

Kostenonderzoek geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen en Wlz modulair pakket thuis

Verantwoordingsdocument



Update 17 juni 2024

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Onderzoeksopzet	7
2.1	Opstellen methodiek en data-uitvraag	7
2.2	Pilot van de data-uitvraag	9
2.3	Onderzoekspopulatie	9
2.3.1	Uitsluiten van zorgaanbieders (ontheffing)	10
2.4	Uitvragen van data	10
2.4.1	Ondersteuning tijdens pilot en data-uitvraag	10
2.5	Formulier kostenonderzoek	11
2.6	Eerste controles ingediende formulieren	11
2.7	Aanvullende uitvraag zorgtraject kwetsbare patiënten	12
3	Kostprijsmodel	15
3.1	Model berekening kostprijzen uurprestaties	15
3.2	Model berekening kostprijs reistoelage	19
3.3	Model berekening Zorgtraject kwetsbare patiënten	20
4	Resultaten kostenonderzoek	22
4.1	Respons en representativiteit	22
4.2	Loonkosten per beroepsgroep	22
4.3	Gewogen gemiddelde productiviteit	23
4.4	Functiemix	23
4.5	Toeslag indirecte kosten	27
4.6	Kostprijs per prestatie	27
4.6.1	SO, Arts VG en GW-zorg	27
4.6.2	Reistoelage	28
4.6.3	Zorgtraject kwetsbare patiënten	28
5	Van kostprijs naar tarief	30
5.1	Uitgangspunten tariefherijking	30
5.1.1	Toelichting tariefprincipes	30
5.2	Van kostprijzen naar tarieven	31
5.2.1	Tarieven behandelprestaties	32

5.2.2	Tarief reistoelage	32
5.2.3	Tarieven zorgtraject kwetsbare patiënten	32
5.3	Impact op macrobudget	33

1 Inleiding

Voor u ligt het verantwoordingsdocument 'Kostenonderzoek geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en Wlz modulair pakket thuis'. In dit document lichten we toe hoe de herijkte tarieven voor een aantal prestaties binnen deze zorgvormen per 2025 tot stand zijn gekomen. Het gaat hierbij om de zorg zoals de specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en gedragswetenschappers die bieden en de reistoelage. Deze prestaties komen voor in de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het modulair pakket thuis binnen de Wet langdurige zorg (Wlz mpt) en hebben hetzelfde tarief (met uitzondering van de vergoeding gederfd rendement eigen vermogen (vgrev), deze is alleen van toepassing in de gzsp).

In onderstaande tabel staat een overzicht van de prestaties die worden herijkt en de andere prestaties binnen de gzsp die niet worden herijkt. Zoals te zien in de tabel, wordt een deel van de prestaties binnen de gzsp en vergelijkbare Wlz mpt onderzocht. Andere prestaties zijn recentelijk herijkt of lopen mee in een ander kostenonderzoek met tariefherijking.

Tabel 1. De onderzochte prestaties binnen de gzsp en Wlz mpt

Wel in dit onderzoek		
Prestatiebeschrijving gzsp	Prestatiebeschrijving Wlz mpt	Tarief in 2024 gebaseerd op
Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden	Behandeling som, pg, vg, lg, zg (so), Behandeling som, pg, vg, lg, zg (Arts vg)	Kostenonderzoek Wlz 2018 (boekjaar 2016)
Zorg zoals gedragswetenschappers bieden	Behandeling gedragswetenschapper	Kostenonderzoek Wlz 2018 (boekjaar 2016)
Reistoelage zorgverlener	Reiskosten prestaties behandeling	Niet herijkt n.a.v. kostenonderzoek Wlz 2018, maar gecontinueerd
Zorgtraject kwetsbare patiënten	Zorgtraject kwetsbare patiënten	Bekostiging op basis van experimentprestatie en daarmee overeengekomen tarief in individuele contractonderhandelingen
Niet in dit onderzoek		
Prestatiebeschrijving gzsp	Prestatiebeschrijving Wlz mpt	Tarief gebaseerd op
Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten	Dagbehandeling somatiek en psychogeriatrisch	Kostenonderzoek gzsp 2021 (boekjaar 2019)
Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel	Dagbehandeling LG	Kostenonderzoek gzsp 2021 (boekjaar 2019)
Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington	Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington lg of som	Kostenonderzoek gzsp 2021 (boekjaar 2019)

Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)	Behandeling sglvg	Kostenonderzoek gzsp 2021 (boekjaar 2019)
Onderlinge dienstverlening	N.v.t.	Nee

Prestatie onderzoek voor toegang tot de grz

Deze prestatie nemen we niet mee in het kostenonderzoek gzsp omdat deze per 1 januari 2025 wordt verwijderd uit de regelgeving. Zorginstituut Nederland heeft in maart 2020 de uitspraak gedaan dat de specialist ouderengeneeskunde (so) met het geriatrisch assessment ook een indicatie voor toegang tot de grz kan stellen, zonder dat de patiënt voor het afnemen van het geriatrisch assessment opgenomen hoeft te worden in het ziekenhuis. Dit is mogelijk doordat het volledige professionele arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde per 2020 onder de Zvw is komen te vallen. Daarom is deze prestatie toegevoegd aan de regelgeving.

Deze prestatie werd toegevoegd aan de regelgeving gzsp omdat deze kosten nog niet waren opgenomen in de tarieven van het eerstelijnsverblijf (elv). Immers, in het boekjaar van het kostenonderzoek elv (2016) was het nog niet toegestaan dat een so een geriatrisch assessment uitvoerde voor toegang tot de grz. Daarom is er voor gekozen dit tijdelijk via een aparte prestatie binnen de beleidsregel gzsp te bekostigen, tot een nieuw kostenonderzoek in het elv uitgevoerd zou worden. In het huidige kostenonderzoek van het elv zijn deze kosten wel meegenomen, de kosten voor het geriatrisch assessment zijn dan ook opgenomen in de elv tarieven. Daarom wordt de prestatie onderzoek voor toegang tot de grz verwijderd uit de regelgeving gzsp en is deze prestatie geen onderdeel van het kostenonderzoek gzsp.

Doorontwikkeling gzsp

De gzsp zit per 2020 in de Zvw. Hiervoor zat deze zorgvorm in de AWBZ en vervolgens in de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (hierna: subsidieregeling). Voor meer informatie over de gzsp, zie bijvoorbeeld de Monitor contractering gzsp 2021.

Al tijdens de overheveling van de gzsp naar de Zvw is er gesproken over doorontwikkeling van de prestatiestructuur. De NZa is met beroeps- en branchepartijen in gesprek gegaan over welke prestatiestructuur wenselijk is voor de toekomst. Dit bekeken we ook in samenhang met andere trajecten die nu spelen in de ouderenzorg, het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg. Tot nu toe zijn er geen eenduidige richtingen voor een prestatiestructuur die meer gewenst is dan de huidige prestatiestructuur (uitzondering hierop vormen de nieuwe prestaties voor trajectzorg, hier gaan we verderop in dit document verder op in). Er zijn ook nog weinig bekostigingsexperimenten binnen de gzsp gestart, waardoor er nauwelijks andere ideeën voor de prestatiestructuur in de praktijk getoetst zijn. Een reden kan zijn dat de prestatiestructuur de inhoud van zorg volgt, en de gzsp is nog sterk in ontwikkeling. Een doorontwikkeling van de prestatiestructuur vergt dus nog tijd en denkwerk.

Tegelijkertijd kregen we signalen van beroeps- en branchepartijen (zie volgende paragraaf) dat de tarieven in de gzsp niet passend zijn. Daarom heeft de NZa ervoor gekozen om nu een kostenonderzoek uit te voeren over het jaar 2022 voor de tarieven 2025, waarbij de prestatiestructuur blijft zoals het is. Uitzondering hierop is de experimentprestatie. De experimentprestatie vervalt vanaf 1 januari 2025 in de gzsp. Daarom hebben we het experiment multidisciplinaire eerstelijnszorg met een specialist ouderengeneeskunde (MESO) regulier gemaakt per 1 januari 2025.

Tegelijkertijd blijven we de wenselijke, toekomstige prestatiestructuur onderzoeken. In de doorontwikkeling kijken we integraal naar een toekomstbestendige prestatiestructuur, waarbij

afstemming en coördinatie voor kwetsbare groepen essentieel is. Hierin zijn we sterk afhankelijk van lopende initiatieven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, van een beschrijving van de inhoud van de zorg en suggesties voor wenselijke prestatiestructuren vanuit de beroeps- en branchepartijen. Vervolgens zullen we een nieuw kostenonderzoek met tariefherijking uitvoeren inclusief doorontwikkeling van de prestatiestructuur.

Redenen voor dit kostenonderzoek

De NZa herijkt de tarieven periodiek zodat ze blijven aansluiten bij de praktijk. We ontvingen vanuit het veld steeds meer signalen over knelpunten in de zorglevering, omdat de tarieven niet aansluiten bij de praktijk.

Een knelpunt dat werd benoemd door ActiZ en Verenso heeft te maken met personeelskosten. De gehanteerde salarisschalen in de tarieven werden door hen te laag bevonden. Daarnaast hoorden we van beroeps- en branchepartijen en zorgaanbieders dat ze hun vraagtekens zetten bij de gehanteerde productiviteit (directe patiëntcontact ten opzichte van totale werkbare uren) van 47%.

Een derde knelpunt dat werd aangedragen door beroeps- en branchepartijen betreft de declaratie van de indirecte tijd in de gzsp. Bij de overheveling van de subsidieregeling naar de gzsp zijn de tarieven onder de subsidieregeling overgenomen. Partijen gaven aan onder deze subsidieregeling indirecte tijd te hebben gedeclareerd, terwijl dit formeel niet mocht volgens de regelgeving. Bij de overheveling naar de Zvw gingen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover met elkaar in gesprek. Zorgverzekeraars staan – zoals de regelgeving voorschrijft – het declareren van indirecte tijd niet toe. Een aantal zorgaanbieders geeft aan nu verlies te draaien op de gzsp en het gevolg kan zijn dat ze hun (schaarse) medewerkers liever voor de intramurale zorg gaan inzetten (Wlz) of hun verliezen compenseren met andere vormen van zorg. Binnen de Wlz mpt mag er ook geen indirecte tijd worden gedeclareerd voor deze prestaties, maar over deze zorgvorm horen we minder signalen dat het tarief niet passend is. Toch herijken we de tarieven ook voor de Wlz prestaties, omdat het om dezelfde soort prestaties gaat waarbinnen de zorg op grote lijn gelijk is aan de gzsp. We vinden het dan ook belangrijk dat de tarieven op elkaar blijven aansluiten.

Leeswijzer

Allereerst gaan we in de opzet van het kostenonderzoek. Daarna lichten we het kostprijsmodel toe. Vervolgens laten we zien hoe we tot kostprijzen zijn gekomen. Tot slot maken we de stap van kostprijzen naar tarieven.

