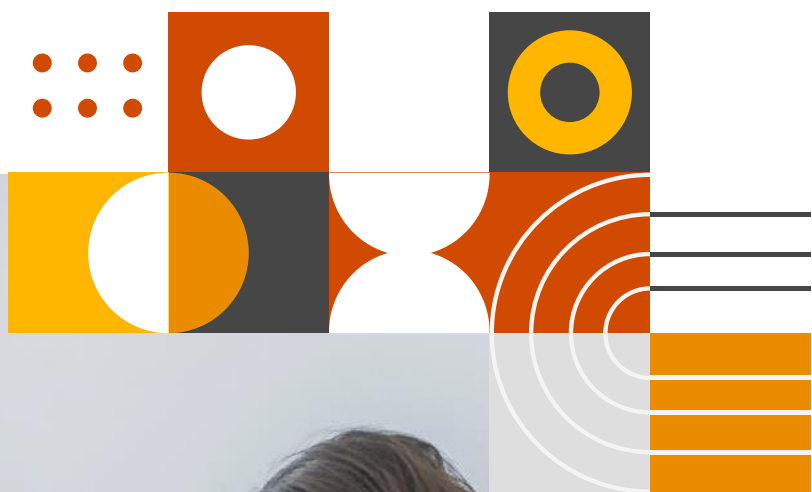


# Eindrapportage 'Kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv'

Onderzoek naar de kostprijs van geleverde prestaties in  
2022 binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv

Uitgevoerd door PwC in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

5 juli 2024



# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
Resultaten van het kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv 2022	5
Doel kostprijsonderzoek	8
Onderzoeksaanpak gegevensverzameling	9
Methodiek berekening kostprijzen	10
Beschrijving data	11
<b>Voorwoord</b>	<b>14</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>16</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>19</b>
1.1 Aanleiding onderzoek	19
1.2 Waarom is herijking van de huidige tarieven noodzakelijk?	19
1.3 Beschrijving van de huidige praktijk	19
1.3.1 Bekostiging en prestatie elv in 2022	19
1.3.2 Bekostiging en prestatie Wlz crisiszorg vv in 2022	20
1.4 Traject richting de nieuwe bekostiging	21
1.5 Doel van het onderzoek	22
1.6 Leeswijzer	23
<b>2 Onderzoeksaanpak gegevensverzameling</b>	<b>25</b>
2.1 Steekproef	25
2.2 Gegevensaanlevering door zorgaanbieders	27
2.3 Ondersteuning bij gegevensaanlevering	29
2.4 Controleren en valideren ontvangen gegevens	29
2.5 Controleren ontvangen gegevens op plausibiliteit	30
2.6 Databewerkingen na fase gegevensaanlevering	31
2.7 Correcties op de uitvraagformulieren	31
2.8 Individuele analyses voor datacorrecties	32
2.9 Groepsanalyses voor correcties op de data (uitschieters)	35
2.10 Privacy en bescherming (persoons)gegevens	37
<b>3 Beschrijving van de data</b>	<b>40</b>
<b>4 Methodiek berekening kostprijzen</b>	<b>53</b>
4.1 Reikwijdte kostprijsberekeningen	53
4.2 Uitgangspunten en aannames die ten grondslag liggen aan de kostprijsberekeningen	53

4.3	Berekening kostprijzen	59
4.3.1	Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022	59
4.3.2	Kostprijs per werkbaar uur per deskundigheidsniveau in 2022	62
4.4	Onderzoek naar de kostprijsbepalende elementen	64
4.4.1	Analysemethoden kostprijsbepalende elementenanalyse	64
<b>5</b>	<b>Resultaten van het kostprijsonderzoek</b>	<b>72</b>
5.1	Resultaten berekening kostprijzen	72
5.1.1	Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022	72
5.1.2	Kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau in 2022	79
5.2	Resultaten analyses naar de kostprijsbepalende elementen	82
<b>6</b>	<b>Vervolgtraject – aansluiting kosten huidige prestatiestructuur op nieuwe, modulaire bekostiging</b>	<b>87</b>
6.1	Impact nieuwe, modulaire bekostiging als experiment	87
6.2	Aanname gelijke kosten bij verschillende prestatiestructuren	88
6.3	Toets op consistentie en daaruit volgende data aanpassingen	88
6.3.1	Uitgevoerde toets op consistentie	88
6.3.2	Data aanpassingen naar aanleiding van toets op consistentie	88
6.4	Methodische aanpassingen	89
6.4.1	Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022	89
6.4.2	Verdeling totale personeelskosten voor verplegend en verzorgend personeel naar prestaties	91
6.4.3	Opvallende waarnemingen als gevolg van herverdeling personeelskosten op basis van inzet	93
6.5	Resultaten	94
<b>7</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>97</b>
7.1	Bijlage A – controleprotocol elv en Wlz crisiszorg vv	97
7.2	Bijlage B – analyse indicatieve kostprijzen elv en Wlz crisiszorg vv	104
7.3	Bijlage C – verdiepende toelichting methodiek kostprijsberekeningen	105
7.3.1	Indicatieve kostprijzen in aanvraagformulier	105
7.3.2	Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022	105
7.3.3	Kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau in 2022	107
7.4	Bijlage D – kostprijsberekeningen conform prestatiestructuur 2022	109
7.5	Bijlage E – verdieping gewogen gemiddelde kostprijs A0003	114
7.6	Bijlage F – kostprijs per zorgaanbieder afgezet tegen gewogen gemiddelde kostprijs	116
7.7	Bijlage G – kostprijzen 2022 zonder opvallende waarnemingen	120
7.7.1	Aanleiding	120
7.7.2	Resultaten analyses – prestatiestructuur 2022	120
7.7.3	Resultaten analyses – personeel	123
7.8	Bijlage H – kostprijzen per verloond uur per deskundigheidsniveau	135



