



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**



LANDELIJKE VERENIGING
MEDISCHE PSYCHOLOGIE

Financiering Medische Psychologie en Kostprijsmodel LVMP

Binnen de somatische DBC

Inhoudsopgave

1. Achtergrondinformatie	3
2. DBC-systematiek	5
2.1 Algemene DBC-systematiek	5
2.1.1 Wat is een DBC?	5
2.1.2 Registreren	5
2.1.3 Samenvatten	6
2.1.4 Afleiden	6
2.1.5 Declareren en prijs DBC-zorgproduct	6
2.2 Medische Psychologie en DBC-systematiek	7
2.2.1 Poortspecialist, taakherschikking en OZP	7
2.2.2 Registratie verrichtingen Medische Psychologie in DBC	8
3. Kostprijs van een DBC-zorgproduct	10
4. Kostprijsmodel LVMP	12
5. Kostprijs Medische Psychologie	13
5.1 Hoe zelf overzicht/inzicht te verkrijgen	13
5.2 Knelpunten Kostprijs	14
5.3 Kostprijs MP en Ziekenhuisfinanciering	15
6. Bronnen	16
7. Bijlage 1: NZa-codes Medische Psychologie	17
8. Bijlage 2: verdeelsleutels om indirecte kosten te verbeteren	

Voorwoord

Namens de commissie financiering willen we jullie op de hoogte brengen van dit mooie overzicht dat onze collega's: Inga Kooi, Sofie Geurts, Eric van Balen en leden van de commissie financiering van NIP, sectie PAZ/LVMP, gemaakt hebben van de financiering medische psychologie. Het huidige bestand is een gecomprimeerde versie en voor een groot deel afkomstig uit de managementopdracht. Het beoogt informatie te verschaffen over de huidige stand van zaken wat betreft financiering van medische psychologie binnen de somatische DBC. Het document gaat niet in op de financiering van psychologische zorg binnen de GGZ (zoals op PAAZ afdelingen), dan wel binnen de revalidatiezorg.

Afgelopen jaren is via ledenvergaderingen en in bijeenkomsten veel aandacht besteed aan dit belangrijke thema en de komende jaren blijven we dat doen. Hierbij vormen veranderingen voor de komende jaren in passende financiering voor netwerkgeneeskunde een belangrijk thema. We zullen het document dan ook van aanvulling blijven voorzien ook met jullie input.

Met dank voor het harde werk van Inga en haar begeleiders.

Joost Derwig

Achtergrondinformatie

In het kader van de opleiding tot Klinisch Neuropsycholoog heeft in 2019 een managementopdracht plaatsgevonden binnen de afdeling Medische Psychologie van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, uitgevoerd en geschreven door Inga Kooi. Het onderwerp betrof onder andere inzicht verwerven in de kostprijs van de verrichtingen van de Medische Psychologie binnen de somatische DBC. Door de commissie financiering van de Nip sectie PAZ/ LVMP wordt de inhoud als zinvol beoordeeld en is besloten het te delen met de leden van de NIP sectie PAZ/LVMP. Het huidige bestand is een gecompriëerde versie en voor een groot deel afkomstig uit de managementopdracht. Het beoogt informatie te verschaffen over de huidige stand van zaken wat betreft financiering van medische psychologie binnen de somatische DBC. Het document gaat niet in op de financiering van psychologische zorg binnen de GGZ (zoals op PAAZ afdelingen), danwel binnen de revalidatiezorg.

1.1 Achtergrondinformatie

Sinds de invoering van de DBC-systematiek is er discussie over hoe de verrichtingen van een afdeling medische psychologie (MP) binnen een ziekenhuis hierin moeten worden ondergebracht en of de MP niet apart verankerd moet worden in de DBC-systematiek. Met betrekking tot dit laatste punt zijn door de Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP) en NIP sectie Psychologen Algemeen Ziekenhuizen (PAZ) de afgelopen jaren meerdere gesprekken gevoerd met o.a. de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), waaruit blijkt dat een aparte DBC voor MP vooralsnog niet mogelijk blijkt. De verrichtingen van de MP worden sinds enkele jaren geregistreerd aan de hand van NZA-codes en maken deel uit van DBC-zorgproducten van de verwijzend specialist. Door deze wijze van registreren en koppeling aan DBC-zorgproducten kunnen de verrichtingen van de MP technisch gezien zichtbaar worden gemaakt als kostendrager. Dit blijkt in de praktijk in de huidige ziekenhuisadministratie echter moeilijk te verwezenlijken, waarbij er weinig zicht is op de kosten en de verrichtingen weinig zichtbaar zijn in de DBC-systematiek.

De zichtbaarheid van psychologische zorg in DBC-zorgproducten is beperkt, doordat er veel DBC's zijn waar verrichtingen van psychosociale zorg wel een onderdeel betreffen, maar het aandeel verschilt per specialisme en diagnose. Het financiële aandeel van psychosociale zorg binnen een DBC-zorgproduct is door deze spreiding vaak gering, wat het gesprek over de noodzaak van psychosociale zorg bemoeilijkt. De aard van de interne profilering en de beperkte financiële zichtbaarheid van psychosociale zorg binnen de ziekenhuizen, zorgt volgens de LVMP dikwijls ook voor een minder sterke onderhandelingspositie en maakt dat de psychosociale zorg onder druk komt te staan omdat deze zorg veelal louter als kostenpost wordt gezien. In oktober 2015 is er daarom in opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een rapport opgeleverd¹ over de bevindingen en knelpunten van de organisatie en bekostiging rondom psychosociale zorg bij somatische problematiek. Dit heeft ondermeer geleid tot een werkgroep "kosten en bekostiging" waarin ook een afvaardiging van de LVMP en PAZ in is vertegenwoordigd. In april 2017 verscheen vanuit deze werkgroep een adviesrapport, met daarin onder andere de volgende aanbevelingen:

1) Ziekenhuizen moeten bewust worden gemaakt dat psychosociale zorg een integraal onderdeel is van de somatische behandeling en in het belang is van de patiënt.

2) Ziekenhuizen moeten zich bewust worden van de financieringsmogelijkheden van psychosociale zorg die het huidige bekostigingssysteem biedt. Dit zou kunnen worden bewerkstelligd door kosten toe te rekenen aan de MP zorgactiviteiten die geregistreerd worden binnen een openstaand DBC-zorgproduct.

Binnen het specialisme van MP is het dikwijls onduidelijk hoe onze verrichtingen worden verankerd in de DBC-systematiek. Er is onvoldoende zicht op de wijze waarop onze verrichtingen worden gefinancierd en of er daadwerkelijk ook kostprijzen worden gehanteerd voor MP-verrichtingen.

