

Opbrengstendocument

Tariefopbouw zorgprestatie­model

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Zorgprestatie­model	3
1.2 Scope en fasering	3
1.3 Proces	4
2. Methodiek	5
2.1 Behandeling	5
2.2 Verblijf	9
2.3 Overige verrichtingen	9
2.4 Kapitaallasten	10
2.5 Financieringslasten	10
2.6 Acute ggz	11
3. Vervolg tariefonderhoud 2022	12
Bijlage 1: Overzicht uitgangspunten kostprijs­onderzoek	14
Bijlage 2: Overzicht hulpkosten­plaatsen en bijbehorende verdeelsleutel	15
Bijlage 3: stroomschema toerekening DBCs aan ZPM-consulten	16

1. Inleiding

1.1 Zorgprestatie­model

Binnen het kader van het programma zorgprestatie­model wordt gewerkt aan de uitwerking van het Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) advies zorgprestatie­model. Eerder dit jaar is in het programma een tussenrapportage vastgesteld waarin het model op hoofdlijn is uitgewerkt. Het vaststellen van (concept) methode voor het berekenen van tarieven is geen onderdeel van het programma. De NZa heeft deze verantwoordelijkheid en wil samen met veldpartijen het proces doorlopen om te komen tot de methodiek van concept tarieven voor het zorgprestatie­model. De uiteindelijke concepttarieven volgend uit deze methodiek van het zorgprestatie­model bieden tevens input voor het uitvoeren van de definitieve impactanalyse.

1.2 Scope en fasering

Om te komen tot een ordelijk proces van tariefvaststelling hebben wij onderstaande fases (tabel 1) onderscheiden.

Tabel 1: Overzicht fases tariefvaststelling zorgprestatie­model ggz en fz

Fases	Doel	Periode	Eindproduct
Fase 1: Concept tarieven zorgprestatie­model	Het vaststellen van een tariefopbouw zorgprestatie­model op basis van de beschikbare data van het kostenonderzoek 2022 en berekenen van de impact. Dit heeft als primair doel het voeden van de besluitvorming over de invoering van het zorgprestatie­model.	Medio februari-eind juni	- Opbrengstendocument met daarin een methodiek en voorgestelde tariefopbouw ZPM -Longlist onderhoudspunten fase 2 Na formele consultatie opbrengstendocument: - Concept tarieven zorgprestatie­model en tariefopbouw - Impactanalyse zorgprestatie­model
Fase 2: Verbetering onderbouwing tarieven 2022	Vaststellen van verbeterpunten in de onderbouwing van de tarieven en waar mogelijk tegemoet komen aan deze verbeterpunten.	Eind juni – juli 2021	- Definitieve tarieven 2022 - Verantwoordingsdocument tarieven 2022 - Onderwerpenlijst fase 3
Fase 3: Onderhoudsagenda tarieven zorgprestatie­model na 2022	Vaststellen van een onderhoudsagenda van de tarieven in het zorgprestatie­model voor na invoering zorgprestatie­model.	Na juli 2021	Onderhoudsagenda tarieven zorgprestatie­model en uitvoering onderhoudsagenda.

Dit opbrengstendocument is het eerst eindproduct van fase 1 waarin we een methodiek uitwerken om tot een tariefopbouw te komen voor de consulttarieven, verblijfstarieven en overige prestaties van het zorgprestatie­model. Binnen deze fase hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- We maken gebruik van de gegevens uit het kostprijs­onderzoek ggz en fz 2020. Hierbij willen wij zoveel waar mogelijk aansluiten bij vastgestelde uitgangspunten in de beleidsregel 'beleidsregel kostprijs­onderzoek ggz en fz'.
- Uitgangspunt voor fase 1 is dat de toerekening van kosten binnen het zorgprestatie­model macroneutraal plaatsvindt ten opzicht van toerekening van kosten binnen het dbc-systeem.

- Wij willen voorkomen dat dezelfde discussies op meerdere tafels worden gevoerd. Dit betekent dat wij vraagstukken die raken aan het nu lopende bezwaartraject niet hebben meegenomen in de methodiek. Uitkomsten van het bezwaar- en beroepproces die ook relevant zijn voor de tarieven van het zorgprestatie-model zullen in fase 2 worden opgepakt.
- Gedurende fase 1 wordt een longlist opgesteld van onderdelen van de methodiek van kostentoerekening die op basis van de huidige kostprijsgegevens suboptimaal is, in de ogen van één of meerdere expertgroepleden. Dit kan bijvoorbeeld gaan om beperkingen bij het toerekenen van kosten aan settings, omdat de indeling in settings nog niet was uitgewerkt ten tijde van het kostenonderzoek. Deze longlist biedt input voor fase 2 van het tarieventraject.

