

Verantwoording

Tarieven huisartsenzorg 2025

25 juni 2024



Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Kostprijsonderzoek huisartsenzorg	5
1.1.1	Samenhang uitwerking advies Meer Tijd Voor de Patiënt	5
1.1.2	Samenhang onderzoek herijking normatieve arbeidskostencomponent	6
1.2	Doelstelling	6
1.3	Aanpak	6
1.4	Leeswijzer	7
2	Onderzoeksopzet en beleidsuitgangspunten	8
2.1	Onderzoeksopzet	8
2.2	Beleidsuitgangspunten	8
2.2.1	Basisuitgangspunten	9
2.2.2	Welke opbrengsten rekenen we tot het tarief gereguleerde deel van het kostprijsmodel?	12
2.2.3	De tarief gereguleerde prestaties	13
3	Dataverwerking- en weergave	15
3.1	Aansluiting met onderzoek Sira	15
3.2	Vervolproces NZa	16
3.3	Weergave van data	16
4	Kostprijzen	18
4.1	Rekenmodel	18
4.2	Beschrijving per stap	19
4.2.1	Opbrengsten en omzetaandeel	19
4.2.2	Aantal gerealiseerde eenheden (inschrijvingen en consulten)	22
4.2.3	Correctie anw	24
4.2.4	Correctie poh-ggz	24
4.2.5	Praktijkkosten	25
4.2.6	Arbeidskosten huisartseigenaren	26
4.2.7	Vgrev	29
5	Van kostprijzen naar tarieven	30
5.1	Kostprijsberekening	30
5.2	Indexatie	31

5.3	Effect van het onderzoek	32
5.4	Van basistarief naar tarief per prestatie	33
6	Duiding resultaten	35
6.1	Duiding van cijfers op basisprestatieniveau	35
6.1.1	Duiding mutatie totale kosten	36
6.1.2	Duiding mutatie omzetaandelen	43
6.1.3	Duiding aantal gerealiseerde eenheden	45
6.1.4	Spreiding in kostprijzen	47
6.2	Resultaten en duiding op praktijkniveau	49
6.2.1	Bedrijfsresultaat	49
6.2.2	Ontwikkelingen in financiële positie	51
6.2.3	Verwachte omzetmutatie per praktijk	52
7	Overige verantwoording	55
7.1	Prestaties niet onderbouwd door basistarieven	55
7.1.1	Module poh-ggz	55
7.1.2	Meer tijd voor de patiënt	56
7.1.3	Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	57
7.1.4	Anw-verrichtingen in hds	61
7.1.5	Anw-verrichtingen buiten hds	62
7.1.6	Verbruiksmaterialen en kostenvergoedingen	63
7.1.7	Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)	63
7.1.8	Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken	63
7.1.9	Module achterstandsfonds	63
7.2	Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf	63
7.3	Arbeidskosten van huisartseigenaren	64
7.4	Differentiatie inschrijftarief	65
7.5	Herijking postcodelijst achterstandswijken	68
8	Bijlage	71
8.1	Assurance-rapport	71
8.2	Categorisering prestaties	71
8.3	Factoren prestaties	73
8.4	Controle individuele sjablonen	75

8.4.1	Apotheekhoudende huisartsenpraktijken	75
8.4.2	Huisartseigenaar in loondienst	76
8.4.3	Praktijken zonder huisarts als eigenaar	76
8.4.4	Management vergoedingen	76
8.4.5	Vergoeding voor diensten in de avond, nacht en weekend (anw)	76
8.4.6	Hypotheeklasten	77
8.4.7	Categoriseren van overige opbrengsten	77
8.4.8	Nagekomen correcties	77
8.4.9	Verschillen tussen Vektis declaraties en Zvw opbrengst in de jaarrekening	78
8.5	Rekenmodel: in Visio	78
8.6	Rekenmodel: toelichting per stap	78
8.6.1	Algemene toelichting	78
8.6.2	Opbrengsten en omzetaandeel	79
8.6.3	Aantal gerealiseerde eenheden (inschrijvingen en consulten)	81
8.6.4	Correctie anw	82
8.6.5	Correctie poh-ggz	82
8.6.6	Praktijkkosten	83
8.6.7	Arbeidskosten van huisartseigenaren	85
8.6.8	Vgrev	85
8.6.9	Kostprijsberekening	86
8.6.10	Indexatie	87
8.7	Aanvullende tabellen	87
8.7.1	Opbrengsten per 1.000 verzekerden	87
8.7.2	Gerealiseerde consulteenheden per 1.000 verzekerden	88
8.7.3	Praktijkkosten per 1.000 verzekerden	89
8.7.4	Arbeidskosten van huisartseigenaren per 1.000 verzekerden	90
8.7.5	Vgrev per 1.000 verzekerden	91
8.8	Tabel basistarieven huisartsenzorg 2025	91

1 Inleiding

Voor u ligt het rapport van het kostprijsonderzoek huisartsenzorg over het onderzoeksjaar 2022. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode juni 2022 - juni 2024 door de Nederlandse Zorgautoriteit, in samenwerking met Sira Consulting B.V.

1.1 Kostprijsonderzoek huisartsenzorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt regels voor en houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars, om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland kan vertrouwen op de beschikbaarheid van tijdige, betaalbare zorg van goede kwaliteit. Zij doet dit onder meer door het vaststellen van tarieven en prestaties in de zorg. De bekostiging van de huisartsenzorg kent zowel prestaties met maximumtarieven als met vrije tarieven. De NZa herijkt periodiek de maximumtarieven op basis van een kostprijsonderzoek. Het laatste kostprijsonderzoek in de huisartsenzorg heeft plaatsgevonden over het onderzoeksjaar 2015, met een tariefherijking per 1 januari 2018.

De NZa wil de gereguleerde tarieven binnen de huisartsenzorg herijken om de tarieven zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de actuele situatie. Hiervoor is onderzoek naar de praktijkkosten, praktijkopbrengsten, geleverde zorg (productie), financiële balansinformatie en tijdsinzet van huisartseigenaren nodig. Het onderzoeksjaar 2022 betreft het meest recent afgesloten boekjaar van huisartsenpraktijken. Alle activiteiten om te komen tot een betrouwbare, representatieve set gegevens zijn uitgevoerd door Sira Consulting (verder: Sira). Hiervoor hebben zij de te verzamelen gegevens vastgesteld, een Excel-vragenlijst ontwikkeld, de steekproef getrokken, de gegevens opgehaald en de data gecontroleerd op juistheid en volledigheid. De definitieve gegevens zijn via een beveiligd uitwisselportaal overgedragen aan de NZa voor de analyses om de kostprijzen en tarieven te berekenen. De gegevensaanlevering van Sira is door de NZa gecontroleerd op juistheid. Als laatste processtap zijn de door de NZa uitgevoerde berekeningen om te komen tot de tarieven in de Prestatie- en tariefbeschikking getoetst door accountants van Versteegen Accountants & Adviseurs. De assurance verklaring is opgenomen in paragraaf 8.1.

1.1.1 Samenhang uitwerking advies Meer Tijd Voor de Patiënt

De uitwerking van het advies Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) heeft gelijktijdig met dit kostprijsonderzoek plaatsgevonden. Het toevoegen van de prestatie MTVP in segment 1 staat los van de herijking van de maximumtarieven en heeft hier geen effect op. Dit betekent dat de vergoeding voor MTVP aanvullend beschikbaar is op de herijkte tarieven. Meer informatie over MTVP is beschikbaar via [Brief uitwerking advies bekostiging Meer Tijd Voor de Patiënt - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.nza.nl/overheid/advies-bekostiging-meer-tijd-voor-de-patiënt).

1.1.2 Samenhang onderzoek herijking normatieve arbeidskostencomponent

Naast de uitvoering van dit kostprijsonderzoek heeft er ook een onderzoek plaatsgevonden met als doel de normatieve arbeidskostencomponent te herijken. Binnen verschillende tarief gereguleerde eerstelijnszorgsectoren is er sprake van vrije beroepsbeoefenaren. Dit zijn zorgverleners die tevens een eigen praktijk hebben. De arbeidskosten van deze praktijkhouders zijn niet meetbaar via een kostprijsonderzoek, aangezien deze niet als zodanig worden vastgelegd in de boekhouding van praktijken. Deze kosten worden daarom normatief bepaald. De normatieve arbeidskostencomponent (hierna nac) is de normatieve vergoeding voor de arbeidskosten van praktijkhouders. Het onderzoek ter herijking van de nac is uitgevoerd door Berenschot en beschreven in het rapport [‘Naar functiezwarte belonen – onderzoeksrapport herijking van de arbeidskosten voor praktijkhouders werkzaam in de gecombineerde leefstijlinterventie, huisartsenzorg, orthodontie, tandheelkunde en verloskunde’](#). In paragraaf 7.3 gaan we hier nader op in.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van praktijkopbrengsten, praktijkkosten, productie en tijdsbesteding van huisartseigenaren in het onderzoeksjaar 2022. Op basis van deze gegevens worden de maximumtarieven per 1 januari 2025 herijkt.

1.3 Aanpak

Dit onderzoek is op hoofdlijnen te verdelen in twee trajecten: de gegevensverzameling door Sira en de kostprijs- en tariefberekening door de NZa. Gedurende beide fases van het onderzoek zijn de branche- en beroepspartijen veelvuldig betrokken in de klankbordgroep: de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen, InEen en Zorgverzekeraars Nederland. De uiteindelijke keuzes in het onderzoek zijn gemaakt door de NZa. Daarnaast is er voor de ontwikkeling van het uitvraagformat een expertgroep ingericht om te zorgen dat deze zo goed mogelijk aansluit bij de praktijkgegevens die beschikbaar zijn bij en herkenbaar is voor de huisartsen.

Traject 1: Gegevensverzameling uitgevoerd door Sira.

Sira heeft het onderzoek in onderstaande vier stappen uitgevoerd.

1. Onderzoeksopzet definitief maken, steekproef trekken en uitvraagformat ontwikkelen;
2. Pilot bij huisartsenpraktijken om het uitvraagformat te testen;
3. Gegevensverzameling en validatie van gegevens bij huisartsenpraktijken en gezondheidscentra;
4. Datavalidatie en controle van het totale databestand om opvallende waarden te identificeren en nader te verklaren.

Sira heeft haar onderzoek beschreven in het rapport [‘Kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2022 – uitkomsten en bevindingen bij de gegevensverzameling’](#).

Traject 2: Kostprijs- en tariefberekening uitgevoerd door de NZa.

Parallel aan het onderzoek van Sira heeft de NZa voorbereidingen getroffen voor de kostprijs- en tariefberekening, zoals het ontwikkelen van een rekenmodel, het programmeren van het rekenmodel en het treffen van voorbereidingen voor het inlezen van de data. Na ontvangst van het gevalideerde databestand van Sira heeft de NZa hierop controles uitgevoerd. Het doel van deze controles was te

borgen dat de NZa in de kostprijsberekening precies dezelfde informatie gebruikt als door Sira opgehaald, gecontroleerd en gevalideerd. Hierna kon door de NZa gestart worden met de berekeningen om te komen tot nieuwe maximumtarieven voor 2025.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksopzet en de beleidsuitgangspunten uiteengezet. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de dataverwerking en weergave in deze rapportage. Vervolgens worden de verschillende stappen om tot kostprijzen te komen beschreven in hoofdstuk 4, met in hoofdstuk 5 de tarieven als het resultaat hiervan. In hoofdstuk 6 duiden we de resultaten van dit onderzoek. Ten slotte beschrijven we in hoofdstuk 7 de overige verantwoording.

2 Onderzoeksopzet en beleidsuitgangspunten

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het kostprijsonderzoek is aangepakt en welke beleidsuitgangspunten we hierbij hanteren.

2.1 Onderzoeksopzet

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven kent dit onderzoek een aanpak in twee trajecten. Gedurende beide trajecten zijn de beroeps- en brancheverenigingen veelvuldig als klankbordgroep betrokken.

De gegevensverzameling is uitgevoerd door Sira en uitvoerig beschreven in het rapport 'Kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2022 – uitkomsten en bevindingen bij de gegevensverzameling'. In deze rapportage wordt onder andere ingegaan op de onderzoekspopulatie, de steekproef en de respons, welke gegevens zijn uitgevraagd, de validatie en controle van individuele uitvraagformats en het totale databestand.

De kostprijs- en tariefberekening is door de NZa uitgevoerd. Dit traject kent verschillende fases: vaststellen van beleidsuitgangspunten (paragraaf 2.2), inlezen en validatie van verzamelde data (hoofdstuk 3), ontwikkeling en programmeren van het rekenmodel (hoofdstuk 3 en 4), berekenen en duiden van kostprijzen (hoofdstuk 5 en 6).

2.2 Beleidsuitgangspunten

In de Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes is opgenomen welke uitgangspunten de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven op grond van haar bevoegdheden die volgen uit de Wmg. Bij tariefprincipes beschrijft de NZa criteria, afwegingen en alternatieven die de NZa hanteert bij keuzes hoe tarieven te onderbouwen en welke elementen hierin worden opgenomen.

Tijdens de gehele looptijd van het kostprijsonderzoek zijn de beroeps- en branchepartijen betrokken. De gemaakte beleidskeuzes zijn in de externe klankbordgroep besproken en in januari 2024 schriftelijk geconsulteerd bij partijen. Alle input van partijen is meegewogen in de door de NZa gemaakte keuzes. Begin maart heeft de NZa schriftelijk gereageerd op de consultatiereacties van partijen.

2.2.1 Basisuitgangspunten

Totale kosten

Om de kosten per praktijk te kunnen bepalen onderscheiden we de volgende kostencomponenten:

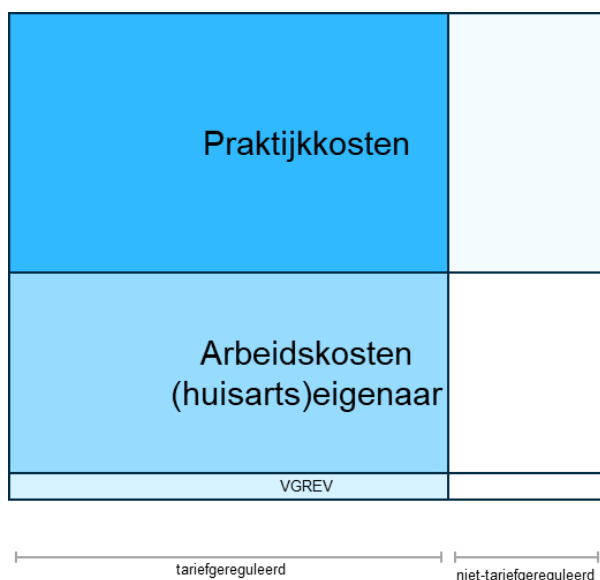
- Werkelijke praktijkkosten, gemeten via het onderzoek, uitgevoerd door Sira;
- Arbeidskosten van huisartseigenaren, gebaseerd op het uitvraagformat van Sira en de rapportage van Berenschot in het kader van de herijking van de normatieve arbeidskostencomponent;
- De vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen (vgrev), een normatieve opslag op tarieven¹.

In het kostprijsonderzoek meten we de kosten die huisartsenpraktijken maken. Het zal voorkomen dat de regionale huisartsenorganisatie (rho) of een andere organisatie kosten maakt voor de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld kosten voor ict of personeel. Voor het kostprijsonderzoek is het van belang dat kosten en opbrengsten goed in beeld zijn en bij voorkeur bij dezelfde partij belegd zijn. Dit is meestal het geval en levert dus geen technische problemen op ten aanzien van de berekende kostprijzen. Wanneer kosten en opbrengsten niet bij dezelfde partij belegd zijn, zal er een onderlinge geldstroom tussen organisaties plaatsvinden om de kosten te dekken waar deze gemaakt worden. Een praktijk zal immers geen (extra) kosten willen maken als daar geen opbrengsten tegenover staan. Daarmee levert dit dus wel een zuivere kostprijs op voor de huisartsenpraktijk.

Omzet als verdeelsleutel

De bekostiging van huisartsenzorg bestaat uit zowel tarief gereguleerde prestaties als prestaties met vrije tarieven. Tijdens een kostprijsonderzoek vragen we de totale kosten van huisartsenpraktijken op. Praktijken zijn echter niet in staat om deze kosten zelf toe te kennen aan de tarief gereguleerde prestaties en de prestaties met vrije tarieven: kosten worden namelijk niet op een dergelijk niveau vastgelegd in de administratie. Om kosten te kunnen toerekenen aan de segmenten en prestaties is daarom een verdeelsleutel nodig. We gebruiken omzet als verdeelsleutel voor de toerekening van kosten aan tarief gereguleerde prestaties. Het uitgangspunt bij deze verdeelsleutel is dat de verhouding tussen de kosten en de opbrengsten voor geleverde zorg (prestaties) verhoudingsgewijs gelijk aan elkaar is. Op basis van de beschikbare gegevens is dit de best toepasbare methode. Voorafgaand aan dit kostprijsonderzoek hebben we samen met de beroeps- en brancheverenigingen onderzocht of een andere wijze van kostentoe rekening wenselijk en haalbaar is. Uit dit traject heeft de NZa op basis van de input van alle betrokken partijen geconcludeerd dat omzet de beste verdeelsleutel is. Dit betekent dat we bijvoorbeeld berekenen hoeveel omzet er uit reguliere consulten wordt gehaald en hier vervolgens een gelijk percentage van de kosten aan toerekenen. Dus stel er wordt 30% van de omzet uit reguliere consulten gehaald, dan rekenen we daar ook 30% van de kosten van de praktijk aan toe.

¹ Bedrijfseconomisch geldt gederfd rendement op het eigen vermogen als een kostenpost. Die kosten zijn echter niet te meten in een kostprijsonderzoek, omdat er geen uitgaven aan ten grondslag liggen, het gaat om zogenaamde opportunity costs.



Figuur 2.2.1.1 – Kostentoe rekening op basis van omzet

Berekening van kostprijs per praktijk

We berekenen de landelijke kostprijs voor de drie basisprestaties (basis inschrijvingen, consulten en passantenconsulten). De meeste andere prestaties zijn hier een afgeleide van, dit lichten we verder toe in paragraaf 2.2.3. Omdat het kostprijsonderzoek wordt uitgevoerd op praktijkniveau, berekenen we eerst de kostprijs per basisprestatie per praktijk. Het berekenen van de kostprijs per praktijk stelt ons in staat om praktijken met elkaar te vergelijken. Hiermee hebben we goed zicht op potentiële fouten en afwijkingen, zodat we deze kunnen onderzoeken. Daarnaast kan door deze wijze van berekenen een inzicht worden gegenereerd in de spreiding tussen praktijken in bijvoorbeeld de mate van kostendekkendheid.

We berekenen de kostprijs per basisprestatie per praktijk door het toegekende kostenbedrag (de toegerekende kosten aan de betreffende basisprestatie) te delen door het aantal gerealiseerde eenheden. Het toegekende bedrag berekenen we door de totale kosten van de betreffende praktijk te vermenigvuldigen met het omzetaandeel van de basisprestatie. In onderstaand kader geven we weer hoe de kostprijsberekening eruit ziet.

$\text{Kostprijs basisprestatie X praktijk } 1_{\text{klein}} = ((\text{arbeidskosten huisartseigenaren praktijk } 1_{\text{klein}} + \text{praktijkkosten praktijk } 1_{\text{klein}} + \text{vgrev praktijk } 1_{\text{klein}}) * \% \text{gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk } 1_{\text{klein}}) / \text{aantal gerealiseerde eenheden X praktijk } 1_{\text{klein}}$
$\text{Kostprijs basisprestatie X praktijk } 2_{\text{klein}} = ((\text{arbeidskosten huisartseigenaren praktijk } 2_{\text{klein}} + \text{praktijkkosten praktijk } 2_{\text{klein}} + \text{vgrev praktijk } 2_{\text{klein}}) * \% \text{gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk } 2_{\text{klein}}) / \text{aantal gerealiseerde eenheden X praktijk } 2_{\text{klein}}$

Voorbeeld: De kostprijs van het reguliere consult voor praktijk 1 wordt dus berekend door eerst alle kosten van deze praktijk bij elkaar op te tellen en te vermenigvuldigen met het door de praktijk gerealiseerde omzetaandeel uit reguliere consulten. Dit doen we omdat we omzet als verdeelsleutel voor kosten gebruiken. Daarmee bepaalt de gerealiseerde omzet welk aandeel van de kosten er middels de basisprestatie vergoed worden. Vervolgens wordt dit toegekende kostenbedrag gedeeld door het aantal gerealiseerde consulteenheden van praktijk 1.

Berekening van landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen

Na berekening van de kostprijzen per basisprestatie per praktijk moeten we via gemiddelde kostprijzen per subpopulatie komen tot een landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per basisprestatie. Om recht te doen aan de omvang van een praktijk ten opzichte van de totale kosten in de sector wegen we de kostprijzen. Een grote praktijk met veel volume heeft zodoende meer impact op het tarief dan een kleine praktijk, omdat deze ook meer bijdraagt aan de totale kosten en opbrengsten in de sector.

Van praktijk naar subpopulatie

Om landelijke kostprijzen voor de basisprestaties te kunnen berekenen, berekenen we eerst de kostprijzen per subpopulatie. We onderscheiden drie subpopulaties:

- klein: praktijken met minder dan 2.095 ingeschreven verzekerden;
- middelgroot: praktijken met 2.095 of meer ingeschreven verzekerden, maar 6.285 of minder ingeschreven verzekerden;
- groot: praktijken met meer dan 6.285 ingeschreven verzekerden.

Deze indeling is tot stand gekomen na afstemming met de externe klankbordgroep. Een nadere toelichting over deze indeling is opgenomen in paragraaf 2.2 van het rapport van Sira.

We berekenen de gewogen gemiddelde kostprijzen van de basisprestaties per subpopulatie door de totaal toegekende kostenbedragen aan de betreffende basisprestatie per subpopulatie te delen door het totaal aantal gerealiseerde eenheden per subpopulatie. De totaal toegekende kostenbedragen voor het basistarief worden op praktijkniveau bepaald en vervolgens gesommeerd per subpopulatie. Dit zijn de totale kosten vermenigvuldigt met het omzetaandeel van deze basisprestatie ten opzichte van de totale omzet van de praktijk.

$$\begin{aligned} & \text{Kostprijs basisprestatie X subpopulatie klein} = \\ & \left(\left(\text{arbeidskosten huisartseigenaren praktijk } 1_{\text{klein}} + \text{praktijkkosten praktijk } 1_{\text{klein}} + \text{vgrev praktijk } 1_{\text{klein}} \right) * \% \text{ gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk } 1_{\text{klein}} \right) + \left(\left(\text{arbeidskosten huisartseigenaren praktijk } 2_{\text{klein}} + \right. \right. \\ & \left. \left. \text{praktijkkosten praktijk } 2_{\text{klein}} + \text{vgrev praktijk } 2_{\text{klein}} \right) * \% \text{ gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk } 2_{\text{klein}} \right) \\ & \left. \right) / \left(\text{aantal gerealiseerde eenheden X praktijk } 1_{\text{klein}} + \text{aantal gerealiseerde eenheden X praktijk } 2_{\text{klein}} \right) \end{aligned}$$

*Voorbeeld: Om de kostprijs van het reguliere consult voor de subpopulatie klein te bepalen tellen we voor alle kleine praktijken de toegekende kostenbedragen (per praktijk: totale kosten * omzetaandeel regulier consult) bij elkaar op. Vervolgens delen we dit totale toegekende kostenbedrag (aan het reguliere consult voor de subpopulatie klein) door het totale aantal gedeclareerde consulteenheden voor kleine praktijken.*

Van subpopulatie naar landelijk gemiddelde

Vervolgens worden de gewogen gemiddelde kostprijzen voor de basistarieven van de subpopulaties 'klein', 'middelgroot' en 'groot' gemiddeld tot een landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per basistarief. De kostprijs per basisprestatie wordt gewogen naar het aandeel van het aantal gerealiseerde eenheden van deze basisprestatie in de subpopulatie ten opzichte van het landelijke aandeel (dus het aandeel van de subpopulatie ten opzichte van het totaal).

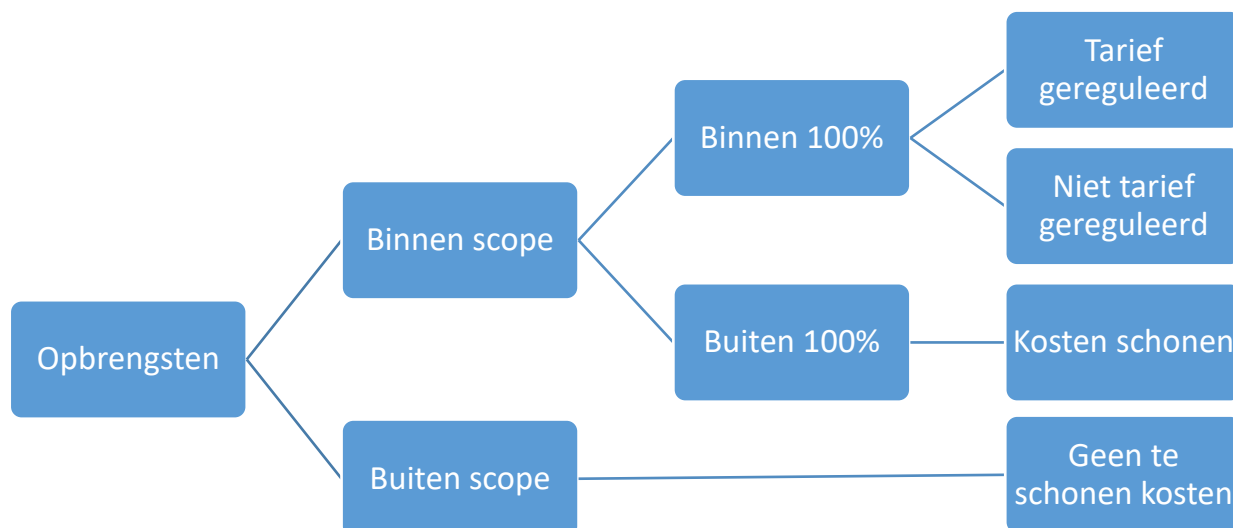
$$\begin{aligned} \text{Landelijke kostprijs basisprestatie X} = & \left(\text{kostprijs basisprestatie X subpopulatie klein} * \% \text{aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie klein} \right) + \left(\text{kostprijs basisprestatie X subpopulatie middelgroot} * \right. \\ & \left. \% \text{aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie middelgroot} \right) + \left(\text{kostprijs basisprestatie X subpopulatie groot} * \% \text{aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie groot} \right) \end{aligned}$$

Voorbeeld: De landelijke kostprijs van het reguliere consult wordt dus bepaald door voor elke subpopulatie de kostprijs te vermenigvuldigen met het aantal reguliere consulteenheden van de betreffende subpopulatie ten opzichte van het totale aantal consulteenheden landelijk en dit vervolgens bij elkaar op te tellen.

2.2.2 Welke opbrengsten rekenen we tot het tarief gereguleerde deel van het kostprijsmodel?

In deze paragraaf zoomen we in op het tarief gereguleerde deel van het kostprijsmodel. Zoals in de vorige paragraaf beschreven, hanteren we omzet als verdeelsleutel om kosten toe te wijzen aan de tarief gereguleerde prestaties. Om de juiste kosten en opbrengsten te betrekken bij de kostprijsberekening moeten we bepalen welke kosten en opbrengsten we meenemen in het kostprijsmodel. We hanteren hierbij de onderstaande drie opbrengstcategorieën. In 8.2 is de verdeling van de prestaties opgenomen.

1. Buiten scope: dit zijn opbrengsten waarvoor we geen kosten hoeven te schonen, omdat aan de opbrengst geen kosten (materieel of personeel) of inzet verbonden is die wordt uitgevraagd in dit onderzoek. Het gaat bijvoorbeeld om de vacatiegelden.
2. Binnen scope, buiten 100%: dit zijn opbrengsten waarvoor we wel kosten moeten schonen, omdat aan de opbrengst wel praktijkkosten (materieel of personeel) verbonden zijn. De vergoeding van de gemaakte kosten loopt echter niet via declaratie van de reguliere prestaties uit de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, maar wordt op andere wijze betaald. Het gaat bijvoorbeeld om de griep prik, bevolkingsonderzoek, opleidingsvergoedingen vanuit de SBOH, en opbrengsten uit andere activiteiten (o.a. verloskundige activiteiten).
3. Binnen scope, binnen 100%: dit zijn de opbrengsten die gerealiseerd worden door declaratie van de prestaties uit de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze prestaties moeten een kostendekkende vergoeding bieden voor de gemaakte kosten die nodig zijn om de prestaties te leveren. In deze categorie maken we onderscheid tussen tarief gereguleerd (prestaties met maximumtarieven) en niet tarief gereguleerd (prestaties met vrije tarieven).



Figuur 2.2.2.1 – Categorisering van opbrengsten

2.2.3 De tarief geregleerde prestaties

De prestaties uit de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn onder te verdelen in 2 hoofdgroepen.

1. Tarief geregleerde prestaties
 - a. Tarief geregleerde prestaties onderbouwd door basistarieven
 - b. Tarief geregleerde prestaties niet onderbouwd door basistarieven
2. Niet tarief geregleerde prestaties

In deze paragraaf gaan we in op de tarief geregleerde prestaties.

Tarief geregleerde prestaties onderbouwd door basistarieven

In dit kostprijsonderzoek herijken we de tarieven van de drie basisprestaties die ten grondslag liggen aan de maximumtarieven van de meeste prestaties. De maximumtarieven voor de meeste individuele prestaties zijn een factor van een van de basistarieven (zie 8.3). Zo kent een regulier consult vanaf 20 minuten een factor 2 en is het tarief voor deze prestatie dus 2 keer het basistarief voor het reguliere consult.

Onderstaand geven we per basistarief aan welke prestaties hiervan zijn afgeleid.

1. Het basistarief voor het consult is de basis voor:
 - a. reguliere consulten;
 - b. consulten poh-ggz;
 - c. huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg;
 - d. de overige S1-verrichtingen;
 - e. het uitstrijkje;
 - f. SCEN; en
 - g. M&I-verrichtingen.
2. Het basistarief voor het passantenconsult wordt gebruikt voor de berekening van de tarieven voor:
 - a. consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd en onverzekerden;
 - b. keuringen en onderzoek;
 - c. informatieverstrekking; en
 - d. vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie) per 5 minuten.
3. Het basistarief voor de inschrijving ligt ten grondslag aan de prestaties voor:
 - a. inschrijving; en
 - b. huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang.

Tarief geregleerde prestaties niet onderbouwd door basistarieven

De volgende prestaties worden met maximumtarieven geregleerd maar worden niet door een van de basistarieven onderbouwd. In paragraaf 7.1 lichten we de onderbouwing van deze prestaties verder toe.

- Module poh-ggz
- Meer tijd voor de patiënt
- Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd
- Anw-verrichtingen in hds
- Anw-verrichtingen buiten hds
- Verbruiksmaterialen (tegen kostprijs)
- Kostenvergoedingen (tegen kostprijs, met uitzondering van prestatie 'Kosten voor het maken van een ECG')
- Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken
- Module achterstandsfonds

In dit kostprijsonderzoek herijken we alleen de tarief gereguleerde prestaties die zijn onderbouwd via een factor van een van de basistarieven. De andere tarief gereguleerde prestaties herijken we op dit moment niet, omdat deze verrichtingen i) een separate tariefonderbouwing kennen en daarmee buiten scope van het onderzoek vallen (de poh-ggz, meer tijd voor de patiënt, multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd, anw-verrichtingen in en buiten de hds), ii) tegen kostprijs in rekening gebracht kunnen worden (verbruiksmaterialen en kostenvergoedingen met uitzondering van de prestatie 'Kosten voor het maken van een ECG') of iii) een vast bedrag kennen (de prestaties 'Kosten voor het maken van een ECG', 'Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken' en 'Module achterstandsfonds').

3 Dataverwerking- en weergave

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de verzamelde gegevens van Sira verwerken en op basis van deze data komen tot herijkte tarieven.

3.1 Aansluiting met onderzoek Sira

Sira heeft naast de afgeronde uitvraagformats ook een totaal databestand opgeleverd. De controle- en validatie procedures die door Sira zijn uitgevoerd staan beschreven in hun eigen rapportage (16 april 2024).

Sira heeft in totaal 306 individuele uitvraagformats bij ons aangeleverd. Informatie in de uitvraagformats is zoveel mogelijk geanonimiseerd. De AGB-praktijkcode is per sjabloon vermeld, omdat wij voor de berekening van kostprijzen een koppeling moeten leggen tussen opgegeven kosten in de uitvraagformats en bijhorende productie op basis van Vektis-declaratiegegevens. Onderstaande tabel geeft de verdeling van de praktijken, waar uitvraagformats voor zijn aangeleverd, per subpopulatie weer. Op basis van de aangeleverde gegevens van deze huisartsenpraktijken en gezondheidscentra hebben wij de maximumtarieven berekend.

Subpopulatie	Totaal aantal praktijken
Klein	83
Middelgroot	126
Groot	97
Totaal	306

Tabel 3.1.1 – Respons per subpopulatie

Na aanlevering van de data door Sira heeft de NZa deze data nogmaals gecontroleerd door de uitvraagformats zelf in te lezen en hiermee een eigen databestand te ontwikkelen. Wij hebben ons eigen databestand vervolgens vergeleken met het databestand van Sira om te controleren dat deze volledig op elkaar aansluiten. Deze aansluiting ziet niet alleen op aantal praktijken, maar bijvoorbeeld ook op de som van kosten. Door deze aansluiting te leggen borgen we dat we kostprijzen berekenen op basis van dezelfde gecontroleerde en gevalideerde data van Sira.

