

Kostprijsmodel DBC GRZ

Versie 2.2.

15 oktober 2013



Inhoudsopgave

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 1.1 | Doel van het kostprijsmodel | 4 |
| 2 | Gehanteerde uitgangspunten | 5 |
| 3 | Het kostprijsmodel in hoofdlijnen | 6 |
| 3.1 | Korte beschrijving van het kostprijsmodel | 6 |
| 3.2 | Stapsgewijze beschrijving van het kostprijsmodel | 7 |
| 3.3 | Registratieregels..... | 7 |
| 4 | Het kostprijsmodel in fases | 8 |
| 4.1 | Keuzevrijheid binnen het kostprijsmodel | 8 |
| 5 | Het bepalen van kostendragers (fase 1) | 10 |
| 5.1 | De achtergrond van de kostendragers | 10 |
| 5.2 | Categorieën kostendragers | 10 |
| 5.2.1 | Verpleegdag uit te drukken in kostprijs per eenheid | 10 |
| 5.2.2 | Dagbehandeling uit te drukken in kostprijs per eenheid..... | 11 |
| 5.2.3 | Huisbezoek uit te drukken in kostprijs per eenheid | 11 |
| 5.3 | Vaststellen kostendragers per instelling | 11 |
| 6 | Aansluiting bij resultaat en uitsluiten kosten en opbrengsten (fase 2) | 12 |
| 6.1 | Aansluiting met het resultaat van de jaarrekening | 12 |
| 6.2 | Wijze van uitsluiten | 12 |
| 6.3 | Welke kosten en opbrengsten uitsluiten?..... | 13 |
| 6.4 | Onderlinge dienstverlening | 15 |
| 6.5 | Niet-zorgactiviteiten | 15 |
| 6.6 | Kosten en opbrengsten van zorg die valt onder andere financieringsbronnen..... | 16 |
| 7 | Bepalen totale instellingskosten voor kostprijzen (fase 3) | 18 |
| 8 | Indeling kostenplaatsen in hoofd- en hulpkostenplaatsen (fase 4) | 20 |
| 8.1 | Typen kostenplaatsen | 20 |
| 9 | Kostensoorten behandelaren uitsluiten van behandelsetting (fase 5) | 21 |
| 9.1 | Instellingsbrede kosten en afdelingsbrede productie | 21 |
| 9.2 | Aanwijzingen bij uurtarieven behandelaar..... | 21 |
| 9.3 | Aanwijzing bij ORT en sociale lasten | 22 |
| 9.4 | Opleidingen | 22 |
| 9.5 | Aanwijzingen bij personeel niet in loondienst..... | 22 |
| 9.6 | Samenvattend | 23 |
| 10 | Toerekenen kosten behandelaren aan kostendragers behandelaren (fase 6) | 24 |
| 10.1 | Overheadpercentage voor indirecte kosten behandelars | 24 |
| 10.2 | Correctie toegerekende kosten behandelsetting..... | 24 |



| | | |
|-----------|---|-----------|
| | 10.3 Bepalen instellingsspecifiek overheadpercentage | 24 |
| 11 | Bepalen productiviteitspercentage van behandelaren (fase 7)..... | 26 |
| | 11.1 Bepaling van het productiviteitspercentage | 26 |
| | 11.2 Activiteiten behandelaren bij niet grz-afdelingen..... | 27 |
| | 11.3 Tweemaal productiviteitsberekening in kostprijsberekening | 28 |
| 12 | Kostprijsberekening van behandelaren (fase 8)..... | 29 |
| | 12.1 Delingscalculatie per behandelaar bij genormeerde productiviteit..... | 29 |
| | 12.2 Delingscalculatie per behandelaar bij werkelijke productiviteit | 30 |
| 13 | Toerekenen kosten aan de behandelsetting (fase 9)..... | 32 |
| | 13.1 Controle op totale instellingskosten voor kostprijzen | 32 |
| | 13.2 Kosten behorend bij behandelsetting | 32 |
| | 13.2.1 Hulpmiddelen..... | 32 |
| | 13.3 Verdeelsleutels hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen | 33 |
| 14 | Kostprijsberekening van de behandelsetting (fase 10) | 36 |
| | 14.1 Het relateren van kosten en productie | 36 |
| | 14.2 Productievolume | 36 |
| | 14.2.1 Productievolume | 36 |
| | 14.2.2 Verbijzondering productievolume specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten..... | 36 |
| | 14.3 Het uitvoeren van de delingscalculatie..... | 37 |
| | Bijlage 1: Begrippenlijst..... | 39 |
| | Bijlage 2: Lijst met kostendragers..... | 41 |



1 Inleiding

1.1 Doel van het kostprijsmodel

DBC-Onderhoud werkt aan de ontwikkeling van het DBC-systeem voor de geriatrische revalidatiezorg. Een DBC-systeem kent in essentie twee onderdelen: een gestructureerd overzicht van DBC's (de productstructuur) en een set van afspraken over het registreren van zorg met het DBC-systeem.

De DBC-systematiek is van toepassing in de forensische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuiszorg en de geriatrische revalidatiezorg (grz). De systematiek voor de grz is gebaseerd op die van de ziekenhuiszorg. De DBC's in de ziekenhuiszorg zijn in 2012 opgevolgd door zogenoemde DBC-zorgproducten. Dit maakt de systematiek veel beter hanteerbaar. Dat betekent dus dat ook voor de grz geen DBC's, maar DBC-zorgproducten van toepassing zijn.

DBC-zorgproducten bestaan uit twee onderdelen: de typering van de patiënt en de zorgactiviteiten die voor deze patiënt uitgevoerd zijn. Voor de afzonderlijke uurtarieven (die via tijdschrijven worden gebonden aan de activiteiten) en overige activiteiten zijn kostprijzen te bepalen. Door het kostendragerprofiel van een DBC-zorgproduct te waarderen met de kostprijzen, levert dit gesommeerd de productprijs van een DBC-zorgproduct op.

Het doel is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de grz afspraken met elkaar maken over prijs, volume en kwaliteit van DBC-zorgproducten. Voor een nadere toelichting op de DBC-systematiek verwijzen wij u naar de website van DBC-Onderhoud (www.dbconderhoud.nl).

De grz-zorgaanbieders leveren conform dit model kostprijsgegevens aan. Deze kostprijsinformatie is nodig voor het beoordelen van de - te ontwikkelen - productstructuur op kostenhomogeniteit en het bepalen van landelijke DBC-zorgproductprijzen. Gedurende de doorontwikkeling van de productstructuur ligt de nadruk op eenduidige toepassing van dit kostprijsmodel, om zo over vergelijkbare kostprijsgegevens te beschikken en zinvolle analyses te kunnen uitvoeren.

Daarnaast hebben zorgaanbieders behoefte aan inzicht in kostprijzen van DBC-zorgproducten om zich goed te kunnen voorbereiden op het maken van afspraken met de zorgverzekeraar. Het ontwikkelde kostprijsmodel vormt hiervoor een hulpmiddel.

Voor het verbeteren van het kostprijsmodel heeft DBC-Onderhoud een kostprijsexpertgroep samengesteld bestaande uit controllers van grz instellingen, Casemix en Actiz. De deelnemers hebben allen ervaring met voorgaande kostprijsonderzoeken en hebben input geleverd welke afgestemd is in overleg met de NZa.





2 Gehanteerde uitgangspunten

Uitgaan van de gemiddelde zorgaanbieder

Het kostprijsmodel moet voldoen aan de doelstelling van de kostprijsberekening voor de grz. Tegelijk moet het model met zo min mogelijk extra inspanning door zorgaanbieders te realiseren zijn. Het model moet daarom eenvoudig van opzet zijn, waarbij de focus ligt op de hoofdlijnen van de kostprijsbepaling en niet op de details.

Rekening houden met verschillende financieringsstromen

Het kostprijsmodel houdt er rekening mee dat grz-instellingen met meerdere financieringsstromen te maken hebben.

Het kostprijsmodel is zo flexibel als mogelijk

Grz-instellingen hebben veelal eigen kostprijsystemen opgezet. Daarbij zijn onderbouwde keuzes gemaakt. Het streven is dat een instelling die meewerkt aan het landelijke kostprijsstraject zo min mogelijk onnodig dubbel werkt verricht. Het kostprijsmodel moet daarom zo flexibel mogelijk zijn en individuele afwijkende keuzes van instellingen mogelijk maken zolang:

- dit leidt tot een meer zuivere kostprijsberekening;
- dit niet leidt tot onvergelijkbare kostprijzen.

Een kostprijs moet zoveel mogelijk integraal zijn

Het streven is dat de kostprijs van een DBC-zorgproduct integraal is, dus alle kosten bevat. Hierop gelden enkele uitzonderingen die in hoofdstuk 6 aan de orde komen.

Rekeningschema

In het kostprijsmodel hanteren we de verdeling van instellingskosten in kostensoorten conform het Prismant rekeningschema (publicatienummer 203.25).

Feitelijke kosten en feitelijke productie in een gegeven periode

Bij de toepassing van het kostprijsmodel gaan we ervan uit dat de zorgaanbieder kostprijzen berekent op basis van de feitelijke kosten- en productiegegevens van het afgesloten boekjaar. Er worden dus nacalculatorische kostprijzen berekend. De kosten betreffen boekjaar $t-1$, waarbij t staat voor het jaar waarin de kostprijzen worden aangeleverd (aanleverjaar). De productie betreft eveneens registratiejaar $t-1$.

Alle vergoedingen van kosten variabel

In het kostprijsmodel wordt verondersteld dat alle vergoedingen van kosten variabel zijn. Gezien het doel van dit model, onderbouwen van landelijke tarieven en de ontwikkeling van de landelijke productstructuur, is dit een verantwoord uitgangspunt.

Aansluiting jaarrekening en rondrekening

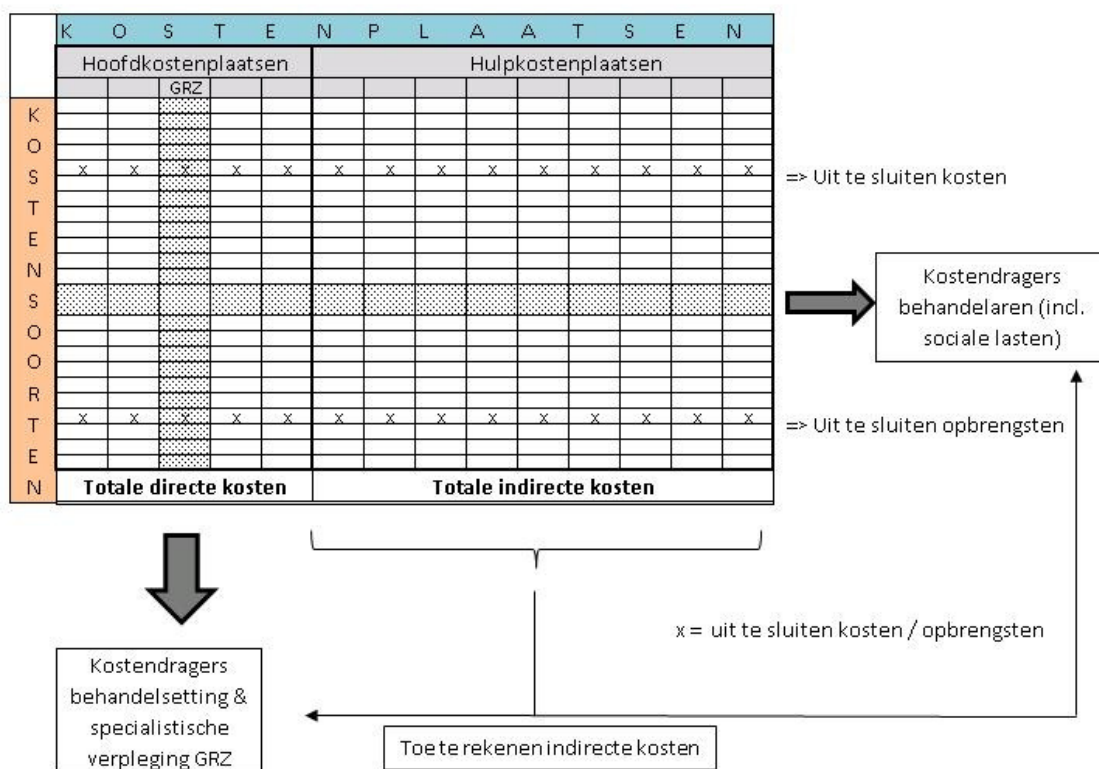
Om een juiste kostprijsberekening te waarborgen moet aansluiting met de resultatenrekening vanuit de jaarrekening worden aangetoond. Middels een rondrekening wordt nagegaan of alle toegerekende kosten aan de kostendragers worden gealloceerd.