1.3 Proces

De methodiek die in dit document is omschreven is tot stand gekomen met behulp van expertgroep bestaande uit afgevaardigden vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voorafgaand aan schriftelijk consultatie van dit document is de gebruikte methodiek besproken in een vijftal (virtuele) bijeenkomsten.

2. Methodiek

Uitgangspunt kostprijsonderzoek ggz en fz 2020

Waarom pakken we het kostprijsonderzoek (en bijpassende methodiek)?
De reden dat wij het kostprijsonderzoek gebruiken als bron om de concepttarieven '22 te berekenen is tweeledig:

- Een van de uitgangspunten die het Ministerie van VWS ons heeft meegegeven voor de nieuwe bekostiging, is macrobudgettair neutrale overgang. Dit kan alleen als zelfde gegevens gebruikt worden die onder de huidige tarieven liggen. We moeten dus de gegevens uit het kostprijsonderzoek gebruiken om de concept tarieven te berekenen.
- De concepttarieven zijn bedoeld voor de impactanalyse. De impactanalyse moet gereed zijn op het moment dat partijen hun (definitieve) standpunt moeten bepalen over de nieuwe bekostiging. Dit moment ligt op eind juni van dit jaar. Gegeven deze tijdslijnen zien wij geen andere mogelijkheid om het kostprijsonderzoek te gebruiken als bron voor de berekening van de concepttarieven.

De uitgangspunten van het kostprijsonderzoek hebben wij opgenomen in bijlage 1 'uitgangspunten kostprijsonderzoek ggz en fz 2020'. Wij zijn voornemens deze ook voor dit onderzoek, waar van toepassing, te hanteren.

Gegevens kostprijsonderzoek ggz en fz 2020

De gegevens vanuit het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020 zijn verzameld over het jaar 2017 en bestaan grofweg uit twee onderdelen:

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

Deze gegevens zijn direct te gebruiken in de analyse voor de tariefopbouw in het ZPM omdat deze de volgende informatie bevatten:

- Minuten zorglevering uitgesplitst naar directe en indirecte tijd;
- Beroep;
- Type contact.

Doordat wij vervolgens ook de kostprijsgegevens gebruiken om per beroep een tarief toe te kennen kunnen er consultprijzen worden uitgerekend.

2.1 Behandeling

In de expertgroep is het onderdeel behandeling middels een figuur besproken. Dit figuur staat weergegeven in bijlage 3. De behandeling wordt in het figuur verdeeld in drie verschillende onderdelen. Doordat het figuur al veel van de stappen genomen in de doorrekening beschrijft zullen wij samenvattingen geven van de onderdelen. Mocht het zo zijn dat een onderdeel van de originele berekening in kostprijsonderzoek ggz en fz 2020 ten aanzien van het zorgprestatie model is gewijzigd, dan zullen wij dit aangeven.

Kostensjablonen

De gegevens die zijn gebruikt in het kostenonderzoek ggz en fz 2020 zijn uitgevraagd over het jaar 2017. De uitvraag omvat alle ggz- en fz-

instellingen en een steekproef van vrijgevestigde ggz-aanbieders. De gegevens zijn aangeleverd middels een sjabloon.¹ In het figuur in bijlage 3 is onder behandeling een eerste opdeling weergegeven in hoofd- en hulpkostenplaatsen. Deze bevatten verschillende soorten kosten. Op de hoofdkostenplaatsen zijn kosten opgegeven die direct kunnen worden gekoppeld aan de productie (behandelaren of verblijfsdagen), die ook op deze hoofdkostenplaatsen zijn opgegeven. Voor de hulpkostenplaats geldt deze directe koppeling niet. Deze kosten worden daarom ofwel generiek verdeeld over de fte die op de hoofdkostenplaatsen geschreven zijn, of specifiek over de verblijfsdagen verdeeld. Op de hoofdkostenplaatsen is vervolgens de onderverdeling gemaakt naar:

- Directe loonkosten & productie: loonkosten van personeel dat wat productie levert
- Indirecte loonkosten & productie: loonkosten van overig personeel wat geen productie levert
- Materiële kosten & productie: overige kosten gemaakt door personeel dat productie levert of overig personeel

De productie is door aanbieders toegewezen per financieringsstroom (te weten: gb-ggz, g-ggz en fz). Dit onderscheid wordt gebruikt om de kosten uit te splitsen naar financieringsstroom.