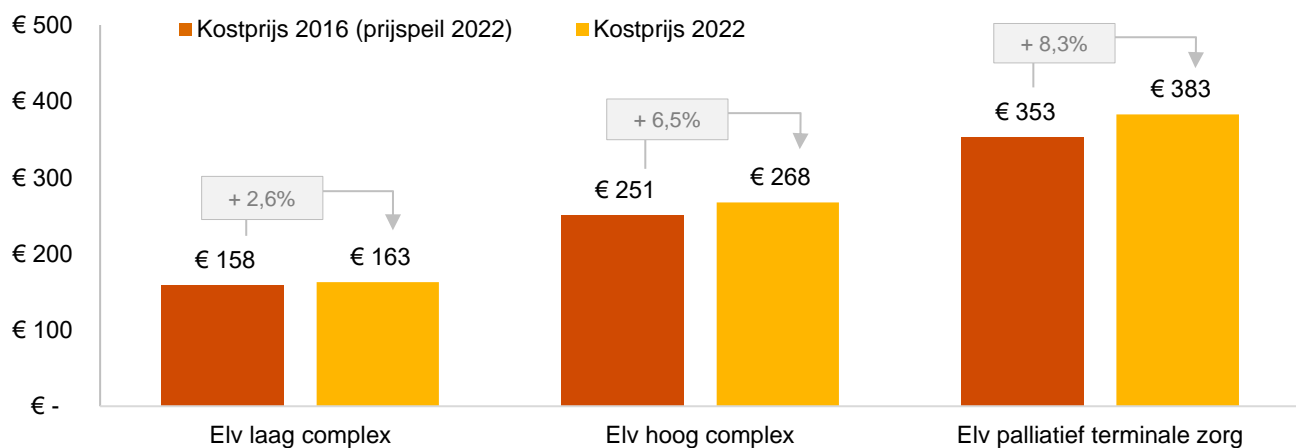
# Managementsamenvatting

# Managementsamenvatting

## Resultaten van het kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv 2022

In voorliggend onderzoek naar het eerstelijnsverblijf (elv) en de Wet langdurige zorg (Wlz) crisiszorg verpleging en verzorging (vv) berekenen wij, op basis van een representatieve steekproef van 114 zorgaanbieders, kostprijzen voor de elv-prestaties (laag complex, hoog complex, palliatief terminale zorg en experimentprestaties), voor de Wlz-prestatie crisiszorg vv (crisisopvang/spoedzorg vv met behandeling) en voor de prestatie van de high care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging.<sup>1</sup> Daarnaast berekenen wij kostprijzen per direct cliëntgebonden uur voor verscheidene deskundigheidsniveaus. De kostprijzen zijn gebaseerd op de financiële administratie van de zorgaanbieders in 2022. Om de kosten uit de financiële administratie toe te rekenen aan de elv-prestaties en Wlz crisiszorg vv, kozen de meeste zorgaanbieders (97) voor de verdeelsleutel<sup>2</sup> omzet per prestatie.

**Figuur 1. Berekende kostprijzen elv 2022**



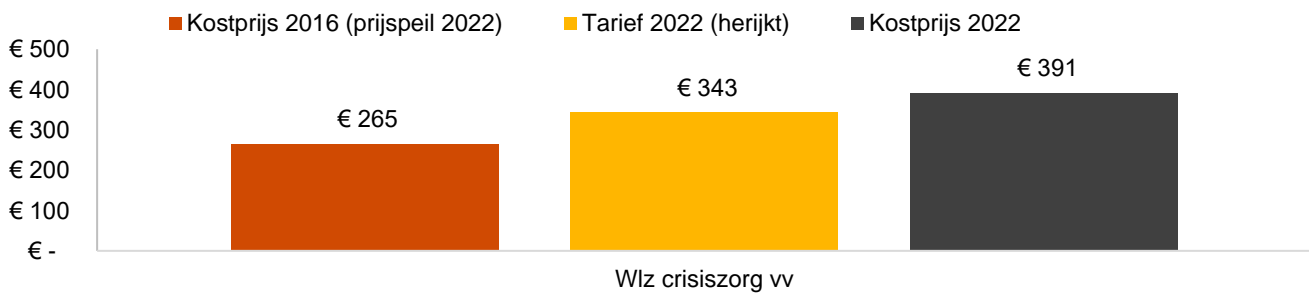
De gewogen gemiddelde kostprijzen voor 2022 liggen voor alle reguliere elv-prestaties hoger in 2022 dan de kostprijzen van 2016 met prijspeil 2022. Voor elv laag complex ligt de kostprijs € 4,18 hoger (2,6%), voor elv hoog complex ligt deze € 16,44 hoger (6,5%), en voor elv palliatief terminale zorg is dit € 29,46 (8,3%).

Deze kostprijzen zijn inclusief de werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en exclusief vergoeding gedeerd rendement op eigen vermogen.

<sup>1</sup> De berekende kostprijzen voor de elv experiment prestaties en van de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging, mogen wij vanwege herleidbaarheid naar individuele zorgaanbieders niet rapporteren. Het aantal zorgaanbieders in de steekproef dat deze prestaties levert is hiervoor te laag. De analyses en resultaten heeft PwC wel opgeleverd aan de NZa om mee te nemen in de herijking van de tarieven en maken wel deel uit van de doorontwikkeling van de prestatiestructuur. Gedurende de afronding van deze rapportage vindt afstemming plaats met de ACM om de resultaten op een later moment in een andere (toegestane) vorm te publiceren. Bij vragen hierover kunt u contact opnemen met de NZa.

<sup>2</sup> Zorgaanbieders kunnen kiezen tussen vier verdeelsleutels om de kosten toe te rekenen aan de elv-prestaties en de Wlz crisiszorg vv. Wij verwijzen naar hoofdstuk 4 voor een nadere toelichting over de verdeelsleutels.

**Figuur 2. Berekende kostprijzen Wlz crisiszorg vv 2022 (exclusief werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en inclusief de NHC en NIC)**



De gewogen gemiddelde kostprijs voor de Wlz crisiszorg vv in 2022 ligt hoger dan de kostprijs van 2016 met prijspeil 2022. Het gaat om een verschil van € 125,90 (+ 47,7%). In 2022 is het tarief voor de Wlz crisiszorg vv aangepast door het gelijk te trekken met het tarief voor ZP VV7 inclusief behandeling. Daarom wordt in de figuur de tariefaanpassing in 2022 getoond. Het verschil tussen het *tarief 2022* en de *kostprijs 2022* is € 48,00 (+ 14,0%).