3 Het kostprijsmodel in hoofdlijnen

In dit hoofdstuk volgt een beknopte omschrijving van het kostprijsmodel en de te doorlopen fases. Deze fases krijgen in het vervolg van dit rapport nadere aandacht.

Figuur 1 Schematische weergave van het kostprijsmodel in hoofdlijnen



In dit kostprijsmodel vindt kostprijsberekening plaats van de kostendragers van behandelaren en van de behandelsetting van de geriatrie revalidatieafdeling(en). Tevens worden aan alle kostendragers indirecte kosten toegerekend.

3.1 Korte beschrijving van het kostprijsmodel



Van de totale kosten die een zorgaanbieder maakt, worden de kostensoorten die buiten de kostprijsbepalingen vallen uitgesloten. Ook moeten de totale instellingskosten gezuiverd worden van die kosten en opbrengsten van activiteiten die geen of een beperkte relatie hebben met de primaire functie van de zorgaanbieder, zoals de exploitatie van een winkeltje of een parkeergarage.

Het kostprijsmodel bevat een toerekening van kosten van de zorgaanbieder aan de kostendragers die bij de zorgaanbieder voorkomen inclusief de uitgesloten kosten en opbrengsten. Deze kostendragers zijn de eenheden waarin de DBC-productie is geregistreerd. De volgende categorieën kostendragers zijn bepaald:

- Behandelaren: uurtarieven van verschillende typen behandelaren uit te drukken in kostprijs per vijf minuten (bijvoorbeeld: vijfminutentarief van een specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, et cetera).

- Behandeling: zorgactiviteiten uit te drukken in kostprijs per eenheid (verpleegdagen, dagbehandelingen, poliklinische behandelingen en huisbezoeken).

3.2 Stapsgewijze beschrijving van het kostprijsmodel

Een zorgaanbieder past het DBC GRZ kostprijsmodel toe door middel van het doorlopen van tien fases die in het vervolg van dit rapport beschreven worden.

In dit kostprijsmodel wordt de kostenplaatsmethode toegepast. De kostenplaatsmethode is een methode waarbij indirecte kosten aan de directe kosten worden toegerekend.

De fases 1, 2, 3 en 4 zijn algemene fases in het kostprijsmodel. De fases 5 tot en met 8 betreffen de kostprijsberekening van kostendragers van behandelaren. Fase 9 en fase 10 heeft betrekking op de kostprijsberekening van de behandelsetting.

Allereerst worden de kostendragers vastgesteld (fase 1). Daarna wordt aansluiting gezocht bij de resultatenrekening van het desbetreffende boekjaar en worden bepaalde kosten en opbrengsten uitgesloten van kostprijsberekening (fase 2), waarmee de totale instellingskosten voor kostprijzen worden bepaald (fase 3). Daarnaast worden hulpkostenplaatsen (organisatieonderdelen die ondersteunende of voorwaardenscheppende activiteiten uitvoeren) en hoofdkostenplaatsen (organisatieonderdelen die aan het primaire proces leveren in termen van zorgactiviteiten) onderscheiden in fase 4.

De kosten van behandelaren worden afgezonderd van de behandelsetting (fase 5), en er worden indirecte kosten aan de directe kosten van behandelaren toegerekend middels een instellings specifiek overheadpercentage (fase 6). Deze kosten in combinatie met het productiviteitspercentage (zowel gerealiseerd als genormeerd) (fase 7) levert de kostprijsberekening van de behandelaren op (fase 8).

De indirecte kosten van de behandelsetting worden middels verdeelsleutels aan de hoofdkostenplaatsen (van de afdeling(en) geriatrische revalidatie) toegerekend (fase 9). Daarop wordt gecorrigeerd voor de toegerekende indirecte kosten van de behandelaren en de specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten. Uiteindelijk vindt de delingscalculatie plaats met de geregistreerde productie van de behandelsetting van de geriatrische revalidatieafdeling(en) (fase 10).

Voor het bieden van een adequate beeldvorming van deze materie zijn de voorbeelden verderop in het kostprijsmodel zoveel als mogelijk universeel opgesteld.

3.3 Registratieregels

De registratie van zorgactiviteiten dient plaats te vinden conform de Handleiding DBC-productstructuur geriatrische revalidatie. In dit document gaan wij er vanuit dat zorgactiviteiten correct conform deze handleiding geregistreerd worden.



4 Het kostprijsmodel in fases

De volgende hoofdstukken bevat een beschrijving van het kostprijsmodel. Deze volgt het chronologische proces van een zorgaanbieder bij het bepalen van kostprijzen. Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden welke kosten aan de behandelsetting en welke aan de behandelaren worden toegerekend. Waar nodig is een nadere toelichting beschikbaar. De toepassing van het kostprijsmodel kent de volgende chronologische fases:

Fase 1: Het bepalen van de kostendragers bij de zorgaanbieder (hoofdstuk 5).

Fase 2: Het aansluiten bij het resultaat van de jaarrekening en het uitsluiten van kosten en opbrengsten bij de kostprijsberekening (hoofdstuk 6).

Fase 3: Het bepalen van de totale instellingskosten voor kostprijzen (hoofdstuk 7)

Fase 4: Het indelen van de kostenplaatsen in hoofd- en hulpkostenplaatsen (hoofdstuk 8)

Fase 5: Het uitsluiten van (instellingsbrede) kostensoorten van behandelaren (en samenhangende directe kostenplaatsen) van de kostprijsbepaling voor de behandelsetting (hoofdstuk 9).

Fase 6: Het toerekenen van de (directe & indirecte) instellingsbrede kosten van behandelaren aan de kostendragers van de behandelaren (hoofdstuk 10).

Fase 7: Het berekenen van het (gerealiseerde) productiviteitspercentage van behandelaren (hoofdstuk 11).

Fase 8 Het bepalen van het volume/de productie van de kostendrager en het uitvoeren van een delingscalculatie voor de kostprijs per kostendrager van de behandelaren (hoofdstuk 12).

Fase 9: De (geaggregeerde) hoofd- en hulpkostenplaatsen voor de behandelsetting toerekenen aan de kostendragers van de behandelsetting door middel van een verdeelsleutel (hoofdstuk 13).

Fase10:Het bepalen van het volume/de productie van de kostendrager en het uitvoeren van een delingscalculatie voor de kostprijs per kostendrager van de behandelsetting, inclusief correctie van de toegerekende indirecte kosten van behandelaren en de kosten van de specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten op de behandelsetting (hoofdstuk 14).



4.1 Keuzevrijheid binnen het kostprijsmodel

Een belangrijk uitgangspunt is flexibiliteit om de kostentoe rekening af te stemmen op de specifieke situatie bij de zorgaanbieder. Het model biedt individuele keuzes zolang:

- Dit leidt tot een meer zuivere kostprijsberekening dan wanneer het model zou worden gevolgd.
- Dit naar verwachting niet leidt tot onvergelijkbare kostprijzen.

- -
 -
- Individuele keuzes zijn mogelijk op de volgende onderdelen van het model:
- Fase 1: Bepalen kostendragers die voor de instelling van toepassing zijn;
 - Fase 9: De (geaggregeerde) hoofd- en hulpkostenplaatsen voor de behandelsetting toerekenen aan de kostendragers van de behandelsetting door middel van een verdeelsleutel.





5 Het bepalen van kostendragers (fase 1)

5.1 De achtergrond van de kostendragers

Het doel van kostprijsberekening is het toerekenen van kosten aan kostendragers. In de DBC-systematiek voor de grz zijn de kostendragers direct afgeleid van de eenheden van activiteiten die worden geregistreerd om de productie uit te drukken. Voor het overgrote deel bestaan deze uit het 'tijd schrijven' van afzonderlijke behandelaars op activiteiten. De kostendrager is hier een uur patiëntgebonden tijdsbesteding van de verschillende typen behandelaars. Dit betreft zowel direct als indirect patiëntgebonden tijd¹.

Daarnaast wordt nog een aantal andere activiteiten onderscheiden waarop geen tijd wordt geschreven maar die bestaat uit een aangeboden behandelvorm voor de patiënt zoals de verpleegdag, de dagbehandeling en de poliklinische behandeling. In bijlage 2 is een lijst van alle mogelijke kostendragers opgenomen.

5.2 Categorieën kostendragers

Om kostprijzen van deze activiteiten te bepalen, moeten kosten worden toegerekend aan de kostendragers. In deze paragraaf beschrijven we de kostendragers. Daarbij lopen we soms vooruit op fases in het kostprijsmodel die verderop pas uitgevoerd worden.

We kunnen de kostendragers onderscheiden in twee groepen:

- **Behandelsetting:** de verpleegdagen, dagbehandelingen, poliklinische behandelingen en huisbezoeken.
- **Behandelaren,** bestaande uit:
 - Direct patiëntgebonden tijd (face-to-facecontact) en indirect patiëntgebonden tijd van de specialist ouderengeneeskunde en de overige behandelaars (para-perimedici).
 - Voor de productieregistratie van de specifieke activiteiten van de verpleging zijn een zestal specifiek specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten beschikbaar. De overige activiteiten van de verpleging en verzorging worden niet apart geregistreerd, maar verdisconteerd in de verpleegdag, dagbehandelingen en de poliklinische behandeling.

Voor de productieregistratie geldt een onderscheid in twee soorten zorgactiviteiten namelijk:

- Zorgactiviteiten die bij plaatsvinden per keer worden vastgelegd. Dit geldt voor poliklinische behandelingen, verpleegdagen, dagbehandelingen, huisbezoeken, en afwezigheidsdagen.
- Zorgactiviteiten die per eenheid een tijdsbesteding van vijf minuten behandelinzet vertegenwoordigen. De door de behandelaar bestede tijd per patiënt wordt omgerekend naar het bijhorende aantal zorgactiviteiten. Dit aantal wordt vastgelegd bij de desbetreffende zorgactiviteitcode.

5.2.1 Verpleegdag uit te drukken in kostprijs per eenheid

Onder een verpleegdag verstaan we de situatie dat een patiënt in de instelling verblijft met overnachting. De eenheid van registratie is dus een kalenderdag aanwezigheid inclusief overnachting. Er kan ook sprake zijn van afwezigheidsdagen, zoals proef- of weekendverlof. Een patiënt is dan niet aanwezig gedurende de behandeling. Dit mag niet verward worden met de mutatiedag².

¹ Met uitzondering van specifiek specialistische verpleegkundige handelingen die alleen directe tijd schrijven.

² De AWBZ kent een vergoeding voor mutatiedagen: Aantal dagen dat een bed niet bezet is na ontslag van de patiënt (maximaal 13 dagen).

Reken alle kosten toe aan de verpleegdag waarbij de afwezigheidsdag ook telt als een verpleegdag. Voorwaarde is wel dat de verpleeg- en afwezigheidsdag niet dubbel is geregistreerd. Tel alle afwezigheidsdagen op bij de verpleegdagen. Daarmee is de kostprijs voor de afwezigheidsdag gelijk te veronderstellen aan de verpleegdag.

5.2.2 Dagbehandeling uit te drukken in kostprijs per eenheid

Dagbehandeling is een aantal uren durende behandeling in de zorginstelling, waarbij de patiënt gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten zonder overnachting.

De meeste instellingen hebben (een) kostenplaats(en) voor de exploitatiekosten en productie-registratie van de afdeling(en) dagbehandeling. Wanneer dit niet het geval is, wordt voor de kostprijsberekening van een dagbehandeling als voorwaarde gesteld dat u de kosten separaat inzichtelijk maakt op een separate kostenplaats om de kosten aan deze productie toe te rekenen. Indien u hiervoor geen separate kostenplaats in de administratie heeft opgenomen, kunt u extracomptabel een fictieve kostenplaats in de kostprijsberekening aanmaken.

5.2.3 Huisbezoek uit te drukken in kostprijs per eenheid

Voor een huisbezoek van de specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut en/of fysiotherapeut kan één zorgactiviteit "huisbezoek" vastgelegd worden, naast de bestede patiëntgebonden behandel tijd van de specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut en/of fysiotherapeut. De reistijd is niet-patiëntgebonden tijd. De kosten van vervoer die gemoeid zijn met deze activiteit kunt u aan het huisbezoek toerekenen.

Een huisbezoek in het kader van aanpassing van de woonomgeving valt hier niet onder. Deze zorg dient plaats te vinden in het kader van de WMO.

5.3 Vaststellen kostendragers per instelling

De lijst met activiteiten en de daarvan afgeleide lijst met kostendragers (bijlage 2) is niet volledig op alle instellingen van toepassing, omdat bepaalde activiteiten of behandelaars op instellingsniveau niet hoeven voor te komen. Zo kan het zijn dat een instelling niet alle genoemde soorten behandelaars in dienst heeft die in de DBC-registratie worden onderscheiden. De eerste stap in de kostprijsberekening is daarom het bepalen van de kostendragers. Dit dient uiteraard in overeenstemming te zijn met de door de instelling gemaakte keuzes in de registratie. Onderwerpen die minimaal intern besproken moeten worden zijn:

- Welke professionals zijn werkzaam in de instelling en registreren welke tijd in het kader van de DBC-registratie. Voor elk soort behandelaar die tijdregistratie voert, moet een vijfminutentarief worden berekend.
- Welke behandelvormen worden aangeboden en zijn van toepassing in het kader van de DBC-registratie.

