

**Gebruikersdocument deel 2**

# **Verantwoording ggz**

Versie 20160701



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Welke informatie is in dit document te vinden	4
1.1.1 Crisis	4
1.1.2 High intensieve care	4
1.1.3 Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden	5
1.2 Toetsingskader productstructuur en tarieven dbc-systematiek	5
1.3 Contact	5
<b>2. Crisis</b>	<b>6</b>
2.1 Uitkomsten data-onderzoek	6
2.2 Verklaring uitkomsten	6
2.3 Effect op tarieven	7
2.4 Herijking profielen	7
2.4.1 Herberekening van enkele profielen	7
2.4.2 Herberekening productprijzen crisis-behandelgroepen	8
2.4.3 Herberekening van de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc)	8
2.4.4 Effecten	9
2.4.5 Tarieven	9
<b>3. Verblijfsprestatie H (high intensive care)</b>	<b>10</b>
3.1 Data onderzoek	10
3.2 Wijze van berekening	10
3.2.1 Component zorg	10
3.2.2 Component nhc	11
3.2.2.1 Bepalen investeringskosten ic en ebk	11
3.2.2.2 Opbouw nhc-tarief	12
3.3 Resultaten data	12
3.4 Onderbouwing tarief	13
3.4.1 Onderbouwing tarief component zorg	13
3.4.2 Onderbouwing tarief NHC	13
<b>4. Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden</b>	<b>14</b>
4.1 Tarief	14

# 1. Inleiding

Voor u ligt deel 2 als onderdeel van de documentatie over de wijzigingen van RG17a: de beleidsrijke release (a) van het dbc-pakket met ingangsdatum 1 januari 2017.

Bij iedere uitlevering informeren wij u over de wijzigingen door middel van maximaal drie wijzigingsdocumenten die u in principe los van elkaar kunt lezen. Niet altijd is de volledige trilogie beschikbaar. Dit is afhankelijk van de aard van de wijzigingen.

Een korte algemene beschrijving van de drie wijzigingsdocumenten vindt u hieronder.

## **Deel 1: Beschrijving wijzigingen**

Deel 1 beschrijft op hoofdlijnen wat is gewijzigd en waarom. Ook vindt u een korte beschrijving van de wijze waarop de wijzigingen zijn verwerkt en welke tabellen en documentatie hiervoor zijn aangepast. Deel 1 is vooral bedoeld als een wegwijzer voor iedereen die dagelijks met de dbc-systematiek werkt.

## **Deel 2: Verantwoording**

Deel 2 bevat de cijfermatige onderbouwing van de wijzigingen. Het beschrijft hoe de data voor de tariefberekeningen tot stand zijn gekomen, productprijzen berekend zijn en effecten van de nieuwe productprijzen in kaart gebracht zijn. Dit deel is vooral voor mensen die werken met stuurinformatie.

## **Deel 3: Toelichting ICT**

Deel 3 beschrijft de ICT-eisen die worden gesteld aan een succesvolle implementatie van het dbc-pakket. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ICT-leveranciers.

## **1.1 Welke informatie is in dit document te vinden**

Over 2017 zijn de tarieven geïndexeerd, met uitzondering van een aantal specifieke tarieven. In dit document vindt u een beschrijving van alle specifieke tarieven die voor een aantal onderwerpen van deze release RG17a zijn herijkt. De nieuwe tarieven hebben als ingangsdatum 1 januari 2017.

### **1.1.1 Crisis**

Tarieven van crisis-dbc's worden per 2017 bepaald op basis van herijkte profielen'. Dit betekent dat zowel de tarieven van de crisis-dbc's als de beschikbaarheidscomponent crisis zullen stijgen. In hoofdstuk 2 vindt u een beschrijving van de totstandkoming van de nieuwe productprijzen voor crisis.

### **1.1.2 High intensive care**

Er is een nieuwe verblijfsprestatie ontwikkeld voor high intensive care. Dit betekent dat bij nieuw te openen dbc's met verblijf in 2017 de deelprestatie H (hic) geregistreerd kan worden. Alleen hic-afdelingen mogen gebruik maken van de nieuwe verblijfsprestatie. Hoofdstuk 3 gaat

in op de nieuwe verblijfsprestatie H om high intensive care op te kunnen registreren.