Deze kostprijzen zijn exclusief de werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en inclusief de normatieve huisvesting- en inventaris component (NHC en NIC).

### **Nieuwe, modulaire bekostiging - vervolgtraject NZa en PwC**

De NZa is voornemens om een nieuwe, modulaire bekostiging beschikbaar te stellen als experiment. In deze bekostiging maakt de NZa onderscheid tussen een verblijfsmodule en modules voor de behandeling. Door de invoering van de nieuwe, modulaire bekostiging was een vervolgtraject benodigd om te zorgen dat de uitkomsten van het onderzoek (ook) goed aansluiten bij de toekomstige prestatiestructuur. Dit vervolgtraject heeft PwC in samenwerking met de NZa uitgevoerd in de periode medio februari tot en met begin juli 2024.

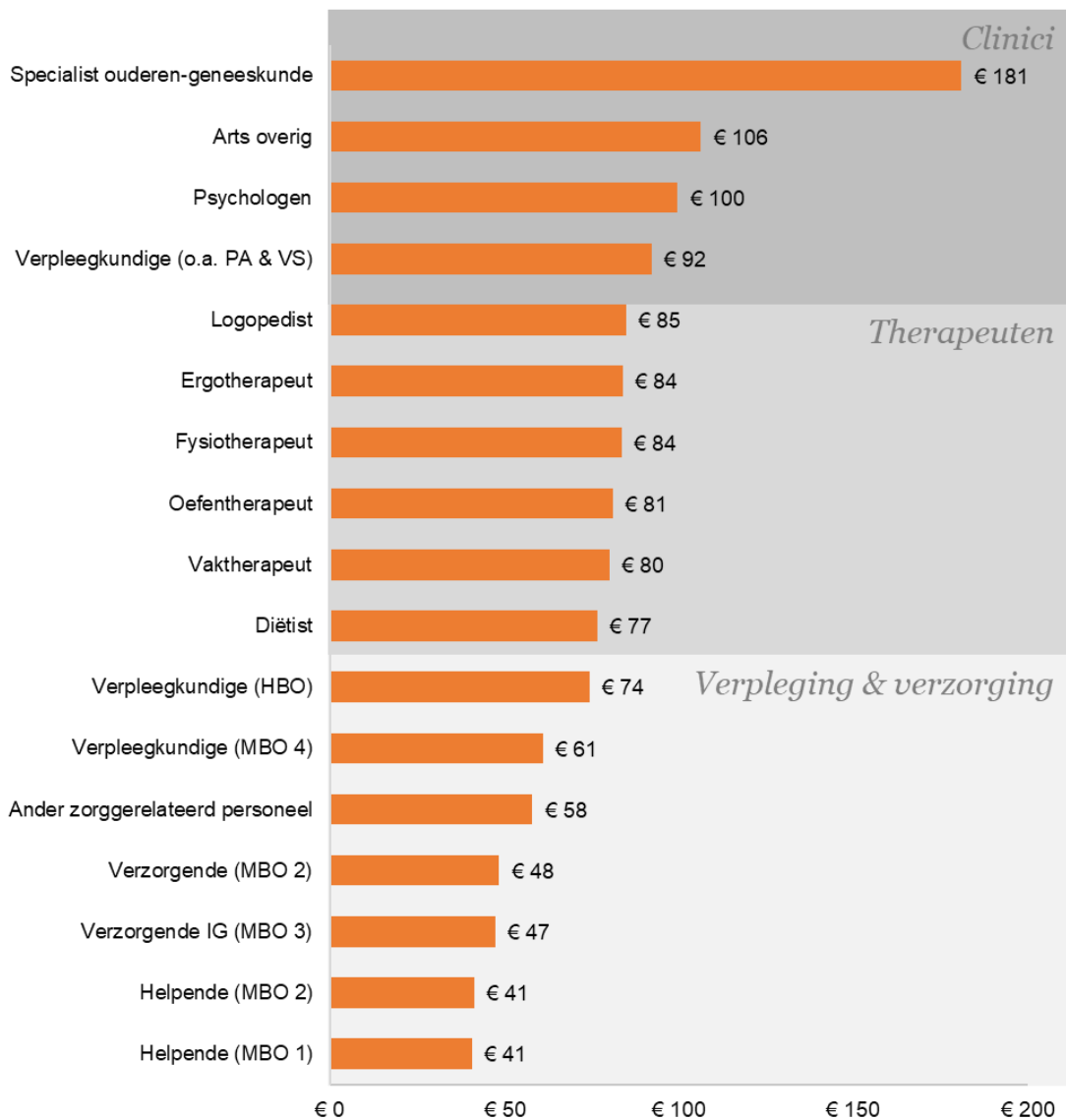
Uit de aanvullende analyses bleek dat het grootste deel van de data direct toepasbaar was voor de nieuwe, modulaire bekostiging. Een klein deel van de aanvullende analyses heeft geleid tot correcties, en een minimale herziening van de methodiek. Deze correcties hebben met name betrekking op het forceren van aansluiting tussen de personeelskosten uit de jaarrekening en de HR-systemen/ salarisadministratie. Dit was nodig om de kosten volledig toe rekenen aan de modules in de toekomstige prestatiestructuur.

Wij presenteren de aangepaste gewogen gemiddelde kostprijzen voor elv en Wlz crisiszorg vv in onderstaande tabel.