Resultaat van deze fase:

Een lijst met op de instelling van toepassing zijnde kostendragers.



6 Aansluiting bij resultaat en uitsluiten kosten en opbrengsten (fase 2)

Dit hoofdstuk gaat in op de aansluiting van de resultatenrekening van het desbetreffende boekjaar en de manier waarop kosten en opbrengsten worden uitgesloten van kostprijsberekening.

De kosten en opbrengsten worden ingedeeld naar kostensoorten conform het rekeningschema voor de zorginstellingen (Prismant rekeningschema). Instellingen die geen gebruik maken van het oude of nieuwe rekeningschema voor de zorginstellingen, moeten een interpretatie maken vanuit het eigen schema.

Bij de kostprijsbepaling zijn een aantal kostensoorten onderscheiden die van de kostprijsberekening wordt uitgesloten. Bij het uitvoeren van kostprijsberekeningen dient de zorginstelling over de jaren een bestendige gedragslijn te hanteren. Zo mogen eenmalige of bijzondere kosten, extra dotaties of reserveringen niet meegenomen worden. Resultaten van niet-patiëntgebonden activiteiten zoals parkeeropbrengsten of bezoekersrestaurant, maar ook resultaten van deelnemingen (van commerciële activiteiten) dienen gesaldeerd of geëlimineerd te worden, waarbij een ondergrens van 1% van de totale exploitatiekosten gehanteerd wordt.

Aparte financieringsstromen (waaronder AWBZ en WMO) van waaruit vergoeding van kosten plaatsvindt, kunnen aanleiding zijn voor het uitsluiten van de kostprijsbepaling. Bovendien kan binnen de WMG sprake zijn van separate vergoedingen in de vorm van opslagen, zoals kapitaallasten.

6.1 Aansluiting met het resultaat van de jaarrekening

Het saldo van de resultatenrekening die de instelling hanteert bij de kostprijsberekening, dient aan te sluiten bij het resultaat van de desbetreffende jaarrekening. Dit moet aangetoond worden met de jaarrekening.

6.2 Wijze van uitsluiten

Voor het uitsluiten (eliminieren) van kosten en/of opbrengsten kunnen we vijf stappen hanteren. De stappen a, b en c gaan puur over het uitsluiten van kostensoorten/grootboekrekeningen. De stappen d en e hebben veelal betrekking op productie van een separate kostenplaats (en de daarbij behorende kostensoorten).

- Stap a: het uitsluiten van kosten(soorten).
- Stap b: het uitsluiten van opbrengsten.
- Stap c: in mindering brengen (salderen) van de opbrengsten op de kosten waarop de opbrengsten betrekking hebben. Stap d: eliminieren van kosten en opbrengsten (en eventuele productie) die met deze functies samenhangt.
- Stap e: verhogen van het productievolume met de productie die samenhangt met een activiteit/kostenplaats die niet via DBC-zorgproducten bekostigd wordt.

Stap a

In deze stap dient u kosten(soorten) uit te sluiten. Een voorbeeld van uit te sluiten kosten(soorten) zijn kapitaallasten. Voorwaarde is dat deze kosten intra- of extracomptabel herleidbaar zijn vanuit de administratie.



Stap b

In deze stap dient u kosten(soorten) van opbrengsten uit te sluiten, zoals omzet van primaire (zorg)functies. Ook hier geldt dat het uitsluiten van opbrengsten intra- of extracomptabel herleidbaar moet zijn vanuit de administratie.

Stap c

Het in mindering brengen (salderen) van de opbrengsten op de kosten waar de opbrengsten betrekking op hebben. Voorbeelden hiervan zijn niet-patiëntgebonden activiteiten zoals parkeeropbrengsten en/of een bezoekersrestaurant. Zie ook paragraaf 6.5.

Stap d

Deze stap kan gehanteerd worden als de activiteiten geen relatie tot de primaire functie van de zorgaanbieder hebben. Hierbij moet u de opbrengsten en de daarmee gepaard gaande kosten beide eliminieren. Het resterende saldo mag in de kostprijsberekening meegenomen worden als de kostenkant niet meer bedraagt dan 1% van de totale exploitatiekosten. Indien eventuele productie heeft plaatsgevonden, dient u deze niet mee te nemen.

Het verschil tussen stap c en stap d is salderen ten opzichte van elimineren. Er is sprake van elimineren als de kostenkant van niet-zorgactiviteiten meer bedragen dan 1% van de totale exploitatiekosten, anders wordt het salderen. In paragraaf 6.5. vindt u meer hierover.

Stap e

Voor de totstandkoming van de DBC-zorgproducten worden uitsluitend kostprijzen berekend voor de activiteiten die in het kader van de grz-behandeling plaatsvinden. Het is mogelijk dat op deze afdelingen ook declarabele uren en verpleegdagen van andere financieringsstromen plaatsvinden, bijvoorbeeld als op een afdeling zowel grz- als andere patiënten voorkomen. U dient dan aan de productiekant het aantal declarabele uren of verpleegdagen op te hogen. Het te berekenen uurtarief of verpleegdagentarief blijft dan zuiver.

Deze aanpak veronderstelt het volgende:

- Dat de meegerekende uren of verpleegdagen declarabel zijn vanuit de desbetreffende financieringsstroom of subsidie.
- Dat de kostprijzen van zorguren en verpleegdagen niet wijzigen per financieringsstroom. Volgens de werkgroep Kostprijsmodel is dit een reële veronderstelling.

6.3 Welke kosten en opbrengsten uitsluiten?

De onderstaande kosten en opbrengsten dienen niet meegenomen te worden in de kostprijsberekening en moeten derhalve in mindering worden gebracht.

Het uitsluiten van kosten (stap a)

De volgende kosten(soorten) dient u uit te sluiten:

- De kapitaallasten worden vooralsnog buiten de kostprijs gehouden. Door historische verschillen kunnen kapitaallasten tussen zorgaanbieders sterk verschillen en dat zou tot oneerlijke concurrentie kunnen leiden. Dit betreft de kostenrubrieken uit de kostengroep 48 Afschrijvingskosten, interest en huur vaste activa. Uitzonderingen hierop zijn:
 - Afschrijvingskosten inventaris (4841).
 - Afschrijvingskosten vervoersmiddelen (4842).
 - Afschrijvingskosten automatisering (4843).

De uitsluiting van huurkosten van vaste activa pakt echter verschillend uit voor instellingen als de ene instelling de gebouwen in eigendom heeft en de andere de gebouwen huurt. Door uitsluiting van de huur worden immers ook diverse andere kosten (bv. onderhoudskosten) die bij de huur zijn inbegrepen uitgesloten die we in de eigendomssituatie niet uitsluiten. Dit dient te worden gecorrigeerd als er geen sprake is van kale huur. Door middel van het opvoeren van een genormeerde vergoeding voor deze kosten, vindt correctie plaats. Het genormeerde bedrag is vastgesteld op 4% van de huurkosten van de vaste activa.

- Eenmalige of bijzondere posten die zijn opgenomen in de exploitatierekening van het betreffende boekjaar, worden uitgesloten. Het gaat om posten die naar aard en omvang een incidenteel groot effect hebben op de exploitatierekening van het betreffende boekjaar. Bij de omvang moet worden gedacht aan posten die groter zijn dan 1,0% van de totale exploitatiekosten van de betreffende aanbieder. Om de administratieve lasten te beperken mag het uitsluiten van posten lager dan dit bedrag buiten beschouwing blijven. Incidentele posten met een grotere omvang dienen wel te worden uitgesloten.

De onderstaande items behoren in elk geval tot de uit te sluiten posten. Het overzicht is echter niet limitatief. Het is mogelijk dat nog andere posten voorkomen die wat aard en omvang betreft als incidenteel zijn te beschouwen ten opzichte van het betreffende exploitatiejaar.

Waardering vaste activa:

- Duurzame waardevermindering/waardevermeerdering
- Boekwinsten\boekverliezen op materiële en immateriële vaste activa.
- Waardevermeerderingen en -verminderingen van overige financiële vaste activa.

Overige posten die naar aard en omvang incidenteel zijn:

- Bedrijfsschade als gevolg van bijvoorbeeld brand of calamiteiten alsmede de hieraan gerelateerde verzekeringsuitkeringen

Normale jaarlijkse afschrijvingen op vaste activa en normale jaarlijkse toevoegingen aan voorzieningen zoals onderhoudsvoorzieningen, voorzieningen voor jubilea en levensfasebudget, behoren niet tot de eenmalige of bijzondere posten.

- Binnen de grz is geen sprake van zogenaamde dure geneesmiddelen conform de NZa-beleidsregel BR/CU-2081 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. Dure geneesmiddelen die onder deze beleidsregel vallen, zoals bepaalde oncologische middelen of bepaalde middelen voor reumatische aandoeningen, blijven onder verantwoordelijkheid van de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis en vallen binnen het lopende DBC-zorgproduct van het ziekenhuis, dat naast het DBC-zorgproduct voor de grz geopend blijft. Dit betekent dat alle geneesmiddelen in de kostprijsberekening meegaan, met uitzondering van de dure geneesmiddelen die voorkomen in de NZa-beleidsregel BR/CU-2081.
- De kosten van hulpmiddelen kunnen op verschillende manieren gefinancierd worden. Dit betekent dat bepaalde kosten van hulpmiddelen wel en andere niet meegenomen worden in de kostprijsberekening. In paragraaf 13.2 vindt u een uitgebreide beschrijving hierover.
- De kosten van vervoer, welke vallen onder de vervoersregeling maken geen onderdeel uit van DBC-zorgproducten en worden daarom uitgesloten van de kostprijsberekening.

Het uitsluiten van opbrengsten (stap b)

U sluit de volgende opbrengstrubrieken uit de FB-bekostiging vanuit de rekenstaat uit:

- Nacalculeerbare samenwerkingsverbanden.
- Middelen ontvangen ter financiering van andere instellingen en/of behandelaars.
- Resultaten uit deelnemingen en samenwerkingsverbanden.

Naar verwachting zijn dit opbrengsten (of saldi van kosten en opbrengsten) die herleidbaar zijn uit de boekhouding of de rekenstaat van de NZa.

6.4 Onderlinge dienstverlening

Voor onderlinge dienstverlening heeft de NZa nadere regels vastgesteld. Deze vindt u in het document “20130101 Handleiding registratie grz v20130311”. Binnen de grz kan sprake zijn van onderlinge dienstverlening bij triage en ziekenhuisverplaatste zorg.

Bij onderlinge dienstverlening kan de dienstverlenende instelling geen DBC-zorgproduct of overig zorgproduct declareren. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht. De instelling en specialist die op verzoek en onder verantwoordelijkheid van de aanvrager zorgactiviteiten uitvoert registreert de zorgactiviteiten als losse verrichtingen. Deze verrichtingen kunnen niet gekoppeld worden aan een eigen zorg-/subtraject.

Voor ziekenhuisverplaatste zorg hanteert u stap c (opbrengsten en kosten salderen), waarbij de aanname is dat de gedeclareerde verpleegdagen wegvallen tegen de gemaakte kosten. Voor triage moet u de daarmee gepaard gaande opbrengsten uitsluiten (stap b). Aan de kostenkant hoeft u voor de triage niets te doen, deze activiteiten zitten reeds in de reguliere activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde.

Bij de administratieve afwikkeling van onderlinge dienstverlening gaan wij ervan uit dat de gedeclareerde dienstverlening op (een) separate kostensoort(en) in de boekhouding wordt vastgelegd en daarmee door u uit te sluiten is.

6.5 Niet-zorgactiviteiten

Naast het elimineren van kosten en opbrengsten, dienen de totale instellingskosten gezuiverd te worden van die kosten die geen of een beperkte relatie hebben met de primaire (zorg)functie van de (grz-)zorgaanbieder. Voorbeelden van dergelijke functies zijn:

- De verstrekking van maaltijden aan anderen dan patiënten.
- Het exploiteren of verhuren van een winkeltje of bezoekersrestaurant.
- De verhuur van ruimte(s).
- Parkeeropbrengsten.