De kosten worden vervolgens gedeeld door het aantal FTE om zodoende tot een kostprijs per FTE te komen.

De kosten worden gedeeld door een aantal uren waarin het beroep (de beroepen die productie kunnen declareren) productief is, zodat met deze productieve uren (de uren waarin de beroepen zorg kunnen declareren) de kosten kunnen worden terugverdiend. Dit leidt vervolgens tot een uurtarief. Dit tarief wordt vervolgens gekoppeld aan de profielgegevens om de settings te bepalen. Hieronder gaan we nader in op de profielgegevens.

Profielgegevens

De koppeling met de profielgegevens gebeurt nog steeds op aanbieder niveau (lokaal). De profielgegevens bevatten de behandelactiviteiten van de door de aanbieder aangeleverde db(b)c- of behandeltrajecten (hierna: traject(en)). Met deze informatie kunnen we vaststellen wat de kosten zijn voor een consult onder het zorgprestatie model (ZPM-consult).

Allereerst wordt voor elk (deel van een) traject vastgesteld in welke setting het valt. Dit gebeurt in de volgorde zoals aangegeven in de figuur, als volgt²:

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II: een aanbieder met AGB-code beginnend met 03 of 94 (dus alle trajecten van deze aanbieders);
- Hoogspecialistisch: PUK-en;
- Klinisch: (deel van) de trajecten binnen de gespecialiseerde ggz geleverd op een klinische dag (via koppeling aan de opgegeven verblijfsdagen);
- Outreachend: trajecten (zonder klinische dagen) waarvan de verhouding reistijd tot directe tijd 1:5 of meer is (dit betekent dat een traject 20 procent of meer reistijd bevat);

¹ Het sjabloon en de verantwoording van de uitvraag ervan is het te vinden in het eindrapport kostprijsonderzoek geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2020- Sira Consulting Capgemini Invent, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_285678_22/1/

² De totaallijst en de beschrijvingen van settings zijn nog niet definitief

- Ambulant kwaliteitsstatuur sectie IIIa: overige ggz trajecten (basis en gespecialiseerd) waarbinnen 90% of meer van de directe tijd door 1 beroep geschreven is;
- Ambulant kwaliteitsstatuur sectie IIIb: overige ggz trajecten (basis en gespecialiseerd) waarbinnen minder dan 90% van de directe tijd door 1 beroep geschreven is;
- Forensische zorg klinisch: (deel van) de trajecten binnen de forensische zorg geleverd op een klinische dag (via koppeling aan de opgegeven verblijfsdagen);
- Forensische zorg niet-klinisch: alle overige trajecten binnen de forensische zorg (zowel ambulant als outreachend).

Nadat de settings bepaald zijn, wordt voor ieder beroep vastgesteld in welke big-categorie het valt. In grote lijnen komt het erop neer dat regiebehandelaren een eigen big-categorie hebben, en alle overige beroepen in de categorie overige beroep vallen. De 8 big-categorieën zijn³:

- Overige beroepen (niet-regiebehandelaar)
- Verpleegkundige (Wet Big art. 3)
- Psychotherapeut (Wet Big art. 3)
- GZ-psycholoog (Wet Big art. 3)
- Arts (Wet Big art. 3)
- Verpleegkundig specialist GGZ (Wet Big art. 14)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big art. 14)
- Arts-specialist (Wet Big art. 14)

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

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

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

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

Het onderscheid in consulttype en het vaststellen van de tijdranges brengt met zich dat respectievelijk bepaalde activiteiten en activiteiten met minder dan 5 minuten geschreven directe tijd niet 1-op-1 in de berekening van de ZPM-consultprijs meegenomen worden. Deze tijd en kosten dienen opgeslagen te worden over de declarabele consulten.

In dat kader onderscheiden we:

- directe tijd en kosten;
- consultgebonden indirecte tijd en kosten;
- algemeen indirecte tijd en kosten;
- minuten van activiteiten onder 5 minuten tijd en kosten;
- niet toerekenbare tijd en kosten.

