



Bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht

Een handreiking ter ondersteuning bij de overgang van de DBC-systematiek naar een andere vorm van bekostiging (met ingang van 2018)

Versie mei 2017



Bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht

Een handreiking ter
ondersteuning bij de
overgang van de
DBC-systematiek naar een
andere vorm van bekostiging
(met ingang van 2018)

Colofon

Na het verdwijnen van de DBC-systematiek per 2018 kunnen gemeenten kiezen om behandelingen binnen de specialistische Jeugd-GGZ te betalen op basis van de werkelijk bestede tijd. Deze handreiking beschrijft hoe partijen daarbij tot tariefafspraken kunnen komen en welke spelregels daarbij van toepassing zijn.

Deze handreiking is tot stand gekomen in opdracht van de VNG, in samenwerking met programma i-Sociaal Domein en GGZ-Nederland. De handreiking beoogt gemeenten en aanbieders te ondersteunen bij de implementatie van een nieuwe bekostigingswijze voor de jeugd-GGZ en om daarbij vermijdbare administratieve lasten te voorkomen. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar het hanteren van eenduidige definities, productcodes en spelregels.

In v2.0 van deze handreiking is actuele informatie opgenomen over de productcodes voor inkoopafspraken met de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant en nieuwe informatie bruikbaar voor het onderbouwen van tarieven.

Auteur
Coby Peeters (Significant), mei 2017

Versie 2.0

Juni 2017

Inhoud

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
2	Tariefmodel Jeugd-GGZ	13
3	Informatie voor het uitwerken van een tariefberekening	17
4	Definities en spelregels	23
	Bijlagen	29

Samenvatting

Doel en afbakening van de handreiking

Gemeenten kunnen vanaf 2018 geen specialistische jeugd-GGZ meer contracteren en bekostigen met behulp van de DBC-systematiek¹. Van gemeenten wordt verwacht dat ze, net als voor de andere vormen van Jeugdhulp, deze zorgvorm contracteren in één van de drie door het programma i-Sociaal Domein gedefinieerde uitvoeringsvarianten: **inspanningsgericht**, **outputgericht** of **taakgericht**.

Deze handreiking bevat informatie voor gemeenten en aanbieders over de tariefbepaling voor specialistische jeugd-GGZ. De informatie in deze handreiking heeft betrekking op de **inspanningsgerichte** uitvoeringsvariant en beperkt zich tot thema's als de opbouw van het tarief voor behandeling voor jeugd-GGZ, relevante definities en productcodes en zogenaamde spelregels voor bekostiging. Met deze informatie kunnen gemeenten zelf een vertaalslag maken naar de implementatie van de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant voor bekostiging van jeugd-GGZ. De VNG hanteert de werkwijze zoals is beschreven in deze handreiking ook voor de Landelijke Raamovereenkomsten Jeugd die de VNG afsluit namens gemeenten met aanbieders voor specifieke vormen van specialistische jeugdhulp.

Het is aan gemeenten om te bepalen aan welke uitvoeringsvariant zij de voorkeur geven. De informatie en afspraken in deze handreiking is (op onderdelen) ook bruikbaar bij het uitwerken en implementeren van de andere twee uitvoeringsvarianten zonder dat deze ook volledig zijn uitgewerkt in deze handreiking.

De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant

De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant is een contractvorm waarbij de gemeente de aanbieder betaalt voor enerzijds de tijdsbesteding van een behandelaar en anderzijds (waar van toepassing) voor de verblijfsdagen in een kliniek.

Bij de keuze voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant zijn uniforme definities en spelregels cruciaal voor het vermijden van administratieve lasten. Deze handreiking bevat de landelijke standaarden hiervoor en adviseert de gemeenten deze onverkort toe te passen. De handreiking hanteert het uitgangspunt alleen vereisten te formuleren die relevant zijn voor de financiële monitoring en sturing en om de rechtmatigheid van betalingen te kunnen controleren. Aansluiting bij de standaarden ontwikkeld door het programma i-Sociaaldomein bevordert gelijke registratie- en verantwoordingseisen jeugdhulp-breed. Vanwege het privacygevoelige karakter van de Jeugd-GGZ vragen we specifiek aandacht voor verantwoording en controle.

¹ <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/uitfaseren-dbc-systematiek-jeugd-ggz-per-2018>

Inhoud van de handreiking

Deze handreiking bevat adviezen op de volgende onderdelen:

1. Een model voor het onderbouwen van uurtarieven en relevante bronnen voor het onderbouwen van deze uurtarieven (toegevoegd in v2.0 van deze handreiking);
2. Relevante definities en productcodes in de landelijke productcodelijst;
3. Spelregels voor registratie, berichtenverkeer, declaratie, verantwoording en controle.

Toepassing van de definities, productcodes en spelregels zijn gericht op gelijkvormigheid in contractvereisten en controle-afspraken vanuit gemeenten om onnodige administratieve lasten voor zorgaanbieders te voorkomen.

De informatie over kostenopbouw in de GGZ zoals toegevoegd in hoofdstuk 3 heeft niet de status van een tariefadvies. De informatie dient als input voor tariefgesprekken. De VNG benadrukt dat verschillen in zorgaanbod reden kunnen zijn voor verschillen in tarieven.

De VNG adviseert gemeenten bij toepassing van de inspanningsgerichte bekostigingsvariant om de definities, productcodes en spelregels zoals geformuleerd in dit document over te nemen in af te sluiten contracten om administratieve lasten te beperken.

Vragen over de (toepassing van de) inhoud van deze handreiking of over de overgang van bekostiging jeugd-GGZ naar een uitvoeringsvariant kunnen door gemeenten worden gesteld aan de VNG en door aanbieders aan GGZ-Nederland.

1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een inleiding van de context van deze handreiking. Deze is van belang om de lezer een beeld te geven bij de achtergronden van de in deze handreiking opgenomen informatie om daarmee de informatie en het gebruik ervan op waarde te kunnen schatten.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- 1.1 Context van deze handreiking
- 1.2 Doelstelling en scope van deze handreiking
- 1.3 Kenmerken specialistische Jeugd-GGZ gerelateerd aan bekostiging
- 1.4 Toepassing van deze handreiking in andere uitvoeringsvarianten
- 1.5 Leeswijzer

1.1 Context van deze handreiking

Het ministerie van VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars (ZN) hebben begin 2014 een convenant afgesloten op basis waarvan gemeenten en aanbieders de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) als bekostigingssystematiek voor de specialistische jeugd-GGZ gebruikt hebben in de eerste drie jaar na decentralisatie van de jeugdhulp. Het gebruik van DBC's is tijdelijk toegestaan in de Regeling Jeugdwet² waarna gemeenten, dus met ingang van 2018, een andere bekostigingssystematiek moeten gaan hanteren.

Het gebruik van DBC's binnen de specialistische GGZ is onder de zorgverzekeringswet (Zvw) sterk gebonden aan regels opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Onder de Jeugdwet bestaan geen vergelijkbare centraal geformuleerde definities en regels. Om vermijdbare administratieve lasten te beperken hebben gemeenten en aanbieders binnen het programma i-Sociaal Domein³ daarom veldnormen opgesteld: i-Standaarden voor berichtenverkeer, drie uitvoeringsvarianten, standaardartikelen voor deze uitvoeringsvarianten, een model voor de productieverantwoording en een landelijk controleprotocol. Deze handreiking sluit aan op deze standaarden.

1.2 Doelstelling en scope van deze handreiking

Bij de inkoop van Jeugd-GGZ hanteren gemeenten vanaf 2018 één van de drie door het programma i-Sociaal Domein beschreven uitvoeringsvarianten. Deze uitvoeringsvarianten zijn: inspanningsgericht, outputgericht of taakgericht. Ter ondersteuning van gemeenten en aanbieders bij de overgang van de bekostiging voor Jeugd-GGZ is deze handreiking opgesteld. De informatie in deze handreiking heeft betrekking op de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant en beperkt zich tot thema's als de opbouw van het tarief, relevante definities en productcodes en zogenaamde spelregels voor bekostiging. Met deze informatie verwachten we dat gemeenten zelf een vertaalslag maken naar de implementatie van de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. De VNG hanteert de werkwijze zoals is beschreven in deze handreiking ook voor de Landelijke

Raamovereenkomsten Jeugd die de VNG afsluit namens gemeenten met aanbieders voor specifieke vormen van specialistische jeugdhulp.

Het belang van eenduidige definities en afspraken is in de inspanningsgerichte variant het grootst. De informatie in deze handreiking is (op onderdelen) ook bruikbaar bij het uitwerken en implementeren van de andere twee uitvoeringsvarianten zonder dat deze ook volledig zijn uitgewerkt in deze handreiking, zie toelichting verderop in dit hoofdstuk. [Het is aan gemeenten om te bepalen aan welke uitvoeringsvariant zij de voorkeur aan geven.](#)

² <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/ministeriele-regeling-jeugdwet-in-werking-getreden>

³ www.i-sociaaldomein.nl

Keuze voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant betekent dat behandelingen voor specialistische Jeugd-GGZ, die gemeenten anno 2017 bekostigen overeenkomstig de DBC's-systematiek, vanaf 2018 bekostigd worden op basis van enerzijds de tijd besteedt aan behandeling van cliënten en anderzijds, waar van toepassing, op basis van de verblijfsdagen van de cliënt in een kliniek of op basis van 'verblijf zonder overnachting'.

Bij deze vorm van contracteren is het belangrijk om contractuele afspraken te maken, met daarin duidelijke definities, contractuele spelregels en vereisten rond registratie en facturatie. Gelijke definities, spelregels en vereisten gehanteerd door verschillende gemeenten voorkomt dat aanbieders te maken krijgen met een voor aanbieders onwerkbare diversiteit in contracten met als gevolg een complexe uitvoering en administratieve afhandeling. Deze handreiking geeft daarom richtinggevend advies aan gemeenten over te hanteren productcodes en spelregels rond registratie en declaratie (hierna: spelregels). Deze spelregels, bijvoorbeeld de voorwaarden waaronder bestede tijd wel en niet gedeclareerd mag worden, hebben ook vaak een directe relatie met de tariefhoogte.