Deze activiteiten voor derden onderscheiden zich aan de opbrengstenkant in:

- Niet-gebudgetteerde zorgprestaties.
Dit zijn alle inkomsten die niet ter dekking van het wettelijk budget zijn verkregen. Denk aan eigen betalingen en bijdragen cliënten. Hieronder vallen ook die zorgprestaties die geen onderdeel uitmaken van de AWBZ-verstrekking (bijvoorbeeld het wassen van kleding). In de Groene lijst staan (naast de verstrekkingen waar cliënten zonder extra betaling aanspraak op maken) ook producten en diensten die extra betaling behoeven:

http://217.170.38.184/zorgkantoren/documentatie/cvz_awbz-instelling.pdf. Hanteer stap c;

- Overige bedrijfsopbrengsten.
Dit zijn alle inkomsten die niet ter dekking van het wettelijke budget en niet uit de overige zorgprestaties worden verkregen. Voorbeelden:
 - Maaltijden, restaurant en winkel. Hanteer stap c of d;
 - Verhuur van ruimten. Hanteer stap c;
 - Opleidingen, zie hiervoor tevens paragraaf 9.4;
 - Parkeeropbrengsten. Hanteer stap c.

Als de kostenkant van de overige bedrijfsopbrengsten meer bedraagt dan 1% van de totale exploitatiekosten, elimineert u zowel de desbetreffende opbrengsten als de kosten (stap d). Deze uitgesloten kosten neemt u mee in fase 9, waarbij u ook indirecte kosten toerekent. In fase 9 vindt u hier een uitgewerkt voorbeeld van.

Indirecte kosten worden toegerekend omdat dergelijke activiteiten geen indirecte kosten toegerekend krijgen, maar wel een beroep doen op de ondersteunende diensten (lees hulpkostenplaatsen). Als de totale kosten van dergelijke activiteiten niet boven de ondergrens van 1% van de totale exploitatiekosten komen, hoeft u geen indirecte kosten toe te rekenen.

6.6 Kosten en opbrengsten van zorg die valt onder andere financieringsbronnen

Grz-instellingen leveren naast DBC-gefinancierde ZVW-zorg ook zorg aan andere patiënten die vallen onder andere financieringsbronnen. Dit betreft:

- AWBZ.
- WMO.
- Subsidies.

Voor de berekening van betrouwbare kostprijzen op de geriatrische-revalidatieafdelingen dienen de desbetreffende kosten en productie van deze activiteiten tegenover elkaar gezet te worden. Zorg aan andere patiëntengroepen werkt dan verstorend voor de kostprijsberekening.

Gezien het grote aantal (soms ook kleine) aparte financieringsbronnen is het voor sommige instellingen ondoenlijk om voor al deze financieringsbronnen te corrigeren.

De meest zuivere benadering voor het uitsluiten van kosten die behoren bij zorgverlening die niet vallen onder de ZVW is stap a (het uitsluiten van zowel kosten als opbrengsten). Zoals aangegeven kan dit lastig zijn. Daarom mag u ook stap e toepassen (productievolume verhogen met de productie die niet via DBC-zorgproducten bekostigd wordt) voor zover er sprake is van verpleegdagen onder de andere financieringsbron(nen). U dient dan aan de productiekant het totaal aantal productiedagen op te hogen. Het verpleegdagentarief blijft dan zuiver.

Deze aanpak veronderstelt het volgende:

- Dat de productiedagen declarabel zijn vanuit de betreffende financieringsstroom of subsidie.
- Dat de kostprijzen van productiedagen niet wijzigen per financieringsstroom. Volgens de werkgroep kostprijsmodel is dit een reële veronderstelling.

Wij laten het aan de instellingen zelf over om te kiezen voor stap a of e, afhankelijk van de situatie en de beschikbaarheid van gegevens.



Resultaat van deze fase:
Een overzicht van de uitgesloten kosten en opbrengsten.



7 Bepalen totale instellingskosten voor kostprijzen (fase 3)

Nadat u in de voorgaande fase bepaalde kosten en opbrengsten heeft geëlimineerd, berekent u de totale instellingskosten voor de kostprijsberekening. Door het resultaat van het boekjaar samen te nemen met de uitgesloten kosten / opbrengsten, verkrijgt u de totale instellingskosten voor kostprijzen. Met de totale instellingskosten voor kostprijzen bepaald u het kostenniveau voor de verdere berekening van de kostprijzen. De uitkomst is in de latere fase van de kostprijsberekening van belang om te kunnen controleren of alle kosten toegerekend aan de productie zijn. In paragraaf 13.1 vindt u hier meer over.

In Figuur 2 ziet u twee voorbeelden voor de totstandkoming van de totale instellingskosten voor kostprijzen. Er zijn meerdere mogelijkheden om tot dit resultaat te komen.

| | Jaarrekening (t-1) | Uitgesloten opbrengsten & kosten | Totale instellingskosten voor kostprijzen | |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|---|---|
| Opbrengsten (totaal) | € 70.000.000- | € 60.000.000 | € 10.000.000- | |
| (Exploitatie) Kosten (totaal) | € 65.000.000 | € 2.000.000- | € 63.000.000 | |
| Resultaat boekjaar | € 5.000.000- | € 58.000.000 | € 53.000.000 | Totale instellingskosten voor kostprijzen |

| | Jaarrekening (t-1) |
|--|---------------------|
| Resultaat boekjaar (winst) | € 5.000.000- |
| Uitgesloten kosten | € 2.000.000- |
| Uitgesloten opbrengsten (-/-) | € 60.000.000 |
| Totale instellingskosten voor kostprijzen | € 53.000.000 |

Figuur 2 Totstandkoming totale instellingskosten voor kostprijzen

In een latere fase van het kostprijsmodel vinden feitelijk gezien twee kostprijsberekeningen plaats: die van de kostendragers van behandelaren en die van de behandelsetting. De som van beide moet uitkomen op de totale instellingskosten voor kostprijzen (zie Figuur 3). In onderstaande figuur is sprake van getallen welke in fase 9 volgen. In deze fase kan namelijk de onderverdeling tussen behandelaren en behandelsetting nog niet plaatsvinden.

| Verdeling kosten behandelaren & behandelsetting | |
|---|--------------|
| Totale instellingskosten voor kostprijzen | € 53.000.000 |
| - kosten voor behandelaren | € 5.000.000 |
| - kosten voor behandelsetting | € 48.000.000 |

Figuur 3 Verdeling kosten behandelaren en setting

Bovenstaande (fictieve) bedragen zijn leidend voor een aantal voorbeelden van berekeningen verderop in dit document.



Resultaat van deze fase:

Een overzicht van de toe te rekenen instellingskosten voor kostprijzen.





8 Indeling kostenplaatsen in hoofd- en hulpkostenplaatsen (fase 4)

8.1 Typen kostenplaatsen

Zoals kort samengevat in hoofdstuk 3 gaat dit model uit van de kostenplaatsmethode. Dit betekent dat de instellingskosten verdeeld worden over kostenplaatsen. Veelal loopt de afbakening van een kostenplaats in de boekhouding parallel aan de afbakening van een afdeling. Kosten worden in de boekhouding geregistreerd op het niveau van kostensoort en kostenplaats. Een indeling in kostenplaatsen is van cruciaal belang voor de uiteindelijke toerekening van kosten aan geleverde prestaties.

Kostenplaatsen zijn in te delen in hoofd- en hulpkostenplaatsen. De afdelingen die aan het primaire proces leveren in termen van zorgactiviteiten / vastgelegde prestaties, worden benoemd als hoofdkostenplaats. Hoofdkostenplaatsen zijn afdelingen of delen daarvan die taken hebben op het gebied van behandeling of verzorging van de patiënt. Andere benamingen voor hoofdkostenplaats zijn patiëntgebonden kostenplaatsen of directe kostenplaatsen.

De overige afdelingen (niet-hoofdkostenplaats) zijn hulpkostenplaatsen, ook wel niet-patiëntgebonden kostenplaatsen of indirecte kostenplaatsen genoemd. Deze betreffen de kosten van alle niet-patiëntgebonden afdelingen, dus de kosten van ondersteunende of voorwaardenscheppende diensten die aan het primaire proces worden geleverd. Deze afdelingen worden in dit kostprijsmodel hulpkostenplaatsen genoemd. Deze kosten worden in dit model beschouwd als indirecte kosten, omdat ze niet rechtstreeks samenhangen met de behandeling of begeleiding van een individuele patiënt. De kosten worden doorbelast naar de hoofdkostenplaatsen op basis van verdeelsleutels. De gekozen indeling van kostenplaatsen is dus bepalend in de kostentoedeling aan zorgactiviteiten.

De zorginstelling is vrij om een eigen kostenplaatsenstructuur in te richten. Wel zijn er voorwaarden:

- De kostenplaatsenstructuur heeft een herkenbare en voldoende gedetailleerde structuur die aansluit op de activiteiten in de organisatie.
- Er wordt onderscheid gemaakt naar hoofdkostenplaatsen en hulpkostenplaatsen;
- Op de hoofdkostenplaatsen worden de kostendragers – verrichtingen of zorgactiviteiten – geregistreerd.

De indeling in kostenplaatsen is gebaseerd op de aard en de kenmerken van de instelling. Hierdoor is het waarschijnlijk dat een kleine instelling minder kostenplaatsen heeft. Een grotere instelling kiest naar verwachting voor meer kostenplaatsen, waarin een detaillering naar bijzondere functies herkenbaar terugkomt. Instellingen met neveninkomsten, zoals de exploitatie van een parkeergarage, zullen hiervoor een aparte kostenplaats aanmaken. Iedere instelling kent haar eigen, unieke kostenplaatsenstructuur.

Resultaat van deze fase:

Een indeling of een overzicht van kostenplaatsen met daarin het onderscheid tussen hoofd- en hulpkostenplaatsen.





9 Kostensoorten behandelaren uitsluiten van behandelsetting (fase 5)

In hoofdstuk 3 staat een schematische weergave van het kostprijsmodel in hoofdlijnen. Er zijn in feite twee kostprijsberekeningen: die van de behandelaren en de behandelsetting. Voor de behandelaren berekent u een uurtarief uitgedrukt in een kostprijs per behandelaar per vijf minuten. Voor de behandelsetting calculeert u een kostprijs per geregistreerde eenheid.

Daar doorheen loopt de toerekening van de indirecte kosten op basis van een instellings specifiek overheadpercentage aan de behandelaren (fase 6) en de daarmee gepaard gaande correctie in de behandelsetting en de correctie van de specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten (fase 10). In dit hoofdstuk worden alle de kosten van behandelaren afgezonderd van de behandelsetting.

9.1 Instellingsbrede kosten en afdelingsbrede productie

Behandelaren werken vaak niet alleen op de afdelingen geriatrische revalidatie en worden daarmee instellingsbreed in de administratie vastgelegd. Daardoor is het ingewikkelder om de kosten van behandelaren op de geriatrische revalidatieafdelingen eenduidig te bepalen.

Gezien de andere wijze van financiering vindt de productieregistratie middels DBC-zorgproducten echter alleen op de geriatrische-revalidatieafdelingen plaats. De instellingsbrede kosten per behandelaar worden daarom teruggerekend naar de kosten van één afzonderlijke behandelaar. Hierbij kan de productie van de geriatrische revalidatie afdeling(en) gezet worden voor de uiteindelijke kostprijsberekening.

9.2 Aanwijzingen bij uurtarieven behandelaar

Bij de uitvoering van deze fase is inzicht nodig in de personele omvang en de samenhangende kosten (de rubrieken 41 salariskosten en 42 sociale lasten en overige personeelskosten uit het rekeningschema) van de afzonderlijke behandelaren waarvoor een uurtarief berekend moet worden (zie fase 1). Bij het bepalen van deze personele omvang worden zowel de medewerkers met een vast dienstverband als de tijdelijke krachten meegenomen.

Eind 2012 zijn de "Richtlijnen voor inrichting financiële administratie 2013"³ beschikbaar gesteld op de website van DBC-Onderhoud. Daarin staat het advies om voor toekomstige kostprijsberekeningen per grz-behandelaar een aparte kostenplaats en een apart kostensoort in de 41- en 42-rubriek vast te leggen. In het verdere schrijven gaan uit we van deze situatie.

Mocht dit niet hebben plaatsgevonden, dan zullen de salariskosten van behandelaren in het rekeningschema naar verwachting geboekt worden onder de volgende rubrieken:

- 4133 Personeel onderzoeksfuncties
- 4134 Personeel behandel- en behandelingsondersteunende functies
- 4135 Personeel psychosociale behandel- en begeleidingsfuncties
- 4136 Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel
- 4137 Personeel medische en sociaal wetenschappelijke functies

De indeling in rubrieken van kosten kan per zorginstelling verschillen. Voor een goede kostentoe rekening per behandelaar is de benodigde informatie te achterhalen uit het formatieplaatsenplan, de subadministratie en/of de salarisadministratie.

