname gedaan dat het verzuim in de loop van het jaar weer zal stabiliseren richting het oude niveau, maar of dat daadwerkelijk gebeurt is natuurlijk afwachten.

Om in te spelen op de onzekere verwachtingen met betrekking tot verzuim kan er gekozen worden om ieder jaar het verzuimpercentage in de kostprijsberekening te herzien. Zo zou er bijvoorbeeld in de overeenkomst opgenomen kunnen worden dat de aanbieders ieder jaar de verzuimcijfers aanleveren. Aan de hand van deze cijfers kan een toeslag berekend worden die wordt toegevoegd aan de **7,5%** verzuim waar momenteel mee gerekend wordt. Hierbij is het aan te raden om een minimum en een maximum percentage af te spreken. Indien de verzuimcijfers niet aangeleverd worden zal het minimum percentage gebruikt worden.

5.1.3 Verlof

5.1.3.1 Interviews

Hoewel verlof geen directe financiële gevolgen heeft voor aanbieders (want zwangerschapsverlof wordt gecompenseerd door het UWV (tot een bepaald bedrag, waarbij AMS-functies dit bedrag kunnen overschrijden), zijn er wel indirecte kosten (ook wel frictiekosten genoemd) in verband met het overdragen van de caseload aan collega's, het weer inwerken na verlof, enz. Dit percentage is vastgesteld o.b.v. input van de aanbieder op **2%**.

Daarnaast hebben we bij deze component een correctie gedaan van 1% opslag voor de arbeidsmarktkrapte die in Lelystad zeker aan de orde is. Daarnaast rekenen we 1% opslag voor inzet PNIL, op basis van percentages vanuit vergelijkbare onderzoeken. Het totale percentage van deze component wordt dan **2%**.

Het totale % van deze component komt daarmee uit op **4%** correctie voor verlof en arbeidsmarktkrapte (waaronder inzet PNIL)

5.1.3.2 Benchmark

In de benchmarkgegevens is verlof wel meegenomen in de berekening, maar niet als zodanig terug te herleiden.

BM1

In het eerste benchmarkonderzoek is geen apart % genoemd voor verlof en frictiekosten, maar is deze meegenomen in het totale productiviteitspercentage, inclusief verzuim, vakantie, enz (namelijk **42%**). Aan het slot van dit hoofdstuk wordt berekend in hoeverre de totale som vergelijkbaar is.

BM2

In het tweede benchmarkonderzoek is het verlof opgeteld bij de vakantie-uren die er zijn, die bij deze benchmark totaal uitkomen op **210 uren**.

BM3

Het percentage niet-declarabel komt in dit onderzoek uit op **35%**. Deze is wederom anders opgebouwd dan de andere benchmarks, waarbij sommige kosten in de overhead meegenomen zijn en andere in de niet-declarabele uren.

5.1.3.3 Conclusie

In dit onderzoek wordt het resultaat vanuit de aanbieders gehanteerd en zullen de gemiddelde kosten voor verlof worden afgerond op **4%** om de kostprijs mee te berekenen.

We zien ook bij deze component dat voor de verschillende aanbieders een grote variatie hierin te zien is. Sommige organisaties werken meer met PNIL dan anderen (bijvoorbeeld in een maatschap), anderen hebben weer meer last van de arbeidsmarktkrapte.

5.2 Declarabele en niet-declarabele tijd - L

Vanaf deze paragraaf wordt data beschreven die per product gedifferentieerd kan worden. Er wordt gezien dat de verschillende producten een wisselende mate van declarabiliteit kennen. Vanuit gemeente Lelystad wordt er voor alle producten gewerkt met één norm voor declarabiliteit. In het kostprijsonderzoek van 2021 is de norm voor declarabiliteit (de tijd die de zorgverlener kwijt is aan het totaal **direct als indirect cliëntgebonden tijd** (O, P)) vastgesteld op 71%.

5.2.1 Interviews

De gemiddelde declarabiliteit vanuit de interviews is **72,5%**. Voor B-GGZ is dit 73% en voor diagnostiek J-GGZ is dit 72%. Voor medicatiecontrole is het 76% en voor de curatieve GGZ 69%. Voor respijtzorg had de aanbieder onvoldoende zicht op de declarabiliteit omdat zij met andere definities werken.

5.2.2 Benchmark

BM1

In het eerste benchmarkonderzoek is geen apart percentage genoemd voor declarabiliteit, maar is het totale percentage productiviteit vastgesteld op 42%.

Aan het slot van dit hoofdstuk wordt berekend in hoeverre de totale som vergelijkbaar is met de verkregen gegevens.

BM2

Afbeelding 3: Resultaten BM2

Uren per jaar	Begeleiding / behandeling AMBULANT
Bruto beschikbare uren per jaar	1.878
Feestdagen	50
Verlof, incl. bovenwettelijk	210
Ziekteverzuim	115
Werkbare uren per jaar	1.503
Opleiding, intervisie	50
Algemeen overleg en administratie	105
Overig (verzorging, pauze, etc.)	65
Cliëntgebonden uren	1.283

*Afbeelding en gegevens zijn overgenomen uit het BM2 rapport.

Hoewel niet helemaal vergelijkbaar komt de tweede benchmark uit op een productiviteit van **68%** (cliëntgebonden uren ten opzichte van de bruto beschikbare uren per jaar).

BM3

Het derde onderzoek werkt met een gemiddelde van de niet-declarabiliteit van vergelijkbare producten Ambulant heeft een gemiddelde van niet-declarabele tijd van 34% en respijtzorg logeren heeft een gemiddelde van niet-declarabele tijd van 24,1%. Wanneer dit omgerekend wordt naar een gemiddelde voor de declarabiliteit komt dit op **70%**. Hierbij moet worden opgemerkt dat de reistijd(kosten) niet zijn meegenomen hierin.

BM4

Ecorys geeft in haar rapportage (Ecorys, 2017) een gemiddeld gewogen productiviteit van **74,9%** voor GGZ-instellingen aan en 78,4% bij vrijgevestigde aanbieders. In deze berekening zijn alle beroepen gezamenlijk meegenomen. Wij gaan uit van de productiviteit van instellingen omdat dit ook de onderzochte groep is, dit is omgerekend 1402 beschikbare tijd (74,9%) per jaar.

5.2.3 Conclusie

Bij de berekening van de kostprijs wordt de norm van **71%** declarabiliteit vanuit het kostprijsonderzoek 2021 overgenomen. Dit percentage ligt lager dan het gemiddelde van 72,5% dat uit de interviews is gebleken. Er wordt voor gekozen om de norm te behouden op 71% omdat deze reeds in de praktijk gehanteerd wordt en aldus de aanbieders en gemeente Lelystad prettig werkt. Daarnaast is dit percentage vergelijkbaar met de verschillende benchmarks. Het gebruik van dit percentage voor de declarabiliteit komt de aanbieders tegemoet wanneer zij efficiënter werken en een hogere declarabiliteit halen dan de gestelde 71%. Dit kan gezien worden als een incentive die ten goede komt van hun eigen bedrijfsvoering.

6 Loonkosten

Voordat de functiemix wordt beschreven, is dit hoofdstuk nog bedoeld om de algemene, overstijgende kosten als het gaat om arbeid (opslag sociale en werkgeverslasten; verzekeringen, pensioenen en belastingen) toe te lichten. Hierbij moet benoemd worden dat er per ingang van 01-07-22 een nieuwe CAO voor GGZ wordt gebruikt. In deze CAO is een loonstijging van 2% te zien. Deze stijging is nog niet meegenomen in dit kostprijsonderzoek. Het wordt geadviseerd in januari 2023 gebruik te maken van de reeds genoemde indexatie-cijfers (3.4.1) om de kostprijs hierop te corrigeren.

6.1 Vakantietoeslag en eindejaarsuitkering – C & D

De vakantietoeslag en eindejaarsuitkering zijn standaard vanuit alle CAO's vergelijkbaar, namelijk respectievelijk **8%** en **8,33%**. Deze zijn dan ook voor alle producten als zodanig overgenomen.

6.2 ORT - E

Enkel bij respijtzorg is er sprake van ORT, bij de andere onderzochte producten is er geen sprake van ORT. In de CAO Sociaal Werk, waarmee de respijtzorgaanbieder werkt, worden de volgende regels omtrent ORT aangehouden:

- Maandag tot/met vrijdag tussen 19.00-7.00 uur: 120%
- Zaterdag: 125%
- Zondag: 145%

We laten deze kostenpost bij het hoofdstuk Respijtzorg terugkomen, omdat dit het enige product is dat met ORT werkt.

6.3 Opslag sociale- of werkgeverslasten - F

Een laatste onderdeel dat onderdeel uitmaakt van het algemene onderdeel van de kostprijs, maar valt onder de loonkosten zijn de opslag sociale- of werkgeverslasten.

6.3.1 Interviews

De gemiddelde opslag van werkgeverslasten vanuit de interviews is **27%**.

6.3.2 Benchmark

De verschillende Benchmark-rapporten die zijn meegenomen in dit onderzoek dateren van voor 2022. Met deze reden zijn enkel de twee meest recente rapporten (2021) meegenomen voor het bepalen van de werkgeverslasten.

BM 1 GGZ

25,0%

BM 1 Jeugd

24,5%

BM 2

De tweede benchmark heeft de sociale lasten onderverdeeld in verschillende factoren, waarbij rekening is gehouden met de verschillende kosten als het gaat om aanstellingen voor onbepaalde en bepaalde tijd. Hierbij komt het totaal op **29,35%** uit, zoals is te zien in Afbeelding 5.

Afbeelding 4: Uitwerking Component Sociale Lasten BM2

Component sociale lasten	Percentage 2022	
Arbeidsongeschiktheidsfonds (Aof-laag) incl. toeslag kinderopvang (loonsom < 25 x gemiddelde premieplichtige loon per werknemer ⁵)	15%	5,99%
Arbeidsongeschiktheidsfonds (Aof-hoog) incl. toeslag kinderopvang (loonsom > 25 x gemiddelde premieplichtige loon per werknemer)	85%	7,55%
Algemeen Werkloosheidsfonds (Awf laag: (aanstelling voor onbepaalde tijd)	85%	2,70%
Algemeen Werkloosheidsfonds (Awf hoog: overige dienstbetrekkingen)	15%	7,70%
ZVW premie werkgever		6,70%
Werkhervattingskas (WGA + ZW gezondheidszorg)		1,41%
Transitievergoeding		0,14%
Pensioenpremie werkgever		gemiddeld 10,3%
TOTAAL opslag sociale lasten		29,35%

6.3.3. Conclusie

Na controle van de huidige werkgeverslasten bij het UWV (<https://www.uwv.nl/werkgevers/bedragen-en-premies>) wordt **27%** vastgesteld als opslag om mee te rekenen bij de kostprijs. Dit is de input vanuit aanbieders, waarbij wordt aangenomen dat al is gecorrigeerd voor de aanstellingen voor onbepaalde en bepaalde tijd.

7. B-GGZ

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven met betrekking tot de B-GGZ. Allereerst wordt de term afgebakend door middel van een omschrijving van- en de voorwaarden voor B-GGZ. Vervolgens wordt de productiviteit, de duur en intensiteit en de functiemix van de aanbieders in Lelystad besproken. Dit bouwt toe naar de berekende kostprijs welke in het laatste hoofdstuk vergeleken wordt met de benchmark onderzoeken. Van de 12 respondenten waren er 7 die B-GGZ als product aanbieden. Daarvan hebben 5 aanbieders voldoende gegevens aangeleverd om mee te nemen in dit kostprijsonderzoek, voor dit hoofdstuk geldt daarmee N=5.

7.1 Omschrijving B-GGZ

In het programma van eisen wordt het product B-GGZ als volgt beschreven:

Basis-GGZ wordt ingezet bij:

1) onvoldoende effect van behandeling in de JGZ, huisartsenzorg of jeugd-professional huisarts en wanneer er sprake is (of een vermoeden) van een DSM-benoemde stoornis, en:

- a. een licht tot matige beperking in het dagelijks functioneren, of;
- b. lichte tot matig-ernstige problematiek, met laag tot matig risico, of;
- c. vermoeden van een leerstoornis of twijfel over verstandelijke vermogens; en
- d. er is een goed functionerend sociaal netwerk, of;
- e. herstel is te verwachten na een relatief korte of geprotocolleerde interventie.

2) kinderen met een ernstige psychiatrische stoornis met stabiele problematiek die geen behandeling, maar wel langdurige monitoring behoeven.

7.2 Huidig tarief en voorwaarden B-GGZ

- Inspanningsgericht: p × q op basis van vast uurtarief voor B-GGZ × frequentie.
- Bekostiging op basis van werkelijk geleverde behandeling waarbij beschikking geldt als plafond.
- Tarief + onderbouwing: **€ 1,51** per minuut Cliëntgebonden tijd; gebaseerd op een benadering van het uurtarief dat in de basis-ggz-arrangement is verwerkt (producten 51A00 t/m 51A05) plus indexatie (combinatie van OVA en PPC, zie NZa-website, voorlopig vastgesteld voor 2021 op gewogen gemiddeld 3,09%).
- Beschikking: Maximaal 21 uur en een doorlooptijd van maximaal 6 maanden.
- EMDR voortraject: 1 tot maximaal 3 sessies van 1 uur.
- EMDR behandeling: 3 tot maximaal 12 sessies van 1,5 uur.