³ De big-categorieën zijn nog niet definitief vormgegeven

Met deze toerekening vindt ook de stap van lokaal naar landelijk plaats. Het onderscheid wordt dus gemaakt op lokaal niveau, om het vervolgens landelijk toe te rekenen. Met deze methode reflecteren we de realiteit zo nauw mogelijk. Het gemaakte onderscheid in tijd en kosten lichten we hieronder kort toe.

directe tijd en kosten

Dit gaat om alle diagnostiek- en behandeling en begeleiding-activiteiten zoals hierboven gedefinieerd. De directe tijd is de direct patiëntgebonden tijd binnen de DBCs. Dit zijn de enige minuten die straks nog gedeclareerd kunnen worden. Deze minuten zijn dan ook de basis waar alle overige tijd en kosten naartoe gerekend worden. Alleen zo kunnen we bepalen hoeveel een declarabel consult straks moet kosten. Zoals te zien is in het figuur loopt de kolom van deze minuten door alle vier de niveaus (setting, big-categorie, consulttype en tijdrange. De andere onderscheiden minuten rekenen we zo precies mogelijk hieraan toe.

consultgebonden indirecte tijd en kosten

Deze tijd en kosten kunnen 1-op-1 aan de consulten toegerekend worden. Zoals te zien is in de figuur loopt ook de kolom van deze categorie door tot het niveau van tijdrange.

algemeen indirecte tijd en kosten

Algemeen indirecte tijd en kosten kunnen tot op het niveau van big-categorie worden toegerekend aan de consulten. Het is dus bekend in welke setting en door welke big-categorie de tijd geschreven is en dus de kosten gemaakt zijn. Dit betekent dat er een verdeling plaatsvindt over de consulttypes en tijdranges voor elke setting en big-categorie afzonderlijk. Omdat het hier om indirecte tijd gaat wordt als verdeelsleutel de consultgebonden indirecte tijd gehanteerd.

tijd en kosten van activiteiten onder 5 minuten

Hier gaat het om diagnostiek- en behandeling en begeleiding-activiteiten onder 5 minuten. Voor deze minuten en kosten weten we dus alleen niet de tijdrange. Binnen elke combinatie van setting, big-categorie en consulttype wordt dit dus verdeeld over de tijdranges. Omdat het hier om zowel directe als consultgebonden indirecte tijd gaat, gebeurt dit aan de hand van een verdeelsleutel gebaseerd op zowel de directe- als de consultgebonden indirecte tijd.

niet toerekenbare tijd en kosten

Deze laatste groep tijd en kosten is niet heel veelomvattend. Het gaat om tijd die geschreven is en kosten die gemaakt zijn door een big-categorie die binnen dezelfde setting op lokaal niveau geen directe tijd schrijft. We verdelen deze tijd en kosten op landelijk niveau over de setting aan de hand van een verdeelsleutel gebaseerd op de consultgebonden indirecte tijd, omdat het hier om indirecte tijd gaat.

ZPM Consulten

Zoals aangegeven vind in de toerekening van tijd en kosten aan de consulten de stap van lokale kostprijzen naar landelijke kostprijs plaats. Per consult kan immers de gemiddelde te vergoeden tijd vastgesteld worden, evenals de gemiddelde kosten per minuut per kostensoort. De gemiddelde te vergoeden tijd wordt vastgesteld door alle minuten op te tellen en te delen door het aantal consulten. De prijs per minuut kan voor elk consult worden vastgesteld door de totale kosten te delen door het aantal minuten. Door vervolgens de kostprijs per minuut te vermenigvuldigen met de gemiddelde te vergoeden minuten wordt per kostensoort de kostprijs per consult vastgesteld.

Voor generieke kosten op de hulpkostenplaatsen wordt de minuutprijs iets anders berekend, namelijk als de totale kosten per setting, gedeeld door het totale aantal minuten per setting (in plaats van per consult). Dit omdat deze kosten verondersteld worden slechts per setting te variëren. Ten slotte wordt voor de setting ambulante II de resterende kosten gelijkgesteld met de generieke kosten (korte termijnshalve niet als zodanig weergegeven in de figuur). Dit omdat slechts een enkele aanbieder in die setting een hulpkostenplaats heeft, en dit type overheadkosten als resterende kosten op de hoofdkostenplaats geschreven zijn. Door uiteindelijk alle kostprijzen per consult op te tellen komen we tot een gemiddelde kostprijs per consult.

2.2 Verblijf

In aanvulling op het onderscheid in kostensoorten wat voor behandeling gemaakt wordt, is voor verblijf nog de volgende groep kosten relevant:

- Kosten gemaakt welke specifiek worden verdeeld over het aantal verblijfsdagen (bijlage 2)

Deze kosten zijn geboekt op de hulpkostenplaats en worden evenredig verdeeld over het aantal verblijfsdagen. Het verschil met de andere kosten geboekt op de hulpkostenplaatsen is dat deze kosten niet worden verdeeld richting het aantal fte productief op de hoofdkostenplaats, maar naar het aantal verblijfsdagen op de hoofdkostenplaats.