Naast de controle op het totale databestand, hebben we ook controles uitgevoerd op individuele uitvraagformats. De individuele uitvraagformats zijn al door Sira gevalideerd en gecontroleerd, maar zij hebben een aantal aandachtspunten ten behoeve van de kostprijsberekening aan ons meegegeven.

We hebben de volgende onderwerpen nader bekeken:

- Apotheekhoudende praktijken;
- Praktijken die kosten niet konden splitsen voor anw-zorg;
- Praktijken zonder huisartseigenaar;
- Praktijken met een huisartseigenaar die ook in loondienst is;
- Aansluiting tussen de Zvw opbrengsten in de jaarrekening en de declaraties op basis van Vektis;
- Overige opbrengsten;
- Nagekomen correcties (uit tabblad opbrengsten);
- Praktijken met een eigenaar 'overig';
- Hypotheeklasten groter dan 0.

In 8.4 beschrijven we hoe we met deze aandachtspunten zijn omgegaan.

Met deze, zowel door Sira als door de NZa, uitgevoerde controles kunnen we met zekerheid zeggen dat we een solide databestand hebben op basis waarvan de kostprijzen berekend kunnen worden.

3.2 Vervolgproces NZa

Zoals in de vorige paragraaf beschreven hebben we alle individuele uitvraagformats ingelezen en een eigen databestand ontwikkeld. Daarnaast is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis (1 september 2023). Uitgangspunt bij het uitvoeren van de berekening en analyses is dat deze reproduceerbaar, transparant en controleerbaar zijn. Daarom gebruiken we voor de data-analyse het programma R. Alle analyses ten behoeve van de tariefberekening zijn opgenomen in het rekenmodel, wat we in hoofdstuk 4 beschrijven. Conform dit rekenmodel zijn de analyses vervolgens in R geprogrammeerd. Alle berekeningen zijn intern gecontroleerd. Als laatste processtap zijn de door de NZa vast te stellen tarieven getoetst door de accountants van Verstegen accountants en adviseurs.

3.3 Weergave van data

De berekening van kostprijzen vindt per praktijk plaats. Deze weergave zal dan ook telkens het uitgangspunt vormen. Voor de herkenbaarheid en vergelijkbaarheid van de cijfers zullen wij in deze rapportage de cijfers ook per 1.000 ingeschrevenen weergeven (zie 8.7). Afspraken die op basis van deze informatie worden gemaakt (bijvoorbeeld verrekeningen met leveranciers) kunnen worden gehandhaafd en brengen daarmee dus geen (extra) administratieve lasten met zich mee. In enkele gevallen presenteren we cijfers per fte huisartseigenaar.

In dit rapport worden waar relevant de waarden per subpopulatie weergegeven. De totale waarden per subpopulatie worden gedeeld door het aantal praktijken binnen deze subpopulatie. Om te komen tot landelijke gemiddelden zijn de gemiddelde waardes per subpopulatie gewogen om te corrigeren voor over- en ondervetegenwoordiging van kleine, middelgrote of grote praktijken in de steekproef ten opzichte van de populatie. Voor inschrijvingen wordt gewogen op basis van het aantal inschrijvingen, voor consulten op basis van het aantal consulteenheden en voor kosten en opbrengsten op basis van de omzet. Door deze weging toe te passen kunnen we het beste inzicht geven in de gemiddelde praktijk. Deze weergave sluit het beste aan bij de daadwerkelijke berekening om van kostprijzen per praktijk tot landelijke kostprijzen te komen.

Weergave per praktijk

Alle resultaten worden in de eerste plaats per praktijk weergegeven, gezien dit ook het niveau is op basis waarvan we de kostprijzen berekenen. De resultaten per praktijk geven een globaal beeld van hoe de praktijken georganiseerd zijn. De gemiddelde praktijk is echter in de afgelopen jaren sterk veranderd.

Weergave per 1.000 verzekerden

De weergave van de resultaten per 1.000 verzekerden maakt het mogelijk de verschillende resultaten onderling beter te vergelijken. Zeker voor de vergelijking met het vorige kostprijsonderzoek is een vergelijking tussen de weergave per 1.000 verzekerden van de onderzoeken het meest zuiver, omdat deze weergave niet afhankelijk is van de organisatievorm of ontwikkelingen in praktijk eigenaarschap. De vergelijking per 1.000 verzekerden zegt echt iets over de ontwikkeling in de geleverde zorg voor patiënten: is er bijvoorbeeld per ingeschreven verzekerde meer of minder zorg geleverd dan voorheen? Daarnaast is deze weergave waardevol om voor verschillende doeleinden de gemiddelde kosten per verzekerde inzichtelijk te maken.

Weergave per fte huisartseigenaar

De resultaten zijn op enkele onderdelen gepresenteerd per fte huisartseigenaar. Om de waarden op dit niveau te brengen zijn de gemiddelde waarden per subpopulatie gedeeld door het gemiddeld aantal fte huisartseigenaren per subpopulatie. Dit betekent dat de waarden gepresenteerd zijn op het niveau van een theoretische praktijk waar één volledig werkzame gemiddelde huisartseigenaar werkzaam is. Praktijken zonder huisartseigenaar zijn in deze analyses niet meegenomen. Deze weergave moet met nadere toelichting worden geïnterpreteerd, omdat ook de eenheid van 'fte huisartseigenaar' fluctueert. Als we bijvoorbeeld een kostenstijging zien per fte huisartseigenaar, kan dat ook worden verklaard door een ontwikkeling in het aantal huisartseigenaren. Deze weergave zullen we met name gebruiken om waar relevant te vergelijken met het vorige kostprijsonderzoek.

4 Kostprijzen

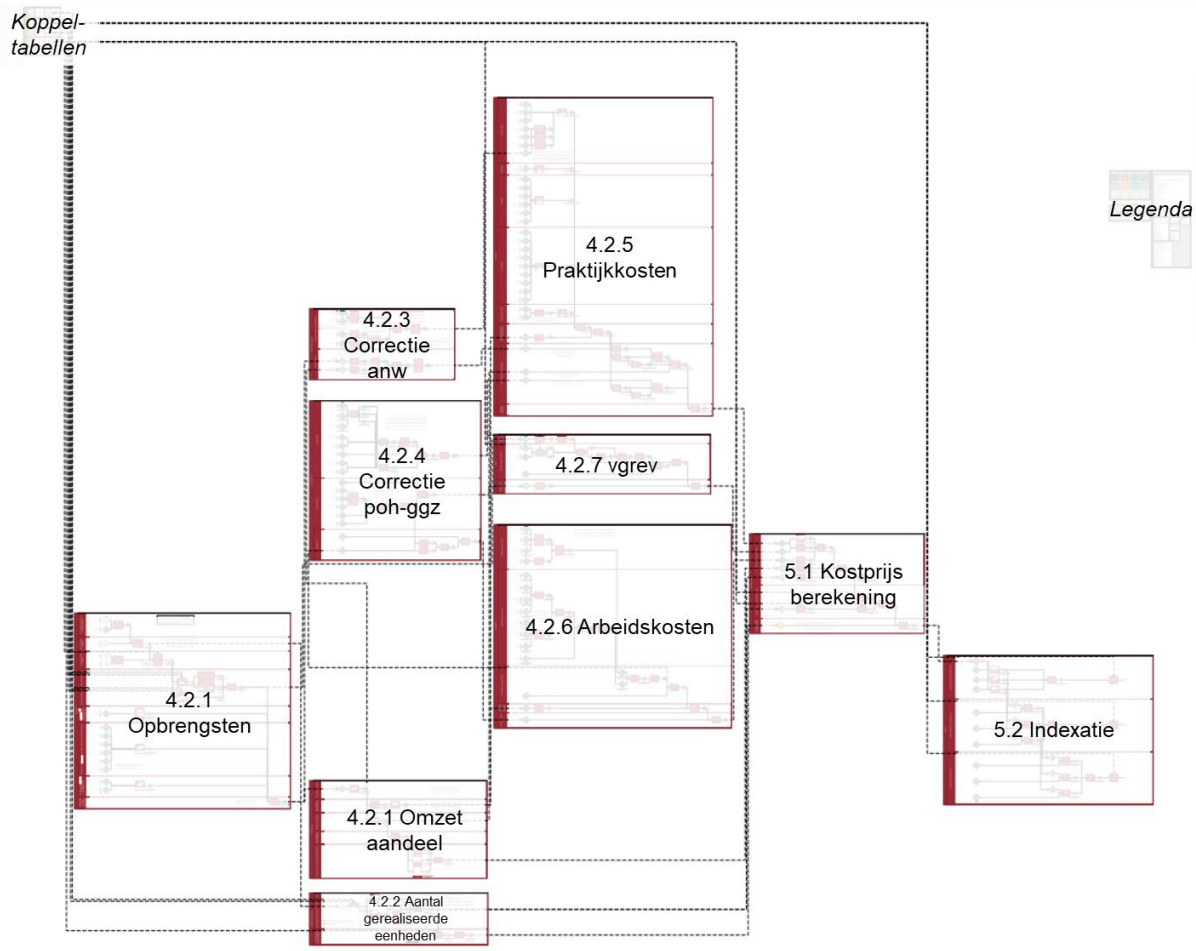
In dit hoofdstuk beschrijven we welke stappen we hebben genomen om kostprijzen per basisprestatie te kunnen berekenen. We doen dit aan de hand van het rekenmodel, zoals weergegeven in paragraaf 4.1. De daadwerkelijke berekening van de kostprijzen beschrijven we in hoofdstuk 5.

4.1 Rekenmodel

Alle stappen in de kostprijsberekening zijn opgenomen in het rekenmodel basistarieven huisartsenzorg 2025. Het rekenmodel is een visuele weergave van de kostprijsberekening van de basistarieven. Om de kostprijzen per basisprestatie per praktijk te kunnen berekenen gebruiken we in de basis de formule zoals toegelicht in paragraaf 2.2.1 en in onderstaand kader weergegeven. De stappen uit het rekenmodel dienen ertoe om per praktijk de juiste informatie te kunnen invullen in onderstaande formule. Daarnaast zijn er een aantal correcties doorgevoerd op individuele uitvraagformats als gevolg van controles op de uitvraag. Omdat het gaat om de beoordeling van individuele uitvraagformats passen deze niet in de algemene rekenstappen van het rekenmodel. Een beschrijving van de individuele correcties wordt toegelicht in 8.4. De stappen uit het rekenmodel beschrijven we in dit hoofdstuk, de berekening van de kostprijs per praktijk naar de uiteindelijke tarieven per basisprestatie volgt in hoofdstuk 5.

Kostprijs basisprestatie X praktijk 1 = ((arbeidskosten huisartseigenaren praktijk 1 + praktijkkosten praktijk 1 + vgrev praktijk 1) * %gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk 1) / aantal gerealiseerde eenheden X praktijk 1

In onderstaand figuur hebben we een vereenvoudigde versie van het rekenmodel opgenomen. De toelichting per blok volgt in de rest van hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5. Het volledige rekenmodel met een uitgebreide toelichting is opgenomen in paragraaf 8.5 en 8.6.



Figuur 4.1.1 – Vereenvoudigd rekenmodel

4.2 Beschrijving per stap

In deze paragraaf beschrijven we per (genummerd) blok uit figuur 4.1.1 hoe we de berekeningen hebben uitgevoerd. Het kan voorkomen dat de eindtotalen van de tabellen als gevolg van afronding niet precies aansluiten op de onderliggende waarden.

Let op: zoals in hoofdstuk 2 beschreven worden de kostprijzen per basisprestatie eerst voor een individuele praktijk berekend met de 'eigen' kerngetallen van de praktijk. Het berekenen van een gemiddelde per subpopulatie en landelijk gewogen vindt alleen plaats op het niveau van de kostprijzen. De cijfers in de tabellen in dit hoofdstuk betreffen de gewogen gemiddelde waarden van afzonderlijke tariefonderdelen. Deze gebruiken we om inzicht te geven, maar deze gemiddelde waardes zijn dus niet gebruikt in de kostprijsberekening.

4.2.1 Opbrengsten en omzetaandeel

Opbrengsten

In dit blok bepalen we de totale omzet per praktijk. De cijfers over de omzet halen we uit de declaratiegegevens (Vektis) en deze worden aangevuld met opbrengsten die buiten de

declaratiegegevens om lopen en in het uitvraagformat door de praktijk zijn opgegeven; dit zijn de opbrengsten vanuit de regionale huisartsenorganisatie en de overige opbrengsten.

We categoriseren alle opbrengsten (zowel opbrengsten uit Vektis als uit het uitvraagformat) op basis van de indeling die we ook in paragraaf 2.2.2 beschreven:

- Buiten scope: opbrengsten worden gecategoriseerd als 'buiten scope' als hier geen kosten voor worden gemaakt of als de eventuele kosten die worden gemaakt niet in het uitvraagformat worden uitgevraagd. Er hoeft dus niet voor kosten te worden geschoond.
- Binnen scope, buiten 100%: wanneer er kosten worden gemaakt voor opbrengsten die buiten 100% vallen, moeten de kosten hiervoor worden geschoond. De opbrengsten vallen dan in de categorie 'binnen scope, buiten 100%'.
- Binnen scope, binnen 100%:
 - Tarief gereguleerd: hieronder vallen alle prestaties met maximumtarieven.
 - Niet tarief gereguleerd: hieronder vallen alle prestaties met vrije tarieven.

Omzetaandeel

In de vorige stap hebben we de totale opbrengsten per praktijk in kaart gebracht en gecategoriseerd. De bekostiging bestaat uit zowel tarief gereguleerde prestaties als prestaties met vrije tarieven. We gebruiken de omzet als verdeelsleutel om de kosten per praktijk te kunnen toerekenen aan segmenten en prestaties. In dit blok berekenen we hiervoor de omzetaandelen per type basistarief: de inschrijving, het consult en het passantenconsult. We kijken daarvoor welk deel van de omzet binnen 100% wordt behaald door middel van declaratie van de betreffende basisprestatie.

Het omzetaandeel voor het basistarief inschrijving is gebaseerd op het ongedifferentieerde tarief. De differentiatie zit namelijk al inbegrepen in de factoren waarmee wordt gecompenseerd voor het verschil in zorgzwaarte. De omzet behaald uit de differentiatie van het inschrijftarief voor leeftijd of opslagwijk wordt toegeschreven aan opslagen en categoriseren we apart van de basisinschrijving. Het omzetaandeel dat gebruikt wordt voor het basistarief passantenconsulten volgt uit een sommering van het omzetaandeel van de basisinschrijving, de reguliere consulten en opslagen inschrijving. Het passantenconsult moet namelijk tegemoetkomen aan het feit dat de patiënt niet ingeschreven staat. Daarnaast zijn andere verrichtingen wel gewoon in rekening te brengen. We doen dit op deze wijze omdat de daadwerkelijke omzet die wordt behaald middels de declaratie van passantenconsulten per praktijk heel laag is (0,3%: zie tabel 4.2.1.2). Dit zou met omzet als verdeelsleutel betekenen dat hier ook maar 0,3% van de kosten aan toegerekend worden en dat geeft geen passende vergoeding voor deze prestatie.

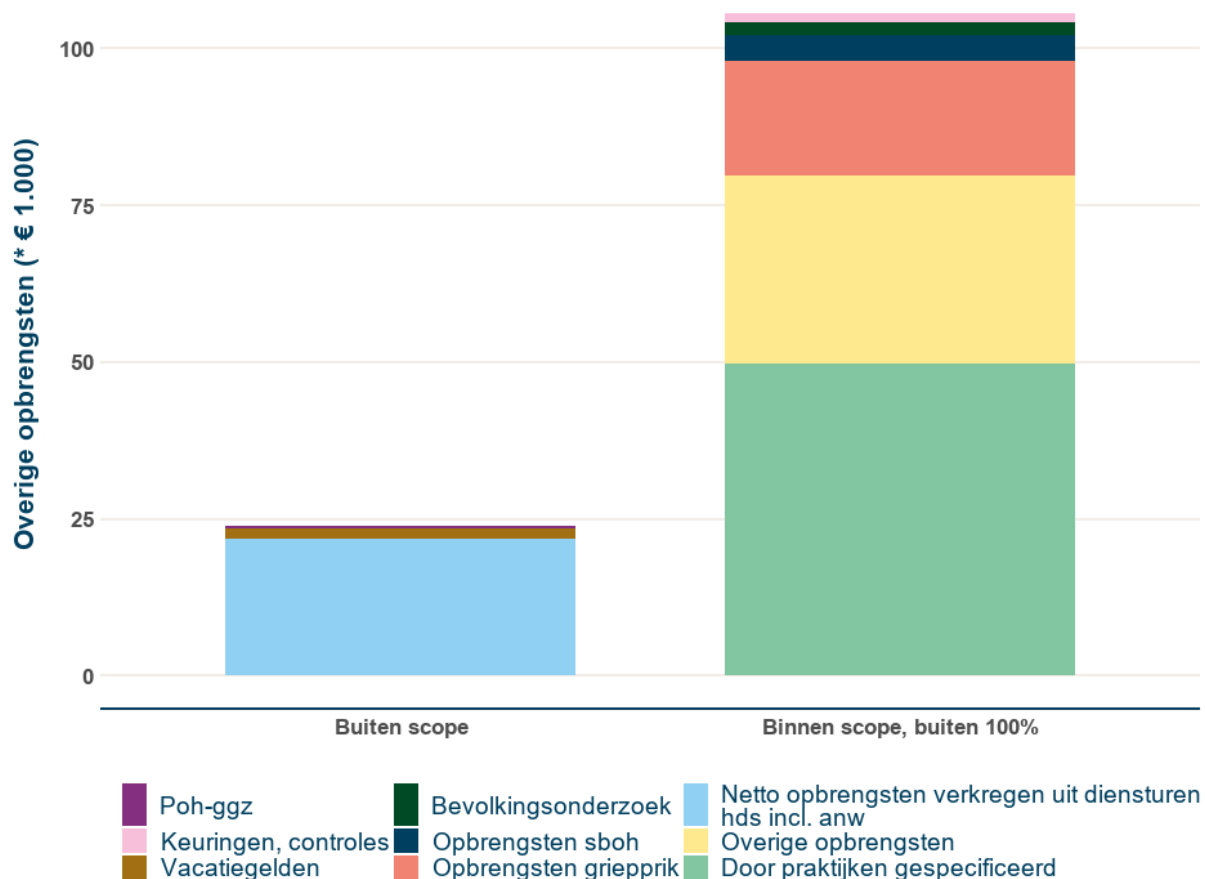
Bovenstaande stappen doorlopen we ten behoeve van de kostprijsberekening per praktijk. In onderstaande tabel geven we weer hoe de totale opbrengsten per praktijk (per subpopulatie en landelijk) zijn verdeeld over de prestaties en segmenten.

Totale opbrengsten verdeeld naar prestaties en segmenten (* € 1.000) (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Totale opbrengsten	458	805	1.911	1.041
Omzet buiten scope	-32	-62	-161	-83
Omzet binnen scope	426	743	1.749	957
Omzet buiten 100%	-58	-110	-110	-107
Omzet binnen 100%	369	632	1.640	850

Omzet basistarief inschrijvingen	114	196	515	265
Omzet opslagen inschrijvingen	41	69	169	90
Omzet basistarief reguliere consulten	106	170	432	227
Omzet basistarief passantenconsulten	2	2	4	3
Omzet elv en intensieve zorg	8	14	32	18
Omzet overige S1-verrichtingen	10	18	44	23
Omzet verrichtingen PBS	1	2	6	3
Tarief gereguleerde omzet	283	472	1.202	630
Opbrengsten vanuit zorggroep (S2 of S3)	53	92	239	124
Omzet S3	27	58	174	83
Omzet PBS (M&I)	6	10	25	13
Niet tarief gereguleerde omzet	86	161	438	221

Tabel 4.2.1.1 – Totale opbrengsten per praktijk verdeeld naar prestaties en segmenten (prijspeil 2022)

Hoewel de overige opbrengsten onderdeel uitmaken van de opbrengsten in bovenstaande tabel zijn deze nader gespecificeerd in figuur 4.2.1.1.



Figuur 4.2.1.1 – Totale overige opbrengsten per praktijk (prijspeil 2022)

In de kostprijsberekening rekenen we verder met de omzetaandelen van de individuele praktijken. In onderstaande tabel geven we de gemiddelde omzetaandelen per subpopulatie weer. De omzetaandelen bepalen dus hoeveel kosten we toerekenen aan een categorie.

Omzetaandelen verdeeld naar prestaties en segmenten (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Omzet binnen 100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Omzet basistarief inschrijvingen	31,0%	31,0%	31,4%	31,2%
Omzet opslagen inschrijvingen	11,1%	10,9%	10,3%	10,6%
Omzet basistarief reguliere consulten	28,8%	26,9%	26,4%	26,7%
Omzet basistarief passantenconsulten*	0,5%	0,4%	0,2%	0,3%
Omzet elv en intensieve zorg	2,2%	2,3%	2,0%	2,1%
Omzet overige S1-verrichtingen	2,7%	2,8%	2,7%	2,7%
Omzet verrichtingen PBS	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%
Tarief gereguleerde omzet	76,6%	74,6%	73,3%	74,1%
Opbrengsten vanuit zorggroep (S2 of S3)	14,5%	14,6%	14,6%	14,6%
Omzet S3	7,2%	9,2%	10,6%	9,8%
Omzet verrichtingen PBS (M&I)	1,7%	1,6%	1,5%	1,6%
Niet tarief gereguleerde omzet	23,4%	25,4%	26,7%	25,9%

* Met dit omzetaandeel rekenen we niet: het omzetaandeel dat gebruikt wordt voor het basistarief passantenconsulten volgt uit een somming van het omzetaandeel van de basisinschrijving, de reguliere consulten en opslagen inschrijvingen.

Tabel 4.2.1.2 – Totale omzetaandelen per praktijk

4.2.2 Aantal gerealiseerde eenheden (inschrijvingen en consulten)

In deze stap bepalen we het aantal gerealiseerde eenheden per praktijk. Het aantal gerealiseerde inschrijvingen gebruiken we in de formule voor het basistarief inschrijvingen. Het aantal gerealiseerde consulteenheden gebruiken we in de formule voor het basistarief consulten en het basistarief passantenconsulten.

De berekeningswijze van het basistarief passantenconsult gaat uit van de hypothetische situatie dat de gemiddelde huisartsenpraktijk geen ingeschreven verzekerden heeft. Daarbij hanteren we hetzelfde aantal gerealiseerde eenheden als bij de reguliere consulten, omdat het aantal gemeten gerealiseerde eenheden van het passantenconsult geen goede basis biedt voor de kostprijsonderbouwing. Gemiddeld komt het passantenconsult bij praktijken namelijk weinig voor. Passantenconsulten kennen dezelfde indeling in consultduur als de reguliere consulten.

We gebruiken het aantal gerealiseerde eenheden ook per subpopulatie om de kostprijzen per subpopulatie te wegen naar een landelijke kostprijs. Hierdoor houden we rekening met hoeveel inschrijvingen of reguliere consulten een praktijk realiseert. Een kleine praktijk zal minder gerealiseerde eenheden hebben dan een grote praktijk. Om van subpopulatie naar landelijk te gaan moeten we wegen op basis van de verhouding dat de subpopulaties vertegenwoordigd zijn ten opzichte van het totaal (landelijk). Dit komt doordat we uitgaan van een steekproef per subpopulatie. De verhouding tussen het

aantal praktijken per subpopulatie in de steekproef hoeft niet overeen te komen met de daadwerkelijke verhouding waarin de praktijken per subpopulatie landelijk zijn vertegenwoordigd. Daarom kunnen we niet uitgaan van het aantal gerealiseerde eenheden van de praktijken per subpopulatie in de steekproef, maar alleen van de landelijke verhouding van het aantal gerealiseerde eenheden van de praktijken per subpopulatie.

In onderstaande tabel geven we het gemiddeld aantal gerealiseerde inschrijvingen per subpopulatie en landelijk gewogen weer. Het gaat hier om het aantal gerealiseerde eenheden voor het basistarief inschrijvingen gedeeld door vier (per kwartaal) om tot het gemiddeld aantal inschrijvingen per jaar te komen.

Aantal gerealiseerde inschrijvingen (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Aantal	1.925	3.307	8.685	4.477

Tabel 4.2.2.1 – Aantal gerealiseerde inschrijvingen

Om het totaal aantal consulteenheden per praktijk te kunnen bepalen zijn de consulten op basis van de volgende beleidsmatig bepaalde factoren gewogen.

Factoren per prestatie	
Prestatie	Factor
Consult regulier korter dan 5 minuten	0,5
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult regulier 20 minuten en langer	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie regulier	0,5

Tabel 4.2.2.2 – Factoren per prestatie

In de volgende tabel geven we het aantal gerealiseerde reguliere consulteenheden per praktijk weer. De prestaties voor consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd, zijn hier niet in meegenomen. Conform de weegfactoren in bovenstaande tabel telt in onderstaande tabel een 'Consult regulier 20 minuten en langer' als twee keer een 'Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten', en een 'Visite regulier korter dan 20 minuten' als anderhalf keer een 'Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten'.

Aantal gerealiseerde reguliere consulteenheden (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Consult regulier korter dan 5 minuten	1.537	2.173	5.730	2.933
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	4.672	8.104	20.551	10.687
Consult regulier 20 minuten en langer	3.077	4.550	11.832	6.094
Visite regulier korter dan 20 minuten	135	299	633	363
Visite regulier 20 minuten en langer	424	664	1.393	813
Vaccinatie regulier	0	1	0	1
Som van reguliere consulteenheden	9.846	15.791	40.139	20.892

Tabel 4.2.2.3 – Aantal gerealiseerde consulteenheden

In de volgende tabel geven we de landelijke verhouding weer waarin het aantal gerealiseerde eenheden per basistarief voorkomt per subpopulatie.

Landelijke verhouding subpopulaties			
	Klein	Middelgroot	Groot
Verhouding inschrijvingen	5,9%	70,9%	23,3%
Verhouding reguliere consulten	6,3%	71,3%	22,5%

Tabel 4.2.2.4 – Verhouding subpopulaties

4.2.3 Correctie anw

De huisartseigenaar kan de anw-zorg op twee manieren leveren. Enerzijds door aansluiting bij een huisartsendienstenstructuur (hds). Anderzijds door de zorg zelfstandig te leveren. De huisartseigenaar is daarbij vrij in zijn keuze. Huisartsenzorg geleverd tijdens anw-uren kent een aparte bekostiging. Om deze reden nemen we de kosten én opbrengsten voor anw-zorg niet mee in de tarieven en corrigeren we hiervoor waar nodig. De opbrengsten uit anw-zorg blijven buiten scope, daarom schonen we eventuele kosten specifiek voor anw-zorg. Dit doen we zodat de kosten niet dubbel worden vergoed.

Kosten voor anw-zorg zijn in de meeste gevallen apart inzichtelijk en geen onderdeel van de uitgevraagde informatie, behalve in onderstaande twee situaties.

1. Personele kosten/inzet

Sommige praktijken geven aan alleen inzicht te hebben in hun loonkosten inclusief anw-vergoeding. Hiervoor corrigeren we omdat de vergoeding hiervoor niet via de overdagtarieven moet verlopen.

2. Infrastructurele kosten

Als de huisartseigenaar niet is aangesloten bij de hds, dan declareert hij de specifieke anw-verrichtingentarieven aan de patiënt en/of diens zorgverzekeraar. De hieruit voortvloeiende inkomsten dekken de inzet van de huisartseigenaar en de daarmee gemoeide infrastructurale praktijkkosten. Omdat in het kostprijsonderzoek de huisartseigenaar de gerealiseerde infrastructurale anw-kosten niet uit de totale praktijkkosten kan specificeren, zullen we hiervoor een toerekening moeten maken. Het honorariumdeel schonen we niet, omdat dit gaat om de tijdsinzet van de huisartseigenaar. Deze is niet verweven met de opgevraagde informatie.

4.2.4 Correctie poh-ggz

De huidige bekostiging van de poh-ggz gaat uit van een normatieve onderbouwing van zowel de kosten voor het personeel, de managementtijd van de huisartseigenaar als de infrastructurale kosten. Deze onderbouwing wordt in paragraaf 7.1.1 verder toegelicht. In de kostprijsberekening worden alle opbrengsten en kosten behorende bij de functie poh-ggz om deze reden uitgesloten voor de berekening van de basistarieven. Deze kosten landen in de aparte tariefonderbouwing voor de prestaties van de poh-ggz.

4.2.5 Praktijkkosten

In blok 4.2.5 brengen we de totale praktijkkosten in kaart. Deze zijn opgehaald uit de uitvraagformats en onderverdeeld in vijf categorieën: personeel en inhuur, behandelkosten, huisvesting, overige kosten en financiële baten en lasten. De praktijkkosten worden op drie onderdelen geschoond:

1. De opbrengsten, die binnen scope, maar buiten de 100% vallen;
2. De kosten voor de poh-ggz: 'personeelskosten' en 'infrastructurele kosten'; en
3. De infrastructurale kosten voor zorg tijdens anw-uren van praktijken die de anw-verrichtingen buiten de hds declareren.

In onderstaande tabel geven we de praktijkkosten per praktijk weer.

Praktijkkosten naar kostencategorie (* € 1.000) (PER PRAKTIJK)					
Categorie		Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Totale praktijkkosten (voor schoning)	totaal	309	543	1.336	713
Schoning kosten buiten 100%	totaal	-47	-89	-86	-86
Correctie poh-ggz	totaal	-12	-28	-85	-40
	personeelskosten	-10	-24	-73	-34
	infrastructurale kosten	-2	-4	-12	-6
Correctie anw-verrichtingen	totaal	-0	-0	-0	-0
Totale praktijkkosten (binnen 100%)	totaal	250	426	1.166	587
Personeel en inhuur	totaal	150	283	850	407
	personeelskosten	94	190	595	278
	inhuur en waarneming	46	77	215	107
	kosten personeelsadministratie	1	1	3	2
	nascholing huisartseigenaar	1	1	2	1
	overige personeelskosten	8	14	34	18
Behandelkosten	totaal	17	24	15	21
Huisvesting	totaal	25	39	106	54
	huur praktijk	18	24	71	35
	hypotheeklasten	0	1	0	1
	energiekosten	2	3	9	4
	onderhoudskosten	1	3	3	3
	servicekosten	1	2	8	3
	overige huisvestingskosten	3	6	15	8
Overige kosten	totaal	56	78	193	103
	afschrijvingen	8	12	17	13
	autokosten	1	2	1	1

	kantoorkosten	6	11	25	14
	ICT	11	17	50	24
	algemene kosten	17	23	47	28
	kosten overkoepelende organisatie	3	1	5	2
	overige kosten huisartseigenaren (privé t.b.v. praktijk)	2	4	23	8
	overige kosten	8	8	24	12
Financiële baten en lasten	totaal	1	2	2	2

Tabel 4.2.5.1 – Praktijkkosten (prijsspeil 2022)

4.2.6 Arbeidskosten huisartseigenaren

In blok 4.2.6 bepalen we de hoogte van de arbeidskosten van de huisartseigenaren. De arbeidskosten van huisartseigenaren zijn niet meetbaar, aangezien deze niet als zodanig worden vastgelegd in de boekhouding van praktijken. Deze kosten moeten daarom normatief bepaald worden. De nac is de normatief bepaalde vergoeding voor de arbeidskosten van de huisartseigenaren. De hoogte hiervan is in 2024 herijkt vastgesteld op basis van een door Berenschot uitgevoerd functiewaarderingsonderzoek. Op basis van het onderzoek van Berenschot wordt voor een volledig werkende huisartseigenaar 194.352 euro toegekend (prijsspeil 2024). Om dat aan te sluiten bij prijsspeil 2022 van dit onderzoek rekenen we met 172.387 euro (prijsspeil 2022).