### **1.1.3 Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden**

Voor het kunnen declareren van een eerste consultatie bij euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden door een onafhankelijke psychiater is een overig zorgproduct (ozp) gemaakt. Hoofdstuk 4 beschrijft het nieuwe overige zorgproduct 'consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden'

## **1.2 Toetsingskader productstructuur en tarieven dbc-systematiek**

De NZa hanteert een toetsingskader, waarin kaders staan die de totstandkoming van de productstructuur toetsen. Hierin zijn ook criteria opgenomen over de totstandkoming van de kostprijzen, productprijzen en de dataset. Het volledige toetsingskader is op [www.nza.nl](http://www.nza.nl) te vinden als beleidsregel BR/CU-2145.

## **1.3 Contact**

Hebt u vragen over dit document? Neemt u dan contact op met het Informatie & Contactcentrum van de NZa: 088 - 7708770 of [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Het Informatie & Contactcentrum is op werkdagen geopend van 9.00 tot 14.00 uur.

## 2. Crisis

Er zijn al langer signalen dat de tarieven van crisiszorg in de ggz niet dekkend zijn. De NZa heeft daarom besloten om de profielen (beroepenmix) van de in 2014 geopende crisis-dbc's nader te onderzoeken. De tarieven van nu zijn gebaseerd op gesimuleerde profielen uit 2012.

De uitkomst hiervan is dat de verschillen groot zijn tussen het NZa-tarief en het tarief op basis van werkelijke cijfers. Daarom zijn deze besproken met experts van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De gezamenlijke conclusie is dat de tarieven per 2017 verhoogd moeten worden.

### 2.1 Uitkomsten data-onderzoek

We zien de volgende uitkomsten:

- De profielen van de crisis-dbc's zijn duidelijk zwaarder: de 'dure' beroepen komen meer voor. Zie tabel 1 en 2 voor voorbeelden.
- De productprijzen van de crisis-dbc's stijgen daardoor licht. Zie hiervoor tabel 3.
- De productprijs van de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc) stijgt met 65%. Zie de berekening bij tabel 4.
- Het aantal crisis-dbc's is veel lager dan waarmee in de simulatie is gerekend (40% minder). Zie hiervoor tabel 4.
- Gemiddeld zou 23% meer worden uitgegeven aan crisiszorg. Echter, door de lagere aantallen is dit een stijging van 55% naar 68% van het oorspronkelijk geraamde kader.

In de volgende paragrafen zijn de onderbouwing, de uitleg van de methode en meer specifieke uitkomsten te vinden. Belangrijk hierin is dat uitsluitend de profielen zijn herijkt. Er zijn geen nieuwe kosten uitgevraagd; wijzigingen in bijvoorbeeld de cao hebben geen invloed op de uitkomst. Verder benadrukken we dat de weergegeven bedragen op basis van prijspeil 2012 zijn. Bij het bepalen van tarieven is rekening gehouden met indexering over de jaren tot en met 2017. De rekenmethode komt volledig overeen met de productprijsberekening voor de RG14.

### 2.2 Verklaring uitkomsten

Waar komen deze verschillen vandaan? De werkelijkheid verschilt van de simulatie, die een voorspelling was onder de aanname dat de registratie van crisisactiviteiten niet zou veranderen. Er zijn wijzigingen in wet- en regelgeving aan te wijzen die de verschillen verklaren:

- De regels rondom crisiszorg en hoofdbehandelaarschap (inmiddels regiebehandelaarschap) zijn strenger geworden.
- In het veld is meer overeenstemming over wat crisiszorg is. Hierdoor is de definitie strenger geworden. Zo werden in 2012 ongeplande afspraken nog als crisis geschreven.
- De opkomst van FACT-teams heeft eveneens invloed op het aantal crisis-dbc's.
- Er zijn betere afspraken in het veld over samenwerking tussen zorgaanbieders en bijvoorbeeld de politie.