1. DBC-systematiek

1.1 Algemene DBC-systematiek

Om zicht te krijgen hoe de psychosociale zorg van de afdeling MP is verankerd in de somatische DBC-systematiek, wordt allereerst beschreven hoe de DBC-systematiek in het algemeen werkt. Vervolgens zal worden toegelicht hoe de verrichtingen van een afdeling MP hierin worden geregistreerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van documentatie van de NZa².

1.1.1 Wat is een DBC?

Een DBC bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en de behandeling uit te voeren. Ook bevat een DBC informatie over de vergoeding voor de behandelaar en de kosten van de zorginstelling. In de medisch-specialistische zorg wordt een DBC ook wel een DBC-zorgproduct genoemd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met de DBC-systematiek onderhandelen over de kwaliteit, de prijs en het aantal behandelingen. Daarnaast is er met de komst van de DBC-systematiek steeds meer informatie beschikbaar over de zorgpraktijk. Met deze informatie kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleverde zorg vergelijken en/of vernieuwen. Uiteindelijk profiteert de burger ervan als zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over goede en betaalbare zorg.

De DBC-systematiek is gebaseerd op het zogenoemde RSAD-model. Het model beschrijft de verschillende stappen die in het proces plaatsvinden: **R**egistratie, **S**amenvatting, **A**fleiding en **D**eclaratie (RSAD).

1.1.2 Registreren

Wanneer een patiënt een klacht – en dus een zorgvraag – heeft, meldt een patiënt zich in het ziekenhuis. Op dat moment wordt zowel een zorgtraject als een subtraject geopend.

Zorgtraject

Op het moment dat een patiënt zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag, opent een beroepsbeoefenaar met een poortfunctie een zorgtraject in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). In dit traject legt de zorgaanbieder gaandeweg vast welke activiteiten zijn uitgevoerd om een diagnose vast te stellen en een klacht of aandoening te behandelen. Bijvoorbeeld: bij de behandeling van een gebroken been wordt vaak een röntgenfoto gemaakt en gips aangebracht, maar er kan ook een operatie nodig zijn met verblijf op de verpleegafdeling. Al deze zorgactiviteiten worden geregistreerd. Een zorgtraject loopt gedurende het gehele behandel- en/of controletraject van een bepaalde zorgvraag en stopt tot een patiënt is uitbehandeld, wordt doorverwezen of komt te overlijden.

Subtraject

Met het openen van een zorgtraject wordt gelijktijdig een subtraject geopend dat de basis vormt voor de declaratie van de geleverde zorg. Een subtraject is een in de tijd afgebakende periode binnen het zorgtraject waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd, gemarkeerd door afsluitmomenten. In één zorgtraject kunnen achtereenvolgens dus één of meer subtrajecten geregistreerd worden (zie figuur 1). Het eerste subtraject binnen een nieuw zorgtraject valt in de categorie zorgtype 11. De hierop volgende subtrajecten hebben het zorgtype 21 (vervolgbehandeling). Het totale zorgtraject wordt (automatisch) gesloten na: 1) een periode van driemaal 120 dagen, 2) het afsluiten van een subtraject zorgtype 11 of 21, 3) het overlijden van patiënt of 4) wanneer er geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland staan.



Figuur 1: Zorgtraject en subtrajecten

1.1.3 Samenvatten

De geregistreerde informatie (diagnose en zorgactiviteiten) wordt per subtraject samengevat in één dataset (de declaratiedataset). Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces. Op basis van de declaratiedataset kan een grouper het DBC-zorgproduct afleiden (zie figuur 2).

Een grouper kan worden gezien als een sorteermachine, waarbinnen de data wordt gecontroleerd, verwerkt en uitstroomt naar de juiste bakjes (afleiden). De controles door de grouper zijn zowel technisch als inhoudelijk van aard. Het gaat hier bijvoorbeeld om controles of alle verplichte velden ingevuld zijn of een controle op geldigheid van de zorgactiviteiten in de declaratiedataset.

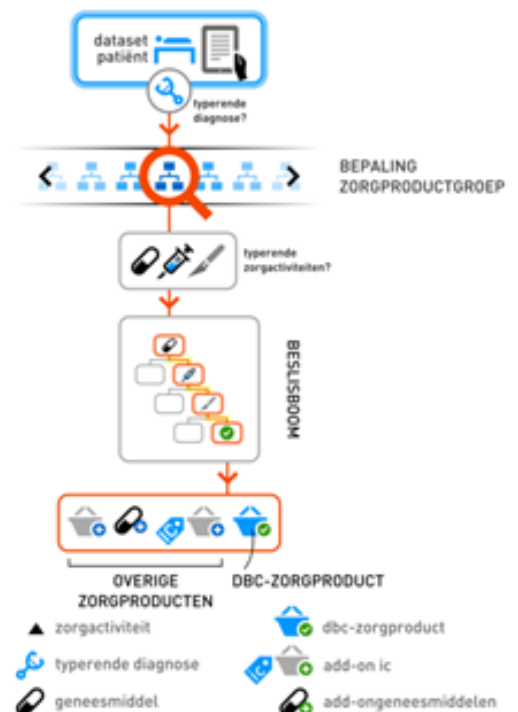
1.1.4 Afleiden

Op basis van de data van een afgesloten subtraject leidt de grouper het DBC-zorgproduct af. Dit gebeurt op basis van:

1. De diagnose en zorgactiviteiten zoals aanwezig in de declaratiedataset.
2. De productstructuur en beslisregels die zijn vastgesteld door de NZa.

De productstructuur bestaat uit 140 zorgproductgroepen, met in totaal ongeveer 5.000 DBC-zorgproducten die kunnen worden afgeleid. Aan de hand van beslisregels kan een grouper vanuit de data een zorgproductgroep afleiden, waarna de declarabele zorgproducten worden teruggestuurd naar de zorgaanbieder.

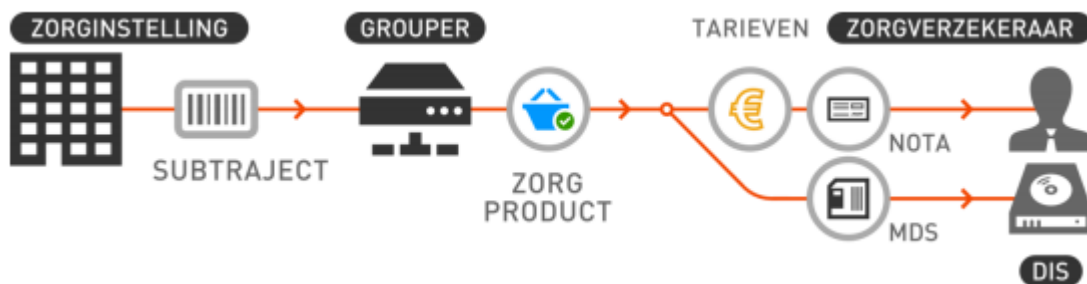
Een grouper leidt zorgproducten af, maar slaat geen informatie op. Een grouper weet dus niet dat eenzelfde diagnose/zorgprofiel voor eenzelfde patiënt al eerder is aangeboden. Zorgverzekeraars kunnen wél controleren of eenzelfde dataset al eerder is aangeleverd. Dit doen ze aan de hand van gegevens vanuit het ZIS (Ziekenhuis Informatie Systeem). Dit betreft dus informatie die vanuit het ZIS, buiten een grouper om, aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.