Naast deze bekostigingsvragen dienen gemeenten en aanbieders ook de ICT-systemen en het berichtenverkeer onderling voor te bereiden op de overgang van DBC's naar één van de drie uitvoeringsvarianten. Het programma i-Sociaal Domein publiceert tegelijkertijd met deze handreiking een [technisch protocol 'Protocol beëindiging DBC-bekostigingssystematiek jeugd-ggz en JW321-bericht per 1 januari 2018'](#). Een belangrijke verandering is dat het specifiek voor Jeugd-GGZ ontwikkelde DBC-declaratiebericht (JW321) gaat verdwijnen. Aanbieders kunnen zorg verleend in 2018 digitaal factureren met het reguliere iJW-bericht (303F).

1.3 Kenmerken specialistische Jeugd-GGZ gerelateerd aan bekostiging

Als introductie op de inhoud van de hoofdstukken 2 en 3 is hieronder een aantal thema's uitgewerkt die relevant zijn voor de inrichting van inspanningsgerichte bekostiging voor Jeugd-GGZ.

De functiemix van behandelaren is relevant voor het uurtarief voor Jeugd-GGZ.

Een mix van professionals met een diversiteit in opleidingsniveau verleent de zorg voor kinderen met een (vermeende) stoornis. Deze mix kan sterk verschillen per behandeling en kan verschillen tijdens het verloop van de behandeling. In de tariefonderbouwing, zoals voorheen uitgevoerd door de NZa, werd rekening gehouden met de op basis van historische gemiddelde kosten bij aanbieders vastgestelde functiemix van de behandelaren, het daarbij horende salarisniveau met daaraan toegerekende overige kosten. De functiemix verschilt per tijdsinterval en per diagnosehoofdgroep van de DBC's. Bij korte DBC's is het aandeel van psychiaters en hoger opgeleide behandelaren relatief groot. In langere zorgtrajecten verlenen ook andere behandelaren een groter deel van de zorg.

Berichtenverkeer en procesafspraken rond de toewijzing zijn belangrijk, ook voor de controle op de financiële rechtmatigheid van betalingen

Met het berichtenverkeer, aangeduid als iJW, en de voor het berichtenverkeer beschreven processen⁴ vindt administratieve informatie-uitwisseling op cliëntniveau plaats voor alle vormen van jeugdhulp. Wanneer een cliënt via de gemeentelijke toegang komt ontvangt de aanbieder een *Toewijzingsbericht* (JW301). Bij verwijzing door de huisarts of een andere medische verwijzer stuurt de aanbieder de gemeente (op basis van het woonplaatsbeginsel) het bericht *Verzoek Om Toewijzing* (JW315). Bij akkoord (na toetsing van het woonplaatsbeginsel) stuurt de gemeente een *Toewijzingsbericht* (JW301) voor deze specifieke cliënt. Dit proces bespoedigt het declaratie- en controleproces. Aanwezigheid van een Toewijzingsbericht, met indien van toepassing de medische verwijzing, is een belangrijke controle voor de rechtmatigheid van betalingen.

Goed ingericht berichten verkeer en gebruik van modellen voor verantwoording en controle ontwikkeld door het programma i-Sociaal Domein zijn belangrijke voorwaarden voor een efficiënt verlopend jaarrekeningproces bij aanbieders en gemeenten.

⁴ Het procesmodel en de beschrijving van de verschillende iJW-berichten is te vinden op <https://modellen.istandaarden.nl>

Deelprestaties verblijf (A t/m G) kunnen gecontinueerd worden binnen inspanningsgerichte bekostiging maar vereenvoudiging is mogelijk

Naast de DBC-codering voor de behandelingen bestaan in de huidige situatie ook andere zogenaamde 'deelprestaties', waaronder de verschillende verblijfscategorieën, oplopend in zwaarte A tot en met G⁵. De kosten van deze deelprestaties zijn in hoge mate gerelateerd aan de intensiteit en daarmee de formatie van het aanwezige Verzorgend, Opvoedkundig en Verplegend personeel (VOV) en de daaraan toegerekende overheadkosten. Hoe de benodigde VOV-formatie samenhangt met de zorgvraag van cliënten die intramuraal verblijven is beschreven in de prestatieomschrijvingen van de NZa.

Bij de overstap naar inspanningsgerichte bekostiging kunnen gemeenten de definities van de huidige deelprestaties verblijf continueren in de contracten met aanbieders van Jeugd-GGZ. Deze deelprestaties verblijf blijven daarom per 2018 onderdeel van de standaard landelijke productcodelijst. Voor gemeenten die in contracten met GGZ-aanbieders slechts één verblijfsprestatie en tarief willen hanteren wordt in de landelijke productcodelijst ook een generieke prestatiecode toegevoegd zonder de aanduiding A t/m G. Een nadere toelichting op het gebruik van de productcodelijst is opgenomen in hoofdstuk 3.

Privacy en controle, een complexe combinatie

Privacy is een belangrijk thema in de GGZ⁶. Een (Jeugd-)GGZ-behandeling vindt plaats binnen de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Eindverantwoordelijkheid ligt bij de arts/psychiater. Het is in de praktijk niet eenvoudig objectief vast te stellen wanneer een behandeling is afgerond. In de praktijk bepalen cliënt (ingeval van een jeugdige vaak met betrokkenheid van de ouders) en de behandelaar dit. De gemeente krijgt op grond van privacyregelgeving geen inzicht in het behandelplan van de cliënt, tenzij daar toestemming voor is gegeven door cliënt (of ouders).

Privacy is ook een thema binnen de financiële controle en het jaarrekeningproces. De accountant van de aanbieder controleert of er sprake is van een juiste zorgtoewijzing vanuit de gemeente en een geldige medische verwijzing (wanneer de jeugdige in zorg komt na een medische verwijzing). De accountant van de aanbieder controleert administratief of de aan de gemeente toegestuurde factuur aansluit bij de toewijzing van de gemeente, de contractafspraken en de registraties bij de aanbieder. Bij vragen over doelmatig gebruik of vermoedens van fraude kan de gemeente aanvullend vormen van controle inzetten. De Regeling Jeugdwet beschrijft de wijze waarop gemeenten dit controleproces zorgvuldig kunnen inrichten.

Crisis en beschikbaarheid in de Jeugd-GGZ

Beschikbaarheid van voorzieningen, waaronder crisisopvang, is belangrijk voor cliënten, gemeenten en aanbieders. Jeugdhulpregio's en GGZ-aanbieders maken hierover afspraken bij voorkeur op regionaal of bovenregionaal niveau, in samenhang met andere beschikbaarheidsvoorzieningen binnen de jeugdhulp. Het beschikbaar hebben en houden van specifieke functies vraagt speciale aandacht op het gebied van bekostiging. Vooral wanneer het gaat om het bekostigen van zogenaamde "lege bedden". Voor het maken van bekostigingsafspraken voor dit type beschikbaarheid kunnen gemeenten in beginsel kiezen voor (a) een opslag op de behandelarieven, gecombineerd met de beschikbaarheidstoeslag en daarmee een variabele bekostiging hanteren of (b) een lumpsum-bedrag (taakgericht) afspreken gebaseerd op inhoudelijke, kwalitatieve en kwantitatieve kenmerken van de beschikbaarheidsstaak. In dat laatste geval (b) is geen sprake van inspanningsgerichte afspraken maar van de taakgerichte uitvoeringsvariant.

1.4 Toepassing van deze handreiking in andere uitvoeringvarianten

De methodiek en de informatie voor het onderbouwen van uurtarieven (hoofdstukken 2 en 3) kan ook worden toegepast voor de outputgerichte variant. In deze variant spreken partijen een tarief af voor het uitvoeren van plan gericht op beoogde resultaten op cliëntniveau. Zo'n tarief staat dus voor alle inzet van professionals en het uurtarief van deze professionals. Hoewel geen sprake is tariefafspraken per uur kunnen partijen wel het gesprek aangaan over de kosten per uur.

⁵ Website NZa: "Beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ"

⁶ Voor uitgebreide informatie: www.vng.nl/privacy

Het belang van definities en spelregels (hoofdstuk 4) is voor de outputgericht variant minder groot dan voor de inspanningsgerichte variant. De afspraken over zorgtoewijzing en berichtenverkeer zijn in de beide varianten gelijk. De spelregels over tijdschrijven zijn niet nodig, betaling is immers niet gekoppeld aan werkelijke inzet van professionals. Gemeenten hanteren voor de outputgerichte variant andere productcodes van de landelijke productcodelijst, aangeduid als '(outputgericht)'.

Bij het inrichten van de taakgerichte variant zijn de definities en spelregels in hoofdstuk 4 niet relevant. Partijen maken in deze variant immers geen afspraak op cliëntniveau. Gemeenten en aanbieders kunnen in deze variant wel op cliëntniveau berichten uitwisselen, bijvoorbeeld de regieberichten.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van deze handreiking geeft een model voor onderbouwing van de uurtarieven voor behandelingen specialistische Jeugd-GGZ. Het model beschrijft een methodiek om uurtarieven transparant te onderbouwen inclusief relevante bronnen voor het vullen van het model.

De informatie over kostenopbouw in de GGZ zoals toegevoegd in hoofdstuk 3 heeft niet de status van een [tariefadvies](#). De informatie dient als achtergrondinformatie voor analyses voor berekening van tarieven en ter ondersteuning van tariefgesprekken. De VNG benadrukt dat verschillen in zorgaanbod reden kunnen zijn voor verschillen in tarieven.

Hoofdstuk 4 bevat belangrijke keuzes, definities, productcodes en spelregels die horen bij de bekostiging. Hoofdstukken 2, 3 en 4 dienen in samenhang te worden toegepast omdat bijvoorbeeld spelregels over het tijdschrijven direct impact kunnen hebben op de hoogte van het uurtarief

2 Tariefmodel Jeugd-GGZ

In dit hoofdstuk is informatie opgenomen van de wijze waarop een gemeente en aanbieder afspraken kunnen maken over een tarief. Het gaat hierbij enerzijds om het te doorlopen proces om te komen tot tariefafspraken. Anderzijds gaat het ook om de componenten die leiden tot een integraal tarief waarin alle kostendrijvers in zijn vertegenwoordigd.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

2.1 Totstandkoming van een tarief

2.2 Model voor een tariefopbouw

2.3 Keuze: Mix-tarief of gemiddeld tarief

2.1 Totstandkoming van een tarief

Wanneer gemeenten en aanbieders de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant willen toepassen als alternatief voor DBC's, is één van de vragen die hieruit voortvloeit wat een passend uurtarief is. Hoe tarieven per behandeling tot stand komen hangt sterk af van de inkoopstelsel die een gemeente kiest. In beginsel kan dit op de volgende manieren⁷:

1. Het toepassen van een marktmechanisme om te komen tot een gecontracteerd tarief;
2. Gemeente stelt al dan niet na onderhandeling en/of tariefgesprek een tarief vast.