7.3 Productiviteit B-GGZ

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 “bevindingen productiviteit” is er in dit kostprijsonderzoek gekozen om voor de declarabele tijd een vast percentage te gebruiken dat geldt voor alle producten. Om inzicht te geven in de verschillen in productiviteit per product geeft onderstaande tabel de data weer die is verzameld specifiek voor het product B-GGZ. Het valt op dat de respondenten voor het product B-GGZ een hogere declarabiliteit hebben dan het vastgestelde gemiddelde van 71%. (zie excel)

7.4 Duur en intensiteit B-GGZ

Uit de interviews is gebleken dat het voor de aanbieders lastig is om concreet de duur en de intensiteit van de behandeling weer te geven. Zo verschilt dit erg per casus, gaat het bijvoorbeeld om de doelgroep op het autisme spectrum dan duurt een behandeling langer dan bij bijvoorbeeld een stemmingsstoornis.

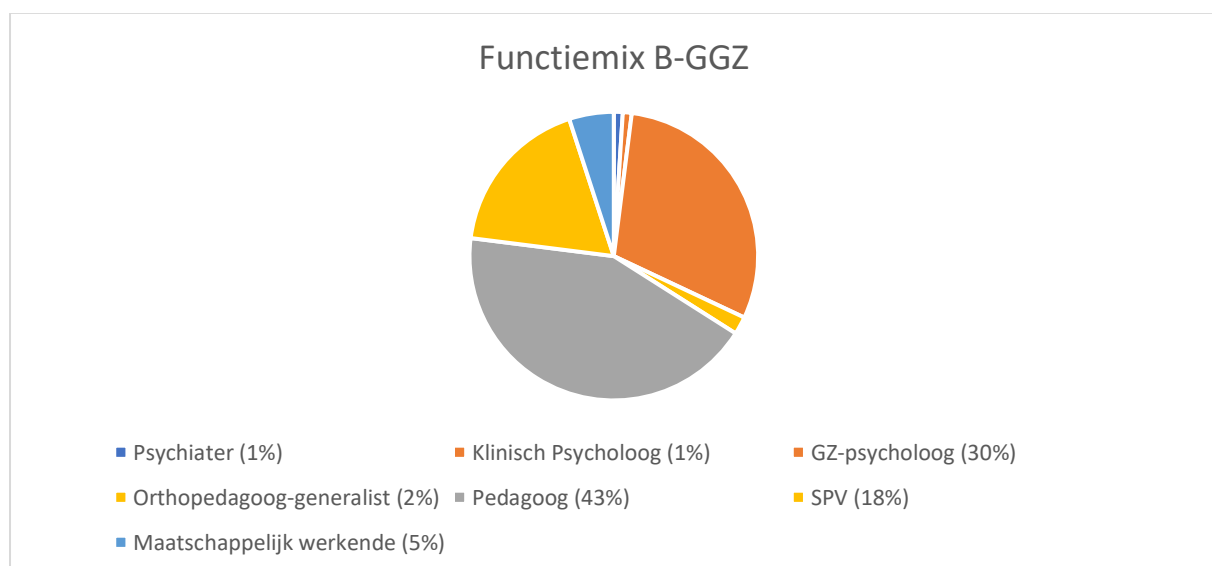
Drie aanbieders waren in staat om concrete cijfers aan te leveren voor de duur van een B-GGZ traject. Ook in deze cijfers is de grote spreiding terug te zien. Zo rekt één van de aanbieders met gemiddeld 1200 minuten voor een B-GGZ traject. Een tweede aanbieder rekt met gemiddeld 750 tot 1000 minuten voor een B-GGZ traject en de derde aanbieder rekt met gemiddeld 375 tot 825 minuten.

Volgens de informatie van gemeente Lelystad zijn er in het afgelopen jaar 47 cliënten behandeld binnen een B-GGZ traject met een gemiddelde behandelduur van 235 dagen. Deze behandelduur komt niet overeen met de bevindingen in het onderzoek. Dit zou verklaard kunnen worden door een vertraging in het sturen van de facturen en de administratieve afwikkeling (het gaat niet om de werkelijke behandel tijden).

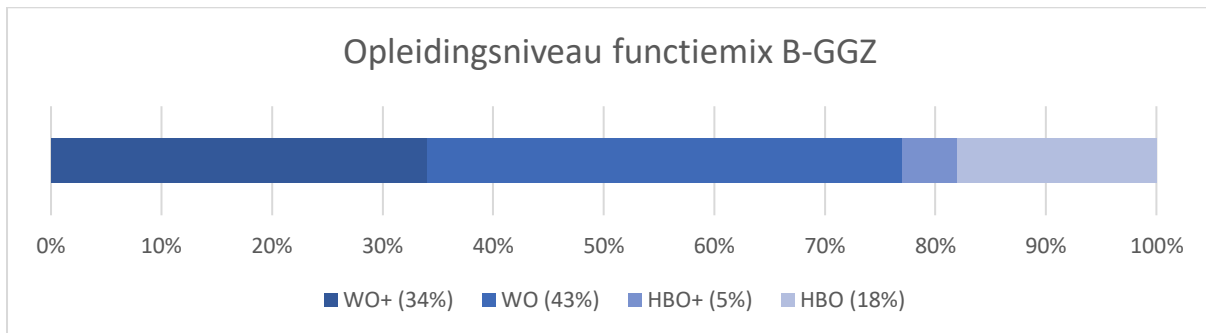
7.5 Functiemix B-GGZ

Voor de behandeltrajecten binnen de B-GGZ worden verschillende professionals ingezet. De aanbieders gebruiken ten opzichte van elkaar ook verschillende professionals. Zo is er bijvoorbeeld maar één aanbieder die de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) inzet en kiest een andere aanbieder voor de inzet van een maatschappelijk werkende. De verschillende functiemixen zijn omgerekend naar gemiddelden. Dit leidt tot de volgende gemiddelde functiemix:

Figuur 4: Functiemix B-GGZ



Figuur 5: Opleidingsniveau Functiemix B-GGZ



Met deze functiemix is het gewogen bruto jaarsalaris berekend om inzicht te krijgen in de loonkosten voor een B-GGZ traject (zie Excel). Voor deze berekeningen zijn de salarissen gebruikt die zijn opgegeven door de aanbieders. De salarissen zijn vergeleken met de salarissen uit de GGZ CAO 2021-2024 en komen overeen met de hogere treden in de functieschalen. Dit klopt met het geschetste beeld vanuit de aanbieders.

7.6 Berekende kostprijs B-GGZ

De hierboven beschreven productiviteit, de functiemix en de gewogen loonkosten voor de B-GGZ in combinatie met de overheadkosten in het algemeen leiden samen tot de kostprijs voor de B-GGZ. In deze paragraaf wordt de door ons berekende kostprijs op basis van de interviews verder toegelicht en vergeleken met de benchmark.

7.6.1 Interviews

Voor de berekening van de kostprijs die aansluit op de huidige praktijk zijn de verschillende kostprijselementen samengevoegd. Voor de B-GGZ komt dit uit op een gewogen uurtarief van **€ 1,59**

7.6.2 Benchmark

BM1

In de eerste benchmark wordt voor de B-GGZ een uurtarief van €170,49 berekend, hetgeen neerkomt op een minutenprijs van **€ 2,55**.

BM3

In deze benchmark is geen specifiek tarief genoemd voor B-GGZ, zij werken met drie algemene producten, waarbij het gemiddelde tarief voor de producten als volgt is:

GZ Licht – 70,70 per uur = € 1,17 per minuut

GZ midden – 84,22 per uur = € 1,40 per minuut

GZ zwaar – 106,80 per uur = € 1,78 per minuut

Gemiddeld komt dit uit op **€ 1,45**

Benchmark volwassenen

Naast deze benchmarks is ook gekeken naar de tarieven van de volwassen basis GGZ van dit moment conform NZa. Ook hier wordt met een andere bekostiging gewerkt. Wanneer deze omgerekend wordt komt dit uit op de volgende minuatprijzen:

Tabel 5: Tarieven B-GGZ volwassenen Conform NZa

Code	Prestatie	Maximumtarief	Per minuut
180001	Kort, 294 minuten	€ 507,62	€ 1,73
180002	Middel, 495 minuten	€ 864,92	€ 1,75
180003	Intensief, 750 minuten	€ 1.356,25	€ 1,80
180004	Chronisch, 750 minuten	€ 1.251,70	€ 1,69

Benchmark overige regio's

Daarnaast zijn er verschillende regio's die ook met uur of minutentarieven werken. Een groot aantal regio's werken met traject-tarieven die niet gebonden zijn aan uren en daardoor niet om te rekenen. In Zeeland in 2022; **€ 1,88** per minuut. Utrecht-West in 2022; **€ 2,85** per minuut en Utrecht-Oost gemiddeld **€ 1,94** per minuut (hier wordt nog onderscheid gemaakt in zorgzwaarte). Almere **€ 1,79** per minuut (dit wordt hier behandeling regulier psychiatrie genoemd).

7.7 conclusie B-GGZ

Wanneer de kostprijsberekening vanuit de interviews met de lokale aanbieders vergeleken wordt met de landelijke benchmark, wordt inzichtelijk dat het tarief van gemeente Lelystad aan de lage kant is. Omdat het een kostprijsonderzoek betreft dat gericht is op Lelystad en omdat de berekening vanuit de interviews aansluit op de aanbieders in Lelystad wordt geadviseerd de kostprijs van **€ 1,59** als tarief aan te houden.

8. Diagnostiek J-GGZ

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op het product Diagnostiek J-GGZ. Evenals in voorgaand hoofdstuk worden eerst de omschrijving en de voorwaarden verder toegelicht. Vervolgens worden de bevindingen vanuit dit onderzoek gedeeld waarna dit vergeleken wordt met de benchmark cijfers. Van de 12 respondenten waren er 9 die een vorm van diagnostiek aanboden. Van deze 9 respondenten hebben er 7 voldoende data aangeleverd die gebruikt wordt binnen dit onderzoek. Voor dit hoofdstuk geldt dus N=7. Bij de aangeleverde data kan de kanttekening geplaatst worden dat niet alle aanbieders diagnostiek zien als een los traject. In sommige gevallen is aanvullend casuonderzoek gedaan om de data te verzamelen.

8.1 Omschrijving diagnostiek J-GGZ

In het programma van eisen wordt het product diagnostiek J-GGZ als volgt beschreven:

Diagnostiek J-GGZ is het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van de Jeugdige genuanceerd wordt beschreven en waarbij de ontwikkeling op verschillende deelgebieden in beeld wordt gebracht. Hierbij hoort een inventarisatie van verschillende omgevingsvariabelen die van invloed kunnen zijn op het functioneren van de Jeugdige, worden sterke kanten in kaart gebracht en wordt vanuit het perspectief op eventuele mogelijkheden voor behandeling naar de Jeugdige en diens omgeving gekeken. Diagnostiek J-GGZ is gericht op de volle breedte van de ontwikkeling van de Jeugdige, de in de ontwikkeling optredende problemen en kansen en de mogelijkheden voor behandeling en begeleiding. Diagnostiek J-GGZ is dus meer dan classificatie. Classificatie vindt plaats wanneer de probleembeschrijving gewogen wordt getoetst aan de formele criteria van de classificatiecategorieën van een classificatiesysteem, bijvoorbeeld de DSM.

Onder Diagnostiek J-GGZ worden de volgende activiteiten onderscheiden:

- a. Intake/screening: alle activiteiten gericht op verduidelijking van de zorgvraag;
- b. Verwerven informatie van eerdere zorgverleners;
- c. Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de Jeugdige middels gesprekken en vragenlijsten;
- d. Psychiatrisch onderzoek: het doel van een psychiatrisch onderzoek is om een totaalbeeld te krijgen van de Jeugdige op de verschillende ontwikkelingsgebieden; algemene ontwikkeling, emotionele en sociale ontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, lichamelijke ontwikkeling en biologische rijping. Op basis van het beeld dat hiermee verkregen wordt, wordt bekeken of er sprake is van psychopathologische symptomen, d.w.z. kenmerken die te maken kunnen hebben met (kinder-)psychiatrische aandoeningen zoals autisme, ADHD, hechtingsproblematiek, depressie, angststoornis, psychose, etc.;

Of

- e. Psychodiagnostisch onderzoek: met psychodiagnostisch onderzoek kan de ontwikkeling (en het gedrag) van een Jeugdige in kaart gebracht worden. Er wordt niet alleen gekeken naar problematiek bij de Jeugdige, maar ook naar de (gezins)context. Een psychodiagnostisch onderzoek kan bestaan uit verschillende onderdelen: ontwikkelingsanamnese, intelligentie en neuropsychologisch onderzoek, persoonlijkheidsonderzoek;

En

- f. Contextueel onderzoek: inschatten van de invloed/beperkingen/ mogelijkheden van onder andere het gezin en de school voor de Jeugdige;
- g. Het terugkoppelen van het advies aan de Jeugdige over de in te zetten behandeling;
- h. Volledig verslag van bovenstaande inzet, inclusief het advies over in te zetten behandeling of (gezins)begeleiding.

Neurologisch onderzoek maakt geen deel uit van dit product of van de Jeugdhulp vergoed door het College.

8.2 Huidig tarief en voorwaarden diagnostiek J-GGZ

Het huidige tarief is **€ 126,22 per uur; (€ 2,10 per minuut)**, dit is gebaseerd op een zwaardere functiemix dan bij behandeling het geval is (volgens systematiek VNG). Beschikking: dit product kan niet binnen 2 jaar herhaald worden afgegeven, en er geldt een maximum van 22,5 uur per beschikking dat opgebouwd moet zijn uit een of meerdere onderzoeken:

- maximaal 3 uur voor een intelligentie onderzoek;
- maximaal 3 uur voor een persoonlijkheid-onderzoek;
- maximaal 6 uur (2 dagdelen van 3 uur) voor neuropsychologisch onderzoek;
- maximaal 2 uur voor gezinstaxatie/anamnese;
- maximaal 4 uur voor observatie school en spelkamer;
- maximaal 25% tijd op de directe onderzoeks-tijd voor verslaglegging en bespreking.

