

Verantwoording tarieven Zorgprestatie­model

12 mei 2021

Inhoud

1. Algemeen	3
1.1 Uitgangspunten	3
1.2 Methode en gegevens	3
2. Individuele consulten	4
2.1 Kenmerken consult	4
2.1.1 Setting	4
2.1.2 BIG-categorie	4
2.1.3 Consulttype	5
2.1.4 Tijdrange	5
2.2 Opbouw kostprijs	5
2.3 Opbouw productprijs	5
2.3.1 Kostprijs per minuut	6
2.3.2 Declarabele tijd	7
2.3.3 Indirecte tijd	8
2.4 Opbouw tarief	10
3. Groepsconsulten	12
3.1 Opbouw kostprijs	12
3.2 Opbouw productprijs	12
3.3 Opbouw tarief	12
4. Verblijf	13
4.1 Opslag dagbesteding	13
4.1.1 Kostprijs	14
4.1.2 Productprijs	14
4.2 Opslag vaktherapie	14
4.2.1 Kostprijs	16
4.2.2 Productprijs	16
4.3 Opbouw tarief	16
5. Overige prestaties	17
5.1 Elektroconvulsietherapie	17
5.2 Intercollegiaal overleg	17
5.2.1 Opbouw kostprijs	17
5.2.2 Opbouw productprijs	17
5.2.3 Opbouw tarief	17
5.3 Ambulante dagbesteding	17
5.4 Zorgmachtiging Wet verplichte ggz	17
5.5 Acute ggz binnen budget	17
5.6 Verblifsdagen acute ggz binnen budget	18
5.7 Transitieprestatie	18
5.8 Ongewijzigde prestaties	18
6. Toeslagen consult	20
6.1 Tolk gebarentaal / communicatiespecialist	20
6.2 Reistijd	20
6.3 Ambulante methadonverstrekking	20
6.4 Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie	20
6.5 Spravato	20
7. Toeslagen verblijf	21
7.1 Tbs	21
7.1.1 Opbouw kostprijs	21
7.1.2 Opbouw productprijs	21
7.1.3 Opbouw tarief	21
7.2 Ongewijzigde prestaties	21

1. Algemeen

1.1 Uitgangspunten

In [het Advies zorgprestatie­model ggz en fz](#) is de basis gelegd voor de product­structuur van het Zorgprestatie­model. Naar aanleiding van dit advies is binnen het Programma Zorgprestatie­model in verschillende werkgroepen nader invulling gegeven aan de product­structuur. In samenwerking met branchepartijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is het Zorgprestatie­model in deze werkgroepen nader geconcretiseerd. Vervolgens heeft de NZa de tariefberekening met de expertgroep vormgegeven en bij partijen geconsulteerd.

De product­structuur zoals vormgegeven binnen het programma Zorgprestatie­model vormt het uitgangspunt voor de tariefberekening. Hier wordt dan ook geen verantwoording over afgelegd. Dit zijn beleidskeuzes geweest binnen het programma. Dit document ziet op de laatste stap in de totstandkoming van de tarieven: de concrete invulling van de tariefberekening voor elke prestatie.

In de Excelbijlage bij deze verantwoording is steeds stapsgewijs de opbouw van het tarief voor elke prestatie aangegeven. Voor elk type prestatie (corresponderend met de hoofdstukindeling van dit document) is een apart tabblad opgenomen in de Excelbijlage.

1.2 Methode en gegevens

In het algemeen geldt dat de gegevens die gebruikt zijn voor het kostprijs­onderzoek ggz en fz 2020 (KPO 2020) ten grondslag liggen aan de tariefberekening.¹ Waar dit niet zo is wordt dit expliciet aangegeven. De gegevens vanuit het kostprijs­onderzoek ggz en fz 2020 zijn verzameld over het jaar 2017 en bestaan grofweg uit twee onderdelen:

- Overzicht van kosten instellingen (waaronder PAAZ-en en PUK-en) en een steekproef van vrijgevestigde aanbieders (hierna: kostensjablonen);
- Profielgegevens van dezelfde instellingen (waaronder PAAZ-en en PUK-en) en een steekproef van vrijgevestigde aanbieders (hierna: profielendatabase).

Deze gegevens zijn direct te gebruiken voor de tariefopbouw voor het Zorgprestatie­model (ZPM). De profielendatabase bevat informatie over de BIG-categorie (op basis van het beroep dat de zorg levert), het consulttype en de tijdrange. Tevens hebben we op basis van rekenregels de setting waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bepaald. We gaan hieronder nader in op deze kenmerken. Verder is in het KPO 2020 per beroep en aanbieder een kostprijs vastgesteld. Deze zogenaamde lokale kostprijs kunnen we aan de profielendatabase koppelen. Zodoende kan een consultprijs vastgesteld worden.

In de volgende hoofdstukken gaan we per type prestatie in op de vaststelling van het tarief. Hierbij wordt in het algemeen achtereenvolgens steeds kort ingegaan op de vaststelling van de kostprijs, de productprijs en ten slotte het tarief. De kostprijs zal in veel gevallen gelijk zijn aan de kostprijs zoals vastgesteld in het KPO 2020.

¹ Voor meer informatie over het kostprijs­onderzoek ggz en fz 2020, de kostensjablonen en de profielendatabase verwijzen wij u naar de [verantwoording van kostprijzen](#) en [verantwoording van tarieven van de NZa](#).

2. Individuele consulten

Ieder individueel consult wordt gekaracteriseerd door vier kenmerken: setting, BIG-categorie, consulttype en tijdrange. De kostprijzen voor individuele consulten zijn gebaseerd op de lokale kostprijzen (kostprijzen per aanbieder) zoals vastgesteld in het KPO 2020. De productprijs is vastgesteld op basis van een kostprijs per minuut maal de som van declarabele minuten en (toegerekende) niet-declarabele minuten.

$$\text{Productprijs} = (\text{kostprijs} * \text{directe minuten}) + \text{opslag indirecte tijd}$$

We gaan hieronder uitgebreid in op de precieze berekening.

2.1 Kenmerken consult

In [het Advies zorgprestatie model ggz en fz](#) is geadviseerd behandelconsulten te onderscheiden naar duur, consulttype en BIG-categorie. Dit onderscheid is vertaald naar verschillende prestaties, zoals vastgesteld in de 'Beleidsregel prestaties en tarieven ggz en fz'. Vervolgens is "setting" hier binnen het programma Zorgprestatie model aan toegevoegd. Hieronder zetten we per kenmerk kort uiteen hoe we deze kenmerken van de DBC-productstructuur hebben afgeleid.