Beide vormen zijn hierna toegelicht.

1. Het toepassen van een marktmechanisme om te komen tot een gecontracteerd tarief: Aanbieders offren een tarief voor de zorgvorm en prestaties zoals beschreven in een contracteringsdocument (marktconsultatie, aanbesteding, et cetera). Aanbieders nemen dan vooraf kennis van de geformuleerde definities en spelregels. Zij berekenen daarmee intern een passend tarief, rekening houdend met de definities en spelregels en offren dit tarief conform het contracteringsdocument. Aanbieders kunnen dit voorstel onderbouwen met het hieronder gepresenteerde model voor tariefonderbouwing. Gemeenten leggen na afloop van de inkoopprocedure de tarieven vast in overeenkomsten. Er kan sprake zijn van verschillende tarieven per aanbieder voor hetzelfde product

2. Gemeente stelt al dan niet na onderhandeling en/of tariefgesprek een tarief vast De gemeente kan hierbij overwegen om op basis van een vooraf helder gedefinieerd proces en uitgangspunten in overleg te komen tot een tarief of kan overwegen om te onderhandelen over de tariefhoogte met een aanbieder gebaseerd op een startsituatie van gemeente of de aanbieder. In al deze gevallen zijn op hoofdlijnen drie opties denkbaar en mengvormen daarvan:

- a. Het baseren van tarieven op de in de huidige afgesloten overeenkomsten DBC-behandeltarieven. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen, als contracten voor langere periode zijn afgesloten. Dit vraagt "rondrekening" van het nieuwe uurtarief naar eerder gecontracteerd bestaand DBC-tarief.
- b. Het bepalen van het tarief aan de hand van onderzoek naar een reële kostprijs. Dit betekent dat de gemeente informatie verzamelt bij het veld over kostendrijvers en op basis daarvan een tarief berekent. Dit is echter geen eenvoudige methode. Het verzamelen van onderliggende (kostprijs) informatie bij aanbieders vraagt veel inspanning van aanbieders en gemeenten.
- c. Het bepalen van het tarief aan de hand van een (normatieve) onderbouwing waarbij de gemeente of aanbieder het tarief opbouwt aan de hand van normatieve componenten voor salariskosten van behandelaren, opslagen voor toegerekende kosten en beschikbare tijd voor cliënten (productiviteit van de behandelaren). Het hieronder gepresenteerde model biedt een handvat voor deze methode.

⁷ In deze handreiking gaan we niet in op de specifieke inkoopvorm (bijvoorbeeld aanbesteding met behulp van dialoog of bestuurlijk aanbesteden) die gemeenten kunnen hanteren en de hierbij van toepassing zijnde wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Aanbestedingswet). Van belang is dat gemeenten de hier gepresenteerde werkwijze op een goede wijze borgen in het gehele inkoopproces.

Ter info: Voor de landelijke raamovereenkomst jeugdhulp (LRJ) past de VNG een mengvorm toe van 2a en 2c. De bestaande raamovereenkomsten moeten worden voortgezet in 2018. De prestaties en tarieven voor verblijfsdagen worden daarom voortgezet (met indexering). De DBC-prestaties worden neutraal omgezet naar prestaties en uurtarieven zoals beschreven in dit document, waarbij een harmonisatie plaatsvindt tussen de verschillende aanbieders.

2.2 Model voor een tariefopbouw

Voor een goed begrip tussen gemeenten en aanbieder is het van belang dat partijen een gelijke systematiek en taal hanteren. In vrijwel alle kostprijsonderzoeken hanteren partijen een systematiek met als basis het CAO-loon van de behandelaren. Bovenop de loonkosten worden toeslagen toegepast voor kosten als overige personeelskosten (waaronder management, ondersteuning en ervaringsdeskundigen) en overheadpercentages. Deze totale kosten op jaarbasis worden vervolgens gedeeld door de netto beschikbare uren op jaarbasis om een kostprijs per uur te krijgen.

Het hieronder gepresenteerde model volgt de hiervoor beschreven algemene lijn. Het model rekent alle kosten toe naar één uur van een behandelaar. Het model is generiek en daarmee toepasbaar voor alle uitvoeringsvarianten en alle vormen van jeugdhulp. Een belangrijke component bij het bepalen van de directe loonkosten is de zogenaamde functiemix. Dit betreft de samenstelling van verschillende functies om één product te leveren. De functiemix is daarmee het samenstel van verschillende functionarissen en hun aandeel in het product.



Figuur 1. Model voor tariefonderbouwing GGZ-behandeling

Een korte toelichting op de verschillende componenten in dit model:

- A Zoals toegelicht in hoofdstuk 1 is de functiemix van behandelaren een zorginhoudelijke parameter en belangrijk voor de kwaliteit van zorg. De mix van professionals die betrokken zijn bij een behandeling kan bij een academische GGZ-aanbieder anders zijn dan bij een andere GGZ-aanbieder. Een zwaardere functiemix, dus met meer medici of wetenschappelijk personeel, kan gerelateerd zijn aan complexere zorg of aan de onderzoekscomponent in de organisatie.
- B De salariskosten van deze functies zijn verschillend en gebaseerd op CAO-afspraken in de sector. Bovenop de salariskosten betaalt de GGZ-aanbieder werkgeverslasten (belastingen en pensioen) en, indien van toepassing, een onregelmatigheidstoeslag. In de CAO voor medisch specialisten zitten tevens een opslag van managementtaken en persoonsgebondenbudget Deze vormen samen de directe personele kosten van de behandelaren.

- C De toegerekende overige kosten worden verwerkt als een opslag op de directe personele kosten. Dit kan een absoluut bedrag zijn of een percentage van de directe personele kosten. Onder deze categorie vallen kosten als de personeelskosten van leidinggevenden in het primaire proces, de overheadkosten vanuit de organisatie (bijvoorbeeld ICT, administratie, receptie, planning en schoonmaak), kosten voor opleiding en innovatie en de toegerekende kosten van directie, staf en/of management van de organisatie. Ook de kapitaal- en huisvesting gerelateerde kosten voor de werkruimte van de behandelaar worden opgenomen in de toegerekende overige kosten. Wanneer een risico-opslag wordt gehanteerd, wordt deze opgenomen in component C.
- D De som van directe (B) en toegerekende kosten (C) worden omgeslagen over de tijd die een behandelaar per jaar kan besteden aan een cliënt. Deze tijd beschikbaar voor cliënten (aantal uur per jaar) wordt berekend door het aantal werkbare uren op jaarbasis te verminderen met afwezigheid voor vakantie, ziekte en opleiding. Ook het aantal uren dat een behandelaar besteedt aan algemene niet cliëntgebonden indirecte tijd wordt in mindering gebracht. Dit is de tijd voor regulier werkoverleg, beleid, intervisie en reflectie. Tijd voor interne projecten zoals innovatie of onderzoek vallen niet onder de algemene niet-direct cliëntgebonden tijd. Deze zijn als kosten verwerkt in component C of worden uit andere geldstromen betaald.

De werking van dit model is (met fictieve getallen) weergegeven in figuur 2 hieronder.

A functiemix	B salaris/jaar	C kosten/jaar	D uren/jaar	(B+C)/D kosten/uur
10% Arts	€ 120.000	€ 45.000	1250	€ 132
50% WO	€ 90.000	€ 45.000	1250	€ 108
40% HBO	€ 70.000	€ 45.000	1250	€ 92
Gewogen gemiddelde :				€ 104

Tabel 1. Rekenvoorbeeld met fictieve getallen

2.3 Keuze: mix-tarief of gemiddeld tarief

Keuze: Mix-tarief of tarief per functieniveau is afhankelijk van de gemeentelijke visie op sturing en transformatie.

De belangrijkste zorginhoudelijke parameter in het model voor de tariefonderbouwing (figuur 1) is de mix van behandelaren die betrokken zijn bij de behandeling. Deze inzet van verschillende behandelaren kan op twee manieren worden bekostigd: een tarief per functieniveau of een tarief dat door alle behandelaren kan worden gedeclareerd, dus gebaseerd op een tarief op basis van het gewogen gemiddelde zoals in de vorige paragraaf beschreven. Dit laatste wordt aangeduid als een mix-tarief.

Beide vormen kennen voor- en nadelen. Overwegingen bij de keuze tussen deze twee varianten zijn:

- Een tarief per functieniveau volgt het principe "betalen voor exact geleverde aantal uur aansluitend bij het niveau van de zorgprofessional". Hiermee betaalt de gemeente voor de exacte tijd van iedere professional.
- Een mix-tarief bevat een prikkel voor de aanbieder om bedrijfseconomisch de inzet te optimaliseren; een tarief per functie bevat geen prikkel tot taakdelegatie. Omgekeerd kan deze prikkel bij een mixtarief mogelijk ook leiden tot een te grote druk op bedrijfseconomische optimalisatie met als gevolg een te minimaal opgeleide mix, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg. Een oordeel over dergelijke prikkels moet worden gezien in het geheel van prikkels in de afspraken die gemeenten en aanbieders maken.
- Met een tarief per functieniveau ontvangt de gemeente gedetailleerde informatie over de ingezette mix van professionals. Of deze informatie nodig is voor beleidsinformatie of sturing is ter beoordeling van de gemeente.

Ter informatie: jeugdhulpregio Gooi- & Vechtstreek heeft voor de gehele jeugdhulp gekozen om een tarief vast te stellen op basis van het functieniveau van de behandelaren. De VNG contracteert aanbieders van specialistische Jeugd-GGZ in het landelijke contract op basis van een gemiddelde, dus een mix-tarief.