8.3 Productiviteit diagnostiek J-GGZ

De productiviteit voor het product diagnostiek J-GGZ ligt anders wanneer je dit bijvoorbeeld vergelijkt met de productiviteit van het product B-GGZ, het verschil is met name terug te zien in die directe- en indirecte cliëntgebonden tijd. Dit is te verklaren omdat er in de diagnostiek fase vaak nog veelvuldig overleg nodig is. (zie excel)

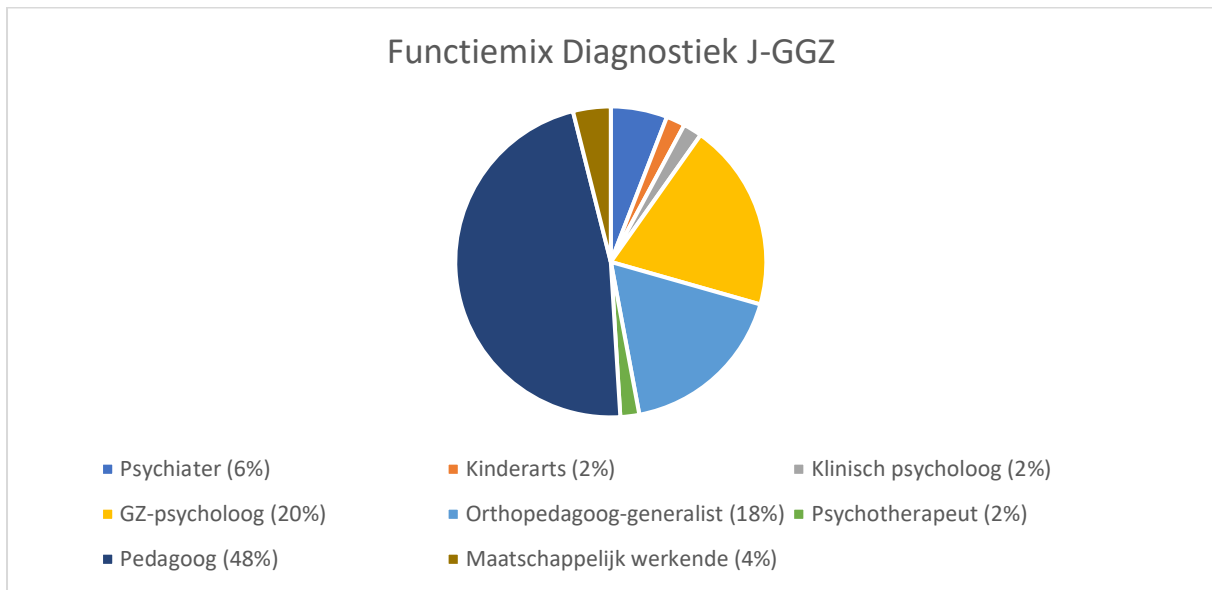
8.4 Duur en intensiteit diagnostiek J-GGZ

De duur en de intensiteit voor de diagnostiek was in eerste instantie lastig vast te stellen. Zoals genoemd zien de aanbieders diagnostiek veelal als integraal onderdeel van de behandeltrajecten. Na casuonderzoek is gebleken dat de gemiddelde duur van diagnostiek rond de **drie maanden** ligt. In de drie maanden wordt gemiddeld **50 uur** aan het diagnostiek traject besteed. Er is één aanbieder die uitkwam op een gemiddelde van zeven weken, waarbij deze aanbieder 12 uur aan een diagnostiek traject besteed.

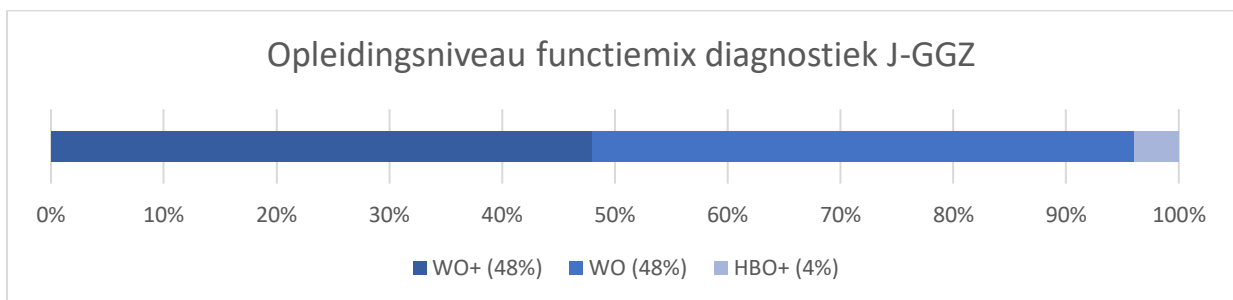
8.5 Functiemix diagnostiek J-GGZ

Voor de diagnostiek trajecten binnen de GGZ worden veel verschillende zorgverleners en professionals ingezet. De ingezette disciplines verschillen ook tussen de aanbieders onderling. Er is één aanbieder die de kinderarts inzet. Dezelfde aanbieder zet ook als enige de klinisch psycholoog en een psychotherapeut in. Alle aanbieders maken in het diagnostiek traject gebruik van de GZ-psycholoog. De verschillende functiemixen van de aanbieders zijn doorgerekend tot een algemeen gemiddelde, dit leidt tot de functiemix: zoals te zien is in Figuur 8.

Figuur 6: Functiemix J-GGZ



Figuur 7: Opleidingsniveau Functiemix J-GGZ



Met behulp van de functiemix zijn de gewogen brutoloonkosten berekend (zie Excel). De loonkosten zijn berekend met behulp van de brutosalarissen die de aanbieders hebben doorgegeven. De brutosalarissen zijn vergeleken met de CAO GGZ (2022-2024) en komen overeen met de hogere treden van de functieschalen van de verschillende disciplines.

8.6 Berekende kostprijs diagnostiek J-GGZ

8.6.1 Interviews

Voor de berekening van de kostprijs die aansluit op de huidige praktijk zijn de verschillende kostprijselementen samengevoegd. Voor diagnostiek komt dit uit op een gewogen uurtarief van **€ 1,83**.

8.6.2 Benchmark

BM1

In de eerste benchmark wordt een tarief van € 192,- per uur aangehouden voor diagnostiek. Dit komt neer op een minutenprijs van **€ 3,20**

BM3

In deze benchmark is geen specifiek tarief genoemd voor Diagnostiek. Zij werken met drie algemene producten, waarbij het gemiddelde tarief voor de producten als volgt is: **€ 1,78** per minuut

Benchmark volwassenen

Naast deze benchmarks hebben is er ook gekeken naar de tarieven van de volwassen basis GGZ van dit moment conform NZa. Ook hier wordt met een andere bekostiging gewerkt, wanneer dit wordt omgerekend komt dit uit op een minuatprijs van **€ 2,72**

Benchmark overige regio's

Daarnaast zijn er verschillende regio's die ook met uur of minutentarieven werken. Een groot aantal regio's werken met traject-tarieven die niet gebonden zijn aan uren en daardoor niet om te rekenen. In Zeeland is in 2022 het tarief **€ 2,16** per minuut. In Utrecht is in 2022 het tarief **€ 3,22** per minuut (S-GGZ is 1 tarief en dus geen differentiatie in diagnostiek en behandeling). Ook in gemeente Almere wordt geen onderscheid gemaakt in diagnostiek en behandeling en het tarief hiervan is **€ 1,94** per minuut.

8.7 Conclusie diagnostiek J-GGZ

Wanneer de kostprijsberekening vanuit de interviews met de lokale aanbieders vergeleken wordt met de landelijke benchmarks valt op dat het tarief vanuit Lelystad aan de hoge kant is. Ook de berekeningen vanuit de praktijk vallen lager uit. Omdat mogelijk reeds verwachtingen zijn ontstaan door het publiceren van het hogere tarief is het advies om dit te blijven hanteren en dus **€ 2,10** aan te houden.

Daarnaast is het opvallend dat de aanbieders in Lelystad een zeer hoge intensiteit voor een diagnostiek traject noteren, zoals genoemd gemiddeld 50 uur. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden door fouten in de berekening omdat de aanbieders nog niet bekend waren met het los verrekenen van het diagnostiek traject. Er wordt geadviseerd om dit product in PxQ te financieren waarbij aanbieders die ver onder of ver boven het gemiddelde aantal uren komen gecontroleerd worden in de periodieke controles.

9. Medicatiecontrole

Hoofdstuk 9 beschrijft het product medicatiecontrole en de daarbij behorende voorwaarden. Vervolgens worden de bevindingen met betrekking tot de productiviteit en de functiemix besproken en vergeleken met de benchmark gegevens. Van de 12 respondenten waren er 8 die medicatiecontrole als product aanbieden. Hiervan hebben 6 respondenten voldoende data aangeleverd om mee te nemen in dit kostprijsonderzoek. Voor dit hoofdstuk geldt daarmee N=6.

9.1 Omschrijving medicatiecontrole

In het programma van eisen wordt het product medicatiecontrole als volgt beschreven:

De gemeenten zijn o.b.v. de Jeugdwet verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van medicatieregulatie voor Jeugdigen (tot 18 jaar) met psychiatrische stoornissen (psychofarmaca). Het betreft hier instellen, dan wel bijstellen van de benodigde medicatie ten behoeve van het volledig voorkomen of verminderen van klachten en symptomen van de psychiatrische stoornis. Dit met uiteindelijk doel dat de Jeugdige functioneert en zich leeftijdsadequaat ontwikkelt binnen zijn/haar mogelijkheden.

In praktijk houdt dit in dat de Jeugdige periodiek een consult heeft met de behandelaar. Tijdens dit consult worden de effecten (zowel bedoelde, als onbedoelde) van de medicatie beoordeeld. Op basis hiervan wordt er al dan niet een wijziging (andere type of andere dosering) aan de medicatie doorgevoerd. Medicatiecontrole is voor Jeugdigen die na afsluiting van een (psychologische) behandeling ondersteuning nodig hebben bij het eventueel wijzigen van psychofarmaca en de controle daarop. Als de huisarts betrokken is bij de medicatie, dan kan hij/zij de medicatiecontrole uitvoeren en hoeft er geen ggz aanbieder betrokken te zijn bij medicatiecontrole.

- a. De controle op het gebruik van psychofarmaca en/of de bijstelling daarvan wordt uitgevoerd door een psychiater of voorschrijvend arts zoals bedoeld in de wet BIG;
- b. Het stellen van de diagnose vindt plaats door (of onder strikte supervisie van) de psychiater, kinderarts of huisarts. Als een diagnose gesteld is door de hiervoor genoemde regiebehandelaar, kan de uitvoering van de medicatiecontrole ook door de (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige worden uitgevoerd.

9.2 Huidig tarief en voorwaarden medicatiecontrole

Het huidig tarief is **€ 59,40 per consult, uitgaande van maximaal 20 minuten (€ 2,97 per minuut)** tijd van een psychiater of medisch specialist (gebaseerd op het instellingstarief van regio Alkmaar).

Beschikking: maximaal aantal consulten per jaar:

- Bij één of twee verschillende psychofarmaca maximaal 2 consulten per jaar.
- Bij drie of meer verschillende psychofarmaca maximaal 6 consulten per jaar.

De kosten voor de psychofarmaca zelf worden vergoed vanuit de zorgverzekeringswet.

9.3 Productiviteit medicatiecontrole

De productiviteit voor medicatiecontrole ligt gemiddeld hoger dan bij de andere producten. Dit kan verklaard worden doordat medicatiecontrole een afgebakend product is. (zie excel)

9.4 Duur en intensiteit medicatiecontrole

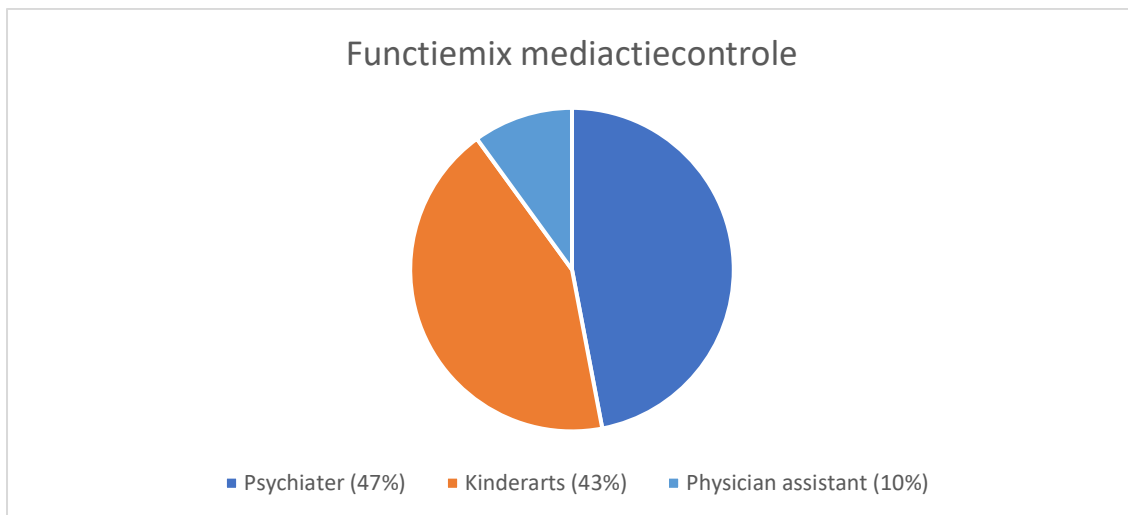
De duur en de intensiteit voor het product medicatiecontrole verschilt per aanbieder en per cliënt. Er zijn aanbieders die aangeven dat er voor medicatiecontrole soms een geheel diagnostiek traject nodig is om te onderzoeken wat er speelt en wat de cliënt nodig heeft. In deze gevallen is de duur en intensiteit van het traject fors hoger. Bij deze casussen kan de vraag gesteld worden of zij nog wel onder het product medicatiecontrole thuishoren.