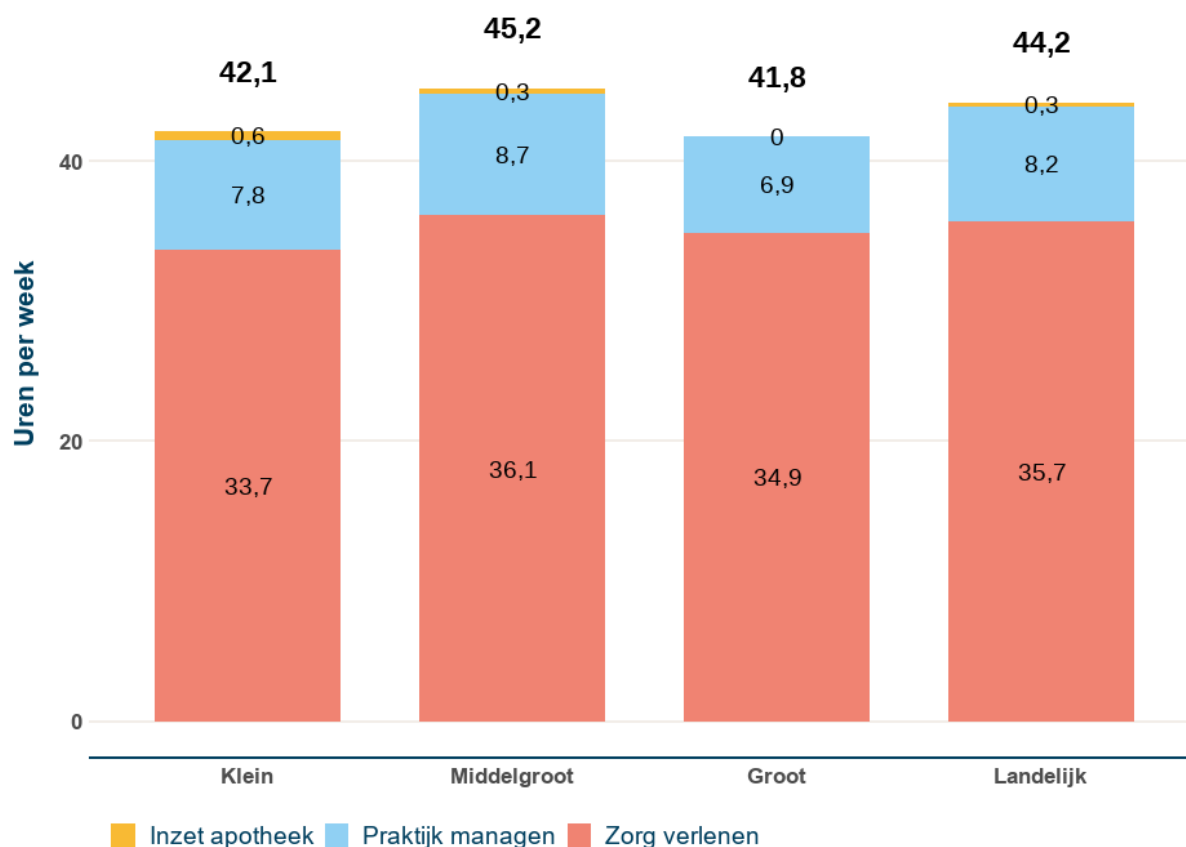
Ook het aantal fte huisartseigenaar van de praktijk is niet vastgelegd in de administratie van de praktijk. Daarom is de inzet van de huisartseigenaren apart uitgevraagd in het uitvraagformat. Het aantal fte huisartseigenaar wordt bepaald aan de hand van de door de huisartseigenaar opgegeven aantal werkzame uren per week en het aantal opgegeven werkzame weken op jaarbasis in 2022. De werkzame weken worden bepaald door rekening te houden met afwezigheid van de huisartseigenaar. Met behulp van deze informatie berekenen we de werktijdfactor per week en de werktijdfactor per jaar:

- Werktijdfactor per week: de werktijdfactor per week wordt per eigenaar berekend door het aantal gewerkte uren per week te delen door 36, waarbij de werktijdfactor per week maximaal 1 kan bedragen. Een huisartseigenaar die 30 uur per week werkt, heeft dus een werktijdfactor per week van $30 / 36 = 0,83$.
- Werktijdfactor per jaar: de werktijdfactor per jaar wordt per eigenaar berekend door het aantal gewerkte weken per jaar te delen door 46, waarbij de werktijdfactor per jaar maximaal 1 kan bedragen. Een huisartseigenaar die 23 weken per jaar werkt, heeft dus een werktijdfactor per jaar van $23 / 46 = 0,5$.

Door de werktijdfactor per week te vermenigvuldigen met de werktijdfactor per jaar berekenen we de fte-factor per huisartseigenaar. Deze is met de cijfers uit bovenstaand voorbeeld dus $0,83 * 0,5 = 0,42$ fte. Als er meerdere huisartseigenaren werkzaam zijn in de praktijk wordt het aantal fte bij elkaar opgeteld om het totale aantal fte huisartseigenaar per praktijk te bepalen.

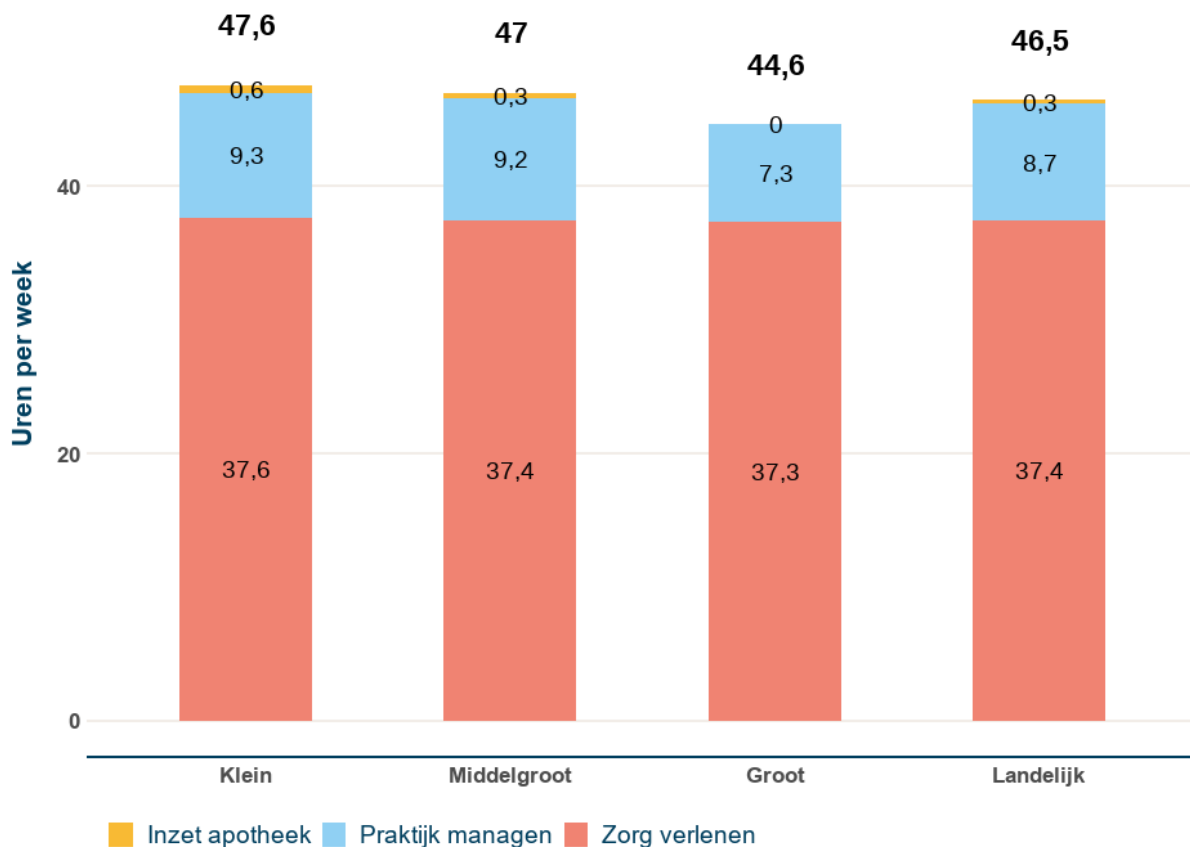
Het aantal fte huisartseigenaar per praktijk wordt vermenigvuldigd met de nac om de arbeidskosten van de huisartseigenaren per praktijk te bepalen. Vervolgens schonen we de arbeidskosten voor de opbrengsten die buiten de 100% vallen en voor de managementtijd poh-ggz. De vergoeding voor de managementtijd voor de poh-ggz loopt namelijk via de aparte bekostiging poh-ggz.

In onderstaande figuren geven we het gemiddeld aantal bestede uren per week per huisartseigenaar en per fte huisartseigenaar weer. Figuur 4.2.6.1 geeft de gemiddeld opgegeven tijdbesteding per huisartseigenaar weer in uren per week. Dit is het werkelijk aantal bestede uren van huisartseigenaren (per persoon), niet gewogen naar het aantal fte dat men werkt. Dit betekent dat alle opgegeven uren per week per huisartseigenaar zijn gemiddeld. De resultaten worden weergegeven per subpopulatie en landelijk gewogen. Boven de kolommen is het totaal aantal bestede uren per week weergegeven. Deze waarden zijn, in tegenstelling tot de overige resultaten, gebaseerd op 285 praktijken. De 21 praktijken die geen huisartseigenaar hebben zijn buiten beschouwing gelaten.



Figuur 4.2.6.1 – Inzet per huisartseigenaar

In de volgende figuur is gecorrigeerd voor de hoeveelheid fte dat een huisartseigenaar werkzaam is. Om dit te bepalen is eerst per persoon berekend wat de urenbesteding zou zijn geweest als deze volledig zou werken. In de praktijk komt het erop neer dat het aantal uren per week voor iedereen die niet volledig werkt (minder dan 36 uur per week) wordt bijgesteld naar 36 uur. Vervolgens wordt per subpopulatie het gemiddelde van het gewerkte aantal uren per huisartseigenaar gedeeld door de gemiddelde werktijdfactor per week. Op basis van de uitkomsten per subpopulatie wordt het gewogen gemiddelde uitgerekend. De resultaten in onderstaande figuur geven daarmee de gemiddelde tijdbesteding per week weer van een gemiddelde huisartseigenaar die één fte werkt (volgens de gehanteerde fte definitie).



Figuur 4.2.6.2 – Inzet per fte huisartseigenaar

In onderstaande tabel geven we de arbeidskosten van de huisartseigenaren per praktijk op het niveau van de subpopulaties en landelijk weer. We nemen hierin zowel de praktijken met als zonder huisartseigenaar mee.

Arbeidskosten huisartseigenaren (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Normatieve arbeidskostencomponent (€)				172.387
Aantal fte huisartseigenaar	1,00	1,25	2,91	1,62
Aantal fte * nac (€)	171.977	216.097	502.126	279.817
Schoning buiten 100% (€)	-17.502	-20.942	-29.616	-22.750
Correctie poh-ggz (€)	-4.655	-4.505	-4.180	-4.439
Totale arbeidskosten (€)	149.819	190.650	468.330	252.628

Tabel 4.2.6.1 – Arbeidskosten huisartseigenaren per praktijk (prijspeil 2022)

4.2.7 Vgrev

In dit blok bepalen we de hoogte van de vergoeding voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen (vgrev) per praktijk. Bedrijfseconomisch geldt gedeerd rendement op het eigen vermogen als een (economische) kostenpost. De vergoeding voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen wordt normatief vastgesteld.

Vgrev (PER PRAKTIJK)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Vgrev (€)	2.172	3.725	9.659	5.009

Tabel 4.2.7.1 – Vgrev per praktijk (prijspeil 2022)

5 Van kostprijzen naar tarieven

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we, door middel van de stappen die we in hoofdstuk 4 hebben doorlopen, komen tot kostprijzen per basisprestatie per praktijk, per subpopulatie en landelijk. Hierna volgen de stappen van landelijke kostprijzen naar tarieven per prestatie.

5.1 Kostprijsberekening

In onderstaande blokken geven we weer hoe we van kosten per praktijk komen tot een landelijke kostprijs. Dit is ook in paragraaf 2.2.1 nader beschreven, daar wordt onder andere ingegaan op de manier van wegen.

Kostprijs per praktijk

Kostprijs basisprestatie X praktijk 1_{klein} = ((arbeidskosten huisartseigenaren praktijk 1_{klein} + praktijkkosten praktijk 1_{klein} + vgrev praktijk 1_{klein}) * %gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk 1_{klein}) / aantal gerealiseerde eenheden X praktijk 1_{klein}

Kostprijs basisprestatie X praktijk 2_{klein} = ((arbeidskosten huisartseigenaren praktijk 2_{klein} + praktijkkosten praktijk 2_{klein} + vgrev praktijk 2_{klein}) * % gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk 2_{klein}) / aantal gerealiseerde eenheden X praktijk 2_{klein}

Van praktijk naar subpopulatie

Kostprijs basisprestatie X subpopulatie klein =
(((arbeidskosten huisartseigenaren praktijk 1_{klein} + praktijkkosten praktijk 1_{klein} + vgrev praktijk 1_{klein}) * % gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk 1_{klein}) + ((arbeidskosten huisartseigenaren praktijk 2_{klein} + praktijkkosten praktijk 2_{klein} + vgrev praktijk 2_{klein}) * %gerealiseerde omzet basisprestatie X praktijk 2_{klein}))) / (aantal gerealiseerde eenheden X praktijk 1_{klein} + aantal gerealiseerde eenheden X praktijk 2_{klein})

Van subpopulatie naar landelijk gemiddelde

Landelijke kostprijs basisprestatie X = (kostprijs basisprestatie X subpopulatie klein * %aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie klein) + (kostprijs basisprestatie X subpopulatie middelgroot * %aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie middelgroot) + (kostprijs basisprestatie X subpopulatie groot * %aantal gerealiseerde eenheden X subpopulatie groot)

Onderstaande tabel geeft de kostprijsberekening per subpopulatie weer. Alle onderdelen volgen uit de verschillende stappen die in hoofdstuk 4 zijn beschreven.

Let op: zoals in hoofdstuk 2 beschreven worden de kostprijzen per basisprestatie eerst voor een individuele praktijk berekend met de 'eigen' kerngetallen van de praktijk. Het berekenen van een gemiddelde per subpopulatie en landelijk gewogen vindt alleen plaats op het niveau van de kostprijzen. De cijfers in de tabellen in dit hoofdstuk betreffen de gewogen gemiddelde waarden van afzonderlijke tariefonderdelen. Deze gebruiken we om inzicht te geven, maar deze gemiddelde waarden zijn dus niet gebruikt in de kostprijsberekening.

Inzicht in kostprijsberekening per subpopulatie (PER PRAKTIJK)				
	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Kosten (€)	401.777	620.163	1.643.827	844.643
Praktijkkosten	249.786	425.788	1.165.838	587.006
Arbeidskosten huisartseigenaren	149.819	190.650	468.330	252.628
Vgrev	2.172	3.725	9.659	5.009
Omzetaandelen				
Basis inschrijvingen	31,0%	31,0%	31,4%	31,2%
Reguliere consulten	28,8%	26,9%	26,4%	26,7%
Passantenconsulten	70,8%	68,8%	68,1%	68,5%
Toegeschreven kosten (€)				
Basis inschrijvingen	124.408	193.459	519.635	265.018
Reguliere consulten	116.018	166.515	434.418	225.656
Passantenconsulten	284.634	427.601	1.123.194	580.458
Aantal gerealiseerde eenheden				
Basis inschrijvingen	1.925	3.307	8.685	4.477
Reguliere consulten	9.846	15.791	40.139	20.892

Tabel 5.1.1 – Inzicht in kostprijsberekening per subpopulatie (prijspeil 2022)

Om van de kostprijs per subpopulatie naar een landelijke kostprijs per basisprestatie te gaan wegen we de subpopulaties met de landelijke omzetaandelen, zoals berekend in paragraaf 4.2.2 (zie tabel 4.2.2.4).

Kostprijsberekening van subpopulatie naar landelijk							
Categorie	Klein		Middelgroot		Groot		Landelijk
	Kostprijs	Aandeel	Kostprijs	Aandeel	Kostprijs	Aandeel	Kostprijs
Kostprijs basis inschrijving	€ 16,16	5,9%	€ 14,62	70,9%	€ 14,96	23,3%	€ 14,79
Kostprijs regulier consult	€ 11,78	6,3%	€ 10,54	71,3%	€ 10,82	22,5%	€ 10,68
Kostprijs passantenconsult	€ 28,91	6,3%	€ 27,08	71,3%	€ 27,98	22,5%	€ 27,40

Tabel 5.1.2 – Kostprijsberekening van subpopulatie naar landelijk (prijspeil 2022)

5.2 Indexatie

De resultaten van het kostprijsonderzoek zijn gebaseerd op het jaar 2022. Om het tarief voor 2025 te berekenen, moeten de resultaten worden geïndexeerd om aan te sluiten bij het voorlopig (vc = voorcalculatorisch) prijspeil voor 2025. Het doel van het indexeren van de tarieven is om zorgaanbieders te corrigeren voor de te verwachte inflatie. Daarbij is onderscheid te maken tussen de indexatie van de

personeelskosten en de materiële kosten. De indexering van de personele kosten gebeurt op basis van een percentage dat de overheid vaststelt: de Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA). Het Centraal Planbureau berekent dit percentage op basis van de cao's en de loonkostenontwikkeling in de markt. Daarnaast worden de materiële kosten trendmatig aangepast op basis van het prijsindexcijfer particuliere consumptie (PPC) uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau.

In onderstaande tabel is opgenomen welke indexeringspercentages elk jaar van toepassing waren.

Index	DEF 2023	DEF 2024	VC 2025
Loon	6,36%	6,00%	4,18%
Materieel	7,02%	3,10%	1,82%

Tabel 5.2.1 Indexatiepercentages 2023-2025

In onderstaande tabel geven we weer hoe de tarieven van de drie basisprestaties worden geïndexeerd op basis van de indexeringspercentages in bovenstaande tabel.

Indexatie van basisprestaties				
Categorie	Jaar			
	DEF 2022	DEF 2023	DEF 2024	VC 2025
Basistarief inschrijving	€ 14,79	€ 15,76	€ 16,60	€ 17,20
Basistarief consult	€ 10,68	€ 11,38	€ 11,99	€ 12,43
Basistarief passantenconsult	€ 27,40	€ 29,18	€ 30,74	€ 31,86

Tabel 5.2.2 – Indexatie van basisprestaties

5.3 Effect van het onderzoek

In onderstaande tabel geven we inzicht in het verschil tussen de gemiddelde kostprijs als resultaat van het kostprijsonderzoek en de maximumtarieven die in 2022 golden. Om de vergelijking goed te kunnen maken hebben we de vastgestelde maximumtarieven van 2022 uit de Prestatie- en tariefbeschikking (op voorcalculatorisch niveau 2022)² geïndexeerd naar definitief niveau 2022.

Prestatie	Productiemix	Maximum tarief 2022 (def 2022)	Herijkte kostprijs (def 2022)	Vershil
Basistarief inschrijving	54,9%	€ 15,16	€ 14,79	-2,4%
Basistarief consult	44,7%	€ 10,99	€ 10,68	-2,7%
Basistarief passantenconsult	0,4%	€ 32,30	€ 27,40	-15,2%

² Het maximumtarief dat gemiddeld in heel 2022 in rekening kon worden gebracht bedroeg per basisprestatie:

- basistarief inschrijvingen € 14,87
- basistarief consulten € 10,77
- basistarief passanten € 31,68

Gewogen tariefeffect				-2,6%
----------------------	--	--	--	-------

Tabel 5.3.1 – Vergelijking gewogen gemiddelde kostprijzen 2022 en tarieven 2022

De gemiddelde kostprijzen van de basisprestaties liggen in 2022 samengenomen 2,6% lager dan de maximumtarieven van 2022 uit de Prestatie- en tariefbeschikking geïndexeerd naar definitief niveau 2022. Hierbij is rekening gehouden met de mate waarin prestaties, afgeleid van het basistarief, werden gedeclareerd (aangegeven door middel van productiemix op basis van de omzetverhouding).

In onderstaande tabel geven we inzicht in het verschil tussen de gemiddelde kostprijs als resultaat van het kostprijsonderzoek geïndexeerd naar voorcalculatorisch niveau 2025 en de maximumtarieven die in 2024 gelden (ook op voorcalculatorisch niveau).

Prestatie	Productiemix	Huidig maximum tarief 2024 (vc 2024)	Herijkt maximum tarief 2025 (vc 2025)	Vershil
Basistarief inschrijving	54,9%	€ 16,86	€ 17,20	2,1%
Basistarief consult	44,7%	€ 12,21	€ 12,43	1,7%
Basistarief passantenconsult	0,4%	€ 35,91	€ 31,86	-11,3%
Gewogen tariefeffect				1,9%

Tabel 5.3.2 – Vergelijking maximumtarieven 2024 en maximumtarieven 2025

Voor de basisprestaties liggen de maximumtarieven 2025 (op voorcalculatorisch niveau 2025) samengenomen 1,9% hoger dan de maximumtarieven 2024 (op voorcalculatorisch niveau 2024).

5.4 Van basistarief naar tarief per prestatie

Zoals in paragraaf 2.2.3 beschreven herijken we de tarieven van de drie basisprestaties die ten grondslag liggen aan de maximumtarieven van de meeste prestaties. De maximumtarieven voor de meeste individuele prestaties zijn een factor van één van de basisprestaties (zie 8.3). Daarnaast zijn er een aantal prestaties op een andere wijze onderbouwd, deze beschrijven we in paragraaf 7.1.

In ieder kostprijsonderzoek moeten we rekening houden met mogelijke wijzigingen in de prestatiestructuur ten opzichte van het onderzoeksjaar. Daarom maken we in deze paragraaf een vergelijking tussen 2022 en 2025. Per wijziging in de prestatiestructuur moeten we inzicht krijgen in de impact van die prestaties op de kosten, opbrengsten en daarmee ook de kostprijzen van andere prestaties.

Toevoeging prestatie ‘Meer tijd voor de patiënt’

Zoals ook in de inleiding beschreven staat het toevoegen van de prestatie MTVP in segment 1 los van de herijking van de maximumtarieven en heeft dit hier geen effect op.

Toevoeging prestaties voor ‘Consulten voor onverzekerden’/arrestantenzorg’

De toevoeging van consulten voor onverzekerden/arrestantenzorg heeft geen impact op de maximumtarieven.

Toevoeging prestaties voor 'Onderlinge dienstverlening'

De prestatie 'onderlinge dienstverlening' is geen declaratie aan de patiënt en/of verzekeraar. Daarom zie je deze prestatie dus niet terug in de verantwoording van opbrengsten/kosten en niet in Vektis-declaratiegegevens.

Wijziging prestaties voor 'Inschrijftarieven'

In 2022 bestond de aparte prestatie 'Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk' nog niet, maar was er voor elke leeftijdscategorie een prestatie met en zonder opslag voor verzekerden woonachtig in een opslagwijk. Deze wijziging heeft alleen gevolgen voor de berekening, maar geen tarieffeffect. In 8.3 is de factor voor de nieuwe prestatie 'Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk' opgenomen. Deze is berekend op basis van het verschil tussen de prestaties met en zonder opslag voor verzekerden woonachtig in een opslagwijk. Dit verschil is namelijk voor alle leeftijdscategorieën gelijk, daarmee is de opslag ook gelijk.

Vervallen prestatie 'Deelname programma OPEN'

De prestatie 'deelname programma OPEN (vergoeding kosten mogelijkheid tot online patiëntinzage), per ingeschreven verzekerde' gaf huisartsen een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens die de huisarts voor hem/haar bijhoudt. Het tarief mocht in de periode 2020-2022 voor alle op het moment van declareren ingeschreven verzekerde patiënten eenmalig in rekening worden gebracht indien werd voldaan aan de in de beleidsregel gestelde voorwaarden. Kosten worden toegerekend op basis van omzet. Als er extra omzet is gerealiseerd met deze prestatie, dan rekenen we daar automatisch ook kosten aan toe. Dit zijn de extra kosten die nodig zijn geweest voor de extra tijd en inspanning in 2022. Door deze kosten aan de OPEN-prestatie toe te kennen landen ze niet in andere prestaties.

Verwijderen prestatie COVID

De prestatie COVID is in 2022 al niet meer in rekening gebracht en zie je dus niet terug in de verantwoording van opbrengsten/kosten en niet in Vektis-declaratiegegevens.

6 Duiding resultaten

In dit hoofdstuk duiden we de resultaten, onder andere door een vergelijking te maken met de resultaten uit het kostprijsonderzoek over onderzoeksjaar 2015. Ook brengen we de effecten van de kostprijsherijking in kaart.

6.1 Duiding van cijfers op basisprestatieniveau

De resultaten van het kostprijsonderzoek laten zien dat de kosten van huisartsenpraktijken erg zijn gestegen. Dit zien we onder andere terug in een sterke stijging in de kosten voor personeel en inhuur en kosten voor huisvesting. Praktijken zijn gemiddeld groter geworden en er werkt meer ondersteunend personeel in de praktijk. Hierdoor kunnen er per praktijk meer verzekerden worden ingeschreven en meer consulten worden geleverd. Dit leidt tot een sterke stijging in de omzet. De huisartseigenaar is verantwoordelijk voor een grotere praktijk (met meer personeel en meer patiënten), wat tot uiting komt in een zwaardere functiewaardering via de herijking van arbeidskosten van de huisartseigenaar. Hiernaast zien we een verschuiving in omzetaandelen. Er wordt relatief meer omzet behaald uit niet tarief gereguleerde zorg. Omdat we kosten toerekenen op basis van omzet, rekenen we daar ook meer kosten aan toe. Al deze ontwikkelingen tezamen zorgen ervoor dat de kostprijzen dalen.

De kostprijzen bestaan op hoofdlijnen uit drie onderdelen:

1. De kosten;
2. De omzetaandelen;
3. Het aantal gerealiseerde eenheden.

In onderstaande tabel geven we de verschillen van de kerngetallen van de berekening tussen 2022 en 2015 weer. In de sub paragrafen zoomen we per onderdeel in op de verschillen en de duiding hiervan.

Let hierbij weer op: de kerngetallen 2022 zijn berekend om inzicht te geven in gemiddelde onderdelen van de kostprijsberekening. De berekening van kostprijzen vindt plaats op basis van de kostprijzen van de praktijken en niet op basis van de (landelijk) gemiddelde waarden van tariefonderdelen.

Vergelijking kerngetallen 2022 – 2015 (PER PRAKTIJK)			
Categorie	2022	2015	mutatie
Kosten (€)	844.643	577.933	46,1%
Praktijkkosten	587.006	337.043	74,2%
Arbeidskosten huisartseigenaren	252.628	237.474	6,4%
Vgrev	5.009	3.417	46,6%
Omzetaandelen			
Basis inschrijvingen	31,2%	33,9%	-7,9%
Reguliere consulten	26,7%	26,3%	1,7%
Passantenconsulten	68,5%	77,3%	-11,3%

Toegeschreven kosten (€)			
Basis inschrijvingen	265.018	195.862	35,3%
Reguliere consulten	225.656	151.881	48,6%
Passantenconsulten	580.458	446.511	30,0%
Aantal gerealiseerde eenheden			
Basis inschrijvingen	4.477	3.317	35,0%
Reguliere consulten	20.892	14.051	48,7%

Tabel 6.1.1 – Vergelijking kerngetallen 2022 – 2015 (prijspeil definitief niveau 2022)

Om de cijfers van 2015 goed te kunnen vergelijken met de cijfers van het huidige onderzoek (2022) zijn in bovenstaande tabel de kosten geschoond voor opbrengsten die buiten scope en buiten de 100% van de mee te nemen kosten vallen. Voor de vergelijkbaarheid tussen beide onderzoeken is de schoning voor de poh-ggz en de schoning voor kosten buiten de 100% per praktijk op dezelfde manier doorgevoerd op de 2015 data als in het huidige onderzoek.

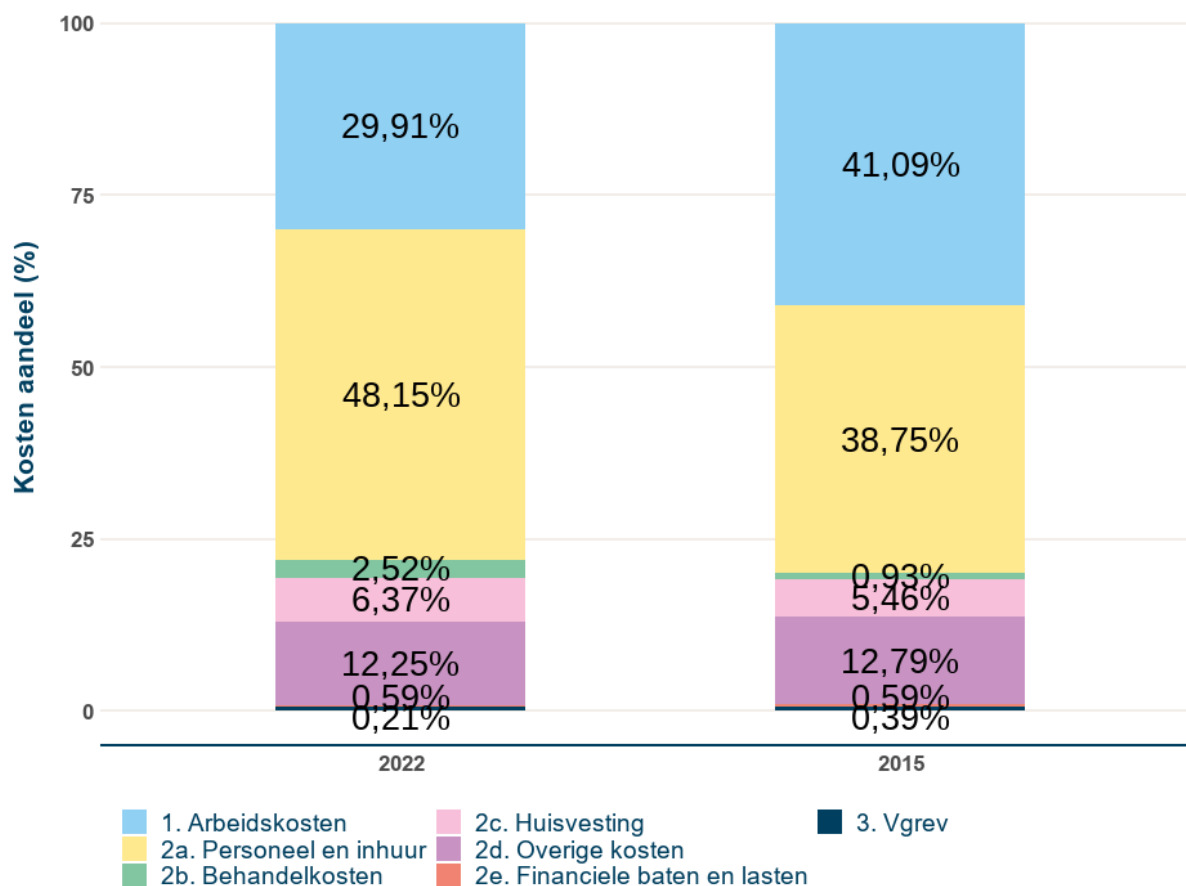
Vervolgens hebben we de kosten van 2015 geïndexeerd naar prijspeil definitief niveau 2022, zodat we de kosten tussen beide onderzoeken op hetzelfde prijspeil vergelijken. De arbeidskosten van huisartseigenaren zijn in de vorige rapportage over onderzoeksjaar 2015 niet per praktijk zichtbaar gemaakt. Deze zijn voor de weergave in bovenstaande tabel berekend op basis van de verhouding praktijkkosten/arbeidskosten uit de vorige rapportage. De vgrev voor een gemiddelde praktijk is berekend door het opgenomen bedrag uit onderzoeksjaar 2015 per fte huisartseigenaar te vermenigvuldigen met het gemiddeld aantal fte eigenaren per praktijk in 2015 (1,6 fte). Vervolgens is dit bedrag met de materiële prijsindex op prijsniveau definitief 2022 gebracht.

De andere kerngetallen (de omzetaandelen en het aantal gerealiseerde eenheden) uit tabel 6.1.1 zijn niet aangepast ten behoeve van de vergelijking en zijn terug te vinden in het 'Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015'.

6.1.1 Duiding mutatie totale kosten

Totale kosten

De totale kosten stijgen met 46,1%. In onderstaande figuur vergelijken we de aandelen van de verschillende kostencategorieën in relatie tot de totale kosten in 2022 met 2015.



Figuur 6.1.1.1 – Vergelijking aandelen kostencategorieën 2022 – 2015

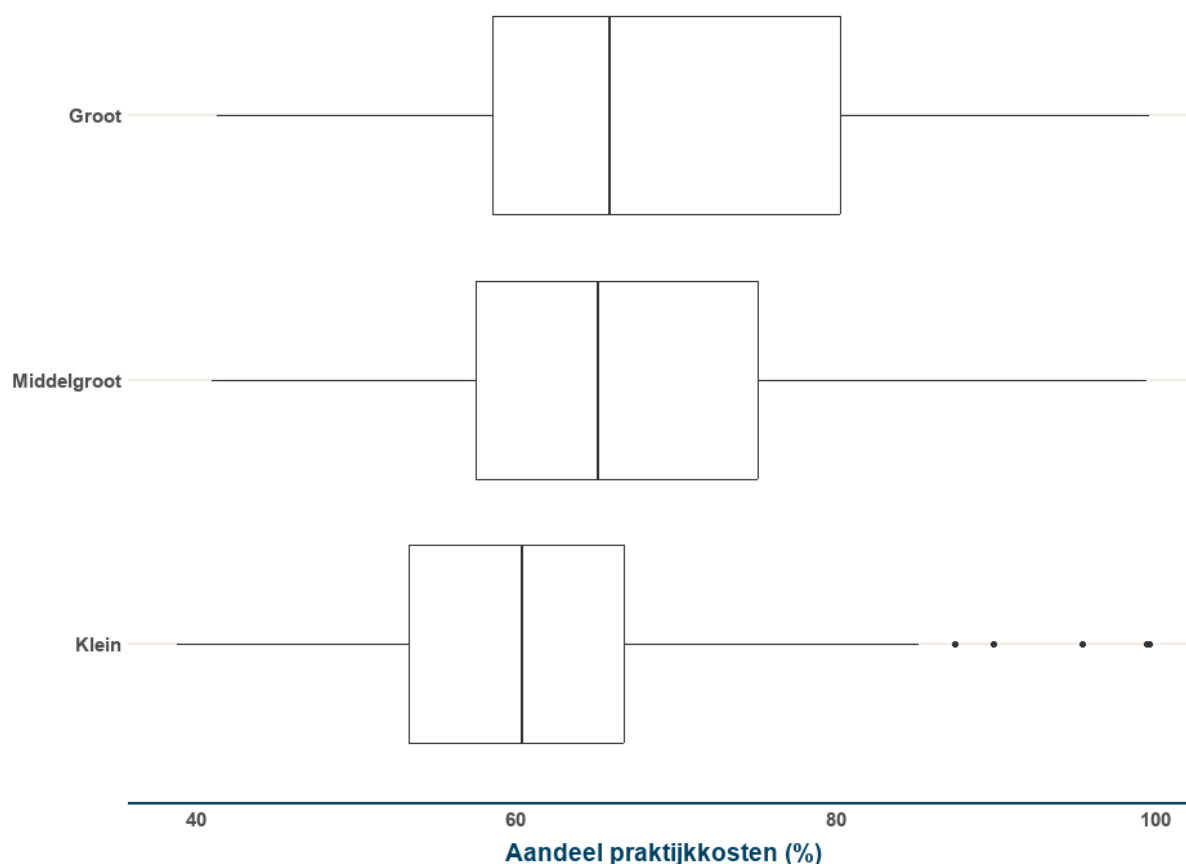
Hoewel de kosten in absolute zin sterk stijgen (zie tabel 6.1.1), blijven de kostenaandelen redelijk gelijk, met uitzondering van de arbeidskosten van huisartseigenaren en de kosten voor personeel en inhuur. In bovenstaande figuur is zichtbaar dat het aandeel van kosten voor personeel en inhuur fors stijgt. Dit kan worden verklaard door de toename van personeel (zowel huisartsen als ondersteunend personeel), die samenhangt met de relatieve afname in arbeidskosten van huisartseigenaren doordat er gemiddeld minder huisartseigenaren zijn. We zien dan ook dat door deze verschuiving het aandeel arbeidskosten voor huisartseigenaren ten opzichte van de totale kosten afneemt.