2 Onderzoeksopzet

De methodiek van het kostenonderzoek is besproken met beroeps- en branchepartijen. Voor de totstandkoming van de tarieven zijn gegevens uitgevraagd bij zorgaanbieders die de onderzochte prestaties hebben gedeclareerd. In het proces dat heeft geleid tot de tarieven, heeft veel overleg plaatsgevonden met relevante partijen uit het veld. De volgende overleggen hebben plaatsgevonden:

1. Duidingssessies waarin (financiële en zorginhoudelijke) experts van zorgaanbieders en beroeps- en branchepartijen zitting hadden;
2. Technische overleggen voor afstemming met belangengroepen, zoals expertisenetwerken, branche-, beroepsorganisaties;
3. Afstemming met branchevertegenwoordigers.

2.1 Opstellen methodiek en data-uitvraag

De NZa is gestart met het inventariseren van de opties voor de methodiek van het kostenonderzoek. Doorgaans baseert de NZa de kostprijzen op de werkelijke kosten, opbrengsten en productiviteit en gaat de NZa uit van de jaarrekening. We zijn daarom gestart om te verkennen of we alle kosten, opbrengsten en productiviteit kunnen uitvragen over 2022 voor de te herijken prestaties bij zorgaanbieders. En zo niet, welke methodiek het meest passend en wenselijk is voor deze zorgvorm.

Dit heeft de NZa besproken in sessies met betrokken beroeps- en branchepartijen en enkele van hun leden ter voorbereiding op de gegevensaanvraag. Op de volgende momenten hebben overleggen plaatsgevonden:

Tabel 2. Overzicht afstemmingsmomenten met beroeps- en branchepartijen

Datum overleg	Onderwerp
17 oktober 2022	Eerste inventarisatie registratie directe/indirecte tijd, toerekenen personeelskosten/overheadkosten naar te onderzoekenprestaties en inzicht in vervoerskosten voor prestatie reistoelage
14 februari 2023	Eerste voorstel voor methodiek besproken. Onder andere selectie van zorgaanbieders, registratie directe/indirecte tijd, functiemix.
17 april 2023	Methodiekbepreking en bespreken van onder andere effecten van COVID-19, selectie van zorgaanbieders, informatie over beroepsgroepen, voorstel voor berekenen van productiviteit en functiemix en toeslag overige kosten.
15 februari 2024	Aanpassing van de methodiek, bespreking eerste uitkomsten van reistijd, loonkosten per beroepsgroep, directe tijd, functiemix
16 april 2024	Aanpassing methodiek toeslag overige indirecte kosten, update van de conceptresultaten
23 mei 2024	Inclusie van beroepsgroepen, methodiek toeslag overige zorg, update van de conceptresultaten.

De volgende aandachtspunten kwamen in de sessies naar voren:

- *Gzsp en Wlz mpt wordt door verschillende type organisaties geleverd.*
Er zijn veel zorgaanbieders die naast gzsp/Wlz mpt ook andere Wlz zorg en/of eerstelijnsverblijf leveren. Dat zijn dan grotere zorgaanbieders. Maar er zijn ook kleinere zorgaanbieders

(maatschappen mogelijk), al zijn deze sterk in de minderheid. De kostenstructuur kan verschillen per organisatievorm.

- *Gzsp en Wlz mpt is meestal maar een klein onderdeel van alle zorg zoals geleverd in een instelling en medewerkers werken vaak op meerdere afdelingen (sectoren).*
 - Dit roept de vraag op hoe we voor ‘gemengde’ organisaties de kosten voor de gzsp en Wlz mpt goed kunnen onderscheiden van de overige kosten. In de kosten (in de administratie van zorgaanbieders) wordt over het algemeen geen onderscheid gemaakt in de verschillende zorgvormen. Er moet dan een verdeelsleutel gehanteerd moeten worden om de (totale) kosten te verdelen naar gzsp, Wlz mpt, Wlz verpleging en verzorging (v&v), Wlz gehandicaptenzorg (ghz), eerstelijnsverblijf (elv) etc. Uit de hierboven genoemde gesprekken bleek dat er geen goede verdeelsleutel die makkelijk voor alle zorgaanbieders voorhanden is. Een standaardmethode in dit soort situaties is het opsplitsen van alle kosten van een organisatie op basis van gedeclareerde omzet. De aanname die hier gehanteerd wordt is dat de vastgestelde tarieven een redelijk goede weergave zijn van de verhoudingen tussen de verschillende zorgvormen. Met de klankbordgroep is besproken dat juist die aanname bij deze zorgvorm niet van toepassing is. Zo ontvingen we signalen van enkele zorgaanbieders dat het leveren van gzsp verliesmakend is voor organisaties. Dit wordt deels opgevangen door andere zorgvormen, zoals de Wlz.
 - De inspanningen die zorgaanbieders moeten leveren voor dit kostenonderzoek moet in verhouding staan tot het aandeel van de omzet van deze zorg ten opzichte van de totale omzet van een zorgaanbieder. Gzsp en Wlz mpt zijn relatief kleine zorgvormen. Daarom hebben wij ons best gedaan de administratieve lasten voor zorgaanbieders zo laag mogelijk te houden.
- *Onduidelijkheid in de registratie*

Niet alle zorgaanbieders houden de niet-cliëntgebonden tijd en indirect cliëntgebonden tijd bij, maar wel de direct cliëntgebonden tijd. De tarieven bestaan uit zowel directe tijd als indirecte tijd. We hebben dan ook goed gekeken naar hoe de indirecte tijd is meegenomen in het kostenonderzoek.
- *Meerdere kostenonderzoeken*

In het jaar 2023 werden over boekjaar 2022 ook de kostenonderzoeken Wlz ghz/ggz en elv/Wlz crisiszorg vv vanuit de NZa gestart bij zorgaanbieders die gzsp en/of Wlz mpt leveren. De gzsp/Wlz mpt uitvraag combineren met één van deze kostenonderzoeken had de voorkeur evenals het gebruiken van gegevens vanuit deze kostenonderzoeken als dit mogelijk is. Deze aanpak leidt tot minder administratieve lasten.

Gewenste methodiek

In de sessies met beroeps- en branchepartijen werd de gewenste methodiek besproken en werd besproken welke parameters er vervolgens uitgevraagd konden worden bij een selectie van zorgaanbieders (zie paragraaf 2.3). De NZa heeft vervolgens een uitvraag opgesteld. De gewenste methodiek berustte vooral op het gedetailleerd inzicht krijgen van de kosten van de behandelaren met de beschikbare gegevens die zij al hadden. Een andere optie was een registratieonderzoek. Dit zou een grote investering vergen van alle zorgaanbieders. Gezien het feit dat de zorgvorm nog aan het ontwikkelen is, bestaat het risico dat veel geïnvesteerd wordt in het registratieonderzoek, dat een aantal jaar later al slecht(er) bruikbaar is. Daarom hebben we hier niet voor gekozen, ook in overleg met de deelnemers aan de duidingssessies. Een aantal zorgaanbieders gaf in de pilotbijeenkomsten bijvoorbeeld al aan dat de productiviteit naar verwachting zal veranderen de komende jaren omdat de zorgvorm nog zoveel in ontwikkeling is.

Met deze methodiek voldoen we aan de wens vanuit partijen en zorgaanbieders om de loonschalen en de productiviteit te herijken. We besloten om hiervoor niet kosten vanuit de jaarrekening toe te rekenen naar deze zorgvormen op basis van omzet of eventueel een eigen verdeelsleutel. We verwachtten op voorhand dat weinig zorgaanbieders in de eigen administratie nu al gebruik zouden maken van een eigen verdeelsleutel. Deze keuze is voornamelijk gemaakt door de duidelijke signalen dat de kosten

voor zorg aan gzsp patiënten betaald wordt uit andere zorgvormen en dat gzsp/Wlz mpt vaak maar een klein onderdeel is van de totale omzet.

Uitvraag samengevoegd met kostenonderzoek Wlz ghz/ggz

Het kostenonderzoek binnen de Wlz ghz/ggz had dezelfde looptijd als dit kostenonderzoek. Zorgaanbieders die zorg binnen de gzsp/Wlz mpt leverden, werden ook benaderd voor het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz. Er waren geen zorgaanbieders in onze steekproef die niet werden benaderd voor het Wlz ghz/ggz kostenonderzoek maar wel voor het elv/Wlz crisiszorg vv kostenonderzoek. Het elv/Wlz crisiszorg vv kostenonderzoek werd ook anders ingestoken en volgde een ander tijdpad. Daarom is ervoor gekozen om de kostenonderzoeken qua uitvraag wel samen te voegen met Wlz ghz/ggz kostenonderzoek maar niet met het elv/Wlz crisiszorg vv kostenonderzoek.

2.2 Pilot van de data-uitvraag

Van 15 tot en met 31 mei 2023 vond de pilotfase van het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz en gzsp/Wlz mpt plaats. Zorgaanbieders konden zich hiervoor aanmelden en op deze manier feedback leveren over het invullen van het uitvraagformulier. In totaal hebben 28 zorgaanbieders deelgenomen aan de pilot, waarvan een aantal ook gzsp en/of Wlz mpt zorg levert. Van alle aangeschreven zorgaanbieders zat 17,9% van de gzsp/Wlz mpt omzet in de pilot. Naar aanleiding van de pilot hebben we het uitvraagformat verder kunnen aanscherpen.

2.3 Onderzoekspopulatie

Voor het kostenonderzoek hebben we gegevens uitgevraagd bij een selectie van zorgaanbieders. We hebben de grootste zorgaanbieders uitgevraagd die samen ruim 80% van de gzsp/Wlz mpt markt (voor wat betreft omzet) uitmaken. Omdat we een landelijke kostprijs bepalen op basis van een omzet gemiddelde, wegen de kleinere zorgaanbieders relatief weinig mee in het uiteindelijke tarief. De administratieve belasting voor kleinere zorgaanbieders lijkt niet op te wegen tegen het effect van deze zorgaanbieders in de landelijke gewogen gemiddelde kostprijs (en dus het tarief).

We hanteerden de volgende selectiecriteria:

- Gzsp: zorgaanbieders met meer dan € 100.000 omzet binnen de te herijken prestaties (exclusief reistoelage) van de gzsp. Dit betrof rond de 50-55 zorgaanbieders, met een gezamenlijke omzet rond de 80-85% van de totale gzsp-omzet.
- Wlz mpt: zorgaanbieders met meer dan € 100.000 omzet binnen de te herijken prestaties van de Wlz mpt. Dit betrof rond de 55-60 zorgaanbieders, met een gezamenlijke omzet rond de 80% van de totale Wlz mpt-omzet.

Er zit overlap in de gzsp groep en de Wlz mpt groep. In totaal hebben we ongeveer 90 zorgaanbieders uitgevraagd.

Bovenstaande selectie is gemaakt op basis van de declaratiegegevens die bekend zijn bij de NZa, ontvangen via Vektis. Het jaar 2021 is voor deze cijfers gebruikt, omdat dit het meest recente jaar was dat compleet was tijdens het bepalen van de onderzoekspopulatie. We hebben in ieder geval deze groep zorgaanbieders gevraagd gegevens aan te leveren. Deze selectiecriteria hebben we ook opgenomen in het uitvraagformat. Als een aanbieder vervolgens zelf aangaf minder dan € 100.000 omzet per zorgvorm te hebben gehad in het jaar 2022, dan hoefde de zorgaanbieder de gegevens voor die zorgvorm niet aan te leveren. Daarnaast is het mogelijk dat er een aantal zorgaanbieders met minder dan € 100.000 omzet per zorgvorm in 2021 toch zijn benaderd om deel te nemen aan dit

kostenonderzoek. Dat komt omdat deze zorgaanbieders benaderd werden voor het Wlz ghz/ggz kostenonderzoek en het uitvraagformat voor dit kostenonderzoek gecombineerd was met het Wlz ghz/ggz kostenonderzoek. Als deze zorgaanbieders in het format aangaven meer dan € 100.000 omzet te hebben gehad in het jaar 2022, werden ook zij gevraagd gegevens aan te leveren.