Zorg die eerder onder crisis kon worden geschaard (vanwege registratie en simulatie) valt daar nu niet meer onder. Het gevolg hiervan is dat de productprijzen op minder dbc's zijn gebaseerd, die bovendien een zwaarder profiel hebben en een hogere crisis-productprijs dan bij de gesimuleerde data.

## 2.3 Effect op tarieven

De NZa heeft de tarieven 2017 bepaald op basis van de herijkte profielen. Dit houdt in dat zowel de tarieven van de crisis-dbc's als de bcc stijgen. Dit zijn en blijven maximumtarieven; aanbieders en verzekeraars kunnen lagere tarieven afspreken. Het macrokader wijzigt hierdoor niet. In het macrokader is rekening gehouden met het destijds bepaalde bedrag op basis van de simulatie, dat dus ruim voldoende was voor de werkelijke crisiszorg.

De NZa ziet geen reden de tarieven 2016 en eerder opnieuw te bepalen. Omdat crisiszorg eigenlijk altijd gecontracteerd is, hebben verzekeraars en aanbieders hierover afspraken gemaakt. Vaak is dit gedaan op basis van plafonduafspraken. Opnieuw bepalen van deze tarieven zou leiden tot rondrekenen.

## 2.4 Herijking profielen

### 2.4.1 Herberekening van enkele profielen

In Tabel 1 en Tabel 2 is voor enkele crisis-behandelgroepen de landelijke beroepenmix uit de simulatie van 2012 vergeleken met de werkelijk geregistreerde profielen van 2014. In de twee tabellen is te zien dat beroepen met een hogere kostprijs meer voorkomen dan op basis van de simulatie was ingeschat: in de kortste crisis-dbc stijgt het voorkomen van de psychiater van 45% naar 71%, en de inzet van de basisarts van 16% naar 30%. Ook de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv) komt meer voor (39% naar 47%).

In de crisis-dbc van 100-199 minuten is een vergelijkbare stijging te zien. Daarnaast is het gemiddelde aantal minuten per dbc iets gestegen.

**Tabel 1 Profielvergelijking crisis-dbc 1-99 minuten simulatie 2012 versus daadwerkelijke data 2014**

Crisis dbc's 1 – 99 minuten			
kostendragers	kostprijs/uur	%voorkomen simulatie 2012	% voorkomen 2014
psychiater	185	45%	71%
basisarts	116	16%	30%
spv	104	39%	47%
verpleegkundige	94	20%	21%

De kostprijs betreft de landelijke productprijs. Bij de tariefberekening en onderstaande herberekening is gerekend met de lokale productprijs.

**Tabel 2 Profielvergelijking crisis-dbc 100-199 minuten; simulatie 2012 vs. daadwerkelijke data 2014**

Crisis dbc's 100 – 199 minuten			
kostdragers	kostprijs/uur	%voorkomen simulatie 2014	% voorkomen 2014
psychiater	185	59%	85%
basisarts	116	32%	50%
spv	104	58%	65%
verpleegkundige	94	30%	33%

De kostprijs betreft de landelijke productprijs. Bij de tariefberekening en onderstaande herberekening is gerekend met de lokale productprijs.

#### 2.4.2 Herberekening productprijzen crisis-behandelgroepen

Voor de productprijzen zijn gewogen medianen berekend op basis van lokale productprijzen, net als bij de tariefbepaling van 2014. Dit houdt in dat de lokale kostprijzen gecombineerd zijn met de lokale beroepenmix. Voor deze berekening zijn kostprijzen uit 2012 gebruikt. Het verschil wordt dus volledig veroorzaakt door het profiel.

De productprijzen stijgen, zoals in onderstaande tabel is weergegeven. Vooral de mediane prijs van het product 'Crisis vanaf 200 tot en met 399 minuten' ligt flink hoger.