3 Informatie voor het uitwerken van een tariefberekening

In het vorige hoofdstuk is informatie opgenomen over de bouwstenen die van invloed zijn op de totstandkoming van een uurtarief voor Jeugd-GGZ uitgaande van de outputgerichte bekostigingsvariant. In dit hoofdstuk is informatie opgenomen die inzicht geven over de grootheden die partijen nodig hebben om een tariefberekening te kunnen maken. Zoals in hoofdstuk 1 is weergegeven dient de gebruiker van deze informatie rekening te houden met de achtergrond en context van de bronnen om misverstanden te voorkomen bij het uitwerken en bepalen van een tarief. Het gaat in dit hoofdstuk om de tariefbepaling voor behandeling. In dit hoofdstuk is geen informatie opgenomen voor tariefbepaling van verblijf of specifieke functies waarin beschikbaarheid een grote rol speelt zoals crisiszorg.

Dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de volgende onderwerpen:

3.1 Kostenverschillen en verschillen in tarieven

3.2 Informatie over berekening van de bouwstenen van een tarief voor behandeling door instellingen

3.3 Informatie over berekening van de bouwstenen van een tarief voor behandeling door vrijgevestigden

3.1 Kostenverschillen en verschillen in tarieven

Bij het uitwerken en onderbouwen van een uurtarief, is het belangrijk te weten dat kosten soms (sterk) kunnen verschillen tussen aanbieders. Die verschillen hebben te maken met structuurkenmerken waar een aanbieder soms wel en soms geen invloed op heeft, zoals:

- **Vestigingsplaats:** een vestigingsplaats in de Randstad leidt dan soms tot een ander kostenniveau dan daarbuiten. Dit hangt bijvoorbeeld samen met kosten van vastgoed, beschikbaarheid van mensen (schaarste leidt tot een ander salarisniveau) en aanrijtijden bij crisis
- **Zorginhoud:** verschillen hebben te maken met de inhoud van de zorgvraag, opvattingen over de zorginhoud, de hierbij benodigde competenties en uit te voeren activiteiten. Verschillen komen ook voort uit de aard of de complexiteit van het zorgaanbod dat gerelateerd is aan bepaalde type zorgvragen. Bij aanbieders van complexere zorgvormen, kan het percentage niet cliëntgebonden tijd, voor intervisie en opleiding, hoger zijn.
- **Organisatiekenmerken:** ook algemene kenmerken van de organisatie bepalen het kostenniveau. Een reguliere jeugd-GGZ-aanbieder zal werken met een bredere functiemix (met hoge en lager opgeleide professionals) dan een vrijgevestigde psychiater die het werk allemaal zelf uitvoert. Tegelijkertijd hebben reguliere aanbieders te maken met overheadkosten die over het algemeen hoger zijn dan een vrijgevestigde GGZ-aanbieder.

Kortom, vestigingsplaats, zorginhoud en organisatiekenmerken legitimeren kostenverschillen. In hoeverre gemeenten (en aanbieders) wel of geen op deze kostenverschillen gebaseerde tariefdifferentiatie hanteren, is aan partijen. Deze handreiking bevat geen normatieve uitspraak over wat een passend tarief is en hoe partijen omgaan met kostenverschillen.

3.2 Informatie over berekening van de componenten van een tarief voor behandeling door instellingen

Voor een goed begrip van de opbouw van de kosten en de tarieven voor jeugd-GGZ zal een gemeente behoefte hebben aan vergelijkingsmateriaal. De NZa voert in de GGZ (niet specifiek voor jeugd-GGZ) kostenonderzoek uit om informatie te verzamelen ten behoeve van de tariefbepaling

In deze paragraaf is informatie opgenomen die als referentie kan dienen voor de componenten bij de ontwikkeling van tarieven. Hierbij dient de gebruiker van deze informatie zich te realiseren dat het hier

niet gaat om uitputtende informatie, maar informatie die in het kader van verschillende doeleinden is verzameld. De gebruiker dient verstandig om te gaan met deze informatie en zelf kritisch te blijven op deze informatie en waarde die het heeft voor de analyses die de gebruiker zelf wenst uit te voeren. Er zijn diverse overige bronnen en benchmarks te vinden die informatie opleveren over tarieven en kostenniveaus in de zorg, maar deze zijn over het algemeen te weinig specifiek om direct bruikbaar te zijn voor het onderbouwen van tarieven. Deze bronnen geven een lezer wel algemeen inzicht in kostendrijvers in de zorg en verschillen tussen verschillende deelsectoren⁸.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde informatie is afkomstig uit de volgende bronnen:

1. VNG: informatie over componenten voor tariefbepaling voor de Landelijke Raamovereenkomst Jeugd (LRJ)
2. NZa: informatie over componenten voor tariefbepaling van de volwassen GGZ

Voor het gebruik van deze informatie is het belangrijk de context van deze bronnen goed te begrijpen. In de volgende sub-paragrafen is de beschikbare informatie nader toegelicht en is de oorsprong en context van de bronnen beschreven.

Informatie over component A (functiemix) is afkomstig van de VNG

De VNG past voor 2018 in het LRJ mix-tarieven toe voor de landelijk gecontracteerde aanbieders Jeugd-GGZ, dus op basis van de functiemix van in de behandeling betrokken professionals. De VNG heeft geen volledig kostenonderzoek gedaan. Bij het bepalen van 2018 tarieven zijn in beginsel de bestaande DBC-tarieven omgezet naar uurtarieven voor de verschillende GGZ-functies.

Daarbij onderbouwt de VNG deze nieuwe uurtarieven transparant met behulp van het model zoals dat is beschreven in hoofdstuk 2. De VNG maakt daarin zowel gebruik van de informatie beschikbaar in deze versie van de handreiking als van informatie van de aanbieder over de eigen functiemix. Het betreft dus de functiemix van aanbieders die door de VNG zijn gecontracteerd omdat er sprake is van een hoog-specialistisch aanbod.

Voor het bepalen van de mix van professionals betrokken bij de jeugd-GGZ (component A) heeft de VNG een uitvraag gedaan onder de bestaande contractpartijen naar de verhouding van de tijd besteed in een DBC door de verschillende zorgprofessionals bij de huidige jeugd-GGZ-aanbieders in de LRJ. Op basis daarvan is een gemiddelde mix van professionals bepaald voor groepen aanbieder in de bestaande raamovereenkomst. De getoonde functiemix kan dus voor andere vormen van jeugd-GGZ en andere instellingen er anders uitzien. Daarbij is te verwachten dat de mix voor behandeling lichter is dan voor diagnostiek⁹. Ook is zichtbaar dat de functiemix bij universitaire centra zwaarder is dan bij de beide andere groepen. Bij elk deze hoog-specialistische aanbieders was het aandeel MBO-beroepen verwaarloosbaar.

Functiemix voor groepen GGZ-aanbieders	Behandeling HBO - WO - Arts	Diagnostiek HBO - WO - Arts
Academische centra	25% - 45% - 30%	5% - 50% - 45%
Universitair centra	30% - 30% - 40%	15% - 40% - 45%
Andere specialistische jeugd-GGZ-aanbieders	45% - 35% - 20%	15% - 55% - 30%

Tabel 2. Mix van behandelaren bij huidige jeugd-GGZ-aanbieders in de LRJ (bron: VNG)

⁸ Voor het bepalen van de opslagen voor 'overhead/overige kosten' bestaan een aantal benchmarkonderzoeken: Actiz (2013): Achtergrondrapportage: Inzichten vanuit de benchmark in de zorg, Berenschot (2013): Rapportage benchmark overhead, KPMG (2014): Inzicht in tarieven Wmo en Jeugdzorg, PWC (2007): Weten voor Beter, Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg, CBS: Statline 2011, Benchmark jeugddomein, Benchmark Care van Berenschot.

⁹ Met diagnostiek wordt bedoeld de situatie waarin alleen diagnostiek wordt verricht. Met behandeling wordt de situatie aangeduid dat diagnostiek en behandeling beide plaatsvinden – zie ook hoofdstuk 4.

Informatie over overige componenten (B, C en D), afkomstig van de NZa

De NZa voert vanuit haar wettelijke taak kostenonderzoek uit om landelijke maximum tarieven voor GGZ-zorg aan volwassenen te onderbouwen. Met het oog op de voorbereiding van tariefgesprekken tussen gemeenten en aanbieders in het Sociaal Domein heeft de VNG aan de NZa gevraagd om inzicht te verschaffen in de uitkomsten van enkele deelonderzoeken. De NZa heeft daarop positief gereageerd.

De gegevens die de NZa heeft ontvangen, is afkomstig uit een steekproef uitgevoerd onder ggz-instellingen (42 respondenten) en vrijgevestigde ggz-professionals die ggz zorg verlenen. Het betreft per kostendrager het door de NZa berekende gemiddelde van de door deze respondenten aangeleverde kosten. Hierdoor is in het onderzoek geen of veel minder informatie verzameld onder professionals die zich specialiseren in jeugd-GGZ. Voor de beroepen 'orthopedagoog-generalist' en de 'kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)' heeft NZa geen informatie verkregen in het onderzoek. De NZa heeft voor deze beroepen informatie beschreven zoals verzameld voor de beroepsgroep 'gz-psycholoog'.

Component B: bruto salaris behandelaren

In de (jeugd-)GGZ zijn diverse professionals werkzaam met een verschillend opleidings- en ervaringsniveau. Soms werken zij als vrijgevestigde, soms in een instelling. In dat laatste geval zal veelal een team van behandelaren betrokken zijn bij een jeugdige.

Om component B, het bruto salaris van de behandelaren, te bepalen is informatie nodig over de inschaling van verschillende GGZ-beroepen in de GGZ-CAO, het opleidingsniveau van deze beroepen en de toeslagen die de werkgever betaalt. In bijlage 1 is een tabel opgenomen waarin per GGZ-beroepsgroep een bandbreedte is opgenomen van het bruto maandsalaris, gebaseerd op de inschaling van functies in de CAO-GGZ. Voor de vertaling van deze beroepen met CAO-schalen naar de opleidingsniveau kan de volgende indeling worden gehanteerd:

- Functies in CAO-schaal 50 zijn veelal functies op MBO-niveau
- Functies in CAO-schaal 55 of 60 zijn veelal functies op HBO-niveau
- Functies in CAO-schaal 60 zijn veelal functie op WO niveau zonder verdere specialisatie
- Functies in CAO-schaal 65 of hoger zijn functies op WO-niveau met specialisatie (GZ psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut e.a.)
- Functies aangeduid als AMS zijn artsen of medisch specialisten, hierna aangeduid als 'arts'

Bovenop de CAO-lonen betalen werkgevers de eindejaarsuitkering (7,75%), vakantiegeld (8%), werkgeverslasten (20% – 25%) en onregelmatigheidstoeslag indien van toepassing.