³ Op weg naar verbeterde kostprijzen GRZ, versie 1.0, 12 december 2012

9.3 Aanwijzing bij ORT en sociale lasten

In de specifieke kostensoort zijn (meestal) de brutosalarissen inclusief vakantietoeslag en eindejaarsuitkering inbegrepen, maar niet de ORT (419 rubriek) en de sociale lasten (421 rubriek). Zowel ORT als sociale lasten zijn daarmee niet direct beschikbaar per tijdschrijvende functionaris. Deze informatie is wel altijd bekend in het salarispakket. De toerekening kan echter tijdrovend zijn als een instelling deze informatie niet digitaal beschikbaar heeft.

Voor de uniforme wijze van toerekening van de percentages sociale lasten aan de behandelaren zoekt u aansluiting bij de vaste rubricering vanuit het rekeningschema. De salariskosten worden in de kostensoortrubricering 400000 – 410000 vastgelegd en de sociale lasten in 420000 – 430000. Op basis van deze verhouding bepaalt u een generiek percentage opslag sociale lasten. Indien een instelling geen gebruik maakt van de vaste rubricering vanuit het rekeningschema, dan moeten ORT, eindejaarsuitkering, vakantiegeld, garantieloon componenten zijn van het brutosalaris. De componenten ZVW, WW, WAO zijn onderdelen van de sociale lasten. De instelling heeft de vrijheid om zelf te bepalen of zij de sociale lasten preciseren per functionaris of een instellingsgemiddelde verkiezen.

9.4 Opleidingen

In deze paragraaf beschrijven we de kosten en opbrengsten van (beroeps)opleidingen van de behandelaren, met uitzondering van de (beroeps)opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. We gaan ervan uit dat de opleidingskosten voor deze beroepsgroep in zijn geheel wordt gefinancierd door de SBOH. Indien dit niet het geval is, dan dient u dit zoals onderstaand te verwerken.

De werkelijke kosten van opleidingen worden meegenomen in de kostprijsberekening. Het is mogelijk dat dan een positieve of negatieve kostenpost ontstaat. Dit positieve of negatieve kostenbedrag wordt vervolgens toebedeeld aan de directe kosten van het desbetreffende beroep. Deze correctie zorgt voor meer vergelijkbare kostprijzen tussen instellingen.

Nadere aanwijzingen voor het toerekenen van opleidingskosten

De opbrengsten uit het opleidingsfonds worden in mindering gebracht op de kosten voor de opleiding volgens stap c, zie paragraaf 6.2 Wijze van uitsluiten. De instelling heeft hiervoor twee mogelijkheden:

- Het bedrag uit het opleidingsfonds in mindering brengen op de kosten geboekt op de indirecte kostenplaats opleiding. Hierdoor kan een negatief bedrag ontstaan.
- Het bedrag uit het opleidingsfonds in mindering brengen op de directe loonkosten van het desbetreffende beroep.

9.5 Aanwijzingen bij personeel niet in loondienst

Als er sprake is van inhuur of uitbestede activiteiten (bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut) neemt u de in rekening gebrachte kosten als directe kosten mee bij het desbetreffende beroep. Het betreft hier bijvoorbeeld de 418-rubriek vergoeding voor niet in loondienst verrichte arbeid (PNIL). Bij het bepalen van het productievolume moeten de uren inhuur of uitbesteding worden meegenomen.

Voor tijdschrijvende disciplines die regelmatig mensen inhuren, bijvoorbeeld ZZP-ers als verpleeghuisarts of verpleegkundigen via gespecialiseerde uitzendbureaus, gaat u als volgt te werk. Indien een instelling voor tijdschrijvende beroepen in meer of mindere mate gebruik maakt van PNIL dan dient ook de PNIL-tijd te schrijven op het DBC-zorgproduct:

- De kosten voor PNIL uitsplitsen naar behandelaar (tijdschrijven) en overig personeel.

- Vervolgens per behandelaar op basis van de kosten en gefactureerde uren (bruto uren zoals opgenomen op de facturen) het aantal fte op jaarbasis bepalen en dit toevoegen aan het aantal fte per behandelaar in loondienst.
- De kosten toevoegen aan de directe kosten voor de desbetreffende behandelaar. Het overige personeel wordt afhankelijk van de afdeling waar deze worden ingezet toegerekend aan de behandelsetting (verplegend, etc.) of meegenomen als indirecte kosten (ondersteund personeel).

9.6 Samenvattend

De volgende tabel toont welke kosten(soorten) aan welke kostendrager moeten worden toegerekend.

| Type kostendrager | Toe te rekenen kosten | Nr | Opmerkingen |
|-------------------|------------------------------------|-----|-----------------------------|
| Uren behandelaar | Salariskosten per type behandelaar | 413 | O.b.v. formatieplaatsenplan |
| | Bijbehorende sociale lasten | 42 | |
| | Overige personeelskosten | 423 | |

Onder overige personeelskosten verstaan we onder meer de tegemoetkoming van studiekosten, BIG-registratie, kosten voor voorgeschreven kledij, kosten van kinderopvang, geschenken bij huwelijk, geboorte, jubilea en kosten van ontspanning personeel.

Als dergelijke overige personeelskosten bij instellingen centraal geadmistreerd staan, dient de instelling deze decentraal aan de behandelaren of middels een onderbouwd percentage hieraan toe te rekenen.

Resultaat van deze fase:

Toepassing van bovenstaand schema resulteert in de getotaliseerde directe kosten per behandelaar.

10 Toerekenen kosten behandelaren aan kostendragers behandelaren (fase 6)

Nadat in fase 1 de geregistreerde kostendragers zijn bepaald, zijn in de vorige fase de kosten voor behandelaren uitgesloten van de behandelsetting en zijn daarmee de directe kosten van behandelaren vastgesteld. In deze fase rekent u indirecte kosten aan deze directe kosten van behandelaren toe middels een instellingsspecifiek overheadpercentage (paragraaf 10.3).

10.1 Overheadpercentage voor indirecte kosten behandelars

Ter verbetering van de kostprijsberekening dienen, in tegenstelling tot het kostprijsmodel v2.0, eveneens indirecte kosten toegerekend te worden aan de behandelaren.

In fase 5 zijn de totale kosten per behandelaar reeds bepaald.

De indirecte kosten worden toegerekend door de totale directe kosten per behandelaar te vermenigvuldigen met het instellingsspecifieke overheadpercentage.

Een voorbeeld van de toerekening van de indirecte kosten per behandelaar vindt u in figuur 4, waarbij een instellingsspecifiek overheadpercentage van 15% is gehanteerd.

| | Specialist ouderen geneeskunde | Fysio therapeut | Ergo therapeut | Overige behandelaren etc. | Totaal |
|---|--------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------|
| Salariskosten rubriek 41 (stap 5) | € 400.000 | € 300.000 | € 200.000 | € 1.998.551 | € 2.898.551 |
| Sociale lasten rubriek 42 (stap 5) | € 200.000 | € 150.000 | € 100.000 | € 999.276 | € 1.449.276 |
| <i>Totale kosten behandelaren</i> | € 600.000 | € 450.000 | € 300.000 | € 2.997.827 | € 4.347.827 |
| Toegerekende indirecte kosten (15%) (stap 6) | € 90.000 | € 67.500 | € 45.000 | € 449.674 | € 652.174 |
| Totale kosten behandelaren | € 690.000 | € 517.500 | € 345.000 | € 3.447.500 | € 5.000.000 |

Figuur 4: toerekening van de indirecte kosten per behandelaar

10.2 Correctie toegerekende kosten behandelsetting

Door het toerekenen van indirecte kosten aan behandelaren worden kosten als het ware kunstmatig verschoven van de behandelsetting naar de behandelaren. Deze toegerekende indirecte kosten voor behandelaren moeten in een later stadium verminderd worden met de indirecte kosten voor de behandelsetting. Dit wordt in hoofdstuk 14 nader beschreven.

10.3 Bepalen instellingsspecifiek overheadpercentage

Voor de totstandkoming van dit overheadpercentage gebruiken we de indeling van het Prismant rekeningschema. Hierbij maken we gebruik van (geaggregeerde) categorieën (kostengroepen) van kostensoorten vanuit de administratie.

Deze categorieën van kostensoorten zijn te verkrijgen door de eerste drie (linkse) cijfers van de kostensoorten te bepalen. Op basis van deze driedelige kostengroepen kunt u de onderliggende kosten op dit driecijferig niveau sommeren.

Voor de toerekening van indirecte kosten aan behandelaren hoeven niet alle indirecte kosten(categorieën) zoals voeding en linnenvoorziening toegerekend te worden. Daarom is bepaald dat dit overheadpercentage uit negen categorieën bestaat. In figuur 5 vindt u de verplichte kostengroepen voor de berekening van het instellingsspecifiek overheadpercentage. Tevens vindt u een voorbeeldberekening.

De berekening van het instellingsspecifieke overheadpercentage gaat als volgt: u aggregiert de kosten vanuit de kostensoorten op het niveau van de driedelige kostengroep, waarbij u deze onderliggende kostensoorten sommeert en vervolgens deelt door de totale exploitatielasten.

| Rubriek | Tweedelige kostengroep | Driedelige kostengroep | Omschrijving | € |
|---|------------------------|------------------------|---|---------------------|
| 4 | 41 | 411 | Personeel Algemene en administratieve functies | € 2.860.000 |
| 4 | 41 | 418 | Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid | € 1.400.000 |
| 4 | 41 | 419 | Suppleties en andere kosten bij arbeidsongeschiktheid | € 710.000 |
| 4 | 42 | 423 | Andere personeelskosten | € 1.430.000 |
| 4 | 45 | 451 | Kosten van administratie en registratie | € 780.000 |
| 4 | 45 | 452 | Communicatiekosten | € 280.000 |
| 4 | 45 | 453 | Kosten algemeen beheer | € 970.000 |
| 4 | 45 | 454 | Zakelijke lasten en verzekeringen | € 370.000 |
| 4 | 45 | 459 | Andere Algemene kosten | € 950.000 |
| | | | | € 9.750.000 |
| Totale exploitatiekosten (volgens jaarrekening) | | | | € 65.000.000 |
| Instellingsspecifiek overheadpercentage | | | | 15% |

Figuur 5 Voorbeeld van de bepaling van het instellingsspecifieke overheadpercentage

Het percentage dat uit deze berekening naar voren komt, gebruikt u voor toerekening van de indirecte kosten aan de behandelaren, zoals dat in paragraaf 10.1 is beschreven.

Resultaat van deze fase:
Een overzicht van de totale kosten (direct & indirect) per behandelaar.

11 Bepalen productiviteitspercentage van behandelaren (fase 7)

Het productiviteitspercentage is een onderdeel binnen de kostprijsberekening van behandelaren. Als de totale kosten per behandelaar bekend zijn, kan de zorginstelling met het productiviteitspercentage een uurtarief van een kostendrager berekenen, uit te drukken in een vijf-minutenkostprijs.

In het vorige kostprijsmodel (versie 2.0, Utrecht, december 2011) is gewerkt met een benadering van patiëntgebonden tijd, aangezien er geen beschikking was over reële en volledige tijdsregistraties. Het rekenen met het werkelijke productiviteitspercentage betekent een verfijning van het kostprijsmodel. Het hanteren van een instellingseigen productiviteitspercentage levert een zuiverder kostprijs op. Hiervoor is het van belang dat instellingen over meer reële en volledige tijdsregistraties beschikken. Dit percentage is bij voorkeur gebaseerd op een jaarproductie.

Bij de productieregistratie, het productiviteitspercentage en de inrichting van de direct en indirect patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd in het registratiesysteem is het van belang om de definities uit het document "20130101 Handleiding registratie grz v20130311" te hanteren.

11.1 Bepaling van het productiviteitspercentage

De productieregistratie van behandelaren bestaat veelal uit de volgende drie onderdelen⁴:

- Direct patiëntgebonden tijd afdeling(en) grz: face-to-facecontact tussen behandelaren en patiënten.
- Indirect patiëntgebonden tijd afdeling(en) grz. Dit is patiëntgerichte behandeltijd die voortvloeit uit het behandelplan waarbij de patiënt niet aanwezig is. De indirecte patiëntgebonden tijd bestaat uit:
 - Patiëntbespreking.
 - Schriftelijke rapportage.
 - Testen en analyse.
- Niet-patiëntgebonden tijd afdeling(en) grz. Dit betreft werkoverleg, reistijd, opleiding e.d.

Volgens de registratieregels wordt niet-patiëntgebonden tijd niet geregistreerd voor het DBC-zorgproduct. Het is aan de instelling of de niet-patiëntgebonden tijd wel of niet intern geregistreerd wordt.