Voor de overige kostentoe rekeningen richting verblijf (inclusief dagbesteding en vaktherapie) geldt dat deze gelijk lopen met de toerekening van behandeling richting consulten. Voor dagbesteding geldt dat dit personeel is opgegeven in een apart tabblad en dat deze op dezelfde manier specifiek kunnen worden uitgerekend per dag als een verblijfsdag. Voor vaktherapie geldt dat deze eerder niet apart declarabel waren. Deze tijd werd als activiteit geregistreerd. Binnen deze geregistreerde activiteiten kunnen wij specifiek zien welke behandelaar (en daarmee de kosten van de behandelaar) de vaktherapie heeft uitgevoerd. Ook kunnen we zien of dit samenvalt op één dag waar tegelijkertijd ook sprake is van verblijf. Door een optelling van de elementen dagbesteding, vaktherapie en de verblijfsdag, ontstaat de kostprijs voor verblijf.

Net als voor behandeling houden we ook hier de kostprijzen zo lang mogelijk lokaal. Na de koppeling met de verblijfsprofielen, vermenigvuldigen we de lokale kostprijzen met het aantal verblijfsdagen. Dit gebeurt per setting en verblijfstype (letter). Zodoende krijgen we de lokale kosten per verblijfstype en setting. Door vervolgens alle lokale kosten op te tellen en te delen door het landelijk aantal verblijfsdagen komen we tot de kostprijs per verblijfsdag naar type verblijf en setting.

2.3 Overige verrichtingen

Van de overige verrichtingen zijn er een aantal nieuw. Dit zijn de verrichtingen weergegeven in tabel 2. Doordat niet alle verrichtingen wijzigingen ten opzichte van de oude structuur en de toerekening per verrichting specifiek is, hebben wij deze niet opgenomen in het figuur in bijlage 3. Wel hebben wij samen met de expertgroep per nieuwe verrichting in tabel 2 een voorstel opgenomen.

Tabel 2: Overzicht nieuwe verrichtingen in zorgprestatiemodel

Verrichting	Voorstel

Intercollegiaal overleg (alleen beschikbaar in ambulant sectie II)	Verzameling van de volgende activiteiten geschreven in ambulant sectie II: - Behandelcomponentcode 09: Consultatie - Act_7.1: Zorgcoördinatie - Act_7.3: Interne patiëntbespreking (MDO) - Act_7.4/Act_7.9/Act_7.12: Extern overleg met derden (buiten de instelling) - Act_7.11: Extern overleg met scholen (buiten de instelling)
Reistijd ggz tot 25 minuten	Gemiddelde kosten (gebaseerd op de activiteiten bundeling) per staffel
Reistijd ggz vanaf 25 minuten	Gemiddelde kosten (gebaseerd op de activiteiten bundeling) per staffel
Reistijd fz tot 45 minuten	Gemiddelde kosten (gebaseerd op de activiteiten bundeling) per staffel
Reistijd fz vanaf 45 minuten	Gemiddelde kosten (gebaseerd op de activiteiten bundeling) per staffel

2.4 Normatieve Huisvesting Component (NHC)

Het normatieve huisvestingscomponent is per activiteit, per verblijfsdag of per verrichting op dezelfde manier toegerekend als in de db(b)c-structuur en prestatie structuur en viel buiten de scope van deze expertgroep. Dit geldt voor verblijf in de vorm van het normatieve huisvestingscomponent, behandeling in de vorm van kapitaallasten bij behandeling en bij overige verrichting in de vorm van kapitaallasten. Voor een uitgebreide verantwoording verwijzen wij naar de verantwoording van het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020.⁴

2.5 Financieringslasten

Voor de bepaling van de hoogte van financieringslasten baseren wij ons op normatieve uitgangspunten zoals zijn gehanteerd voor het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020. De zorg die wordt geboden is weliswaar verschillend, wij gaan er hierbij vanuit dat de wijze van financieren van zorgondernemingen niet wezenlijk anders is. Hieronder zijn de twee onderdelen van financieringslasten uitgewerkt: financiering van werkkapitaal en ondernemersrisico.