2.1.1 Setting

De NZa gebruikt rekenregels om DBC-tijdschrijfgegevens te vertalen naar settings. De settings worden op basis van de profielendatabase als volgt afgeleid:

- Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II: een aanbieder met AGB-code beginnend met 03 of 94 (dus alle trajecten van deze aanbieders);
- Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III monodisciplinair: overige ggz trajecten (basis en gespecialiseerd) waarbinnen 90% of meer van de directe tijd door 1 beroep geschreven is;
- Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III multidisciplinair: overige ggz trajecten (basis en gespecialiseerd) waarbinnen minder dan 90% van de directe tijd door 1 beroep geschreven is;
- Outreachend: het niet-klinische deel van trajecten waarin de hoeveelheid reistijd 20% of meer van de directe tijd is;
- Klinisch (exclusief fz): (deel van) de trajecten binnen de gespecialiseerde ggz geleverd op een klinische dag (via koppeling aan de opgegeven verblijfsdagen);
- Forensische en beveiligde zorg, klinisch: (deel van) de trajecten binnen de forensische zorg geleverd op een klinische dag (via koppeling aan de opgegeven verblijfsdagen);
- Forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch: alle overige trajecten binnen de forensische zorg (zowel ambulant als outreachend);
- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde): voor deze setting zijn de profielgegevens van de PUK-en gebruikt.

2.1.2 BIG-categorie

Voor ieder beroep wordt vervolgens vastgesteld in welke BIG-categorie het valt. In grote lijnen komt het erop neer dat regiebehandelaren een eigen BIG-categorie hebben, en alle overige beroepen in de categorie overige beroepen vallen. De acht BIG-categorieën zijn:

- Arts - specialist (Wet Big artikel 14);
- Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14);
- Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14);

- Arts (Wet Big artikel 3);
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3);
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3);
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3);
- Overige beroepen.

2.1.3 Consulttype

Vervolgens wordt voor iedere activiteit binnen de trajecten vastgesteld of het om diagnostiek of behandeling en begeleiding gaat. Dit wordt als volgt onderscheiden:

- Diagnostiek: alle activiteiten met activiteitcode beginnend met act_2 of met behandelcomponentcode 01, 02, of 05;
- Behandeling en begeleiding: alle activiteiten met activiteitcode beginnend met act_3, act_4 of act_5 of met behandelcomponentcode 03, 06, 07, 08, of 10.

2.1.4 Tijdrange

Ten slotte wordt voor elke activiteit de tijdrange vastgesteld op basis van de geschreven directe tijd. De volgende tijdranges zijn vastgesteld:

- Vanaf 5 minuten;
- Vanaf 15 minuten;
- Vanaf 30 minuten;
- Vanaf 45 minuten;
- Vanaf 60 minuten;
- Vanaf 75 minuten;
- Vanaf 90 minuten;
- Vanaf 120 minuten.

Dit betekent bijvoorbeeld dat een activiteit waarop 16 minuten direct patiëntgebonden tijd is geschreven, gecategoriseerd wordt als een consult vanaf 15 minuten.

2.2 Opbouw kostprijs

De kostprijs per consult is gebaseerd op de kostprijzen per zorgaanbieder per beroep. Daarbij is onderscheid gemaakt in kosten die op generieke kostenplaatsen geschreven zijn en kosten die op de hoofdkostenplaatsen geschreven zijn. Kosten op hoofdkostenplaatsen zijn direct gerelateerd aan de behandeling. Kosten op generieke kostenplaatsen (ofwel: materiële kosten) hebben te maken met de randvoorwaarden voor behandeling (zoals een bureau of een secretariaat). Binnen de setting worden materiële kosten gelijk verondersteld tussen zorgaanbieders. Onderscheid in kostprijs tussen BIG-categorieën wordt daardoor enkel veroorzaakt door direct aan de behandeling gelieerde kosten (zoals loon van de behandelaar). Vrijgevestigde aanbieders onderscheiden geen hulpkostenplaatsen in hun boekhouding. Voor die groep zijn daarom de materiële kosten gelijk gesteld aan de resterende kosten op de hoofdkostenplaats. Dit zijn alle kosten behalve het loon van de behandelaar. Ten slotte verdient nog opmerking dat in de tariefberekening voor de Forensische of beveiligde settings Tbs-klinieken niet worden meegenomen. Zij worden voor het boventallig aantal indirecte minuten gecompenseerd middels een opslag op de verblijfsdag (zie ook paragraaf 7.1).

2.3 Opbouw productprijs

De individuele consulten zijn opgebouwd uit drie componenten: een kostprijs per minuut, de declarabele (voorheen direct patiëntgebonden) tijd per consult, en de indirecte- of niet-declarabele tijd per consult. Deze

laatste component is opgebouwd uit vier soorten niet-declarabele tijd. Hieronder in paragraaf 2.3.3 leggen we dit onderscheid in detail uit.

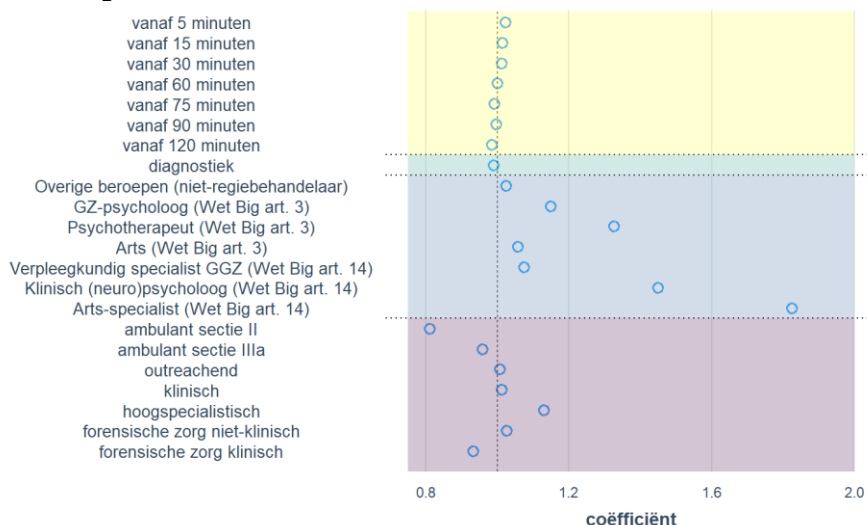
2.3.1 Kostprijs per minuut

De kostprijs per minuut is bepaald op de gemiddelde kostprijs per BIG-categorie en setting, gewogen naar de totale gedeclareerde tijd (zowel direct- als indirect patiëntgebonden tijd). De totale tijd is daarnaast gewogen. Hierbij hebben we gekeken hoe vaak de DBC-prestatie waarbinnen het consult geschreven is voorkomt in Vektis. Vervolgens hebben we dit vergeleken met het aantal van deze prestaties in de profielgegevens. De ratio van deze twee gegevens is de wegingsfactor:

$$\text{wegingsfactor} = \frac{\text{aantal DBC-prestaties in Vektis}}{\text{aantal DBC-prestaties in profielendatabase}}$$

Bij een wegingsfactor 1 komt de prestatie net zo vaak voor in Vektis als in de profielendatabase. Als de prestatie vaker in Vektis voorkomt dan in de profielendatabase dan is de wegingsfactor groter dan 1. Op deze wijze wordt een eventuele onderschatting van prestaties in de profielgegevens gecompenseerd. Tevens sluiten we hiermee aan bij de methodiek van het KPO.