Houd met de registratie van de patiëntgebonden behandeltijd rekening met de volgende aspecten:

- Stagiaires en professionals in opleiding registreren geen tijd daar zij (nog) niet formeel erkend en bevoegd zijn in de individuele behandeling van patiënten in het kader van de wet BIG⁵;
- In de zorgactiviteitentabel (zie bijlage 2) is per behandeldiscipline een zorgactiviteit voor de patiëntgebonden behandeltijd opgenomen. Voor de directe en indirecte patiëntgebonden tijd wordt dezelfde zorgactiviteit gehanteerd. Eén zorgactiviteit vertegenwoordigt vijf minuten behandeltijd. Bij de vastlegging van de zorgactiviteiten geldt de werkelijk bestede directe en/of indirecte patiëntgebonden behandeltijd als uitgangspunt.
- Voor de vastlegging van de behandeltijd bedraagt de minimale aan de patiënt gekoppelde registratie-eenheid vijf minuten directe of indirecte behandeltijd (één zorgactiviteit). Als sprake is van een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten, dan wordt geen zorgactiviteit vastgelegd;

⁴ Voor de exacte regels voor wat direct- en indirect patiëntgebonden tijd betreft, wordt verwezen naar § 7.4.1. voor de specialist ouderengeneeskunde. Voor de overige para(per)medische behandeldisciplines geldt § 7.4.3. van de "20130101 Handleiding registratie grz v20130311".

⁵ Arts-assistenten en nurse practitioners registreren daarentegen wel tijd.

- De vastgelegde behandel tijd dient controleerbaar/valideerbaar te zijn op datum, afdeling en tijdsduur.

Voor de bepaling van het productiviteitspercentage zijn de direct en indirect patiëntgebonden tijd van belang. In onderstaande figuur vindt u een uitwerking van de berekening van de productiviteit van een behandelaar.

| | Aantal uren fysiotherapeut A (fte 1,0) | Aantal uren fysiotherapeut B (fte 0,7) | Aantal uren fysiotherapeut C (fte 0,9) | Totaal aantal uren | Gemiddeld aantal uren | Gemiddeld percentage |
|--|--|--|--|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Direct patientgebonden tijd GRZ-afdeling | 800 | 600 | 900 | 2.300 | 885 | 84% |
| Indirect patientgebonden tijd GRZ-afdeling | 400 | 300 | 200 | 900 | 346 | |
| Niet patientgebonden tijd | 272 | 130 | 224 | 626 | 241 | 16% |
| Totale tijd | 1.472 | 1.030 | 1.324 | 3.826 | 1.471 | 100% |

Figuur 6 Voorbeeld van een gemiddeld gewogen berekening van het productiviteitspercentage van een behandelaar

Zoals eerder opgemerkt levert een instellingseigen productiviteitspercentage een zuiverder kostprijs op. Dit percentage is bij voorkeur gebaseerd op een jaarproductie. Mochten zorginstellingen in de aanloop van 2013 hier nog problemen bij ondervinden, dan kan men het productiviteitspercentage baseren op een andere tijdsperiode, zolang voldoende representativiteit maar gegarandeerd is. Voor een kostprijsuitvraag in volgende jaren dient de registratie op orde te zijn.

11.2 Activiteiten behandelaars bij niet-grz-afdelingen

In veel zorginstellingen werken behandelaars niet alleen voor de afdeling grz. Als bovenstaande berekening zou plaatsvinden terwijl behandelaars ook activiteiten uitvoeren op niet-grz-afdelingen, geeft dit een vertekend beeld van het productiviteitspercentage.

Daarom is het van belang om het aantal uren van de niet-grz-afdeling niet mee te nemen in de productiviteitsberekening van de behandelaars. Met de geregistreerde direct en indirect patiëntgebonden tijd voor de grz-afdeling(en) dient de berekening opnieuw te worden uitgevoerd.

| | Aantal uren fysiotherapeut A (fte 1,0) | Aantal uren fysiotherapeut B (fte 0,7) | Aantal uren fysiotherapeut C (fte 0,9) | Totaal aantal uren | Gemiddeld aantal uren (o. b.v. 1 fte) | Gemiddeld percentage |
|--|--|--|--|-----------------------|---|-------------------------|
| Direct patientgebonden tijd afd. GRZ | 300 | 600 | 700 | 1600 | 615 | 83% |
| Indirect patientgebonden tijd afd. GRZ | 400 | 300 | 200 | 900 | 346 | |
| Niet patientgebonden tijd | 200 | 130 | 200 | 530 | 204 | 17% |
| Direct / indirect patientgebonden tijd niet-GRZ-afdeling | 572 | 0 | 224 | 796 | 306 | |
| Totale tijd | 1.472 | 1.030 | 1.324 | 3.826 | 1.472 | 100% |

Figuur 7 Voorbeeld van een gemiddeld gewogen berekening van het productiviteitspercentage van een behandelaar

Voor de berekening van het productiviteitspercentage kunnen zich meerdere situaties voordoen. In bovenstaand voorbeeld (Figuur 7) wordt de niet-patiëntgebonden tijd in zijn geheel aan de afdeling grz toegerekend.

Figuur 8 toont een voorbeeld waarbij de niet-patiëntgebonden tijd niet in zijn geheel aan de afdeling grz toe te rekenen is. Hierbij vindt de verdeling plaats aan de hand van de direct/indirecte patiëntgebonden uren van de afdeling grz en de niet-afdeling(en) grz.

| | Aantal uren ergotherapeut A (fte 1.0) | Aantal uren fysiotherapeut B (fte 0.7) | Aantal uren fysiotherapeut B (fte 0.9) | Totaal aantal uren | Gemiddeld aantal uren (o. b. v. 1 fte) | Gemiddeld percentage |
|--|---------------------------------------|--|--|--------------------|--|----------------------|
| Direct patientgebonden tijd afd. GRZ | 300 | 600 | 700 | 1600 | 615 | 86% |
| Indirect patientgebonden tijd afd. GRZ | 400 | 300 | 200 | 900 | 346 | |
| Niet patientgebonden tijd afd. GRZ | 110 | 130 | 160 | 400 | 154 | 14% |
| Niet patientgebonden tijd niet-GRZ afdeling | 90 | 0 | 40 | 130 | 50 | |
| Direct / indirect patientgebonden tijd niet-GRZ-afdeling | 572 | 0 | 224 | 796 | 306 | |
| Totale tijd | 1.472 | 1.030 | 1.324 | 3.826 | 1.472 | 100% |

Figuur 8: Niet-patiëntgebonden tijd niet in zijn geheel aan de afdeling grz toe te rekenen

11.3 Tweemaal productiviteitsberekening in kostprijsberekening

De kostprijsberekening van kostendragers voor behandelaars vindt tweemaal plaats. Eenmaal aan de hand van het werkelijke productiviteitspercentage en eenmaal op basis van een genormeerd productiviteitspercentage. In het aanleversjabloon zijn hier twee tabbladen voor opgenomen. Dit (kostprijs)onderzoek moet leiden tot een adequate herijking van het productiviteitspercentage. Hiervoor is een afdoende aantal aanleveringen nodig. Afhankelijk van de uitkomsten wordt uiteindelijk het genormeerde of het gerealiseerde productiviteitspercentage gehanteerd.

Resultaat van deze fase:
Een genormeerd en gerealiseerd productiviteitspercentage.



12 Kostprijsberekening van behandelaren (fase 8)

In de voorgaande hoofdstukken zijn in fase 5 de totale directe kosten de per grz-behandelaar als het ware geïsoleerd, waarbij in fase 6 de indirecte kosten toegerekend zijn. In dit hoofdstuk worden de kosten per behandelaar gerelateerd aan de genormeerde en gerealiseerde productiviteit en vindt daarmee tweemaal de kostprijsberekening plaats.

Voor de bepaling van de totale kosten per fte (per behandelgroep) worden de totale kosten per behandelaar gedeeld door het aantal fte's van de desbetreffende behandelgroep. Deze kosten op basis van één fte worden vervolgens gedeeld door het genormeerde aantal uren en het desbetreffende genormeerde en gerealiseerde productiviteitspercentage per behandelgroep. Hiermee ontstaan een genormeerd en een gerealiseerd uurtarief die in een genormeerde / gerealiseerde vijfminutenkostprijs uit te drukken zijn.

De kosten betreffen boekjaar t-2, waarbij t staat voor het tariefjaar waarin vaststelling van de DBC-zorgproductprijs geldt. De productie betreft eveneens registratiejaar t-2. Uiteindelijk zal het zo zijn dat de DBC-registratie tot productie-informatie leidt. Immers behandelaren registreren tijd zodat de hoeveelheid (direct- en indirect) patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd over de desbetreffende periode bekend is⁶.

U kunt de geregistreerde productie op twee manieren meenemen in de kostprijsberekening. Op basis van het genormeerde en het gerealiseerde productiviteitspercentage vult de zorginstelling zowel de vastgestelde kostprijs per behandelaar op basis van het genormeerde productiviteitspercentage (paragraaf 12.1) als op basis van het werkelijke productiviteitspercentage (paragraaf 12.2) in op het aanleversjabloon.

12.1 Delingscalculatie per behandelaar bij genormeerde productiviteit

In de voorgaande hoofdstukken zijn de fases voor de delingscalculatie doorlopen. In fase 5 zijn de directe kosten bepaald. In fase 6 zijn de indirecte kosten aan de directe kosten toegerekend en daarmee de totale kosten per behandelaar bepaald.

Voor de bepaling van het productievolume van de kostendragers 'uren behandelaar' hanteert u de volgende stappen:

1. Bepaal per soort behandelaar (die als kostendrager zijn benoemd) de gemiddelde formatie over 2012.
2. Corrigeer voor (eventuele) keuzes zoals gemaakt in hoofdstuk 9.
3. Neem de norm van het aantal netto werkbare uren. Deze is 1.471,6 uur per jaar.
4. Bepaal het aandeel van patiëntgebonden tijd (direct en indirect) in de netto werkbare uren (de teller van de delingscalculatie).

Stap 1. Bepaal formatie behandelaren

Bepaal de gemiddelde formatie (op basis van het formatieplaatsenplan, de boekhouding of bij de salarisadministratie) van de behandelaren waarvoor een uurtarief berekend moet worden.

Stap 2. Correctie fte

Corrigeer, indien er sprake is van wijzigingen op fte per behandelgroep.

⁶ Voor nadere informatie zie de spelregels van de DBC-registratie, www.dbconderhoud.nl

Stap 3. Bepaal het aantal netto werkbare uren

Hanteer hiervoor de berekening in het rapport 'indicatieve prijzen ZZP', NZa juni 2007. De berekening voor de sector V&V functie behandeling (bij 36 uur) is als volgt opgebouwd.

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 52 weken x 36 uren(bruto uren) | = 1.872,0 uur per jaar |
| -/- vakantiedagen | = 226,9 uur per jaar |
| -/- 6,9% ziekteverzuim | = 132,7 uur per jaar |
| -/- opleidingen | = 40,8 uur per jaar |
| Netto uren | = 1.471,6 uur per jaar |

Stap 4. Het aandeel van patiëntgebonden tijd in de tijdsbesteding⁷

Bepaal welk aandeel van deze beschikbare netto uren aan patiëntgebonden (direct en indirect) activiteiten is. U hanteert hiervoor de volgende percentages:

- Specialist ouderen geneeskunde 60%
- Overige beroepen (paramedici) 70%

In onderstaande figuur vindt u een voorbeeld van een kostprijsberekening op basis van genormeerde productiviteit.

| | Specialist ouderen geneeskunde | Fysio therapeut | Ergo therapeut | Overige behandel groepen etc. | Totaal |
|--|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Salariskosten rubriek 41 (stap 5) | € 400.000 | € 300.000 | € 200.000 | € 1.998.551 | € 2.898.551 |
| Sociale lasten rubriek 42 (stap 5) | € 200.000 | € 150.000 | € 100.000 | € 999.276 | € 1.449.276 |
| Totale kosten behandelaren | € 600.000 | € 450.000 | € 300.000 | € 2.997.827 | € 4.347.827 |
| Toegerekende indirecte kosten (15%) (stap 6) | € 90.000 | € 67.500 | € 45.000 | € 449.674 | € 652.174 |
| Totale kosten behandelaren | € 690.000 | € 517.500 | € 345.000 | € 3.447.500 | € 5.000.000 |
| Aantal FTE per behandelgroep | 7,3 | 7,0 | 7,0 | | |
| Kosten per FTE | € 94.521 | € 73.929 | € 49.286 | | |
| Genormeerde uren | 1.471,6 | 1.471,6 | 1.471,6 | | |
| % Direct- en indirect patiëntgebonden tijd (genormeerd) | 60% | 70% | 70% | | |
| Kostprijs per uur | € 107,05 | € 71,77 | € 47,84 | | |
| Kostprijs per 5 minuten | € 8,92 | € 5,98 | € 3,99 | | |

Figuur 9 Kostprijsberekening op basis van genormeerde productiviteit

12.2 Delingscalculatie per behandelaar bij werkelijke productiviteit

Voor de delingscalculatie met werkelijke productiviteit neemt u stap 1 tot en met 3 over uit paragraaf 12.1. Stap 4 slaat u over omdat het gerealiseerde productiviteitspercentage al bepaald is op basis van de voorwaarden uit hoofdstuk 11. Dit komt tot stand op basis van de gerealiseerde aantallen direct- en indirect patiëntgebonden tijd. De niet-patiëntgebonden tijd wordt niet meegenomen in de totstandkoming van de productie.