Figuur 2 Proces van afleiden

1.1.5 Declareren en prijs DBC-zorgproduct

Na succesvolle afleiding door een grouper ontvangt de zorginstelling de gegevens in de vorm van een declaratieresultaatset. In het ZIS worden de zorgproducten door de zorginstelling van de correcte prijzen voorzien. Vervolgens declareert de zorginstelling dit bij de zorgverzekeraar of de patiënt (zie figuur 3).



Figuur 3 Proces van declareren

De ontvangen declaratiecode uit de declaratieresultaatset wordt door de zorgaanbieder gekoppeld aan het (afgesproken) tarief voor dat zorgproduct. Voor het te koppelen tarief zijn drie mogelijkheden:

- Er is sprake van een zorgproduct uit het b-segment: over het tarief kan vrij onderhandeld worden met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder koppelt het afgesproken tarief aan het zorgproduct voor declaratie.
- Er is sprake van een zorgproduct uit het a-segment, waarbij sprake is van een maximumtarief: met de zorgverzekeraar kan een lagere prijs worden onderhandeld, maar nooit een hoger tarief dan de door het NZa vastgestelde maximumtarief.
- Er is sprake van een zorgproduct uit het a-segment, waarbij sprake is van een max-max tarief: in principe geldt voor dit zorgproduct een maximumtarief. Maar, als er een contract is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar dan kan voor geselecteerde producten een tarief worden afgesproken dat maximaal 10% boven het maximumtarief van de Tarieven Tabel ligt.

Naast het aanleveren van de declaratiedata aan de verzekeraar is de zorginstelling verplicht dezelfde dataset aan het dbc-informatiesysteem (DIS) van de NZa aan te leveren. Het DIS ontvangt en beheert informatie over alle behandeltrajecten in de medisch-specialistische, ggz, forensische zorg en revalidatiezorg. Zorgaanbieders in deze sectoren hebben de wettelijke plicht om deze gegevens aan te leveren. De NZa en een aantal overheidsinstellingen gebruiken deze gegevens voor toekomstig beleid en regelgeving.

1.2 Medische Psychologie en DBC-systematiek

1.2.1 Poortspecialist, taakherschikking en OZP

In het verleden zijn verschillende manieren onderzocht hoe MP verrichtingen meer inzichtelijk kunnen worden gemaakt in de DBC-systematiek. Dit betreft onder andere wijziging tot poortspecialist, taakherschikking en registratie als "overig zorgproduct" (OZP). Hiernavolgend zullen deze punten uiteen worden gezet.

Door de NZa is vastgesteld dat enkel een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent bevoegd is om een zorgtraject in het ZIS te openen. Een Klinisch psycholoog of Klinisch neuropsycholoog (K(N)P) is geen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en mag zodoende ook geen zorgtraject openen. Een door de LVMP enkele jaren geleden ingediend verzoek om de K(N)P te benoemen tot poortspecialist en/of ondersteunend specialisme zodat ook de K(N)P een zorgtraject kan openen is door de NZa afgewezen. De motivering vanuit de NZa is als volgt: '*... Het gaat erom dat een ondersteunend specialist een medisch specialist dient te zijn en/of opgenomen dient te zijn in het overzicht geregistreerde specialisten/profielartsen van de KNMG. Een K(N)P voldoet niet aan deze voorwaarde en kan derhalve niet de poortfunctie beoefenen*'.

In 2019 werd vervolgens o.a. door de LVMP de mogelijkheid onderzocht in hoeverre het middels zogenaamde 'taakherschikking' mogelijk was om als K(N)P'er binnen de somatische gezondheidszorg een soortgelijke rol als poortspecialist te vervullen, en om op deze wijze alsnog zelfstandig een zorgtraject te kunnen openen. Taakherschikking is het structureel *herverdelen* van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de medisch specialistische zorg. Er is sprake

van taakherschikking zodra een nieuwe beroepsgroep het hoofdbehandelaarschap van de patiënt overneemt en vanaf het begin tot het einde van een DBC-zorgproduct zelfstandig diagnosticeert en behandelt. Beroepsgroepen die menen dat zij volledig zelfstandig en volledig onder eigen verantwoordelijkheid medisch specialistische zorg leveren kunnen een verzoek indienen om toegevoegd te worden aan de lijst van taakherschikkers. In de regelgeving betekent dit dat de taakherschikker de status krijgt van poortfunctie. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent kan een zorgtraject openen en is daarbij verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, zorgvraag en diagnose en voor de juiste typering van het zorg-/subtraject.

Het verzoek tot taakherschikking vanuit de LVMP is (eveneens) afgewezen, waardoor de K(N)P binnen de somatische gezondheidszorg vooralsnog geen eigen zorgtraject kan openen.

Uit een in 2017 verschenen adviesrapport¹ blijkt dat er technisch gezien kosten toegerekend kunnen worden aan zorgactiviteiten voor psychosociale zorg die middels NZa-codes geregistreerd worden binnen een openstaand DBC-zorgproduct. Na sluiting van het DBC-zorgproduct kan psychosociale zorg bekostigd worden middels een opslag op het tarief van een DBC-zorgproduct. Uit de Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij ernstig somatische aandoeningen (uit 2019)⁴ blijkt echter dat tot nu toe in geen enkele DBC de psychosociale zorg geormerkt is en dat verrichtingen van MP niet tot een directe opslag leiden. Wat daarnaast uit de kwaliteitsstandaard blijkt is dat in tegenstelling tot de MP-verrichtingen, psychosociale ondersteuning in de vorm van maatschappelijk werk en geestelijke verzorging tijdens de medische specialistische behandeling in het ziekenhuis daarentegen wel bekostigd wordt vanuit een algemene opslag op het DBC-tarief. Ook voor poliklinische fysiotherapie geldt dat het registreren van verrichtingen als "overige zorgproducten" (OZP) er een directe opslag kan worden bewerkstelligd. Een ozp is een los declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Door het aanmaken van ozp's voor de psychosociale zorg, zou deze in principe zelfstandig gedeclareerd kunnen worden door de K(N)P. Dit mag echter alleen als er geen openstaand DBC-zorgproduct is waaraan de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg kunnen worden gekoppeld. In het verleden is onderzocht in hoeverre de verrichtingen van MP ook zouden kunnen worden weggeschreven als ozp¹. Hier zijn echter verschillende meningen over. De NZa is terughoudend voor de ozp oplossing, maar heeft wel de voorkeur voor deze oplossing boven die op het toekennen van de poortfunctie en taakherschikking. Het aanmaken van ozp's past volgens de NZa namelijk beter binnen de huidige beleidslijnen en heeft technisch ook minder impact. De NVZ, LVMP, NIP en ZN geven echter niet de voorkeur aan deze oplossing, omdat deze oplossing niet past binnen het integrale karakter van de DBC-systematiek, namelijk declaratie van gemiddelde (integrale) zorgvragen. Daarnaast stelt de ZN dat door de invoering van ozp's een incompleet beeld kan ontstaan van de totale omvang van de psychosociale zorg en dat zodoende het risico bestaat dat dit een onderschatting geeft met mogelijk ook verkeerde conclusies tot gevolg.