Figuur 1 toont de kenmerken van de prestaties waarop we in de tariefberekening willen differentiëren. Middels een statistische toets is vastgesteld dat de kostprijzen niet variëren binnen consulttype en tijdrange. We onderscheiden kostprijzen daarom enkel naar setting en BIG-categorie.



Figuur 1 de kostprijs per minuut laat enkel substantiële significante verschillen zien voor settings en BIG-categorieën, en verschilt niet tussen consulttypes en tijdranges.

Op deze wijze berekenen we 64 afzonderlijke kostprijzen per minuut. Voor elk van deze kostprijzen hebben we berekend hoeveel consulten en individuele aanbieders eraan ten grondslag liggen. Tevens is als spreidingsmaat de cv-waarde berekend (als standaarddeviatie / gemiddeld). Met deze drie indicatoren hebben we een toetsingskader opgesteld. Aan een valide kostprijs liggen ten minste 1.000 consulten ten grondslag van ten minste 10 verschillende aanbieders. Daarnaast heeft een valide kostprijs een cv-waarde van maximaal 0,3.

De NZa heeft de normen van het toetsingskader niet kunnen baseren op een referentiekader van de totaal geleverde zorg. Voorheen konden we op basis van Vektis informatie bepalen bij welke waarde de onderliggende gegevens statistisch representatief zijn. In plaats daarvan

is het toetsingskader tot stand gekomen door te kijken wat in redelijkheid een ondergrens zou zijn op basis waarvan we een tarief kunnen berekenen.

Niet-valide kostprijzen worden geïnterpoleerd dan wel geëxtrapoleerd op basis van een model waarin alle datapunten worden gebruikt. Dit model is (vereenvoudigd weergegeven) gespecificeerd als

$$\text{kostprijs per minuut} = \text{setting} + \text{BIG-categorie}$$

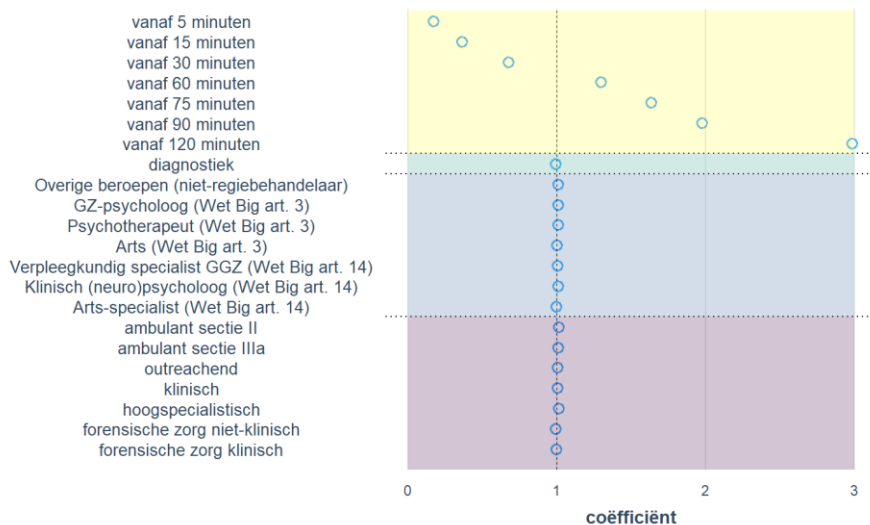
Het model is geschat met een standaard lineaire regressie (OLS). Vervolgens zijn de parameters van dit model gebruikt om de kostprijs te berekenen voor de uitgevallen (niet-valide) kostprijzen. In de Excel bijlage bij deze verantwoording is inzichtelijk welke kostprijzen op basis van het toetsingskader worden geïnterpoleerd.

2.3.2 Declarabele tijd

De declarabele tijd per consult is bepaald als de landelijk gemiddelde declarabele tijd per tijdrange (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). Het gemiddeld aantal declarabele minuten per consult wijkt niet significant af tussen de settings, BIG-categorieën en consulttypes (zie Figuur 2).

Tabel 1 het gemiddeld aantal declarabele minuten per consult zoals vastgesteld voor de tariefberekening.

Tijdrange	Aantal declarabele minuten
Vanaf 5 minuten	8
Vanaf 15 minuten	17
Vanaf 30 minuten	32
Vanaf 45 minuten	47
Vanaf 60 minuten	60
Vanaf 75 minuten	76
Vanaf 90 minuten	92
Vanaf 120 minuten	142



Figuur 2 het gemiddeld aantal declarabele minuten per consult verschilt enkel significant voor tijdranges en niet voor consulttype, setting en BIG-categorie.

2.3.3 Indirecte tijd

Voor het berekenen van de indirecte tijd per consult onderscheiden we een viertal soorten indirecte tijd. Het aandeel van elke soort in het totaal aan indirecte tijd staat genoemd in Tabel 2.

- Ten eerste gaat het om indirect patiëntgebonden die op dezelfde regel is gedeclareerd als de direct patiëntgebonden tijd (consultgebonden indirecte tijd).
- Daarnaast is er ook indirect patiëntgebonden tijd die op een aparte regel is gedeclareerd (algemeen indirecte tijd).
- Vervolgens onderscheiden we de direct- en indirect patiëntgebonden tijd die geschreven is op dezelfde regel waar minder dan 5 minuten direct patiëntgebonden tijd op is geschreven (declarabele tijd onder 5 minuten).
- Ten slotte is er nog een zeer klein aandeel algemeen indirecte tijd (zoals hiervoor omschreven) wat niet binnen dezelfde setting aan de BIG-categorie toegerekend kan worden. Dit omdat door deze BIG-categorie geen declarabele tijd geschreven wordt binnen de setting.

Tabel 2 aandeel in het totaal aan indirecte tijd per soort indirecte tijd.