Wanneer de medicatiecontrole enkel en alleen de controle betreft of de huidige medicatie nog aansluit bij de cliënt, al dan niet aangepast dient te worden, dan wordt dit zoals beschreven in de voorwaarden in 1 tot 6 consulten per jaar behandeld.

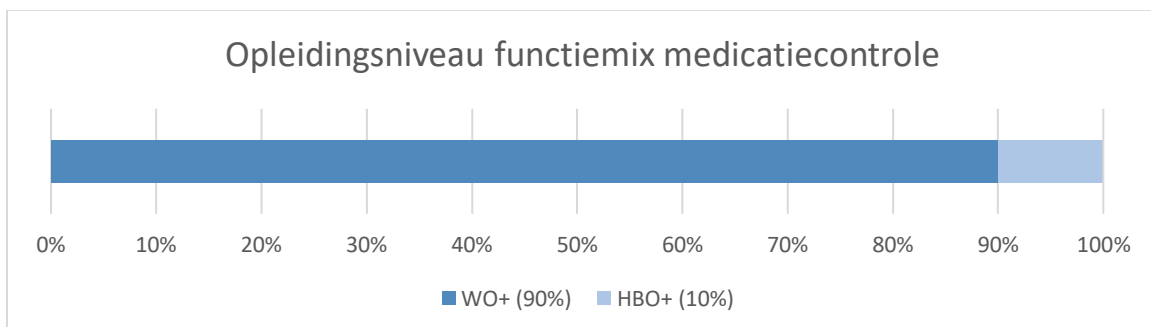
9.5 Functiemix medicatiecontrole

Voor de functiemix bij medicatiecontrole wordt door 2 aanbieders 100% de psychiater ingezet. Bij de andere aanbieders wordt voornamelijk de kinderarts ingezet. Deze wordt in sommige gevallen ondersteunt door de psychiater, een GZ-psycholoog, een systeemtherapeut en/of een Physician assistant.

Figuur 8: Opleidingsniveau Functiemix Medicatiecontrole



Figuur 9: Opleidingsniveau Functiemix Medicatiecontrole



Met behulp van de functiemix (zie Figuur 11) zijn de gewogen brutoloonkosten berekend (zie Excel). De loonkosten zijn berekend met behulp van de brutosalaries die de aanbieders hebben doorgegeven. De brutosalaries zijn vergeleken met de CAO GGZ (2022-2024) en komen overeen met de hogere treden van de functieschalen van de verschillende disciplines.

9.6 Berekende kostprijs medicatiecontrole

De kostprijs voor het product medicatiecontrole is opgebouwd uit de eerder besproken overheadkosten, de productiviteit en de gewogen loonkosten op basis van de functiemix. Deze paragraaf zal de kostprijs verder toelichten en vergelijken met de benchmark.

9.6.1 Interviews

Voor de berekening van de kostprijs die aansluit op de huidige praktijk zijn de verschillende kostprijs-elementen samengevoegd. Voor medicatiecontrole komt dit uit op een gewogen tarief per minuut van **€ 3,22**

9.6.2 Benchmark

In de standaard benchmarks zijn geen aparte kostprijsberekeningen opgenomen voor medicatiecontrole. Ook bij de landelijke benchmarks is het moeilijk om vergelijkende tarieven te vinden. De meeste regio's werken hierbij met arrangementen, waar de medicatiecontrole een onderdeel van uitmaakt. Ook de volwassen GGZ kent geen apart tarief voor medicatiecontrole. Er zijn twee regio's waarvan wij weten dat zij dit wel doen, namelijk:

Fryslan, waarbij **€ 91,81,-** per consult wordt gerekend, waarbij geen tijds kader wordt genoemd.
Hart van Brabant **€ 127,44** per consult, waarbij geen tijds kader wordt genoemd.

9.7 Conclusie medicatiecontrole

Vanuit de aanbieders en BM onderzoeken wordt er gezien dat de financiering voor medicatiecontrole soms per traject of per consult plaatsvindt. Omdat de duur van een consult sterk afhankelijk is van het type vraag wordt er geadviseerd om te werken met een minuut prijs. Zo zal een consult voor enkel een herhaal recept relatief kort zijn in vergelijking met een consult waarbij de medicatie opnieuw ingesteld moet worden of waarbij een gesprek over afhankelijkheid gevoerd wordt.

Omdat het een kostprijsonderzoek betreft dat gericht is op Lelystad en omdat de berekening vanuit de interviews aansluit op de aanbieders in Lelystad wordt ervoor gekozen de kostprijs van **€ 3,22 per minuut als tarief** aan te houden. Hierbij kan worden overwogen om te gaan werken met een standaard consult-tijd van bijvoorbeeld 20 minuten. In dat geval komt het tarief uit op **€ 64,40** per consult.

10. Respijtzorg logeren

Dit hoofdstuk geeft toelichting op het product respijtzorg logeren en gaat verder in op de bijbehorende productiviteit en de functiemix. In dit onderzoek was de respons van respijtzorg aanbieders laag. Van de 12 respondenten was er slechts 1 die respijtzorg levert. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat respijtzorg logeren vaak uitbesteed wordt aan onderaannemers. Dit was ook de reden dat het lang heeft geduurd voordat duidelijk werd wie geïnterviewd konden worden en dit resulteerde erin dat vorige week op de valreep 1 aanbieder is gesproken, die helaas ook geen gedetailleerde informatie heeft kunnen aanleveren. Bij het lezen van dit hoofdstuk is het daarom belangrijk om erbij stil te staan dat de resultaten uit de interviews zijn gebaseerd op N=1, dit kan een vertekend beeld geven van de werkelijkheid en maakt de BM-resultaten van extra waarde.

Daarom is voor dit product geen excel-sheet gemaakt. Anders dan bij de eerdergenoemde producten is de ORT bij dit product van toepassing en is de overhead naar verwachting hoger door de huisvestingscomponent.

10.1 Omschrijving respijtzorg

In het programma van eisen wordt het product respijtzorg als volgt beschreven:

Respijtzorg is voor Jeugdigen met een vastgestelde beperking en/of in combinatie met gedragsproblematiek, waarbij de draagkracht/draaglast van het gezinssysteem onder druk staat aangetoond via een belastbaarheidsonderzoek. Waarbij er de mogelijkheid is voor Jeugdigen om ergens te logeren waar permanent (24/7) toezicht wordt geboden. In een huiselijke en veilige omgeving aangevuld met een lichte begeleiding waar nodig. Met respijtzorg wordt de draagkracht van het gezin vergroot. Ter ontlasting van ouders en opvoeders, zodat ze de opvoeding zelf vol kunnen houden en geen extra zorg/begeleiding nodig hebben.

- a. Bij respijtzorg is er sprake van enkelvoudige problematiek;
- b. Er zijn geen of nauwelijks veiligheidsrisico's aanwezig;
- c. Ouders zijn zelf verantwoordelijk voor het vervoer naar de locatie van de respijtzorg.

10.2 Huidig tarief en voorwaarden respijtzorg

Het huidige tarief is **€ 122,89 per etmaal**; gebaseerd op product 'A5548 Kortdurend verblijf kwadrant 1' plus indexatie (combinatie van OVA en PPC, zie NZa-website, voorlopig vastgesteld voor 2021 op gewogen gemiddeld 3,09%).

Beschikking: maximaal 3 etmalen aansluitend per week voor periode maximaal 6 maanden.

10.3 Productiviteit respijtzorg

De respijtzorgaanbieder die is geïnterviewd heeft geen data beschikbaar met betrekking tot de productiviteit en de cliëntgebonden tijd. De aanbieder geeft aan voornamelijk de volledige duur van de beschikking te besteden aan direct cliëntgebonden tijd. De activiteiten die zij verrichten vallend onder indirect-clieñtgebonden en onder de niet-declarabele tijd worden buiten de beschikkingstijd opgepakt. Dit wordt gedaan met de reden dat er anders onvoldoende toezicht en aandacht is voor de cliënten gedurende het logeerweekend. De aanbieder geeft aan dat de medewerkers allen erg toegewijd zijn en ook veel van de nevenactiviteiten oppakken in hun vrije tijd.

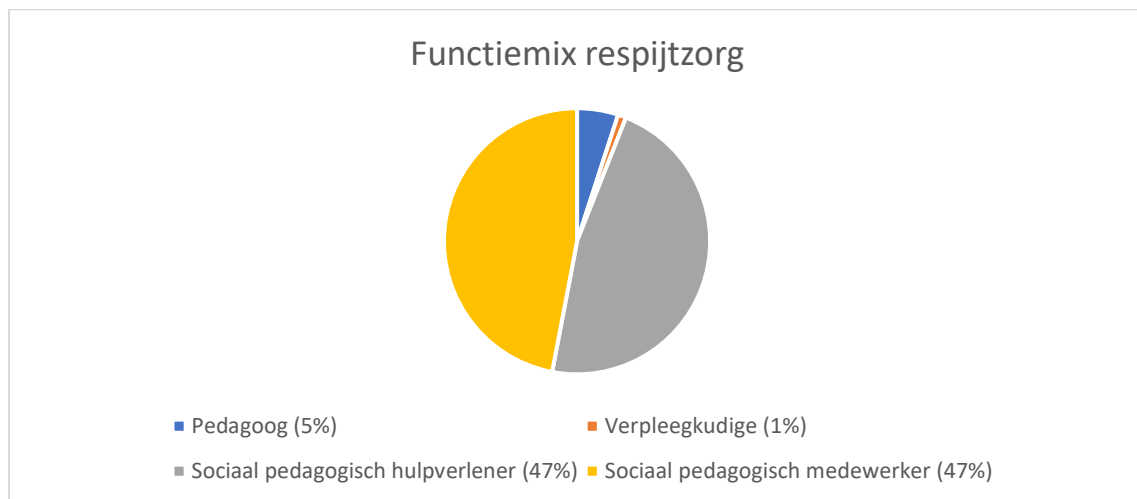
10.4 Duur en intensiteit respijtzorg

Voor respijtzorg logeren worden beschikkingen per half jaar afgegeven. Het verschilt per cliënt en per hulpvraag of de beschikking voor een of meerdere etmalen is, met een maximum van drie etmalen per week. Daarnaast zijn er cliënten die wekelijks gebruik maken van het logeren, maar zijn er ook cliënten die tweewekelijks gebruik maken van het logeren. De geïnterviewde aanbieder gaf hierbij aan dat de beschikking voor een half jaar niet altijd toereikend is, vaak is het nodig om een verlenging aan te vragen. Het proces voor een verlenging van de beschikking loopt via de ouders. In de praktijk zijn de ouders vaak overbelast, met als gevolg dat de aanvraag niet altijd op tijd gedaan wordt.

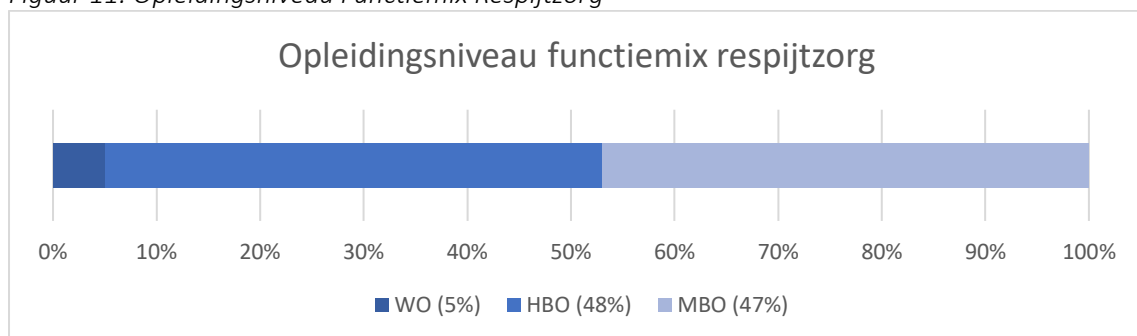
10.5 Functiemix respijtzorg

Bij respijtzorg logeren is altijd een Sociaal Pedagogisch hulpverlener (HBO) en een Sociaal Pedagogisch Medewerker (MBO) aanwezig. Daarnaast zijn er op de achtergrond ook een verpleegkundige en pedagoog betrokken.

Figuur 10: Functiemix Respijtzorg



Figuur 11: Opleidingsniveau Functiemix Respijtzorg



10.6 Berekende kostprijs respijtzorg

In verband met het lage aantal respondenten (N=1) was het niet mogelijk en niet reëel om een betrouwbare kostprijs te berekenen op basis van enkel het interview. In deze paragraaf wordt een voorbeeld geschetst van de respondent. Vervolgens wordt dit vergeleken met de BM voor respijtzorg logeren.