**Tabel 3 Stijging kostprijs crisis-dbc's simulatie versus daadwerkelijke data 2014**

behandelgroep	prijverschil
Crisis - vanaf 1 tot en met 99 minuten	0%
Crisis - vanaf 100 tot en met 199 minuten	1%
Crisis - vanaf 200 tot en met 399 minuten	29%
Crisis - vanaf 400 tot en met 799 minuten	3%
Crisis - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	4%
Crisis - vanaf 1200 tot en met 1799 minuten	0%
Crisis - vanaf 1800 minuten	6%

#### 2.4.3 Herberekening van de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc)

Er zijn twee types kostprijzen: de 'reguliere' en de crisiskostprijs. Deze laatste kostprijs is hoger vanwege onder andere de verlaagde productiviteitsnorm. Voor elke crisis-productgroep zijn twee productprijzen vastgesteld: één op grond van de gewone kostprijzen en één met de crisiskostprijzen. Vervolgens is een gewogen gemiddelde bcc-productprijs berekend door het verschil tussen elk paar van twee productprijzen te vermenigvuldigen met het aantal crisis-dbc's en dat te delen door het aantal crisis-dbc's. Op die manier worden de hogere kosten voor crisis-uren gedekt door een vast bedrag per dbc. De productprijs van de beschikbaarheidscomponent (bcc) is voor de RG14 als volgt berekend:

(Productiewaarde crisisproductprijzen-productiewaarde algemene kostprijzen)/ aantal crisis-dbc's:

$$\frac{134.459.836 - 101.971.638}{99.202} = \text{€ } 327,50$$



Met de data van 2014 zijn deze getallen als volgt:

$$\frac{94.231.598 - 62.864.287}{57.912} = \text{€ } 541,64$$

In totaal zijn er in 2014 rond de 58.000 crisis-dbc's geopend, terwijl er ongeveer 100.000 uit de simulatie kwamen.

#### 2.4.4 Effecten

Als we de nieuwe aantallen en kosten bij elkaar brengen, dan zien we macro het volgende in tabel 4. Een prijsaanpassing zou leiden tot een gemiddelde stijging van ongeveer 23% bij de huidige casemix. Doordat het aantal dbc's echter veel lager ligt dan geschat, komt dit neer op 68% van de totale productiewaarde die oorspronkelijk was geschat.

**Tabel 4: effecten**

Behandelgroep / behandelcomponent	aantal DBC's	effect herberekening
Crisis - vanaf 1 tot en met 99 minuten	2.490	0%
Crisis - vanaf 100 tot en met 199 minuten	7.673	1%
Crisis - vanaf 200 tot en met 399 minuten	19.852	29%
Crisis - vanaf 400 tot en met 799 minuten	17.570	3%
Crisis - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	5.690	4%
Crisis - vanaf 1200 tot en met 1799 minuten	2.836	0%
Crisis - vanaf 1800 minuten	1.801	6%
Beschikbaarheidscomponent crisis	57.912	65%
<i>totaal</i>		<b>23%</b>

#### 2.4.5 Tarieven

De productprijzen zijn berekend op basis van kostprijzen uit 2012. Voor het uiteindelijk bepalen van de tarieven voor crisis in 2017 heeft een indexering over de jaren 2013 tot en met 2017 plaatsgevonden. De tarieven zijn hieronder opgenomen in tabel 5.

**Tabel 5: tarieven crisis 2017**

Behandelgroep / behandelcomponent	Productprijzen 2017	Tarieven 2017
Crisis - vanaf 1 tot en met 99 minuten	€ 132,04	€ 134,48
Crisis - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 294,88	€ 300,32
Crisis - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 697,82	€ 710,70
Crisis - vanaf 400 tot en met 799 minuten	€ 1.042,93	€ 1.062,18
Crisis - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	€ 1.776,81	€ 1.809,61
Crisis - vanaf 1200 tot en met 1799 minuten	€ 2.552,32	€ 2.599,44
Crisis - vanaf 1800 minuten	€ 4.269,87	€ 4.348,69
Beschikbaarheidscomponent crisis	€ 541,64	€ 551,64

### 3. Verblijfsprestatie H (high intensive care)

Er is een wijzigingsverzoek ingediend voor een nieuwe deelprestatie H (hic), die recht doet aan verblijf op een high care and intensive care (hic) afdeling. Dit verzoek is gehonoreerd. Om een maximumtarief te berekenen is een onderzoek verricht.