Soort indirecte tijd	Percentage
Consultgebonden indirecte tijd	39%
Algemeen indirecte tijd	57%
Declarabele tijd onder 5 minuten	4%
Niet-toerekenbaar	0%

2.3.3.1 Simulatie indirecte tijd naar de consulten

Deze vier soorten indirecte tijd worden onderscheiden omdat ze op verschillende manieren aan het consult toegerekend worden. Deze simulatie vindt plaats om vervolgens modelmatig de indirecte tijd per consult vast te kunnen stellen. Een alternatief zou zijn de verschillende soorten niet-declarabele tijd direct modelmatig vast te stellen. Daarbij kan echter voor de algemeen indirecte tijd (wat een aanzienlijk deel is) geen onderscheid gemaakt worden tussen behandeling en diagnostiek en de verschillende tijdranges. Met name dit eerste onderscheid is substantieel. Daarom simuleren we de niet-declarabele tijd naar de declarabele consulten alvorens modelmatig de niet-declarabele tijd vast te stellen. Eerst zullen we nu ingaan op hoe we de verschillende soorten indirecte tijd simuleren. Daarna gaan we in op het model waarmee de niet-declarabele tijd vastgesteld wordt.

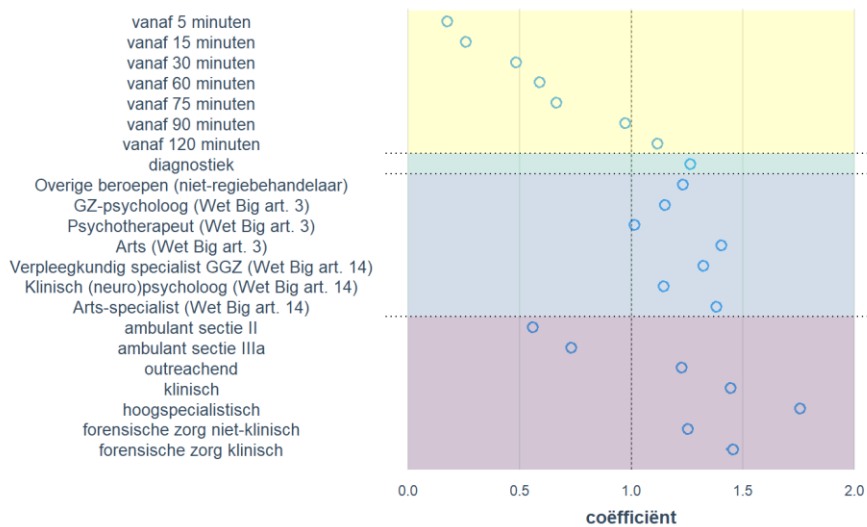
Consultgebonden indirecte tijd staat op dezelfde regels als de declarabele tijd. Net als van de declarabele tijd kennen we van dit type niet-declarabele tijd alle 4 de kenmerken van een consult. Dit type tijd kan dus 1-op-1 aan het consult worden toegerekend. Het aandeel van deze soort niet-declarabele tijd in het totaal aan niet declarabele tijd is ongeveer 39%.

Algemeen indirecte tijd staat op aparte regels. Dat wil zeggen: niet op dezelfde regels als de declarabele tijd. We weten van dit type tijd enkel de setting en de BIG-categorie. Deze tijd moet daarom gesimuleerd worden over de consulttypes en tijdranges binnen de BIG-categorie en setting waarin het oorspronkelijk geschreven is. Dit gebeurt aan de hand van de consultgebonden indirecte tijd. Een consult waar relatief veel consultgebonden indirecte tijd op is geschreven krijgt zo ook meer algemeen indirecte tijd toegerekend. Het aandeel van dit type niet-declarabele tijd aan het totaal aan niet-declarabele tijd is ongeveer 57%.

In het geval van declarabele tijd onder 5 minuten en de daarbij behorende consultgebonden indirecte tijd zijn op de tijdrange na alle kenmerken van een consult bekend. Deze tijd is daarom binnen de BIG-categorie, setting en het consulttype waarin het oorspronkelijk geschreven is verdeeld over de tijdranges. Dit is gedaan aan de hand van zowel de declarabele- als de consultgebonden indirecte tijd omdat het hier beide soorten tijd betreft. Het aandeel van deze soort niet-declarabele tijd in het totaal aan niet-declarabele tijd is ongeveer 4%.

In zeer uitzonderlijke gevallen komt het voor dat de algemeen indirecte tijd niet binnen de setting aan de BIG-categorie kan worden toegerekend. Het aandeel van deze laatste soort niet-declarabele tijd in het totaal aan niet-declarabele tijd is minder dan 1% (0,002%). We rekenen deze tijd aan de setting als geheel toe op basis van de consultgebonden indirecte tijd.

2.3.3.2 Modelmatige berekening



Figuur 3 het gemiddeld aantal niet-declarabele minuten laat significante variatie zien voor alle consultkenmerken.

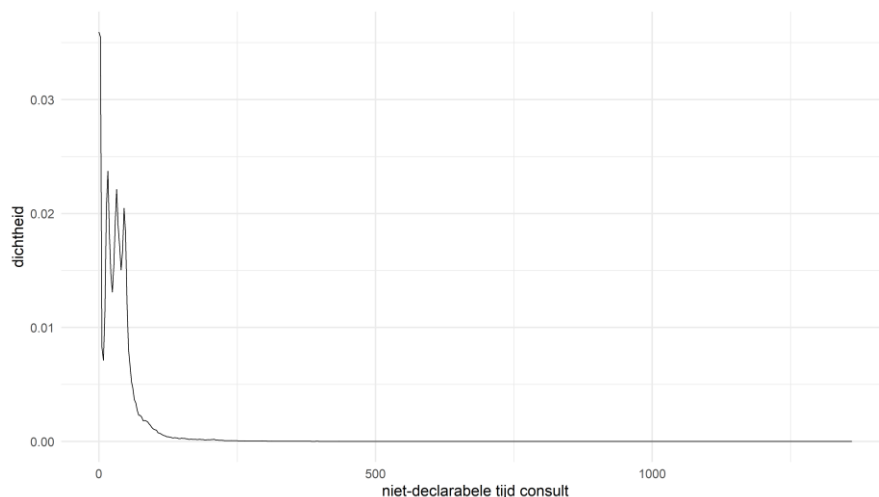
Omdat alle 4 de kenmerken relevant blijken te zijn (zie Figuur 3) hebben we besloten de niet-declarabele tijd per consult op dat detailniveau te berekenen. Vanwege het lage aantal observaties en een hoge spreiding voor veel consulten hebben we besloten dit modelmatig te doen. Dit doen we aan de hand van een model wat de indirecte tijd voorspelt aan de hand van de 4 kenmerken van het consult. Het model is (vereenvoudigd weergegeven) als volgt gespecificeerd:

$$\text{indirecte tijd per consult} = \text{setting} + \text{BIG-categorie} + \text{consulttype} + \text{tijdrange}$$

Dit model is geschat met een zogenaamde *zero-inflated* negatieve binomiale (of Pascal-) verdeling. Hier is voor gekozen om twee redenen. In de eerste plaats zijn er veel consulten waar geen (0) indirecte tijd op is geschreven. Dit leidt tot de keuze voor een *zero-inflated* model: een model wat rekening houdt met een verdeling waarin veel nullen voorkomen. Het meest gangbare model (lineaire regressie) gaat uit van een normale verdeling: een belvormige – symmetrische – concentratie van de observaties rondom het gemiddelde. We hebben in het proces naar de definitieve tariefberekening toe ook dit model toegepast. Het voornaamste bezwaar tegen het gebruik van dit model is dat het voor sommige consulten een negatieve waarde voorspelde, wat natuurlijk niet kan. We moeten dus een model gebruiken wat rekening houdt met een

ondergrens van nul, zodat geen negatieve waarden voorspeld kunnen worden.