Concluderend kan worden gesteld dat er in het verleden en heden veelvuldig pogingen zijn ondernomen om de financiering van MP-verrichtingen binnen DBC-zorgproducten beter te waarborgen, maar dit tot op heden nog niet tot een definitieve oplossing heeft geleid.

1.2.2 Registratie verrichtingen Medische Psychologie in DBC

Zoals eerder vermeld worden de verrichtingen van de MP geregistreerd aan de hand van door de Nederlandse Zorgautoriteit geaccordeerde NZa-codes (zie bijlage 1). Het gaat om verrichtingen met betrekking tot de patiëntenzorg die uitgevoerd en geregistreerd zijn door, of onder verantwoordelijkheid van een in het ziekenhuis werkzame BIG-geregistreerde psycholoog.

Alle verrichtingen van MP die worden geregistreerd middels NZa-codes, worden gekoppeld aan een subtraject van de verwijzend specialist. Wanneer een subtraject wordt afgesloten, worden de verrichtingen van de MP tezamen met de verrichtingen van de verwijzend specialist gebundeld in de declaratiedataset en naar de grouper verzonden. Hoewel de grouper de verrichtingen van de MP ziet, zijn deze verrichtingen

over het algemeen niet typerend. Dat wil zeggen dat de MP-verrichtingen over het algemeen niet leiden tot een ander DBC-zorgproduct. Hierbij zijn er twee uitzonderingen: verrichtingen in het kader van Hartrevalidatie en Kindergeneeskunde zijn wel typerend en leiden tot een ander DBC-zorgproduct. Tot nu toe leiden de verrichtingen van Kindergeneeskunde tot marginale verschillen (zie tekstkader voor nadere toelichting). Voor verrichtingen binnen de hartrevalidatie is dit vooralsnog onduidelijk.

Bij een lopend subtraject worden de verrichtingen van MP probleemloos gekoppeld aan dit lopende subtraject. Dit is echter niet het geval bij zogenoemde “zwevende verrichtingen”. Er is sprake van een zwevende verrichting wanneer een zorgtraject is afgesloten, maar door MP worden nadien nog verrichtingen geregistreerd. Mochten er een substantieel aantal zwevende verrichtingen resteren, dan kan dit leiden tot enige vertekening in het daadwerkelijke aandeel van MP-verrichtingen behorende bij afzonderlijke DBC-zorgproducten.

Voorbeeld	Marginale	Verschillen
------------------	------------------	--------------------

Kindergeneeskunde		
--------------------------	--	--

<i>Wanneer een kind éénmalig door een kinderarts is gezien in het kader van Diagnose 0316.4102 Enuresis nocturna, en vervolgens voor intake en behandelcontacten wordt gezien door MP, er sprake is van een verandering van een ambulante licht product naar een ambulante middel product. Als de kinderarts echter twee of meer polibezoeken in zo'n subtraject met de patiënt heeft – wat in de regel nagenoeg altijd het geval is –, is er ook sprake van een ambulante middel product en vervalt dus eigenlijk de ‘meerwaarde’ van de MP in financiële zin.</i>		
---	--	--

2. Kostprijs van een DBC-zorgproduct

Voor het berekenen van landelijke kostprijzen van DBC-zorgproducten worden de nacalculatorische aan zorgproducten toegerekende kostprijzen gebruikt, zo blijkt uit 'Beleidsregel kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg' van de NZa³. Door uit te gaan van nacalculatorische kostprijzen op zorgproductniveau streeft de NZa naar zo herkenbaar en stabiel mogelijke kostprijzen als basis voor de tarieven. De NZa stelt de tarieven in het gereguleerde segment namelijk vast op basis van werkelijke kostprijzen van instellingen. Deze kostprijzen worden door instellingen aan de NZa aangeleverd op een door de NZa te bepalen moment.

De NZa hanteert stelregels hoe instellingen een kostprijs dienen te berekenen³. Dit verloopt volgens een gestandaardiseerde indeling in categorieën, te weten:

- **Personeelskosten: MSB.** Deze kostencategorie omvat de kosten voor medisch specialisten en overig personeel binnen het medisch-specialistisch bedrijf (MSB). De categorie omvat iedere vergoeding die een instelling aan het medisch-specialistisch bedrijf vergoedt of is verschuldigd voor het leveren van diensten in het kader van medisch-specialistische zorg. Hiermee wordt iedere vorm van financiële vergoeding bedoeld, zoals vast of variabel honorarium, met een collectief van specialisten niet in loondienst overeengekomen aanneemsommen, omzetplafonds of andere vormen. Het betreft zowel poort- als ondersteunende specialisten.
- **Personeelskosten: Medisch specialisten (loondienst).** Deze kostencategorie omvat alle kosten voor medisch specialisten in loondienst, zoals salariskosten en opleidingskosten.
- **Personeelskosten: Overig.** Deze kostencategorie omvat alle personeelskosten voor zover die niet hiervoor zijn benoemd en voor zover deze kosten ten laste komen van de instelling. Zowel personeelskosten van medewerkers met direct patiëntencontact, zoals Arts (Niet) In Opleiding tot Specialist (A(N)IOS), verpleegkundigen en assistentes, als van medewerkers die niet direct patiëntcontact hebben, zoals de Raad van Bestuur, staffuncties en alle ondersteunende diensten. Indien de kosten van A(N)IOS voor rekening komen het MSB, vallen deze onder de categorie 'Personeelskosten: MSB'.
- **Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten.** Deze kostencategorie omvat de materiële kosten voor kunst- en hulpmiddelen en implantaten.
- **Materiële kosten: Overig.** Deze kostencategorie omvat alle overige materiële kosten, waaronder geneesmiddelen (alle receptgeneesmiddelen en medisch-specialistische geneesmiddelen, inclusief de kosten voor add-ons dure en weesgeneesmiddelen en materiële bereidingskosten), bloed (bloed en bloedproducten, inclusief kosten Sanquin), voeding, hotelmatige kosten, en algemene materiële kosten.
- **Gebouwgebonden kosten.** Deze kostencategorie omvat kosten van afschrijvingen van gebouwen en installaties, huur van gebouwen, kosten van onderhoud van gebouwen en terreinen, energiekosten en verzekeringen en belastingen. Deze kostencategorie omvat eveneens financieringslasten (rente vreemd vermogen / eigen vermogen).
- **Medische en overige inventaris.** Hieronder vallen kosten van afschrijvingen (medische)inventaris, lease contracten en onderhoudscontracten.
- **Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen.** Deze categorie omvat opbrengsten voor instellingen uit de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen.
- **Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n).** Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit beschikbaarheidsbijdragen, uitgezonderd (medische) vervolgopleidingen.
- **Opbrengsten: overige opbrengsten.** Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit overige inkomsten, anders dan uit declaratie van zorgproducten en uitgezonderd opbrengsten uit beschikbaarheidsbijdragen.
- **Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorgproducten die geheel worden uitbesteed).** Deze kostencategorie omvat de kosten van zorg uitgevoerd door derden. Kosten worden aan deze kostencategorie toegewezen alleen voor zorgproducten die geheel zijn uitbesteed. Voor