**Tabel 1. Berekende kostprijzen elv en Wlz crisiszorg vv 2022 na correcties in het kader van de toekomstige prestatiestructuur<sup>3</sup>**

Prestaties	Kostprijs inclusief uitschieters	Kostprijs exclusief uitschieters
Elv laag complex	€ 156,17	€ 149,58
Elv hoog complex	€ 292,50	€ 292,50
Elv palliatief terminale zorg	€ 394,30	€ 392,80
Wlz crisiszorg vv	€ 407,08	€ 407,08

**Figuur 3. Berekende direct cliëntgebonden kostprijzen per uur per deskundigheidsniveau**



De clinici hebben de hoogste gewogen gemiddelde kostprijs per direct cliëntgebonden uur, daarna de therapeuten en daarna het verplegend en verzorgend personeel. Bovenstaande

<sup>3</sup> Na de correcties neemt de gewogen gemiddelde kostprijs voor elv laag complex af (van € 163 naar € 156). Na de correcties nemen de gewogen gemiddelde kostprijzen voor elv hoog complex, elv palliatief terminale zorg en Wlz crisiszorg vv toe (respectievelijk van € 268 naar € 293, van € 383 naar € 394 en van € 391 naar € 407).

gewogen gemiddeldes zijn berekend op basis van de beschikbare gegevens. Ter context is relevant:

- Zorgaanbieders gaven aan dat het voor hen niet mogelijk was om bepaalde gegevens over personeel uit te splitsen naar elv en Wlz crisiszorg vv. Dit gaat onder andere om gemiddelde salarisschaal en trede per deskundigheidsniveau, verloonde uren en tijdbesteding. De zorgaanbieders hebben daarom deze gegevens op ondernemingsniveau aangeleverd. De personele kosten vanuit de jaarrekening zijn wel toegerekend aan de elv- en Wlz crisiszorg vv-prestaties.
- De inschatting van de tijdsbesteding is veelal gebaseerd op een beste inschatting door zorgaanbieders (oftewel het percentage direct en indirect cliëntgebonden tijd). Zorgaanbieders hanteren namelijk vaak geen tijdsregistratie voor de (direct) cliëntgebonden tijd. Ook bij het registratieonderzoek, dat de tweede helft van 2022 bij een deel van de (onderneming van de<sup>4</sup>) zorgaanbieders in de steekproef heeft plaatsgevonden, werd de totale cliëntgebonden tijd geregistreerd en niet alleen de direct cliëntgebonden tijd. Bij het registratieonderzoek ging het specifiek om het behandelend personeel en niet om het verplegend of verzorgend personeel.

### **Analyses op factoren van invloed op de kostprijzen (kostprijsbepalende elementen)**

Verschillende potentiële kostprijsbepalende elementen zijn geanalyseerd, waaronder organisatiekenmerken, cliëntgerelateerde factoren, personeelsinzet, innovatie, en maatschappelijke engagement. De kostprijsbepalende elementen zijn onderzocht voor verschillende groepen zorgaanbieders (elv, Wlz crisiszorg vv, palliatief terminale zorg).

Concluderend is er op basis van de verzamelde (kosten)gegevens op landelijk niveau geen statistisch significant verband gevonden tussen de kostprijsbepalende elementen en de spreiding in de berekende kostprijzen voor alle deelnemende zorgaanbieders. Dit betekent niet dat voor een individuele zorgaanbieder een dergelijk verband niet bestaat. Daarnaast kan een combinatie van elementen wel van invloed zijn op de hoogte van de kostprijs.

## **Doel kostprijsonderzoek**

Het doel van dit onderzoek is het berekenen van de kostprijzen voor de drie reguliere prestaties binnen het elv, de experimentprestaties binnen het elv en de prestatie voor Wlz crisiszorg vv. De aanleiding voor het onderzoek is de noodzaak tot herziening van de huidige maximumtarieven. Het onderzoek is door PwC uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het kostprijsonderzoek is onderdeel van een breder traject om te werken naar een nieuwe bekostiging voor het elv en de Wlz crisiszorg vv. Andere onderdelen zijn: een registratieonderzoek, een zorginhoudelijk traject, een normatief traject en een onderzoek naar doorontwikkeling van de prestatiestructuur. Het uiteindelijke doel is de vaststelling van

---

<sup>4</sup> Het kostprijsonderzoek is op ondernemingsniveau uitgevoerd. Het registratieonderzoek is op locatieniveau uitgevoerd. Dit betekent dat er locaties van sommige ondernemingen zijn die niet deelnamen aan het registratieonderzoek, maar wel aan het kostprijsonderzoek.



maximumtarieven voor 2025, gebaseerd op een grondige analyse van kosten, opbrengsten, productie en kenmerken van zorgaanbieders in 2022.

Het kostprijsonderzoek is gericht op:

- Het berekenen van kostprijzen per prestatie per zorgaanbieder;
- Het berekenen van landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen per prestatie;
- Het berekenen van kostprijzen per werkbaar uur per deskundigheidsniveau; *en*
- Het transparant maken van de relatie tussen kenmerken van zorgaanbieders en berekende kostprijzen.

De resultaten, gebundeld met de informatie uit het registratieonderzoek, het zorginhoudelijk traject en het normatieve traject geven de NZa de benodigde bouwstenen om de maximumtarieven voor 2025 vast te stellen.<sup>5</sup> Het rapport biedt zo een cruciale basis voor de herijking van tarieven, gericht op een betere aansluiting op kostprijzen in de praktijk.

## Onderzoeksaanpak gegevensverzameling

De selectie van de steekproef voor het kostprijsonderzoek is vastgesteld door de NZa en sluit aan bij het registratieonderzoek. Wij hebben na het vaststellen van de steekproef financiële gegevens opgevraagd bij 124 zorgaanbieders op ondernemingsniveau.

Met behulp van een controleprotocol hebben wij de gegevens stapsgewijs en uitvoerig gecontroleerd en gevalideerd op basis van gegevens uit de jaarrekening, het registratieonderzoek en declaratiegegevens van Vektis<sup>6</sup>. Ook hebben wij uitgebreide analyses en controles uitgevoerd op plausibiliteit en om mogelijke uitschieters te identificeren. Na het controleren van de gegevens hebben wij enkele databewerkingen toegepast (in overleg met de desbetreffende zorgaanbieders).