Onderstaand een voorbeeld van een kostprijsberekening aan de hand van de werkelijke productiviteitspercentages per behandelgroep.

⁷ Indien er sprake is van inhuur (bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut), neemt u de werkelijk patiëntgebonden tijd als productie mee bij het desbetreffende beroep.

| | Specialist ouderen geneeskunde | Fysio therapeut | Ergo therapeut | Overige behandel groepen etc. | Totaal |
|--|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Salariskosten rubriek 41 (stap 5) | € 400.000 | € 300.000 | € 200.000 | € 1.998.551 | € 2.898.551 |
| Sociale lasten rubriek 42 (stap 5) | € 200.000 | € 150.000 | € 100.000 | € 999.276 | € 1.449.276 |
| <i>Totale kosten behandelaren</i> | € 600.000 | € 450.000 | € 300.000 | € 2.997.827 | € 4.347.827 |
| Toegerekende indirecte kosten (15%) (stap 6) | € 90.000 | € 67.500 | € 45.000 | € 449.674 | € 652.174 |
| Totale kosten behandelaren | € 690.000 | € 517.500 | € 345.000 | € 3.447.500 | € 5.000.000 |
| Aantal FTE per behandelgroep | 7,3 | 7,0 | 7,0 | | |
| Kosten per FTE | € 94.521 | € 73.929 | € 49.286 | | |
| Genormeerde uren | 1.471,6 | 1.471,6 | 1.471,6 | | |
| % Direct- en indirect patientgebonden tijd (gerealiseerd) | 65% | 68% | 72% | | |
| Kostprijs per uur | € 98,82 | € 73,88 | € 46,52 | | |
| Kostprijs per 5 minuten | € 8,23 | € 6,16 | € 3,88 | | |

Figuur 10 Kostprijsberekening op basis van gerealiseerde productiviteit behandelaren

Resultaat van deze fase:

De kostprijs per kostendrager van de behandelgroep wordt op twee manieren berekend:

- 1.) Kostprijs per kostendrager op basis van het werkelijke productiviteitspercentage
- 2.) Kostprijs per kostendrager op basis van het genormeerde productiviteitspercentage

13 Toerekenen kosten aan de behandelsetting (fase 9)

Nadat in eerste instantie het resultaat van het boekjaar is aangesloten met de jaarrekening in fase 2, is in fase 3 een aantal kosten en opbrengsten categorieën uitgesloten van kostprijsberekening en is het bedrag van de totale instellingskosten voor kostprijzen berekend. In fase 4 heeft u het onderscheid tussen hoofd- en hulpkostenplaatsen gemaakt. Vervolgens zijn in fase 5 de kosten van de behandelaren afgezonderd van de kosten van de behandelsetting.

In dit hoofdstuk vindt controle plaats op de totale instellingskosten voor kostprijzen en worden de kosten van de behandelsetting beschreven, om in de volgende fase met de productie de delingscalculatie van de behandelsetting te maken.

13.1 Controle op totale instellingskosten voor kostprijzen

Gezien alle bewerkingen die in de afgelopen fases hebben plaatsgevonden, is het van belang dat aansluiting blijft bestaan met de in hoofdstuk 7 berekende totale instellingskosten voor kostprijzen. De controles kunt u als volgt uitvoeren:

- Sluit de optelsom van de totale kosten van behandelaren (inclusief toegerekende indirecte kosten) met de totale kosten van de behandelsetting aan op de totale instellingskosten voor kostprijzen.
- Sluit de totale instellingskosten voor behandelaren verminderd met de uitgesloten kosten en opbrengsten aan bij het resultaat van het desbetreffende boekjaar.

In onderstaande figuur ziet u een voorbeeld van dergelijke controles.

| Type kostenplaats | Hulpkosten plaatsen totaal | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie A | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie B | Hoofdkosten plaats overig | TOTAAL |
|--|----------------------------|--|--|---------------------------|--------------|
| Directe kosten behandelaren | | | | € 4.347.827 | € 4.347.827 |
| Toegerekende indirecte kosten | | | | € 652.174 | € 652.174 |
| Subtotaal behandelaren | | | | | € 5.000.000 |
| Totale personeelskosten (41 groep) (excl. behandelaren) | € 13.500.000 | € 1.000.000 | € 2.000.000 | € 15.500.000 | € 32.000.000 |
| Overige kosten (42 t/m 48 groep) (excl. sociale lasten behandelaren) | € 7.000.000 | € 500.000 | € 1.000.000 | € 7.500.000 | € 16.000.000 |
| Subtotaal behandelsetting | | | | | € 48.000.000 |
| Totale instellingskosten voor kostprijzen | € 20.500.000 | € 1.500.000 | € 3.000.000 | € 28.000.000 | € 53.000.000 |
| Uitgesloten kosten & opbrengsten | | | | | € 58.000.000 |
| Aansluiting met resultaat jaarrekening | | | | | € 5.000.000 |

Figuur 11 Voorbeeld van een controle op de aansluiting van het resultaat en de totale instellingskosten voor kostprijzen

13.2 Kosten behorend bij behandelsetting

In fase 2 staat beschreven welke kosten en opbrengsten u niet mee mag nemen in de kostprijsberekening. In fase 5 staat hoe u de kosten van de behandelaar uitsluit van de behandelsetting. Alle overige kosten worden toegerekend aan de behandelsetting. Voor onderstaande kosten(soorten) zijn nieuwe regelingen opgenomen die bij de kostprijsberekening van belang zijn.

13.2.1 Hulpmiddelen

Binnen de AWBZ werden de kosten voor de bovenbudgettaire hulpmiddelen (individueel aangepaste rolstoelen en overige hulpmiddelen) vergoed op basis van de AWBZ-regeling Bovenbudgettaire

hulpmiddelen. Met ingang van 2013 dient u bij de hulpmiddelen onderscheid te maken tussen outillagehulpmiddelen en individuele hulpmiddelen.

Outillagehulpmiddelen

De outillagehulpmiddelen vallen onder de Zvw en maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct. Dit betreft onder meer de hoog-laag bedden, looprekjes, rolstoelen en andere revalidatiehulpmiddelen zoals loopbanden, die tijdens de grz-opname worden gebruikt. Ook de kosten van de overige hulpmiddelen die tijdens een klinische behandeling zijn verstrekt, maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct, bijvoorbeeld incontinentiemateriaal of middelen voor wondverzorging.

In 2013 worden de kosten van rolstoelen voor de grz die worden geleverd via depots nog separaat verantwoord en bekostigd; deze kosten dienen per 2014 bekostigd te worden uit de DBC's en daarom wel toegerekend te worden aan de kostendragers. De bekostiging gebeurt in 2013 nog op basis van de oude AWBZ-parameters, zodat de kosten voor de dure hulpmiddelen in 2013 wel worden vergoed. VWS besluit nog hoe hiermee in de toekomst in het kader van de bekostiging omgegaan dient te worden.

Individuele hulpmiddelen

De kosten van de individuele hulpmiddelen kunnen vallen onder de ZVW of onder de WMO. Individueel aangepaste rolstoelen die ook na ontslag permanent gebruikt worden, vallen net als aanpassingen in de eigen woning onder de WMO en dienen uitgesloten te worden voor kostprijsberekening.

Bij de individuele hulpmiddelen die vallen onder de ZVW vindt de bekostiging plaats:

- Op grond van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg', zoals medisch-specialisten die plegen te bieden', of
- Op grond van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

Indien sprake is van geneeskundige zorg komen de kosten van het hulpmiddel ten laste van het verpleeghuis en maken de kosten deel uit van het DBC-zorgproduct. Bij hulpmiddelenzorg komen de kosten niet ten laste van het verpleeghuis en dient u deze uit te sluiten.

Het is niet altijd duidelijk of de kosten van een hulpmiddel ten laste komen van het verpleeghuis of dat het hulpmiddel apart door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Hiervoor heeft het CVZ een checklist (zie website CVZ bij 'Afbakening hulpmiddelenzorg').

13.3 Verdeelsleutels hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen

Deze paragraaf beschrijft hoe u met verdeelsleutels de kosten van hulpkostenplaatsen over de hoofdkostenplaatsen verdeelt. Hanteer hiertoe voor de geriatrische revalidatie afdeling(en) (een) afzonderlijke hoofdkostenplaats(en) en reken alle kosten van hulpkostenplaatsen met de verdeelsleutel toe aan de hoofdkostenplaatsen. Reken de kosten aan alle kostendragers in gelijke mate toe omdat de hulpkostenplaatsen vanwege hun aard niet aan specifieke (clusters van) kostendragers toe te rekenen zijn.

In Figuur 12 worden de kosten van hulpkostenplaatsen met de verdeelsleutel toe toegerekend aan de hoofdkostenplaatsen, waaronder aan twee hoofdkostenplaatsen van de afdelingen geriatrische revalidatie.



U kunt specifieke kosten van hulpkostenplaatsen toerekenen aan specifieke hoofdkostenplaatsen. Het is van belang dat de instelling dit duidelijk in het kostprijsmodel motiveert.

Als verdeelsleutel voor de verdeling van de kosten van hulpkostenplaatsen over de hoofdkostenplaatsen heeft de instelling de keuze uit:

- Personele kosten.
- Totale kosten.
- Fte's.
- Omzet.

Er mag van de verdeelsleutel worden afgeweken als een betere verdeelsleutel voorhanden is. U moet dit wel onderbouwen en de afwijking moet leiden tot een meer zuivere toerekening van kosten.

| Type kostenplaats | Hulpkosten plaatsen totaal | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie A | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie B | Hoofdkosten plaats overig | TOTAAL |
|--|----------------------------|--|--|---------------------------|--------------|
| Verdeelsleutel (bijv. FTE) | 80 | 8 | 12 | 100 | 200 |
| Totale personeelskosten (41 groep) (excl. behandelaren) | € 13.500.000 | € 1.000.000 | € 2.000.000 | € 15.500.000 | € 32.000.000 |
| Overige kosten (42 t/m 48 groep) (excl. sociale lasten behandelaren) | € 7.000.000 | € 500.000 | € 1.000.000 | € 7.500.000 | € 16.000.000 |
| <i>Subtotaal</i> | € 20.500.000 | € 1.500.000 | € 3.000.000 | € 23.000.000 | € 48.000.000 |
| Verdeling hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen | € 20.500.000- | € 1.366.667 | € 2.050.000 | € 17.083.333 | € 0 * |

* Totaal moet nihil zijn

Figuur 12 Schematische weergave verdeling kosten hulpkostenplaatsen over hoofdkostenplaatsen middels verdeelsleutels

Kosten overige bedrijfsopbrengsten > 1% van de exploitatiekosten

Als van de overige bedrijfsopbrengsten de kosten van niet-primaire activiteiten meer dan 1% van de totale exploitatiekosten bedragen, dient u bij het uitsluiten van kosten en opbrengsten indirecte kosten toe te rekenen (zie ook paragraaf 6.5). Een voorbeeld ter verduidelijking:



Als de kosten van de parkeerfaciliteit € 800.000,- zijn en hoger dan 1% (van € 65 mln is € 650.000,-) van de totale exploitatiekosten, dan dient u indirecte kosten op te nemen.

Indirecte kosten worden toegerekend omdat dergelijke activiteiten geen indirecte kosten toegerekend krijgen, maar wel een beroep doen op de ondersteunende diensten (lees hulpkostenplaatsen).