zorgproducten die gedeeltelijk zijn uitbesteed worden de kosten aan een van de andere kostencategorieën toegewezen.

- Totale directe kosten. Deze kostencategorie omvat het totaal van de directe kosten per zorgproduct
- Totale indirecte kosten. Deze kostencategorie omvat het totaal van de indirecte kosten per zorgproduct.

Onder overige opbrengsten wordt het volgende verstaan:

- Rijksbijdrage Werkplaatsfunctie
- Rijksbijdrage Onderzoek en Onderwijs
- Opleidingsfonds
- Overige opleidingen voor zover uit externe geldstroom gefinancierd
- Onderlinge dienstverlening (medisch/productie)
- Niet patiëntenzorg gebonden opbrengsten (huur, rente, dienstverlening aan derden, parkeeropbrengsten, etc)
- Door derden betaald (wetenschappelijk) onderzoek waar geen productie tegenover staat
- Doorbelaste diensten aan medische specialisten niet in loondienst
- Overige subsidies
- Incidentele baten/lasten

Kosten die niet rechtstreeks zijn toe te wijzen aan afdelingen (indirecte kosten) worden met gebruikmaking van verdeelsleutels verdeeld over afdelingen. Deze verdeelsleutels zijn echter richtlijnen, waarbij een ziekenhuis zelf mag bepalen op welke wijze de indirecte kosten exact worden verdeeld over de diverse afdelingen. Dit maakt dat verdeling van indirecte kosten over verschillende afdelingen per ziekenhuis kan verschillen. Zie voor een voorbeeld bijlage 2. Wel ben je als ziekenhuis verplicht de documentatie over de uitvoering van de berekening en de gemaakte onderliggende keuzes beschikbaar te stellen en controleerbaar te maken voor zowel de accountant als voor de NZa gedurende een periode van twee jaar gerekend vanaf de datum van aanlevering van de gegevens aan de NZa. Ziekenhuizen leveren conform bovengenoemde NZa regels, jaarlijks kostprijsinformatie aan. Dit kan middels verschillende datatools (bijv. "Performation" of "Logex").

3. Kostprijsmodel LVMP

Zoals eerder is gesteld, heeft MP geen eigen DBC-zorgproducten waardoor er dus ook geen kostprijs van een DBC-product MP bestaat. Wel kunnen middels datatools Performance en Logex aan de hand van de stelregels kostprijzen worden berekend voor verschillende MP-verrichtingen. Die kostprijzen zijn echter alleen realistisch als het om de daadwerkelijk geïnvesteerde tijd gaat, en niet om de richttijden zoals die in de verrichtingsystematiek zijn gegeven.

Vanuit de LVMP is eveneens een kostprijsmodel voorgesteld om te komen tot een algemene kostprijs voor de verrichtingen van een afdeling MP, zodat op termijn ook een benchmark kan worden ontwikkeld. Een benchmark op basis van NZa kostprijsystematiek is tot nu toe nog niet mogelijk vanwege voorgenoemde. Daarnaast maken indirecte kosten het benchmarken complicerend. Dit type kosten (ICT, P&O, technische dienst etc.) verschillen sterk per instelling, zijn moeilijk te traceren en op basis hiervan zijn vergelijkingen tussen instellingen op het niveau van de Medische Psychologie oneigenlijk en onbetrouwbaar. Daarom stelt de LVMP dat voor een uniforme kostprijsberekening, welke geschikt is voor benchmarken, het beste enkel de directe kosten en opbrengsten kunnen worden meegenomen bij het berekenen van de kostprijs voor MP-verrichtingen. Met name omdat binnen de verrichtingen van een afdeling MP vooral de loonkosten de belangrijkste kostenpost betreft. Het advies van de LVMP is om de kostprijs op te bouwen op basis van onderstaande elementen:

- Directe personele kosten. Hierbij wordt rekening gehouden met de directe netto werkuren voor de totale afdeling, exclusief verlof- en feestdagen. Bij de berekening wordt geen rekening gehouden met functiewaardering en verlofuren.
- Directe materiële kosten. Dit omvat o.a. test- en onderzoeksmateriaal, vakliteratuur, kantooormiddelen, huishoudelijke artikelen, meubilair, etc.
- Opleidingskosten. Hier valt onder: symposiumkosten, cursuskosten, nascholingskosten, cursorisch onderwijs postdoctorale beroepsopleidingen, externe supervisiekosten. N.B.: ontvangen subsidies voor bijvoorbeeld postdoctorale beroepsopleidingen zijn opbrengsten en worden dus in mindering gebracht op de kosten.
- Alle patiëntgebonden uren. Hierbij gaat het om zowel de direct als indirect patiëntgebonden tijd. Oftewel, de tijd die op patiëntniveau geregistreerd wordt middels de NZA-codes voor de MP. De LVMP norm is hierbij 50-70% patiëntgebonden tijd.

Bovenstaande leidt tot de volgende berekening:

Personele kosten + Materiele kosten + (Opleidingskosten – Subsidies)

= **Uniforme kostprijs**

Totaal aantal patientgebonden uren (direct en indirect)

4. Kostprijs Medische Psychologie

4.1 Hoe zelf overzicht/inzicht te verkrijgen

Indien je als afdeling inzicht wilt verkrijgen in de kostprijs van de medische psychologie, wordt geadviseerd contact op te nemen met de desbetreffende controller of afdeling management en informatievoorziening (let op: dit kan binnen ieder ziekenhuis anders worden genoemd). Zij zouden je in principe kunnen informeren over de kostprijs waarmee wordt gerekend, alsmede hoe deze kostprijs tot stand komt. Gezien de complexiteit van de materie, blijft dit echter meestal onduidelijk. Belangrijk is hierbij om erop te letten dat de richttijden van LVMP overeenkomen met de tijden die door bijvoorbeeld de controller worden gehanteerd in de kostprijsberekening. Richttijden zijn echter tijden die geen 'normtijden' zijn en per DBC-zorgproduct per verrichting ook sterk kunnen verschillen. Meer exact en realistisch het is om te werken met daadwerkelijk geïnvesteerde tijden. Dat gebeurt anno 2021 echter nog steeds bijna nergens.