#### 3.1 Data onderzoek

Om het maximumtarief voor de verblijfsprestatie H (hic) te berekenen is een uitvraag gedaan. Het boekjaar van de data was 2015. In deze uitvraag wordt het volgende uitgevraagd:

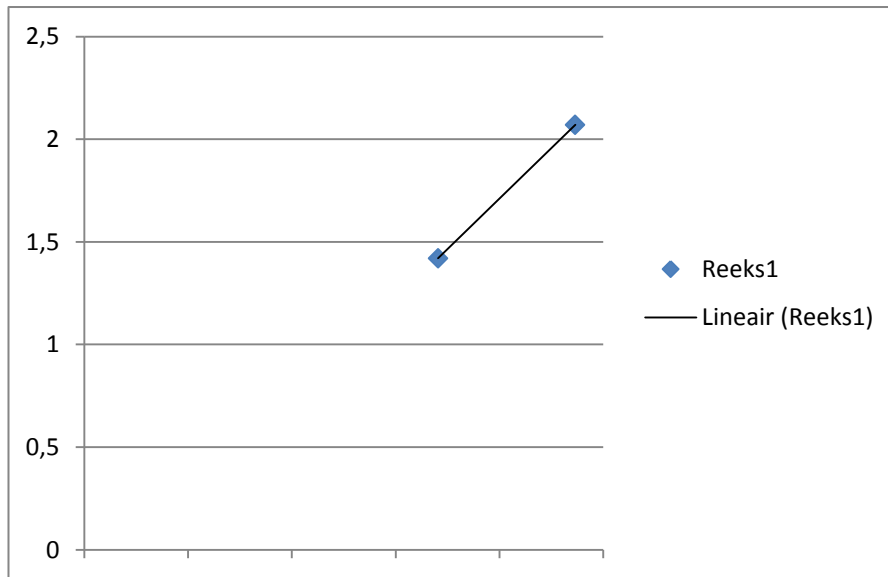
- bruto en netto aantal uur inzet VOV-personeel;
- aantal geregistreerde aanwezigheidsdagen E, F en G;
- aantal reguliere bedden;
- aantal ic bedden;
- aantal extra beveiligde kamers (ebk's);
- bruto vloeroppervlakte (bvo) in vierkante meter van de ic-afdeling (inclusief ebk).

#### 3.2 Wijze van berekening

##### 3.2.1 Component zorg

Op basis van het inzet van het VOV-personeel benaderen wij de kosten. We berekenen de gemiddelde inzet van het VOV-personeel op een hic-afdeling. Deze gemiddelde inzet vergelijken wij met de uitkomsten van het laatst uitgevoerde kostprijsonderzoek. De gemiddelde inzet voor de verblijfsprestaties F en G zijn 1,42 fte respectievelijk 2,07 fte per bed. Aan deze inzet zijn gemiddelde kosten verbonden. Het gaat om zowel de directe als indirecte kosten.

Door de gemiddelde inzet van het VOV-personeel te vergelijken met de gemiddelde inzet op F en G, en de daarbij behorende kosten, benaderen wij via extrapolatie de kosten voor de hic. Op de y-as staan de inzet van het VOV-personeel en op de x-as de bijhorende kosten. Tussen deze twee punten is een regressielijn getrokken. Op basis van de regressievergelijking is de waarde op de x-as (kosten) bepaald bij een inzet van het gemiddelde VOV-personeel op een hic-afdeling.

**Figuur 1: Regressievergelijking kosten VOV-personeel**

De kosten worden vermenigvuldigd met het bezettingspercentage om tot een tarief te komen voor de component zorg (prijsspeil 2012). Het bezettingspercentage wordt berekend door het aantal geregistreerde aanwezigheidsdagen te delen door het aantal bedden maal 365. Om van het prijspeil 2012 naar het prijspeil 2016 te komen, zijn drie stappen noodzakelijk:

- indexeren naar prijspeil 2013;
- toepassen Schipperskorting van 5,55% Deze korting is ook toegepast op de tarieven voor de reguliere afdelingen;
- de index toepassen van de jaren 2014 t/m 2017.