De CAO-schalen, in combinatie met de opslagen, geven een bandbreedte voor de werkelijke bruto salariskosten van de behandelaren, rekening houdend met de werkelijke inschaling van professionals. Het samenstel van deze salariskosten is opgenomen in tabellen 4 en 5 verderop in deze paragraaf. De gemiddelde bruto-salariskosten in die tabellen zijn dus gebaseerd op de feitelijke inschaling van behandelaren in de CAO-schalen inclusief de opslagen die de werkgever betaalt. Waar aanbieders gebruik maken van personeel dat ze niet in loondienst hebben maar inhuren, zijn eventuele hogere kosten verwerkt in de directe loonkosten van behandelaren, component B.

Component C: toegerekende overige kosten

Naast bruto salariskosten van behandelaren is bij GGZ-instellingen ook sprake van ander, niet tijd-schrijvend personeel en overige materiële kosten. In feite betreft het hier alle resterende kosten naast de kosten zoals beschreven in component B, die verbonden zijn aan de instelling en in enigerlei vorm een relatie hebben met de zorg die de instelling levert. In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de belangrijkste (mogelijke) kosten.

Kostendrijver	Categorie	Subcategorie
Overhead personeel	Kosten leidinggevenden en staf zorg	
	Kosten bestuur en leidinggevenden overig	
	Kosten ondersteunend personeel (o.a. PIOFAH)	
	Kosten innovatie en ontwikkeling zorg	
Overige kosten	Patiëntgebonden materiële kosten	Genees- en verbandmiddelen Instrumenten voor therapie
	Algemene kosten	Kantoorbenodigdheden Telefonie Dienstreizen Verzekeringen Belastingen
	ICT-kosten	Licentiekosten ICT-apparatuur kosten
	Kosten onderhoud en energie	Onderhoudskosten gebouw Energiekosten gebouw
	Kapitaallasten	Rente, afschrijving, huur en leasing roerende en onroerende goederen
		Overige facilitaire kosten

Tabel 3. Overzicht overige kosten (de kosten van genees- en verbandmiddelen zijn toegerekend aan verblijf en zitten dus niet in de materiële kosten van de behandelaren.)

De opbouw van de kostprijs in de GGZ wijkt sterk van andere branches of overheidsnormen, omdat sprake is van tijdschrijvend en niet-tijdschrijvende medewerkers (o.a. receptie, beveiliging, diagnostische medewerkers, secretariael en administratief personeel). De opslag (C) is daarmee relatief hoger dan in andere sectoren.

De kosten opgenomen als component C worden omgeslagen over het uurtarief van de behandelaren. De uitkomsten uit het NZa-kostenonderzoek naar component C zijn uitgesplitst voor basis-GGZ en specialistische GGZ. De informatie die de NZa heeft gedeeld is gebaseerd op formatie en kosten zoals aangeleverd bij de NZa door ggz-instellingen en vrijgevestigden. In de onderbouwing van de landelijke tarieven hanteert de NZa voor generalistische Basis-GGZ een verhouding van 53% instellingen tegen 47% vrijgevestigde aanbieders. Voor de specialistische GGZ is het aandeel vrijgevestigden in de tariefonderbouwing 9% en het aandeel instellingen 91%. Het maximum tarief dat de NZa vaststelt is dus grotendeels gebaseerd op de formatie en kosten zoals gerapporteerd door GGZ-instellingen en vrijgevestigden.

Let op: in de toegerekende overige kosten zit nog niet de rentevergoeding voor kapitaallasten (NHC). De huidige opslag is 7,8% op het DBC-tarief voor behandeling. De grondslag voor deze opslag is de som van component B en component C.

In onderstaande tabel zijn voor de belangrijkste beroepsgroepen de bruto salariskosten (B) en de toegerekende overige kosten (C) weergegeven. Component C betreft dus zowel de personele kosten van niet-tijdschrijvende beroepen als de materiële kosten, zie tabel 3 hierboven. De bedragen betreffen een gemiddelde uitkomst over de populatie in het NZa-onderzoek en kennen een spreiding rondom het gemiddelde. Deze waarden kunnen derhalve in de praktijk per instelling of vrijgevestigde verschillen. Uitgebreide tabellen met meer beroepen werkzaam in de GGZ is opgenomen in bijlage 3.

Basis GGZ		bruto salaris	overige kosten
Beroepen	Niveau	(component B)	(component C)
Ervaringsdeskundige	MBO	€ 41.058	€ 18.034
Maatschappelijk werkende	MBO/HBO	€ 61.545	€ 18.039
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO	€ 54.013	€ 17.748
Sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO	€ 57.906	€ 17.986
Verpleegkundige (art. 3)	HBO	€ 60.564	€ 18.522
Logopedist	HBO	€ 56.138	€ 18.213
Diëtist	HBO	€ 56.903	€ 17.951
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO	€ 67.302	€ 17.774
Sociaal Pedagogisch Verpleegkundige (SPV)	WO	€ 69.142	€ 18.786
Overige verpleegkundige beroepen	WO	€ 64.318	€ 18.030
GZ-psycholoog	WO	€ 79.070	€ 17.937
Klinisch psycholoog	WO	€ 104.164	€ 18.131
Psychotherapeut	WO	€ 96.382	€ 17.994
Arts (w.o. agnio)	Arts	€ 76.105	€ 18.102
Arts verslavingszorg	Arts	€ 98.809	€ 18.063
Kinderarts	Arts	€ 166.788	€ 18.030
Psychiater	Arts	€ 144.296	€ 36.951

Tabel 4. Bruto salaris en opslag toegerekende kosten per jaar, basis GGZ (bron: NZa)

Specialistische GGZ		bruto salaris	overige kosten
Beroepen	Niveau	(component B)	(component C)
Ervaringsdeskundige	MBO	€ 41.078	€ 52.593
Maatschappelijk werkende	MBO/HBO	€ 61.531	€ 48.123
Agoog kind- en jeugdpsychiatrie	HBO	€ 54.255	€ 42.854
Sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH)	HBO	€ 56.502	€ 41.767
Verpleegkundige (art. 3)	HBO	€ 58.838	€ 52.235
Logopedist	HBO	€ 57.267	€ 60.079
Diëtist	HBO	€ 57.428	€ 47.472
Pedagoog (waaronder orthopedagoog)	WO	€ 66.967	€ 45.341
Sociaal pedagogisch verpleegkundige (SPH)	WO	€ 68.760	€ 50.526
Overige verpleegkundige beroepen	WO	€ 64.320	€ 51.995
GZ-psycholoog	WO	€ 79.186	€ 47.268
Klinisch psycholoog	WO	€ 103.709	€ 51.597
Psychotherapeut	WO	€ 95.896	€ 47.038
Arts (w.o. agnio)	Arts	€ 74.989	€ 53.711
Arts verslavingszorg	Arts	€ 98.272	€ 53.803
Kinderarts	Arts	€ 156.589	€ 51.325
Psychiater	Arts	€ 144.367	€ 55.656

Tabel 5. Bruto salaris en opslag toegerekende kosten per jaar, gespecialiseerde GGZ (bron: NZa)

De tabellen laten zien dat de bruto salariskosten van tijd schrijvende beroepen sterk uiteenlopen terwijl de toegerekende overige kosten niet samenhangen met het salarisniveau van de zorgprofessional. Deze opslag (component C) is daarom in de tariefonderbouwing beter als absoluut bedrag dan als een percentage over het bruto salaris te becijferen.

Component D: netto beschikbare tijd voor de cliënt

Om tot een integraal tarief te komen, dient het totaal van de kosten te worden omgeslagen over het aantal gedeclareerde uren dat een behandelaar kan besteden aan declarabele tijd. Daarbij is het belangrijk om eenduidig af te spreken welke tijd van behandelingen gedeclareerd kan worden; de 'spelregels'. In hoofdstuk 4 van dit document is als spelregel opgenomen dat alle cliëntgebonden tijd kan worden gedeclareerd, zowel direct als indirect.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar het aantal gedeclareerde uren per jaar bij aanbieders van GGZ-zorg. De productiviteit kan anders liggen in een specifiek onderdeel daarvan, de jeugd-ggz. Het gewogen gemiddelde van het aantal gedeclareerde uren per jaar in het onderzoek kwam uit op 1099 uur per jaar. In bijlage 2 is een tabel opgenomen van het aantal gedeclareerde uren per jaar voor de verschillende GGZ-beroepen die tijd schrijven ten behoeve van declaraties in de vorm van de huidige DBC's.

Deze informatie is te gebruiken voor de onderbouwing van component D in het tariefmodel. Het is ook mogelijk voor component D een taakstellende (normatieve) productiviteitswaarde te hanteren. Of partijen wensen te werken met een taakstellende (normatieve) productiviteitswaarde zal mede afhankelijk zijn van verschillende afwegingen en de wijze waarop partijen veranderingen willen stimuleren.

3.3 Informatie over berekening van de componenten van een tarief voor behandeling door vrijgevestigden

Naast de tariefbepaling voor behandeling in instellingen, verlenen ook vrijgevestigden basis- en specialistische GGZ. Voor component B, de personele lasten, zijn de waarden die in tabel 3 zijn beschreven eveneens van toepassing op vrijgevestigden.