Op basis van de aangeleverde kostprijs, kan er per verrichting een overzicht worden gemaakt van de totale kostprijs. Als er bijvoorbeeld gerekend wordt met een kostprijs van €120,- per uur (all-in), komt dit neer op de volgende verrichtingen specifieke kostprijzen:

Tabel 1 Verrichtingen specifieke kostprijs

NZa-code	Zorgactiviteiten MP	Richttijden in minuten (LVMP)	Richttijd in minuten (Ziekenhuis X)	Kostprijs
194161	Inschrijving	15	15	€ 30
194162	Intake	60	60	€ 120
194163	Behandelcontact	60	60	€ 120
194164	Psychotherapeutisch contact	60	60	€ 120
194165	Voorlichting groepscontact	15	-	-
194166	Behandeling groepscontact	30	30	€ 60
193141	Behandelsessie PEP (groep)	30	30	€ 60
194157	Screening	60	60	€ 120
194158	Persoonlijkheidsonderzoek	300	300	€ 360
194159	Intelligentieonderzoek	300	300	€ 360
194160	Neuropsychologisch onderzoek	300	300	€ 360
194171	Intercollegiaal en interdisciplinair overleg	15	15	€ 30
194172	Multidisciplinair overleg	15	15	€ 30
194155	Gegevensbeheer	15	15	€ 30
194156	Rapportage	90	90	€ 180

Met het gebruik van de verschillende datatools, is het eveneens mogelijk om meer inzicht te verkrijgen in de totstandkoming van de kostprijs. Ook hier kan de desbetreffende controller/afdeling management en informatievoorziening je in voorzien

4.2 Knelpunten Kostprijs

1. *Gebrek aan transparantie.* Uit de kostprijsberekening van een DBC-zorgproduct (zie paragraaf 3) tabel blijkt ondermeer dat de totstandkoming van de kostprijs gestoeld is op het rekenmodel van de NZa. Echter, het is onduidelijk welke rekenformule in een specifiek ziekenhuis exact wordt gehanteerd. Verdere transparantie van de rekenformule is noodzakelijk om meer inzicht te verkrijgen in de totstandkoming van de kostprijs om die te kunnen vergelijken met die van andere ziekenhuizen.
2. *Specificering van kostenposten.* In verschillende datatools is het nog niet mogelijk om een verdere specificatie van de kostenposten te verkrijgen. Het is voorsnog onduidelijk hoe bijv. de kostenpost "Personeel: Overig" per ziekenhuis tot stand komt. Een verdere specificering van de kostenposten is echter wel noodzakelijk om meer inzicht te kunnen krijgen in benchmarkverschillen.
3. *Nadelen indirecte kosten.* Met betrekking tot de post "Gebouwgebonden: Overig" is het wel goed voorstelbaar dat bij bijvoorbeeld een de langdurige verbouwing of andere grote ziekenhuisinvestering, leidt tot opstuwning van deze kostenpost en tot opdrijving van de kostprijs. Dit geeft direct weer waarom benchmark op basis van kostprijsystematiek van NZa voor een afdeling MP niet representatief is; omdat het binnen een afdeling MP met name gaat om relatief kleine budgetten ten opzichte van een totaal ziekenhuisbudget, leidt verrekening van bijvoorbeeld indirecte verbouwingkosten tot een relatief forse kostenverzwaring binnen een kostprijs MP, zeker wanneer ziekenhuizen verschillende verdeelsleutels hanteren.
4. *Richttijden versus daadwerkelijke tijden.* Een ander al eerder aangetipt probleem dat naar voren komt op basis van de huidige systematiek is dat er voorsnog wordt gewerkt met LVMP richttijden en niet met daadwerkelijke tijden. Uit een ALV-presentatie vanuit de LVMP commissie financiering in november 2018 blijkt dat er verschillen zijn in de richttijden die nu worden gehanteerd per verrichting met de daadwerkelijk geregistreerde agendatijden. Hoewel de daadwerkelijke tijden en LVMP richttijden over het algemeen wel vergelijkbaar zijn wanneer je deze verrichtingen en specialisme breed beoordeelt, dat wil zeggen over de gehele afdeling MP, zijn er wel aanwijzingen dat er binnen verschillende specialismes wel degelijk verschillen zijn tussen de richttijden en daadwerkelijke tijden. Bijvoorbeeld bij het specialisme neurologie lijken de richttijden zoals ooit opgesteld door de LVMP een mogelijke onderschatting te zijn van de daadwerkelijk gependeerde tijd per neurologie patiënt. Dit leidt tot grote financiële verschillen in gemiddelde MP kostprijs per patiënt per verwijzend specialisme. Voor verdere verduidelijking wordt verwezen naar naast staand kader. Dit probleem zou kunnen worden opgelost wanneer wordt gerekend met exact gerealiseerd tijden in plaats van richttijden, waardoor ook de gemiddelde MP-kostprijs per patiënt per DBC-zorgproduct betrouwbaarder kan worden bepaald.
5. *Onduidelijkheid omtrent benchmarkgegevens.* In verschillende datatools wordt gewerkt middels benchmarkgegevens, het is echter onduidelijk hoe deze benchmarkgegevens tot stand komen. Het is voorsnog onduidelijk hoeveel ziekenhuizen en welke ziekenhuizen inmiddels zijn aangesloten bij de verschillende

Voorbeeld onderschatting en overschatting richttijden

Voor rapportage is een richttijd gesteld van 90 minuten. Deze tijd wordt zowel geregistreerd bij het rapporteren van een neuropsychologisch onderzoek, als na een intakegesprek in het kader van enkele behandeling. De richttijd á 90 minuten leidt op deze manier tot een overschatting van rapportagetijd bij intakegesprekken voor sec behandeling, maar leiden tot onderschatting wanneer het een uitwerking van een neuropsychologisch onderzoek betreft.

datatools. Inzicht in deze gegevens is noodzakelijk om te kunnen beoordelen of benchmarkgegevens daadwerkelijk kunnen worden gebruikt als zijnde benchmarkgegevens.