In het uitvraagformat hebben we ten behoeve van de duiding van cijfers extra informatie uitgevraagd over onder andere openstaande vacatures bij praktijken. Een kwart van de praktijken had in 2022 te maken met langlopende vacatures van meer dan 3 maanden. Het gaat hierbij om een beperkt aantal fte (58,2 fte voor alle praktijken samen ten opzichte van meer dan 2.000 werkzame fte in de steekproef) en speelde relatief het sterkst bij de grote praktijken. Het ging daarbij vooral om functies voor (leidinggevende) doktersassistenten, praktijkondersteuners ggz/ouderen/somatiek, vaste waarnemers en huisartsen in dienst bij een huisarts (hidha). In totaal hebben praktijken 28,2 fte ingevuld via (tijdelijke) inhuur.

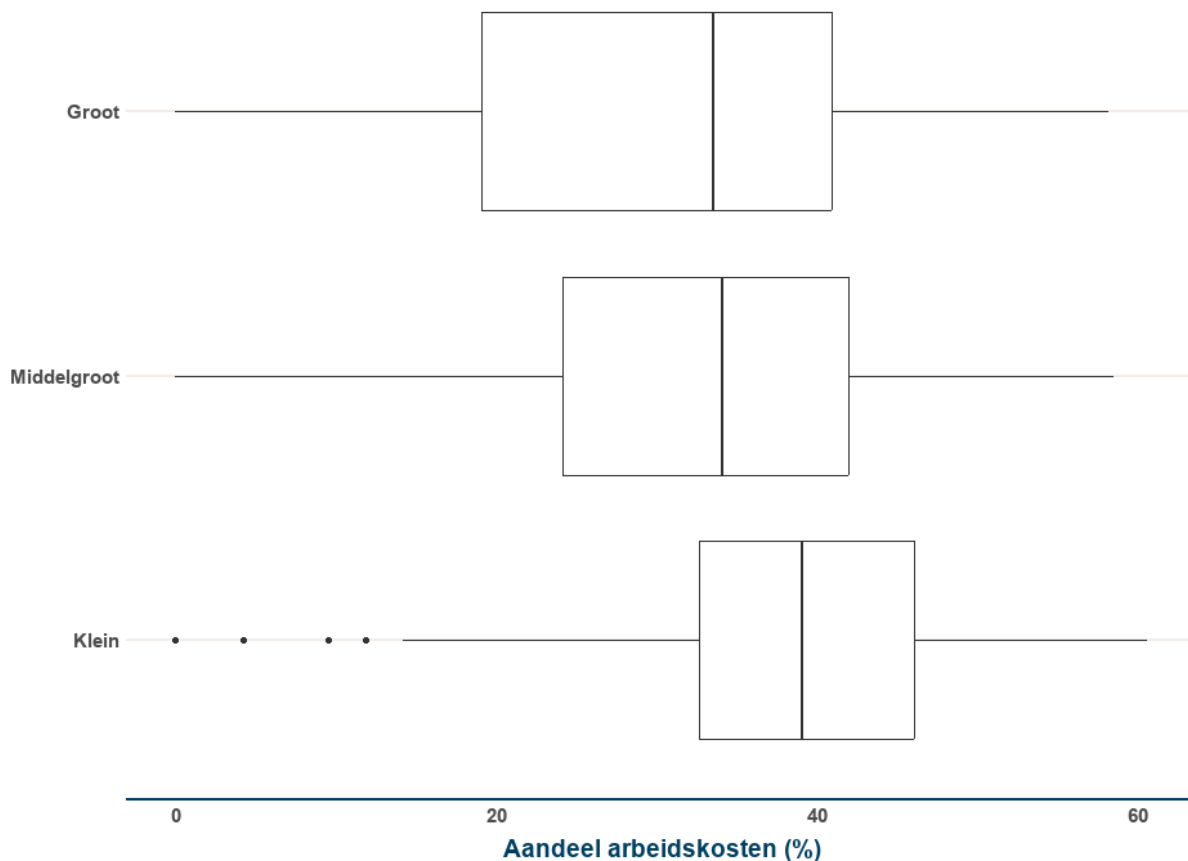
Naast de kosten voor personeel en inhuur is er landelijk veel aandacht geweest voor stijgende huisvestingskosten. Hier zien we ook een duidelijke stijging in absolute zin en een lichte stijging in het aandeel van de huisvestingskosten ten opzichte van de totale kosten. Uit de extra opgevraagde informatie ten behoeve van de duiding van deze kosten blijkt dat zes op de tien praktijken in 2022 een gebrek aan voldoende spreekkamers heeft ervaren. Dit belemmerde deze praktijken vooral bij het

aannemen van nieuw personeel en/of het aanbieden van een opleiding, en in mindere mate bij het inschrijven van nieuwe patiënten. Nadere analyses met betrekking tot huisvesting worden aangeleverd bij de landelijke werkgroep huisvesting, waarbinnen dit onderwerp nader en in breder perspectief onderzocht wordt. Geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken is niet zozeer een bekostigingsvraagstuk, maar moet in breder perspectief worden gezien.

In onderstaande figuren geven we het aandeel van de praktijkkosten en arbeidskosten van huisartseigenaren ten opzichte van de totale kosten in een boxplot weer. In een boxplot worden alle waarden (in onderstaand geval het aandeel van de praktijkkosten/arbeidskosten ten opzichte van de totale kosten per praktijk van alle praktijken in de steekproef) van laag naar hoog gerangschikt. Vervolgens wordt deze dataset opgedeeld in vier gelijke delen (kwartielen). De middelste waarde van de dataset is de mediaan. Deze wordt weergegeven als een verticale streep in de box. Het eerste kwartiel bevat de eerste 25% van de waarden, het tweede kwartiel de tweede 25%, etc. In de box vallen de middelste 50% van de waarnemingen. Het verschil in waarde tussen het derde kwartiel en het eerste kwartiel geeft de spreiding aan van de middelste 50% van de waarnemingen. Dit is de interkwartielafstand. Hoe breder de box, hoe groter de spreiding. De horizontale streep aan de uiteinde van de box geeft de onder- en bovengrens aan. Deze worden bepaald door de laagste of hoogste waarde die op minder dan anderhalf keer de interkwartielafstand van de uiteinden van de box ligt. Waarden die hierbuiten vallen worden als punt weergegeven en zijn nader onderzocht.



Figuur 6.1.1.2 – Aandeel praktijkkosten per subpopulatie (prijsspeil 2022)



Figuur 6.1.1.3 – Aandeel arbeidskosten van huisartseigenaren per subpopulatie (prijspeil 2022)

In bovenstaande figuren is zichtbaar dat het aandeel praktijkkosten ten opzichte van de totale kosten licht stijgt naarmate de omvang van de praktijk toeneemt. Het aandeel arbeidskosten van huisartseigenaren neemt juist licht af. Bij zowel de praktijkkosten als de arbeidskosten van huisartseigenaren neemt de spreiding toe naarmate de omvang van de praktijk toeneemt. Alleen in de subpopulatie 'klein' zijn waarden zichtbaar die buiten de interkwartielafstand vallen. Dit betreffen twee praktijken zonder huisartseigenaar. Aan deze praktijken worden, gezien zij geen huisartseigenaar hebben, geen arbeidskosten toegekend. Daarnaast zijn er drie praktijken, waarvan de huisartseigenaar een groot deel van het jaar afwezig is geweest. Van deze praktijken is de werktijdfactor per jaar relatief laag, wat uiteindelijk ook leidt tot een relatief laag aandeel arbeidskosten.

Praktijkkosten

Vergelijking praktijkkosten (PER 1.000 VERZEKERDEN) (* €1.000)				
Categorie	2022	2015	Mutatie	2015
	prijspeil 2022	pp 2022	pp 2022	pp 2015
Personeel en inhuur	88	66	33%	54
personeelskosten	59	45	33%	37
inhuur en waarneming	24	18	29%	15
kosten personeelsadministratie	0	0	13%	0

nascholing huisartseigenaar	0			
overige personeelskosten	4	3	56%	2
Behandelkosten	6	2	274%	1
Huisvesting	12	9	31%	8
huur praktijk	8			
hypotheeklasten	0			
energiekosten	1			
onderhoudskosten	1			
servicekosten	1			
overige huisvestingskosten	2			
Overige kosten	24	23	3%	19
afschrijvingen	3	5		4
autokosten	0	1		1
kantoorkosten	3	7		6
ICT	5			
algemene kosten	7	7		6
kosten overkoepelende organisatie	1			
overige kosten huisartseigenaren (privé t.b.v. praktijk)	2			
overige kosten	3	3		2
Financiële baten en lasten	0	1	-33%	1
Totaal praktijkkosten	130	101	29%	83

Tabel 6.1.1.1 – Vergelijking praktijkkosten per 1.000 verzekerden

In de vergelijking van praktijkkosten per 1.000 verzekerden (beiden op prijspeil 2022) bedraagt de stijging voor de kostencategorieën 'personeel en inhuur' en 'huisvesting' circa 30%. De 'overige kosten' stijgen relatief weinig. Opvallend is de stijging van 'behandelkosten' in het onderzoek. Deze stijging wordt verklaard doordat in het onderzoek over 2022 apotheekhoudende huisartsenpraktijken zijn geïnccludeerd, waar deze in het onderzoek over 2015 buiten het onderzoek zijn gebleven. Deze apotheekhoudende huisartsenpraktijken hebben onder de behandelkosten de inkoop van medicijnen opgenomen.

Arbeidskosten van huisartseigenaren

Zoals uit tabel 6.1.1 blijkt stijgen de arbeidskosten van huisartseigenaren met 6,4% ten opzichte van 2015. Deze stijging wordt veroorzaakt door de elementen die we hieronder toelichten.

Ten eerste leidt de herijking van de nac tot een stijging van de nac met 11,9% naar € 172.387 (definitief niveau 2022). Het effect van de herijking van de nac op de kostprijs geven we in onderstaande tabel weer.

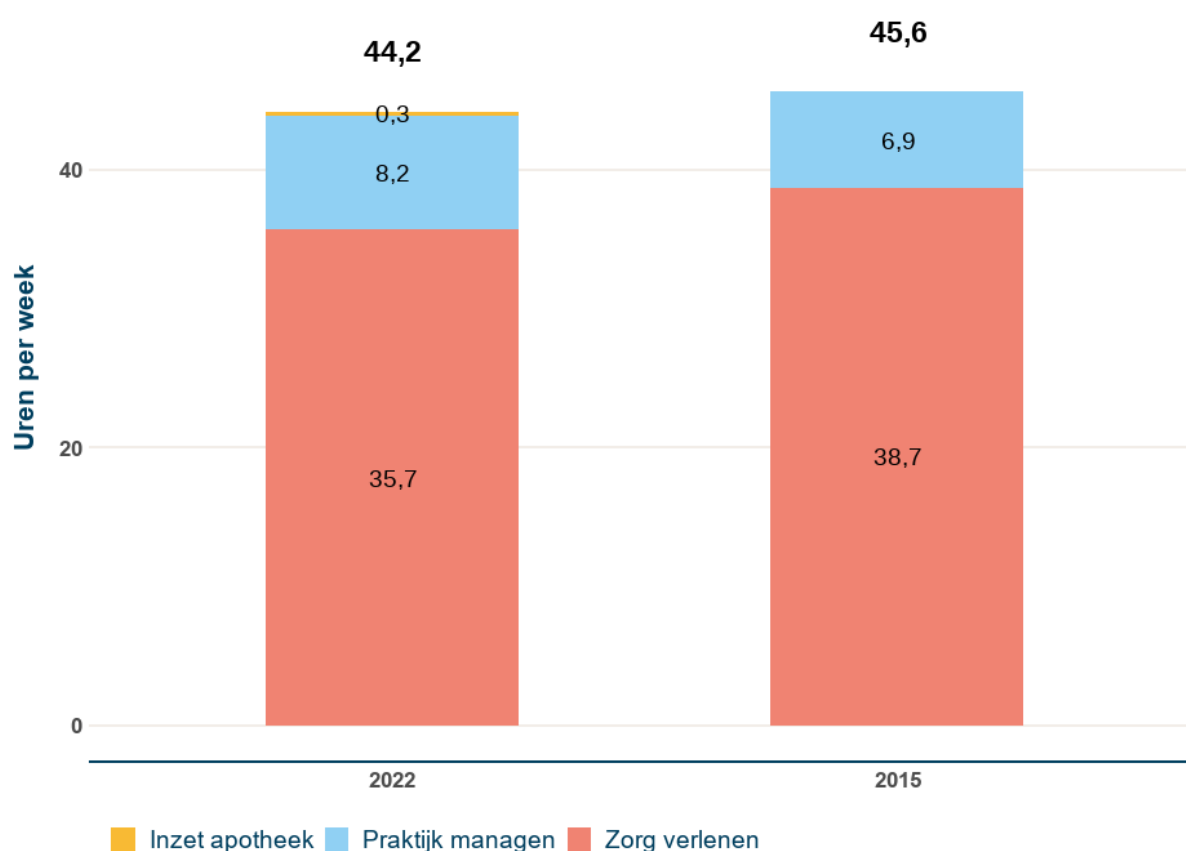
Basisprestatie	Kostprijs met huidige nac	Kostprijs met herijkte nac	Effect herijking nac
Basis inschrijving	€ 14,29	€ 14,79	3,50%
Basis consult	€ 10,33	€ 10,68	3,43%

Basis passantenconsult	€ 26,48	€ 27,40	3,48%
---------------------------	---------	---------	-------

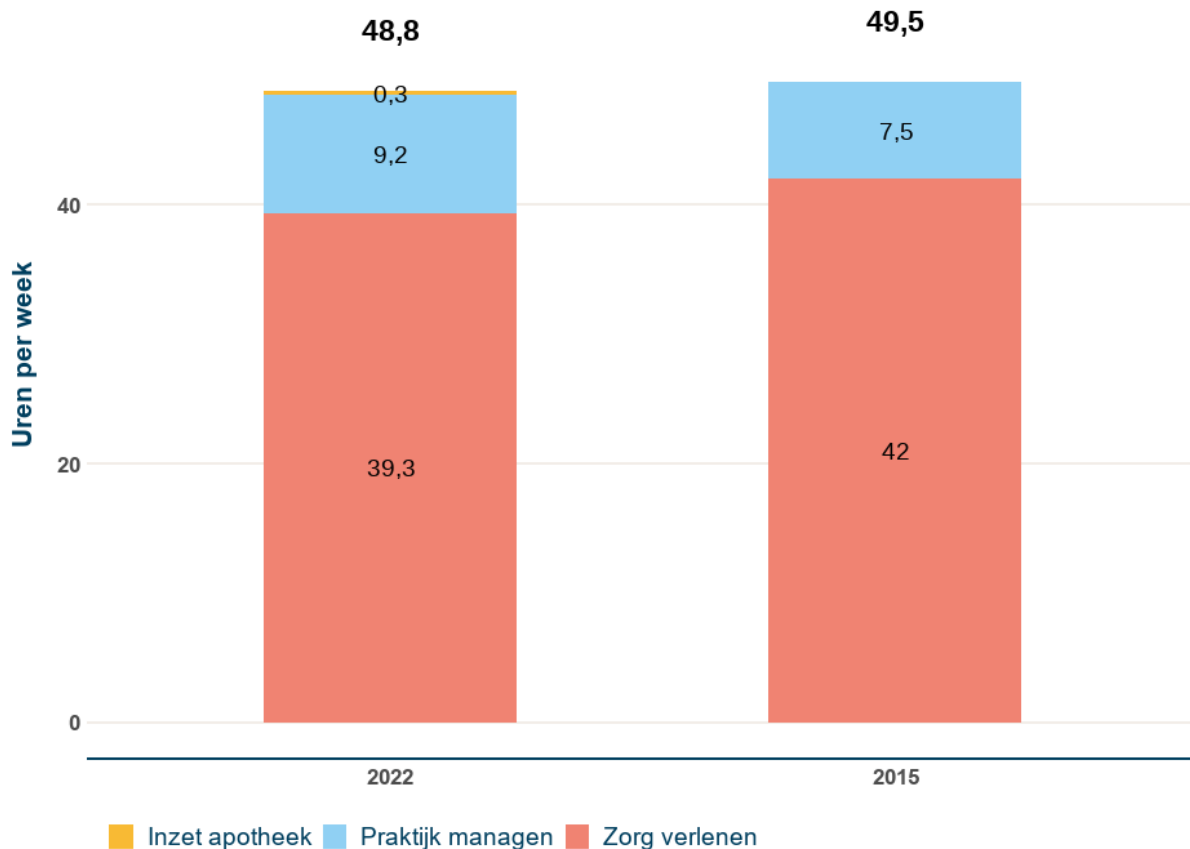
Tabel 6.1.1.2 – Effect herijking nac (prijspeil 2022)

Het aandeel arbeidskosten van huisartseigenaren ten opzichte van de totale kosten daalt van 41% in 2015 naar 30% in 2022. Dit is zichtbaar in figuur 6.1.1.1. Deze daling is met name te wijten aan de daling van het aantal huisartseigenaren ten opzichte van 2015 en de verschuiving van huisartseigenaren naar inzet via ‘personeel en inhuur’.

Ook zien we een toename in het aantal parttime werkende huisartseigenaren. In onderstaande figuren vergelijken we de tijdsinzet van de huisartseigenaren in 2022 met 2015. We vergelijken de tijdsinzet exclusief de inzet tijdens anw-uren. In de steekproef van 2022 zijn ook apotheekhoudende praktijken geïnccludeerd in het onderzoek, deze waren in 2015 uitgesloten van het onderzoek.



Figuur 6.1.1.4 – Landelijk (gewogen) gemiddelde tijdsinzet per huisartseigenaar 2022 - 2015

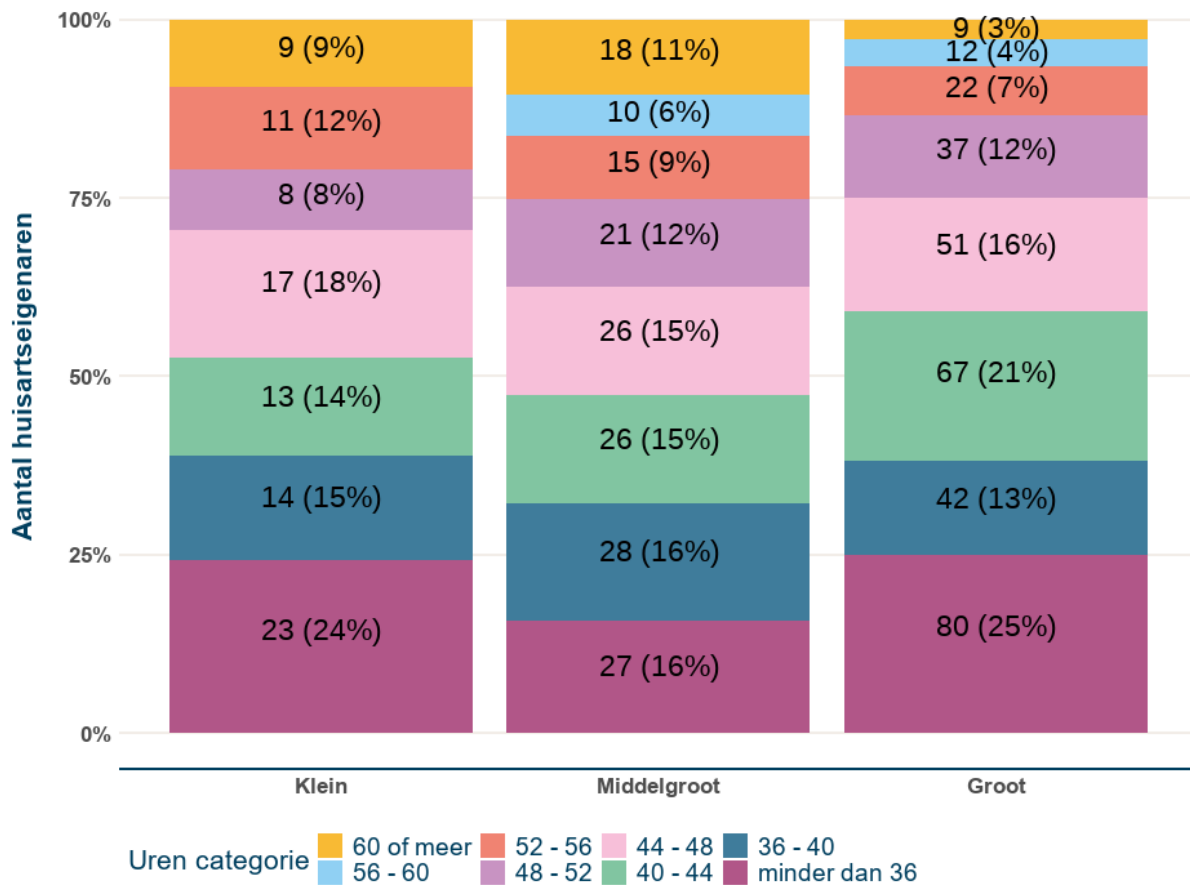


Figuur 6.1.1.5 – Landelijk (gewogen) gemiddelde tijdsinzet per fte huisartseigenaar 2022 - 2015

In bovenstaande figuren is zichtbaar dat, wanneer we dezelfde rekenmethodiek als in het vorige kostprijsonderzoek toepassen, huisartseigenaren iets minder uren per week werken.

Een daling van arbeidskosten van huisartseigenaren kan deels verklaard worden doordat er meer sprake is van deeltijd werkende huisartseigenaren. Daarnaast zou het mogelijk kunnen zijn dat de eigenaar beter in staat is dan voorheen om taken te delegeren aan bijvoorbeeld een praktijkmanager, hidsa of (extra) ondersteunend personeel. Dit zou een verklaring kunnen geven waarom de huisartseigenaar gemiddeld niet meer uren per week is gaan werken.

De variatie in de ureninzet van huisartseigenaren is groot. Om meer inzicht te geven in de ureninzet van huisartseigenaren hebben we in onderstaand figuur per subpopulatie inzichtelijk gemaakt hoe de verdeling in ureninzet per huisartseneigenaar (per persoon) is.



Figuur 6.1.1.6 – Ureninzet per huisartseigenaar per subpopulatie

Vgrev

In tabel 6.1.1 is zichtbaar dat de vgrev met 46,6% toeneemt. Dit is in lijn met de ontwikkelingen in de totale kosten en opbrengsten van een gemiddelde praktijk tussen 2015 en 2022. Een stijging van de gemiddelde kosten per praktijk tussen 2015 en 2022 vraagt om een grotere financieringsbehoefte vanuit eigen- en/of vreemd vermogen. Dit verklaart de stijging (in absolute zin) van het kostenbedrag vgrev voor een gemiddelde praktijk tussen 2015 en 2022. Wanneer we de totale kosten van vgrev echter afzetten tegen de totale kosten van een gemiddelde praktijk, blijkt dat het kostenaandeel van vgrev voor 2015 en 2022 gelijk blijft (0,6%).

6.1.2 Duiding mutatie omzetaandelen

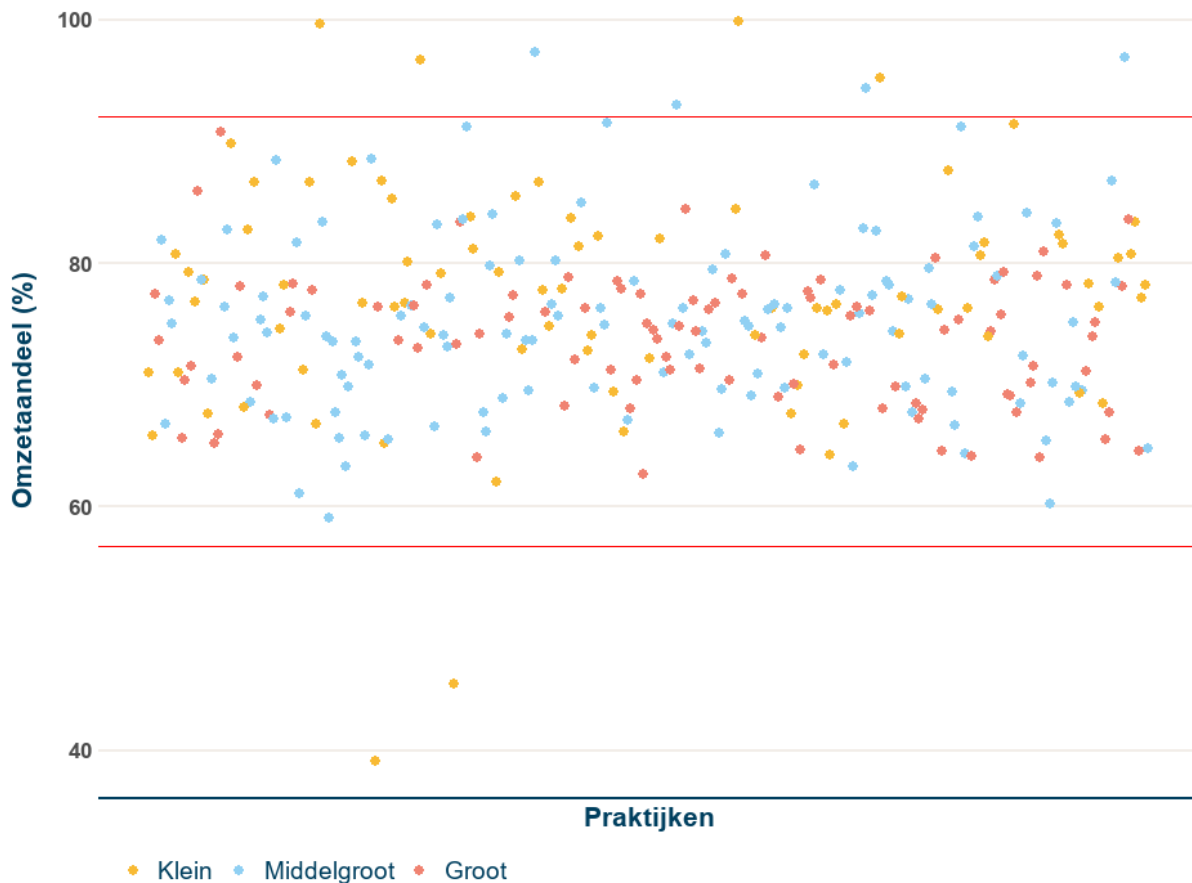
In onderstaande tabel is zichtbaar dat de verhouding tussen de omzet uit tarief gereguleerde zorg en de omzet uit niet tarief gereguleerde zorg in 2022 uitkomt op 74% versus 26%. Voor de vergelijkbaarheid met het vorige onderzoek is het omzetaandeel 2015 op dezelfde wijze (her)berekend als nu het geval is (opbrengst uit nevenactiviteiten 'buiten 100%' in plaats van als 'niet tarief gereguleerd'). Daardoor is in de tabel niet de bekende 77 / 23 verhouding opgenomen, maar komt het uit op circa 78 / 22.

Omzetaandelen per type prestatie			
	2022	2015	Vershil
Categorie	Omzetaandeel	Omzetaandeel (nieuw berekend)	Omzetaandeel
Omzet binnen 100%	100,0%	100,0%	0,0%
Omzet basistarief inschrijvingen	31,2%	34,4%	-3,2%
Omzet opslagen inschrijvingen	10,6%	10,9%	-0,3%
Omzet basistarief reguliere consulten	26,7%	26,4%	0,3%
Omzet basistarief passantenconsulten	0,3%	0,4%	-0,1%
Omzet elv en intensieve zorg	2,1%	0,0%	2,1%
Omzet overige S1-verrichtingen	2,7%	3,4%	-0,6%
Omzet verrichtingen PBS	0,4%	2,4%	-2,1%
Tarief geregleerde omzet	74,1%	77,9%	-3,8%
Opbrengsten vanuit zorggroep (S2 of S3)	14,6%		
Omzet S3	9,8%	22,1%	3,8%
Omzet PBS (M&I)	1,6%		
Niet tarief geregleerde omzet	25,9%	22,1%	3,8%

Tabel 6.1.2.1 – Verschil omzetaandelen 2022 en 2015

In de kostprijsberekening per praktijk gebruiken we het omzetaandeel van het basistarief inschrijving en het basistarief consult. Het omzetaandeel van het basistarief passantenconsult wordt, zoals in paragraaf 4.2.1 toegelicht, op een andere wijze berekend en lichten hierna we apart toe. In bovenstaande tabel is zichtbaar dat het omzetaandeel van het basistarief inschrijving met 3,2% daalt en het omzetaandeel van het basistarief consult met 0,3% stijgt. De verhouding tussen deze twee componenten verschuift dus licht. Het aantal consulten is relatief meer toegenomen dan het aantal inschrijvingen.

In onderstaande figuur is het aandeel tarief geregleerde omzet ten opzichte van de omzet binnen 100% weergegeven per praktijk en per subpopulatie. Hierin is duidelijk te zien dat de spreiding in het aandeel tarief geregleerde omzet ten opzichte van omzet binnen 100% van praktijken beperkt is. Bijna alle praktijken vallen binnen de gestelde grenzen van anderhalf keer de interkwartielafstand. De praktijken die hier buiten vallen, kenmerken zich door relatief zeer lage of juist hoge opbrengsten vanuit de regionale huisartsenorganisatie. Hierdoor verschuift hun omzetaandeel tarief geregleerde omzet bij zeer lage opbrengsten vanuit de regionale huisartsenorganisatie naar boven en bij zeer hoge opbrengsten vanuit de regionale huisartsenorganisatie naar beneden.



Figuur 6.1.2.1 – Aandeel tarief gereguleerde omzet ten opzichte van omzet binnen 100% per praktijk per subpopulatie (prijspeil 2022)

Passantenconsulten

Zoals in paragraaf 5.3 is weergegeven daalt het basistarief passantenconsult fors. Deze daling is enerzijds te verklaren door de aanpassing van het omzetaandeel van het basistarief passantenconsult. We bepalen het omzetaandeel van het basistarief passantenconsult door de omzetaandelen van de basistarief inschrijving, de opslagen inschrijving en de basistarief consulten bij elkaar op te tellen. Dit resulteert in een omzetaandeel van 68,5%. In het onderzoek over 2015 omvatte het omzetaandeel van het basistarief passantenconsult het totale aandeel tarief gereguleerde omzet (77,26%). Omdat de andere verrichtingen separaat te declareren zijn voor de passant, dient het basistarief passantenconsult alleen een vergoeding te bieden voor het feit dat de patiënt niet ingeschreven staat. Dit leidt er dus toe dat er minder kosten behoeven te worden toegeschreven aan het passantenconsult, daarmee wordt het tarief dus lager. Hiernaast wijzigen ook de aandelen van de onderdelen waaruit het omzetaandeel van het basistarief passantenconsult is opgebouwd.

Naast de wijzigingen, die zien op het omzetaandeel, is ook het aantal gerealiseerde basis consulten met 48,7% toegenomen. De toegeschreven kosten worden hierdoor door een hoger getal gedeeld, waardoor de kostprijs daalt.

6.1.3 Duiding aantal gerealiseerde eenheden

Basis inschrijvingen

In onderstaande tabel geven we een vergelijking van het aantal gerealiseerde inschrijvingen per praktijk, per fte huisartseigenaar, per fte huisarts en hidha, en per fte huisartseigenaar (hae), hidha en vaste waarnemer.

Aantal gerealiseerde inschrijvingen			
Categorie	2022	2015	Vershil
Per praktijk	4.477	3.317	35%
Per fte hae	2.439	2.095	16%
Per fte hae en hidha	2.261	1.936	17%
Per fte hae + hidha + vaste waarnemer	1.920	1.788	7%

Tabel 6.1.3.1 – Vergelijking aantal gerealiseerde inschrijvingen 2022 – 2015

Doordat er naast de huisartseigenaar ook huisartsen in dienst zijn of ingehuurd in de praktijk werken, is het aantal ingeschreven verzekerden gemiddeld beduidend lager wanneer het aantal ingeschreven verzekerden over alle huisartsen voor deze praktijk wordt bepaald. Per 1.920 ingeschreven verzekerden is er één fte huisarts (niet zijnde incidentele waarnemer) werkzaam. De stijging van het aantal ingeschreven verzekerden per huisarts wordt daarnaast opgevangen door de toegenomen inzet van onder andere assistenten en praktijkondersteuners. Dit wordt in de volgende tabel weergegeven.