Van de 124 zorgaanbieders zijn er tien vanuit de initiële steekproef uitgesloten om redenen zoals het niet aanleveren van gegevens<sup>7</sup>, het niet voldoen aan inclusiecriteria of onvolledige data. Het grootste deel van de zorgaanbieders uit de initiële steekproef heeft daarmee data aangeleverd. De definitieve dataset bevat gegevens van 114 zorgaanbieders, waarop de analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd. In de dataset:

- Zijn alle zorgvormen, provincies en zorgkantoorregio's vertegenwoordigd;
- Beslaan de opbrengsten elv en Wlz crisiszorg vv allebei ongeveer 40% van de landelijke opbrengsten in 2022.

Samen met het (bovenstaand besproken) proces van controleren en valideren van de data, betekent dit data van relatief goede kwaliteit en bruikbaarheid voor dit kostprijsonderzoek (gegeven de met de NZa overeengekomen doelen en reikwijdte). Hiermee vormt de steekproef

<sup>5</sup> In het traject van kostprijs naar tarief neemt de NZa onder andere nog mee: de gewenste manier van zorglevering binnen het elv en Wlz crisiszorg vv, de ontwikkeling tussen 2022 en 2025 en mogelijke alternatieve manieren om de kosten toe te rekenen aan de verschillende prestaties.

<sup>6</sup> De declaratiegegevens van Vektis voor de Wlz crisiszorg vv zijn een aandachtspunt. Voor de Wlz crisiszorg vv dient namelijk een spoedindicatie te worden aangevraagd. Initieel neemt de zorgaanbieder de cliënt op een Wlz crisiszorg vv-bed op, terwijl als de indicatie bekend is, de zorgaanbieder uiteindelijk een andere declaratie kan indienen bij het zorgkantoor. Ook lukt het niet altijd om binnen de gestelde termijn een spoedindicatie te ontvangen, waardoor de zorgaanbieder dan geen Wlz crisiszorg vv-declaratie kan indienen.

<sup>7</sup> Uiteindelijk hebben slechts vier van de aangeschreven zorgaanbieders geen data aangeleverd zonder dat zij hiervoor ontheffing hebben gekregen.

een voldoende betrouwbare basis om de gewogen gemiddelde kostprijzen in dit onderzoek te berekenen.

## Methodiek berekening kostprijzen

Voor het kostprijsonderzoek zijn wij de volgende uitgangspunten met de NZa overeengekomen:

- **Uitgangspunt 1:** De gegevens zijn naar waarheid door de zorgaanbieders ingevuld.
- **Uitgangspunt 2:** De gewogen gemiddelde kostprijzen op basis van de steekproef zijn representatief voor alle zorgaanbieders die elv en/of Wlz crisiszorg vv leveren in Nederland.
- **Uitgangspunt 3:** De gewogen gemiddelde kostprijzen in 2022, samen met de indexaties die de NZa jaarlijks toepast, vormen een representatieve basis voor de komende jaren.

Daarnaast liggen diverse aannames aan de kostprijsberekeningen ten grondslag. Deze aannames vormen cruciale pijlers voor het kostprijsonderzoek en de afgeleide tariefvorming. Het waarborgen van deze veronderstellingen is essentieel voor de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten.

- **Aanname 1:** De door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel is representatief voor de toedeling van de bedrijfslasten aan de domeinen.
- **Aanname 2:** De door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel is representatief voor de toedeling van de bedrijfslasten aan de prestaties.
- **Aanname 3:** De omzet per prestatie per zorgaanbieder als wegingsfactor leidt tot een plausibele berekening van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs.
- **Aanname 4:** De gewogen coëfficiënt van de variantie (gewogen CV-waarde) van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs geeft een beter beeld van de variantie tussen de zorgaanbieders dan een ongewogen CV-waarde.
- **Aanname 5:** De productie van de elv-Covid unit wordt na 2022 vervangen door reguliere productie (bijvoorbeeld elv of geriatrische revalidatiezorg (grz)).
- **Aanname 6:** Het imputeren van het gewogen gemiddelde voor zorgaanbieders die personeelsgegevens niet hebben ingevuld (0 wordt vervangen door het gewogen gemiddelde van de steekproef), leidt tot reële uitkomsten.
- **Aanname 7:** De verhouding van de deskundigheidsniveaus voor personeel in loondienst (PIL) en het personeel niet in loondienst (PNIL) is voor de zorgaanbieders tussen verschillende zorgvormen en prestaties gelijk.
- **Aanname 8:** De verhouding van de tijdsbesteding aan cliënten is gelijk tussen verschillende zorgvormen en prestaties voor de zorgaanbieders.
- **Aanname 9:** Ieder jaar zijn er incidentele baten en lasten van toepassing. De hoogte en het aantal in 2022 zijn representatief voor de komende jaren.
- **Aanname 10:** Ieder jaar komen opvallende waarnemingen in kostprijzen voor. De mate waarin opvallende waarnemingen (hoge en lage kostprijzen) voorkomen in 2022 is representatief voor de komende jaren.

## Beschrijving data

Wij hebben beschrijvende analyses uitgevoerd op de dataset die ten grondslag ligt aan het kostprijsonderzoek.

### • **Verblijfsvormen en cliëntenmix:**

- In de steekproef leveren:
  - 110 zorgaanbieders elv, waarvan<sup>8</sup>:
    - 93 elv laag complex;
    - 104 elv hoog complex; en
    - 102 elv palliatief terminale zorg.
  - 72 zorgaanbieders Wlz crisiszorg vv (naast elv).
  - 4 zorgaanbieders high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging.
- Intramurale verpleeghuiszorg komt het meest voor in de steekproef (N=107), terwijl high-care hospicezorg en andere palliatief terminale zorg minder vaak voorkomen (respectievelijk N=19 en N=16).
- De meeste zorgaanbieders hebben een mix van elv- en grz-patiënten (N=80).