4.3 Kostprijs MP en Ziekenhuisfinanciering

De kostprijs voor een DBC-zorgproduct vormt een belangrijke basis voor de prijsonderhandelingen over somatische DBC-zorgproducten met zorgverzekeraars. In theorie zou de kostprijs MP hierin kunnen worden meegenomen. Vanwege de complexiteit van de materie vinden deze onderhandelingen echter niet plaats, zo blijkt ondermeer ook uit de kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij ernstig somatische aandoeningen (uit 2019)⁴. De afdeling MP wordt vooralsnog dikwijls gefinancierd vanuit de overhead.

5. Bronnen

Geraadpleegde documenten:

1. Adviesrapport. Psychosociale zorg bij somatische problemen. Werkgroep Kosten en Bekostiging. Versie april 2017.
2. Handleiding DBC-systematiek Nederlandse Zorg Autoriteit. Versie: 1 januari 2019.
3. Beleidsregel kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg. Versie: mei 2019.
4. Kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij ernstig somatische aandoening. Versie: december 2019.

Geraadpleegde websites:

www.nza.nl

www.lvmp.nl

www.zorgwijzer.nl

6. Bijlage 1: NZa-codes Medische Psychologie

NZa-code	Medisch-psychologische zorgactiviteiten in ziekenhuizen	Richttijd in minuten
194161	<p>0. Inschrijving Nieuwe inschrijving</p> <p>Bij elke nieuw verwezen patiënt vindt inschrijving plaats c.q. wordt een (elektronisch) medisch psychologisch dossier aangemaakt. De psycholoog beoordeelt de verwijsinformatie. Wanneer overleg over de verwijzing nodig is, wordt dit eveneens geregistreerd (194171 of 194172). Een verwijzing is nieuw:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bij het allereerste contact, 2. bij een hernieuwd contact, al dan niet met een nieuwe vraagstelling, 3. bij verwijzing door een ander specialisme. <p>Ook als de verwijzing niet resulteert in een consult met de patiënt of het patiëntstelsel, wordt een nieuwe inschrijving geregistreerd, evenals een eventuele vervolg-verrichting.</p>	15
194152 194163 194164	<p>1. Consulten 1.1 Intake 1.2 Behandelcontact 1.3 Psychotherapeutisch contact</p> <p>Per patiënt wordt elk consult geregistreerd o.b.v. gemiddeld 45 minuten contacttijd en 15 minuten voorbereiding en verslaglegging (decursus). Een intakecontact kan meer dan 1 keer plaatsvinden. Bijvoorbeeld, de eerste keer als 1^{ste} consult, de 2^{de} keer als heteroanamnese en de 3^{de} keer als verdiepende intake. Een eenmalig intakegesprek (al dan niet deels in aanwezigheid van anderen uit het patiëntstelsel) kan langer duren; echter, in dat geval wordt dit gesprek toch maar één keer geregistreerd.</p> <p>Het adviesgesprek na afronding van het psychologisch onderzoek wordt geregistreerd als behandel- dan wel psychotherapiecontact. Behandelcontacten worden als psychotherapiecontacten geregistreerd als de betreffende psycholoog een klinisch psycholoog (BIG) of een psychotherapeut (BIG) is. Ook klinisch psychologen en psychotherapeuten in opleiding kunnen psychotherapiecontacten registreren als zij hierover worden gesuperviseerd. Een gezondheidszorgpsycholoog (BIG) kan geen psychotherapiecontacten registreren.</p>	60 60 60
194165	<p>2. Groepsvoorlichting Voorlichting groepcontact</p> <p>Deze verrichting wordt gebruikt bij voorlichtingsmodules, bijv. binnen het kader van de hartrevalidatie. Per deelnemende patiënt wordt de registratie ingevoerd.</p>	15
194166	<p>3. Groepsbehandeling 3.1 Behandeling groepcontact</p> <p>Idem als bij 2, maar nu gaat het om een behandeling, bijvoorbeeld een training omgaan met chronische klachten.</p>	30

193141	<p>Uitgaande van een gemiddeld aantal deelnemers van 4, wordt de richttijd 30 minuten per patiënt.</p> <p>3.2 Behandelsessie PEP (hartrevalidatie)</p> <p>De behandelsessie PEP van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een sessie van 2 uur in groepsverband. Uitgaande van een gemiddeld aantal deelnemers van 4 wordt de richttijd 30 minuten per patiënt.</p>	30
194157 194158 194159 194160	<p>4. Psychologisch onderzoek en interpretatie</p> <p>4.1 Screening</p> <p>4.2 Persoonlijkheidsonderzoek</p> <p>4.3 Intelligentieonderzoek</p> <p>4.4 Neuropsychologisch onderzoek</p> <p>Bij screening gaat het om één of meer vragenlijsten of tests; bij onderzoek gaat het om uitgebreid onderzoek. Ontwikkelingspsychologisch onderzoek bij kinderen wordt als neuropsychologisch onderzoek geregistreerd en spelobservatieonderzoek als persoonlijkheidsonderzoek. Het betreft hier het uitwerken en afnemen van observatiemethodieken, zelfregistraties, vragenlijsten en tests. Verder gaat het om het schriftelijk uitwerken van de resultaten van het psychodiagnostisch onderzoek, het opstellen van interpretaties en conclusies, het overleg met ondersteuners, enz. In het kader van een psychologisch onderzoek kunnen zo nodig meerdere soorten onderzoeken worden geregistreerd. Het gaat telkens om de tijd die de psycholoog én de ondersteuner besteden aan het onderzoek.</p>	60 300 300 300
194171	<p>5. Consultatie</p> <p>5.1 Intercollegiaal en interdisciplinair overleg (specialist, huisarts, en anderen)</p> <p>Dit betreft intercollegiale consultaties, overleg met medisch specialisten, andere interne en externe hulpverleners (bijv. verpleegkundigen, huisartsen), verzekeringsinstanties, centra waarnaar de patiënt wordt verwezen, en dergelijke. Dit zijn doorgaans kortdurende consultaties. Ook intercollegiale intervisie m.b.t. de zorg voor de patiënt kan hiermee worden geregistreerd. Consultatie kan face to face plaatsvinden of anderszins (email, telefonisch, etc.).</p>	15
194172	<p>5.2 Multidisciplinair overleg (MDO)</p> <p>Dit betreft deelname aan multidisciplinaire patiëntgerichte vergaderingen met een wisselende duur en case load. De verrichting wordt per patiënt geregistreerd en alleen bij de patiënten die tijdens het MDO zijn besproken <i>en die naar de psycholoog zijn of worden doorverwezen</i>.</p> <p>Als het voor de patiënt zinvol is dat ook een andere psycholoog bij dat overleg aanwezig is, kan ook deze registreren.</p>	15
194155	<p>6. Verslaglegging en verslaggeving</p> <p>6.1 Gegevensbeheer</p> <p>Dit betreft patiëntgerichte activiteiten die niet passen binnen de andere registraties: het beantwoorden van vragen</p>	15

194156	<p>n.a.v. het opvragen van gegevens, het aanvullen van het dossier met conclusies, adviezen en behandelplan, telefonisch of digitaal contact met de patiënt of het patiëntensysteem, het aanvullen van het dossier met nieuwe gegevens, en dergelijke.</p> <p>6.2 Rapportage Rapportage (brief, correspondentie, rapport)</p> <p>Dit betreft de verslaggeving, de correspondentie, brieven en rapporten over een patiënt aan de verwijzer, de huisarts, patiënt en/of derden. Als er over een patiënt verschillende brieven of rapporten worden opgesteld, wordt de verrichting elke keer geregistreerd.</p>	90
--------	---	----

Versie: 2021

Voor de meest actuele versie van het verrichtingenoverzicht wordt verwezen naar de LVMP website.