Personele inzet per praktijk (in fte)						
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk		
	2022	2022	2022	2022	2015	Vershil
Huisarts in dienst bij een huisarts (hidha)	0,03	0,19	0,86	0,34	0,20	0,14
Vaste waarnemer	0,17	0,28	0,77	0,38	0,20	0,18
Incidenteel waarnemer	0,08	0,14	0,33	0,18	0,11	0,07
Huisartsen	0,28	0,61	1,95	0,90	0,51	0,39

Doktersassistent	1,25	2,08	5,49	2,82	1,94	0,88
Assistent plus	0,03	0,05	0,10	0,06	0,12	0,18
Verpleegkundig specialist	0,02	0,08	0,18	0,10		
Leidinggevend doktersassistent	0,05	0,10	0,30	0,14		
Physician assistent	0,00	0,04	0,23	0,08		0,08
Apothekersassistent	0,09	0,21	0,00	0,16		0,16
Assistenten	1,43	2,56	6,30	3,36	2,06	1,30

Praktijkondersteuner somatiek (poh-s)	0,45	0,67	1,75	0,91	0,63	0,28
Praktijkondersteuner ggz (poh-ggz)	0,16	0,33	0,91	0,46	0,18	0,28
Praktijkondersteuner jeugd (poh-jeugd)	0,01	0,01	0,05	0,02		0,02
Praktijkondersteuner ouderen (poh-o)	0,03	0,07	0,18	0,09		0,09
Praktijkondersteuners	0,65	1,08	2,89	1,48	0,81	0,67

Praktijkmanager	0,10	0,16	0,45	0,23	0,09	0,14
-----------------	------	------	------	------	------	------

Huisarts in opleiding	0,05	0,08	0,26	0,12	0,04	0,08
Anios	0,01	0,02	0,02	0,02		0,02
Stagiair (bbl/bol)	0,08	0,12	0,31	0,16		0,16

Opleidingen	0,15	0,22	0,59	0,30	0,04	0,26
Bezorger (medicijnen)	0,00	0,01	0,00	0,01		0,01
Overig personeel	0,21	0,20	0,57	0,28	0,14	0,14
Totaal	2,81	4,84	12,75	6,56	3,68	2,88

Tabel 6.1.3.2 – Vergelijking personele inzet per praktijk

Reguliere consulten

In onderstaande tabel maken we inzichtelijk hoe het aantal gerealiseerde consulteenheden zich per 1.000 verzekerden heeft ontwikkeld tussen 2022 en 2015. Het aantal consulten per praktijk stijgt met 48,7% (tabel 6.1.1). Dit kan worden verklaard doordat praktijken groter worden en meer ingeschreven patiënten hebben. Uit onderstaande tabel blijkt dat per 1.000 verzekerden gemiddeld 11% meer consulten worden gerealiseerd.

Vergelijking aantal gerealiseerde reguliere consulteenheden per 1.000 verzekerden			
Categorie	2022	2015	Vershil
Consult regulier korter dan 5 minuten	667	619	8%
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	2.430	2.119	15%
Consult regulier 20 minuten en langer	1.387	1.153	20%
Visite regulier korter dan 20 minuten	85	162	-47%
Visite regulier 20 minuten en langer	193	238	-19%
Vaccinatie regulier	0	1	-71%
Som van reguliere consulteenheden	4.762	4.292	11%

Tabel 6.1.3.3 – Vergelijking aantal gerealiseerde consulteenheden per 1.000 verzekerden

6.1.4 Spreiding in kostprijzen

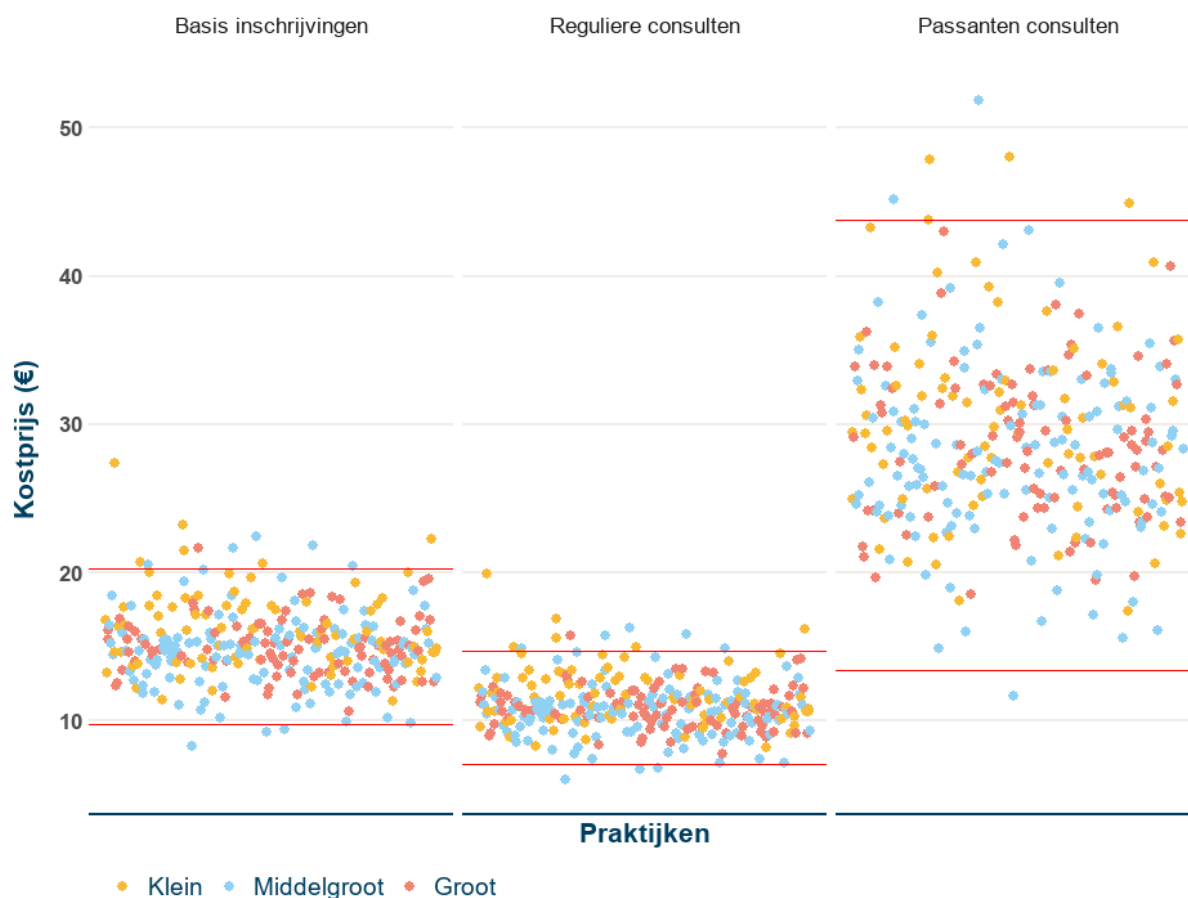
In onderstaande tabel geven we de spreiding in kostprijs per basisprestatie per subpopulatie weer. Er kunnen verschillende verklaringen zijn voor spreiding: dit kan liggen in verschillende hoogte van kosten, maar kan bijvoorbeeld ook worden verklaard doordat de zorg anders wordt georganiseerd. De mate van spreiding drukken we uit met de cv-waarde. De cv-waarde wordt binnen kostprijsonderzoeken van de NZa vaak gebruikt en is het resultaat van de standaardafwijking gedeeld door het gemiddelde. Een cv-waarde lager dan 30% wordt doorgaans geaccepteerd in kostprijsonderzoeken van de NZa, omdat de spreiding van de waarden dan als beperkt wordt beschouwd.

Spreiding in kostprijs per basisprestatie per subpopulatie						
Basisprestaties	Klein		Middelgroot		Groot	
	Kostprijs	Cv-waarde	Kostprijs	Cv-waarde	Kostprijs	Cv-waarde
Basis inschrijving	€ 16,16	17,20%	€ 14,62	17,55%	€ 14,96	12,80%
Basis consult	€ 11,78	17,19%	€ 10,54	17,55%	€ 10,82	12,79%
Basis passantenconsult	€ 28,91	21,65%	€ 27,08	22,21%	€ 27,98	17,34%

Tabel 6.1.4.1 – Spreiding in kostprijs per basisprestatie per subpopulatie

Als we in bovenstaande tabel kijken naar de gevonden spreiding in de gemiddelde kostprijzen van de drie basisprestaties, dan valt op dat alle cv-waarden ruimschoots onder de door de NZa gehanteerde grens van 30% vallen.

Om de gevonden spreiding tussen praktijken in de kostprijzen van de basisprestaties verder te onderzoeken, is in onderstaande figuur een spreidingsdiagram gemaakt. In het spreidingsdiagram zijn voor de basisprestaties de berekende kostprijzen van alle deelnemende praktijken aan het kostprijsonderzoek weergegeven. Ook is met een kleurstelling aangegeven of de betreffende praktijk een kleine, middelgrote of een grote praktijk is. De rode lijnen staan voor statistisch boven- en ondergrenzen: waarnemingen die binnen deze grenzen vallen, wijken niet significant af van de gemiddelde kostprijs van een basisprestatie.



Figuur 6.1.4.1 – Spreiding in kostprijzen van de basisprestaties per praktijk (prijsspeil 2022)

We zien in bovenstaande figuur dat bijna alle praktijken binnen de gestelde grenzen van anderhalf keer de interkwartielafstand vallen. Het onderscheid naar omvang van een praktijk geeft geen aanleiding om te veronderstellen dat de spreiding in de kostprijzen van de basisprestaties rondom het (landelijk) gemiddelde een ander patroon kent. Voor alle subpopulaties (klein - middelgroot – groot) zien we een vergelijkbare spreiding van waarnemingen boven en onder de (landelijk) gemiddelde kostprijs.

6.2 Resultaten en duiding op praktijkniveau

6.2.1 Bedrijfsresultaat

In het kostprijsonderzoek is informatie opgevraagd uit de jaarrekening van huisartsenpraktijken. Met behulp van deze informatie kunnen we enerzijds controleren of ingevulde kosten en opbrengsten aansluiten op de (gecontroleerde) jaarrekening. Anderzijds geeft financiële informatie inzicht in de financiële gezondheid van de organisaties en daarmee van de sector.

Praktijken zonder huisartseigenaar zijn in deze analyses buiten beschouwing gelaten. Het gemiddelde bedrijfsresultaat van praktijken zonder huisartseigenaar is ongeveer 1% van de omzet van deze praktijken. De bedrijfsresultaten van deze praktijken dienen niet ter dekking van arbeidskosten van huisartseigenaren, maar kunnen als winst gezien worden voor de praktijken zelf of voor samenhangende/overkoepelende organisaties. Daarnaast zien we in de kosten van deze praktijken vaak nog een doorbelasting van kosten naar een centrale organisatie.

In onderstaande tabel is het bedrijfsresultaat weergegeven van huisartsenpraktijken uit het kostprijsonderzoek. Hierbij is gekeken naar het totale bedrijfsresultaat van de praktijken, exclusief financiële baten en lasten en exclusief bijzondere baten en lasten. Iets meer dan 93% van de huisartsenpraktijken in het kostprijsonderzoek heeft één of meerdere huisartsen als eigenaar. Uit het resultaat moeten huisartseigenaren hun arbeidskosten kunnen dekken. Het bedrijfsresultaat is gebaseerd op de hele onderneming en niet enkel op tarief gereguleerde zorg. Als een huisartseigenaar kosten en/of opbrengsten heeft uit andere activiteiten (zoals bijvoorbeeld uit anw-vergoedingen), die landen in de jaarrekening van de praktijk, zijn deze ook onderdeel van het bedrijfsresultaat.

Bedrijfsresultaat 2022 voor praktijken met huisartseigenaar				
	Klein	Middelgroot	Groot	Gemiddeld
Bedrijfsresultaat – per fte hae	€ 165.002	€ 235.120	€ 245.905	€ 218.408
Bedrijfsresultaat – spreiding (cv-waarde)	41%	60%	58%	
Bedrijfsresultaat – per praktijk	€ 160.378	€ 280.294	€ 716.306	
Bedrijfsresultaat / totale opbrengsten	37%	38%	38%	

Tabel 6.2.1.1 – Bedrijfsresultaat 2022 voor praktijken met huisartseigenaar

Het bedrijfsresultaat per fte huisartseigenaar over 2022 is gemiddeld € 218.408. Het bedrijfsresultaat is gerealiseerd op basis van de in 2022 geldende tarieven, waar de normatieve arbeidskostencomponent € 154.049 (prijspeil 2022) per fte huisartseigenaar bedroeg. In 2022 geldt dat het bedrijfsresultaat per fte huisartseigenaar gemiddeld hoger is dan de geldende normatieve arbeidskostencomponent per fte huisartseigenaar. Uit de tabel blijkt dus dat de bedrijfsresultaten gemiddeld ruim dekking gaven aan de arbeidskosten van huisartseigenaren. Het resultaat per fte huisartseigenaar is voor kleine praktijken relatief laag ten opzichte van het resultaat voor middelgrote en grote praktijken. Hierbij is het belangrijk op te merken dat de bovengrens voor deze subpopulatie (tot 2.095 ingeschreven verzekerden per praktijk) zeer laag is gezien de trend van steeds groter wordende praktijken.

Per 2025 wordt de normatieve arbeidskostencomponent verhoogd naar € 172.387 (prijspeil 2022). Dit zal een verhogend effect hebben op het bedrijfsresultaat, maar daar staat tegenover dat de bedrijfsresultaten ook de verhoogde (normatieve) arbeidskosten van huisartseigenaren moeten dekken.

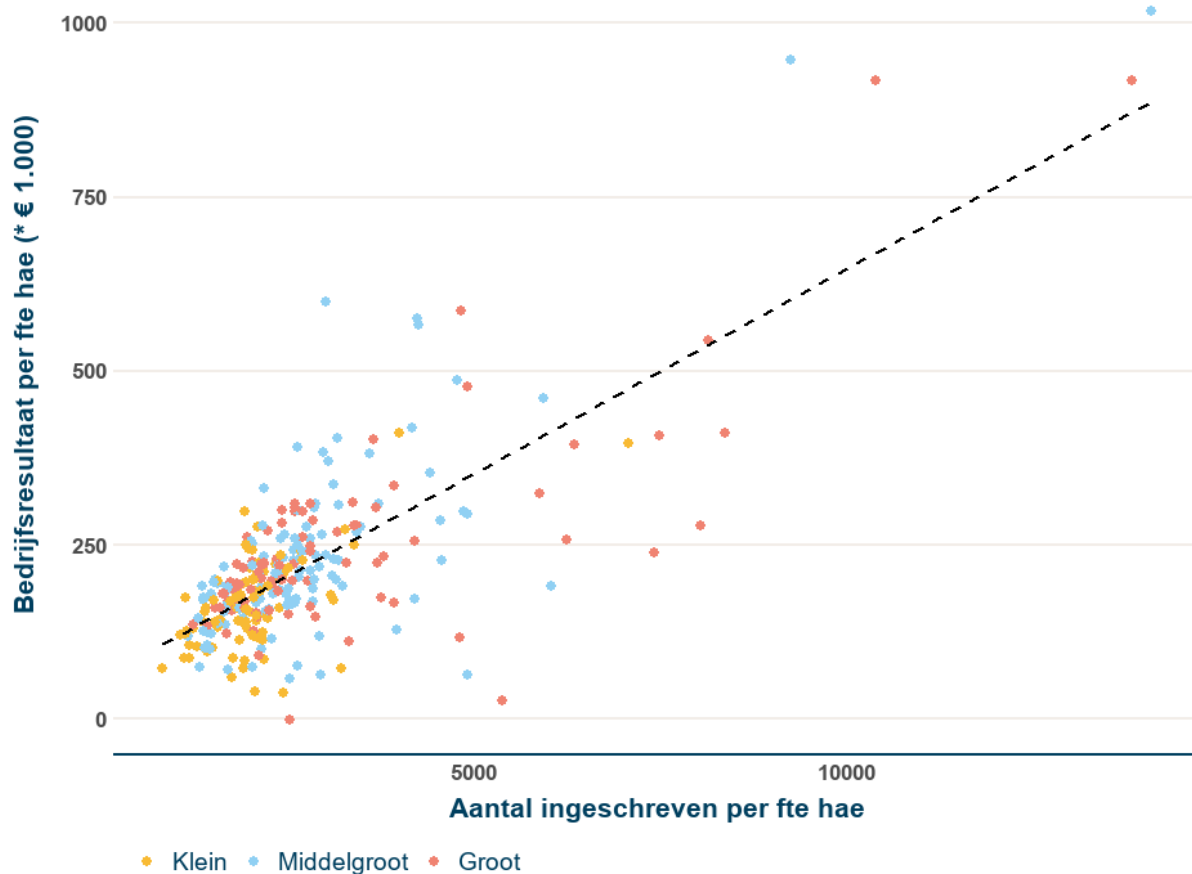
Er is sprake van spreiding in de bedrijfsresultaten. In onderstaande figuren geven we twee belangrijke verklaringen voor de spreiding. In het eerste figuur zetten we het bedrijfsresultaat af tegen het gemiddeld aantal uren per week dat één fte huisartseigenaar werkt. In het tweede figuur tegen het aantal ingeschreven verzekerden. De stippellijn in beide figuren is een lineaire regressielijn is. Dit is een lijn waarbij de afstand tot alle waarden zo minimaal mogelijk is gehouden, waardoor een mogelijke trend zichtbaar is.



Figuur 6.2.1.1 – Bedrijfsresultaat (per fte huisartseigenaar) versus gemiddeld aantal uren per week (per fte huisartseigenaar) per praktijk

Uit bovenstaande figuur blijkt dat het resultaat per fte huisartseigenaar toeneemt naarmate deze gemiddeld meer uren per week werkt. Door zelf meer uren te werken kan worden bespaard op andere kosten, bijvoorbeeld salariskosten van een praktijkmanager, wat ten gunste komt aan het bedrijfsresultaat.

Daarnaast zien we in onderstaand figuur een duidelijke relatie tussen de hoogte van het bedrijfsresultaat en het aantal ingeschrevenen per fte huisartseigenaar. Dit is niet onverwacht, aangezien de praktijkopbrengsten deels zijn gebaseerd op de opbrengsten per ingeschreven verzekerde. Huisartseigenaren die per fte in staat zijn zorg te leveren voor veel ingeschreven patiënten, hebben per fte huisartseigenaar een hoger bedrijfsresultaat. Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisartseigenaar zegt niets over de kwaliteit van de geleverde zorg.



Figuur 6.2.1.2 – Bedrijfsresultaat (per fte hae) versus het aantal inschrijvingen (per fte hae)

6.2.2 Ontwikkelingen in financiële positie

Bij huisartsenpraktijken is naast de gegevens over personeel, opbrengsten en kosten, ook (balans)informatie uit de jaarrekening opgevraagd. Op grond van deze financiële gegevens kunnen we nagegaan in welke mate de huisartsenpraktijken financieel gezond zijn. We kijken hierbij allereerst naar de solvabiliteit en de liquiditeit.

Wat is solvabiliteit?

Solvabiliteit is de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale vermogen van een onderneming. De verhouding laat zien of een onderneming op de lange termijn aan de schulden kan voldoen. Ook laat het zien in hoeverre een onderneming afhankelijk is van vreemd vermogen.

Hoe beter de solvabiliteit, hoe beter een onderneming financieel tegen een stootje kan. Met een goede solvabiliteit zijn ondernemingen minder afhankelijk van hun investeerders of financiers omdat een groter deel van de bezittingen zijn betaald met eigen vermogen. Een goede solvabiliteit helpt bijvoorbeeld ook bij het aanvragen van een financiering. Een hogere solvabiliteit betekent voor een financier namelijk een lager risico dat de schulden op de lange termijn niet kunnen worden terugbetaald. Over het algemeen wordt door financieel experts een waarde van 25% als de ondergrens van een gezonde solvabiliteit beschouwd.

Wat is liquiditeit?

Met liquiditeit kan je als onderneming bepalen of je kan voldoen aan de kortlopende betaalverplichtingen. Een onderneming is liquide als dit voor haar geen probleem is. Lukt dit niet, dan zijn in dat geval extra financiële middelen nodig om het voortbestaan van de onderneming te kunnen garanderen. De liquiditeit van een bedrijf kun je met behulp van de current ratio berekenen. Deze ratio geeft de mate aan waarin het kort vreemd vermogen uit de vlottende activa betaald kunnen worden. Met een current ratio van minimaal 1,5 wordt een onderneming door financieel experts over het algemeen beschouwd als financieel gezond.

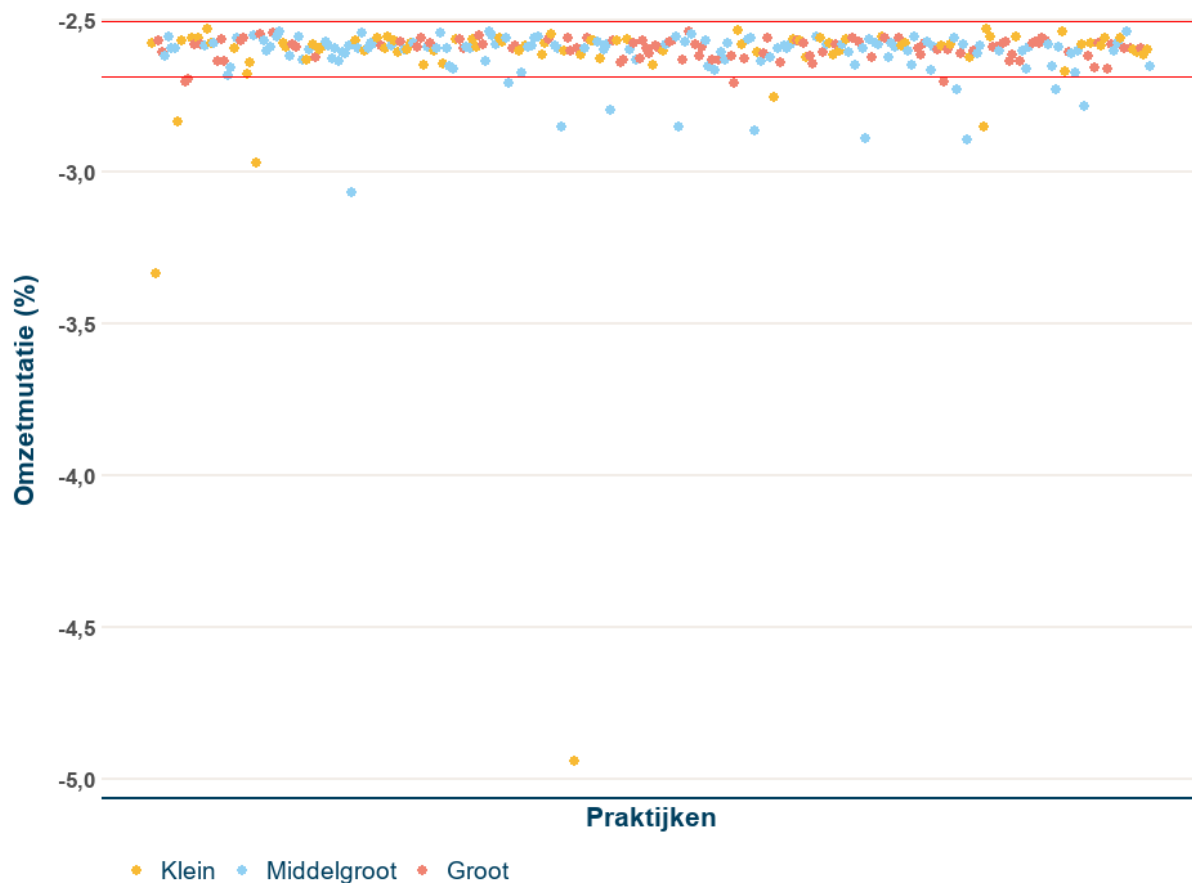
In onderstaande tabel hebben we de liquiditeit en solvabiliteit per subpopulatie en landelijk voor 2021 en 2022 opgenomen. Uit de resultaten blijkt dat een gemiddelde praktijk – ook binnen alle subpopulaties – voldoet aan de grenswaarden voor financiële gezondheid.

Financiële kengetallen 2021 en 2022					
Jaar	Kengetal	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
2021	Liquiditeit	2,60	2,33	2,70	2,43
	Solvabiliteit	60,3%	57,7%	63,5%	59,2%
2022	Liquiditeit	2,73	2,13	2,55	2,27
	Solvabiliteit	62,1%	56,3%	61,6%	57,9%

Tabel 6.2.2.1 – Financiële kengetallen 2021 en 2022

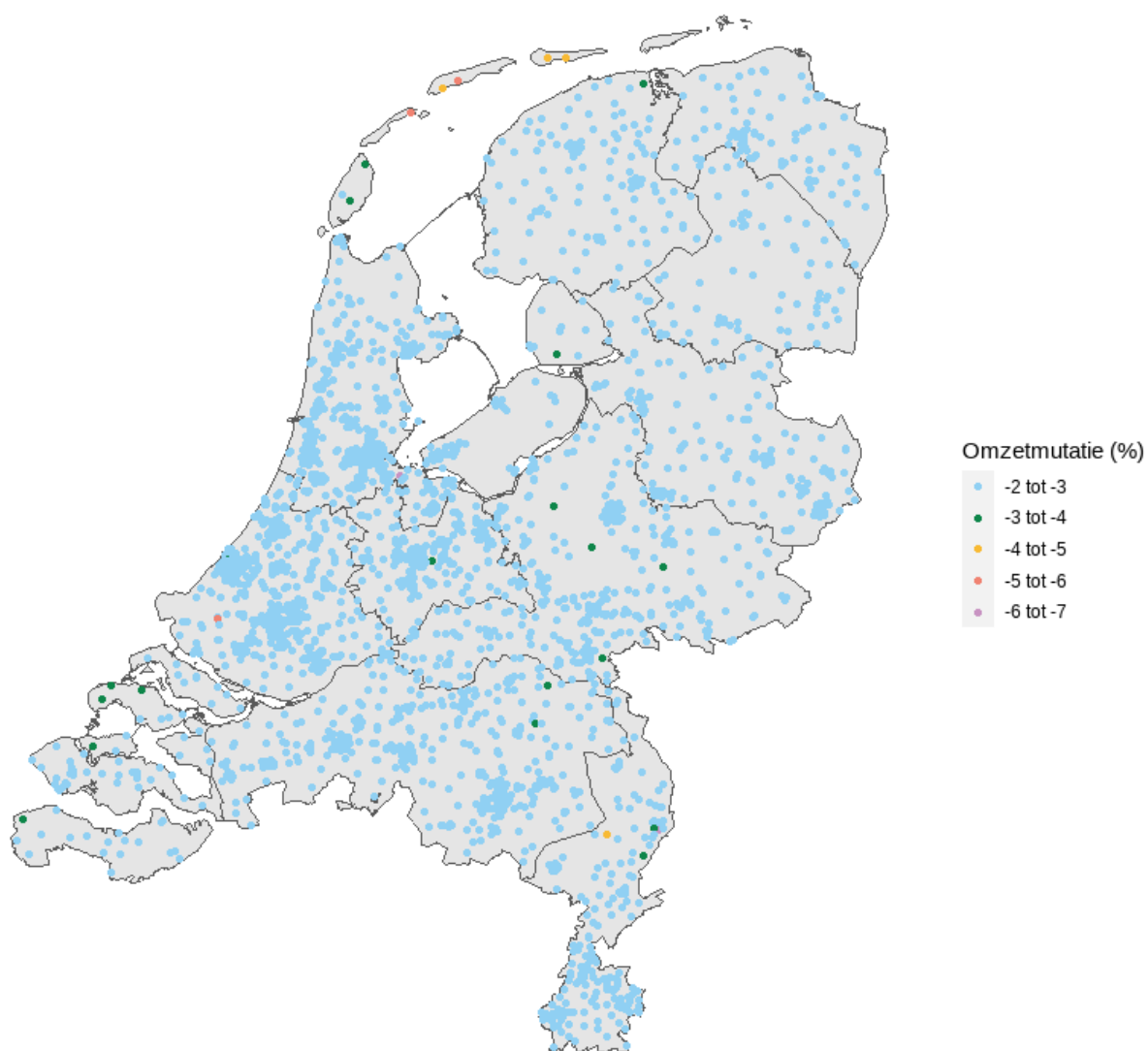
6.2.3 Verwachte omzetmutatie per praktijk

In deze paragraaf gaan we in op de verwachte omzetmutatie per praktijk naar aanleiding van de tariefherijking. We hebben voor elke praktijk een vergelijking gemaakt van de berekende verwachte omzet op basis van het huidige maximumtarief (prijsspeil definitief 2022) en het herijkte maximumtarief voor 2022. In onderstaand figuur doen we dit voor alle praktijken uit de steekproef en in het figuur daaronder voor alle praktijken. De analyses zijn uitgevoerd op basis van declaratiegegevens uit Vektis. Dit betekent dat alleen declaraties die via zorgverzekeraars lopen in deze analyse zijn meegenomen.



Figuur 6.2.3.1 – Effectanalyse verwachte omzetmutatie (prijspeil 2022) praktijken in de steekproef

Uit de effectanalyse blijkt dat de verwachte omzetmutatie zich beweegt tussen -2,5% en -2,7%. Bij de meeste praktijken verwachten we een omzetmutatie van -2,6%. Deze praktijken vertegenwoordigen samen ruim 93% van de totale omzet. Praktijken waarbij het tariefeffect groter is zijn praktijken die relatief veel passantenconsulten leveren.



Figuur 6.2.3.2 – Effectanalyse verwachte omzetmutatie (prijspeil 2022) alle praktijken

Landelijk zien we eenzelfde beeld als bij de praktijken uit de steekproef. Praktijken waarbij de omzetmutatie sterker is, betreffen voornamelijk praktijken in toeristische gebieden met daardoor relatief veel passanten.

7 Overige verantwoording

In dit hoofdstuk gaan we in op de onderbouwing van de prestaties die niet zijn afgeleid de basistarieven. Daarnaast lichten we de onderbouwing van de prestaties voor huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, de arbeidskosten van huisartseigenaren, de differentiatie van het inschrijftarief en de herijking van de postcodelijst achterstandswijken toe.

7.1 Prestaties niet onderbouwd door basistarieven

Zoals in paragraaf 2.2.3 beschreven, worden onderstaande prestaties wel tarief gereguleerd, maar niet door een van de basistarieven onderbouwd.

- Module poh-ggz
- Meer tijd voor de patiënt
- Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd
- Anw-verrichtingen in hds
- Anw-verrichtingen buiten hds
- Verbruiksmaterialen (tegen kostprijs)
- Kostenvergoedingen (tegen kostprijs, met uitzondering van prestatie 'Kosten voor het maken van een ECG')
- Module achterstandsfonds

In deze paragraaf beschrijven we hoe deze prestaties zijn onderbouwd.

7.1.1 Module poh-ggz

De vergoeding voor de kosten van de opslag poh-ggz is een maximumbedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde. Het bedrag per verzekerde wordt berekend aan de hand van de volgende formule:

$$0,783 * (\text{arbeidskosten poh-ggz} + \text{praktijkkosten poh-ggz}) / \text{rekennorm poh-ggz}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (voorlopig prijspeil 2025) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten poh-ggz	Managementtijd huisarts	€ 27.362,21
Praktijkkosten poh-ggz	Personeelskosten: Praktijkondersteuner	€ 101.032,15
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 16.020,39
Rekennorm poh-ggz	2,25 x 2.439*	5.488
Factor	Deze factor bepaalt welk deel van de arbeidskosten poh-ggz en praktijkkosten poh-ggz verdisconteerd is in het module tarief.	0,783**
Opslagtarief per jaar		€ 20,61

* Deze rekennorm is gelijkgetrokken met de rekennorm voor het basis inschrijftarief. Het effect hiervan is gecompenseerd middels de factor 0,783.

Concreet betekent dit dat de NZa-onderbouwing van het tarief van de module ook in 2025 neerkomt op 1 fte poh-ggz op 7.050 ingeschreven verzekerden. Per 2024 is conform de afspraken in het IZA het maximumaantal uren poh-ggz per normpraktijk met 4 uur verhoogd tot 16 uur.

** Op basis van de uitkomsten van het kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2022 daalt het consulttarief met 2,7%. Hierdoor worden er procentueel minder opbrengsten behaald uit de declaratie van de consulten poh-ggz. Via de factor wordt hiervoor gecorrigeerd.

Tabel 7.1.1.1 – Formulecomponenten poh-ggz (voorcalculatorisch prijspeil 2025)

Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

7.1.2 Meer tijd voor de patiënt

Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) heeft als doelstelling de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg, patiënttevredenheid en werkplezier te verbeteren, zorgkosten te beheersen en samenwerking met het netwerk te versterken.

De prestatie omvat een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit waardoor het mogelijk wordt om meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het “goede gesprek” met de patiënt te voeren.

Het tarief van de prestatie is een bedrag per kwartaal per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerde. De NZa stelt het maximumtarief voor de prestatie vast op € 3,23 per kwartaal (voorcalculatorisch niveau 2025). De hoogte van het tarief is als volgt berekend:

- In het eerste kwartaal van 2024 bedroeg het gemiddelde gecontracteerde tarief voor de segment 3 prestatie 31453 € 3,09 (€ 3,08993), gebaseerd op een gedeclareerd bedrag van € 42.9 miljoen en 13,9 miljoen declaraties.
- Het gecontracteerde tarief op voorcalculatorisch niveau 2024 wordt vervolgens geïndexeerd met het gewogen indexatiepercentage voor loon (OVA) en materiaal (PPC) 2024/2025 van 4,62%, bestaande uit i) de inhaal over 2024, zijnde het verschil tussen het voorcalculatorisch en definitief indexatieniveau 2024 (+ 0,96%) en ii) de voorcalculatie 2025 (+ 3,66%).