2.3.1 Uitsluiten van zorgaanbieders (ontheffing)

Verschillende zorgaanbieders hebben bij de NZa aangegeven dat zij om uiteenlopende redenen de gevraagde gegevens niet konden aanleveren. In deze gevallen hebben zij een ontheffingsverzoek ingediend. In principe gaan wij terughoudend om met het verlenen van ontheffing, de gegevens die wij vragen zijn namelijk van grote waarde om de uiteindelijke kostprijzen en tarieven te kunnen bepalen. In de volgende gevallen hebben wij in ieder geval ontheffing verleend: als sprake is van een faillissement tijdens het onderzochte boekjaar (2022) en aantoonbare overmacht (bijvoorbeeld brand, diefstal etc.). Ieder ontheffingsverzoek hebben we individueel beoordeeld om zo te bepalen of sprake is van aantoonbare overmacht.

Voor het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz en gzsp/Wlz hebben we in totaal 36 ontheffingsverzoeken voor beide kostenonderzoeken ontvangen, op basis daarvan hebben wij 22 zorgaanbieders ontheffing verleend. De overige zorgaanbieders hebben we uitstel gegeven en gevraagd de gegevens toch aan te leveren. Van deze zorgaanbieders hebben we de gegevens voor de gzsp/Wlz mpt ontvangen en meegenomen in het kostprijsonderzoek.

2.4 Uitvragen van data

De uitvraag van de gegevens vond plaats in een gezamenlijk uitvraagformulier met het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz. De gegevensuitvraag bestond uit een Excel-formulier waarin de zorgaanbieders gegevens over het jaar 2022 moesten invullen. Voor het gzsp/Wlz mpt-deel van het uitvraagformulier vroegen we zorgaanbieders naar de omzet van de prestaties die we onderzochten. Vervolgens vroegen we de zorgaanbieders die boven de drempelwaarde (€ 100.000) uitkwamen, het tabblad in te vullen dat betrekking had op de gzsp/Wlz mpt. We vroegen zorgaanbieders balansgegevens in te vullen, net als informatie over het totaal aantal uren en salaris per beroepsgroep. Daarnaast hebben we zorgaanbieders ook gevraagd naar gegevens over het tarief en volume van de geleverde prestaties. Tot slot vroegen we naar de productiviteit per beroepsgroep, reistijd en functiemix per prestatie voor zowel de gzsp als de Wlz mpt prestaties.

De uitvraagperiode liep van 6 juli tot en met 22 september 2023, voor zorgaanbieders die uitstel hebben aangevraagd is de deadline opgeschoven naar 6 oktober.

2.4.1 Ondersteuning tijdens pilot en data-uitvraag

Tijdens de pilotfase en de daadwerkelijke data-uitvraag hebben we op verschillende manieren zorgaanbieders ondersteund in het invullen van het uitvraagformat.

- Zo hebben we in de handleiding voor het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz een hoofdstuk geschreven over het tabblad dat betrekking had op de gegevens voor de gzsp en Wlz mpt. Deze is te vinden op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_741961_22/1/
- Ook is er een document opgesteld met daarin de veelgestelde vragen. Deze zijn te vinden op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_744766_22/1/

- Door het team Wlz ghz/ggz zijn ook roadshows georganiseerd voor zorgaanbieders. Daarin is meer informatie gegeven over het kostenonderzoek, het gehanteerde kostprijsmodel en de gegevensuitvraag. Tijdens deze bijeenkomsten was ook ruimte om vragen te stellen. De roadshows werden georganiseerd in juli en augustus 2023 in Zaandam, Assen, Utrecht en Eindhoven. Primair gingen deze roadshows over het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz. Vanuit de gzsp/Wlz mpt zijn we ook aangesloten om eventuele vragen over dit specifieke onderdeel te beantwoorden.
- Daarnaast was er een helpdesk die te bereiken was via Whatsapp en via mail. Neem contact op met ons via Whatsapp op 088 – 770 8 770 of via info@nza.nl.

2.5 Formulier kostenonderzoek

Het formulier van het kostenonderzoek Wlz ghz/ggz, waar we de uitvraag voor de gzsp en Wlz mpt in onder hebben gebracht, bevatte twintig tabbladen, waarvan er enkele werden gebruikt in het kostenonderzoek gzsp/Wlz mpt. De overige tabbladen werden gebruikt voor het kostenonderzoek Wlz ghz.

- Versiebeheer & legenda (gebruikt in dit kostenonderzoek)
- Opmerkingen (gebruikt in dit kostenonderzoek)
- Controletabblad (gebruikt in dit kostenonderzoek)
- 0. Algemene gegevens (gebruikt in dit kostenonderzoek)
- 1. Kosten & Opbrengsten
- 2. Kostenplaatsstructuur
- 3. Productie per kostenplaats
- 4A. Formatie in loondienst
- 4B. Formatie PNIL
- 5A. Behandeling zzp & vpt
- 5B. Behandeling modulair
- 5C. H335 H336 H329 & gzsp (gebruikt in dit kostenonderzoek)
- 6A. Dagbesteding - groepsgrootte
- 6B. Dagbehandeling - groepsgrootte
- 7. Meerzorg
- 8. Onderlinge dienstverlening
- 8A. Hoofdaannemer
- 8B. Onderaannemer
- 9. Crisis en ondersteuningsteam
- 10. Overige vragen

In de [handleiding](#) is te vinden welke gegevens er precies werden uitgevraagd en met welke reden. Nagenoeg alle berekeningen voor dit kostenonderzoek zijn gebaseerd op gegevens die zijn aangeleverd onder tabblad 5C. In bijlage 1 'Uitvraag kostenonderzoek bij zorgaanbieders (tabblad 5c)' staat een kopie van tabblad 5C.

2.6 Eerste controles ingediende formulieren

Specifiek voor het kostenonderzoek gzsp/Wlz mpt zijn de eerste controles die zijn uitgevoerd de volgende:

- Zijn balansgegevens ten behoeve van vgreb berekening ingevuld als de aanbieder gegevens voor de gzsp moest aanleveren.

- Voor minimaal één beroepsgroep zijn de verloonde uren en bruto jaarsalaris (personeel in loondienst) danwel aantal uitbetaalde uren en kosten (personeel niet in loondienst) opgegeven.
- Het aantal prestaties en tarief moet voor in ieder geval één gzsp-prestatie zijn ingevuld.
- Productiviteit moet voor minimaal één beroepsgroep zijn ingevuld.
- De functiemix moet voor minimaal één beroepsgroep zijn ingevuld.
- Als een beroepsgroep voorkomt in de functiemix van een prestatie, dan moet daarvoor ook de productiviteit en loonkosten worden ingevuld in voorgaande tabellen (deze controle is later toegevoegd nadat ongeveer 10% van de formulieren binnen was gekomen).

Als uit één of meerdere controles bleek dat het tabblad niet goed was ingevuld, dan ging het formulier terug naar de zorgaanbieder met het verzoek om de data aan te vullen. Hierbij werd aangegeven wat er ontbrak/aangepast moest worden. De zorgaanbieders konden dan het formulier aanpassen en opnieuw uploaden. In veel gevallen bleken er echter nog steeds belangrijke waardes te missen, of leken de uitkomsten met betrekking tot loonkosten en productiviteit als niet logisch uit de analyses te komen. Met deze zorgaanbieders hebben we nog een keer extra contact opgenomen om deze bepaalde waarnemingen te controleren. Daarnaast zagen we bij een aantal aanleveringen duidelijk dat er per ongeluk iets is misgegaan met de aanlevering, bijvoorbeeld dat een regel is ingevuld met informatie die eigenlijk bedoeld is voor de regel erboven. Dergelijke punten hebben we besproken met de zorgaanbieders, zodat we deze aanleveringen wel mee konden nemen. In sommige gevallen heeft dit exclusie van (een deel van) de gegevens geleid, bijvoorbeeld als de zorgaanbieder de gegevens niet te kunnen verbeteren. Dit is altijd in overleg met de zorgaanbieders gegaan.

2.7 Aanvullende uitvraag zorgtraject kwetsbare patiënten

Onderdeel van het kostenonderzoek gzsp en Wlz mpt was ook de tariefbepaling van de nieuwe prestaties 'Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase' en 'Zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase'.

We zijn voornemens deze prestaties toe te voegen aan de regelgeving 2025 voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). Ook willen we deze prestatie op termijn toevoegen aan de regelgeving voor het Wlz mpt. Dit blijkt helaas nog niet mogelijk omdat aan de Wlz mpt kant enkele uitvoeringsproblemen spelen. Het voornaamste uitzoekpunt heeft te maken met de eigen bijdrage bepaling die het CAK doet. Cliënten kunnen in aanmerking komen voor een lagere eigen bijdrage als zij minder dan 20 uur zorg per maand ontvangen in het mpt. Het CAK moet daarvoor weten of iemand daadwerkelijk meer of minder dan 20 uur zorg per week ontvangt. Door het introduceren van een maandprestatie in de regelgeving van het mpt, heeft het CAK geen zicht meer op de geleverde uren zorg. Zij kunnen dan dus niet vaststellen of een hoge of lage eigen bijdrage geldt. De komende periode onderzoeken we welke stappen (en eventuele wettelijke wijzigingen) nodig zijn om de prestaties zo snel mogelijk in te laten gaan.

Aanleiding voor deze nieuwe prestaties is de doorontwikkeling van de prestatiestructuur gzsp en Wlz mpt en de meer langdurige betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde kan ingezet worden voor collegiale consultatie, diagnostiek na verwijzing en uitvoering van en regie op behandelplan. De betrokkenheid kan incidenteel, kortdurend zijn bij een afgebakende zorgvraag. De huidige bekostiging (uurprestaties) past niet bij de verscheidenheid aan activiteiten en rollen die een specialist ouderengeneeskunde kan vervullen. Met de nieuwe prestaties zetten we een eerste stap in de doorontwikkeling van de bekostiging. We zien dit niet als eindstation maar als een eerste stap in de goede richting. De komende jaren evalueren we deze prestatie en onderzoeken we welke verdere stappen nodig zijn om de bekostiging beter te laten aansluiten bij de ontwikkelingen in de praktijk.

De prestatie 'zorgtraject kwetsbare patiënten startfase' geldt voor de eerste drie maanden van een zorgtraject. Voor deze prestatie geldt een tarief voor drie maanden. Deze eerste drie maanden kunnen vervolgens aangevuld worden met de prestatie 'zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase'. Voor deze prestatie geldt een tarief per maand.