Financiering van werkkapitaal

Zorgaanbieders hebben kapitaal nodig om aan hun dagelijkse verplichtingen te kunnen voldoen. Hiervoor dient kapitaal te worden aangehouden of aangetrokken. De berekening van de opslag voor financiering van werkkapitaal kent twee onderdelen: de hoogte van het werkkapitaal en de hoogte van de rentelast voor het aanhouden van werkkapitaal.

Voor de bepaling van de hoogte van het werkkapitaal baseren wij ons op aangeleverde balansgegevens in het kostprijsonderzoek ggz en fz over het boekjaar 2017. Dit is in lijn met de conclusies van Finance Ideas. Het aandeel vlottende activa (exclusief liquide middelen) is berekend ten opzichte van de omzet. Voorschotten verstrekt door zorgverzekeraars worden gesaldeerd in de vlottende activa. Omdat het een normatieve benadering betreft wordt een landelijk gewogen gemiddelde berekend van deze verhouding. De vlottende activa (exclusief liquide middelen) bedragen gemiddeld 26,35 procent van de totale omzet (informatie kostprijsonderzoek ggz fz 2020).

Voor de hoogte van de rente voor werkkapitaal nemen wij een gemiddeld rentepercentage voor kort vreemd vermogen over. Hierbij baseren wij ons, net als het kostprijsonderzoek ggz fz 2020, op de expert opinie van

⁴ Verantwoording tarieven ggz en fz 2020,
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291219_22/1/

Finance Ideas. Banken hanteren bij de financiering van werkkapitaal over het algemeen de rente die hoort bij kort vreemd vermogen: de 1-jaars IRS of 12-maands Euribor, plus een risico-opslag van 2%. Beide rentestanden zijn tijdens het uitvoeren van het onderzoek negatief, maar banken hanteren een cap op 0%. Wij stellen daarom de rente voor financiering van werkkapitaal vast op 2%.

Vervolgens vermenigvuldigen wij het percentage van 26,35 procent met het rentepercentage voor financiering van werkkapitaal.

$26,35\% \times 2\% = 0,53\%$ Dit leidt tot een opslag van 0,53% voor de financiering van werkkapitaal.

Ondernemersrisico

Om te komen tot een vergoeding voor het ondernemersrisico gebruiken wij informatie uit het onderzoeksrapport van Finance Ideas. In andere sectoren wordt hiervoor een andere term gebruikt, de vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen (vgrev). Niet het totale eigen vermogen op de balans is als uitgangspunt gebruikt, maar het eigen vermogen wat een zorgaanbieder aanhoudt als buffer om op korte termijn financiële en/of operationele tegenvallers op te kunnen vangen. In het onderzoek naar kapitaallasten heeft Finance Ideas aangegeven dat het wenselijk is om als zorgaanbieder een liquiditeitsbuffer aan te houden van twee maanden van de jaaromzet. Met deze buffer is de zorgaanbieder in staat om risico's op te vangen. In dit onderzoek gaan wij er vanuit dat de buffer die wordt aangehouden volledig bestaat uit eigen vermogen. In het onderzoek van Finance Ideas is het rendement op eigen vermogen berekend op 6,13%. Dit percentage nemen wij over. Om te komen tot de opslag voor ondernemersrisico is de het vermogen dat wordt aangehouden als financiële buffer vermenigvuldigd met het rendement dat gemaakt zou zijn op dit vermogen.

$(2 / 12 \text{ maanden}) \times 6,13\% = 1,02\%$

Dit leidt tot de opslag voor ondernemersrisico van 1,02%.

Verwerking opslagen

De verwerking van de beschreven opslagen staan uitgewerkt in onderstaande formule (de formule en de percentages komen exact overeen met de berekening in het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020):

$$\text{Consultprijs} = ((\text{landelijke consultprijs} \times \text{opslag rentekosten inventaris} \times \text{combinatie werkkapitaal/ondernemersrisico} \times \text{indexatie}) + (\text{kapitaallasten behandeling} \times \text{combinatie werkkapitaal/ondernemersrisico} \times \text{indexatie}))$$

$$\text{Verblijfsprijs} = ((\text{landelijke verblijfsprijs verblijf} \times \text{opslag rentekosten inventaris} \times \text{combinatie werkkapitaal/ondernemersrisico} \times \text{indexatie}) + (\text{nhc} \times \text{combinatie werkkapitaal/ondernemersrisico} \times \text{indexatie}))$$

2.6 Acute ggz

De acute ggz is niet besproken tijdens het expertoverleg. De acute ggz wordt bekostigd met een budgetsystematiek. De prestaties dienen ter financiering van het budget. De budgetwaarden kunnen zonder aanpassing worden overgenomen. De prestaties ter financiering, momenteel de crisis-dbc's binnen budget, verdwijnen. Na definitieve besluitvorming over de invoering van de consulten, gaan wij in overleg met de relevante partijen om tot zorgconsulten ter financiering van de acute ggz te komen.