Aanvullende opmerkingen:

- Bij een meervoudige onderzoeksactiviteit, bijvoorbeeld persoonlijkheidsonderzoek en neuropsychologisch onderzoek, kan zowel 194158 (persoonlijkheidsonderzoek) als 194160 (neuropsychologisch onderzoek) worden geregistreerd.
- Alleen zorgactiviteiten die daadwerkelijk zijn uitgevoerd mogen worden geregistreerd.
- Zorgactiviteiten die digitaal plaatsvinden kunnen op de reguliere wijze worden geregistreerd. Er is dus wat betreft het registreren in NZa-codes geen onderscheid tussen digitale en face to face contacten.
- Indien zorgactiviteiten vooraf geregistreerd worden omdat de verwachting is dat deze zullen plaatsvinden, dan moet achteraf daarop controle plaatsvinden.
- Bij no show en bij afzeggen van de afspraak wordt de ingeboekte verrichting niet geregistreerd, maar kan wel gegevensbeheer worden geregistreerd als de reden van de afzegging geëxploreerd en in het dossier genoteerd is.
- Bij een nieuwe intake kan bij no show de nieuwe inschrijving (194161) blijven staan.
- Werkbegeleiding en supervisie horen bij opleiden en zijn gericht op de opleiding: deze activiteiten kunnen niet met een NZa code als 'patiëntenzorg' worden geregistreerd.
- De meeste registratiesystemen hebben de ruimte om gebruik te maken van vrije codes. Zo kan bijvoorbeeld het onderscheid tussen klinisch en poliklinisch startkader worden geregistreerd door in overleg met de Zorgadministratie een P (poliklinisch) of een K (klinisch) toe te voegen aan de inschrijving. Ook kan op deze wijze een bepaalde patiëntengroep snel zichtbaar worden (bijv. door B toe te voegen bij bariatrische chirurgie).
- Door gebruikmaking van de NZa codes en aanvullende vrije codes kan diverse managementinformatie worden verkregen, bijvoorbeeld: verhouding tussen klinische-poliklinische zorgactiviteiten in aantallen verrichtingen, het aantal verwijzingen en verrichtingen per specialisme, het aantal verrichtingen per DBC-zorgproduct, verhouding tussen diagnostische en behandelingsactiviteiten in aantallen verrichtingen, het aantal verrichtingen per psycholoog enz.. Dit zegt echter niets over de specifieke tijdsbesteding.
- **Let op:** de navolgende alinea is alleen valide als bij de verrichtingen niet de richttijden, maar de daadwerkelijk gebruikte tijden worden geregistreerd. Dat is begin 2021 echter (nog) bijna nergens het geval. Wordt dus bij dergelijke vergelijkingen gebruik gemaakt van richttijden, dan zijn deze niet betrouwbaar en is de vergelijking niet valide. Dit is een belangrijk gegeven om mee te nemen als de registratiegegevens worden gebruikt voor oneigenlijke managementdoelen. En dit geldt per definitie voor benchmarking van de medisch-psychologische zorg. Benchmarking is zeker de komende jaren nog invalide als het om iets anders gaat dan om aantallen van verrichtingen. Wanneer er sprake is van registratie van daadwerkelijk gerealiseerde tijden bij de verrichtingen, dan kan ook bijvoorbeeld de kostprijs per verrichting (voor bijvoorbeeld een specifiek verwijzend specialisme) worden berekend, of de tijdsverhouding tussen directe en indirecte patiëntgebonden activiteiten enerzijds en niet-patiëntgebonden activiteiten anderzijds.

7. Bijlage 2 Verdeelsleutels om indirecte kosten te berekenen

Omschrijving	Verdeelsleutel
Raad van bestuur	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Personeelszaken	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Communicatie	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Financieel beleid	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Medezeggenschapsorganen	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Kwaliteit zorg	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Juridische zaken	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Klachtenbureau	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Commissies	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Financiële administratie	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Zorgadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Patiëntenadministraties (balie)	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Salarisadministratie	Formatiesleutel (bijv. FTE*)
Kapitaalslasten	Gewogen** m2
Energie	Gewogen m2
Technische dienst	Gewogen m2
Instrumentele dienst	Afschrijving app
Patiëntenlogistiek (vervoer)	Verpleegdagen (ZPK***3)
Huisvesting	Gewogen m2
Goederentransport	Materiële kosten
Inkoop	Materiële kosten
Magazijn	Materiële kosten
Schoonmaak	Gewogen m2
Beddencentrale	Verpleegdagen (ZPK 3) / Dagverpleging (ZPK2)
ICT	Formatiesleutel of werkplekken
Telefooncentrale	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Textielservice	Verpleegdagen (ZPK 3) /Dagverpleging (ZPK2)
Keuken	Verpleegdagen (ZPK 3)
Personeelsrestaurant	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Beveiliging	m2
Stafcalamiteiten	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Drukkerij	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Medische bibliotheek	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Postkamer	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Wachtgeld / lasten inactieven	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Centraal Archief	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Facilitaire diensten (incl. resultaat parkeren)	Formatiesleutel (bijv. FTE)
Exploitatiekosten apotheek	Verpleegdagen (ZPK 3) / Dagverpleging (ZPK2)

* FTE is inclusief personeel niet in loondienst (pnil)

** M² kunnen worden gewogen op basis van College Bouw Zorginstellingen (2010)

*** ZPK staat voor zorgprofielklasse

Voor indirecte kosten die niet in bovenstaande lijst zijn opgenomen worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Voor personeelskosten wordt een 'formatiesleutel' gebruikt;
- Voor gebouwgebonden kosten wordt de verdeelsleutel '(gewogen) m²' gebruikt;
- Voor kosten gerelateerd aan de inkoop, het vervoer, de opslag of verwerking van materiaal wordt de verdeelsleutel 'materiële kosten' gebruikt;
- Voor kosten gerelateerd aan het verblijf van de patiënt wordt de verdeelsleutel 'Verpleegdagen/ Dagverpleging' gebruikt.