Per ingeschreven gemoedsbezwaarde kan eenmaal per jaar een bedrag van maximaal € 12,93 (voorcalculatorisch niveau 2025) als opslag op het consulttarief gemoedsbezwaarden in rekening worden gebracht. De opslag wordt verdisconteerd in het consulttarief per direct patiëntcontact.

7.1.3 Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Naar aanleiding van de CBb-uitspraken van 1 december 2015 en 3 november 2016 heeft de NZa onderzoek gedaan onder aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars. Dit onderzoek heeft gegevens opgeleverd over de inhoud van de prestaties, de opbrengsten, de kosten, de tarieven en de gehanteerde contractuele afspraken. Onderstaande beschrijving bevat geen detailinformatie over de onderzoeksresultaten, omdat dit de markt voor multidisciplinaire zorg, een markt met in beginsel vrije tarieven, onwenselijk zou kunnen beïnvloeden. Wel wordt hieronder beschreven hoe de NZa tot de afbakening van de prestaties is gekomen, welke kosten wel/niet gedekt worden door het maximumtarief en hoe dat maximumtarief is bepaald. In de laatste sub paragraaf wordt ingegaan op het onderwerp indexering.

Prestaties

Uit onderzoeksgegevens is gebleken dat de onderzochte zorggroepen vrijwel alle ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 (DM2) aanbieden in 2015. De zorgketens Cardiovasculair Risicomanagement – Verhoogd Vasculair Risico (CVRM–VVR) en Astma blijken nog niet gebruikelijk. De overige twee zorgketens, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Cardiovasculair Risicomanagement – Hart- en Vaatziekten (CVRM–HVZ) vormen met ca. driekwart resp. tweederde een tussengroep qua gebruikelijkheid.

Op basis van die gegevens heeft de NZa besloten om per 1 januari 2018 drie nieuwe prestaties in het leven te roepen voor niet gecontracteerde multidisciplinaire zorg:

- Multidisciplinaire zorg Diabetes Mellitus type 2 bij een zorgverlener zonder contract
- Multidisciplinaire zorg COPD bij een zorgverlener zonder contract
- Multidisciplinaire zorg HVZ bij een zorgverlener zonder contract.

Afbakening

Voor alle drie de ketens blijkt het gebruikelijk dat aanbieders (financierings)afspraken hebben met de onderaannemers die huisartsenzorg leveren en die diëtetiek leveren. Omdat bovendien de poh-s deels wordt ingezet voor huisartsenzorg en deels voor (niet gespecialiseerde) diëtetiek, en die inzet op basis van de onderzoeksgegevens niet te scheiden is, heeft de NZa besloten de kosten van huisartsenzorg en diëtetiek te includeren in de prestatie en het tarief.

Vaak, bij DM2 zelfs zeer vaak, zijn er nog meer zorgvormen onderdeel van het overeengekomen tarief, maar er is ook grote variatie tussen aanbieders in welke zorgvormen dit zijn en de kosten daarvan. Aangezien de betreffende zorgverleners hun aandeel in de ketenzorg ook via hun 'eigen' (monodisciplinaire) prestaties in rekening kunnen brengen, heeft de NZa besloten deze zorg geen onderdeel te maken van prestatie of tarief.

Uitzondering op het direct voorgaande is de inzet van de diabetes- en COPD-verpleegkundige. Voor deze zorg is geen separate betaaltitel. Bovendien is het aannemelijk dat in de gevallen waar geen gespecialiseerd verpleegkundige wordt ingezet, vergelijkbare zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts; die kosten zijn dan aangevoerd onder de kosten voor huisartsenzorg. Om die reden heeft de NZa besloten om de in het onderzoek opgevoerde kosten van

verpleegkundige zorg ook mee te nemen bij de tariefbepaling. Eventuele inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige is daarmee ook onderdeel van de prestatie en het tarief van de DM2-keten.

Voor het bepalen van een passend maximumtarief is gekeken naar de kosten die respondenten van het onderzoek toegerekend hebben aan bovenstaande drie aspecten: organisatie van de gehele keten, huisartsenzorg, diëtetiek en gespecialiseerd verpleegkundige zorg.

Specifieke inhoud tarief

Het maximumtarief voor de prestaties biedt een vergoeding voor:

- de organisatie van multidisciplinaire zorg;
- de huisartsenzorg, incl. de eventuele inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige;
- de diëtetiek.

Organisatie

Onderstaande specificaties zijn alle ontleend aan contractuele afspraken die op dit moment gebruikelijk zijn. Dit is gebleken uit de opgegeven contractuele afspraken in het onderzoek.

Onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief zijn alle handelingen die de aanbieder van multidisciplinaire zorg moet verrichten om zijn patiënten conform de geldende NZa-regels (waaronder de Regeling multidisciplinaire zorg) te informeren over de zorg die hij levert, en door wie deze geleverd wordt met de daarbij behorende prestaties en tarieven – waaronder eigen bijdragen –, klachtenregeling en wachttijden.

Onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief zijn alle handelingen die de aanbieder van multidisciplinaire zorg moet verrichten om de zorg te leveren in overeenstemming met de relevante geldende wet- en regelgeving, waaronder in ieder geval begrepen de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Onderdeel van de prestaties en bijbehorend tarief voor multidisciplinaire zorg is het opstellen en onderhouden van een kwaliteitsbeleid inclusief kwaliteitscyclus voor de aanbieders binnen het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Inhoudelijke scholing en scholing gericht op multidisciplinair samenwerken aan zorgverleners zodat hun competentie passen bij de van hen verlangde taken in het kader van de afgesproken zorgprogramma's kan hier onderdeel van zijn en is tevens onderdeel van de prestatie en bijbehorend tarief.

Als de patiënt op basis van de zorgstandaard of overige vigerende richtlijnen is aangewezen op andere vormen van zorg (zoals gespecialiseerde voetzorg, medisch specialistische zorg, farmacie en medicatie, eerstelijns diagnostiek etc.) dan biedt het tarief een vergoeding voor de noodzakelijke coördinatie en begeleiding van de patiënt conform zorgstandaard, inclusief alle hiermee samenhangende kosten voor organisatie en infrastructuur.

Huisartsenzorg

De maximumtarieven bieden tevens een vergoeding voor de kosten van het geheel aan huisartsenzorg, inclusief alle kosten voor een gespecialiseerd verpleegkundige, een kaderhuisarts, stoppen met rokenprogramma (uitgezonderd kosten voor medicatie), en:

- Bij DM2: alle kosten van diabetesteststrips, spleetlamponderzoek door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts, instellen op insuline en structurele diabetesbegeleiding; en tevens kosten voor consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de DM2-aandoening

van de patiënt. Ook biedt het vergoeding voor het geheel aan huisartsenzorg aan HVZ-patiënten in de DM2-keten, inclusief alle kosten voor Dopplersonderzoek en 24-uursbloeddrukonderzoek; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de HVZ-aandoening van de patiënt.

- Bij COPD: alle kosten voor longfunctiemeting; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de COPD-aandoening van de patiënt
- Bij CVRM-HVZ: alle kosten voor Dopplersonderzoek en 24-uursbloeddrukonderzoek; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de HVZ-aandoening van de patiënt.

Diëtetiek

De maximumtarieven bieden tevens een vergoeding voor de kosten van het geheel aan diëtetiek, voor zover die samenhangt met de voor de betreffende prestatie relevante aandoening(en):

- Bij DM2: DM2 en HVZ,
- Bij COPD: COPD,
- Bij CVRM-HVZ: HVZ.

Niet inbegrepen

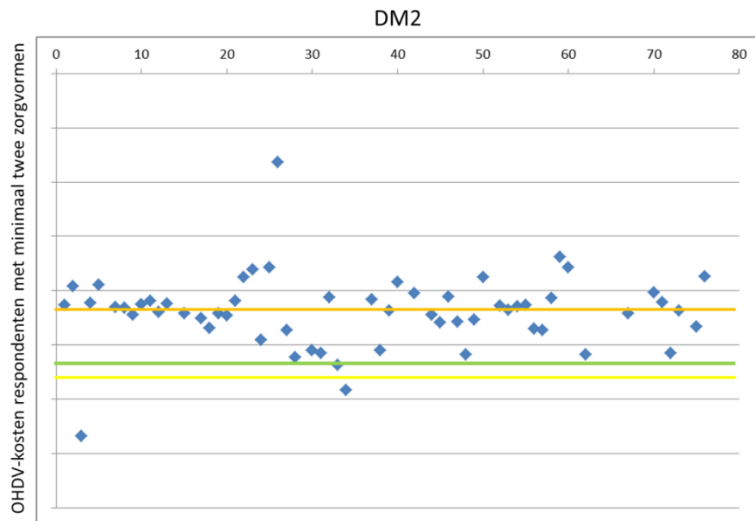
Het tarief biedt geen vergoeding voor de kosten voor zorg geleverd door bijvoorbeeld de podotherapeut of de medisch specialist. Deze kosten kunnen separaat in rekening worden gebracht door deze zorgaanbieders op basis van de geldende declaratietitels voor voetzorg, medisch specialistische zorg etc.

Methode tariefbepaling

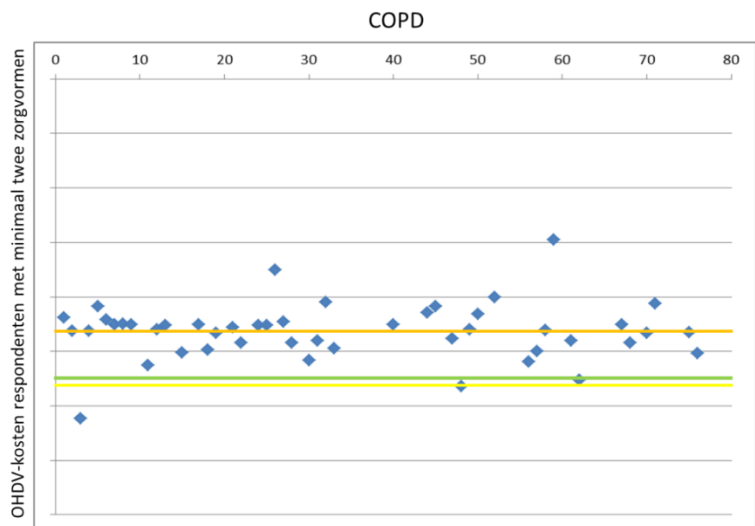
De NZa heeft vanuit de onderzoeksgegevens de maximumtarieven voor de drie prestaties bepaald door:

- Van alle respondenten (zorgaanbieders) met gevalideerde data eerst die respondenten te selecteren die in de betreffende keten minstens twee zorgvormen in het integrale tarief hebben opgenomen. Van deze respondenten de som van de kosten van organisatie, huisartsenzorg, diëtetiek en verpleging (OHDV-kosten) voor die keten per patiënt per kwartaal te bepalen.
- De respondenten waarvan de OHDV-kosten meer dan 1,96 standaarddeviaties van het gemiddelde liggen buiten beschouwing te laten (de overgebleven waarnemingen liggen in het 95%-betrouwbaarheidsinterval als sprake is van een normale verdeling).
- Het tarief vast te stellen op het laagste OHDV-kostenniveau van de overgebleven groep, tenzij analyse van de data bij deze respondent uitwijst dat er een goede reden is om ook deze respondent buiten beschouwing te laten, bijvoorbeeld als aan de aanbieder substantieel lagere eisen worden gesteld, of als het aannemelijk is dat er substantiële kosten voor huisartsenzorg verborgen zitten in andere zorgvormen. In dat geval wordt deze stap herhaald.

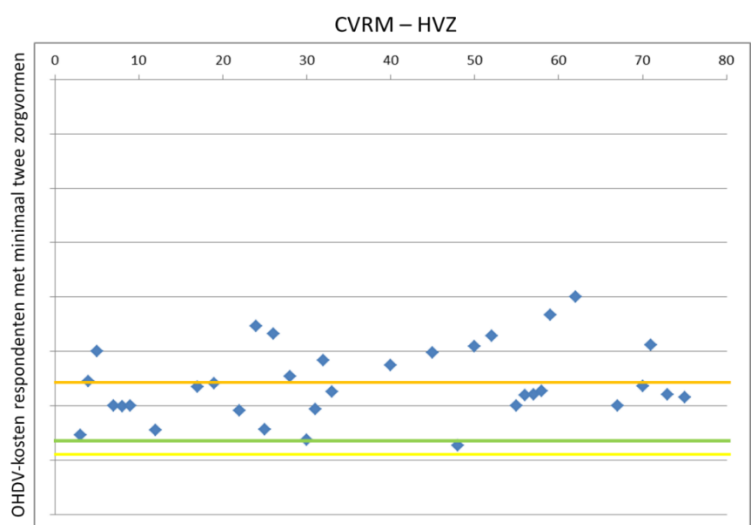
Onderstaande drie grafieken tonen bovenstaande procedure. In iedere grafiek zijn de blauwe punten de OHDV-kosten van de respondenten met minimaal twee zorgvormen in het integrale tarief. De oranje lijn ligt op het niveau van het gemiddelde; de gele lijn op het niveau van het gemiddelde minus 1,96 standaarddeviaties. De groene lijn markeert het maximumtarief.



Figuur 7.4.1 – OHDV-kosten DM2



Figuur 7.4.2 – OHDV-kosten COPD



Figuur 7.4.3 – OHDV-kosten CVRM-HVZ

Toepassing van bovenstaande procedure op de data resulteert in de volgende maximumtarieven per patiënt per kwartaal (prijspeil 2015):

- DM2: € 59,52
- COPD: € 47,15
- CVRM-HVZ: € 25,52.

Indexering

Bovenstaande bedragen met prijspeil 2015 moeten op prijspeil 2018 worden gebracht. In het onderzoek is informatie verzameld over de ontwikkeling van de overeengekomen tarieven in de periode 2014 tot en met 2017. Onderstaande tabel toont het prijsverschil tussen 2017 en 2015, waarbij voor 2015 wordt uitgegaan van het tariefniveau exclusief nacalculatie: het overeengekomen tarief gebruikt voor declaraties gedurende 2015.

Keten	Gemiddelde prijsontwikkeling
DM2	- 1,4%
COPD	- 1,3%
CVRM-HVZ	+ 0,4%

Tabel 7.4.1 – Prijsontwikkeling 2015 – 2017

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde overeengekomen tarieven voor de drie ketens in de periode 2015-2017 niet of nauwelijks zijn gestegen. Dit is in lijn met de conclusies uit twee rapporten van NIVEL. Om die reden past de NZa geen indexering toe op de maximumtarieven van prijspeil 2015 naar prijspeil 2018. Met ingang van 2019 worden de tarieven geïndexeerd met het vastgestelde prijspeil 2018 als uitgangspunt, waarbij aangesloten wordt bij de indexatiesystematiek zoals deze voor segment 1 wordt gehanteerd, op basis van een gewogen gemiddelde.

7.1.4 Anw-verrichtingen in hds

Voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds) zijn voor incidentele en acute huisartsenzorg in avond-, nacht- en weekenduren maximum uurtarieven van kracht.

Bij de herijking van de maximum anw-uurtarieven per 1 januari 2023 is het toen vigerende arbeidskostenbestanddeel prijspeil voorcalculatorisch 2023: € 161.350,67) als basis genomen. Dit bedrag is gedeeld door 2.080 uren (52 weken * 40 uren per week), wat resulteert in een basis uurvergoeding van € 77,57 (voorcalculatorisch niveau 2023). Voor de opslagpercentages is in de basis gekeken naar de opslagpercentages voor anw-zorg in de cao huisartsenzorg: 30% avond, 50% weekend, 50% nacht en 60% feestdag. De NZa heeft de beleidsmatige keuze gemaakt om de opslagpercentages voor de nacht en officiële feestdagen te verhogen naar 70%. Dit resulteert in de volgende opslagpercentages: 30% avond, 70% nacht, 50% weekend, 70% feestdag (incl. kerst- en oudjaarsavond). Aan het verhogen van de opslagpercentages voor de nacht en officiële feestdagen liggen de volgende argumenten ten grondslag:

- verschillende hds'en hebben in de jaren voorafgaand aan de herijking en differentiatie van de anw-uurtarieven aangegeven dat de diensten in de nacht en op officiële feestdagen als het meest belastend wordt ervaren door huisartsen, en dat hds'en deze diensten het lastigst ingevuld krijgen;
- alle partijen hebben dit beaamd tijdens het technisch overleg over de herijking en differentiatie van de anw-uurtarieven;

- een hoger opslagpercentage voor de nacht en officiële feestdagen (ten opzichte van de avond en het weekend) doet recht aan de zwaarte van de belasting van de dienst.

De anw-uurtarieven brengen huisartsen in rekening bij de hds waarin zij participeren. Onder bepaalde voorwaarden kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht van maximaal € 15,00 bovenop de anw-uurtarieven. Jaarlijks vindt vanuit deze basis een aanpassing (indexering) van de anw-uurtarieven plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

7.1.5 Anw-verrichtingen buiten hds

Voor huisartsen die niet participeren in een hds is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren een apart consulttarief van kracht. Het maximum basistarief voor een consult voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht-, en weekenduren wordt als volgt berekend:

$$\text{Basistarief anw-consult} = (\text{arbeidskostenbestanddeel anw-uren} + \text{praktijkkosten anw-uren}) / \text{rekennorm anw-consulteren}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2023) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten anw	Tijd huisarts	€ 26.935,28
Praktijkkosten anw	Overige kosten	€ 979,17
Rekennorm anw		480

Tabel 7.1.4.1 – Formulecomponenten anw, prijspeil 2023

Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

Op grond van de prestatie consult is een aantal anw-werkzaamheden getypeerd. Door middel van factoren zijn voor die prestaties maximumtarieven bepaald. Het maximumtarief voor de in de onderstaande lijst genoemde anw-prestaties wordt bepaald door het basistarief anw-consult met de bijbehorende factor te vermenigvuldigen:

Prestatie	Factor
Consult avond, nacht of weekend korter dan 5 minuten	0,5
Consult avond, nacht of weekend vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult avond nacht of weekend 20 minuten en langer	2,0
Visite avond, nacht of weekend korter dan 20 minuten	1,5
Visite avond, nacht of weekend 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie avond, nacht of weekend	0,5

Tabel 7.1.4.2 – Factoren anw-verrichtingen buiten hds

7.1.6 Verbruiksmaterialen en kostenvergoedingen

Deze prestaties kunnen tegen kostprijs in rekening worden gebracht.

7.1.7 Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)

Het maximumtarief voor de vergoeding van de kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje) bedraagt € 9,59.

7.1.8 Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken

Het maximumtarief voor de vergoeding van reiskosten samenhangend met keuringen en onderzoeken bedraagt € 0,23 per retourkilometer (= twee gewone kilometers) vanaf vijf retourkilometers.

7.1.9 Module achterstandsfonds

Het maximumtarief per verzekerde in een achterstandswijk per jaar bedraagt € 3,64. Dit bedrag per verzekerde is lager dan het tarief dat tot en met 2018 van kracht was. Door de verschuiving van het afkappunt van 924.345 naar 1.500.000 inwoners waarvoor een opslag in rekening kan worden gebracht, wordt echter landelijk het gelijke bedrag opgehaald als in 2018.

7.2 Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf

Voor de prestaties huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf geldt dat deze eerst zijn onderbouwd en vervolgens als factor van het basistarief regulier consult zijn uitgedrukt. In deze paragraaf beschrijven we hoe deze prestaties oorspronkelijk zijn onderbouwd.

De visites aan patiënten in een eerstelijnsverblijf-setting hebben een hoger tarief dan reguliere visites, omdat het gaat om een specifieke groep patiënten met een hogere zorgzwaarte dan gemiddeld. Bij het opnemen van deze prestaties in de Zvw per 2017 is voor het tarief aansluiting gezocht bij het tarief van de prestaties intensieve zorg, eveneens visites aan patiënten met een hogere zorgzwaarte.

Omdat de zorgzwaarte van intensieve zorg-patiënten (zzp5 of hoger, of palliatief-terminaal) wel nog hoger ligt dan de zorgzwaarte van elv-patiënten, hebben we een afslag op de intensieve zorg tarieven toegepast om te komen tot de elv-tarieven. Voor de juiste afslag hebben we aansluiting gezocht bij de behandelcomponenten in de zzp-tarieven, die ook oplopen met hogere zorgzwaarte. De verhouding tussen elv-tarief en intensieve zorg-tarief is gelijk aan de verhouding tussen de behandelcomponenten van zzp3 enerzijds en een gewogen gemiddelde van zzp6 en zzp10 anderzijds. In formules:

elv-tarief	=	Behandelcomponent zzp3
-----		-----
Intensieve zorg-tarief		Behandelcomponent zzp6/10

ofwel

Behandelcomponent zzp3
elv-tarief = intensieve zorg-tarief * -----
Behandelcomponent zzp6/10

Het quotiënt van de behandelcomponenten bedraagt 82% en is als volgt berekend. De medische behandelcomponenten zzp vv3, zzp vv6 en zzp vv10 in de tarieven voor het jaar 2016 bedragen respectievelijk € 26,95, € 30,18 en € 38,07 (zie de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2016). Voor het gewogen gemiddelde van zzp6 en zzp10 hebben we aansluiting gezocht bij de patiëntaantallen in de huidige subsidieregeling elv die een indicatie ontvangen voor elv-intensief (zzp6) dan wel elv-palliatief-terminaal (zzp10). De verhouding tussen deze patiëntaantallen is 65%-35% (zie CIZ-rapportage Subsidieregeling eerstelijnsverblijf).

De factor van 82% wordt toegepast op de gemiddelde intensieve zorg-tarieven 2017, weergegeven in onderstaande tabel:

Gem. tarief 2017	Bedrag
Intensieve zorg, dag	€ 83,19
Intensieve zorg, anw	€ 127,88

Bron: Vektis, bewerking NZa

Tabel 7.2.1 – Tarieven intensieve zorg

Dit resulteert in de elv-tarieven (prijsspeil 2017) in onderstaande tabel. Die tarieven worden in de tabel ook afgezet tegen de hoogte van het basispassantentarief (€ 26,94 definitief niveau 2017). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening.

	Tarief pp 2017	Verhouding met consulttarief
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf overdag, korter dan 20 minuten	€ 40,73	4,37
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf overdag, 20 minuten en langer	€ 70,57	7,57
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten	€ 70,01	7,51
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer	€ 108,51	11,64

Tabel 7.2.2 – Tarieven en factoren huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf

7.3 Arbeidskosten van huisartseigenaren

De NZa heeft Berenschot gevraagd om de normatieve arbeidskostencomponent (hierna nac) te herijken. Voor praktijkhouders, werkzaam in de gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen, de huisartsenzorg, tandheelkunde, orthodontie en de eerstelijns verloskunde is de nac, naast de praktijkkosten (bijvoorbeeld huisvestingskosten, loonkosten, kantoorkosten), onderdeel van de

tariefonderbouwing. De nac omvat een integrale vergoeding van de arbeidskosten van de praktijkhouder en ziet zowel toe op het uitoefenen van de functie (het functiehouderschap) als op het praktijkhouderschap.

Voor de vijf verschillende beroepscategorieën zijn functiebeelden opgesteld die zowel het functiehouderschap als het praktijkhouderschap omvatten. De functiezwaarte van deze functiebeelden is met het Universeel Systeem Berenschot (USB) bepaald. Op basis van deze functiezwaarte is er een benchmark voor de primaire beloning uitgevoerd. Voor de benchmark gold de zorgsector, met grootste drie cao's voor ziekenhuizen, VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg) en gehandicaptenzorg, als referentiemarkt. Als laatste stap zijn de toeslagen op de primaire beloning voor sociale lasten bepaald.

De nac voor de praktijkhoudend huisarts is weergegeven in onderstaande tabel (prijspeil definitief niveau 2024). Deze is door Berenschot herijkt en beschreven in het rapport ['Naar functiezwaarte belonen – onderzoeksrapport herijking van de arbeidskosten voor praktijkhouders werkzaam in de gecombineerde leefstijlinterventie, huisartsenzorg, orthodontie, tandheelkunde en verloskunde'](#)

Functie	Functiezwaarte (USB-score)	Primaire beloning	Sociale lasten totaal	Totale nac
Praktijkhoudend huisarts	374	€ 158.821	€ 35.531	€ 194.352

Tabel 7.3.1 Totale normatieve arbeidskostencomponent praktijkhoudend huisarts

Op voorcalculatorisch niveau 2025 is de nac € 202.476.

7.4 Differentiatie inschrijftarief

Voor de berekening van de inschrijftarieven maken we gebruik van het zorgzwaarte model van NIVEL³. Het inschrijftarief bestaat uit twee componenten. Eén component is het basistarief inschrijving. Dit is een vast bedrag dat de huisarts voor al zijn ingeschreven verzekerden per kwartaal in rekening brengt. De tweede component is de differentiatie op het inschrijftarief op basis van het zorgzwaarte model van NIVEL. De differentiatie bestaat uit een opslag die de huisarts in rekening brengt voor alle ingeschreven verzekerden. Voor patiënten met specifieke zorgzwaarte kenmerken, als leeftijd en woonachtig in een opslagwijk, krijgt de huisarts een hogere opslag.

Het rekenmodel om tot de opslag op het basistarief Inschrijving te komen is beschreven in Bijlage D Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren uit het rapport van NIVEL. Het verschil met de opstelling van NIVEL is dat we voor de berekening van de inschrijftarieven met landelijke declaratiedata van Vektis rekenen. We hebben het rekenmodel teruggebracht naar vier stappen:

1. Bepalen zorgzwaartefactor per kenmerk.
2. Bepalen aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden.
3. Bepalen constante opslagbedrag per rekeneenheid.
4. Afleiden landelijke opslagfactor.

³ Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte, NIVEL (2016).

Als uitgangspunt voor de berekening van de opslagfactoren gebruiken we de tarieven zoals deze van kracht waren in 2015 (prijspeil 2015 voorcalculatorisch (VC)), vanwege aansluiting bij de Vektis dataset (2015). De resulterende opslagfactoren worden vervolgens toegepast op de herijkte tarieven 2018 waarin de resultaten van het kostprijsonderzoek zijn verwerkt.

De berekening is in eerste instantie omzetneutraal uitgevoerd. Dat betekent dat alle gelden toegerekend aan het basistarief Inschrijving en de differentiatie op het inschrijftarief constant zijn gehouden. We hanteren de omzetbedragen, zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Prestatie	Gedeclareerde Vektis omzet 2015 (VC)
Basis inschrijving	€ 810.679.125
Differentiatie inschrijving	€ 252.198.503
Inschrijving	€ 1.062.877.628

Tabel 7.2.1 – Omzetbedragen Inschrijving

Stap 1: Bepalen zorgzwaartefactor per kenmerk.

De zorgzwaartefactoren zijn afgeleid van het zorgzwaarte model van NIVEL. Hierbij hebben we twee normatieve elementen aangebracht.

Het model van NIVEL heeft voor de leeftijdsgroep 75 – 84 geen significante coëfficiënt opgeleverd. Met behulp van kwadratische interpolatie hebben we voor dit kenmerk normatief een zorgzwaarte coëfficiënt afgeleid. Voor het kenmerk opslagwijk is er eveneens normatief een zorgzwaarte coëfficiënt afgeleid, door in eerste instantie de gelden voor achterstand gelijk te houden.

In de volgende tabel zijn de zorgzwaartefactoren per kenmerk weergegeven.

Opslagwijk	Leeftijd	Zorgzwaarte factor	Normering zzfactor *	Verzekerden-jaren
geen	tot 65	0,04	1,00	12.478.454
geen	65-74	0,09	2,14	1.689.243
geen	75-84	0,24	5,99	910.396
geen	85 plus	0,50	12,54	335.778
opslagwijk	tot 65	0,07	1,72	667.811
opslagwijk	65-74	0,12	2,86	63.496
opslagwijk	75-84	0,27	6,71	37.132
opslagwijk	85 plus	0,53	13,26	14.193

* zorgzwaartefactor

Tabel 7.2.2 – Zorgzwaartefactoren per kenmerk

Stap 2: Bepalen aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden.

De tarieven zijn gebaseerd op jaarbedragen. De declaraties vinden echter per kwartaal plaats. Om tot een goede inschatting van het aantal verzekerde personen te komen berekenen we het aantal verzekerdenjaren, dat gelijk is aan het totaal aantal declaraties van de prestatie inschrijving gedeeld door vier. Het aantal verzekerdenjaren is weergegeven in Tabel .

Het aantal zorgzwaarte rekeneenheden voor alle ingeschreven verzekerden is gelijk aan het somproduct van de genormeerde zorgzwaartefactor maal het aantal verzekerdenjaren en is gelijk aan 27.521.122.

Stap 3: Bepalen constante opslagbedrag per rekeneenheid.

Om het constante opslagbedrag te bepalen delen we de totale omzet van de prestatie differentiatie inschrijving, zie tabel 7.2.1, door het aantal zorgzwaarte rekeneenheden. De constante is afgerond gelijk aan € 9,16.

Stap 4: Afleiden landelijke opslagfactor.

De afleiding van de opslagfactoren volgt door de constante met de genormeerde zorgzwaartefactor te vermenigvuldigen en daarbij het basistarief van € 50,05 (2015 VC) op te tellen. Delen door het basistarief resulteert tenslotte in de opslagfactor. Delen door het jaarbedrag van de groep zonder kenmerk (jonger dan 65 en geen opslagwijk) resulteert in een genormeerde opslagfactor.

Opslagwijk	Leeftijd	Opslag	Jaarbedrag	Opslagfactor	Normering ofactor *
geen	tot 65	€ 9,16	€ 59,22	1,183	1,000
geen	65-74	€ 19,61	€ 69,66	1,392	1,176
geen	75-84	€ 54,86	€ 104,92	2,096	1,772
geen	85 plus	€ 114,91	€ 164,96	3,296	2,786
opslagwijk	tot 65	€ 15,76	€ 65,82	1,315	1,111
opslagwijk	65-74	€ 26,21	€ 76,26	1,524	1,288
opslagwijk	75-84	€ 61,46	€ 111,52	2,228	1,883
opslagwijk	85 plus	€ 121,51	€ 171,56	3,428	2,897

* opslagfactoren uitgedrukt in factoren relatief aan het inschrijftarief tot 65, geen opslagwijk.

Tabel 7.2.1 – Opslagfactor differentiatie inschrijftarief

Stap 5: Toevoeging budget opslagwijken

Besloten is om de zorgzwaarte in opslagwijken extra te compenseren door middel van de inzet van een macrobedrag van € 10 miljoen (prijspeil 2018). Het totale toe te voegen bedrag delen we door de som van de verzekerdenjaren in opslagwijken over alle leeftijdscategorieën. In tabel 3.4 is te zien hoe de resulterende extra opslag van € 12,12 in combinatie met de al eerder afgeleide opslagen leidt tot de definitieve opslagfactoren.

Opslagwijk	Leeftijd	Opslag	Extra opslag	Jaarbedrag	Opslag-factor	Normering ofactor *
geen	tot 65	€ 9,16	-	€ 59,22	1,183	1,000
geen	65-74	€ 19,61	-	€ 69,66	1,392	1,176
geen	75-84	€ 54,86	-	€ 104,92	2,096	1,772
geen	85 plus	€ 114,91	-	€ 164,96	3,296	2,786
opslagwijk	tot 65	€ 15,76	€ 12,12	€ 77,94	1,557	1,316
opslagwijk	65-74	€ 26,21	€ 12,12	€ 88,38	1,766	1,492
opslagwijk	75-84	€ 61,46	€ 12,12	€ 123,64	2,470	2,088
opslagwijk	85 plus	€ 121,51	€ 12,12	€ 183,68	3,670	3,102

* opslagfactoren uitgedrukt in factoren relatief aan het inschrijftarief tot 65, geen opslagwijk.

Tabel 7.2.4 – Opslagfactor differentiatie inschrijftarief met compensatie opslagwijk

Deze opslagfactoren worden vervolgens in de tariefonderbouwing gebruikt om het herijkte basisinschrijftarief op basis van het kostprijsonderzoek op te hogen.

7.5 Herijking postcodelijst achterstandswijken

De NZa heeft in het kader van de tarieven en prestaties per 2019 en per 2023 de postcodelijst achterstandswijken herijkt. Het Nivel heeft in 2012 de herijking van genoemde postcodelijst uitgevoerd en daarover een rapport uitgebracht, waarin de methodiek uitvoerig is toegelicht. De NZa heeft bij de uitvoering van de herijking nagenoeg dezelfde methodiek gevolgd. Er zijn enkele verschillen ten opzichte van de uitgevoerde herijking in 2012. In dit hoofdstuk worden deze nader toegelicht. Aanvullend geven we weer welke methodiek gehanteerd is voor de drie alternatieve scenario's.

Bronnen en kenmerken achterstandswijk

Om de postcodelijst van achterstandswijken te herijken worden de volgende kenmerken meegenomen:

- A. % niet actieven (NAC);
- B. % laag inkomen (INK);
- C. % inwoners met niet-westerse migratieachtergrond (NWA);
- D. % inwoners met Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond (MOE)

Het CBS levert doorgaans standaard tabellen op waar deze kenmerken (deels) al inzitten. Vanwege de mix van peilmomenten en postcode niveaus, dekken deze standaard tabellen maar een deel van de informatiebehoefte die nodig is voor de herijking. Bovendien zijn er kenmerken die in de standaardtabellen op een andere manier zijn samengesteld dan het kenmerk beschrijft, zoals bijvoorbeeld het inkomen (dat in negen klassen is samengevat). Om bovenstaande redenen heeft het CBS een maatwerktablel aan de NZa opgeleverd.

De standaardtabellen, aangevuld met de maatwerktablel, bevatten informatie over alle benodigde kenmerken op verschillende postcode niveaus en peilmomenten:

Kenmerk (percentages)	Standaard / maatwerk
Niet actieven	Standaard
Niet-westerse migratieachtergrond	Standaard
Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond	Maatwerk
Laag inkomen	Maatwerk

Alle gegevens: CBS 2020, niveau PC4 en PC5. Standaardtabellen ook op niveau PC6.