3. Vervolg tariefonderhoud 2022

In fase 2 van het proces van tariefonderhoud wordt toegewerkt naar definitieve tarieven die per 1 juli 2021 worden vastgesteld en per 1 januari 2022 van kracht zullen worden. De expertgroep heeft in fase 1 onderstaande lijst opgesteld met potentiële onderhoudspunten voor de tarieven van het zorgprestatieproces die in fase 2 besproken moeten worden. Het gaat om punten waarover in de expertgroep is aangegeven dat de onderbouwing mogelijk verbeterd kan worden. Op het moment van schrijven is het bezwaarproces tegen de tarieven 2020 nog niet afgerond. Indien de uitkomsten van dit bezwaarproces daar aanleiding toe geven kan de fase 2 lijst nog worden aangevuld vanuit dit proces.

Fase twee start na het besluit voor invoering van het zorgprestatieproces (september 2020) en loopt tot formele vaststelling van de tarieven door de NZa (1 juli 2021). De voorbereiding van deze fase start na formele oplevering van de uitwerking van het zorgprestatieproces medio juli 2020. Fase 2 start met het opstellen van een onderhoudsplan waarin de uitgangspunten en werkwijze van de deze fase worden uitgewerkt. In dit plan zal in ieder geval op de volgende punten worden ingegaan:

- Uitgangspunten bij het verbeteren van de onderbouwing van de definitieve tarieven 2022.
- Hoe we komen tot een prioritering van onderwerpen die in fase 2 worden opgepakt
- Proces van samenwerking bij de totstandkoming van de definitieve tarieven 2022
- Op welke wijze validatie van de definitieve tarieven 2022 plaatsvindt.

In fase 3 zal worden bekeken hoe het onderhoud van de tarieven na 2022 plaatsvindt. Fase 3 start na vaststelling van de definitieve tarieven van het zorgprestatieproces per 1 juli 2021.

Longlist met onderwerpen voor fase 2 van het tarieventraject

Nr	onderwerp	Omschrijving
1	Productiviteit	In de expertgroep is een andere manier voorgesteld om productiviteit te berekenen. Hierbij wordt niet gebruik gemaakt van de normproductiviteit, maar worden de kosten direct gedeeld door de directe tijd van behandelaars. De expertgroep ziet graag een alternatieve wijze van de berekening van de productiviteit doordat er sprake is van settingen.
2	Settings ambulant sectie III	Nagaan of een meer nauwkeurige onderbouwing van de tariefdifferentiatie binnen ambulant sectie III in een monodisciplinair deel en een multidisciplinair deel mogelijk is
3	Setting outreachend	Nagaan of een meer nauwkeurige onderbouwing van het tarief van de setting outreachend mogelijk is.
4	Indirecte tijd diagnostiek	Nagaan of er betere methodiek is om de algemene indirecte tijd aan diagnostiek consulten toe te rekenen
5	Goede toerekening indirecte tijd prestatie intercollegiaal overleg	Nagaan of er betere methodiek is om indirecte tijd toe te rekenen aan de prestatie intercollegiaal overleg
6	Specifieke toerekening hulpkostenplaatsen	Specifieke toerekening hulpkostenplaatsen bij verblijf zal nader worden bekeken
7	Aanpassing omschrijving verblijf in beleid	De omschrijving van verblijf in de beleidsregel is aangepast. Er moet worden onderzocht of dit een effect heeft op de kostprijs en de berekening hiervan.

8	Toeslag TBS	Onderbouwing voor de toeslag per verblijfsdag voor TBS patiënten
9	Toeslag Wvggz	In het dbc-systeem bestaat een toeslag voor wvggz patiënten die compenseert voor de zwaardere disciplinemix. De rationale achter deze toeslag vervalt in het ZPM. Wel zouden wvggz patiënten een hogere indirecte tijd kunnen hebben dan niet-wvggz patiënten. De NZa kan dit op basis van gegevens uit 2020 onderzoeken om na te gaan of een noodzaak voor een wv-ggz toeslag ook in het ZPM bestaat.
10	Acute GGZ	Nagaan waar dit moet worden opgepakt.
11	Normatieve vergoeding financieringslasten	De financieringslasten zullen in het ZPM anders zijn dan in het dbc-systeem. Dit zou aanleiding kunnen zijn om ook de normatieve vergoeding voor financieringslasten te herijken.
11	Vaststelling rente werkkapitaal	Nagaan of het nodig is om hierin te differentiëren