Voor component C gelden andere kosten voor vrijgevestigden dan voor instellingen. De materiele kosten (component C) zoals gepresenteerd in de tabellen in 3.2 en achterin, is een gewogen gemiddelde van instellingen en vrijgevestigden. Onder component C vallen de zogenaamde praktijkkosten van vrijgevestigden. De praktijkkosten zijn in een separaat deelonderzoek van de NZa onderzocht waarna gemiddelde zijn berekend. Uit het NZa-onderzoek volgen de volgende gemiddelde kosten voor component C voor vrijgevestigden:

- Vrijgevestigde psychiater: € 35.848 per jaar
- Overige vrijgevestigde aanbieders: € 17.071 per jaar

4 Definities en spelregels

In het vorige hoofdstuk is informatie weergegeven om tariefanalyses uit te voeren en tariefgesprekken te voeren. Echter, om een tariefberekening te kunnen maken zijn ook spelregels nodig die gelden voor de toepassing van het tarief. In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste spelregels genoemd en nader toegelicht.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- 4.1 Belang van heldere en uniforme vereisten
- 4.2 Productcodes
- 4.3 Zorgtoewijzing
- 4.4 Spelregels tijdschrijven
- 4.5 Tijdseenheid tariefafpraak
- 4.6 Registratie en declaratie
- 4.7 Verantwoording en controle

4.1 Belang van heldere en uniforme vereisten

Om administratieve lasten te verminderen en het eenvoudig vaststellen van de rechtmatigheid van betalingen te bevorderen heeft het programma i-Sociaal Domein voor de inrichting van de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant een aantal standaarddocumenten gepubliceerd:

1. Handreiking uitvoeringsvarianten¹⁰
2. Standaardartikelen Inspanningsgerichte uitvoeringsvariant¹¹
3. Productcodelijst Jeugd¹²
4. Model productieverantwoording en landelijk controleprotocol¹³

Om specifieke onduidelijkheden in de GGZ te voorkomen die kunnen leiden tot grote administratieve lasten, bevat deze handreiking een aantal concrete aanvullingen voor definities en spelregels. Deze zullen worden opgenomen in de nieuwe versie van de standaardartikelen die in juni 2017 verschijnen. De VNG past deze keuzes toe in de landelijke raamovereenkomsten Jeugd.

De VNG adviseert gemeenten om in de contractafspraken voor de verschillende thema's hieronder de definities en spelregels en de door het programma i-Sociaal Domein geformuleerde standaardartikelen op te nemen in contracten voor inspanningsgerichte bekostiging van Jeugd-GGZ.

4.2 Productcodes

Het is belangrijk dat gemeenten werken met zogenaamde 'inspanningsgerichte productcodes' uit de landelijke productcodelijst. Met het oog op het uitfaseren van DBC's heeft het Zorginstituut Nederland in april 2017 een update van de productcodelijst Jeugd gepubliceerd. Daarin zijn productcodes opgenomen voor de regionale inkoop van Jeugd-GGZ en voor de landelijke inkoopafspraken die de VNG maakt met enkele landelijk werkende aanbieders van specialistische Jeugd-GGZ. Voor uitgebreide toelichting verwijzen we naar de bijsluiter die over dit thema is opgesteld¹⁴. Hieronder zijn de belangrijkste aandachtspunten samengevat.

Nieuwe categoriën, nieuwe codes

¹⁰ <https://vng.nl/files/vng/20150812-handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-ijw.pdf>

¹¹ <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>

¹² <https://www.istandaarden.nl/ibieb/jz21-productcodetabel-jeugdwet>

¹³ <http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/toelichting-accountantsprotocol-2016-productieverantwoording-wmo-en-jeugdwet-2016>

¹⁴ http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2017/bijsluiter_standaardproductcodelijsten_wmo_en_jeugdwet_april_2017_0.pdf

Voor contracten Jeugd-GGZ, gebaseerd op de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant, hanteren gemeenten met ingang van 1-1-2018 productcodes in twee nieuwe categoriën. Dit betekent dat met een toewijzing voor deze categoriën, de productcodes in deze categoriën gedeclareerd kunnen worden, mits gecontracteerd natuurlijk.

Regionale afspraken jeugd-GGZ in de nieuwe productcategorie 54.
Landelijke afspraken (w.o. Jeugd-GGZ) in de nieuwe productcategorie 55.

Alle productcodes in categorie 52 gerelateerd aan de DBC's hebben de einddatum 31-12-2017 gekregen. Deze kunnen dus in 2018 niet meer gebruikt worden. De productcodes in categorieën 51 (basis-GGZ) en 53 (kinderartsen) hebben geen einddatum gekregen. Dit betekent dat gemeenten deze kunnen blijven gebruiken in inkoopafspraken 2018 en dus ook in het berichtenverkeer en bij het factureren. **BELANGRIJK:** Deze productcodes lijken te verwijzen naar definities opgesteld door de NZa, maar dat is niet zo. Er vindt geen onderhoud plaats op deze prestaties en de bijbehorende spelregels. Gemeenten en aanbieders kunnen voor het contracteren van deze vormen van zorg de nieuwe categorie 54 gaan gebruiken.

Deze nieuwe categorie 55 is geïntroduceerd voor alle landelijke afspraken om zowel bij toewijzing, facturatie als verantwoording duidelijk te maken dat zorg wordt geleverd onder de landelijke raamovereenkomsten en niet onder regionale inkoopafspraken.

Regionale inkoop

Onderstaande tabellen bevatten de productcodes zoals deze per april 2017 zijn opgenomen in categorie 54 (regionale inkoop). Eventuele aanvullende behoeften kunnen kenbaar worden gemaakt bij het Zorginstituut en worden beoordeeld in de reguliere onderhoudscyclus zodat ze in de nieuwe release van de productcodes lijst (oktober 2017) kunnen worden meegenomen.

54001	Jeugd-ggz behandeling regulier / generalistisch
54002	Jeugd-ggz behandeling specialistisch
54003	Jeugd-ggz behandeling hoog-specialistisch
54004	Jeugd-ggz diagnostiek
54005	Jeugd-ggz verblijf licht
54006	Jeugd-ggz verblijf zwaar
54007	Jeugd-ggz verblijf zonder overnachting
54008	Jeugd-ggz beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg
54009	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse A
54010	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse B
54011	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse C
54012	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse D
54013	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse E
54014	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse F
54015	Jeugd-ggz verblijf tariefklasse G
54016	Jeugd-ggz crisis behandeling
54017	Jeugd-ggz crisis verblijf

Tabel 5. Productcodes voor regionale afspraken Jeugd-GGZ ingaande 1-1-2018

Voor **behandeling**, inclusief de diagnostiek die daarvoor nodig is, kunnen gemeenten in hun contracten drie niveau's hanteren indien een tariefdifferentiatie wenselijk is naar complexiteit van de zorgvraag of de mate van specialisatie van de aanbieder. Deze termen 'regulier/generalistisch', 'specialistisch', en 'hoog-specialistisch' zijn niet landelijk gedefinieerd.

Wanneer gemeenten **diagnostiek** als separaat product wensen in te kopen kan de productcode voor diagnostiek gehanteerd worden. Deze productcode is bestemd voor situaties dat enkel om een diagnostisch onderzoek wordt gevraagd door bijvoorbeeld een wijkteam of huisarts. Een (verzoek om) toewijzing voor diagnostiek betekent dus dat alleen diagnostiek wordt gedaan, geen behandeling.

In categorie 54 zijn verschillende productcodes voor **verblijf** opgenomen. Met het onderscheid 'licht' en 'zwaar', kunnen gemeenten een tariefdifferentiatie toepassen indien dit wenselijk is naar de complexiteit van de zorgvraag of het aanbod van de aanbieder. Voor regio's waar het nog niet is gelukt om per 2018 nieuwe tarieven voor verblijf te hanteren, zijn (voorlopig) ook de verblijfcategoriën A t/m G toegevoegd aan de productcodelijst. Ook hier geldt dat deze productcodes lijken te verwijzen naar definities opgesteld door de NZa, maar dat is niet zo. Er vindt geen onderhoud plaats op deze prestaties en de bijbehorende spelregels.

Voor het contracten van **crisiszorg** in de Jeugd-GGZ hebben gemeenten de keuze tussen een beschikbaarheidsvergoeding per kind in een crisissituatie ('beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg') of een hogere tarief wanneer er sprake is van een crisissituatie ('crisis behandeling' en 'crisis verblijf'). Noot: Wanneer de crisisdienst als voorziening wordt beschouwd die geen productie draait, dan is de taakgerichte uitvoeringsvariant passend. De productcodes voor crisis zijn nodig omdat in crisissituaties de toewijzing anders verloopt en daarmee de rechtmatigheid anders in het geding komt.

Landelijke raamovereenkomsten

Onderstaande tabellen bevat de productcodes zoals deze per april 2017 zijn opgenomen in categorie 55 (landelijke inkoop).

55001	Jeugd-ggz behandeling specialistisch
55002	Jeugd-ggz diagnostiek
55003	Jeugd-ggz beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg
55004	Consultatie
55005	Jeugd-ggz verblijf zonder overnachting
55006	Deelprestatie verblijf GGZ A (Lichte verzorgingsgraad)
55007	Deelprestatie verblijf GGZ B (Beperkte verzorgingsgraad)
55008	Deelprestatie verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)
55009	Deelprestatie verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)
55010	Deelprestatie verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)
55011	Deelprestatie verblijf GGZ F (Extra intensieve verzorgingsgraad)
55012	Deelprestatie verblijf GGZ G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)
55013	Specialistische begeleiding jeugdhulp ambulant

Tabel 6. Productcodes landelijke afspraken Jeugd-GGZ ingaande 1-1-2018

De landelijke inkoopafspraken hanteren een tarief voor behandeling en een tarief voor diagnostiek. Net als in de regionale afspraken wordt de diagnostiek gebruikt wanneer er geen sprake is van behandeling. Dit maakt het mogelijk voor andere aanbieders om een jeugdige alleen voor diagnostiek naar de hoog-gespecialiseerde GGZ-aanbieders te sturen, waarna de behandeling plaatsvindt bij een regionaal gecontracteerde GGZ-aanbieder.

De code voor consultatie is bedoeld voor de situatie wanneer een aanbieder (of een medewerker in de toegang) een landelijk gecontracteerde aanbieder wenst te consulteren over een cliënt die (dus zonder deze cliënt te zien). Omdat de landelijke raamovereenkomsten pas per 2019 geheel worden herzien, continueert de VNG in 2018 de huidige deelprestaties verblijf.

4.3 Zorgtoewijzing

Met de overstap van DBC's naar inspanningsgerichte bekostiging wijzigt het toewijzingsproces voor de GGZ niet, alleen de inhoud van de toewijzingsberichten. Er zullen immers andere productcodes worden gebruikt, zoals hierboven toegelicht. Het gebruik van de berichten Toewijzing (JW301), eventueel in combinatie met Verzoek om toewijzing (JW315), is belangrijk in het afstemmingsproces

tussen gemeenten en aanbieder. Daarmee weten beide partijen welke cliënten in zorg zijn. Het helpt ook correcties en discussies later in het zorgproces of bij facturatie te voorkomen.