### 3.2.2 Component nhc

Op basis van het aantal bedden kunnen wij berekenen hoeveel ic/ebk bedden er zijn per regulier bed. Elk regulier bed krijgt dan deze fractie van de kosten in het tarief versleuteld.

De kosten van de ic/ebk worden bepaald op basis van het aantal vierkante meter.

Vervolgens wordt het aantal gerealiseerde aanwezigheidsdagen gebruikt om het bezettingspercentage van de reguliere bedden te berekenen. In het nhc-tarief wordt namelijk rekening gehouden met (frictie) leegstand.

#### 3.2.2.1 Bepalen investeringskosten ic en ebk

Om in het tarief van een regulier bed een opslag voor de ic/ebk te kunnen rekenen, moeten we de kosten van deze ic/ebk in kaart brengen. We gaan dit doen op basis van het aantal vierkante meter.

TNO concludeert in haar onderzoek dat een ic-afdeling in bouwkundige zin niet afwijkt van een gesloten verblijfsafdeling (bouw 'zwaar') met een toeslag voor verzwaarde uitvoering voor ernstige gedragsstoornissen. Voor het aandeel van een ebk binnen de ic-afdeling kan worden uitgegaan van het kostenkengetal van een separeervoorziening inclusief toeslag voor verzwaarde uitvoering voor ernstige gedragsstoornissen. Hieruit blijkt dat we met twee verschillende tarieven per vierkante meter moeten rekenen. In de data uitvraag zoals in tabel 1 is geen uitvraag gedaan om het aantal vierkante meter te splitsen naar ic en ebk. Voor een ebk is door TNO echter al een normatieve opzet gemaakt. Deze wordt weergegeven in tabel 2 en stamt uit hetzelfde onderzoek.

**Tabel 6: opzet en m2 ebk-voorziening**

Ruimte	m <sup>2</sup> nvo	m <sup>2</sup> bvo (bruto/ nutting-factor 1,6)
ebk	12	19
toilet (nis in) ebk	-	-
voorruimte/verpoosruimte	12	19
observatieruimte/personeelsruimte	8	13
berging	1,5	2,5
werkkast	0,5	1
sanitaire ruimte met douche binnen ic nabij ebk	5	8
<b>Totaal</b>	<b>39</b>	<b>62,5</b>

Bij het bepalen van het aantal vierkante meter voor de ic/ebk gaan wij dan als volgt te werk:

1. Voor alle hic's wordt het bvo van de ic/ebk uitgevraagd.
2. Van de bvo wordt 62,5 m2 gereserveerd per ebk. De overige vierkante meters worden aan de ic toegeschreven.

### 3.2.2.2 Opbouw nhc-tarief

Voor de opbouw van het nhc-tarief voor de deelprestatie H, gaan we uit van deelprestatie F als basis. De opslag voor separeervoorzieningen en afzonderingsruimten wordt uit het tarief gehaald en vervangen voor de opslag voor de hic. Deze wordt als volgt bepaald;

- Het aantal m2 voor de ic wordt vermenigvuldigd met het kostenkengetal voor een gesloten verblijfsafdeling (bouw 'zwaar')
- Het aantal m2 voor de ebk wordt vermenigvuldigd met het kostenkengetal voor een separeervoorziening.

In beide gevallen wordt gerekend met een toeslag voor verzwaarde uitvoering van ernstige gedragsstoornissen.

De kostenkengetallen zijn gebaseerd op de bouwkostennota 2008 en worden gecorrigeerd naar het 'Jaarbeeld bouwkosten 2010'. Vervolgens wordt geïndexeerd naar prijspeil 2012. Vanaf 2013 wordt het nhc-tarief, volgens onderhoudsplan en aanwijzing van VWS, geïndexeerd met 2,5% Dit is volgens de opbouw van de nhc tarieven voor de deelprestaties A t/m G.

In de opbouw van het nhc-tarief wordt rekening gehouden met (frictie)leegstand. Deze wordt in het geval van deelprestatie H gebaseerd op de data uitvraag. Voor de overige deelprestaties is deze gebaseerd op DIS-data, dat is nu echter nog niet mogelijk.