Bijlage 1: Overzicht uitgangspunten kostprijsonderzoek

De NZa hanteert de volgende uitgangspunten⁵:

- a) de kosten worden toegerekend aan kostendragers.
- b) de zorgaanbieder levert gegevens aan waarmee de kostprijzen worden berekend. Ten minste worden de volgende gegevens opgevraagd: kosten, productie, aantal fte en aantal patiënten en/of omzet;
- c) de kostensoorten worden gerubriceerd volgens het Prismant rekeningschema;
- d) de kosten worden per (hulp)kostenplaats uitgevraagd;
- e) alle (hulp)kostenplaatsen worden uitgevraagd, inclusief kostenplaatsen waar geen productie curatieve ggz en/of fz wordt geleverd, met als doel aan te sluiten op de kosten die zijn opgenomen in de jaarrekening;
- f) kosten van hulpkostenplaatsen worden op basis van verdeelsleutels aan de hoofdkostenplaatsen toebedeeld;
- g) kosten voor kostenplaatsen die wel worden uitgevraagd, maar die niet doorlopen in de kostprijsberekening, zijn:
 - éénmalige kosten;
 - kosten die samenhangen met 'niet-zorggerelateerde'-activiteiten van een instelling;
 - kosten die worden gedekt door verzekeringen;
 - materiële kosten voor het opleiden in het kader van medische vervolgopleidingen;
- h) kapitaallasten (NHC).
- i) het Ecorys rapport "Productiviteit in de curatieve geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg" vormt de basis voor productiviteit, voor zover dit rapport door de NZa in overleg met de expertgroep als voldoende actueel wordt beschouwd. De productiviteit is de noemer in de kostprijsberekening voor de kostendrager beroepen;
- j) centrummaat: het gewogen gemiddelde;
- k) strata: de volgende strata worden onderscheiden:
 - ggz: vrijgevestigden, instellingen, PAAZ/PUK;
 - fz: Tbs-klinieken, Rijksinstellingen, overige forensische zorgaanbieders.

⁵ Beleidsregel kostprijsonderzoek ggz en fz – BR/REG – 18163, artikel 6.1, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_254801_22/1/

Bijlage 2: Overzicht hulpkostenplaatsen en bijbehorende verdeelsleutel

Funcities	Gebied	Type	Verdeelsleutel
MVO/beroepsopleiding	Bestuur en beheer	Specifiek	FTE behandelaren
Management en Staf van patiënt/bewonersgebonden functies	Bestuur en beheer	Specifiek	FTE kostendragers
RvB/directie	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Bestuurssecretariaat	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Opleidingen algemeen	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
PR & Communicatie	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Ondernemingsraad	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Overige opleidingen	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Cliënten-/familieraad	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Personeelszaken	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Organisatieontwikkeling	Bestuur en beheer	Generiek	FTE kostendragers
Financiële administratie	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Centrale zorgadministratie	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Salarisadministratie	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Planning & Control	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Informatisering	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Automatisering	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Zorgcontractering	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Decentrale zorgadministratie	Administratie en registratie	Generiek	FTE kostendragers
Voeding	Facilitaire Zaken	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
Linnenvoorziening	Facilitaire Zaken	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
Wasserij	Facilitaire Zaken	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
Beveiliging FZ	Facilitaire Zaken	Specifiek	Aantal verblijfsdagen FZ
Post en receptie	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Inkoop	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Magazijn	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Logistiek	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Huisvesting (Technische dienst, onderhoud, energie)	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Huishouding	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Schoonmaak	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Beveiliging	Facilitaire Zaken	Generiek	FTE kostendragers
Geestelijke verzorging	Overige ondersteuning en producten	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
Geneesmiddelen	Overige ondersteuning en producten	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
Onderzoeksafdelingen (excl. Kosten OZP)	Overige ondersteuning en producten	Specifiek	Aantal verblijfsdagen
OK ECT	Overige ondersteuning en producten	Specifiek	FTE ECT
Bibliotheek	Overige ondersteuning en producten	Generiek	FTE kostendragers
Onderzoek	Overige ondersteuning en producten	Generiek	FTE kostendragers
Overig	Overig	Generiek	FTE kostendragers

Bijlage 3: stroomschema toerekening DBCs aan ZPM-consulent