Vervolgens moet rekening gehouden worden met een hoge ratio van het gemiddelde tot de variantie, ofwel het feit dat de verdeling een lange staart heeft (ook wel *overdispersion* genoemd). De Pascal-verdeling houdt hier rekening mee. Figuur 4 laat goed zien hoe de indirecte tijd per consult verdeeld is: een relatief hoge dichtheid bij 0 indirecte tijd en een lange staart. In het proces naar de definitieve tariefberekening hebben we het *zero-inflated* model op basis van de Pascal-verdeling vergeleken met hetzelfde model op basis van de Poisson-verdeling. Het eerste model presteerde hierbij beter omdat het zoals aangegeven rekening houdt met de *overdispersion* in de data.



Figuur 4 de verdeling van de toegerekende niet-declarabele tijd per consult

Alvorens het model te schatten hebben we op activiteitsniveau de niet-declarabele tijd aan de consulten toegerekend. Hierbij kan niet alle tijd aan de consulten worden toegerekend. Tevens ontstaan hierdoor uitbijters. Een uitbijter is gedefinieerd als een observatie die meer dan 1,5 keer de interkwartielafstand van de mediaan af ligt. Na de eerste ronde bekijken we opnieuw of er nog uitbijters in de data zitten, net zo lang tot alle observaties binnen de anderhalve interkwartielafstand van het midden vallen. De parameters van het model worden vervolgens op deze dataset berekend en gebruikt om de indirecte tijd per consult te berekenen.

De uiteindelijke productprijs wordt dan berekend als:

$$\text{productprijs} = (\text{declarabele minuten} + \text{niet-declarabele minuten}) \\ \times \text{kostprijs per minuut} \times \text{macrocorrectie}$$

Zowel door de uitbijterschoning als door de onvolledige koppeling van niet-declarabele tijd aan de consulten op activiteitsniveau ontstaat een macroverschil. Dit wordt achteraf op settingniveau gecorrigeerd. De correctie is per setting bepaald als:

$$\frac{\text{aantal consulten in profielendatabase} \times \text{productprijs}}{\text{totaal kosten in profielendatabase}}$$

2.4 Opbouw tarief

De basis voor de tariefberekening wordt gevormd door de productprijs (zoals hiervoor beschreven) en de kapitaallasten. De kapitaallasten per activiteit, zoals opgenomen in de [Eindrapportage Kapitaallasten bij](#)

[behandeling ggz en fz](#), zijn gekoppeld aan de profielendatabase.

Vervolgens is per BIG-categorie en setting een gemiddelde minuutprijs voor de kapitaallasten berekend. Hierbij wordt dus hetzelfde stramien gehanteerd als voor de kostprijs per minuut (zie 2.3.1). De kapitaallasten per minuut worden vervolgens vermenigvuldigd met de declarabele en niet-declarabele minuten per consult. Ook hier wordt een macrocorrectie op toegepast. Zo worden de kapitaallasten per consult verkregen.

De tariefberekening is dan als volgt:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \\ + \text{kapitaallasten} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}$$

De Rijksinstellingen worden door DJI op andere wijze gecompenseerd voor de rente op de inventaris, de financieringslasten, en de kapitaallasten (inclusief financieringslasten). Voor hen geldt dus als tarief:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{prijsindex}$$

3. Groepsconsulten

Groepsconsulten worden onder het ZPM afgerekend per 30 minuten. Het tarief wordt onderscheiden naar BIG-categorie.

3.1 Opbouw kostprijs

De kostprijs is gebaseerd op de beroepen die tijd schrijven op groepsactiviteiten in de profielendatabase. Per BIG-categorie wordt een kostprijs per half uur declarabele tijd berekend. Hierbij worden ook de kosten die gemaakt worden voor indirect patiëntgebonden tijd meegenomen. De kosten die gemaakt worden voor niet-declarabele tijd zitten dus in deze kostprijs verwerkt. De indirecte tijd is de gemiddelde indirecte tijd die door de verschillende BIG-categorieën per groepsconsult geschreven wordt.

3.2 Opbouw productprijs

De productprijs is opgebouwd uit de kostprijs per half uur en de respectieve groeps groottes. De productprijs wordt dan per BIG-categorie en groeps grootte berekend als:

$$\text{productprijs} = \text{kostprijs per half uur} / \text{groeps grootte}$$

3.3 Opbouw tarief

De kapitaallasten per half uur declarabele tijd zijn op dezelfde wijze vastgesteld als de kostprijs. Het tarief wordt vervolgens berekend als:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \\ + \text{kapitaallasten} / \text{groeps grootte} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}$$

De Rijksinstellingen worden door DJI op andere wijze gecompenseerd voor de rente op de inventaris, de financieringslasten, en de kapitaallasten (inclusief financieringslasten). Voor hen geldt dus als tarief:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{prijsindex}$$

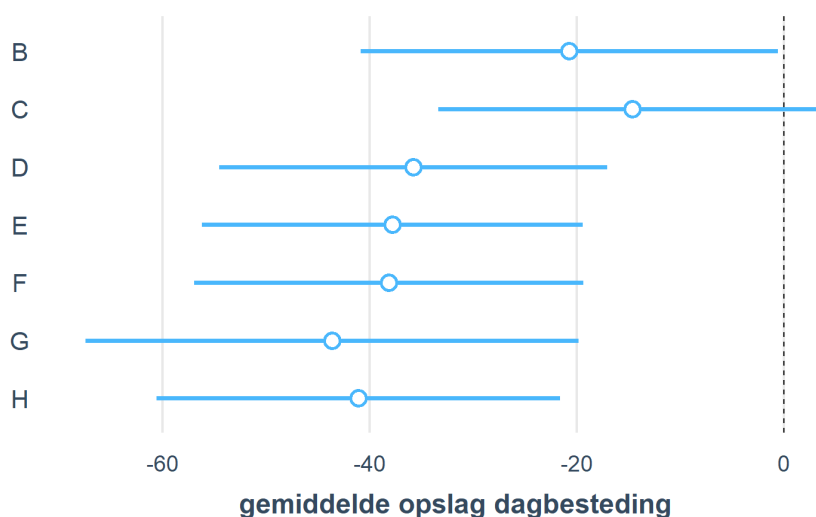
4. Verblijf

Voor de verblijftarieven zijn de productprijzen zoals vastgesteld in het kostprijsonderzoek ggz/fz 2020 het uitgangspunt. De verantwoording van de productprijzen bij verblijf uit het kostprijsonderzoek ggz fz 2020 vindt u in de [Verantwoording tarieven ggz en fz 2020](#).