### • **Organisatie en cliënten:**

- De gemiddelde verblijfsduur voor Wlz crisiszorg vv is aanzienlijk lager dan voor elv, vooral vergeleken met elv laag complex en elv hoog complex. Dit komt overeen met de regel die zorgkantoren hebben opgesteld waarbij de verblijfsduur voor een Wlz crisiszorg vv-cliënt maximaal 14 dagen mag duren.<sup>9</sup>
- De meeste zorgaanbieders (50% van de steekproef) hebben tussen de 6 en 17 locaties binnen hun onderneming.
- De door de zorgaanbieders opgegeven bedbezetting is gemiddeld hoger voor het elv dan voor de Wlz crisiszorg vv. Wij hebben van zorgaanbieders vernomen dat zij voor de Wlz crisiszorg vv meer bedden beschikbaar dienen te houden en de elv bedden flexibeler worden ingezet.

### • **Innovatie:**

- Een klein deel van de zorgaanbieders experimenteert met de bekostiging binnen elv en Wlz crisiszorg vv (N=16 voor elv experimentprestaties en N=10 voor beleidsregel kleinschalige experimenten).
- Een groter aantal zorgaanbieders had in 2022 een elv-Covid unit (N=44), waarvoor een integrale afrekening via ZN plaatsvond.

### • **Kostenanalyse:**

---

<sup>8</sup> De sommatie telt niet op tot een totaal van 110 zorgaanbieders, omdat zorgaanbieders veelal verschillende elv-cliënten (zowel laag complex, hoog complex als palliatief terminale zorg) behandelen.

<sup>9</sup> Deze informatie hebben wij vernomen van een zorgkantoor dat deel heeft genomen in de klankbordgroep van het onderzoek.

- Incidentele baten zijn (relatief) groter dan incidentele lasten. De totale incidentele lasten vormen slechts 0,1% van de totale kosten in de steekproef. De totale incidentele baten vormen 0,3% van de totale baten in de steekproef.
- **Beschikbaarheid:**
  - Zorgaanbieders kunnen in de intramurale Wlz crisiszorg vv beschikbaar gehouden bedden declareren. Ongeveer de helft van de Wlz crisiszorg vv zorgaanbieders in de steekproef heeft deze vergoeding ontvangen (35 van de 72). Het uitgekeerde bedrag aan vergoeding van niet-bezette bedden beslaat ongeveer de helft van de totale declaraties in de Wlz crisiszorg vv (€ 114k van € 228k).
- **Personeelsbezetting:**
  - Op ondernemingsniveau hebben zorgaanbieders gemiddeld 1.272 FTE in dienst (zorggerelateerd en niet-zorggerelateerd personeel), waarvan verzorgende IG het grootste deel uitmaakt (25%, 317 FTE).
  - Het gemiddelde verzuimpercentage van de steekproef is 9,2%.
  - Het personeel besteedt het grootste deel van de tijd aan cliëntgebonden werkzaamheden (71,5%).



Voorwoord

# Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het kostprijsonderzoek over het eerstelijnsverblijf (elv) en de Wet langdurige zorg (Wlz) crisiszorg verpleging en verzorging (vv) 2022. Onderhavige rapportage is gericht aan deskundigen die betrokken zijn bij (het maken van beleid omtrent) de levering van zorg binnen het elv en de Wet langdurige zorg crisiszorg vv. Als gevolg hiervan zijn diverse termen en begrippen als bekend verondersteld.

Wij, PricewaterhouseCoopers (PwC), hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Voor de uitvoering van het onderzoek hanteren wij de volgende overeengekomen uitgangspunten en voorwaarden:

- Het onderzoek is gebaseerd op gegevens die door zorgaanbieders zijn aangeleverd over het elv en de Wlz crisiszorg vv over boekjaar 2022. Wij zijn afhankelijk van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens door deze zorgaanbieders. Wij hebben zoveel mogelijk de volledigheid en plausibiliteit van deze gegevens geborgd. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2 van deze rapportage.
- Wij geven in dit onderzoek inzicht in de kostprijzen van het elv en de Wlz crisiszorg vv in 2022. De besluitvorming over de vormgeving van de bekostiging van het elv en de Wlz crisiszorg vv ligt bij de NZa. De NZa gebruikt de uitkomsten van dit onderzoek, in aanvulling op andere bronnen, als informatiebron voor het vaststellen van de hoogte van de maximumtarieven en de inrichting van de bekostiging voor het elv en de Wlz crisiszorg vv. Wij hebben met de NZa, als opdrachtgever, periodiek de inhoud en de voortgang van dit onderzoek besproken.
- Om het onderzoek en de resultaten goed in context te plaatsen, hebben wij met alle betrokken partijen gedurende het onderzoek afstemming gehad. Onderdeel hiervan is een klankbordgroep die vijf keer bijeen is gekomen. De tussenresultaten en conceptrapportage zijn met deze klankbordgroep gedeeld. ActiZ, de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN), Verenso en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) namen zitting in de klankbordgroep. Wij hebben aangedragen inhoudelijke suggesties van betrokken partijen zoveel als mogelijk opgevolgd, gegeven het doel en de reikwijdte van dit onderzoek en de mogelijkheden binnen de uitvoeringstermijn van dit onderzoek. Alle betrokken partijen hebben inzage gehad in het uitvraagformulier, de methodiek van de analyses en berekeningen, de resultaten van het onderzoek en deze rapportage om opmerkingen en/of suggesties aan te dragen.

## Dankwoord

Graag bedanken wij alle zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan het kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv voor hun inzet en tijdsinvestering, met in het bijzonder de zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de pilot en de klankbordgroep. Wij hebben van bijna alle zorgaanbieders uit de steekproef een ingevuld uitvraagformulier ontvangen (120 van de 124). Wij spreken onze waardering uit voor het spoedig beantwoorden van verzoeken tot verheldering en heraanlevering van gegevens.