Voor alle overige kenmerken van de nhc wordt aangesloten bij de overige deelprestaties. Daarbij valt onder andere te denken aan bouwtijd, rente tijdens de bouw, grondkosten, looptijd en rente.

## 3.3 Resultaten data

In tabel 3 worden de resultaten van de data uitvraag en de relevante parameters getoond. Het gaat hier om een totaal van acht hic-afdelingen die zijn meegenomen voor de nhc en zeven voor het zorgtarief, die voldoende data hebben aangeleverd.

**Tabel 7: Resultaten data-uitvraag en relevante parameters**

	Bron		Totaal
A	Data	Aantal bedden H	«Aantal_bedden_H»
B	Data	Aantal gerealiseerde aanwezigheidsdagen	«gerealiseerd_totaal»
C	Data	Vierkante meter H afdeling	«m2»
D	Data	Aantal ic plaatsen	«Aantal_IC_plaatsen»
E	Data	Aantal ebk's	«Aantal_EBKs»
F	TNO	Norm m2 per ebk	62,5
G	Data	Totaal m2 ic (inclusief ebk)	«Totaal_m2_IC_inclusief_EBK»
H	G-(F*E)	Waarvan ic	«waarvan_IC»
I	F*E	Waarvan ebk	«waarvan_EBK»
J	B/(A*365)	Bezetting	«Bezetting»
K	G/A	Aan H bed gelieerd extra aantal m2	«Aantal_totaal_m2_IC_per_H_bed»
L	H/A	Waarvan ic	«waarvan_IC1»
M	I/A	Waarvan ebk	«waarvan_EBK1»

### 3.4 Onderbouwing tarief

#### 3.4.1 Onderbouwing tarief component zorg

De gemiddelde inzet van het VOV-personeel is 1,60 fte per bed. Dit is licht hoger dan de inzet voor verblijfsprestatie F. De bijhorende kosten, berekend op basis van de regressiemethode, zijn € 378,35. We corrigeren voor de bezettingsgraad van 0,89. Dit leidt tot een productprijs (prijspeil 2012) van €426,55. We passen de indexatie 2013, de schipperskorting en de indexatie 2014 t/m 2017 toe. Dit leidt tot een 'tarief' voor de component voor 2017 van € 434,43.

Dit tarief is hoger dan F vanwege een hogere inzet van VOV-personeel en een lagere bezettingsgraad.

#### 3.4.2 Onderbouwing tarief NHC

Het aantal vierkante meter dat bekostigd moet worden middels facturatie van het H-tarief bedraagt voor de ic 6,34 en voor de ebk 4,68. Dit wordt meegegeven in het nhc model. Het totale investeringsbedrag voor een H plaats (inclusief ic en ebk) komt daarmee op €229.402,26 (prijspeil 2010).

Uitgaande van een annuïtaire indexlening met een index van 2,5%, een rente van 5% en een looptijd van 30 jaar leidt dat tot een tarief voor 2017 van €45,87.

## **4. Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden**

Deze prestatie is bedoeld voor een eerste consultatie door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden. De consultatie vindt plaats volgens de richtlijn 'omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'. Het verzoek tot consultatie is afkomstig van een behandelend psychiater, een huisarts, arts Levensindekliniek of een overige direct bij de behandeling van de patiënt betrokken arts/medisch specialist. De werkzaamheden die voor dit overig zorgproduct (ozp) in rekening kunnen worden gebracht bedragen het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting.

### **4.1 Tarief**

Er is sprake van een geheel nieuwe prestatie die feitelijk geheel bestaat uit uren geleverd door een psychiater. Vanwege de diversiteit stellen wij een ozp per uur voor met een maximum van 12 uur. In 2017 kan deze manier informatie worden verzameld over het gebruik. Het maximum tarief per uur is vastgesteld € 187,79 op basis de gemiddelde kostprijs per uur van een psychiater in een ggz-instelling. Deze kostprijsgegevens zijn afkomstig van het kostprijsonderzoek van 2014.