De verwerking kan op de volgende wijze plaatsvinden.

| | Jaarrekening (t-1) | Uitgesloten opbrengsten & kosten | Totale instellingskosten voor kostprijzen |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|---|
| Opbrengsten (totaal) | € 70.000.000- | € 60.000.000 | € 10.000.000- |
| (Exploitatie) Kosten (totaal) | € 65.000.000 | € 2.000.000- | € 63.000.000 |
| Resultaat boekjaar | € 5.000.000- | € 58.000.000 | € 53.000.000 |

Parkeergelden

| | |
|--------------------|-------------|
| Parkeeropbrengsten | € 1.100.000 |
| Parkeerkosten | € 800.000 |
| Resultaat | € 300.000 |

| | |
|---|-----------|
| Toets, 1% van totale exploitatiekosten. | € 650.000 |
|---|-----------|

| Type kostenplaats | Uitgesloten kosten hulpkostenplaats | Hulpkosten plaats totaal | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie A | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie B | Hoofdkosten plaats overig | TOTAAL |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|--|---------------------------|--------------|
| Verdeelsleutel (bijv. FTE) | Parkeren | 80 | 8 | 12 | 100 | 200 |
| Totale personeelskosten (41 groep) (excl. behandelaren) | | € 13.500.000 | € 1.000.000 | € 2.000.000 | € 15.500.000 | € 32.000.000 |
| Overige kosten (42 t/m 48 groep) (excl. sociale lasten behandelaren) | | € 7.000.000 | € 500.000 | € 1.000.000 | € 7.500.000 | € 16.000.000 |
| Subtotaal behandelsetting | | € 20.500.000 | € 1.500.000 | € 3.000.000 | € 23.000.000 | € 48.000.000 |
| Uitgesloten kosten(soort) | € 800.000 | | | | | |
| Toerekening indirecte kosten aan geelimineerde kosten** | € 120.000 | € 120.000- | | | | € - |
| | € 920.000 | | | | | |
| Subtotaal behandelsetting | | € 20.380.000 | € 1.500.000 | € 3.000.000 | € 23.000.000 | € 47.880.000 |
| Verdeling hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen | | € 20.380.000 | € 1.358.667- | € 2.038.000- | € 16.983.333- | € - |

* Totaal moet nihil zijn

** Instellings specifiek overheadpercentage (15%)

Figuur 13 Toerekenen indirecte kosten bij uitsluiten van kosten en opbrengsten

| |
|--|
| <p><u>Resultaat van deze fase:</u> Verdeling van kosten van hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaats(en).</p> |
|--|

14 Kostprijsberekening van de behandelsetting (fase 10)

14.1 Het relateren van kosten en productie

Het relateren van kosten en productie

De resultaten van het kostprijsmodel tot dusverre leiden tot inzicht in de totale directe en indirecte kosten op het niveau van kostendragers voor de behandelsetting. Voor het berekenen van kostprijzen moeten per kostendrager de totale kosten per kostendrager worden gedeeld door het productievolume per kostendrager. De kosten betreffen boekjaar t-1, waarbij t staat voor het aanleverjaar. Ook de productie betreft registratiejaar t-1.

14.2 Productievolume

14.2.1 Productievolume

Op basis van de DBC-registratie van boekjaar t-1 worden de volumes van de behandelsetting van de hoofdkostenplaatsen geriatrie revalidatie over een afgesloten boekjaar bepaald.

Per gedefinieerde categorie bepaalt u het productievolume over het desbetreffende registratiejaar. De eenheid van het productievolume voor verpleegdagen is per (productie)dag. Als ervoor gekozen is om voor de kosten van AWBZ-zorg uit te gaan van stap e (zie paragraaf 6.6), moet het aantal verpleegdagen per categorie verhoogd worden met de AWBZ-verblijfsdagen (inmiddels vallend onder ZZP-bekostiging).

Indien de DBC-grz-productie op niet-DBC-registrerende afdelingen incidenteel en daarmee niet significant voorkomt (<5% van aantal productiedagen grz), negeren deze kosten en productieaantallen. Dat betekent dat deze patiënten niet meedoen in de bepaling van de instellingskostprijs.

14.2.2 Verbijzondering productievolume specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten

Een punt van aandacht zijn de specifiek specialistische verpleegkundige handelingen die niet vallen onder het normaal klinisch handelen:

- Decubitus wondverzorging
- Mictie en defaecatie regulering
- Ademhalingsondersteuning
- Infusies verzorgen
- Voedingsondersteuning
- Begeleiding gedragsproblematiek

Deze kosten dienen afgezonderd te worden van de verpleegdagkosten en komen terecht in het behandeltraject van de klinisch verpleegkundigen. Ook hier kunnen de kosten gedifferentieerd worden naar rato van gemiddelde fte-inzet per activiteit.

Omdat de verpleegkundigen hun tijd schrijven op een beperkte set activiteiten (zes stuks), is het niet representatief om alle personele kosten voor de klinische verpleegkundigen aan deze zes kostendragers toe te rekenen. Deze personele kosten uitsluiten uit de kosten van de

verblijfscomponent en niet volledig toerekenen aan de specifieke activiteiten leidt echter tot een onderwaardering in de kostprijs.

De vijfminutenkostprijs bepaalt u los, op basis van de selectie van kostensoorten van de specifiek specialistische verpleegkundige behandeltijd. Neem de eerder geselecteerde kostensoorten op in de verpleegdag. Sluit wel de totaalkosten specifiek specialistische verpleegkundige behandeltijd, dus vijfminutenkostprijs maal de geregistreerde aantallen van de desbetreffende activiteiten, uit van de kosten op de verpleegdag.

Een normatieve uitsluiting op basis van bestede tijd is eveneens mogelijk. Dit heeft tot gevolg dat alle specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten dezelfde vijfminutenkostprijs krijgen. Afhankelijk van het profiel van het DBC-zorgproduct zullen de handelingen vervolgens kostenonderscheidend zijn. Gezien het marginale bedrag wat deze specialistische activiteiten met zich meebrengen, hoeven hier geen indirecte kosten aan toegerekend te worden.

14.3 Het uitvoeren van de delingscalculatie

In fase 9 zijn de kosten van de hulpkostenplaatsen met verdeelsleutels over de hoofdkostenplaatsen (van de afdeling(en) geriatrische revalidatie verdeeld.

De eerdere toegerekende indirecte kosten van behandelaren dienen gecorrigeerd te worden van de overige hoofdkostenplaatsen. Dit geldt ook voor de kosten van de specifiek specialistische verpleegkundige activiteiten. Wat resteert zijn de zuiver toegerekende kosten aan de afdeling(en) behandelsetting geriatrische revalidatie. De delingscalculatie kan plaatsvinden nadat de productieaantallen van de betreffende afdelingen tegenover de uiteindelijk toegerekende kosten zijn gezet.

Na afronding van alle fases kan de kostprijsbepaling er als volgt uitzien.

| Type kostenplaats | Hulpkosten plaatsen totaal | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie A | Hoofdkosten plaats Revalidatie locatie B | Hoofdkosten plaats overig | TOTAAL |
|--|----------------------------|--|--|---------------------------|---------------------|
| Verdeelsleutel (bijv. fte) | 80 | 8 | 12 | 100 | 200 |
| Totale personeelskosten (41 groep) (excl. behandelaren) | € 13.500.000 | € 1.000.000 | € 2.000.000 | € 15.500.000 | € 32.000.000 |
| Overige kosten (42 t/m 48 groep) (excl. sociale lasten behandelaren) | € 7.000.000 | € 500.000 | € 1.000.000 | € 7.500.000 | € 16.000.000 |
| Subtotaal | € 20.500.000 | € 1.500.000 | € 3.000.000 | € 23.000.000 | € 48.000.000 |
| Verdeling hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen (o.b.v. verdeelsleutel) | € 20.500.000- | € 1.366.667 | € 2.050.000 | € 17.083.333 | € -* |
| Minus indirecte kosten toegerekend aan de behandelaren | € - | € 43.478- | € 65.217- | € 543.478- | € 652.174-** |
| Minus klinisch verpleegkundige activiteiten (vijfminuten kostprijs x geregistreerde aantallen) | | | | | |
| Totaal kosten | € - | € 2.823.188 | € 4.984.783 | € 39.539.855 | € 47.347.826 |
| Totaal productie | | 15.000 | 30.000 | | |
| Kosten per verpleegdag | | € 188 | € 166 | | |
| Gemiddelde kosten verpleegdag | | € 174 | | | |

* Op basis van de gehanteerde verdeelsleutel de indirecte kosten corrigeren op de hoofdkostenplaatsen

** Correctie van de indirecte kosten behandelaren op de hoofdkostenplaatsen op basis van het eerder toegerekend instellings specifiek overheadpercentage (15%) op basis van de gehanteerde verdeelsleutel.

Figuur 14 Schematische weergave kostprijsberekening behandelsetting



Resultaat van deze fase:
Een kostprijs per kostendrager van de behandelsetting.





Bijlage 1: Begrippenlijst

Kostprijsmodel

Het kostprijsmodel bevat een theoretische beschrijving van de wijze waarop kostprijzen berekend kunnen worden. Het betreft een geheel van begrippen, definities, rekenregels, verdeelsleutels en praktische aanwijzingen voor de toepassing van dit model in en door de GRZ-instellingen.

Kostprijs

Per kostendrager worden kostprijzen berekend, met als doel voor elk DBC-zorgproduct een productprijs te berekenen. Door het kostendragerprofiel van een DBC-zorgproduct te waarderen met de kostprijzen, levert dit gesommeerd de productprijs van een DBC-zorgproduct op.

Kostensoort

Een specifieke aanduiding van (clusters van) bepaalde kosten, zoals die in het Prismant rekeningschema worden onderscheiden en volgens codering in de boekhouding plaatsvindt.

Directe kosten

Alle kosten die worden gemaakt op de organisatiedelen die direct betrokken zijn bij het leveren van een activiteit aan een patiënt. Het betreft derhalve de kosten die in het primaire proces ontstaan, ofwel op de organisatiedelen die in direct contact met de patiënt staan.

Indirecte kosten

De kosten die worden opgemaakt op organisatiedelen die ondersteunend of voorwaardenscheppend zijn ten behoeve van het primaire proces. Het gaat om de kosten van organisatiedelen die niet direct in contact met de patiënt staan.

Hoofdkostenplaatsen

Die organisatiedelen die taken hebben op het gebied van behandeling, begeleiding, verpleging/verzorging et cetera van een patiënt. Wij beschouwen de kosten die door deze organisatiedelen (hoofdkostenplaatsen) zijn gemaakt als directe kosten.

Hulpkostenplaatsen

Die organisatiedelen die ondersteunende of voorwaardenscheppende activiteiten uitvoeren ten behoeve van het primaire proces. Op hulpkostenplaatsen worden de indirecte kosten veroorzaakt.

Verdeelsleutel

De eenheid op basis waarvan toerekening van kosten van (een) hulpkostenplaats(en) aan (een) hoofdkostenplaats(en) plaatsvindt. Voorbeelden van verdeelsleutels zijn fte, omzet, m2.

Kostendrager

Een eenheid waarvan een kostprijs moet worden berekend. In bijlage 2 vindt u een lijst van kostendragers.





Kostenhomogeniteit

Kostenhomogeniteit wil zeggen dat er sprake is van vergelijkbare kosten en inzet per DBC. Uitgangspunt van de DBC-systematiek is dat er in het eindmodel onderhandeld wordt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over voor de professional in de praktijk herkenbare én kostenhomogene groepen van DBC's.





Bijlage 2: Lijst met kostendragers

| Zorgactiviteitcode | Omschrijving zorgactiviteit |
|--------------------|--|
| 194800 | Poliklinische behandeling - geriatrie revalidatie |
| 194801 | Huisbezoek - geriatrie revalidatie |
| 194803 | Dagbehandeling - geriatrie revalidatie |
| 194804 | Verpleegdag - geriatrie revalidatie |
| 194809 | Afwezigheidsdag - geriatrie revalidatie |
| 194815 | Specialist ouderengeneeskunde - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194816 | Fysiotherapie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194817 | Ergotherapie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194818 | Logopedie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194819 | Maatschappelijk werk - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194820 | Psychologie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194822 | Activiteiten begeleiding - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194823 | Bewegingsagoog/sportbegeleiding - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194825 | Hydrotherapie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194826 | Diëtiek - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194827 | Muziektherapie - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194828 | Psychologisch medewerker - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194829 | Cognitief trainer - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194830 | Therapie assistenten - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194831 | Geestelijke verzorging - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194832 | Transmurale begeleiding - patiëntgebonden handelen - geriatrie revalidatie |
| 194837 | Klinische verpleging - decubitus wondverzorging - geriatrie revalidatie |
| 194838 | Klinische verpleging - mictie en defaecatie regulering - geriatrie revalidatie |
| 194839 | Klinische verpleging - ademhaling ondersteuning - geriatrie revalidatie |
| 194840 | Klinische verpleging - infusies verzorgen - geriatrie revalidatie |
| 194841 | Klinische verpleging - voedingsondersteuning - geriatrie revalidatie |
| 194842 | Klinische verpleging - begeleiding gedragsproblematiek - geriatrie revalidatie |



De zorgactiviteiten 194814 Specialist ouderengeneeskunde – triage – geriatrie revalidatiezorg en 190089 – Verpleegdag met ziekenhuisindicatie binnen instelling geriatrie revalidatiezorg betreffen nieuwe zorgactiviteiten voor 2013 voor de onderlinge dienstverlening. Deze zorgactiviteiten zijn echter aangemaakt voor het inzichtelijk maken van de productie van de geriatrie revalidatiezorg binnen de DBC-zorgproducten voor de ziekenhuiszorg. Het betreffen declarabele producten voor de geriatrie revalidatiezorg en zijn derhalve geen kostendragers.