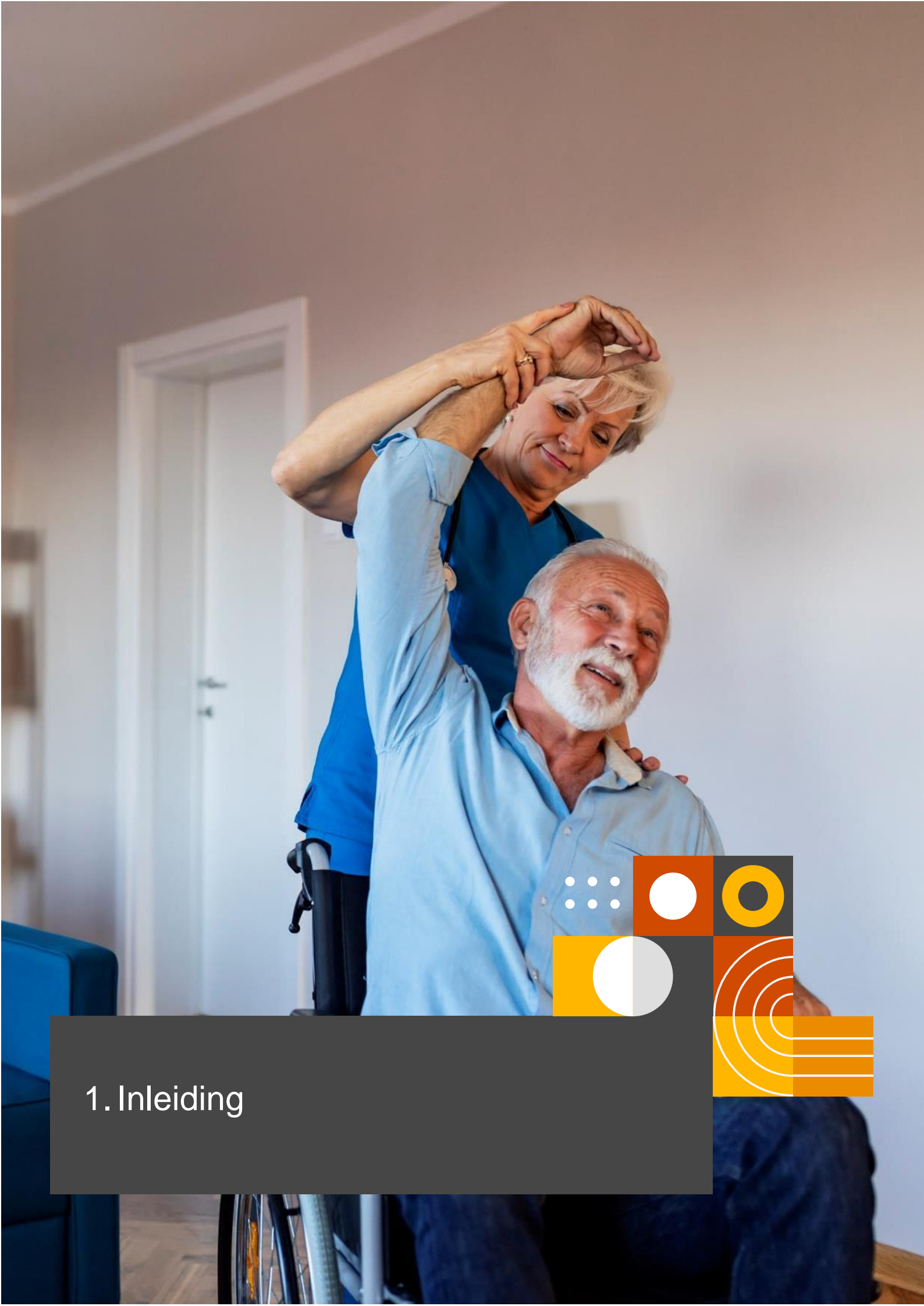
Ook hebben wij veel interessante gesprekken gevoerd met zorgaanbieders over de duiding van hun gegevens. Wij hebben de hoge opkomst bij de informatiewebinars en het veelvuldig gebruik van de helpdesk als positief ervaren. De zorgaanbieders stelden zich pro-actief op tijdens het onderzoek en hebben hun uiterste best gedaan om de benodigde gegevens op een adequate manier tijdig aan te leveren. Dit heeft ons erg geholpen bij de uitvoering van dit kostprijsonderzoek. Tot slot danken wij ook de beroeps- en branchepartijen, ActiZ, Verenso, AHZN en ZN, die hebben deelgenomen aan de klankbordgroep, voor hun waardevolle input tijdens de gehele looptijd van het onderzoek.

## Lijst van afkortingen

<b>AHzN</b>	Associatie Hospicezorg Nederland
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>PwC</b>	PricewaterhouseCoopers
<b>Verenso</b>	Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>ANOVA</b>	Analysis of Variance
<b>BV</b>	Besloten vennootschap
<b>CAO</b>	Collectieve Arbeidsovereenkomst
<b>CBS</b>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<b>CEP</b>	Centraal Economisch Plan
<b>CPB</b>	Centraal Planbureau
<b>CPI</b>	Consumer Price Index
<b>CV-waarde</b>	Coëfficiënt van de variantie
<b>elv</b>	Eerstelijnsverblijf
<b>FTE</b>	Full-time Equivalent
<b>FWG</b>	Functiewaarderingsgebouw
<b>ggz</b>	Geestelijke gezondheidszorg
<b>grz</b>	Geriatrische revalidatiezorg
<b>gz</b>	Gehandicaptenzorg
<b>IBS</b>	Inbewaringstelling
<b>ISP</b>	Information Security Policy
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>IZA</b>	Integraal Zorgakkoord
<b>KvK</b>	Kamer van Koophandel
<b>NHC</b>	Normatieve huisvestingscomponent
<b>NIC</b>	Normatieve inventariscomponent
<b>NV</b>	Naamloze vennootschap
<b>ORT</b>	Onregelmatigheidstoelage
<b>OVA</b>	Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling
<b>PIL</b>	Personeel in loondienst