Tabel 7.5.1 – Tabellen per kenmerk

Inhoudelijke wijzigingen per kenmerk

Hieronder worden de relevante (inhoudelijke) wijzigingen per kenmerk voor de herijking van 2019 ten opzichte van 2012 benoemd. Voor de herijking van 2023 hebben hier geen wijzigingen meer opgetreden.

A. Kenmerk % niet actieven

Het is niet mogelijk om dit kenmerk op dezelfde manier te definiëren als in 2012 omdat gegevens niet langer op die manier worden verzameld en vastgelegd. De nieuwe definitie van het percentage niet-actieven is gelijk aan het aantal uitkeringsgerechtigden exclusief AOW-gerechtigden per postcodegebied, gedeeld door het totaal aantal inwoners van ditzelfde postcodegebied.

B. Kenmerk % laag inkomen

Het CBS berekent zowel op het niveau van huishoudens als van personen het percentage laag inkomen. De NZa heeft bij deze herijking na afstemming met veldpartijen het percentage per huishouden gebruikt voor de berekening van de index.

C. Samengesteld kenmerk % inwoners met niet-westerse en Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond

De definitie voor het kenmerk % inwoners met niet-westerse migratieachtergrond is ongewijzigd. Omdat de problematiek van deze groep (mindere beheersing van de Nederlandse taal en verschillen in cultuur) overeenkomt met die van het kenmerk % Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond heeft de NZa ten behoeve van de herijking een gecombineerde parameter gemaakt van deze twee groepen.

Gebieden met een te laag aantal inwoners

Naast de genoemde tabellen, is een standaard tabel van het CBS gebruikt waarin voor alle adressen in Nederland de naam van de buurt, de wijk en de gemeente staan. Deze tabel is nodig om op buurtniveau te dunbevolkte gebieden uit te kunnen filteren.

Bij de herijking in 2012 zijn postcodegebieden uitgefilterd die op buurtniveau minder dan 200 inwoners hadden. Daarvoor is dus een aggregatie nodig van het aantal inwoners in een postcodegebied naar het niveau van de buurt. Hiervoor is de bovengenoemde standaardtabel van CBS gebruikt. Het aantal postcodes dat op PC5 niveau dan afvalt is 1.622 op een totaal van 32.229 (5%). De meeste van deze gebieden zijn industrie- of bedrijventerreinen. Op PC6 niveau vallen 9.697 postcodes af op een totaal van 441.506 (2,2%).

Filter geïsoleerde achterstandswijken

In de vorige herijking werd na het berekenen van de achterstandsindex en het bepalen van de selectie op basis van de bevolkingsomvang een filter voor geïsoleerde achterstandswijken toegepast. Buurten met minder dan 2.000 inwoners, die geïsoleerd liggen (met andere woorden, als enige buurt in een gemeente) zijn uit de selectie verwijderd om te veel versnippering van de achterstandsgelden tegen te gaan. De NZa heeft dit filter in overleg met de vertegenwoordigers van zorgaanbieders niet langer toegepast.

Uitgangspunt postcodeniveau

Nivel heeft bij de vorige herijking berekeningen uitgevoerd op buurtniveau, het niveau waarop destijds de CBS gegevens beschikbaar waren.

Het uitgangspunt voor deze herijking is een zo laag mogelijk postcodeniveau (PC6) opnemen in de postcodelijst achterstandswijken. Indien gegevens ontbreken op dit laagste niveau (PC6), zijn deze benaderd door gegevens op een hoger postcodeniveau (PC5) te gebruiken. Wanneer benodigde gegevens op zowel PC6- als PC5 niveau ontbreken, zijn waarden op PC4 niveau gehanteerd als bruikbare benadering.

Aanpak berekening index

De mate van achterstand in een postcodegebied berekenen we door middel van een formule, die kenmerken combineert in één getal, de achterstandsindex. Daarvoor heeft de NZa dezelfde methodiek gehanteerd als Nivel in 2012 deed en die ook is gehanteerd bij de herijking 2019.

De kenmerken worden eerst *genormaliseerd*. Deze normalisatie is nodig om te voorkomen dat de uitschieters in de waarnemingen een onevenredig grote impact hebben op de index en om de vier kenmerken op een zelfde schaal te krijgen, zodat elk kenmerk evenredig bijdraagt aan de index.

Deze normalisatie van een kenmerk bestaat uit 3 stappen:

1. Door allereerst de natuurlijke logaritme te nemen van het kenmerk (X), verminderd de scheefheid van de verdeling en krijgt die meer de symmetrische vorm van de normale verdeling;
2. Vervolgens worden van die log-getransformeerde waarden voor kenmerk (X) het gemiddelde ($\ln(X)$) en de standaard deviatie $SD(\ln(X))$ berekend.
3. Door daarna van de individuele log-getransformeerde waarden van kenmerk X het in stap 2 t berekende gemiddelde af te trekken en vervolgens te delen door de in stap 2 berekende standaarddeviatie, transformeren de getallen naar de standaard normale verdeling.

In formule ziet de normalisatie van kenmerk X er als volgt uit:

$$(1) s(X) = \frac{\ln(X) - \overline{\ln(X)}}{SD(\ln(X))}$$

Nadat op die manier de kenmerken A. % niet-actieven, B. % laag inkomen en het samengestelde kenmerk C. % niet westerse allochtoon en %MOE-landers zijn getransformeerd naar een standaard normale verdeling, worden de individuele genormaliseerde waarden opgeteld tot de indexwaarden

$$(2) Index = s(A) + s(B) + s(C)$$

Dit impliceert dat de berekeningswijze van de index op zichzelf al multiplicatief is. Het optellen van logaritmen van getallen staat namelijk gelijk aan het vermenigvuldigen van die getallen zelf.

Aanpak sortering en berekening cumulatief aantal inwoners

De berekende Index wordt gesorteerd van hoog naar laag. Dat geeft een rangorde van de mate van achterstand per postcodegebied op PC6 niveau. In deze gesorteerde lijst van alle postcodes wordt het cumulatieve aantal inwoners berekend dat is geselecteerd naarmate de selectie van postcodegebieden wordt uitgebreid.

Afkappunt wel / niet opslag

Verruiming geïnccludeerde inwoners postcodelijst achterstandsproblematiek

Met ingang van 1 januari 2022 heeft de NZa het afkappunt voor de postcodelijst zoals deze met ingang van 2019 van kracht is, verruimd met 7,3%. Dat betekent dat de postcodelijst met ingang van 2022 geen 1,5 miljoen inwoners includeert, maar naar ruim 1,61 miljoen inwoners wordt uitgebreid. Dit naar aanleiding van de constatering dat het door VWS aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget voor achterstandsproblematiek niet volledig wordt uitgenut. Een deel van de verklaring hiervoor ligt in het feit dat het vanaf 2019 aanvullend beschikbaar gestelde macrobudget is berekend op basis van de declaratie van de opslag voor 1,5 miljoen "ingeschreven verzekerden". Niet alle "inwoners" zoals deze in de postcodelijst zijn geïnccludeerd vanaf 2019 zijn echter "ingeschreven verzekerden". Op basis van een analyse over de inmiddels vrijwel complete declaratiegegevens over 2019 is dit verschil nu te adresseren. Op basis van een door VEKTIS uitgevoerde analyse blijkt dat de vanaf 2019 vigerende postcodelijst op basis van 1.500.000 inwoners in 2019 heeft geleid tot 1.398.067 "ingeschreven verzekerden". Door het aantal geïnccludeerde inwoners in de postcodelijst op te hogen met 7,3% wordt daarmee een postcodelijst bereikt waarbinnen 1.500.000 "ingeschreven verzekerden" zijn opgenomen. De hierboven beschreven methodiek om te komen tot de "rangorde" in de postcodelijst blijft hierbij ongewijzigd.

8 Bijlage

8.1 Assurance-rapport

Het assurance-rapport is als aparte bijlage bij de Beleidsregel opgenomen.

8.2 Categorisering prestaties

In onderstaande tabel hebben we de prestaties, gezien vanuit de Prestatie- en tariefbeschikking 2022, gecategoriseerd en vervolgens aangegeven of de opbrengsten ervan binnen of buiten de 100% vallen. In de tabel geven we ook aan of de prestatie onder het tarief gereguleerde of niet tarief gereguleerde deel valt. De tabel moet worden gezien vanuit de opbrengsten van de huisartsenpraktijk.

Segment	Tarief-soort	Contract	Zvw?	Prestaties (/categorieën)	Binnen 100%: tarief gereguleerd of niet tarief gereguleerd; buiten 100% of buiten scope
S1	Max	Geen contractvereiste	Ja	Alle (inschrijving, consulten, poh-ggz, onderlinge dienstverlening ten behoeve van poh-ggz, verrichtingen, elv, intensieve zorg, OPEN)	Binnen 100% Tarief gereguleerd met uitzondering van poh-ggz: buiten scope
S2	Vrij	Gecontracteerde zorg	Ja	O&I, multidisciplinaire zorg - gecontracteerd	Binnen 100% Niet tarief gereguleerd
	Max	Ongecontracteerde zorg	Ja	Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	Binnen 100% Tarief gereguleerd
S3	Vrij	Gecontracteerde zorg	Ja	Alle (resultaatbeloning, zorgvernieuwing)	Binnen 100% Niet tarief gereguleerd
PBS	Vrij	Gecontracteerde zorg	Ja	M&I (ad. 12)	Binnen 100% Niet tarief

					gereguleerd
		Geen contractvereiste	Nee	M&I (ad. 14)	Binnen 100% Niet tarief gereguleerd
Max		Gecontracteerde zorg	Ja	Anw in hds	Buiten scope
		Ongecontracteerde zorg	Ja	M&I (ad. 13), anw buiten hds	Binnen 100% M&I: Tarief gereguleerd met uitzondering van ANW buiten hds: buiten scope
		Geen contractvereiste	Ja	Uitstrijkje, kosten ECG, SCEN	Binnen 100% Tarief gereguleerd met uitzondering van uitstrijkje: buiten 100%
			Nee	Informatieverstrekking, keuringen en onderzoek, vaccinatie op eigen verzoek, module achterstandsfonds, zorg voor asielzoekers, Medicatiebeoordeling Aanvullende regelgeving covid	Binnen 100% Tarief gereguleerd met uitzondering van achterstandsfonds en medicatiebeoordeling: buiten scope
Kostprijs	Geen contractvereiste	Ja	Verbruiksmaterialen, kostenvergoedingen	Binnen 100% Tarief gereguleerd	

8.3 Factoren prestaties

Factoren van het basistarief voor het consult

Prestatie	Factor
Reguliere consulten	
Consult regulier tot 5 minuten	0,5
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult regulier 20 minuten en langer	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie regulier	0,5
Consulten poh-ggz	
Consult praktijkondersteuner ggz korter dan 5 minuten	0,5
Consult praktijkondersteuner ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten/Groepsconsult praktijkondersteuner ggz	1,0
Consult praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,0
Visite praktijkondersteuner ggz korter dan 20 minuten	1,5
Visite praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,5
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf en intensieve zorg	
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, korter dan 20 minuten	4,37
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, 20 minuten en langer	7,57
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten	7,51
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer	11,64
Intensieve zorg, overdag	7,72
Intensieve zorg, in de avond, nacht of het weekend	13,32
Overige S1-verrichtingen	
Chirurgie	9,04
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	6,07
Oogboring	5,77
IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen	6,37
Therapeutische injectie (Cyriax)	3,05
Prestaties buiten de segmenten	
Uitstrijkje	1,383
SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland	52,33
SCEN : Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden	104,66
Audiometrie	2,60
Diagnostiek met behulp van Doppler	2,99
Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies	3,05
Longfunctie-spirometrie	4,76
ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt	4,55
Spleetlamponderzoek	1,29
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden	12,21

Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	3,02
Teledermatologie	1,94
Cognitieve functietest, MMSE	3,26
Hartritmestoornissen	2,60
MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie	1,94
Palliatieve consultatie, visite	11,67
Palliatieve consultatie, telefonisch	2,93
Euthanasie	23,46
Module Abdominale (buik) echografie	4,40

Factoren van het basistarief voor het passantenconsult

Prestatie	Factor
Consulten voor passanten en militairen	
Consult korter dan 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie	0,5
Consulten voor gemoedsbezwaarden en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd	
<i>Het basistarief van het passantenconsult wordt voor deze groepen naast de vermenigvuldiging met de factor vermeerderd met € 3,29 (prijspeil voorcalculatorisch 2025).</i>	
Consult korter dan 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie	0,5
Prestaties buiten de segmenten	
Keuringen en onderzoek, per 5 minuten	0,5
Informatieverstrekking, per 5 minuten	0,5
Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie), per 5 minuten	0,5

Factoren van het basistarief voor de inschrijving

Prestatie	Factor
Inschrijving	
Inschrijving verzekerden tot 65 jaar	1,183
Inschrijving verzekerden vanaf 65 jaar tot 75 jaar	1,392
Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar	2,096
Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar	3,296
Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk	0,374
Prestaties buiten de segmenten	
Huisartsenzorg voor asielzoekers in centrale opvang, per plaats	17,72

8.4 Controle individuele sjablonen

Sira heeft de informatie die zij heeft opgehaald bij huisartsenpraktijken gecontroleerd en gevalideerd. De NZa heeft op een aantal punten een aanvullende controle op juistheid uitgevoerd, omdat Sira onvoldoende informatie hiervoor had.

- De onderwerpen waar Sira onvoldoende informatie over had zijn apotheekhoudende huisartsenpraktijken (8.4.1), huisartsen waarbij de eigenaar ook in loondienst is (8.4.2), huisartsenpraktijken met een eigenaar in de categorie 'overig' (8.4.3) en management vergoedingen (8.4.4).
- Voor een aantal huisartsenpraktijken is op basis van signalen van de klankbordgroep nagegaan of kosten en opbrengsten volledig en juist zijn opgenomen. Daar waar informatie evident foutief is opgenomen is een correctie doorgevoerd. Het gaat om informatie over de volgende onderwerpen: anw-vergoedingen die niet worden gesplitst (8.4.5), hypotheekkosten (en daarmee mogelijk dubbel opgegeven rentekosten voor een hypotheek) (8.4.6), de categorisering van de overige opbrengsten (8.4.7) en de nagekomen correcties (8.4.8).
- Doorgaans treedt er een aansluitverschil op tussen de Zvw-opbrengsten uit de jaarrekening en opbrengsten op basis van de Vektis-declaratiegegevens. Bij afwijkingen van meer dan 5% is om die reden aanvullende informatie uit het HIS bij zorgaanbieders opgevraagd (8.4.9), waarmee de juistheid van jaarrekeninginformatie is beoordeeld.

De NZa heeft op basis van het bovenstaande een lijst opgesteld met alle controlepunten bij de betreffende huisartsenpraktijken. Deze lijst is beoordeeld door twee kostprijsonderzoekers (vier-ogen principe) en vervolgens per controleregels technisch verwerkt en gecontroleerd door de betrokken data-analist. De te corrigeren waarden zijn vervolgens op basis van code ingelezen ten behoeve van de kostprijsberekening.

Voor de controle door de NZa op juistheid van de informatie van praktijken is het integrale uitvraagformat van de betreffende huisartsenpraktijk onderzocht en is gekeken naar alle relevante informatie. Per controlepunt kunnen dat meerdere informatie elementen zijn. Als uit de controle blijkt dat aanvullende correcties nodig zijn, zijn deze doorgevoerd. Tijdens de controle is de NZa terughoudend geweest met het corrigeren van informatie: bij twijfel over bevindingen naar aanleiding van een controle zijn geen aanpassingen doorgevoerd. Er is geen aanvullende informatie meer opgevraagd bij huisartsenpraktijken. Er zijn in totaal 198 correcties op de individuele uitvraagformats doorgevoerd. Daarbij kan het zijn dat er voor één geconstateerde fout meerdere correcties zijn doorgevoerd: denk bijvoorbeeld aan een eigenaar die ook in loondienst is, waarbij het eurobedrag, de uren of fte en mogelijk ook anw-diensten gecorrigeerd zouden moeten worden. In dat geval zou er bijvoorbeeld sprake zijn van drie correcties die dezelfde fout corrigeren.

8.4.1 Apotheekhoudende huisartsenpraktijken

Voor een apotheekhoudende praktijk loopt de bedrijfsvoering en administratie van de huisartsenpraktijk en apotheek vaak samen. Voor alle apotheekhoudende huisartsenpraktijken is gecontroleerd of de toerekening van kosten op basis van omzet juist gaat op basis van de opgave. De selectie van apotheekhoudende huisartsenpraktijken is uitgevoerd op basis van vraag 1.3.4 uit het uitvraagformat: *Bent u apotheekhoudende huisarts?* De kosten en opbrengsten van de praktijk zijn – op één praktijk na – altijd inclusief de apotheek. Een correctie is vereist indien de opbrengsten van de apotheek niet separaat zijn opgenomen of als de apotheek als onderdeel is verantwoord van totale Zvw-opbrengsten. De oplossing hiervoor is een correctie waarbij de NZa op basis van de opgegeven informatie uit de

uitvraagformats de opbrengsten voor de apotheek apart toevoegt/labelt als overige opbrengst, waardoor ook kosten kunnen worden toegerekend aan het apotheek-deel.

8.4.2 Huisartseigenaar in loondienst

Er zijn een aantal controles uitgevoerd rondom het eigenaarschap en de wijze waarop dit tot uitdrukking komt in de verantwoorde kosten. De eerste betreft de controle op huisartseigenaren die zelf ook in loondienst zijn. Dit kan worden aangegeven in tabblad 2 van het uitvraagformat, cel G30/31: *Is deze eigenaar ook in loondienst?* Voor huisartseigenaren wordt de normatieve arbeidskosten (nac) opgenomen op basis van de fte-inzet. Er zou sprake zijn van een dubbele vergoeding als er in de berekening ook normatieve arbeidskosten worden meegenomen van eigenaren die zichzelf ook (gedeeltelijk) loonkosten uitbetalen. Voor deze eigenaren heeft de NZa de personele kosten (tabblad 5.1.1.) geschoond voor de loonkosten van de huisartseigenaar. De loonkosten van de eigenaren waren te achterhalen op basis van de omschrijving in tabblad 3, het aantal uren of de hoogte van de loonkosten. Zowel de eurobedragen als het aantal fte is gecorrigeerd.

8.4.3 Praktijken zonder huisarts als eigenaar

Huisartsenpraktijken die hebben aangegeven dat de eigenaar geen huisarts is, kozen bij vraag 1.3.2 voor de categorie 'zorggroep/loondienstcentrum' of 'overig'. Voor deze praktijken is gekeken in hoeverre het eigenaarschap te herleiden is in de kosten en opbrengsten. Bij veel van deze organisaties is er sprake van een afdracht van kosten aan een centraal organisatieonderdeel, te herkennen aan de opgenomen opmerkingen bij kosten zoals opgegeven in tabblad 5. Op basis van de opgehaalde informatie is niet te achterhalen welke diensten hiervoor worden geleverd en heeft dus ook niet tot een correctie geleid. Er zijn geen correcties doorgevoerd naar aanleiding van deze controle.

8.4.4 Management vergoedingen

Sira heeft de NZa meegegeven dat management vergoedingen soms onderdeel uitmaken van de opgegeven kosten. Dit blijkt uit de omschrijving van kosten of het opmerkingenveld bij de kosten. De management vergoeding voor een huisartseigenaar kan, net als eventuele loonkosten van de eigenaar, er toe leiden dat we kosten voor de eigenaar dubbel vergoeden. Als er sprake is van management vergoedingen voor huisartseigenaren, dan zijn deze gecorrigeerd om te voorkomen dat voor deze huisartseigenaren zowel een management vergoeding als de normatieve arbeidsvergoeding wordt toegekend.

8.4.5 Vergoeding voor diensten in de avond, nacht en weekend (anw)

Met dit kostprijsonderzoek herijken wij de gereguleerde overdagtarieven binnen de huisartsenzorg om de tarieven zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de actuele situatie. Voor de avond, nacht en weekenden geldt een andere bekostiging en gelden andere tarieven. Niet iedere huisartsenpraktijk is in staat geweest de vergoeding die de huisarts ontvangt voor de anw-diensten te splitsen van de reguliere vergoedingen voor de huisartsenzorg overdag. Als praktijken hier niet toe in staat bleken heeft de NZa beoordeeld of op basis van het aantal opgegeven anw-diensten een correctie toegepast moest worden. Het aantal anw-diensten is namelijk wel geregistreerd. De praktijken zijn geselecteerd op basis van

vraag 3.1.2 in het uitvraagformat en aanvullende correspondentie met Sira naar aanleiding van hun onderling overleg met de respondenten. Er is bijvoorbeeld gecorrigeerd wanneer de anw-diensten onder 3.2.1 en 3.2.2 dubbel zijn ingevuld.

8.4.6 Hypotheeklasten

De rentekosten voor de hypotheek kunnen worden opgevoerd onder huisvestingskosten (5.1.4 Hypotheeklasten) of als onderdeel van de rentelasten (4.1.1 Rentelasten en soortgelijke kosten). Als de rentekosten op beide onderdelen zijn opgegeven, zouden deze kosten dubbel worden meegenomen in de kostprijsberekening. Bij onderdeel 5.2 in het uitvraagformat wordt een aansluiting gemaakt tussen de jaarrekening (tabblad 4) en de kosten opgegeven in het uitvraagformat (tabblad 5). Hierin wordt duidelijk of de hypotheeklasten in beide onderdelen zijn opgenomen. In de meeste gevallen is een aansluitverschil in het uitvraagformat gemotiveerd en wordt direct zichtbaar dat rentekosten in beide onderdelen zitten. Als dat het geval is halen we de rentekosten van de hypotheeklasten af (als onderdeel van de huisvestingskosten onder 5.1.4).

8.4.7 Categoriseren van overige opbrengsten

Niet alle overige opbrengsten vallen 'binnen scope, buiten 100%': zo worden de opbrengsten uit zowel de vacatiegelden als poh-ggz buiten scope gelaten en worden de opbrengsten uit zorggroep / multidisciplinaire samenwerking (bijv. ketenzorg en bijhorende omschrijvingen als gez, copd, diabetes) tot niet gereguleerd gerekend. Het is daarom van belang de overige opbrengsten juist te categoriseren. Om die reden is een lijst uitgedraaid met alle 'overige opbrengsten' en omschrijvingen die huisartsenpraktijken daaraan hebben meegegeven. Daarbij zijn alle overige opbrengsten (individuele regels) die meer dan 5% van de totale opbrengst van de betreffende praktijk omvatten gecontroleerd. Daarnaast zijn alle overige opbrengsten gecontroleerd die naar voren komen op basis van de zoektermen: huur, poh-ggz, apotheek, gez, copd, diabetes. Als er sprake is van overige opbrengsten uit verhuur, dan zijn deze gecorrigeerd als opbrengst, en afgetrokken van huisvestingskosten. De apotheek dient als 'overige opbrengsten' te zijn gecategoriseerd en gez, copd en diabetes horen onder opbrengsten uit zorggroep / multidisciplinaire samenwerking (bijv. ketenzorg) te vallen. Als de rubricering onjuist was, is deze aangepast. De totale opbrengsten blijven gelijk, alleen de categorie van opbrengst wordt aangepast zodat deze klopt met de omschrijving.

8.4.8 Nagekomen correcties

In tabblad 6 hebben huisartsenpraktijken bij onderdeel 6.3 aan kunnen geven of er sprake was van nagekomen afrekeningen over eerdere jaren. In het kostprijsonderzoek willen we de kosten en opbrengsten over het jaar 2022 zo zuiver mogelijk meten. Als er kosten of opbrengsten over het jaar 2021 of eerder landen in de jaarrekening 2022, corrigeren we de verantwoorde gegevens over 2022 voor dit bedrag. Als de nagekomen correcties betrekking hebben op Zvw-opbrengsten, is onder 6.1.1 de totale opbrengst uit declaraties bij zorgverzekeraars aangepast.

8.4.9 Verschillen tussen Vektis declaraties en Zvw opbrengst in de jaarrekening

Vektis geeft gedetailleerde informatie over de productie (per prestatie) en dient aan te sluiten op de opbrengsten uit Zvw in de jaarrekening. Onder 6.2.3. van het uitvraagformat worden deze gegevens met elkaar vergeleken. De kosten en opbrengsten uit de jaarrekening zijn leidend voor de opgave. Onder andere door timingsverschillen kunnen beiden iets van elkaar verschillen. Uitgangspunt in de kostprijsberekening is dat de Zvw opbrengst uit de jaarrekening leidend is. Als het verschil tussen Vektis en de Zvw opbrengst in de jaarrekening niet groter is dan +5% of kleiner dan -5% dan corrigeren we Vektis-declaraties zodat deze precies aansluit bij de jaarrekening. Als het verschil meer dan 5% bedraagt, heeft Sira aanvullende informatie uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) opgevraagd om de juistheid van de Vektis-declaraties of de jaarrekening vast te stellen. In dat geval heeft een beoordeling door de NZa plaatsgevonden. Alleen als HIS duidelijk aansluit bij de Vektis-declaraties is de informatie uit de jaarrekening terzijde geschoven en is uitgegaan van Vektis. Als het HIS ook in die gevallen geen uitsluitsel geeft, hanteert de NZa de jaarrekening als het juiste Zvw-opbrengstenniveau. In dat geval wordt de Vektis informatie bijgesteld (zowel in bedrag als in aantal prestaties) naar het opbrengsten niveau van de jaarrekening.

8.5 Rekenmodel: in Visio

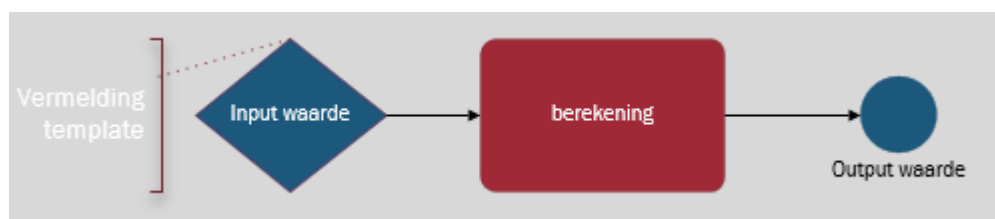
Het rekenmodel in Visio is als aparte bijlage bij de Beleidsregel opgenomen.

8.6 Rekenmodel: toelichting per stap

8.6.1 Algemene toelichting

In de eerste kolom van elk blok staat de titel van het betreffende blok. Vervolgens bestaat elk blok uit rijen, de titel van elke rij staat in de tweede kolom van het blok. Op dit niveau leggen we de berekening uit (dus per rij). In paragraaf 4.2 geven we een beschrijving van de berekening op hoofdlijnen.

In het rekenmodel werken we met drie vormen, zoals in onderstaand figuur weergegeven. De berekening staat in het rode blok. De input voor de berekening in de ruit en de output van de berekening in het bolletje. Bij de inputwaarde verwijzen we naar de cel(len) uit het uitvraagformat, waaruit we de informatie ophalen. Als de inputwaarde voor de berekening binnen één blok valt dan zijn de lijnen doorgetrokken. Als de inputwaarde voor de berekening uit een ander blok volgt, dan is dit middels een stippellijn aangegeven.



Figuur 8.6.1 – Vormen rekenmodel

In het model wordt telkens aangegeven op welk level de output waarde wordt bewaard. Dit doen we door onderscheid te behouden in de output waarde (en dus nog niet alles te sommeren). In de legenda bij het rekenmodel in de bijlage is zichtbaar welke levels we onderscheiden en wat hieronder valt. De belangrijkste levels zijn:

- Type prestatie: dit is een categorisering van prestaties. Bijvoorbeeld het type prestatie 'inschrijving' omvat alle prestaties in het kader van inschrijvingen.
- Type schoning: door deze weergave voegen we toe in welke categorie de opbrengsten of kosten vallen. De categorieën zijn: buiten scope, binnen scope, buiten 100%, niet tarief gereguleerd en tarief gereguleerd. De categorieën binnen scope, buiten 100%, niet tarief gereguleerd en tarief gereguleerd vallen allen binnen scope.
- Type basistarief: dit level is de weergave per basistarief; de basis inschrijvingen, reguliere consulten en passantenconsulten.

8.6.2 Opbrengsten en omzetaandeel

Opbrengsten

Correctiefactor afwijking Vektis t.o.v. jaarrekening bepalen	Omdat we in het onderzoek uitgaan van kosten én opbrengsten die aansluiten bij wat is verantwoord in de jaarrekening, corrigeren we waar nodig de Vektis-declaratiegegevens. In deze stap bepalen we de correctiefactor waarmee de Vektis-declaratiegegevens aangepast moeten worden. We halen daarvoor de totale opbrengsten van de declaraties bij zorgverzekeraars op uit het uitvraagformat. Deze delen we door de som van het toegekende bedrag (Vektis). In feite delen we dus de opbrengsten zoals door de praktijk opgegeven in het uitvraagformat door de opbrengsten uit Vektis.
Correctie afwijking Vektis toepassen	In deze stap vermenigvuldigen we het aantal uitgevoerde prestaties (Vektis-) met de correctiefactor uit de vorige stap. Met deze correctie gaan we dus uit van de financiële administratie op basis van de jaarrekening van de praktijk (dus van de gegevens die de praktijk heeft ingevuld in het uitvraagformat) en passen we de Vektis-aantallen daarop aan.
Correctie tariefmutatie toepassen	In deze stap corrigeren we voor de tariefmutaties die in 2022 hebben plaatsgevonden. Daarmee simuleren we dat het hele jaar hetzelfde juiste tarief geldt. Productieschommelingen tussen Q1 en Q2/3/4 hebben daardoor geen invloed op de omzet waarmee wordt gerekend. We berekenen de omzet door, voor de prestaties waar de tariefmutatie van toepassing was, het gecorrigeerde aantal uitgevoerde prestaties uit de vorige stap te vermenigvuldigen met het juiste tarief uit de NZa-tariefbeschikking met kenmerk TB/REG-22622-02. Voor de prestaties waar de tariefmutatie niet van toepassing was gebruiken we het gedeclareerde tarief voor de omzet berekening.
Correctie verdeling omzet inschrijvingen naar basistarief en opslag	We rekenen verder met de gecorrigeerde omzet uit de vorige stap en houden deze per type prestatie inzichtelijk. De omzet voor type prestatie 'inschrijving' splitsen we in i) de omzet van het basistarief inschrijvingen en ii) de omzet van de opslagen inschrijvingen voor leeftijd en opslagwijken. Dit doen we op basis van de

	<p>factoren. De prestaties voor inschrijvingen kennen allen een opslagfactor boven 1,0. Zo kent het inschrijftarief voor verzekerden tot 65 jaar niet woonachtig in een opslagwijk een factor van 1,183. Om het basistarief gelijk te stellen aan 1,0 delen we de omzet van de betreffende prestatie door de factor behorende bij deze prestatie. De resterende omzet wordt toegekend aan de opslagen inschrijvingen van deze prestatie. Vervolgens passen we de juiste categorisering toe na splitsing ('opslagen inschrijvingen' voor de omzet van de opslagen inschrijvingen).</p> <p>We sommeren de omzet per type prestatie. De som van de omzet resulteert in dezelfde omzet als in de vorige stap bepaald. Deze stap is wel nodig om de omzet die hoort bij het basistarief inschrijving te kunnen bepalen.</p>
Toevoeging van niet tarief geregleerde omzet (opbrengsten buiten de declaratiegegevens om)	We halen de opbrengsten vanuit de zorggroep op uit tabblad 6 van het uitvraagformat en categoriseren deze als 'opbrengsten uit zorggroep' (type prestatie) en 'niet tarief geregleerd' (type schoning).
Toevoeging van omzet binnen scope (buiten 100%) (opbrengsten buiten de declaratiegegevens om)	We halen de overige opbrengsten op uit tabblad 6 van het uitvraagformat. De opbrengsten waarvoor kosten geschoond moeten worden, categoriseren we als 'binnen scope, buiten 100%'. Alle overige opbrengsten die door de praktijk zijn gespecificeerd vallen onder deze categorie. Enkele uitzonderingen hierop staan beschreven bij de individuele correcties (zie 8.4). We categoriseren deze opbrengsten als 'overige opbrengsten' (type prestatie) en 'binnen scope, buiten 100%' (type schoning).
Toevoeging van omzet buiten scope (opbrengsten buiten de declaratiegegevens om)	We halen de overige opbrengsten op uit tabblad 6 van het uitvraagformat. De opbrengsten waarvoor geen kosten geschoond moeten worden, categoriseren we als omzet 'buiten scope'. Omdat de kosten anw-diensten worden geschoond, blijven deze opbrengsten buiten scope.
Totale omzet per TYPE_PRESTATIE en per TYPE_schoning	Als laatste stap in dit blok sommeren we alle omzet om de totale omzet van de praktijk te berekenen. We houden de omzet per type prestatie en per type schoning inzichtelijk.