Opzet kostenonderzoek prestaties zorgtraject kwetsbare patiënten

Om tot een tarief te komen voor de prestaties zorgtraject kwetsbare ouderen startfase en zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase hebben we vanuit de vier verschillende MESO locaties kostprijsgegevens ontvangen over de kosten die zij in 2023 hebben gemaakt. We hebben MESO hiervoor een informatieverzoek gestuurd. Dit betreffen zowel kosten die zijn gemaakt voor Zvw patiënten als voor Wlz cliënten. Van MESO ontvingen we de volgende kostenposten met bijbehorende kosten:

- Personele kosten zorgteam
 - waaronder de specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige en secretaresse;
- MDO bijdrage derden;
- Consultatie specialist tweede lijn;
- Praktijkkosten
 - waaronder huisvesting, kantoorkosten, ICT en automatisering, algemene kosten en afschrijvingen;
- Personele kosten ondersteuning
 - waaronder HR, praktijkmanager (financiële) administratie, bestuur/directie;
- Risico reservering (2% van de totale kosten).

Naast de gegevens over kosten, ontvingen wij van MESO ook gegevens over het aantal trajecten dat de vier MESO praktijk in 2023 hebben gedeclareerd. Daarnaast ontvingen we informatie over de gemiddelde trajectduur per praktijk.

Aangeleverde kostprijsgegevens

De kostprijsgegevens van de vier verschillende MESO-zorgaanbieders zijn geanalyseerd op betrouwbaarheid en bruikbaarheid. We concluderen dat één van de vier zorgaanbieders geen bruikbare en betrouwbare kostprijsgegevens heeft. Dit omdat deze praktijk, vanwege onzekerheid rondom de financiering, geen realistisch beeld kon scheppen van de kosten, aldus MESO zelf. Deze laten we dan ook buiten beschouwing voor dit kostenonderzoek.

Van de hierboven genoemde posten hebben wij een aantal posten geschoond in de kostprijsberekening, te weten de MDO bijdrage derden, de consultatie specialist tweede lijn en de risicoreservering van 2%. Hieronder lichten we toe waarom we deze niet hebben meegenomen.

- MDO bijdrage derden

Onderdeel van het MESO concept is dat alle betrokken hulpverleners (zoals fysiotherapeuten of wijkverpleegkundigen) worden uitgenodigd om deel te nemen aan een MDO, zodat afstemming plaats kan vinden over de behandeldoelen en de bijbehorende taakverdeling. De inzet van andere zorgprofessionals bij het MDO zal geen onderdeel zijn van de tarieven voor de prestaties zorgtraject kwetsbare patiënten. Dit kan worden bekostigd via de reguliere bekostiging van bijvoorbeeld de fysiotherapie en de wijkverpleging. Deze kosten hebben we dan ook niet meegenomen in het berekenen van een kostprijs voor de trajectzorg.
- Consultatie specialist tweede lijn

We hebben ervoor gekozen om het meekijkconsult van de medisch specialist nu niet op te nemen in de prestaties. Hiervoor doorlopen we een NZa breed traject rondom meedenkadvis vanuit de medisch specialistische zorg en de huisarts (en dus ook de SO). We wachten de besluitvorming

daaromtrent af alvorens we verder invulling geven aan het meekijkconsult in de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen. Dat betekent dat we de kosten die hiervoor zijn opgenomen in de kostprijs (ter informatie: de consultatie van de specialist in de tweede lijn bedraagt slechts 0,17% van de totale opgegeven kosten).

- Risico reservering

In de door MESO opgegeven kosten is een risico reservering van 2% opgenomen. Deze hebben wij niet overgenomen. Dit omdat de NZa zelf altijd opslag in de tarieven opneemt voor de vergoeding van het gederfde rendement op eigen vermogen (vgrev), om de kosten voor een financiële reserve te vergoeden. Het meenemen van de risico reservering zou daarom dubbelop zijn.

3 Kostprijsmodel

3.1 Model berekening kostprijzen uurprestaties

In essentie bestaan de kostprijzen voor de prestaties waar we nu onderzoek naar doen uit een vergoeding voor de ingezette directe tijd van behandelaren opgehoogd met een toeslag voor 'overige kosten'. Binnen deze vergoeding wordt ook de indirecte tijd van behandelaren vergoed. De kostprijzen worden berekend aan de hand van de volgende stappen:

Stap 1: kosten van een beroepsgroep per verloond/uitbetaald uur

Binnen deze stap berekenen we de loonkosten per verloond (PIL) of uitbetaald (PNIL) uur voor de beroepsgroepen die zorg leveren binnen de te herijken prestaties.

Hiervoor hebben we bij de zorgaanbieders per beroepsgroep het aantal verloonde uren en bruto jaarsalaris (inclusief vakantiegeld, vergoedingen (zoals eindejaarsuitkering) en sociale lasten, onregelmatigheidstoelage) uitgevraagd voor de behandelaren in loondienst. Daarnaast vragen we het aantal uitbetaalde uren en totale kosten (inclusief btw) voor PNIL uit.

Aanbieders gaven in de pilotsessies aan deze personeelskosten niet of nauwelijks op te kunnen geven voor specifiek alleen de kosten gemaakt voor de zorgvormen gzsp en Wlz mpt. We doen daarom, na afstemming met de branche- en beroepspartijen, de aanname dat behandelaren hetzelfde kosten binnen het elv, de Wlz ghz, de gzsp en Wlz mpt. Dus dat het qua loonkosten niet uitmaakt of een specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld bij het elv of de gzsp wordt ingezet. Dit is bevestigd door de zorgaanbieders die deelnamen aan een sessie die we hebben georganiseerd om de methodiek te toetsten. Daarom hebben we zorgaanbieders gevraagd deze gegevens voor de hele organisatie op te geven.

Stap 2: productiviteit per beroepsgroep

In deze stap wordt per beroepsgroep de productiviteit berekend (directe cliëntgebonden uren t.o.v. totaal aantal werkbare uren). Onder directe cliëntgebonden uren verstaan we de tijd waarin de zorgaanbieder in direct contact staat met de patiënt, of diens vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 7:465 Burgerlijk Wetboek (artikel 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst).

De onderzochte prestaties zijn uurprestaties, die alleen gedeclareerd mogen worden voor de directe cliëntgebonden tijd. Zowel indirecte cliëntgebonden als indirecte niet-cliëntgebonden tijd (verlof, opleiding, ziekte) zijn verdisconteerd in de tarieven.

Aanbieders gaven aan meer indirecte tijd kwijt te zijn bij gzsp en Wlz mpt, dan bij het elv en Wlz ghz (bijvoorbeeld doordat ze meer informatie vanuit verschillende plekken moeten verzamelen bij aanvang van de behandeling). Bovendien werd in de pilotsessies aangegeven dat de productiviteit verschilt voor gzsp en Wlz mpt. Daarom vroegen we zorgaanbieders de productiviteit aan te leveren per beroepsgroep specifiek voor gzsp en Wlz mpt apart.

Tijdsregistratie onduidelijk

Zorgaanbieders gaven in de pilotsessie aan dat niet alle zorgaanbieders de productiviteit registreren. Wel registreerden alle gzsp-zorgaanbieders de directe cliëntgebonden tijd. De zorgaanbieders die de Wlz mpt prestaties leverden, registreerden niet altijd de directe cliëntgebonden tijd. Een aantal zorgaanbieders gaven aan dat het mogelijk was om de *indirecte cliëntgebonden tijd* uit de dossiers van

de patiënt of agenda's van de behandelaren halen, maar de *overige indirecte tijd* was naar verwachting niet of nauwelijks op te halen bij zorgaanbieders. Tegelijkertijd hadden sommige zorgaanbieders wel een experiment, zoals NOA en Topaz uitgevoerd in het verleden waar overige indirecte tijd werd geregistreerd.

Schatting van tijdsregistratie

Gezien bovenstaande punten en de aanleiding voor dit kostenonderzoek (zie hoofdstuk 1), hebben we de zorgaanbieders gevraagd om de productiviteit aan te leveren specifiek voor de gzsp en de Wlz mpt. Vervolgens hebben we gevraagd om aan te geven waar zorgaanbieders deze gegevens op hebben gebaseerd (begroting, beleid, urenregistratie, roostergegevens, inschatting, anders nl [open veld]).

We hebben niet voor een registratieonderzoek gekozen om de tijdsregistratie in kaart te brengen. We vonden dit een te grote belasting voor zorgaanbieders, vooral omdat de zorgvorm gzsp nog veel in ontwikkeling is. Het risico was dat we veel zouden investeren in een registratieonderzoek, terwijl dat over een paar jaar al weer achterhaald zou kunnen zijn. Een aantal zorgaanbieders gaf in de pilotbijeenkomsten ook aan dat de productiviteit naar verwachting zal veranderen de komende jaren.

Stap 3: functiemix per prestatie

In deze stap volgt de berekening van de functiemix per prestatie. Er zijn verschillende beroepsgroepen die zorg leveren onder de te herijken prestaties. Binnen bijvoorbeeld de uurprestatie voor de so kan ook een verpleegkundig specialist ingezet worden. We vroegen daarom de functiemix per te herijken prestatie uit bij de zorgaanbieders.

Onzekerheid over registraties functiemix

In de pilotbijeenkomsten voor dit kostenonderzoek hebben zorgaanbieders aangegeven de functiemix niet allemaal te registreren. Een aantal zorgaanbieders kon dit wel aanleveren. Ook omtrent functiemix is dus een bepaalde mate van onzekerheid, omdat we afhankelijk zijn van de registraties van zorgaanbieders. Toch verwachten we hier minder onzekerheid, omdat de meeste zorgaanbieders de directe tijd van zorgverleners wel registreren en zo een betrouwbare opgave van de van de functiemix kunnen geven.

Toetsing van de functiemix

Aangezien de functiemix niet door alle zorgaanbieders goed ingevuld kon worden, passen we de volgende controle toe:

We gebruiken de gemiddelde functiemix en toetsen dit bij de beroeps- en branchepartijen en enkele zorgaanbieders in de klankbordgroep. We verwachten dat dit beter te controleren is door deze partijen dan de tijdsregistratie.

Excluderen van beroepsgroepen.

Naar aanleiding van de bijeenkomsten met zorgaanbieders en beroeps- en branchepartijen hebben we besloten om de volgende beroepsgroep te excluderen van de kostprijsberekening: de casemanager dementie bij de prestatie zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde bieden.

Casemanager dementie

In de opgegeven casemix van de mpt-prestatie behandeling so, kwam de casemanager dementie naar voren. Door zorgaanbieders en beroeps- en branchepartijen werd aangegeven dat de casemanager dementie niet zou mogen registreren onder deze prestatie.

Het Zorginstituut Nederland heeft recent een duiding uitgebracht over de vergoeding van casemanagement voor mensen met dementie. Het Zorginstituut beschrijft in de duiding het volgende: “*casemanagement dementie is ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’.*” Wij concluderen dat de werkzaamheden van een casemanager gedeclareerd zouden moeten worden via de prestaties verpleging en verzorging. Het lijkt dan ook niet logisch om de casemanager dementie mee te nemen in de functiemix voor de prestatie behandeling so. In lijn hiermee, en op basis van de uitspraken tijdens de tweede duidingssessie, hebben wij dan ook besloten om casemanagers dementie niet mee te nemen in de functiemix. Bij twee zorgaanbieders is de casemanager opgenomen, met deze zorgaanbieders hebben we contact opgenomen. De beslissing is alleen van invloed op de prestatie behandeling so in de regelgeving voor het Wlz mpt. In de gzsp functiemix is de casemanager nauwelijks opgegeven.

Niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen prestatie Zorg zoals gedragswetenschappers bieden Zorgverzekeraars hebben in hun inkoopdocumenten voorwaarden opgenomen voor het declareren van de gzsp-prestatie behandeling gedragswetenschappelijk. Zo omschrijft ZN in het document Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) (2023):

“De gedragswetenschapper is een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper en houdt zich aan de landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en generalistische basis ggz, daar waar deze toepasbaar zijn op GZSP (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/3-afspraken/3-5-consultatie>). De BIG-geregistreerde gedragswetenschapper kan andere disciplines inzetten als er een zorgprogramma is waarin dit duidelijk is beschreven. Zij staan onder regie van de gedragswetenschapper en verlenen zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.”

Daarnaast wordt in het bestand Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) (2025) het volgende genoemd:

“Gezien de verwachting dat er op korte termijn geen door de beroepsgroep gedragen programma’s worden gepubliceerd, hanteren we voor 2025-2026 de volgende uitzondering:

Zorgaanbieders die regionaal met elkaar zorginhoudelijk gedragen zorgprogramma’s voorleggen met daarin expliciet beschreven wanneer welke verlengde arm constructie noodzakelijk is en hoe veel van de behandeling door de verlengde arm wordt uitgevoerd, kunnen hun zorgprogramma indienen bij de preferente verzekeraar. Het uitgangspunt blijft dat het merendeel van de behandeling door de BIG-geregistreerde gedragswetenschapper wordt uitgevoerd.”

We concluderen op basis hiervan dat de regelgeving van zorgverzekeraars ertoe leidt dat vooral BIG-geregistreerde zorgprofessionals worden ingezet onder de prestatie behandeling gedragswetenschapper. Professionals zonder BIG-registratie kunnen op basis van de regelgeving van zorgverzekeraars wel worden ingezet, als daar een zorgprogramma aan ten grondslag ligt.

In het kostenonderzoek zijn ook beroepsgroepen opgegeven die geen BIG-registratie hebben. In de duidingssessie van 16 april 2024 werd hierover aangegeven dat dit in 2022 nog wel mogelijk was, maar vanaf 2023 niet meer zonder dat er een zorgprogramma aan ten grondslag ligt. Dit roept de vraag op of het wenselijk is om de tarieven voor de gzsp puur te baseren op BIG-geregistreerde zorgprofessionals. Anderzijds is aangegeven dat het, gezien de krapte op de arbeidsmarkt, niet reëel is dat alle zorg uitsluitend door BIG-geregistreerde zorgverleners geleverd wordt.

Tabel 3 effect uitsluiten niet-BIG geregistreeerde beroepen op tarief gedragswetenschapper

Tarief incl. niet BIG-geregistreeerde beroepen	Tarief excl. niet BIG-geregistreeerde beroepen
€ 177,33	€ 216,86

Bovenstaande tabel geeft het effect weer van het wel of niet meenemen van de niet BIG-geregistreeerde zorgverleners op het uiteindelijke tarief voor de gedragswetenschapper (zie verdere hoofdstukken voor toelichting hoe het tarief tot stand is gekomen).

De voorwaarde betreffende het verlenen van zorg door uitsluitend BIG-geregistreeerde zorgverleners wordt door zorgverzekeraars gesteld aan de gzsp. Voor het Wlz mpt geldt de voorwaarde niet.

In de tariefberekening hebben we er voor gekozen om de functiemix te gebruiken zoals deze is opgegeven door zorgaanbieders. Dat betekent dat we uitgaan van een tarief gebaseerd op zowel wel - BIG-geregistreeerde als niet BIG-geregistreeerde beroepen. We sluiten daarmee aan bij de zorg zoals deze op dit moment geleverd wordt, zowel binnen de gzsp als binnen het Wlz mpt. Bovendien houden we hiermee vast aan het principe van functionele bekostiging: wij schrijven niet voor wie de zorg mag leveren. Indien zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders wensen vast te leggen welke zorgverlener welke zorg mag verlenen, is het aan hen om daar afspraken over te maken. We zijn van mening dat de max-max optie in de gzsp-regelgeving ruimte biedt voor zorgaanbieders die alleen BIG-geregistreeerde zorgverleners inzetten hierover contractafspraken te maken.

Combineren stappen 1 t/m 3

Om zo veel mogelijk data te kunnen gebruiken, bepalen we per onderdeel (stappen 1 t/m 3) landelijke gemiddelden. Op deze onderdelen voeren we een uitbijter schoning uit. De definitie van een uitbijter is een waarde die meer dan 1,5 interkwartielafstand afwijkt van de boven- of ondergrens. Daarna voegen we deze gewogen gemiddelde per onderdeel bij elkaar om een landelijk gewogen gemiddelde tarief te berekenen. Daarna berekenen we (per prestatie) voor ieder onderdeel een landelijk gewogen gemiddelde. Door per onderdeel (stappen 1 t/m 3) landelijke gemiddelden te bepalen, en dan pas een totale kostprijs te berekenen, kunnen we een groter deel van de data kunnen gebruiken, dan wanneer we eerst per zorgaanbieder een kostprijs per prestatie zouden berekenen. Doordat veel aanleveringen niet op alle onderdelen even goed gevuld waren, zou deze methode betekenen dat we veel aanleveringen niet zouden kunnen gebruiken. Door per onderdeel (stappen 1 t/m 3) landelijke gemiddelden te bepalen en daarna tot een landelijk gemiddelde kostprijs per prestatie te komen, vergroten we de representativiteit van het kostprijsonderzoek.

Stap 4: opslag overige kosten op het uurtarief

De loonkosten moeten worden opgehoogd met een toeslag voor de overige kosten (loonkosten van niet-zorgverleners en overhead etc.) om tot een integraal tarief te komen. We waren van plan om deze overige kosten te baseren op uitkomsten uit het Wlz-kostenonderzoek, immers de gzsp en Wlz mpt zorg wordt grotendeels geleverd in Wlz-zorgaanbieders. Tijdens de duidingssessie van 16 april 2024 hebben we besproken dat het niet mogelijk is om de toeslag overige kosten te baseren op het Wlz-kostenonderzoek, omdat dit kostenonderzoek vertraging oploopt. We zijn daarom op zoek gegaan naar alternatieve methoden om toch te komen tot een toeslag voor indirecte kosten. Wij hebben onderzocht of het mogelijk is om voor de indirecte kosten uit te gaan van het kostenonderzoek in het eerstelijnsverblijf (elv) en de Wlz crisiszorg vv en we hebben gekeken naar eerdere kostprijsonderzoeken.

Is de data van het kostenonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv bruikbaar voor dit kostenonderzoek?

De zorgaanbieders die elv en/of Wlz crisiszorg vv (hierna kostenonderzoek elv) leveren kunnen overlappen met de zorgaanbieders die gzsp en Wlz mpt leveren. De zorgaanbieders uit het kostprijsonderzoek elv leveren in veel gevallen ook gzsp en/of Wlz mpt. In het elv-kostprijsonderzoek hebben 120 zorgaanbieders kosten aangeleverd, waarvan er 76 ook gzsp of Wlz mpt zorg gedeclareerd hebben. Tegelijkertijd geldt voor vrijwel alle 120 zorgaanbieders uit het elv-onderzoek dat Wlz-zorg de hoofdmoot van de instelling is. Ook zijn de ingezette zorgverleners (beroepsgroepen) voor een groot deel vergelijkbaar tussen de elv en de gzsp/Wlz mpt.

Vervolgens hebben we de jaarrekeningen van zorgaanbieders die zowel elv als gzsp/Wlz mpt leveren vergeleken met de zorgaanbieders die zowel Wlz als gzsp leveren. We zien dat deze zorgaanbieders heel sterk op elkaar lijken. We zien dat beide groepen ongeveer 79% loonkosten hebben, ongeveer 4% afschrijvingen en ongeveer 23% overige kosten (zoals voedingsmiddelen en hotelmatige kosten; cliënt-c.q. bewonergebonden kosten; algemene kosten en evt. overige/diverse lasten; huur en leasing; energiekosten; onderhoudskosten; dotaties aan voorziening groot onderhoud) hebben.

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen we dat de data van het kostenonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv bruikbaar is voor het bepalen van de toeslag voor indirecte kosten voor het kostenonderzoek gzsp/Wlz mpt.

Tijdens één van de duidingssessies werd door een van de zorgaanbieders geopperd dat het wellicht zinvol zou zijn om naar het eerdere kostprijsonderzoek in de wijkverpleging te kijken voor de opslag indirecte kosten. Wij concluderen dat het gebruik van deze data voor ons kostenonderzoek niet mogelijk is. We zien dat in de wijkverpleging andere beroepsgroepen werkzaam zijn dan in de gzsp en Wlz mpt. Daarnaast zien we dat het aandeel indirecte kosten in de wijkverpleging lager ligt dan in de gzsp en Wlz mpt (31% vs ongeveer 43%¹). Verder zijn binnen dat kostenonderzoek net andere definities en uitgangspunten gehanteerd waardoor het toepassen van uitkomsten uit dat onderzoek voor de tarieven gzsp/Wlz mpt erg moeilijk is. Tot slot stamt het kostenonderzoek wijkverpleging uit 2017 (over 2016 kosten en volumes), waardoor de toepasbaarheid ook minder is.

Stap 5: kostprijs van de uurprestatie

Op basis van stap 1 tot en met 4 werd de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per uurprestatie berekend. Dit hebben we in eerste instantie voor de vergelijkbare prestaties van gzsp en Wlz mpt apart berekend. Dit zodat we inzicht krijgen in mogelijk verschillen tussen de gzsp en Wlz mpt.

Stap 6: beoordelen kostprijs

We gaan uit van een zo goed mogelijke schatting door een grote groep zorgaanbieders (>80% van omzet), die we vervolgens door het goed te analyseren en bespreken met het veld valideren. Hiervoor hebben we verschillende duidingssessie georganiseerd met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Hierin hebben we de gegevens en de uitbijters besproken.

3.2 Model berekening kostprijs reistoelag

In het formulier waarin we de loonkosten, productiviteit en de functiemix hebben uitgevraagd, hebben we ook totale reistijd per beroep (uitgedrukt in uren) en het aantal cliëntbezoeken per beroepsgroep uitgevraagd.

¹ Zie paragraaf 4.5 voor de uitwerking van dit laatste percentage.

In de eerdere stappen hebben we bepaald wat de loonkosten (per uur) per beroepsgroep zijn. Deze loonkosten kunnen we combineren met het totaal aantal uren die cliëntbezoeken gekost hebben. Dit levert per beroepsgroep op wat de totale loonkosten zijn die samen hangen met de cliëntbezoeken. Per zorgaanbieder kunnen alle loonkosten en cliëntbezoeken opgeteld worden. Per zorgaanbieder wordt er dan een gewogen gemiddelde prijs berekend per cliëntbezoek.

Om tot een landelijke gemiddelde prijs te komen voor een cliëntbezoek, wegen we alle gemiddelde prijzen (per zorgaanbieder) met de totale loonkosten voor cliëntbezoeken van de betreffende zorgaanbieder.