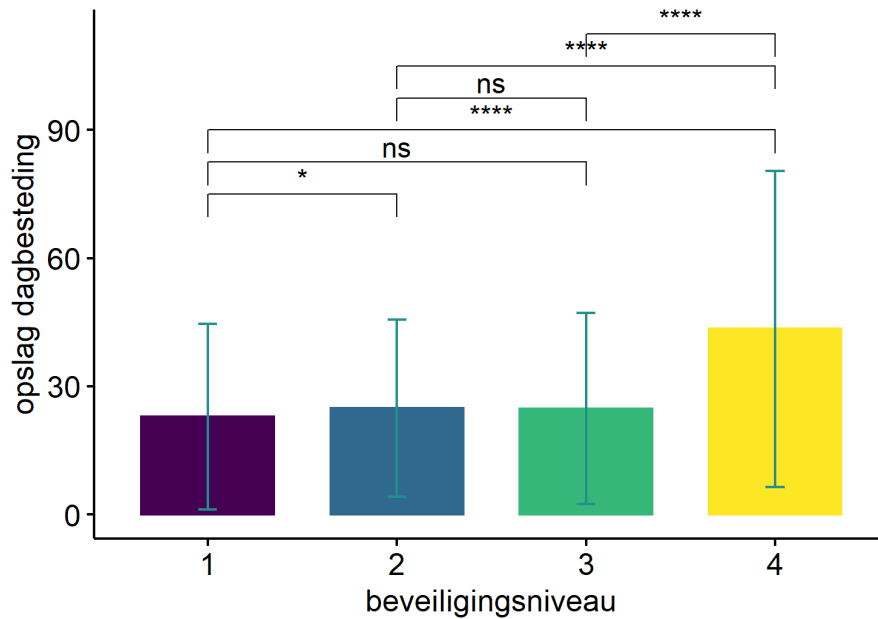
Vanuit het programmateam van het Zorgprestatie­model is besloten om per 2022 dagbesteding en vaktherapie onderdeel te maken van de verblijfsprestatie. Dit hoeft zodoende niet langer geregistreerd te worden in de klinische setting.

4.1 Opslag dagbesteding

De opslag dagbesteding bestaat uit een kostprijs en het gemiddeld aantal geleverde uren op een verblijfsdag. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar verzorgingsgraad voor de ggz (zie Figuur 5). Voor beveiligd verblijf wordt per verzorgingsgraad onderscheiden naar beveiligingsniveau 1-3 en 4 (zie Figuur 6).



Figuur 5 In deze figuur wordt de gemiddelde opslag dagbesteding per verzorgingsgraad vergeleken met de opslag voor verblijfsdag A. De geplote coëfficiënten geven het verschil aan met dit uitgangspunt. De analyse wijst uit dat significante verschillen bestaan in de opslag dagbesteding tussen de verzorgingsgraden.



Figuur 6 analyse wijst uit dat geen statistisch significant verschil bestaat in de opslag dagbesteding tussen beveiligingsniveaus 1-3. De opslag dagbesteding voor beveiligingsniveau 4 verschilt wel significant van de andere opslagen.

4.1.1 Kostprijs

De kostprijs per uur dagbesteding is 1-op-1 overgenomen uit het KPO.

4.1.2 Productprijs

De hoogte van de opslag in de ggz is gebaseerd op declaratiegegevens van Vektis (peildatum 1 augustus 2020). Dit gaat om DBC's geopend in 2019. We hebben voor 2019 gekozen omdat we zo ook de beveiligde bedden in de ggz mee konden nemen. Voor de beveiligde zorg is de opslag gebaseerd op gegevens van DJI en de beveiligde bedden uit Vektis. De gegevens van DJI omvatten alle DBBC's geopend in 2017. De geregistreerde dagbesteding is gekoppeld aan het geregistreerde verblijf. Alle dagbesteding die geregistreerd is op een dag waarop ook verblijf met overnachting is geleverd wordt meegenomen in de berekening.

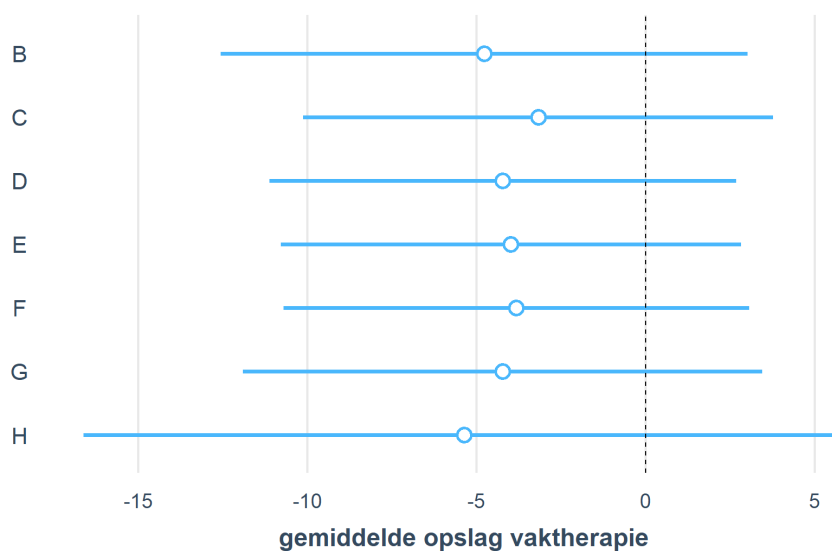
Per stratum is het gemiddeld aantal uur dagbesteding berekend per klinische verblijfsdag. De stratumspecifieke kostprijzen zijn vervolgens aan de gemiddelde uren gekoppeld om tot een gemiddelde opslag per dag per stratum te komen. Deze stratumspecifieke productprijzen zijn vervolgens gemiddeld aan de hand van het aantal verblijfsdagen.