10.6.1 Interviews

Zoals genoemd is er voor het product respijtzorg slechts 1 respondent geïnterviewd. Voor de berekening van de kostprijs die aansluit op de huidige praktijk zijn de verschillende kostprijselementen samengevoegd. Aan de hand van een praktijkvoorbeeld van de respondent is een berekening gemaakt. Met een bezetting van 6 kinderen zijn de kosten voor een weekend €1430,-. Dit kan teruggerekend worden naar een kostprijs van circa **€ 133,-** per etmaal.

10.6.2 Benchmark

BM1

In de eerste benchmark wordt het tarief per etmaal afgemeten aan de hand van de intensiteit van zorg voor de cliënt, waarbij niet in te schatten is met welke deelprestatie het product Respijtzorg in Lelystad overeenkomt, het laagste tarief is 127,53

Afbeelding 5: Resultaten BM1

Deelprestatie	Tarief 2021	Tarief 2022
Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 124,15	€ 127,53
Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 179,71	€ 184,62
Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 244,84	€ 251,53
Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 304,79	€ 313,11
Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 368,49	€ 378,55
Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 456,96	€ 469,44
Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad) (incl. NHC component)	€ 571,29	€ 586,89

En daarnaast aan de hand van de groepsgrootte:

Groepsgrootte 4 € 386,69

Groepsgrootte 6 € 257,79

Groepsgrootte 8 € 193,34

Gemiddeld komt dit uit op een tarief van **€ 278,-** per etmaal

BM3

In deze benchmark is het tarief voor “logeren basis” **€ 222,77** per etmaal, hetgeen overeenkomt met de lichtste categorieën in BM1.

Benchmark overige regio's

Daarnaast zijn er een aantal regio's die vergelijkbare tarieven kennen voor respijtzorg (ieder product ziet er wel anders uit) in de vorm van logeren. De regio Zeeland kent twee vergelijkbare tarieven in 2022; € 110 per etmaal voor logeren zonder begeleiding en **€ 265,11** voor logeren met begeleiding. In Utrecht is in 2022 het tarief **€ 266,04** en Utrecht-Oost **€ 165,05** per etmaal. In Almere is het tarief **€ 168** per etmaal.

10.6 Conclusie respijtzorg

De producten en tarieven voor respijtzorg logeren lopen in de andere regio's zeer uiteen. Voor dit product is binnen dit onderzoek een kostprijs van €133,- bij 6 cliënten berekend.

In de BM wordt gezien dat andere regio's het product respijtzorg logeren verder differentiëren naar intensiteit en groepsgrote. Het wordt niet geadviseerd dat gemeente Lelystad dit voorbeeld volgt. De kleine differentiatie die nu wordt gemaakt is zoals gemeente Lelystad omschrijft al eerder in overleg met de aanbieders aangebracht. Er wordt geadviseerd om het tarief te baseren op een groepsgrote van 6 cliënten. Als aanbieders een andere groepsgrote hanteren dan wordt dit niet doorberekend in de tarieven. Daarnaast is de intensiteit van maximaal 3 etmalen aaneengesloten per week een reële voorwaarde. Hierbij zou wel overwogen kunnen worden om de maximale duur van 6 maanden te verlengen en/of de ouders tegemoet te komen in het proces van de aanvraag voor de verlenging.

11. Curatieve GGZ door kinderartsen

In dit hoofdstuk wordt het product curatieve GGZ verder toegelicht. In de praktijk bleek dat er maar weinig respondenten beschikten over de professionals en de expertise die er nodig is voor product. Van de 12 respondenten bieden 3 respondenten curatieve GGZ aan. Voor dit hoofdstuk geldt dan ook N=3.

11.1 Omschrijving curatieve GGZ

In het programma van eisen wordt het product curatieve GGZ als volgt beschreven: Curatieve GGZ uitgevoerd door kinderartsen betreft een poliklinische diagnostiek of ingreep bij gedragsproblemen of problemen met een psychische oorzaak. Behandeling of diagnostiek van Jeugdigen met ADHD of niet nader geduide psychosociale problematiek bij Jeugdigen. Er wordt ingezet op het stabiliseren en het signaleren of terugval aan de orde is. Curatieve GGZ uitgevoerd door kinderartsen wordt veelal ingezet als in een eerder jeugdhulptraject een diagnose is gesteld en behandeling heeft plaatsgevonden. Het gaat veelal om medicatie-onderhoud. De behandeling van Jeugdigen met ADHD richt zich op het bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren door middel van medicijnen.

11.2 Huidig tarief en voorwaarden curatieve GGZ

Tarief + onderbouwing: **€ 2,97** per minuut; gebaseerd op het instellingstarief van regio Alkmaar
Beschikking: maximaal 90 minuten (gebaseerd op benadering van de minimaal benodigde inzet in het huidige gedrag-arrangement).

11.3 Productiviteit curatieve GGZ

De productiviteit voor het product curatieve GGZ ligt lager dan de gemiddelde productiviteit voor de andere producten. Dit kan mogelijk verklaard worden omdat er binnen de curatieve GGZ veel samenwerking nodig is met andere partijen zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen. Ook in de directe en indirecte cliëntgebonden tijd is een groot verschil te zien. Zo besteden de professionals het merendeel van de tijd indirect aan de cliënt. (zie excel)

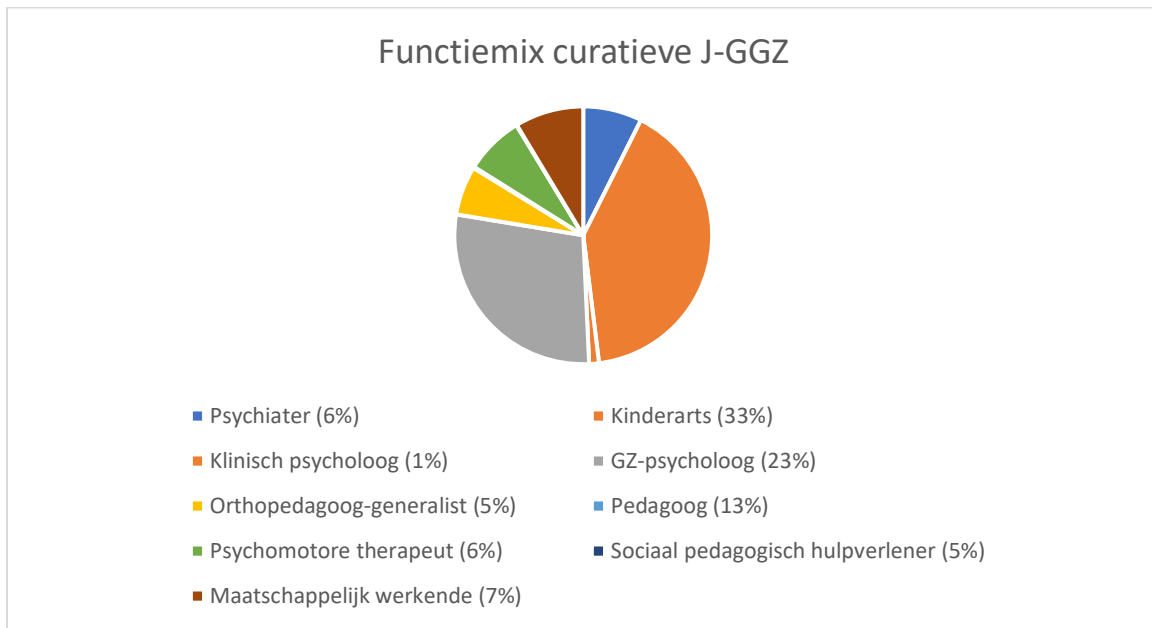
11.4 Duur en intensiteit curatieve GGZ

De curatieve trajecten zijn over het algemeen langer lopende en intensievere trajecten. Er wordt gewerkt met verschillende zorgverleners en in multidisciplinair verband. Deze trajecten vragen vaak veel indirecte werkzaamheden en veel overleg. We hebben geen kwantitatieve gegevens van dit product ontvangen.

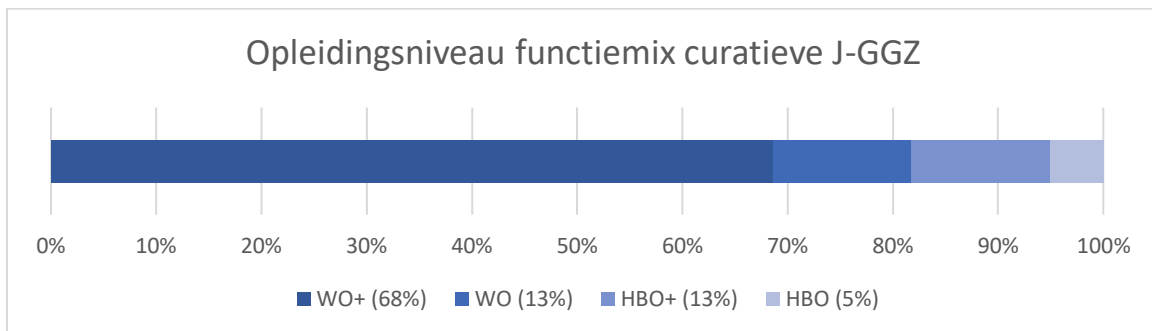
11.5 Functiemix curatieve GGZ

Eén van de aanbieders zet voor het product curatieve GGZ 100% een kinderarts in. De andere aanbieders spreiden het product meer over de verschillende professionals waarbij de ene aanbieder voornamelijk de GZ-psycholoog inzet en de andere aanbieder de inzet nog verder verdeeld over de onderstaand genoemde disciplines.

Figuur 12: Functiemix Curatieve J-GGZ



Figuur 13: Opleidingsniveau Functiemix Curatieve J-GGZ



11.6 Berekende kostprijs curatieve GGZ

De curatieve GGZ volgt momenteel nog de DBC-structuur. Hier wordt gewerkt met trajecten en daarmee tarieven per traject, dit maakt het voor dit product is het moeilijk om de benchmarks te vergelijken met een tarief per minuut voor Lelystad. In onderstaande paragraaf wordt uiteengezet wat welke conclusies er wel getrokken kunnen worden op basis van de beschikbare informatie.

11.6.1 Interviews

Voor de berekening van de kostprijs die aansluit op de huidige praktijk zijn de verschillende kostprijselementen samengevoegd. Voor de curatieve GGZ komt dit uit op een gewogen tarief per minuut van **€ 2,46**

11.6.2 Benchmark

BM1

In de eerste benchmark wordt een overzicht gegeven van de huidige DBC-tarieven die kunnen worden aangehouden bij de kostprijsberekening voor de curatieve GGZ voor jeugd.

7. Curatieve GGZ-Zorg door kinderartsen (2/3)

Tarieven 2022 van de hiervoor genoemde prestaties:

Beschrijving	Code	Tarief 2020	Tarief 2022
Gedrag licht Ambulant: één of twee polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij gedragsproblemen (bij kind)	990316025	€ 290,00	€ 306,12
Gedrag ambulant middel/dag: Behandeling of onderzoek en/of meer dan twee polikliniekbezoeken/consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij gedragsproblemen (bij kind)	990316008	€ 875,00	€ 923,65
Psychosociaal licht ambulant: één of twee polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	991216013	€ 400,00	€ 422,24
Psychosociaal ambulant middel met activiteit: behandeling of onderzoek en/of meer dan twee polikliniekbezoeken/consultaties op afstand en/of één dagbehandeling met bijzondere activiteiten bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	991216029	NB	NB
Psychosociaal ambulant middel zonder activiteit: behandeling of onderzoek en/of meer dan twee polikliniekbezoeken/consultaties op afstand en/of één dagbehandeling zonder bijzondere activiteiten bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	991216030	€ 1.030,00	€ 1.087,27
Psychosociaal ambulant poli >6: meer dan zes polikliniekbezoeken/consultaties op afstand of meer dan één dagbehandeling bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kind)	991216004	€ 2.305,00	€ 2.433,16

De overige benchmarks op kostprijs geven geen handvatten voor dit tarief. In de volwassen GGZ is de curatieve zorg onderverdeeld in verschillende trajecten, waardoor hier ook geen vergelijking mee te maken is.

11.7 Conclusie curatieve GGZ

Wij adviseren om de vastgestelde kostprijs aan te houden aan het reeds vastgestelde tarief van **€ 2,97** per minuut. Dit is kostendekkend en komt overeen met de eerder gecommuniceerde tarieven.

12. S-GGZ behandeling

In dit hoofdstuk wordt het product S-GGZ verder omschreven en worden de voorwaarden toegelicht. Zoals eerder beschreven is er voor S-GGZ in 2021 een kostprijsonderzoek uitgevoerd. Met deze reden is er geen nieuwe data verzameld en wordt de kostprijs voor het product S-GGZ enkel geïndexeerd.

12.1 Omschrijving S-GGZ

In het programma van eisen wordt het product S-GGZ als volgt beschreven:

Specialistische GGZ wordt ingezet bij onvoldoende resultaat van B-GGZ behandeling en wanneer er sprake is van een DSM-benoemde stoornis. Bij Jeugdige en gezin wordt de kwaliteit van leven als gevolg van de stoornis/problematiek ernstig benadeeld/beperkt. De Jeugdige kent een feitelijke diagnose-classificatie conform de integrale DSM-5 (excl. persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose) en ernstige problematiek vastgesteld middels het product Diagnostiek J-GGZ voorafgaand aan de inzet van het product Specialistische GGZ. Wanneer ernstige problematiek leidt tot aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren, zowel thuis als elders als gevolg van het ziektebeeld, kan S-GGZ ingezet worden. Naast deze ernstige problematiek kunnen ook andere beperkingen spelen. Deze beperkingen kunnen ook zelfstandig spelen. In beide gevallen kan S-GGZ ingezet worden. Het gaat dan om de volgende beperkingen:

- a. hoog risico (duidelijke aanwijzingen voor gevaar (ernstig nadeel), suïcidaliteit); en/of
- b. hoge complexiteit: ingewikkelde (somatische) co morbiditeit, psychosociale problemen in het gezin, geringe draagkracht in het netwerk, langdurige schooluitval; en/of
- c. ernstige opvoedingsproblematiek als gevolg van psychiatrische problematiek van opvoeder(s); en/of
- d. (vermoeden van) ontwikkeling richting criminaliteit.