Reiskosten

Naast de loonkosten van de 'reizende' behandelaar hebben we in de duidingssessie van 15 februari 2024 besproken dat we hier uitgaan van € 2,50 reiskosten per bezoek. De prestatie reistoelage bestaat namelijk uit zowel een onderdeel voor *reistijd* als *reiskosten*. Zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij de reiskosten moeilijk konden extraheren uit hun administratie. Daardoor kunnen we de reistijd wel inschatten op basis van dit kostenonderzoek, maar de reiskosten niet. Op dit moment liggen de *reiskosten* in de reistoelage op ongeveer € 2,50 per bezoek. We hebben daarom in overleg met deelnemers aan de duidingssessie besproken dat we dit bedrag blijven hanteren voor de reiskosten. Uiteraard vindt er ieder jaar wel een indexatie plaats op dit bedrag.

3.3 Model berekening Zorgtraject kwetsbare patiënten

Hieronder lichten we toe hoe we de kostprijs berekening voor de prestaties zorgtraject kwetsbare patiënten hebben gedaan.

Verdeling loonkosten tussen de prestaties

Vanuit betrokken zorgaanbieders is aangegeven dat tijdens de diagnostische fase meer uren zorg geleverd wordt door het zorgverlenend personeel. Ook MESO heeft dit aangegeven in de kostprijsgegevens. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat de diagnostische fase ongeveer twee maanden duurt. Van de totale zorginzet van het personeel tijdens het traject vindt 54% procent hiervan plaats in de diagnostische fase. De overige 46% wordt verspreid over de gemiddeld vier maanden die het vervoltraject loopt.

Hiervoor corrigeren we in de kostprijsberekening van de prestaties. We verdelen daarom de loonkosten met een verdeelsleutel op basis van de diagnostische fase toe aan de prestaties. De verdeelsleutel is gebaseerd op de gemiddelde duur van de diagnostische fase in combinatie met de uren die gemiddeld gemaakt zijn in de diagnostische fase. Dit wordt niet toegepast voor de overheadkosten. Deze kosten verdelen we over de prestaties op basis van maanden.

Kostprijsberekening zorgtraject kwetsbare patiënten startfase

De kostprijs voor de startfase bestaat daarmee uit de volgende onderdelen:

- Loonkosten diagnostische fase (± 2 maanden)
- Loonkosten verschil drie maanden met diagnostische fase (± 1 maand)
- Overheadkosten (per 3 maanden)
 - Loonkosten overhead
 - Overige kosten overhead

De berekening van de kostprijs voor de prestatie zorgtraject kwetsbare patiënten startfase hebben we opgenomen in berekening 1.

Berekening 1. Kostprijs zorgtraject kwetsbare patiënten startfase.

Kostprijs startfase (per drie maanden)

$$\begin{aligned} &= (\text{Gemiddelde duur diagnostische fase} * \text{Loonkosten diagnostische fase per maand}) \\ &+ ((3 - \text{gemiddelde duur diagnostische fase}) * \text{loonkosten vervolgfase}) + (3 \\ &* (\text{loonkosten overhead} + \text{overige kosten overhead})) \end{aligned}$$

Kostprijsberekening zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase

De kostprijs voor de vervolgfase bestaat uit de volgende onderdelen:

- Loonkosten vervolgfase (per maand)
- Overheadkosten (per maand)
 - Loonkosten overhead
 - Overige kosten overhead

De berekening voor de kostprijs is opgenomen in berekening 2.

Berekening 2. Kostprijs zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase.

Kostprijs vervolgfase (per maand)

$$= \text{Loonkosten vervolgfase} + \text{Loonkosten overhead} + \text{Overige kosten overhead}$$

4 Resultaten kostenonderzoek

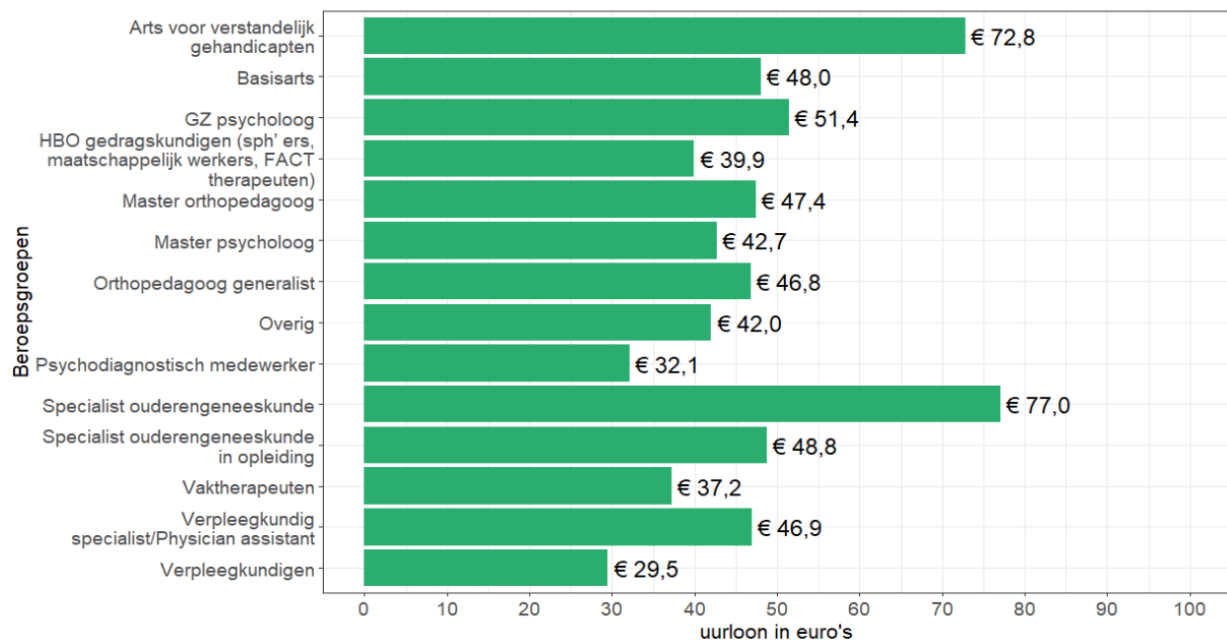
4.1 Respons en representativiteit

- Aantal zorgaanbieders uitgevraagd: 90
- Aantal formulieren ontvangen: 98 (dit aantal is hoger dan het aantal dat we hebben uitgevraagd. Dit komt doordat een aantal aanbieders dat onder de € 100.000 grens zit toch gegevens aangeleverd hebben).

4.2 Loonkosten per beroepsgroep

In totaal hebben 84 zorgaanbieders de loonkosten ingevuld. De loonkosten zijn opgegeven voor de totale organisatie en niet specifiek voor de gzsp/Wlz mpt. De individuele loonkosten (per beroepsgroep) van aanbieders zijn gewogen met de uren van de aanbieder (per beroepsgroep) om tot landelijk gemiddelde loonkosten per uur te komen. Als een beroepsgroep minder dan vijf keer is opgegeven, dan worden deze gegevens wel meegenomen in de analyses, maar in onderstaande figuur niet weergegeven.

Figuur 1 De gewogen gemiddelde salariskosten per beroepsgroep per uur



Deze resultaten zijn op prijspeil 2022 en zijn het gewogen gemiddelde van de loonkosten van het personeel in loondienst als het personeel niet in loondienst. Het totale aandeel van de kosten voor personeel niet in loondienst in vergelijking met de totale loonkosten is 4,8%.

4.3 Gewogen gemiddelde productiviteit

In de onderstaande tabel laten we de productiviteit per beroepsgroep zien voor de gzsp, de Wlz mpt en laten we per beroep ook de gewogen gemiddelde productiviteit voor alle zorgaanbieders samen zien. Als een beroepsgroep minder dan vijf keer is opgegeven, dan worden deze gegevens wel meegenomen in de analyses, maar in onderstaande tabel niet weergegeven.

De individuele productiviteit van aanbieders is gewogen met omzet om tot een landelijk gemiddelde productiviteit te komen. We zien, zoals verwacht, verschillen tussen de Wlz mpt en de gzsp tussen de verschillende beroepen. De verschillen zijn echter niet van dien aard dat we twijfelen aan de bruikbaarheid voor de tariefberekening. In paragraaf 4.6 komen we hierop terug.

Tabel 4 Productiviteit Wlz mpt, gzsp en gemiddelde productiviteit

Beroepsgroep	Productiviteit Wlz mpt	Productiviteit gzsp	Gemiddelde productiviteit
Arts voor verstandelijk gehandicapten	44,89%	44,42%	44,60%
Basisarts	38,16%	43,55%	40,32%
GZ psycholoog	39,80%	47,54%	41,59%
HBO gedragskundigen (sph'ers, maatschappelijk werkers, FACT therapeuten)	49,30%	42,41%	45,15%
Master orthopedagoog	39,29%	52,08%	40,28%
Master psycholoog	34,43%	42,35%	35,68%
Orthopedagoog generalist	42,89%	37,37%	43,42%
Psychodiagnostisch medewerker	44,36%	55,18%	47,85%
Specialist ouderengeneeskunde	40,69%	44,00%	42,52%
Specialist ouderengeneeskunde in opleiding	-	40,93%	43,29%
Vaktherapeuten	52,12%	55,13%	54,64%
Verpleegkundig specialist/Physician assistant	37,83%	49,17%	42,99%
Verpleegkundigen	-	38,70%	39,20%

Voor twee beroepen waren er in de set aan Wlz mpt zorgaanbieders minder dan 5 aanleveringen voor wat betreft productiviteit. Daarom kunnen we deze niet laten zien in bovenstaande tabel. De data van deze aanbieders zijn wel meegenomen in de gemiddelde productiviteit (laatste kolom van tabel 4).

Op basis van de aangeleverde data hebben we voor alle zorgverleners en alle zorgaanbieders een gezamenlijk ziekteverzuimpercentage berekend. Dit percentage komt voor 2022 uit op 6,6%. Het ziekteverzuim zit via de productiviteit verwerkt in de tarieven.

4.4 Functiemix

Hieronder geven we de functiemix per prestatie weer. Hiervoor gebruiken we de opgegeven beroepsgroepen per prestatie, geschoond voor de beroepsgroepen ingedeeld als 'Geen gzsp/Wlz mpt'

in bijlage 2. De individuele functiemix van aanbieders is gewogen met omzet om tot een landelijk gemiddelde functiemix te komen.

- Voor de Wlz mpt-figuur hebben we waarnemingen van 45 instellingen mee kunnen nemen.
- Voor de gzsp-figuur hebben we waarnemingen van 49 instellingen mee kunnen nemen.

Zoals aangegeven in paragraaf 3.1 hebben we de casemanager dementie uitgesloten in dit kostprijsonderzoek.