Binnen de Jeugdwet is het toewijzingsbericht geen voorwaarde om te starten met de behandeling. Immers de verwijzing kan via een arts of het justitiële kader plaatsvinden. Zorgverlening is dus rechtmatig op basis van een medische verwijzing. Het berichtenverkeer heeft als doel informatie-uitwisseling en met name ook het facturatieproces te versoepelen. Gemeente en aanbieder wisselen deze berichten uit om aan te kondigen en te bevestigen dat er een financiële verplichting is voor zorg verleend aan een jeugdige inwoner. Door gebruik te maken van het bericht 'Verzoek om toewijzing' (JW315) en 'Toewijzing' (JW301) inclusief de retourberichten weet de gemeente dat er sprake is van een financiële verplichting, kunnen zij de woonplaats toetsen conform het woonplaatsbeginsel en kan de gemeente een facturatiekenmerk (beschikkingsnummer) aanmaken¹⁵.

Voor een uitgebreide beschrijving van het toewijzingsproces, inclusief een inhoudelijke beschrijving van de verschillende berichten van de iJW-standaard verwijzen we naar de website van het zorginstituut¹⁶.

Om bovenstaande werkwijze op eenduidige wijze in de contracten met aanbieders Jeugd-GGZ op te nemen hanteren gemeenten de afspraken over het toewijzingsproces zoals geformuleerd in de standaardartikelen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant¹⁷. Deze zijn bruikbaar voor alle vormen van Jeugdhulp, ook voor de Jeugd-GGZ. Volgens de systematiek van de standaardartikelen, is het toewijzingsbericht (301) voorwaarde voor rechtmatigheid van de betalingen. Aanwezigheid van deze toewijzing, wordt gecontroleerd door de accountant van de aanbieder bij gebruikmaking van het landelijke accountantscontroleprotocol. Zorgtoewijzing op het niveau van productcategorie (bijv. 54) is voldoende voor de rechtmatigheid. Facturatie van de uitgevoerde werkzaamheden vinden maandelijks plaats op de gecontracteerde productcodes.

Bijvoorbeeld:

Cliënt komt ambulant in zorg met het oogmerk om diagnostiek en aansluitend behandeling in te zetten. Voorafgaand aan de start van dit traject verifiëren aanbieder en gemeenten via het verzoek om toewijzing (VOT, 315) en de toewijzing (301) dat zorg voor deze cliënt gestart kan worden binnen het contract dat aanbieder en gemeenten hebben afgesproken. De toewijzing vindt plaats op categoriecode 054. In dit contract zijn tarieven afgesproken voor productcodes '54002 specialistische GGZ', '540005 Jeugd-GGZ verblijf licht' en '540006 Jeugd-GGZ verblijf zwaar' en '54007 Jeugd-ggz verblijf zonder overnachting' opgenomen. De aanbieder factureert maandelijks alle geregistreerde minuten en eventuele verblijfsdagen voor deze jeugdige via een facturatiebericht (303) aan de gemeente. Het is dan niet nodig om voor tussentijdse wijzingen in de aard van de activiteiten een nieuwe toewijzing aan te vragen.

4.4 Spelregels tijdschrijven

Door het gebruik van de DBC-systematiek zijn GGZ-behandelaren al bekend met tijdschrijven. Dit kan blijven bestaan, ook voor behandelaren die werken in de kliniek. Administratief personeel en management schrijven geen tijd. Deze personele kosten zijn al als opslag opgenomen in het tarief voor behandel tijd.

In onderstaande boxen zijn definities en spelregels opgenomen om duidelijk te maken welke tijd van de behandelaren wel en niet kan worden gedeclareerd. Deze worden ook gehanteerd in de landelijke raamovereenkomsten die de VNG opstelt met GGZ-aanbieders.

¹⁵ Zie ook https://vng.nl/files/vng/201502_factsheet_besluit_na_huisarts.pdf

¹⁶ <https://modellen.istandaarden.nl>

¹⁷ <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>

Definities

- Behandelbaar: professional met een geregistreerde GGZ-opleiding die betrokken is bij de behandeling van de cliënt.
- Cliëntcontacttijd: Tijd besteed door de behandelaar aan directe interactie met een cliënt of het 'systeem van de patiënt' (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 Whats-app. Het schrijven van een brief of email valt niet onder 'directe interactie' en valt dus niet onder Cliëntcontacttijd maar onder Indirect-client gebonden tijd.
- Groepscontacttijd: Totale tijd van aanwezige behandelaren, delen door het aantal aanwezige patiënten. Bijvoorbeeld groepstherapie van 1 uur door verpleegkundige en psycholoog (2X60 minuten = 120 minuten), delen door de 10 aanwezige cliënten betekent 12 minuten per cliënt.
- Indirect-clientgebonden tijd: Tijd besteed door behandelaren aan een cliënt, zonder directe interactie. Onder meer voorbereiding tijd, bijwerken zorgdossier, casusgebonden overleg of het schrijven van een brief of e-mail, reistijd naar de cliënt.
- Cliëntgebonden tijd: optelsom van de optelsom van cliëntcontacttijd, inclusief de groepscontacttijd, en indirect-clientgebonden tijd.
- Niet-clientgebonden tijd: Tijd van behandelaren die niet is besteed aan cliënten zoals instellingsoverleg, beleidsmatig overleg, ziekte, vakantie, verlof, opleiding, reflectie/intervisie en pauze.
- No-show : de cliënt zegt niet, of minder dan vierentwintig (24) uur voor aanvang, van een afspraak af.

Spelregels tijdschrijven

- Alleen cliëntgebonden tijd geregistreerd door behandelaren mag worden gedeclareerd. Niet-clientgebonden tijd mag niet gedeclareerd worden. Deze is verdisconteerd in een opslag op het tarief. De tijd gerelateerd aan no-show mag niet worden gedeclareerd, met uitzondering van behandeling waarbij sprake is van drang of dwang.

4.5 Tijdseenheid tariefafpraak

Om discussies over opronden en afronden bij declaraties te voorkomen is het belangrijk in de contracten de tariefafpraak te formuleren met 'per minuut' als tariefeenheid, afgerond op maximaal twee decimalen. De door behandelaren bestede tijd kan dan eenduidig worden verwerkt in de facturatie richting gemeenten, dus conform het beginsel zoals geformuleerd in de standaardartikelen "eenheid = eenheid". Met deze keuze kunnen zonder problemen indexpercentages worden toegepast op de tarieven.

4.6 Registratie en declaratie

GGZ-professionals zijn gewend om tijd te schrijven aan de hand van sterk gedetailleerde spelregels en codeboeken. Deze waren opgesteld door de NZa en zijn uitgebreid geprogrammeerd in de software voor registratie, validatie en declaratie. Het feit dat professionals aan dit registreren gewend zijn, geeft de GGZ-aanbieder een voorsprong ten opzichte van jeugdhulp-aanbieders waar tijdschrijven nog niet breed toegepast werd.

Declaraties van de geregistreerde tijd worden maandelijks op cliëntniveau toegestuurd aan de gemeente die voor deze cliënt ook een toewijzingsbericht heeft toegestuurd. Binnen het gebruik van de standaarden (iJW) heeft gebruik van het facturatiebericht (JW303F) nadrukkelijk de voorkeur. Een factuurbericht kan bestaan uit meerdere facturatieregels. Goedkeuring of afkeuring vindt plaats op regelniveau, niet op het niveau van het totale bericht. Goedkeuring van een factuurregel betekent akkoord van de gemeente zodat betaald gaat worden. Bij afgekeurde factuurregels vindt door de aanbieder creditering plaats van deze factuurregels, bij het volgende factuurbericht, of in een apart bericht.

Voor formulering van eenduidige afspraken over declaratie verwijst deze handreiking naar de formulering van standaardartikelen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

4.7 Verantwoording en controle

Voor gemeenten is het lastig te controleren of de zorg gedeclareerd voor de jeugdigen overeenkomt met de registratie bij de aanbieder. Daarom kunnen gemeenten gebruik maken van de mogelijkheid om een productieverantwoording op jaarbasis te laten voorzien van een controleverklaring door de accountant van de aanbieder. Om administratieve lasten te beperken zijn landelijk modellen voor de productieverantwoording en een landelijk controleprotocol voor de accountant opgesteld welke door gemeente en aanbieder gebruikt worden¹⁸.

Voor formulering van eenduidige afspraken over productieverantwoording en toepassing van het landelijke controleprotocol verwijst deze handreiking naar de formulering van standaardartikelen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

Om diverse redenen kan de gemeente aanleiding hebben om in aanvulling daarop te onderzoeken of de tijd gedeclareerd door de GGZ-aanbieder plausibel is. Bijvoorbeeld als het aantal contactmomenten niet in verhouding lijkt tot de gedeclareerde tijd. Dit type onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van doelmatigheidsonderzoek of fraude en is specifiek onderbouwd en aangekondigd. Dit onderzoek is aanvullend op het reguliere proces van financiële verantwoording en controle.

Verdiepende controle tijdsregistratie

Opdrachtgever kan in aanvulling op de reguliere financiële controle-aanpak ook onderzoek doen naar de juistheid van de tijdregistratie en declaratie. Opdrachtnemer is verplicht op verzoek van de Opdrachtgever een overzicht aan te leveren van alle contactmomenten tussen hulpverlener en de cliënt, inclusief de data waarop deze contacten plaatsvonden. De aangeleverde data dient geheel overeen te komen met de gedeclareerde tijd.