4.2 Opslag vaktherapie

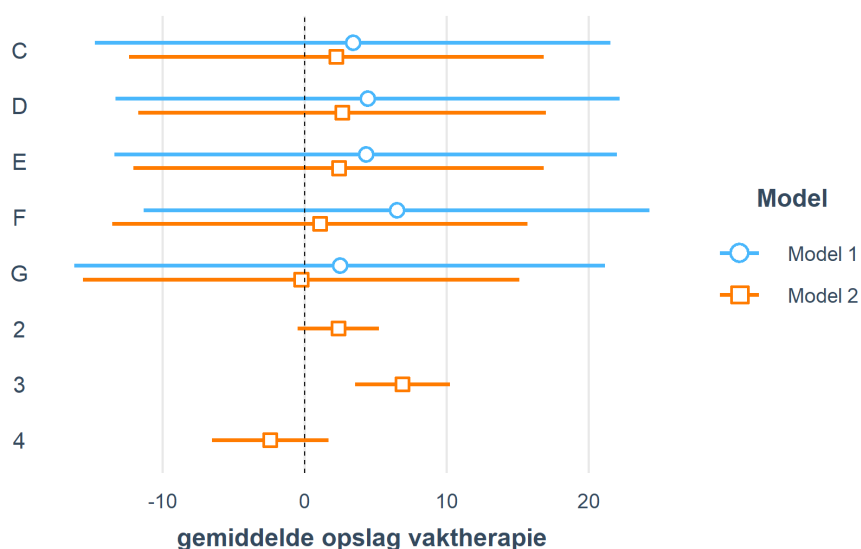
De opslag vaktherapie bestaat uit een kostprijs en de gemiddelde geleverde tijd door de CONO-beroepen vaktherapeut op een verblijfsdag. In Tabel 3 wordt aangegeven om welke beroepen dit gaat. In de opslag wordt enkel onderscheiden naar financieringsstroom omdat geen significante verschillen zijn aangetoond tussen de verschillende verzorgingsgraden voor de ggz (zie Figuur 7) en tussen de verschillende verzorgingsgraden en beveiligingsniveaus voor de fz (zie Figuur 8).

Tabel 3 beroepen waarvan de geschreven tijd verwerkt is in de opslag vaktherapie.

beroepcode	beroep
vk.bi.ct	vaktherapeut creatief (ct)
vk.bi.pmt	vaktherapeut psychomotorisch met ggz-differentiatie (pmt)
vk.sf.vakth	ggz-vaktherapeut
vk.bg.vakth	gz-vaktherapeut
vk.sf.overig	overig vaktherapeutisch sf



Figuur 7 de opslag vaktherapie laat geen verschillen zien tussen de verschillende verzorgingsgraden voor de g-ggz. Uitgangspunt is de opslag voor verblijfsdag A en de geplote coëfficiënten geven de afwijking aan ten opzichte van dit uitgangspunt.



Figuur 8 de opslag vaktherapie voor de beveiligde ggz laat geen statistisch onderscheid zien voor de verschillende verzorgingsgraden. Uitgangspunt is de opslag voor verblijfsdag A1 en de geplote coëfficiënten geven de afwijking aan ten opzichte van dit uitgangspunt. Enkel voor beveiligingsniveau 3 lijkt een verschil te zijn. Dit werd echter niet herkend door het veld. Hier is dan ook geen rekening mee gehouden in de tariefberekening.

4.2.1 Kostprijs

De kostprijzen voor de behandelaren die betrokken zijn bij vaktherapie zijn overgenomen uit het kostprijsonderzoek.

4.2.2 Productprijs

De hoogte van de opslag is voor zowel de ggz als de fz gebaseerd op de aangeleverde profielgegevens van het kostprijsonderzoek. Alle dagen waarop verblijf met overnachting is geleverd worden meegenomen in de berekening. Voor alle vaktherapeutische activiteiten wordt er per stratum een kostprijs gekoppeld aan de behandelaar en wordt de kostprijs van de activiteit bepaald.

De productprijs van de opslag wordt vervolgens bepaald door per verblijfstype alle kosten behorend bij de vaktherapeutische activiteiten te delen door het aantal verblijfsdagen.

4.3 Opbouw tarief

Het tarief is ten slotte opgebouwd uit de productprijs voor verblijf (overgenomen uit het KPO) en de beide opslagen zoals hiervoor beschreven. Het uiteindelijke tarief is berekend als:

$$\begin{aligned} \text{tarief} = & (\text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}) \\ & + (\text{NHC} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}) + (\text{opslag dagbesteding} \\ & \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}) \\ & + (\text{kapitaallasten dagbesteding} \times \text{financieringslasten} \\ & \times \text{prijsindex}) + (\text{opslag vaktherapie} \times \text{rente inventaris} \\ & \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}) + (\text{kapitaallasten vaktherapie} \\ & \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}) \end{aligned}$$

De Rijksinstellingen worden door DJI op andere wijze gecompenseerd voor de rente op de inventaris, de financieringslasten, en de kapitaallasten (inclusief financieringslasten). Voor hen geldt dus als tarief:

$$\begin{aligned} \text{tarief} = & \text{productprijs} \times \text{prijsindex} + \text{opslag dagbesteding} \\ & \times \text{prijsindex} + \text{opslag vaktherapie} \times \text{prijsindex} \end{aligned}$$

5. Overige prestaties

5.1 Elektroconvulsietherapie

PM: nog niet vastgesteld.

5.2 Intercollegiaal overleg

Intercollegiaal overleg is een prestatie die binnen het programma Zorgprestatie­model tot stand is gekomen voor behandelaren in de setting Ambulant – kwaliteitsstatuur sectie II.

5.2.1 Opbouw kostprijs

De kostprijs per minuut is bepaald als de gemiddelde kostprijs van de beroepenmix die de volgende activiteiten declareert in voornoemde setting:

- Behandelcomponentcode 09: Consultatie
- Act_7.1: Zorgcoördinatie
- Act_7.3: Interne patiëntbespreking (MDO)
- Act_7.4/Act_7.9/Act_7.12: Extern overleg met derden (buiten de instelling)
- Act_7.11: Extern overleg met scholen (buiten de instelling)

5.2.2 Opbouw productprijs

De productprijs is opgebouwd uit de kostprijs per minuut en het gemiddeld aantal minuten wat per tijdrange aan de bovengenoemde activiteiten besteed wordt. De tijd van de activiteiten waar minder dan 5 minuten declarabele tijd op is geschreven wordt verdeeld over de tijdranges. Elke tijdrange krijgt een gemiddeld aantal minuten erbij naar rato van het aandeel in het totaal aan declarabele tijd. De productprijs is berekend als:

$$\text{productprijs} = \text{declarabele minuten} \times \text{kostprijs per minuut}$$

5.2.3 Opbouw tarief

De kapitaallasten per minuut worden op dezelfde wijze berekend als de kostprijs per minuut. Het uiteindelijke tarief is berekend als:

$$\begin{aligned} \text{tarief} = & \text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \\ & + \text{kapitaallasten} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \end{aligned}$$

5.3 Ambulante dagbesteding

PM: nog niet vastgesteld.