12.2 Huidig tarief en voorwaarden S-GGZ

De vergoeding van gemeente Lelystad (die door het vorige kostprijsonderzoek is bevestigd) is als volgt: **€ 1,85** per minuut cliëntgebonden tijd; gebaseerd op product '54002 – specialistische GGZ' plus indexatie (combinatie van OVA en PPC, zie NZa-website, voorlopig vastgesteld voor 2021 opgewogen gemiddeld 3,09%).

Beschikking: Verlenging is mogelijk op basis van een goed onderbouwd behandelplan. Streven is dat bij verlenging wordt afgeschaald naar een lichter traject.

12.3 Productiviteit S-GGZ

In het onderzoek van 2021 is naar aanleiding van het benchmark onderzoek en de interviews een productiviteitspercentage van 71% vastgesteld. Voor de S-GGZ is er destijds geen onderscheid gemaakt in de cliëntgebonden tijd en de niet-cliëntgebonden tijd.

12.4 Duur en intensiteit

In het onderzoek van 2021 is de duur en de intensiteit van de behandeling gedurende een S-GGZ niet onderzocht. Gedurende de interviews die uitgevoerd zijn tijdens het kostprijsonderzoek in 2022 kwam ook de S-GGZ ter sprake. De aanbieders vonden het lastig om concrete uitspraken te doen over de specifieke behandelduur. Dit komt omdat de diagnostiek en de S-GGZ behandeling vaak als één traject werden geadmistreerd. Daarnaast is diagnostiek in 2021 meegenomen in het kostprijs als integraal

onderdeel van de kostprijs SGGZ. Door deze nu apart te berekenen heeft dat ook een (beperkt) effect op het tarief voor SGGZ behandeling.

Er waren drie aanbieders die een schatting van de duur van een gemiddeld S-GGZ traject konden aangeven. Dit varieert tussen de 9 en de 12 maanden.

12.6 Berekende kostprijs SGGZ

12.6.1 Indexatie

Als de (getoetste) kostprijs van vorig jaar wordt geïndexeerd (met het door de NZA vastgestelde percentage van **3,71%**), komt dit uit op een tarief van **€ 1,92** per minuut voor de SGGZ.

12.6.2 Benchmark

Naast de indexatie wordt er ook gekeken naar nieuwe benchmarkonderzoeken over 2022. Daaruit worden de volgende gegevens inzichtelijk:

BM1

€184,16 per uur = **€ 3,07** per minuut

BM2

€ 1,64 per minuut

Benchmark overige regio's

Utrecht **€3,08** per minuut

Zuid-oost utrecht **€2,10** per minuut

Almere **€ 1,94** per minuut

Volwassen **€ 2,39** per minuut

12.6.3. Conclusie

We adviseren om het geïndexeerde bedrag aan te houden als nieuwe tarief, dus **€ 1,92** per minuut.

13 FACT

In dit hoofdstuk wordt het product FACT verder toegelicht. Evenals voor het product S-GGZ is er voor FACT in 2021 middels een kostprijsonderzoek een kostprijs berekend. Voor FACT is dan ook geen nieuwe data verzameld. De berekende kostprijs in het kostprijsonderzoek van 2021 wordt in dit hoofdstuk geïndexeerd.

13.1 Omschrijving FACT

- Jongeren (12 tot 18 jaar) en hun gezinnen die zijn vastgelopen op meerdere levensgebieden, die onvoldoende aansluiting hebben bij de reguliere hulpverlening;
- waarbij sprake is van complexe psychische problemen, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking;
- er kan sprake zijn van verslavingsgevoeligheid, het vertonen van agressief en (dreigend) crimineel gedrag;
- multiproblematiek in het gezin, met een verstoorde draagkracht/draaglast, met een hoog risico op dat de situatie in een crisis uitmondt als geen passende zorg wordt ingezet;
- er kan sprake zijn van zorg-mijdend gedrag.

Het doel is:

- Stabiliseren, behandelen en begeleiden van een gezin naar reguliere zorg en een uithuisplaatsing voorkomen;
- het ondersteunen en verbeteren van de situatie van de jeugdige op alle levensgebieden.

FACT staat voor:

- Flexible: zo vaak als nodig is, op de plek die nodig is en zo intensief als nodig is;
- Assertive: gevraagde maar soms ook ongevraagde hulp;
- Community: hulp in de eigen omgeving en mét mensen uit het netwerk;
- Treatment: behandeling en begeleiding totdat de jongere en zijn/haar gezin weer verder kan.

FACT-teams bieden zorg op maat door samenwerking met partijen in het netwerk van de jeugdige, waaronder onderwijs en politie. Door snel de benodigde hulp op de juiste tijd en plaats in te zetten, kan in de toekomst opname en langdurige zorgafhankelijkheid voorkomen worden. Soms is een time out opname nodig. Dit maakt integraal deel uit van het behandeltraject.

13.2 Huidig tarief en voorwaarden FACT

Het huidige tarief is **€ 20.000,-** per traject all-in; inclusief inzet time out plaatsing indien nodig. Gebaseerd op het huidige product '32.201 behandeling individueel 24 uren ambulante' plus indexatie (combinatie van OVA en PPC, zie NZa-website, voorlopig vastgesteld voor 2021 op gewogen gemiddeld 3,09%).

Beschikking: maximaal 6 uur Cliëntgebonden tijd per gezin per week voor een periode van maximaal 6 maanden

13.3 Berekende kostprijs FACT

Omdat de kostprijs van FACT vorig jaar al is getoetst, volstaan wij met het indexeren van het tarief.

13.3.1 Indexatie

Wanneer de kostprijs van vorig jaar wordt geïndexeerd (met het door de NZA vastgestelde percentage van **3,71%**), komt dit uit op een tarief van **€ 20.742** per traject all-in voor de FACT.

Er zijn geen benchmark gegevens aanwezig voor dit product.

12.6.2. Conclusie

We adviseren om het geïndexeerde bedrag aan te houden als nieuwe tarief, dus **€ 20.742** per traject.

14. Afweging / discussie

In de voorgaande hoofdstukken zijn met name de kwantitatieve gegevens besproken die uit zowel de benchmarkonderzoeken als de interviews kwamen. In dit hoofdstuk worden de kwalitatieve gegevens uit de interviews beschreven en waar nodig worden de kwalitatieve resultaten hiermee bevestigd, weerlegd of geeft toelichting op de gemaakte keuzes.

14.1 Arbeidsmarkt in regio Lelystad

De gehele zorgsector staat voor een uitdagend probleem, namelijk het personeelstekort. Uit de interviews is gebleken dat ook de aanbieders in de regio Lelystad hier nadelige gevolgen van ondervinden. In de praktijk wordt er gezien dat veel hoogopgeleide mensen Lelystad uit gaan om bijvoorbeeld te studeren, vervolgens blijven zij vaak in de randstad om hun carrière voort te zetten.

Ten gevolge hiervan ervaren de aanbieders enerzijds de enorme schaarste waarbij het met name lastig is om aan psychologen, regie behandelaren en psychiaters te komen. Anderzijds ervaren zij een druk in de loonkosten. Omdat de aanbieders niet zonder genoemde professionals kunnen zijn zijn zij genooddaakt aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden te bieden. Er zijn aanbieders die willen opbieden tegen de ziekenhuizen CAO, deze biedt voor psychiaters en kinderartsen in loondienst namelijk een hoger salaris dan de GGZ CAO. Daarnaast zien de aanbieders dat beginnende professionals al in een hogere functieschaal en/of trede instromen. Zo werd het voorbeeld gegeven dat een beginnend psychiater direct al het maximum van de GGZ CAO verdient.

De schaarste drukt niet alleen door op de loonkosten maar ook op de reiskosten. Omdat het in de regio Lelystad moeilijk is om personeel te werven komt het personeel vaak uit andere regio's. Dit gaat vaak gepaard met hogere reiskosten waarvoor de medewerker dan ook gecompenseerd wil worden. De reiskostenvergoeding die momenteel geboden wordt is hiervoor onvoldoende dekkend.

14.2 Overhead

Voor de overheadkosten is er gerekend met afgebakende percentages zoals onder andere de huisvestingskosten, de materiele kosten en een percentage voor overige kosten. Vanuit de aanbieders kwamen verschillende overige kosten aan het licht en werden er ook verschillen opgemerkt tussen grote en kleine aanbieders.

Allereerst zijn de aanbieder verplicht om met bepaalde kwaliteitskeurmerken en registraties te werken. Deze keurmerken en registraties kosten voor iedere organisatie even veel. Waarbij opgemerkt kan worden dat dit voor kleine organisaties veel harder op de overheadkosten drukt. Daarnaast wordt door een aanbieder opgemerkt dat een grote organisatie vaak naast de lokale werkzaamheden ook een landelijke functie dient. Zo zijn grote organisaties bijvoorbeeld betrokken bij overleggen, landelijke onderzoeken en doorontwikkeling van de zorg. De tijd die hierin geïnvesteerd wordt, wordt vaak terug gezien in de overhead. Naast de landelijke functie is het in de praktijk ook vaak zo dat de grotere organisaties voor meerdere gemeentes werken. Omdat iedere gemeente zijn eigen manier van contracteren heeft met zijn eigen voorwaarden gaat er ook voor deze organisaties veel tijd zitten in het reguleren hiervan. Ook deze tijd kan worden teruggezien in de overheadkosten.

14.3 Diagnostiek en behandeling als integraal traject

Uit de interviews is gebleken dat de aanbieders die zowel behandeling als diagnostiek aanbieden dit veelal doen in een integraal traject. Verschillende aanbieder omschrijven dit dan ook als een circulair proces waarbij soms de noodzaak is om al te starten met behandeling voordat een concrete diagnose gesteld is. Daarnaast wordt er tijdens een behandeling ook regelmatig gebruik gemaakt van aanvullende diagnostiek.

Wanneer er naar diagnostiek en behandeling gekeken wordt als losse trajecten worden er vanuit de aanbieders kritische vragen gesteld. Zo wordt bijvoorbeeld het aanvragen van de beschikkingen aangekaart. Ook zijn er vraagtekens of het niet vertragend werkt wanneer je voor beide een losse beschikking nodig hebt. Een andere vraag die ontstaat is of de cliënt wel gezien wordt door dezelfde professional in het diagnostiek traject en in het behandeltraject. Het zou volgens een aantal aanbieders de vertrouwensrelatie niet ten goede komen wanneer er na een diagnostiek traject gebruik wordt gemaakt van een nieuwe behandelaar voor het behandeltraject.

14.4 Uitvoering medicatiecontrole

Medicatiecontrole is in de regio Flevoland vaak belegd bij de huisarts. In de praktijk ervaren sommige aanbieders dat niet alle huisartsen beschikken over de juiste expertise. Met deze reden wordt een cliënt vaak doorverwezen of terugverwezen naar de aanbieders. Eén van de aanbieders merkt hierbij op dat medicatiecontrole vaak te complex is om simpelweg de medicatie te controleren. Als de cliënt nog onbekend is bij de aanbieder wordt er in de praktijk vaak een traject gestart dat lijkt op een S-GGZ traject om te achterhalen wat er nodig is. De aanbieder is vanuit de beschikking voorbehouden aan een X-aantal minuten voor de medicatiecontrole. In de hierboven beschreven situatie zijn deze minuten ontoereikend. Daarnaast wordt opgemerkt dat medicatiecontrole in de praktijk vaak complex en gespecialiseerd is. Zo komt er ook een stuk psycho-educatie bij kijken en vergt het bepaalde expertise van de behandelaar.

14.5 Samenwerking

Als belangrijke voorwaarde en basis voor een goede samenwerking wordt vertrouwen herhaaldelijk genoemd. Het is belangrijk dat gemeente Lelystad en de aanbieders over en weer vertrouwen in elkaar hebben. Het gaat dan om vertrouwen met betrekking tot de expertise van de aanbieders en dat zij ook daadwerkelijk doelmatig hun werk verrichten. Om dit vertrouwen en de samenwerking te versterken is het belangrijk dat er goede communicatielijnen liggen tussen gemeente Lelystad en de aanbieders.

Vanuit sommige aanbieders wordt aangegeven dat de huidige gang van zaken omtrent de aanbesteding onzekerheid en onrust met zich meebrengt. Niet alle stappen zijn voor de aanbieders helder. Zo is het voor één van de aanbieders bijvoorbeeld moeilijk om in te schatten of en wanneer zij opnieuw gecontracteerd worden. In het geval dat dit onduidelijk blijft is het voor de aanbieder een ingewikkelde overweging of een huurcontract om behandeling op locatie te bieden verlengt zal moeten worden. Naast de onrust bij de aanbieders wordt ook onrust voor de cliënten aangekaart. Omdat de contracten de afgelopen periode halfjaarlijks verlengd zijn kunnen de aanbieders de cliënten niet garanderen dat zij bij het aflopen van de contracten de zorgverlener blijven. Een belangrijk advies voor het versterken van de samenwerking en het wegnemen van de onduidelijkheden en onrust, is om met elkaar de dialoog aan te gaan.