18 <http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/toelichting-accountantsprotocol-2016-productieverantwoording-wmo-en-jeugdwet-2016>

Bijlagen

Bijlage 1. Bandbreedte salaris GGZ-beroepen

Beroepsgroep	Beroep	Schaal CAO	Min juli 2015 (per mnd)	Max CAO Juli 2015 (per mnd)	Inschaling (bruto per mnd)
Medische beroepen	Arts (waaronder agnio/agio)	65	€ 3.172	€ 4.978	€ 4.124
	Arts Verslavingszorg	AMS	€ 4.868	€ 8.507	€ 5.222
	Sociaal Geriater	75	€ 4.604	€ 7.263	€ 6.423
	Overig medisch SF	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 6.876
	Psychiater	AMS	€ 4.868	€ 8.507	€ 8.188
Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeut	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 5.475
Agogische beroepen	Maatschappelijk werkende	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 3.465
	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.187
	GGZ-agoog	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.040
	Agoog K&J psychiatrie	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.149
	Agoog verstandelijk gehandicapten	55	€ 2.337	€ 3.781	
	Overig agogisch SF	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.237
Psychologische beroepen	Pedagoog (waaronder othopedagoog)	60	€ 2.713	€ 4.230	€ 3.845
	GGZ-gezondheidsdeskundige	65	€ 3.172	€ 4.978	€ 3.344
	Psycholoog (geen verdere specialisatie)	60	€ 2.713	€ 4.230	€ 3.293
	GZ-psycholoog	65	€ 3.172	€ 4.978	€ 4.479
	Gedragstherapeut	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 3.630
	K&J-therapeut	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 4.290
	Overige psychologisch SF				€ 3.755
	Klinisch Psycholoog	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 5.923
	Klinisch neuropsycholoog	70	€ 3.850	€ 6.009	€ 6.237
Vaktherapeutische beroepen	Vaktherapeut Psychomotorisch (PMT)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.536
	Vaktherapeut Creatief (CT)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.419
	GZ-Vaktherapeut	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.307
	GGZ-Vaktherapeut	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.606
	Overig Vaktherapeutische SF	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.293

Beroepsgroep	Beroep	Schaal CAO	Min juli 2015 (per mnd)	Max CAO Juli 2015 (per mnd)	Inschaling (bruto per mnd)
Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige (artikel 3)	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 3.120
	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.787
	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.295
	Forensisch Psych. Verpleegkundige (FPV)	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.951
	Overig verpleegkundige SF	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.484
	GGZ Verpleegkundig Specialist	60	€ 2.713	€ 4.230	€ 3.846
Somatische Beroepen	Fysiotherapeut	55	€ 2.337	€ 3.781	€ 3.647
	Ergotherapeut	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 3.286
	Dietist	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 3.187
	Logopedist	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 3.271
	Neuroloog	75	€ 4.604	€ 7.263	
	Huisarts	75	€ 4.604	€ 7.263	€ 5.939
	Kinderarts	AMS	€ 4.868	€ 8.507	€ 8.329
	Klinisch Geriater	AMS	€ 4.868	€ 8.507	€ 8.209
Nieuwe (agogische) beroepen	Ervaringsdeskundige	50	€ 2.030	€ 3.367	€ 2.339

Tabel 1. CAO GGZ juli 2017 en inschaling van GGZ-beroepen prijspeil 2015 (bron: NZa)

Bijlage 2. Gedeclearde uren GGZ-professionals

Beroepsgroep	Beroep	ggz-instellingen	vrijgevestigden
Agogische beroepen	GGZ-agoog	1082	1082
	ervaringsdeskundige	1126	1126
	Maatschappelijk werkende	1166	1166
	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)	1134	1134
	Agoog K&J psychiatrie	1011	1011
	Overig agogisch SF	1008	1008
	Agoog Verstandelijk Gehandicapten	1126	1126
Medische beroepen	Arts (waaronder agnio/agio)	1222	1219
	Overig medisch SF	1210	1219
	Sociaal Geriater	1027	1219
	Arts Verslavingszorg	1130	1219
	Specialist ouderengeneeskunde	1144	1219
	Psychiater	1151	1219
Overige beroepen	Diëtist	1155	1155
	Ergotherapeut	1271	1271
	Fysiotherapeut	1278	1278
	Logopedist	1200	1200
	Arts Maatschappij en Gezondheid	1200	1200
	Huisarts	985	985
	Kinderarts	1200	1200
	Klinisch Geriater	1200	1200
	Neuroloog	1200	1200
Psychologische beroepen	GZ-psycholoog	1085	1202
	GGZ-gezondheidsdeskundige	823	1202
	Pedagoog (waaronder othopedagoog)	1108	1202
	Psycholoog (geen verdere specialisatie)	1108	1202
	Gedragstherapeut	1114	1202
	K&J-therapeut	1094	1202
	Overige psychologisch SF	1069	1202
	Klinisch neuropsycholoog	960	1157
	Klinisch Psycholoog	1089	1157
Psychotherapeutische beroepen	Psychotherapeut	1115	1156
Verpleegkundige beroepen	Verpleegkundige (artikel 3)	1000	1000
	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)	1054	1054
	Forensisch Psych. Verpleegkundige (FPV)	1054	1054
	Overig verpleegkundige SF	1015	1015
	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)	1168	1168
	GGZ Verpleegkundig Specialist	1063	1063

Beroepsgroep	Beroep	ggz-instellingen	vrijgevestigden
Vaktherapeutische beroepen	GZ-Vaktherapeut	1145	1145
	Vaktherapeut Creatief (CT)	1161	1161
	Vaktherapeut Psychomotorisch (PMT)	1188	1188
	Overig Vaktherapeutische SF	1182	1182
	GGZ-Vaktherapeut	1147	1147

Tabel 2. Gedeclareerde uren per jaar GGZ-beroepen (bron: NZa)

Bijlage 3. Personele kosten en toegerekende kosten

	Bruto salaris (component B)	Overige kosten (component C)
Agoog K&J psychiatrie	€ 54.013	€ 17.748
Agoog Verstandelijk Gehandicapten	€ 63.418	€ 17.748
Arts (waaronder agnio/agio)	€ 76.105	€ 18.102
Arts Maatschappij en Gezondheid	€ 120.641	€ 18.030
Arts Verslavingszorg	€ 98.809	€ 18.063
Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)	€ 72.416	€ 18.024
Dietist	€ 56.903	€ 17.951
Ergotherapeut	€ 56.852	€ 17.904
ervaringsdeskundige	€ 41.058	€ 18.034
Fysiotherapeut	€ 69.375	€ 18.055
Gedragstherapeut	€ 65.146	€ 17.612
GGZ-agoog	€ 55.211	€ 17.769
GGZ-Vaktherapeut	€ 59.059	€ 18.027
GGZ Verpleegkundig Specialist	€ 70.597	€ 18.098
GZ-psycholoog	€ 79.070	€ 17.937
GZ-Vaktherapeut	€ 61.399	€ 17.735
HBO-pedagoog	€ 77.108	€ 18.134
K&J-therapeut	€ 84.082	€ 18.007
Kinderarts	€ 166.788	€ 18.030
Klinisch neuropsycholoog	€ 83.600	€ 41.425
Klinisch Psycholoog	€ 104.164	€ 18.131
Logopedist	€ 56.138	€ 18.213
Maatschappelijk werkende	€ 61.545	€ 18.039
Overig agogisch SF	€ 65.361	€ 18.033
Overig medisch SF	€ 94.902	€ 18.152
Overig Vaktherapeutische SF	€ 57.157	€ 17.909
Overig verpleegkundige SF	€ 64.318	€ 18.030
Overige psychologisch SF	€ 66.299	€ 17.964
Pedagoog (waaronder othopedagoog)	€ 67.302	€ 17.774
Psychiater	€ 144.296	€ 36.951
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	€ 58.340	€ 17.926
Psychotherapeut	€ 96.382	€ 17.994
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)	€ 57.906	€ 17.986
Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)	€ 69.142	€ 18.786
Vaktherapeut Creatief (CT)	€ 62.024	€ 17.856
Vaktherapeut Psychomotorisch (PMT)	€ 65.632	€ 18.044
Verpleegkundige (artikel 3)	€ 60.564	€ 18.522

Bruto salaris en opslag overige kosten per jaar, basis GGZ (bron: NZa)

	Bruto salaris (component B)	Overige kosten (component C)
Agoog K&J psychiatrie	€ 54.255	€ 42.854
Agoog Verstandelijk Gehandicapten	€ 63.418	€ 42.243
Arts (waaronder agnio/agio)	€ 74.989	€ 53.711
Arts Maatschappij en Gezondheid	€ 120.641	€ 52.579
Arts Verslavingszorg	€ 98.272	€ 53.803
Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)	€ 69.320	€ 49.139
Dietist	€ 57.428	€ 47.472
Ergotherapeut	€ 58.009	€ 46.948
ervaringsdeskundige	€ 41.078	€ 52.593
Forensisch Psych. Verpleegkundige (FPV)	€ 70.004	€ 13.403
Fysiotherapeut	€ 66.198	€ 50.857
Gedragstherapeut	€ 63.416	€ 36.822
GGZ-agoog	€ 54.747	€ 40.941
GGZ-gezondheidsdeskundige	€ 57.617	€ 52.832
GGZ-Vaktherapeut	€ 62.113	€ 50.070
GGZ Verpleegkundig Specialist	€ 70.381	€ 55.056
GZ-psycholoog	€ 79.186	€ 47.268
GZ-Vaktherapeut	€ 57.040	€ 49.646
HBO-pedagoog	€ 77.108	€ 56.413
K&J-therapeut	€ 79.136	€ 47.510
Kinderarts	€ 156.589	€ 51.325
Klinisch neuropsycholoog	€ 85.714	€ 35.181
Klinisch Psycholoog	€ 103.709	€ 51.597
Logopedist	€ 57.267	€ 60.079
Maatschappelijk werkende	€ 61.531	€ 48.123
Overig agogisch SF	€ 64.571	€ 52.251
Overig medisch SF	€ 108.722	€ 56.117
Overig Vaktherapeutische SF	€ 57.464	€ 47.819
Overig verpleegkundige SF	€ 64.320	€ 51.995
Overige psychologisch SF	€ 67.266	€ 47.930
Pedagoog (waaronder othopedagoog)	€ 66.967	€ 45.341
Psychiater	€ 144.367	€ 55.656
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	€ 57.233	€ 43.367
Psychotherapeut	€ 95.896	€ 47.038
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)	€ 56.502	€ 41.767
Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)	€ 68.760	€ 50.526
Vaktherapeut Creatief (CT)	€ 60.864	€ 45.369
Vaktherapeut Psychomotorisch (PMT)	€ 64.033	€ 49.430
Verpleegkundige (artikel 3)	€ 58.838	€ 52.235

Bruto salaris en opslag overige kosten per jaar, specialistische GGZ (bron: NZa)