Tabel 5 Gewogen gemiddelde functiemix per Wlz mpt-prestatie, na uitbijterschoning

Beroepsgroep	H329 Behandeling gedragsweten- schapper	H335 Behandeling so	H336 Behandeling avg
Arts voor verstandelijk gehandicapten			80,0%
Arts voor verstandelijk gehandicapten in opleiding			0,8%
Basisarts		3,3%	1,2%
GZ psycholoog	28,9%	3,3%	0,9%
GZ psycholoog in opleiding	0,0%		
HBO gedragskundigen (sph'ers, maatschappelijk werkers, FACT therapeuten)	36,3%	2,6%	3,9%
Master orthopedagoog	7,6%		
Master psycholoog	12,0%	4,6%	4,6%
Orthopedagoog generalist	2,4%		
Overig	1,1%	2,2%	3,3%
Psychiater	0,2%	0,3%	0,4%
Psychodiagnostisch medewerker	1,0%		
Psychologen of orthopedagogen	4,1%		
Specialist ouderengeneeskunde	0,5%	68,7%	0,9%
Specialist ouderengeneeskunde in opleiding		0,3%	
Vaktherapeuten	4,8%	4,7%	0,1%
Verpleegkundig specialist/Physician assistant	0,3%	10,0%	3,8%
Verpleegkundigen	0,9%		

Tabel 6 Gewogen gemiddelde functiemix per gzsp-prestatie, na uitbijterschoning

Beroepsgroep	1000 Zorg zoals specialisten ouderengenees- kunde bieden	1001 Zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden	1003 Zorg zoals gedrags- wetenschappers bieden
Arts voor verstandelijk gehandicapten		83,3%	0,0%
Arts voor verstandelijk gehandicapten in opleiding	0,1%	1,2%	
Basisarts	3,8%	2,7%	0,4%
GZ psycholoog	0,4%	3,2%	39,7%
GZ psycholoog in opleiding			0,1%
Geriatrisch Verpleegkundige			
HBO gedragskundigen	0,4%		0,3%
HBO gedragskundigen (sph'ers, maatschappelijk werkers, FACT therapeuten)		0,6%	34,9%
Klinisch neuropsycholoog			0,0%
Klinisch psycholoog			0,4%
Master orthopedagoog			2,0%
Master psycholoog	0,2%		5,4%
Orthopedagoog generalist			1,1%
Overig			3,1%
Psychiater	0,6%	1,0%	0,5%
Psychodiagnostisch medewerker			0,6%
Specialist ouderengeneeskunde	88,8%	1,1%	0,3%
Specialist ouderengeneeskunde in opleiding	0,3%		
Vaktherapeuten		0,5%	9,7%
Verpleegkundig specialist/Physician assistant	3,2%	6,3%	0,1%
Verpleegkundigen	2,3%		1,4%

Tijdens de verschillende duidingssessies hebben we met (vertegenwoordigers) van zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars gesproken over de functiemix van de verschillende prestaties. In deze overleggen gaven verschillende partijen aan dat de functiemix zoals deze is opgegeven onjuist is. Sommige partijen zijn van mening dat niet alle beroepsgroepen die in het kostenonderzoek zijn opgegeven, ook daadwerkelijk deze zorg zouden mogen leveren. We hebben hierover daarom extra navraag gedaan bij de beroeps- en branchepartijen

Reactie Verenso/NVAVG

“Bij ‘zorg zoals een specialist ouderengeneeskunde of arts VG pleegt te bieden’ kan de behandeling worden geleverd door de specialist ouderengeneeskunde danwel arts VG, door VS & PA (deels onder

toezicht van de arts en deels zelfstandig) en in een enkel geval ook een basisarts of een aios (specialist ouderengeneeskunde of arts VG) onder toezicht van een specialist ouderengeneeskunde of arts VG. Dit geldt zowel in de Wlz als de Zvw.”

Reactie ActiZ

“Voor zover ik het volledig kan overzien, kunnen we met de functiemix uit het kostenonderzoek blijven werken. Diverse disciplines kunnen worden ingezet in zowel GZSP/WLZ MPT, als het maar onder verantwoordelijkheid is van bijv. een gz psycholoog of specialist ouderengeneeskunde en als de 'escalatiemogelijkheid/hulplijn maar goed is geregeld. Uiteraard gelden hierbij ook de bepalingen uit de wet BIG en richtlijnen van beroepsverenigingen.”

Reactie ZN

“Zorgverzekeraars en Zorgkantoren vinden het aan de beroepsgroepen om te bepalen welke professionals zorg kunnen leveren. Het lijkt mij daarom goed om deze vraag ook voor te leggen aan de NVAVG irt de functie AVG arts en de betrokkenheid bij de inzet van de gedragswetenschapper in de gehandicaptenzorg. (deze partij staand niet in de verzendlijst)

Zorgverzekeraars hebben uitgangspunten gzsp opgesteld, waarin zij aangeven welke voorwaarden er gesteld worden aan de inkoop van gzsp zorg door zorgverzekeraars.

Deze uitgangspunten zijn al gedeeld met de NZa.

Voor 2025 zijn in de uitgangspunten de volgende voorwaarden opgenomen;

- De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam - onder verantwoordelijkheid van de SO zorg leveren die valt onder de prestatie ‘Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde’, zoals omschreven in de Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg van Verenso (maart 2022).
- De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam - onder verantwoordelijkheid van arts VG zorg leveren indien er een handreiking samenwerking en taakherschikking vanuit de beroepsgroep is.
- Voor de gedragswetenschapper is opgenomen dat De BIG-geregistreerde gedragswetenschapper kan andere disciplines inzetten als er een door de beroepsgroep gedragen zorgprogramma is waarin dit duidelijk is beschreven.
 - Zorgaanbieders die regionaal met elkaar zorginhoudelijk gedragen zorgprogramma’s voorleggen met daarin expliciet beschreven wanneer welke verlengde arm constructie noodzakelijk is en hoe veel van de behandeling door de verlengde arm wordt uitgevoerd, kunnen hun zorgprogramma indienen bij de preferente verzekeraar. Het uitgangspunt blijft dat het merendeel van de behandeling door de BIG-geregistreerde gedragswetenschapper wordt uitgevoerd.

Standpunt NZa

Op basis van bovenstaande concluderen we dat er verschillende standpunten heersen over de functiemix van de prestaties. Vanuit het oogpunt van functionele bekostiging vinden wij het niet wenselijk om ons als NZa te mengen in de discussie wie de zorg mag leveren. Wij gaan daarom voor de tariefbepaling uit van functiemix zoals deze is opgegeven door de deelnemende zorgaanbieders. Uiteraard blijft het uitgangspunt gelden dat zorgverleners die de zorg declareren daartoe bevoegd en bekwaam moeten zijn. Het punt ten aanzien van de functiemix nemen we mee in de doorontwikkeling van de bekostiging waar we in de inleiding al over spraken.

4.5 Toeslag indirecte kosten

Zoals aangegeven in paragraaf 3.1, stap 4 zijn wij van mening dat we op basis van de data uit het kostprijsonderzoek elv een toeslag voor de indirecte kosten kunnen berekenen en die kunnen toepassen in de kostprijsberekening voor de gzsp en Wlz mpt. Van de 120 zorgaanbieders leveren er 76 gzsp en/of Wlz mpt. We hebben alleen deze 76 zorgaanbieders gebruikt in de berekening van de toeslag indirecte kosten.

In het kostenonderzoek elv en Wlz crisis vv is jaarrekening data uitgevraagd. Daarnaast is gedetailleerde data over de personeelskosten van zorgaanbieders uitgevraagd. In deze personeelsuitvraag is onderscheid gemaakt naar verplegende/verzorgende (hierna V&V) en behandelende beroepen.

Van alle zorggerelateerde beroepen hebben we bepaald of deze van toepassing zijn binnen de gzsp en Wlz mpt of niet. V&V beroepen zijn dat sowieso niet, omdat bij de gzsp en Wlz mpt geen verpleging en verzorging plaats vindt. Daarnaast zijn ook paramedische beroepen niet van toepassing. Op basis van deze indeling bepalen we de verhouding tussen loonkosten van beroepen die wel of niet van toepassing zijn binnen de gzsp/ Wlz mpt.

Deze verhouding passen we toe op alle posten uit jaarrekeningdata van de 76 zorgaanbieders uit het elv kostenonderzoek. Dit levert een schatting op van de 'jaarrekening kosten' die horen bij de gzsp. Nu kunnen we deze 'gzsp jaarrekening kosten' van alle 76 zorgaanbieders optellen.

Kosten voor de posten "Voedingen hotelmatige kosten" en "Patiënt- en bewonergebonden" sluiten we uit omdat deze voor de gzsp/Wlz mpt niet van toepassing zijn.

We berekenen nu de verhouding van de totale 'gzsp jaarrekening kosten' ten op zichte van de personeelskosten van de behandelende beroepen (voor gzsp/Wlz mpt). Deze verhouding geeft weer met hoeveel procent de loon kosten per direct uur (uit het gzsp/Wlz mpt kostenonderzoek) opgehoogd moeten worden om tot een integraal maximum tarief te komen.

Op basis van deze berekeningen komen we uit op een toeslag van 42,95% voor de indirecte kosten. In de paragraaf 4.8 laten we zien hoe deze in de tarieven toegepast wordt.

4.6 Kostprijs per prestatie

4.6.1 SO, Arts VG en GW-zorg

In de onderstaande tabel laten we zien wat voor de gzsp en de Wlz mpt prestaties de landelijke gewogen gemiddelde kostprijzen zijn op basis van de stappen zoals hierboven beschreven.

Tabel 7 kostprijzen voor SO, Arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG) en gedragswetenschapper, o.b.v. gzsp-aanbieders, Wlz mpt-aanbieders en gemiddeld (prijsspeil 2022).

Prestatie	Gzsp	Wlz mpt	Gemiddelde
Specialist ouderengeneeskunde	239,30	236,38	239,07
Arts AVG	224,86	220,44	223,90

Prestatie	Gzsp	Wlz mpt	Gemiddelde
Gedragwetenschapper	142,95	148,51	149,34

In de tabel is te zien dat de verschillen tussen de gzsp en Wlz mpt gewogen gemiddelde kostprijzen beperkt zijn (3 à 4 euro). We zullen daarom, net als voorheen, voor de gzsp en Wlz mpt hetzelfde tarief vaststellen (op de vgrev na, deze is alleen van toepassing op de gzsp, dit wordt nader toegelicht in hoofdstuk 5).

Wat ook opvalt is dat het gemiddelde van het tarief voor de gedragwetenschapper hoger is dan de twee onderliggende gemiddelden voor de gzsp en de Wlz mpt. Dit is een gevolg van het feit dat bij het samenvoegen van de gzsp en Wlz mpt data de uitbijterschoning nogmaals uitgevoerd is en dat tot iets andere resultaten leidt dan de uitbijterschoningen op de twee deelverzamelingen.

Tot en met 2024 waren de tarieven voor de specialist ouderengeneeskunde en de Arts VG aan elkaar gelijk gesteld. Uit bovenstaande tabel blijkt dat er dusdanige verschillen zijn (ongeveer 6 à 7%) tussen de gemiddelde kostprijzen van de SO en de ArtsVG dat we vanaf 2025 hier eigen tarieven voor vast zullen stellen. In hoofdstuk 5 lichten we hoogte van de tarieven toe.

4.6.2 Reistoelage

Zoals aangegeven in paragraaf 3.2 hebben we over alle beroepen en alle zorgaanbieders een gemiddelde berekend van de kosten die samenhangen met de reistijd van behandelaren.

Uit de analyses blijkt dat er iets meer dan zestigduizend bezoeken uitgevoerd zijn. De totale kosten van deze bezoeken (qua reistijd van behandelaren) bedroeg iets meer dan € 1,8 miljoen. Dat resulteert in een gemiddelde van € 30,01 aan kosten van reistijd.