14.6 Voorwaarden in de contractering / aanbestedingseisen

Een klein deel van de aanbieders geeft aan enkel voor de S-GGZ of juist enkel voor de B-GGZ gecontracteerd te zijn. Zij geven aan dat dit het op- en afschalen van de behandeling bemoeilijkt. Wanneer bijvoorbeeld een S-GGZ aanbieder in de veronderstelling is dat hij geen B-GGZ mag aanbieden is het onaantrekkelijk om af te schalen naar de B-GGZ. Zo krijgt de cliënt namelijk te maken met een andere organisatie, een nieuwe behandelaar en mogelijk ook nieuwe wachtlijsten. Wanneer de aanbieders zelf de beide producten kunnen leveren dan schakelt dit voor zowel de cliënt als de professional prettiger.

Daarnaast merkt een aanbieder op dat er in de voorwaarden is vastgelegd welke behandelmethodes er voor bepaalde producten gebruikt mogen worden. De aanbieder wordt hierin beperkt omdat zij graag de behandelmethodes willen laten aansluiten op het individu. In de praktijk wordt gezien dat dit wisselt, daarnaast wordt er vaak een combinatie van behandelmethodes ingezet.

Voor het product respijtzorg logeren wordt momenteel verwacht dat iedere aanbieder dat voor zijn eigen doelgroep kan bieden. De beschikking voor respijtzorg wordt dan ook afgegeven over alle percelen, de cliënt krijgt de beschikking voor respijtzorg in het perceel waar de zorgvraag ook onder valt. Bij het selecteren van respondenten blijkt dat er in de praktijk maar weinig aanbieders zijn die respijtzorg kunnen bieden. Het wordt gezien als een specialistisch product waar ook de nodige faciliteiten voor nodig zijn. Om als aanbieder toch aan de eis te voldoen wordt er veel samengewerkt met onderaannemers. Deze constructie kent verschillende nadelen. Zo wordt er bijvoorbeeld niet gekeken naar bij welke respijtzorg aanbieder de cliënt het beste zou passen, maar wordt er puur doorverwezen naar de aanbieder waar een samenwerking mee is. Het tarief dat momenteel geboden wordt voor het leveren van respijtzorg logeren is voor de aanbieders ontoereikend. Daarnaast moet er door de constructie met onderaannemers ook altijd nog 10% van het tarief worden afgedragen aan de hoofdaanbieder.

14.7 Tariefstelling

Het verschilt per aanbieder en per product of de aanbieders goed uitkomen met de huidige tariefstelling. Zoals bovenstaand genoemd spelen de hoge loonkosten hierin ook zeker een rol. Er zijn verschillende aanbieders die de loonkosten proberen te drukken door de inzet van minder ervaren professionals. Echter is een keerzijde hiervan dat er meer werkdruk komt te liggen bij de (ervaren) regie-behandelaar en dat de kwaliteit mogelijk in het geding komt.

Naast het effect van de tarieven op de manier van werken hebben de aanbieders ook ideeën over de manier waarop de financiering opgebouwd zou moeten worden. Zo is er bijvoorbeeld een aanbieder die suggereert om te kijken naar een tarief per specialisme dat je inzet. Op deze manier krijgen de aanbieders de ruimte om op doelmatige wijze de verschillende specialismen in te zetten en daar ook naar betaald te worden. Andere aanbieders gaan verder in op de traject financieringen met begrenzing op de minuten. Over het algemeen vinden de aanbieders het acceptabel dat er op een traject een maximaal aantal minuten ziet. Echter zien deze aanbieders liever niet dat de begrenzing wordt toegespitst op een week maximum. Er zit namelijk flexibiliteit in multidisciplinaire samenwerking en de intensiteit van een behandeling bijvoorbeeld.

Om reële tarieven af te spreken wordt voorgesteld om voor alle producten een P x Q (Price x Quantity) systematiek te hanteren. Tevens wordt er voorgesteld om voor de begrenzing in duur van behandelingen achterwege te laten dan wel deze te nuanceren en bij de intensiteit uit te gaan van een gemiddelde over de looptijd van een beschikking en geen maximum. Door het verwerpen van

begrenzing aan de zorgverlening toont gemeente Lelystad haar vertrouwen in de expertise van de zorgaanbieders.

De beheersing van de kosten en de controle op juistheid kunnen worden bereikt door gemeente Lelystad administratieve steekproeven uit te laten voeren.

Bijlage 1: Voorbereidingsdocument interviews

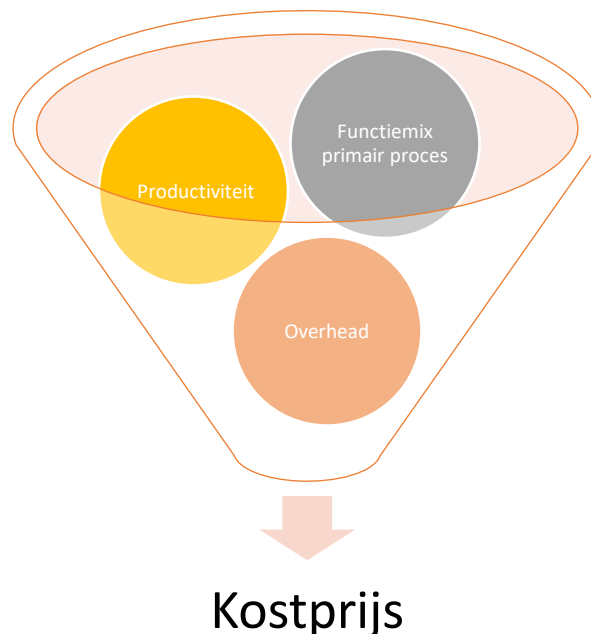
1. Inhoudelijke aspecten

Het onderdeel waar we de inhoudelijke aspecten van de kostprijs onderzoeken zal tijdens het interview aan bod komen. We zullen de volgende punten behandelen:

- Welke producten vallen er onder B-GGZ, Medicatiecontrole, Diagnostiek J-GGZ, Curatieve GGZ en Respijtzorg en welke te onderscheiden trajecten zijn er binnen uw organisatie?
- We willen graag weten hoe de “klantreis” verloopt per product//traject.
 - Aanmelding en intake: hoe verloopt dit?
 - Frequentie en uitvoering evaluaties.
 - Afsluiting van trajecten
- Hoe is de duur en gemiddelde inzet van de verschillende producten?
- Wat is het effect van het huidige tarief op uw organisatie en de werkwijze
- Welke CAO's worden toegepast binnen uw organisatie?

2. Financiële component

Voor het onderdeel waarin we de financiële opbouw van de kostprijs onderzoeken werken we met drie pijlers, te weten: overhead, productiviteit en functiemix. We willen u vragen onderstaande zo goed mogelijk door te lezen en uitgebreid mogelijk in te vullen, wij komen hier ook graag in het interview op terug.



2.1 Functiemix primair proces

In onderstaande tabellen is een overzicht opgenomen van de verschillende professionals die mogelijk betrokken zijn bij de verschillende producten binnen dit onderzoek. Beroepsgroepen zijn gegroepeerd per opleidingsniveau: WO+, WO, HBO en MBO (mocht dit afwijken, kunnen we hier in het interview verder op ingaan). Hier kan de inzet in percentages (hoeveel tijd besteedt welke functionaris aan een cliënt) worden ingevoerd, met een toelichting van de activiteiten. Daarnaast kan het gemiddelde brutosalairis worden ingevuld.

Wilt u deze tabellen voor ieder product wat u aanbiedt apart invullen?

B-GGZ				
Professionals	Opleidingsniveau	Inzet per cliënt (%)	Brutosalaris gemiddeld per jaar	Toelichting activiteiten Wat is de rol van de professional binnen dit product?
Psychiater	WO+			
Kinderarts	WO+			
Arts verslavingszorg	WO+			
Klinisch psycholoog	WO+			
Klinisch neuropsycholoog	WO+			
GZ-psycholoog	WO+			
Orthopedagoog-generalist	WO+			
Arts (basis)	WO+			
Psychotherapeut	WO			
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO			
Sociaal psych verpleegkundige (SPV)	HBO			
Systeemtherapeut	WO			
Verpleegkundig specialist	WO			
Psychomotore therapeut	HBO+			
Fysiotherapeut	HBO+			
Logopedist	HBO+			
Verpleegkundige	HBO+			
Sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO			
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO			
Creatief therapeut	HBO+			
Maatschappelijk werkende	HBO+			
Ervaringsdeskundige	MBO			

Medicatie-controle

Professionals	Opleidingsniveau	Inzet per cliënt (%)	Brutosalaris gemiddeld per jaar	Toelichting activiteiten Wat is de rol van de professional binnen dit product?
Psychiater	WO+			
Kinderarts	WO+			
Arts verslavingszorg	WO+			
Klinisch psycholoog	WO+			
Klinisch neuropsycholoog	WO+			
GZ-psycholoog	WO+			
Orthopedagoog-generalist	WO+			
Arts (basis)	WO+			
Psychotherapeut	WO			
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO			
Sociaal psych verpleegkundige (SPV)	HBO			
Systeemtherapeut	WO			
Verpleegkundig specialist	WO			
Psychomotore therapeut	HBO+			
Fysiotherapeut	HBO+			
Logopedist	HBO+			
Verpleegkundige	HBO+			
Sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO			
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO			
Creatief therapeut	HBO+			
Maatschappelijk werkende	HBO+			
Ervaringsdeskundige	MBO			

Diagnostiek J-GGZ

Professionals	Opleidingsniveau	Inzet per cliënt (%)	Brutosalaris gemiddeld per jaar	Toelichting activiteiten Wat is de rol van de professional binnen dit product?
Psychiater	WO+			
Kinderarts	WO+			
Arts verslavingszorg	WO+			
Klinisch psycholoog	WO+			
Klinisch neuropsycholoog	WO+			
GZ-psycholoog	WO+			
Orthopedagoog-generalist	WO+			
Arts (basis)	WO+			
Psychotherapeut	WO			
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO			
Sociaal psych verpleegkundige (SPV)	HBO			
Systeemtherapeut	WO			
Verpleegkundig specialist	WO			
Psychomotore therapeut	HBO+			
Fysiotherapeut	HBO+			
Logopedist	HBO+			
Verpleegkundige	HBO+			
Sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO			
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO			
Creatief therapeut	HBO+			
Maatschappelijk werkende	HBO+			
Ervaringsdeskundige	MBO			

Curatieve GGZ

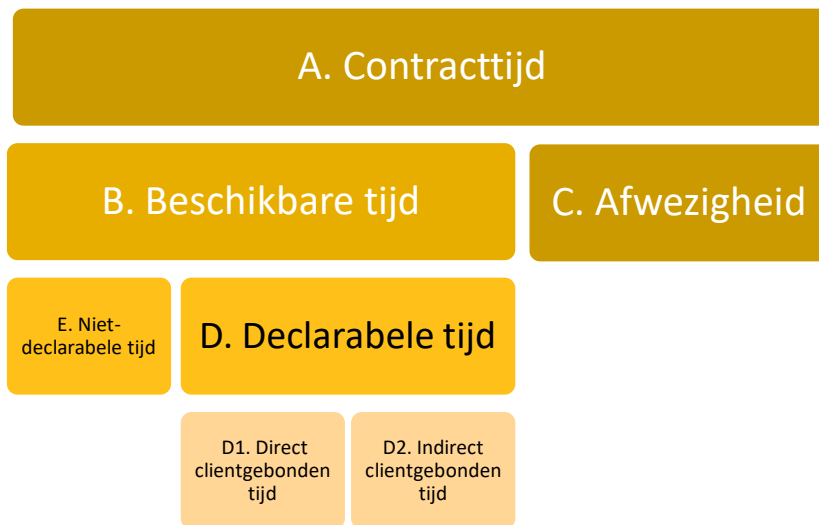
Professionals	Opleidingsniveau	Inzet per cliënt (%)	Brutosalaris gemiddeld per jaar	Toelichting activiteiten Wat is de rol van de professional binnen dit product?
Psychiater	WO+			
Kinderarts	WO+			
Arts verslavingszorg	WO+			
Klinisch psycholoog	WO+			
Klinisch neuropsycholoog	WO+			
GZ-psycholoog	WO+			
Orthopedagoog-generalist	WO+			
Arts (basis)	WO+			
Psychotherapeut	WO			
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO			
Sociaal psych verpleegkundige (SPV)	HBO			
Systeemtherapeut	WO			
Verpleegkundig specialist	WO			
Psychomotore therapeut	HBO+			
Fysiotherapeut	HBO+			
Logopedist	HBO+			
Verpleegkundige	HBO+			
Sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO			
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO			
Creatief therapeut	HBO+			
Maatschappelijk werkende	HBO+			
Ervaringsdeskundige	MBO			

Respijtzorg

Professionals	Opleidingsniveau	Inzet per cliënt (%)	Brutosalaris gemiddeld per jaar	Toelichting activiteiten Wat is de rol van de professional binnen dit product?
Psychiater	WO+			
Kinderarts	WO+			
Arts verslavingszorg	WO+			
Klinisch psycholoog	WO+			
Klinisch neuropsycholoog	WO+			
GZ-psycholoog	WO+			
Orthopedagoog-generalist	WO+			
Arts (basis)	WO+			
Psychotherapeut	WO			
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO			
Sociaal psych verpleegkundige (SPV)	HBO			
Systeemtherapeut	WO			
Verpleegkundig specialist	WO			
Psychomotore therapeut	HBO+			
Fysiotherapeut	HBO+			
Logopedist	HBO+			
Verpleegkundige	HBO+			
Sociaalpedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO			
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO			
Creatief therapeut	HBO+			
Maatschappelijk werkende	HBO+			
Ervaringsdeskundige	MBO			

2.2 Productiviteit

Voor het berekenen van de productiviteit gebruiken we het volgende overzicht:



A Contracttijd

Het totaal aantal uren dat een zorgverlener op contract staat bij de organisatie.