Omzetaandeel

Omzet binnen scope bepalen	Om de omzet 'binnen scope' te bepalen, laten we de omzet 'buiten scope' buiten beschouwing in de verdere kostprijsberekening. Het resultaat is de totale omzet die we meenemen in de kostprijsberekening.
Omzetaandeel (%) buiten 100% bepalen	<p>In de totale omzet 'binnen scope' zit ook nog omzet waarvoor wel kosten moeten worden geschoond. Deze omzet hebben we in het vorige blok 'opbrengsten' gecategoriseerd als 'binnen scope, buiten de 100%'. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de betaalde opleidingsvergoeding, waarvoor kosten en inzet zijn gemaakt die in het uitvraagformat zijn opgenomen.</p> <p>We bepalen het omzetaandeel per 'type schoning' en per 'type prestatie'. Dit doen we door de omzet per type schoning en per type prestatie te delen door de totale omzet binnen scope (bijvoorbeeld: omzet buiten 100% / totale omzet binnen scope). Vervolgens selecteren we het</p>

	omzetaaandeel buiten 100% en sommeren we deze aandelen per praktijk.
Omzet binnen 100% bepalen	In de volgende stap moeten we de omzetaandelen opnieuw bepalen maar dan binnen de 100%. Hiervoor hebben we alleen de omzet binnen 100% nodig. We verwijderen (uit de omzet binnen scope) de omzet buiten de 100%. Dit resulteert in de omzet binnen 100%.
Omzetaaandeel (%) binnen 100% bepalen	In deze stap maken we een verdeling van de omzetaandelen binnen de 100% per type prestatie en per type schoning. Dit doen we door de omzet (per type schoning en per type prestatie) te delen door de totale omzet binnen 100%.
Omzetaaandeel binnen 100% per TYPE_BASISTARIEF bepalen	Als laatste stap in dit blok berekenen we het omzetaaandeel per type basistarief (basis inschrijvingen, reguliere consulten en passantenconsulten). Dit doen we door de omzetaandelen van de type prestaties uit de vorige stap bij elkaar op te tellen en te categoriseren tot een specifiek type basistarief. Zo tellen we bijvoorbeeld voor het basistarief inschrijving de omzetaandelen van de prestaties inschrijving bij elkaar op, exclusief de eerder gesplitste opslagen inschrijvingen. Vervolgens voegen we de omzetaandelen van de basistarieven samen (en sommeren deze per basistarief). Deze nemen we mee in de berekening van de kostprijs.

8.6.3 Aantal gerealiseerde eenheden (inschrijvingen en consulten)

Aantal gerealiseerde eenheden per TYPE_BASISTARIEF bepalen	<p>In het blok 'opbrengsten' hebben we de aantallen uit Vektis gecorrigeerd op basis van de informatie uit het uitvraagformat. In dit blok rekenen we verder met deze gecorrigeerde aantallen. Omdat de aantallen per type prestatie verschillende eenheden kunnen hebben (bijv. consult regulier korter dan 5 minuten, consult regulier 20 minuten en langer) rekenen we eerst de aantallen om naar eenzelfde eenheid (bijv. basis consult) om deze vervolgens op te kunnen tellen per type basistarief (consulten). Omdat we niet de aantallen van alle prestaties meenemen in de berekening van de kostprijzen vindt deze omrekening alleen plaats voor het type prestatie inschrijvingen en reguliere consulten.</p> <p>Voor het type prestatie 'inschrijving' tellen we het aantal inschrijvingen bij elkaar op en categoriseren we dit type basistarief als 'basis inschrijvingen'. Voor het type prestatie 'consulten' vermenigvuldigen we het aantal uitgevoerde prestaties met de factor per prestatie en tellen we vervolgens de aantallen bij elkaar op. Deze categoriseren we zowel als type basistarief 'reguliere consulten' als type basistarief 'passantenconsulten'. Omdat we in de volgende stap de verhouding van het aantal gerealiseerde eenheden per basistarief naar subpopulatie nodig hebben voeren we deze stap niet alleen uit voor de praktijken in de steekproef maar voor alle praktijken (geïnccludeerde praktijken in de steekproefselectie).</p>
Verhouding aantal gerealiseerde eenheden per TYPE_SUBPOPULATIE	In deze stap tellen we het aantal gerealiseerde eenheden uit de vorige stap per type basistarief per subpopulatie bij elkaar op. Dit resulteert dus in het totaal aantal gerealiseerde eenheden (inschrijvingen of consulten) per subpopulatie.

	<p>Om de verhouding van het aantal gerealiseerde eenheden per subpopulatie te bepalen delen we het aantal gerealiseerde eenheden per type basistarief per subpopulatie door het totaal aantal gerealiseerde eenheden van het betreffende basistarief van alle praktijken (landelijk, exclusief uitgesloten praktijken voor de steekproefbepaling). Dit resulteert in een landelijke verhouding waarin het aantal gerealiseerde eenheden per basistarief voorkomt per subpopulatie.</p>
--	--

8.6.4 Correctie anw

Schoning van loonkosten voor anw-vergoeding	<p>Als praktijken de loonkosten alleen inzichtelijk hebben inclusief anw-vergoeding en deze niet kunnen splitsen, maken wij deze splitsing. We berekenen de vergoeding voor anw-diensten door de uitgevoerde anw-diensten van personeel in loondienst en inhuur bij elkaar op te tellen en te vermenigvuldigen met het aantal uur per dienst (uitgaande van gemiddeld 8 uur per dienst) * het geldende anw-uurtarief uit de Prestatie- en tariefbeschikking 2022. De uitgevoerde diensten door de huisartseigenaar blijven buiten beschouwing. De vergoeding voor anw-diensten kan per functie niet hoger uitkomen dan de totale loonkosten voor deze functie.</p>
Infrastructurele opbrengsten	<p>Voor deze stap selecteren we de praktijken die anw-verrichtingen buiten de hds declareren. Om te schonen voor de infrastructuurkosten voor anw-zorg buiten de hds delen we de omzet van de anw-verrichtingen buiten hds door de omzet binnen scope en de omzet van de anw-verrichtingen buiten hds. Dit resulteert in het omzetaandeel van de anw-verrichtingen. Omdat hiervan de infrastructuurkosten 3,5% (overige kosten anw / totale anw-kosten niet hds: zie tabel 7.2 uit het verantwoordingsdocument als bijlage bij de Beleidsregel 2022) omvatten vermenigvuldigen we dit percentage met het omzetaandeel van de anw-verrichtingen, zodat we het aandeel infrastructuurkosten van anw-verrichtingen buiten de hds ten opzichte van de totale omzet berekenen. In 8.6.6 wordt vervolgens het te corrigeren bedrag berekend op basis van de praktijkkosten binnen 100%.</p>

8.6.5 Correctie poh-ggz

Personeelskosten	<p>In tabblad 3 van het uitvraagformat hebben praktijken hun personeelskosten ingevuld. We halen het fiscaal loon, de pensioenpremie en de kosten voor inhuur op en tellen dit bij elkaar op. Indien bij financiële relatie is aangegeven dat de functie 'niet betaald door de praktijk' wordt, nemen we deze kosten niet mee.</p> <p>Niet alle praktijken hebben per functie inzicht in de loonkosten inclusief sociale lasten. Er zijn praktijken die de sociale lasten alleen voor hun totale personeelsbestand inzichtelijk hebben. Deze wijzen we naar rato van de totale loonkosten in loondienst toe aan de functies die in loondienst werkzaam zijn in de praktijk. We sommeren per functie de loonkosten uit</p>
------------------	---

	loondienst (incl. sociale lasten) en de loonkosten uit andere soorten financiële relaties. Vervolgens selecteren we de functie poh-ggz.
Infrastructurele kosten	<p>Om de infrastructurale kosten te schonen kijken we naar het aantal fte poh-ggz dat werkzaam is in de praktijk. Deze gegevens halen we ook op uit tabblad 3.</p> <p>Ter voorbereiding op de schoning berekenen we voor elke opgegeven functie het aantal fte. We hebben per functie het aantal uren of het aantal fte uitgevraagd. Indien het aantal uren is opgegeven, rekenen we dit voor alle functies om naar aantal fte op basis van de uren per week en het aantal weken per jaar. We gaan uit van een 38-urige werkweek conform de cao huisartsenzorg. Voor de hidha, de waarnemer (vast en incidenteel) en de huisarts in opleiding gaan we uit van een 40-urige werkweek conform cao hidha. Voor alle functies gaan we uit van 52 (werkzame) weken per jaar. Het aantal weken per persoon wordt in het uitvraagformat berekend op basis van start- en einddatum.</p> <p>Vervolgens selecteren we de functie poh-ggz en tellen we de fte's bij elkaar op. In de bepaling van het aantal fte poh-ggz nemen we ook het personeel niet betaald door de praktijk mee, gezien de infrastructurale kosten toch door de praktijk gemaakt worden.</p> <p>In de opslag poh-ggz zijn de overige kosten als een normatief bedrag per fte poh-ggz opgenomen (zie tabel 7.1 uit het verantwoordingsdocument als bijlage bij de Beleidsregel 2022). Aan de hand hiervan bepalen we hoeveel kosten we moeten schonen per praktijk. Dit doen we door de overige kosten te vermenigvuldigen met het aantal fte poh-ggz in de praktijk.</p>
Managementtijd	<p>In de opslag poh-ggz is de managementtijd per fte poh-ggz opgenomen (zie tabel 7.1 uit het verantwoordingsdocument als bijlage bij de Beleidsregel 2022).</p> <p>Het aantal fte huisartseigenaar berekenen we in het blok arbeidskosten. Het aantal fte poh-ggz hebben we in de vorige stap berekend.</p> <p>Om voor de managementtijd te schonen berekenen we eerst het landelijk gemiddeld aantal poh-ggz per huisartseigenaar door het totaal aantal fte poh-ggz (dat werkzaam is bij praktijken met een huisartseigenaar) te delen door het totaal aantal fte huisartseigenaar. Vervolgens vermenigvuldigen we dit met de normatieve managementtijd per fte poh-ggz. Dit resulteert in de arbeidskosten poh-ggz. Deze kosten zijn gemiddeld voor alle praktijken in de steekproef met een huisartseigenaar.</p>

8.6.6 Praktijkkosten

Personeel en inhuur	We halen alle kosten gerelateerd aan personeel en inhuur op uit tabblad 5 van het uitvraagformat. De kosten voor pensioenpremies, arbeidsongeschiktheidsverzekering en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw voor de huisartseigenaren worden niet meegenomen bij de praktijkkosten,
---------------------	--

	<p>maar zijn onderdeel van de (normatieve) arbeidskosten van de huisartseigenaar.</p> <p>De correctie voor de vergoeding voor anw-diensten (waar een aparte vergoeding tegenover staat) trekken we naar rato van de personeelskosten, kosten voor inhuur en waarneming en overige inhuur af.</p>
Behandelkosten	We halen de behandelkosten op uit tabblad 5 van het uitvraagformat.
Huisvesting	We halen de huisvestingskosten op uit tabblad 5 van het uitvraagformat.
Overige kosten	We halen de overige kosten op uit tabblad 5 van het uitvraagformat.
Financiële baten en lasten	De rentebaten worden van de rentelasten afgetrokken en worden vervolgens toegevoegd aan de praktijkkosten.
Schoning praktijkkosten voor opbrengsten buiten 100%	In deze stap sommeren we alle praktijkkosten. Vervolgens schonen we de praktijkkosten door het omzet aandeel buiten de 100% in mindering te brengen op de praktijkkosten. Daarbij rekenen we dus kosten toe aan zorg geleverd 'buiten de 100%'. Denk daarbij bijvoorbeeld aan kosten die worden toegerekend aan de grieprik of aan het opleiden van huisartsen. We houden vervolgens de praktijkkosten binnen 100% over.
Correctie poh-ggz en anw-verrichtingen	<p>Om correcties voor de poh-ggz en anw zuiver door te voeren maken we onderscheid in de praktijkkosten voor personeel en inhuur en de praktijkkosten exclusief personeel en inhuur.</p> <p>In de praktijkkosten voor personeel en inhuur schonen we voor de loonkosten van de poh-ggz. We bepalen eerst per subcategorie (personeelskosten, kosten voor inhuur, waarneming en overige inhuur, kosten personeelsadministratie, nascholingskosten huisartseigenaren en overige personeelskosten) binnen personeel en inhuur het aandeel, om vervolgens de loonkosten van de poh-ggz naar rato van deze subcategorieën te schonen. Op deze manier houden we ook na schoning inzicht in de gecorrigeerde bedragen per subcategorie.</p> <p>In de praktijkkosten exclusief personeel en inhuur schonen we, voor de praktijken die anw-verrichtingen buiten hds declareren, de infrastructurele kosten (3,5% van het omzetaandeel van deze verrichtingen). Het aandeel infrastructurele opbrengsten (zie de berekening in 8.6.4) wordt vermenigvuldigd met de praktijkkosten binnen 100% om te komen tot een te corrigeren bedrag voor infrastructurele kosten. Deze kosten worden afgetrokken van de praktijkkosten excl. personeel en inhuur (binnen 100%). Bij praktijken die geen anw-verrichtingen buiten hds declareren gebeurt dit uiteraard niet.</p> <p>Als laatste trekken we de overige kosten van de poh-ggz naar rato van de subcategorieën af van de praktijkkosten exclusief personeel en inhuur. Dit resulteert in de totale praktijkkosten exclusief personeel en inhuur binnen de 100% (per praktijk).</p>
Berekening praktijkkosten	In deze stap sommeren we de twee resultaten uit de vorige stap (praktijkkosten personeel en inhuur binnen 100% + praktijkkosten exclusief personeel en inhuur binnen 100%) tot de totale praktijkkosten. Wel houden we inzicht in de verschillende type praktijkkosten.

8.6.7 Arbeidskosten van huisartseigenaren

Werktijdfactor per week berekenen	We halen het aantal bestede uren van de huisartseigenaar op uit tabblad 2 van het uitvraagformat. Deze uren, besteed aan zorg verlenen, praktijk managen en inzet apotheek (indien van toepassing) tellen we bij elkaar op. Het aantal bestede uren per eigenaar delen we door 36 en maximeren we vervolgens op 1. Dit resulteert per huisartseigenaar in de werktijdfactor per week.
Werktijdfactor per jaar berekenen	<p>Het aantal gewerkte weken op jaarbasis bepaalt de werktijdfactor per jaar. Om dit te berekenen halen we de dagen dat de huisartseigenaar afwezig was op het uit tabblad 2 van het uitvraagformat. Deze tellen we per huisartseigenaar bij elkaar op, zodat we het totale aantal afwezigheidsdagen per huisartseigenaar hebben. Vervolgens rekenen we de afwezigheidsdagen om naar weken op basis van het gemiddeld aantal dagen dat de huisartseigenaar per week werkt. Dit doen we door het totale aantal afwezigheidsdagen per huisartseigenaar te delen door het gemiddeld aantal dagen dat de huisartseigenaar per week werkt.</p> <p>We trekken het totale aantal afwezigheidsweken af van het totaal aantal weken per jaar. De gewerkte weken delen we door 46 en maximeren we volgens op 1. Dit resulteert per huisartseigenaar in de werktijdfactor per jaar.</p>
Arbeidskosten inclusief poh-ggz berekenen	<p>We vermenigvuldigen per huisartseigenaar de werktijdfactor per week met de werktijdfactor per jaar. Dit resulteert in het aantal fte per huisartseigenaar.</p> <p>Vervolgens sommeren we dit resultaat voor alle huisartseigenaren in de praktijk. Het totale aantal fte huisartseigenaren per praktijk vermenigvuldigen we met de normatieve arbeidskostencomponent om de totale arbeidskosten van huisartseigenaren per praktijk te berekenen.</p>
Schoning arbeidskosten voor opbrengsten buiten 100%	Het resultaat van de vorige stap moeten we nog schonen voor de opbrengsten die buiten de 100% vallen. Dit doen we door de arbeidskosten te vermenigvuldigen met het omzetaandeel buiten de 100% en dit in mindering te brengen op de totale arbeidskosten van huisartseigenaren van die praktijk.
Arbeidskosten exclusief poh-ggz	Als laatste moeten we het resultaat van de vorige stap nog schonen voor de managementtijd die de huisartseigenaar besteedt aan de poh-ggz. De inzet van de poh-ggz met bijhorende managementtijd poh-ggz van de huisartseigenaar wordt namelijk op een andere manier bekostigd, maar maakt wel onderdeel uit van het opgegeven aantal uren per week in het uitvraagformat. We doen dit door de managementtijd poh-ggz (gemeten in kosten per fte huisartseigenaar) af te trekken van de arbeidskosten van huisartseigenaren. Dit resulteert in de arbeidskosten van huisartseigenaren in de praktijk die passen bij de zorg binnen scope.

8.6.8 Vgrev

Wegingsfactor	Op basis van balansinformatie wordt een landelijk gemiddeld percentage
---------------	--

subpopulatie naar landelijk berekenen	voor de vgrev berekend. In deze stap wordt eerst een wegingsfactor per subpopulatie berekend. Hiervoor wordt de omzet van alle praktijken per subpopulatie gesommeerd. De omzet van een subpopulatie ten opzichte van de totale landelijke omzet resulteert in de toegepaste weging voor de vgrev.
Vgrev-percentagelandelijke bepalen	<p>We gaan voor het opstellen van de landelijk normatieve balans alleen uit van die activa die noodzakelijk zijn voor een bedrijfsvoering die past bij de zorglevering ('minimale financieringsbehoefte'). Deze vormen de posten materiële vaste activa en werkkapitaal. Informatie over de materiële vaste activa halen we op uit tabblad 4 van het uitvraagformat. Het werkkapitaal is genormeerd op 1/12^e deel van de netto omzet. Op basis van informatie van alle praktijken in de steekproef bepalen we een landelijk normatief balanstotaal door de hierboven besproken wegingsfactor toe te passen. We kiezen daarbij vervolgens voor een normatieve vermogensverhouding eigen vermogen/ vreemd vermogen van 30/70%. Door het landelijk normatief balanstotaal te vermenigvuldigen met 30% bepalen we het genormeerd eigen vermogen.</p> <p>Vervolgens vermenigvuldigen we het vergoedingspercentage (rendementseis) voor het eigen vermogen met dit genormeerd eigen vermogen om te komen tot een totaal te vergoeden landelijk bedrag voor eigen vermogen. Dit drukken we uit als percentage van de totale netto omzet. Het resultaat is het landelijke opslagpercentage vgrev.</p>
Vgrev per praktijk bepalen	Om de vgrev per praktijk te bepalen vermenigvuldigen we het landelijk vastgestelde vgrev-opslagpercentage (zie bovenstaand) vervolgens met de totale 'omzet binnen de 100%' per praktijk. Dit resulteert in de normatief bepaalde (gederfde) kosten voor het eigen vermogen per praktijk.

8.6.9 Kostprijsberekening

Kostprijsberekening basistarief per praktijk	<p>We tellen de praktijkkosten (paragraaf 8.6.6), de vgrev (paragraaf 8.6.8) en de arbeidskosten van huisartseigenaren (paragraaf 8.6.7) bij elkaar op. We houden hierbij apart inzicht in de personeelskosten en de overige kosten in verband met de indexatie (zie paragraaf 8.6.10).</p> <p>We vermenigvuldigen de totale kosten met het omzetaandeel van de betreffende basisprestatie (paragraaf 8.6.2), wat resulteert in de toegeschreven kosten.</p> <p>De toegeschreven kosten delen we door het aantal gerealiseerde eenheden van de betreffende basisprestatie (paragraaf 8.6.3) om de kostprijs per basisprestatie per praktijk te berekenen.</p>
Kostprijsberekening basistarief per subpopulatie	Om de kostprijs per basisprestatie per subpopulatie te berekenen tellen we de toegeschreven kosten uit de vorige stap voor alle praktijken per subpopulatie bij elkaar op. Dit doen we ook voor het aantal gerealiseerde eenheden per subpopulatie. Vervolgens delen we de totale toegeschreven kosten per subpopulatie door de totale gerealiseerde eenheden per

	subpopulatie om de kostprijs per basisprestatie per subpopulatie te berekenen.
Kostprijsberekening basistarief per landelijk	Om de landelijke kostprijs per basisprestatie te berekenen vermenigvuldigen we de kostprijs per basisprestatie per subpopulatie met het landelijke aandeel van het aantal gerealiseerde eenheden van de betreffende basisprestatie voor de subpopulatie. Voor de berekening van het basistarief inschrijvingen hanteren we het aantal inschrijvingen als weging. Voor de berekening van het basistarief consult hanteren we het aantal consulteneenheden als weging. We sommeren dit voor elke basisprestatie, wat resulteert in een landelijke kostprijs per basisprestatie.

8.6.10 Indexatie

Indexatie tariefonderbouwing 2023 (definitief)	De landelijke kostprijs per type basistarief zoals beschreven in de vorige paragraaf is de input voor dit blok. Zoals beschreven indexeren we personele kosten met de OVA en de overige kosten met het PPC. We gebruiken voor 2023 de definitieve indexcijfers. Vervolgens sommeren we de geïndexeerde componenten personeelskosten, overige kosten en arbeidskosten van huisartseigenaren om te komen tot een tarief per basisprestatie. Door dit tarief te vermenigvuldigen met de bij de prestaties behorende factoren berekenen we de tarieven per prestatie. Voor de prestaties waar een opslag na vermenigvuldiging van factoren voor geldt wordt deze opslag apart geïndexeerd en toegevoegd aan het tarief.
Indexatie tariefonderbouwing 2024 (definitief)	We indexeren de geïndexeerde componenten van 2023 met definitieve indexcijfers 2024. Deze sommeren we wederom om te komen tot een tarief per basisprestatie. Ook hier vermenigvuldigen we de tarieven per basisprestatie met de bijbehorende factoren om te komen tot tarieven per prestatie. Ook de geïndexeerde opslag van 2023 indexeren we met definitieve indexcijfers 2024 en voegen we toe aan het tarief voor prestaties waar deze opslag voor geldt.
Indexatie tariefonderbouwing 2025 (vc)	We indexeren de geïndexeerde componenten van 2024 met voorcalculatorische indexcijfers 2025 (de definitieve cijfers zijn nog niet beschikbaar voor 1 juli 2025). Deze sommeren we wederom om te komen tot een tarief per basisprestatie. De tarieven per prestatie bepalen we door de tarieven per basisprestatie te vermenigvuldigen met de bijbehorende factoren. De geïndexeerde opslag van 2024 indexeren we met voorcalculatorische indexcijfers 2025 en voegen we toe aan het tarief voor prestaties waar deze opslag voor geldt. Tot slot selecteren we alleen de prestaties die in 2025 van toepassing zijn.

8.7 Aanvullende tabellen

8.7.1 Opbrengsten per 1.000 verzekerden

Opbrengsten

De cijfers over de omzet halen we uit de declaratiegegevens (Vektis) en deze worden aangevuld met opbrengsten die buiten de declaratiegegevens om lopen en in het uitraagformat door de praktijk zijn opgegeven; dit zijn de opbrengsten vanuit de zorggroep en de overige opbrengsten. In onderstaande tabel geven we weer hoe de totale opbrengsten per 1.000 verzekerden (per subpopulatie en landelijk) zijn verdeeld over de prestaties en segmenten.

Totale opbrengsten verdeeld naar prestaties en segmenten (* € 1.000) (PER 1.000 VERZEKERDEN)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Totale opbrengsten	238	243	220	238
Omzet buiten scope	-16	-19	-19	-19
Omzet binnen scope	222	225	201	219
Omzet buiten 100%	-30	-33	-13	-28
Omzet binnen 100%	192	191	189	191
Omzet basistarief inschrijvingen	59	59	59	59
Omzet opslagen inschrijvingen	21	21	19	20
Omzet basistarief reguliere consulten	55	51	50	51
Omzet basistarief passantenconsulten	1	1	0	1
Omzet elv en intensieve zorg	4	4	4	4
Omzet overige S1-verrichtingen	5	5	5	5
Omzet verrichtingen PBS	1	1	1	1
Tarief gereguleerde omzet	147	143	138	142
Opbrengsten vanuit zorggroep (S2 of S3)	28	28	27	28
Omzet S3	14	18	20	18
Omzet PBS (M&I)	3	3	3	3
Niet tarief gereguleerde omzet	45	49	50	49

Tabel 8.7.1.1 – Totale opbrengsten per 1.000 verzekerden verdeeld naar prestaties en segment (2022)

8.7.2 Gerealiseerde consulteenheden per 1.000 verzekerden

Om het totaal aantal consulteenheden per 1.000 verzekerden te kunnen bepalen zijn de consulten op basis van de volgende beleidsmatig bepaalde factoren gewogen.

Factoren per prestatie	
Prestatie	Factor
Consult regulier korter dan 5 minuten	0,5
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult regulier 20 minuten en langer	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie regulier	0,5

Tabel 8.7.2.2 – Factoren per prestatie

In de volgende tabel geven we het aantal gerealiseerde reguliere consulteenheden per 1000 verzekerden weer. De prestaties voor consulten voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden en tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd, zijn hier niet in meegenomen. Conform de weegfactoren in bovenstaande tabel telt in onderstaande tabel een 'Consult regulier 20 minuten en langer' als twee keer een 'Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten', en een 'Visite regulier korter dan 20 minuten' als anderhalf keer een 'Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten'.

Aantal gerealiseerde reguliere consulteenheden (PER 1.000 VERZEKERDEN)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Consult regulier korter dan 5 minuten	799	657	660	667
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	2.427	2.451	2.366	2.430
Consult regulier 20 minuten en langer	1.599	1.376	1.362	1.387
Visite regulier korter dan 20 minuten	70	90	73	85
Visite regulier 20 minuten en langer	220	201	160	193
Vaccinatie regulier	0	0	0	0
Som van reguliere consulteenheden	5.116	4.775	4.622	4.762

Tabel 8.7.2.3 – Aantal gerealiseerde consulteenheden

8.7.3 Praktijkkosten per 1.000 verzekerden

Hieronder brengen we de totale praktijkkosten per 1.000 verzekerden in kaart. Deze zijn opgehaald uit de uitvraagformats en onderverdeeld in vijf categorieën: personeel en inhuur, behandelkosten, huisvesting, overige kosten en financiële baten en lasten. De praktijkkosten worden op drie onderdelen geschoond:

1. De opbrengsten, die binnen scope, maar buiten de 100% vallen;
2. De kosten voor de poh-ggz: 'personeelskosten' en 'infrastructurele kosten'; en
3. De infrastructurale kosten voor zorg tijdens anw-uren van praktijken die de anw-verrichtingen buiten de hds declareren.

In onderstaande tabel geven we de praktijkkosten per 1.000 verzekerden weer.

Praktijkkosten naar kostencategorie (* € 1.000) (PER 1.000 VERZEKERDEN)					
Categorie		Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Totale praktijkkosten (voor schoning)	totaal	160	164	154	162
Schoning kosten buiten 100%	totaal	24	27	10	23
Correctie poh-ggz	totaal	6	8	10	9
	personeelskosten	5	7	8	7
	infrastructurale kosten	1	1	1	1
Correctie anw-verrichtingen	totaal	0	0	0	0
Totale praktijkkosten	totaal	130	129	134	130

(binnen 100%)					
Personeel en inhuur	totaal	78	86	98	88
	personeelskosten	49	57	69	59
	inhuur en waarneming	24	23	25	24
	kosten personeelsadministratie	0	0	0	0
	nascholing huisartseigenaar	0	0	0	0
	overige personeelskosten	4	4	4	4
Behandelkosten	totaal	9	7	2	6
Huisvesting	totaal	13	12	12	12
	huur praktijk	9	7	8	8
	hypotheeklasten	0	0	0	0
	energiekosten	1	1	1	1
	onderhoudskosten	0	1	0	1
	servicekosten	0	1	1	1
	overige huisvestingskosten	2	2	2	2
Overige kosten	totaal	29	24	22	24
	afschrijvingen	4	4	2	3
	autokosten	1	0	0	0
	kantoorkosten	3	3	3	3
	ICT	6	5	6	5
	algemene kosten	9	7	5	7
	kosten overkoepelende organisatie	2	0	1	1
	overige kosten huisartseigenaren (privé t.b.v. praktijk)	1	1	3	2
	overige kosten	4	2	3	3
Financiële baten en lasten		0	1	0	0

Tabel 8.7.3.1 – Praktijkkosten per 1.000 verzekerden (prijspeil 2022)

8.7.4 Arbeidskosten van huisartseigenaren per 1.000 verzekerden

In onderstaande tabel geven we de arbeidskosten van de huisartseigenaren per 1.000 verzekerden op het niveau van de subpopulaties en landelijk weer.

Arbeidskosten huisartseigenaren (PER 1.000 VERZEKERDEN)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Normatieve arbeidskostencomponent (€)				172.387
Aantal fte huisartseigenaar	0,52	0,38	0,34	0,38

Aantal fte * nac (€)	89.361	65.345	57.818	65.016
Schoning buiten 100% (€)	-9.094	-6.332	-3.410	-5.818
Correctie poh-ggz (€)	-2.419	-1.362	-481	-1.220
Totale arbeidskosten (€)	77.848	57.650	53.926	57.978

Tabel 8.7.4.1 – Arbeidskosten huisartseigenaren per 1.000 verzekerden (prijsspeil 2022)

8.7.5 Vgrev per 1.000 verzekerden

We bepalen de hoogte van de vergoeding voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen (vgrev) per 1.000 verzekerden. Bedrijfseconomisch geldt gedeerd rendement op het eigen vermogen als een (economische) kostenpost. De vergoeding voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen wordt normatief vastgesteld.

Vgrev (PER 1.000 VERZEKERDEN)				
Categorie	Klein	Middelgroot	Groot	Landelijk
Vgrev (€)	1.129	1.126	1.112	1.123

Tabel 8.7.5.1 – Vgrev per 1.000 verzekerden (prijsspeil 2022)

8.8 Tabel basistarieven huisartsenzorg 2025

Prestaties en tarieven 2025		
Code	Prestatie omschrijving	Tarief (vc 2025)
11115	Inschrijving verzekerden tot 65 jaar	€ 20,35
11116	Inschrijving verzekerden vanaf 65 jaar tot 75 jaar	€ 23,95
11117	Inschrijving verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar	€ 36,06
11118	Inschrijving verzekerden vanaf 85 jaar	€ 56,70
11119	Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in een opslagwijk	€ 6,43
11500	Huisartsenzorg voor asielzoekers in de centrale opvang, per plaats	€ 304,85
12001	Consult regulier 20 minuten en langer	€ 24,85
12002	Visite regulier korter dan 20 minuten	€ 18,64
12003	Visite regulier 20 minuten en langer	€ 31,06
12006	Vaccinatie regulier	€ 6,21
12010	Consult regulier korter dan 5 minuten	€ 6,21
12011	Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 12,43
12111	Consult praktijkondersteuner GGZ 20 minuten en langer	€ 24,85
12112	Visite praktijkondersteuner GGZ korter dan 20 minuten	€ 18,64
12113	Visite praktijkondersteuner GGZ 20 minuten en langer	€ 31,06
12116	Groepsconsult praktijkondersteuner GGZ	€ 12,43
12117	Consult praktijkondersteuner GGZ korter dan 5 minuten	€ 6,21
12118	Consult praktijkondersteuner GGZ vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 12,43
12150	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten	€ 54,28

12151	Huisartsenzorg overdag bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer	€ 94,06
12152	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, korter dan 20 minuten	€ 93,32
12153	Huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend bij eerstelijnsverblijf, 20 minuten en langer	€ 144,62
12401	Consult passant 20 minuten en langer	€ 63,72
12402	Visite passant korter dan 20 minuten	€ 47,79
12403	Visite passant 20 minuten en langer	€ 79,65
12406	Vaccinatie passant	€ 15,93
12410	Consult passant korter dan 5 minuten	€ 15,93
12411	Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 31,86
12501	Consult militair 20 minuten en langer	€ 63,72
12502	Visite militair korter dan 20 minuten	€ 47,79
12503	Visite militair 20 minuten en langer	€ 79,65
12506	Vaccinatie militair	€ 15,93
12507	Consult militair korter dan 5 minuten	€ 15,93
12511	Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 67,01
12512	Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	€ 51,08
12513	Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	€ 82,94
12516	Vaccinatie gemoedsbezwaarde	€ 19,22
12519	Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 31,86
12520	Consult gemoedsbezwaarden korter dan 5 minuten	€ 19,22
12521	Consult gemoedsbezwaarden vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 35,15
12522	Consult buitenlandse patiënt korter dan 5 minuten	€ 19,22
12523	Consult buitenlandse patiënt vanaf 5 minuten tot 20 minuten	€ 35,15
12524	Consult buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	€ 67,01
12525	Visite buitenlandse patiënt korter dan 20 minuten	€ 51,08
12526	Visite buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	€ 82,94
12527	Vaccinatie buitenlandse patiënt	€ 19,22
12701	Uitstrijkje	€ 17,18
12815	SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland	€ 650,19
12818	Keuring en onderzoek per 5 minuten	€ 15,93
12819	Vaccinatie op eigen verzoek (niet medische indicatie) per 5 minuten	€ 15,93
12820	Informatieverstrekking	€ 15,93
12821	SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden	€ 1.300,39
13000	Audiometrie	€ 32,35
13001	Diagnostiek met behulp van Doppler	€ 37,18
13003	Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies	€ 37,92
13004	Longfunctiemeting (= spirometrie)	€ 59,11
13005	ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt	€ 56,51
13006	Spleetlamponderzoek	€ 15,99
13007	Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de Waddeneilanden	€ 151,69
13008	Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	€ 37,55
13009	Teledermatologie	€ 24,17
13010	Cognitieve functietest (MMSE)	€ 40,52
13011	Hartritmestoornissen	€ 32,35

13012	Chirurgie	€ 112,28
13015	Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	€ 75,47
13023	Therapeutische injectie (Cyriax)	€ 37,92
13024	Oogboring	€ 71,75
13027	MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie	€ 24,17
13032	Palliatieve consultatie, visite	€ 145,00
13033	Palliatieve consultatie, telefonisch	€ 36,43
13034	Intensieve zorg overdag	€ 95,92
13036	Intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend	€ 165,44
13038	Euthanasie	€ 291,48
13042	IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen	€ 79,19
13045	Module Abdominale (buik) echografie	€ 54,65

Tabel 8.8.1 – Basistarieven huisartsenzorg (vc 2025)