5.4 Zorgmachtiging Wet verplichte ggz

PM: nog niet vastgesteld.

5.5 Acute ggz binnen budget

De tarieven voor de consulten acute ggz binnen budget zijn vaste tarieven. De vaste tarieven zijn gelijk aan de maximumtarieven voor de diagnostiekconsulten in de setting outreachend. De (vaste) tarieven voor

de verblijfsdagen acute ggz binnen budget zijn gelijk aan de maximumtarieven van de verblijfsdagen binnen de setting klinisch.

De bekostiging voor de acute ggz is niet gewijzigd. De prestaties consulten acute ggz binnen budget dienen alleen ter financiering van het budget acute psychiatrische hulpverlening. De prestatieomschrijving van de consulten acute ggz binnen budget staat alleen toe dat aanbieders die de acute psychiatrische hulpverlening verlenen volgens de normen van de Generieke module acute psychiatrie de consulten mogen declareren.

5.6 Verblijfsdagen acute ggz binnen budget

Deze prestaties worden gefinancierd op basis van de verblijfsdagen ggz. De bekostiging voor de acute ggz is niet gewijzigd.

5.7 Transitieprestatie

Vrij tarief.

5.8 Ongewijzigde prestaties

De hieronder opgenoemde prestaties zijn niet gewijzigd of ingevoerd met de invoering van het Zorgprestatiemodel. Voor de verantwoording van deze tarieven verwijzen we naar de [verantwoording tarieven ggz en fz 2020](#).

- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Onderlinge dienstverlening
- Forensisch psychiatrisch toezicht
- Niet-basispakketzorg consult
- Niet-basispakketzorg verblijf
- Rijbewijs: rapporten op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15 min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).
- Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).
- Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.
- Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.
- Schriftelijke informatieverstrekking (met toestemming patiënt) aan derden.
- ZZP-C 1 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 2 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 3 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 4 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 5 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 6 inclusief dagbesteding
- ZZP-C 1 exclusief dagbesteding
- ZZP-C 2 exclusief dagbesteding
- ZZP-C 3 exclusief dagbesteding
- ZZP-C 4 exclusief dagbesteding
- ZZP-C 5 exclusief dagbesteding
- ZZP-C 6 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 1 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 2 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 3 inclusief dagbesteding

- ZZP-VG 4 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 5 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 6 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 7 inclusief dagbesteding
- ZZP-VG 1 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 2 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 3 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 4 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 5 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 6 exclusief dagbesteding
- ZZP-VG 7 exclusief dagbesteding
- H300 Begeleiding
- H150 Begeleiding extra
- H152 Begeleiding speciaal 1 NAH
- H153 Gespecialiseerde begeleiding (psy)
- F125 Dagactiviteit (begeleiding) LZA
- H811 Dagbesteding VG licht
- H812 Dagbesteding VG midden
- H813 Dagbesteding VG zwaar
- H328 Behandeling
- H329 Behandeling gedragswetenschapper

6. Toeslagen consult

6.1 Tolk gebarentaal / communicatiespecialist

PM: nog niet vastgesteld.

6.2 Reistijd

De opslag reistijd is vastgesteld op basis van alle DBC-activiteiten waar reistijd op is geschreven. Per financieringsstroom (g-ggz en fz) en tijdrange is de kostprijs per minuut en het gemiddeld aantal minuten reistijd berekend. De productprijs is vervolgens berekend als:

$$\text{productprijs} = \text{minuten reistijd} \times \text{kostprijs per minuut}$$

en het tarief als:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex}$$

Reistijd voor no-show is in het Zorgprestatie-model niet declarabel. In de huidige registratie is het aantal consulten waarbij no-show is geregistreerd extreem laag. We vermoeden dat registratie op dit detailniveau te kort schiet. Bij de herijking van tarieven is deze mate van detail niet meer nodig als hiervoor op een hoger detailniveau (denk aan totale kosten gedeeld door aantal consulten) kosten worden toegerekend.

De Rijksinstellingen worden door DJI op andere wijze gecompenseerd voor de rente op de inventaris, de financieringslasten, en de kapitaallasten (inclusief financieringslasten). Voor hen geldt dus als tarief:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{prijsindex}$$

6.3 Ambulante methadonverstrekking

Deze prestatie is 1-op-1 overgenomen uit de DBC-systematiek.

6.4 Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie

PM: nog niet vastgesteld.

6.5 Spravato

PM: nog niet vastgesteld.

7. Toeslagen verblijf

7.1 Tbs

De TBS-toeslag is binnen het programma Zorgprestatie-model in het leven geroepen om Tbs-klinieken te compenseren voor het relatief hoge aandeel indirecte tijd wat gemoeid is met de voornamelijk de organisatie van de behandeling. Het is een opslag op de verblijfsdag.

7.1.1 Opbouw kostprijs

De kostprijs is gebaseerd op de profielendatabase. We selecteren de beroepen die tijd schrijven in de Tbs-instellingen. Vervolgens berekenen we de gemiddelde kostprijs per minuut van deze beroepenmix in de setting Forensische en beveiligde zorg, klinisch.

7.1.2 Opbouw productprijs

De productprijs is opgebouwd uit de gemiddelde kostprijs per minuut en het gemiddelde verschil in indirecte tijd op een verblijfsdag tussen een Tbs-kliniek en Overige forensische instellingen. Dit laatste cijfer is gebaseerd op gegevens van DJI. Dit omdat de profielendatabase geen betrouwbare inschatting geeft van dit gemiddelde. De productprijs is dan bepaald als:

$$\text{productprijs} = \text{gemiddelde verschil indirecte tijd} \times \text{kostprijs per minuut}$$

7.1.3 Opbouw tarief

De kapitaallasten per minuut worden op dezelfde wijze berekend als de kostprijs per minuut. Per consult worden de kapitaallasten dan berekend door de kapitaallasten per minuut te vermenigvuldigen met het verschil in indirecte minuten tussen een Tbs-kliniek en Overige forensische instellingen. Het tarief wordt vervolgens bepaald als:

$$\begin{aligned} \text{tarief} = & \text{productprijs} \times \text{rente inventaris} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \\ & + \text{kapitaallasten} \times \text{financieringslasten} \times \text{prijsindex} \end{aligned}$$

De Rijksinstellingen worden door DJI op andere wijze gecompenseerd voor de rente op de inventaris, de financieringslasten, en de kapitaallasten (inclusief financieringslasten). Voor hen geldt dus als tarief:

$$\text{tarief} = \text{productprijs} \times \text{prijsindex}$$

7.2 Ongewijzigde prestaties

De volgende prestaties zijn 1-op-1 overgenomen uit de DBC-systematiek:

- Oorlogsgerelateerd psychotrauma (op verblijfsdag D)
- Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk
- SGLVG+