B. Beschikbare tijd

De tijd die de zorgverlener aan dienst-gerelateerde activiteiten kan besteden, wordt berekend door $B=A-C$

C. Afwezigheid

De tijd van de zorgverlener die niet beschikbaar is. Hieronder valt **ziekteverzuim, vakantiedagen en verlof**.

D. Declarabele tijd

De tijd die de zorgverlener kwijt is aan zowel **direct als indirect cliëntgebonden** tijd. Deze kan uit twee verschillende vormen bestaan:

D1 Direct cliëntgebonden tijd:

- Cliëntcontacttijd = Tijd besteed door de behandelaar aan directe interactie met een cliënt of het 'systeem van de cliënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten) in het kader van een hulpverleningsplan, face-to-face, telefonisch contact of elektronisch contact (met directe interactie) zoals beeldbellen, sms en WhatsApp. Het schrijven van een brief of email valt niet onder 'directe interactie' en valt dus niet onder deze tijd maar onder Indirect-clientgebonden tijd (D2).
- Groepscontacttijd = Totale tijd van aanwezige behandelaren, delen door het aantal aanwezige cliënten. Bijvoorbeeld groepstherapie van 1 uur door verpleegkundige en psycholoog (2x60 minuten = 120 minuten), delen door de 10 aanwezige cliënten betekent 12 minuten per cliënt.

D2 Indirect cliëntgebonden tijd:

Tijd besteed door behandelaren aan een cliënt, zonder directe interactie. Onder meer voorbereidingstijd, bijwerken zorgdossier, casus gebonden overleg of het schrijven van een brief of e-mail, totale reistijd naar de cliënt.

E. Niet-declarabele tijd = Niet-clientgebonden tijd. De tijd die de zorgverlener kwijt is aan **niet-clientgebonden** activiteiten, die wel relevant zijn voor de hulpverlening maar gericht zijn op de organisatie. Dit betreft bijvoorbeeld de tijd die behandelaren gebruiken voor **scholing/opleiding, intervisie, reistijd, teamoverleg en voor begeleiding bij opleidingen**.

Hierbij hebben wij de volgende vragen:

- In hoeverre sluiten de definities rondom productiviteit (zie toelichting) binnen uw organisatie aan op die door ons zijn geformuleerd?
- Wordt er ORT uitbetaald bij de levering van deze producten? Zo ja, hoeveel?
- Wordt er alleen gewerkt met een 36-urige werkweek? Of zijn er ook functies die een 40-urige werkweek hebben?
- Zijn er verschillen tussen de diverse professionals als het gaat om de normen rondom declarabiliteit(D) en Cliëntgebonden tijd (D1 en D2)?

En willen we graag de volgende tabel zo ver als mogelijk ingevuld hebben:

Organisatie-breed		
Vakantietoeslag/geld	%	
Eindejaarsuitkering	%	
Opslag werkgeverslasten	%	<i>loonheffing, verzekering, ed.</i>
Vakantiedagen/uren		<i>aantal vakantie-uren per jaar obv 36 urige werkweek</i>
Ziekteverzuim	%	
Verlof	%	<i>Zwangerschap en zorgverlof</i>

B-GGZ		
D. Declarabele tijd	%	
D1. Direct cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>
D2. Indirect cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>

Medicatie-controle		
D. Declarabele tijd	%	
D1. Direct cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>
D2. Indirect cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>

Diagnostiek J-GGZ		
D. Declarabele tijd	%	
D1. Direct cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>
D2. Indirect cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>

Curatieve GGZ

D. Declarabele tijd	%	
D1. Direct cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>
D2. Indirect cliëntgebonden tijd	%	<i>Indien bekend</i>

Respijtzorg

D. Declarabele tijd	%	
D1. Direct cliëntgebonden tijd	%	Indien bekend
D2. Indirect cliëntgebonden tijd	%	Indien bekend

2.3 Overhead

Om een beeld te krijgen van de verschillende overhead-elementen en de omvang van de totale organisatie vragen we u onderstaande tabel in te vullen. Verder hebben we de volgende vragen hierbij:

Omzet totale organisatie		
Aantal cliënten totale organisatie		Unieke cliënten per jaar
Overhead	%	
Huisvestingskosten	%	indien reeds verwerkt in de overhead, mag deze leeg blijven
Materiële zorg-gebonden kosten	%	indien reeds verwerkt in de overhead, mag deze leeg blijven
Marge	%	Innovatie, financiële buffer, enz.
...	%	

Als deze tabel deze voor een bepaald product afwijkt (bijvoorbeeld respijtzorg) vragen wij u om dit tijdens het interview te benoemen.

Bijlage 2: Intensiteit en functiemix per product

Product Basis-GGZ

- Basis-GGZ heeft een maximale inzet van totaal 21 uur in een periode van maximaal 6 maanden.
- Het EMDR-voortraject heeft per week minimaal 1 tot maximaal 3 sessies van 1 uur. De EMDR-behandeling heeft per week minimaal 3 tot maximaal 12 sessies van 1,5 uur.
- Basis-GGZ wordt geboden door professionals met een opleidingsniveau variërend van WO tot en met WO+ (functiemix). Het zwaartepunt ligt bij een inzet van een professional met WO-opleidingsniveau.
- Basis-GGZ vindt altijd plaats onder toezicht van een regiebehandelaar. De volgende professionals kunnen de rol van regiebehandelaar vervullen: Klinisch psycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Psychotherapeut, GZ-psycholoog, Verslavingsarts (in profielregister KNMG), Verpleegkundig Specialist GGZ, K&J-psycholoog, Orthopedagoog Generalist. De regiebehandelaar kan bij zijn behandeling ondersteund worden door medebehandelaars met ten minste een Hbo-opleiding en vermeld in Beroepentabel GGZ.

Product Diagnostiek J-GGZ

- Diagnostiek J-GGZ wordt uitgevoerd door een Kinder- en Jeugdpsychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist (met diagnostische aantekening bij NIP/NVO), GZ-psycholoog, werkzaam in een multidisciplinair team. Een psychiatrische diagnose mag alleen door een van de volgende in een Beroepsregister geregistreerde professionals worden gesteld: GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychiater;
- Diagnostiek J-GGZ heeft een maximale inzet van 22,5 uur per beschikking dat opgebouwd moet zijn uit een of meerdere onderzoeken:
 - Maximaal 3 uur voor een intelligentie onderzoek
 - Maximaal 3 uur voor een persoonlijkheid-onderzoek
 - Maximaal 6 uur (2 dagdelen van 3 uur) voor neuropsychologisch onderzoek
 - Maximaal 2 uur voor gezinstaxatie/anamnese
 - Maximaal 4 uur voor observatie school en spelkamer

Product Medicatiecontrole

- Een consult heeft de duur van maximaal 20 minuten bij een psychiater of medisch specialist of (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige (indien diagnose door psychiater kinderarts of huisarts heeft plaatsgevonden).
- Aantal consulten op jaarbasis:
 - Bij 1 of 2 verschillende psychofarmaca maximaal 2 consulten per jaar;
 - Bij 3 of meer verschillende psychofarmaca maximaal 6 consulten per jaar.

Product Curatieve GGZ uitgevoerd door kinderartsen

- De Curatieve GGZ wordt uitgevoerd door kinderartsen, werkzaam in een ziekenhuis of bij een zelfstandig behandelcentrum;
- Regiebehandelaar bij medicamenteuze behandelingen is: kinderarts, psychiater of gespecialiseerd arts;
- Maximale inzet is 1,5 uur per week.

Product Respijtzorg

- Respijtzorg heeft een maximale inzet van 3 etmalen aansluitend per week voor een maximale periode van 6 maanden;
- De begeleiding wordt geleverd door professionals met een opleidingsniveau variërend van MBO-niveau 3 tot en met MBO niveau 4 (functiemix), waar nodig onder de supervisie van een professional met een HBO opleiding.

Aanvullingen op adviesrapport kostprijsonderzoek perceel 3b & FACT

Indexatie van de minuutprijs van FACT

In het kostprijsonderzoek van 2021 waarin de producten S-GGZ en FACT zijn onderzocht is er voor het product FACT een all-in trajectprijs vastgesteld. Het tarief is destijds vastgesteld op €20.000,- per traject. Voor het kostprijsonderzoek van 2022 is de trajectprijs geïndexeerd met 3,71%, de nieuwe vastgestelde trajectprijs voor all-in trajecten kwam op €20.742,- (zie document “kostprijsonderzoek jeugdhulp perceel 3b en FACT”, paragraaf 13.2 en 13.3).

In het kostprijsonderzoek van 2021 is enkel de trajectprijs geadviseerd. De minuutprijs is op basis van de verzamelde data wel vastgesteld, deze kwam uit op €1,90 per minuut. Wanneer de minuutprijs wordt doorgerekend tot een trajectprijs dan komt dit voor een traject van 6 maanden met een intensiteit van 6 uur neer op €17.829,76 per all-in traject (zie document “advies tariefstelling specialistische jeugd GGZ en FACT” tabel 5, p.20). Echter is er binnen dat onderzoek geconcludeerd dat de trajectprijs van €20.000,- als reëel gezien wordt. Wanneer je deze minuutprijs toch indexeert met 3,71% komt dit neer op een minuutprijs van €1,97 en een all-in trajectprijs van €18.491,25. Het wordt niet geadviseerd om deze berekening op basis van de minuutprijs in de praktijk te gebruiken. Voortvarend op de eerder gestelde conclusie dat €20.000 per traject een reëel tarief is, wordt geadviseerd de indexatie hierop te hanteren en dus de trajectprijs van €20.742,- aan te houden.

Direct- en indirect cliëntgebonden tijd S-GGZ en FACT

S-GGZ

Om een concrete uitspraak te kunnen doen over de direct- en de indirect cliëntgebonden tijd die wordt besteed aan het product S-GGZ is een extra uitvraag gedaan. De 11 respondenten die deelnamen aan het kostprijsonderzoek 2022 (perceel 3b & FACT) zijn gevraagd om via de mail de percentages voor de direct- en indirect cliëntgebonden tijd aan te leveren. Vijf respondenten hebben hierop gereageerd. Dit resulteerde in de volgende gemiddelden bij N=5:

- Direct cliëntgebonden tijd: 55%
- Indirect cliëntgebonden tijd: 45%

FACT

De cliëntgebonden tijd is ook uitgevraagd voor het product FACT. Binnen de gemeente Lelystad is er één aanbieder die het product FACT aanbiedt. Deze aanbieder is benaderd en heeft geen verdere gegevens verstrekt over de cliëntgebonden tijd. In Juni 2022 is er in het tijdschrift voor psychiatrie (jaargang 64) een artikel gepubliceerd over de dagelijkse praktijk van een FACT-team in de ambulante GGZ. Dit artikel laat zien op welke locatie, met wie en waaraan het FACT-team zijn tijd besteedt. Hieruit komt het volgende resultaat: “Globaal genomen besteedden medewerkers 30% van hun tijd met de cliënt, 30% aan overleg (4% met netwerkpartners), 20% aan administratie en 20% aan reistijd en persoonlijke activiteiten”. (https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-12983_De-dagelijkse-praktijk-van-een-FACT-team-resultaten-van-een-experience-samplingstudie)

Wanneer deze percentages doorgerekend worden naar de definities voor direct- en indirect cliëntgebonden tijd die binnen dit kostprijsonderzoek gehanteerd worden komt dit uit op:

- Declarabele tijd: 76% (Cliënt tijd + Overleg + administratie, min het overleg met de netwerkpartners)
- Direct cliëntgebonden tijd: 39,5% (Berekend door: $30\% \times 100 / 76\%$)
- Indirect cliëntgebonden tijd: 60,5%

Duur en intensiteit BGGZ

Er kan geen gemiddelde duur en intensiteit worden geadviseerd voor dit product, vanwege te grote spreiding in duur en intensiteit trajecten. De doelgroep van dit product is dusdanig divers dat een gemiddelde berekenen geen betrouwbare noch valide uitkomst zou geven.

Duur en intensiteit Curatieve GGZ

Er kan geen gemiddelde duur en intensiteit worden geadviseerd voor dit product, ivm te weinig respons en niet beschikbaar zijn van benchmarks.

Reiskosten

Reiskosten zijn onder te verdelen in reiskosten tussen afspraken met cliënten (valt binnen de beschikbare tijd) en reiskosten voor woonwerkverkeer (valt buiten de beschikbare tijd)
Beide zijn nodig voor een kostprijsberekening.

Diagnostiek

In het huidige programma van eisen is onderscheid gemaakt in verschillende sub-trajecten (intelligentie-onderzoek, enz.) Wij adviseren om dat onderscheid met de nieuwe kostprijsberekening niet te maken, maar een algemeen tarief voor diagnostiek te hanteren zonder beperkingen in subtrajecten.

Bij de producten Diagnostiek en Curatieve GGZ hebben wij een lagere kostprijs berekend dan de eerder gecommuniceerde tarieven vanuit het programma van eisen. Wij adviseren in het onderzoeksrapport om de reeds gecommuniceerde tarieven aan te houden (vanuit eerdere input) Uiteraard is dit uiteindelijk de beslissing van de gemeente Lelystad. Er kan ook voor gekozen worden om de berekende kostprijs als uitgangspunt te houden, dat is aan de gemeente Lelystad.