Tabel 8: kosten van reistijd, aantal bezoeken en gemiddelde kosten van reistijd (prijsspeil 2022)

Kosten van reistijd	Aantal bezoeken	Gemiddelde kosten van reistijd
1.800.899	60.009	€ 30,01

Zoals aangegeven rekenen we ook € 2,50 aan reiskosten toe aan de reistoelage.

De totale kostprijs voor de reistoelage komt daarmee op € 32,51 (prijsspeil 2022).

4.6.3 Zorgtraject kwetsbare patiënten

Hieronder laten we de resultaten van het kostenonderzoek zien. We rapporteren geen gegevens van de drie individuele zorgpraktijken die hebben aangeleverd in het kader van herleidbaarheid. We rapporteren de gegevens daarom alleen op geaggregeerd niveau.

Tabel 9 Gewogen gemiddelde kostprijs loonkosten per fase

Loonkosten behandelaren per maand	Gewogen gemiddelde kostprijs 2023 (€)
Loonkosten diagnostische fase per maand	934,51
Loonkosten vervolgfase per maand	355,15

Tabel 10 Gewogen gemiddelde kostprijs overhead

Overheadkosten per maand	Gewogen gemiddelde kostprijs 2023 (€)
Loonkosten overhead	81,27
Overige kosten overhead	85,93

Met de bovenstaande berekeningen zijn we tot de in tabel 11 genoemde kostprijzen per prestatie gekomen. De kostprijzen zijn gecontroleerd op of de totale kosten zijn toegerekend naar de prestaties door gebruik te maken van de volumes per prestatie. Ook benoemen we hier de kosten per prestatie en de volumes.

Tabel 11 Kostprijzen per prestatie in 2023

	<i>Kosten</i>	<i>Volume</i>	<i>Kostprijs</i>
Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase	€ 973.896,10	362	€ 2.690,32
Zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase	€ 627.550,00	1199	€ 523,55
Totaal	€ 1.644.024,72	1561	

5 Van kostprijs naar tarief

5.1 Uitgangspunten tariefherijking

Voor de tariefherijking is het algemene beleid gevolgd ten aanzien van kostenonderzoek en tariefherijking. Dit is vastgelegd in de beleidsregel 'Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg' (BR/CU-5149) (hierna: de beleidsregel tariefprincipes). Bij het vaststellen van de tarieven zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De tarieven worden gebaseerd op werkelijk gemaakte kosten en werkelijk geleverde aantallen zorgprestaties;
- De kostprijs wordt bepaald op basis van het gewogen gemiddelde van alle zorgaanbieders samen;
- Functionele bekostiging: voor dezelfde prestaties gelden dezelfde tarieven, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert. We bepalen dus voor dezelfde prestaties binnen de gzsp en Wlz mpt één tarief.
- Voor de tarieven in de Zvw compenseren we voor het aanhouden van eigen vermogen (hierna: vgrev);
- De berekende tarieven op basis van prijspeil 2022 worden geïndexeerd naar prijspeil 2025.

Aan de hand van deze uitgangspunten is de aangeleverde kostprijsinformatie vertaald in tarieven per gzsp-prestatie en Wlz-mpt prestatie voor 2025.

5.1.1 Toelichting tariefprincipes

Tarieven op basis van werkelijke kosten

Basis voor de nieuwe tarieven zijn de werkelijke loonkosten van behandelaren, de productiviteit en functiemix zoals aangeleverd door zorgaanbieders. Ook de toeslag voor indirecte kosten is gebaseerd op de werkelijkheid, zoals beschreven in paragraaf 4.5 op basis van jaarrekening- en personeelskosten data uit het kostenonderzoek elv.

Gewogen gemiddelde kostprijs

Voor de tariefberekening is het gewogen gemiddelde gehanteerd. Per onderdeel (loonkosten per uur, productiviteit, functiemix) is een landelijk gemiddelde per prestatie berekend door te wegen met uren (voor de uurkosten per uur), productiviteit en functiemix worden gewogen met omzet.

Door uit te gaan van het gewogen gemiddelde vormen de totale kosten in de sector de basis van de berekende tarieven. Hiermee is het tarief landelijk gemiddeld kostendekkend. Met deze methode hebben zorgaanbieders met relatief lage productieaantallen een minder grote invloed op de hoogte van het tarief. Grotere zorgaanbieders daarentegen hebben een grotere invloed op de hoogte van het tarief. De kosten van elke individuele cliënt wegen op deze manier even zwaar mee.

Functionele bekostiging

Functionele bekostiging houdt in dat in principe voor dezelfde prestaties dezelfde tarieven (en tariefsoort) gelden, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert. Dit principe ligt ten grondslag aan zowel de Zvw, Wlz, als de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en dient het belang van de keuzevrijheid en betaalbaarheid voor de consument. Dit betekent dat de zorg zelf wordt omschreven, maar dat niet wordt voorgeschreven wie de zorg moet leveren, of waar deze zorg geleverd dient te worden. Dit betekent in de praktijk dat de NZa gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt waarmee

de zorg geleverd en gedeclareerd kan worden. Het maakt daarbij niet uit in welke organisatievorm dat geschiedt. Met andere woorden, dit betekent dat voor de Zvw en Wlz in principe dezelfde tarieven gelden voor vergelijkbare gzsp/mpt-prestaties als de inhoud van de zorg hetzelfde is. In de praktijk zullen de vast te stellen tarieven voor Zvw gzsp en Wlz mpt uiteindelijk toch niet identiek zijn. Daar gaan we hieronder verder op in.

Voor de Zvw-prestaties: vergoeding voor aanhouden eigen vermogen

In het kostenonderzoek worden geen kosten gemeten voor het aanhouden van eigen vermogen. Maar het aanhouden van eigen vermogen kost wel iets, namelijk het gederfde rendement wat behaald had kunnen worden als het vermogen ergens anders in geïnvesteerd was, ('*opportunity costs*'). Om deze reden wordt er een normatieve vergoeding bepaald. Deze vergoeding voor gederfd rendement op het eigen vermogen (vgrev) wordt toegevoegd aan de landelijk gemiddelde kostprijs per prestatie. Zie verder hoofdstuk 3.2. De hoogte hiervan is voor de gzsp bepaald op basis data uitgevraagd in het kostprijsonderzoek. In de tarieven voor de prestaties voor de gzsp zit 2,24% opgenomen als vgreve vergoeding. Deze vergoeding wordt niet in de tarieven voor de Wlz toegepast.

Indexatie

In het kostenonderzoek zijn de gegevens uitgevraagd van het meest recent afgesloten boekjaar, dit was 2022. Hierdoor is het kostenniveau van prijspeil 2022 gemeten (voor de kosten van 'zorgtraject kwetsbare patiënten' is 2023 data uitgevraagd, dit is dus prijspeil 2023).

Volgens de beleidsregel tariefprincipes worden de kostprijzen voor de prestaties in een groep geïndexeerd naar prijspeil 2025 voor het tarief per 1 januari 2025.

5.2 Van kostprijzen naar tarieven

De NZa stelt op grond van de Wmg prestaties met bijbehorende maximumtarieven vast. Het kostenonderzoek gzsp en vergelijkbare Wlz-prestaties is geïnitieerd om inzichtelijk te maken in hoeverre het huidige tarief voor deze prestaties nog representatief is in verhouding met de daadwerkelijk gemaakte praktijkkosten.

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale (praktijk)kosten moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Dit betekent dat het tarief wordt berekend op basis van de gemiddeld gemeten werkelijke kosten, met als uitzondering de normatieve aanpassingen ten aanzien van het (gederfd) rendement op het eigen vermogen (vgrev).

Omdat de resultaten van het kostenonderzoek zien op het jaar 2022 (2023 voor de tarieven voor zorgtraject kwetsbare patiënten) moeten de berekende kostprijzen vervolgens worden geïndexeerd om aan te sluiten bij het huidige prijspeil.

De loonkosten worden daarbij geïndexeerd op basis van de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Voor de overige kosten wordt aangesloten bij het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau.

Over de afgelopen jaren gelden de volgende indexatiepercentages:

Tabel 12 Indexatiepercentages over de jaren 2023-2025

Indexpercentages	Definitief 2023	Definitief 2024	Voorlopig 2025
Loonkosten – OVA	6,36%	6,00%	4,18%
Materiële kosten – CEP	7,02%	3,10%	1,82%

5.2.1 Tarieven behandelprestaties

Zoals aangegeven in paragraaf 4.6.1 stellen we (in de basis) voor de vergelijkbare gzsp en Wlz mpt prestaties dezelfde tarieven vast. Enige uitzondering is het toepassen van de vgrev voor de tarieven van de gzsp prestaties. In de onderstaande tabel zijn de tarieven voor de gzsp en de Wlz mpt weergegeven, inclusief indexering naar prijspeil 2025, en voor de gzsp inclusief vgrev.

Tabel 13 Tarieven gzsp (inclusief vgrev) en Wlz mpt, prijspeil 2025

Prestatie	Tarief Gzsp	Tarief Wlz mpt
Specialist ouderengeneeskunde	€ 283,88	€ 277,67
Arts VG	€ 265,86	€ 260,05
Gedragwetenschapper	€ 177,33	€ 173,45

5.2.2 Tarief reistoelage

In de onderstaande zijn de tarieven voor de reistoelage te zien zoals die gaan gelden binnen de gzsp en de Wlz mpt. Het verschil in tarief wordt verklaard door het toepassen van de vgrev in het tarief voor de gzsp.

Tabel 14 tarief reistoelage, prijspeil 2025

Prestatie	Gzsp	Wlz mpt
Reistoelage	€ 38,91	€ 38,06

5.2.3 Tarieven zorgtraject kwetsbare patiënten

In de onderstaande zijn de tarieven voor de prestaties voor zorgtraject kwetsbare patiënten weergegeven. Deze tarieven zijn op prijspeil 2025 en inclusief vgrev (voor gzsp).

Tabel 15 tarieven zorgtraject kwetsbare patiënten, prijspeil 2025, inclusief vgrev (voor gzsp)

Prestatie	Tarief gzsp
Zorgtraject kwetsbare patiënten startfase	€ 3.023,08
Zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase	€ 586,27

5.3 Impact op macrobudget

Om de impact op het macrobudget te bepalen hebben we de 2022 aantallen uit Vektis gecombineerd met enerzijds de geldende 2024 tarieven voor de gzsp en Wlz mpt en anderzijds met de nieuwe tarieven, geïndexeerd naar prijspeil 2024.

Voor zowel de gzsp als de Wlz mpt tarieven geldt dat de tarieven gemiddelde genomen met ongeveer 18-19% stijgen. Voor de Wlz mpt stijgen de tarieven gemiddeld met 18,5%, voor de gzsp stijgen de tarieven gemiddelde 19,2%. De iets hogere stijging voor de gzsp tarieven is te verklaren doordat de toeslag voor de vgrev ook iets gestegen is.

Voor de Wlz mpt stijgen de macro uitgaven, als we uitgaan van 2022 aantallen en de maximumtarieven, met € 8,3 miljoen. Deze stijging van de macro uitgaven hebben we doorgegeven aan het ministerie van VWS. VWS zal deze stijging meenemen in definitieve kaderbrief (deze zal ongeveer verschijnen in september 2024). Voor de gzsp stijgen de macro uitgaven, wederom uitgaande van 2022 aantallen en de maximumtarieven, met ongeveer € 6,0 miljoen.