<b>PA</b>	Physician Assistant
<b>PNIL</b>	Personeel niet in loondienst
<b>ptz</b>	Palliatief terminale zorg
<b>RM</b>	Rechterlijke machtiging
<b>SO</b>	Specialist ouderengeneeskunde
<b>VOF</b>	Vennootschap onder firma
<b>Verzorgende IG</b>	Verzorgende in de Individuele Gezondheidszorg
<b>VPT</b>	Volledig Pakket Thuis
<b>VS</b>	Verpleegkundig specialist
<b>vv</b>	Verpleging en verzorging
<b>VVT</b>	Verpleeg-, verzorgingshuizen en Thuiszorg
<b>WOZO</b>	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet



# 1. Inleiding

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

De Nederlandse Zorgautoriteit (*hierna*: NZa) is verantwoordelijk voor de controle op zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarnaast ziet de NZa er op toe dat de Nederlandse bevolking de zorg krijgt waar zij recht op heeft. Onderdeel van het takenpakket van de NZa is het periodiek vaststellen van de omschrijvingen van behandelingen (*hierna*: prestaties) en de bijbehorende tarieven. De NZa stelt verschillende soorten tarieven vast. De twee meest voorkomende soorten tarieven zijn:

- **Maximumtarief.** Dit is het maximumbedrag dat een zorgaanbieder voor een geleverde prestatie in rekening mag brengen, zonder aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar over het maximumtarief.
- **Vrij tarief.** Voor prestaties met een vrij tarief is geen sprake van een maximumbedrag dat de NZa vaststelt.

Aan de maximumtarieven ligt periodiek kostprijsonderzoek ten grondslag. De NZa heeft PwC gevraagd een dergelijk kostprijsonderzoek uit te voeren voor de prestaties binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv. Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode juli tot en met december 2023. In de periode medio februari tot en met begin juli 2024 hebben PwC en de NZa nog een vervolgtraject uitgevoerd voor de berekeningen van de nieuwe, modulaire bekostiging die de NZa als experiment invoert.

Gedurende het gehele onderzoekstraject heeft afstemming plaatsgevonden tussen PwC, de NZa en een klankbordgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders en de beroeps- en branchepartijen ActiZ, AHzN, ZN en Verenso.

## 1.2 Waarom is herijking van de huidige tarieven noodzakelijk?

De maximumtarieven die de NZa jaarlijks vaststelt voor de prestaties binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv zijn aan herijking toe. De laatste jaren zijn deze maximumtarieven tot stand gekomen door de bestaande maximumtarieven te indexeren en in nieuwe regelgeving te verwerken. De NZa zoekt echter naar een betere aansluiting van de maximumtarieven op de kostprijzen van de geleverde zorg in de praktijk. Ook naar aanleiding van signalen die de NZa uit het veld heeft ontvangen over dat de huidige tarieven ontoereikend zijn voor de geleverde zorg.

## 1.3 Beschrijving van de huidige praktijk

### 1.3.1 Bekostiging en prestatie elv in 2022

Onder de Zorgverzekeringswet (*hierna*: Zvw) vallen meerdere vormen van geneeskundige zorg waarbij verblijf nodig is, waaronder het elv. Elv is een kortdurend medisch noodzakelijk verblijf in een zorginstelling, onder verantwoordelijkheid van een huisarts of specialist ouderengeneeskunde, en is bedoeld voor personen (ouder dan 18 jaar) die door een medische reden tijdelijk niet zelfstandig thuis kunnen wonen, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is benodigd.

De bekostiging van het elv is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Indien de patiënt een indicatie heeft voor *langdurige* zorg in een instelling, bijvoorbeeld vanwege dementie of een lichamelijke beperking, dan is er geen sprake van elv-zorg, maar valt de zorg onder de Wlz.

De bekostiging van het elv is hoofdzakelijk gebaseerd op drie reguliere prestaties met een maximumtarief:

- Elv laag complex – verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
- Elv hoog complex – verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
- Elv voor palliatief terminale zorg – verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase.

Onder de huidige maximumtarieven van de prestaties elv (met uitzondering van de onderlinge dienstverlening) vallen de volgende (kosten)componenten:

- Het verblijf voor medisch noodzakelijke zorg (kosten voor huisvesting, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen etcetera);
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inclusief de eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door deze artsen;
- De paramedische zorg (die samenhangt met de reden voor opname elv);
- De psychologische zorg (die samenhangt met de reden voor opname elv).

Naast bovenstaande reguliere prestaties met een maximumtarief bestaat de bekostiging van elv uit twee basisprestaties met een vrij tarief. Sinds 2019 is er ook een experimentprestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing', die ruimte biedt voor afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor een andere manier van bekostiging van bestaande zorg.

In dit kostprijsonderzoek berekenen wij de kostprijzen voor de drie basisprestaties met een maximumtarief en de prestaties die onderdeel zijn van de experimentprestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing'.

### 1.3.2 Bekostiging en prestatie Wlz crisiszorg vv in 2022

Crisiszorg is een tijdelijke vorm van zorg voor mensen die acuut zorg nodig hebben en niet verantwoord thuis kunnen blijven wonen of in het ziekenhuis hoeven te verblijven. Crisiszorg wordt ingezet bij situaties waarbij de zorgvraag niet op korte termijn (dat wil zeggen binnen 24-28 uur<sup>10</sup>) op een andere manier kan worden opgevangen. Ook is er sprake van onaanvaardbare gezondheidsrisico's, medische complicaties en/of ernstig nadeel voor de cliënt dan wel zijn/haar gezin en/of woonomgeving.

Crisiszorg kan vanuit verschillende domeinen worden georganiseerd: de Wet maatschappelijke ondersteuning (*hierna: Wmo*), de Zvw of de Wlz. De zorgvraag van de cliënt bepaalt welk domein verantwoordelijk is voor het organiseren van de crisiszorg. De crisishulp voor de sectoren vv, gehandicaptenzorg (*hierna: gz*) en de geestelijke gezondheidszorg (*hierna: ggz*) is apart

---

<sup>10</sup> ZN hanteert in de definiëring van crisiszorg een tijdsperiode van 24 uur, zonder bandbreedte.

georganiseerd, omdat deze sectoren verschillende doelgroepen en zorgaanbieders hebben die andere zorg leveren.

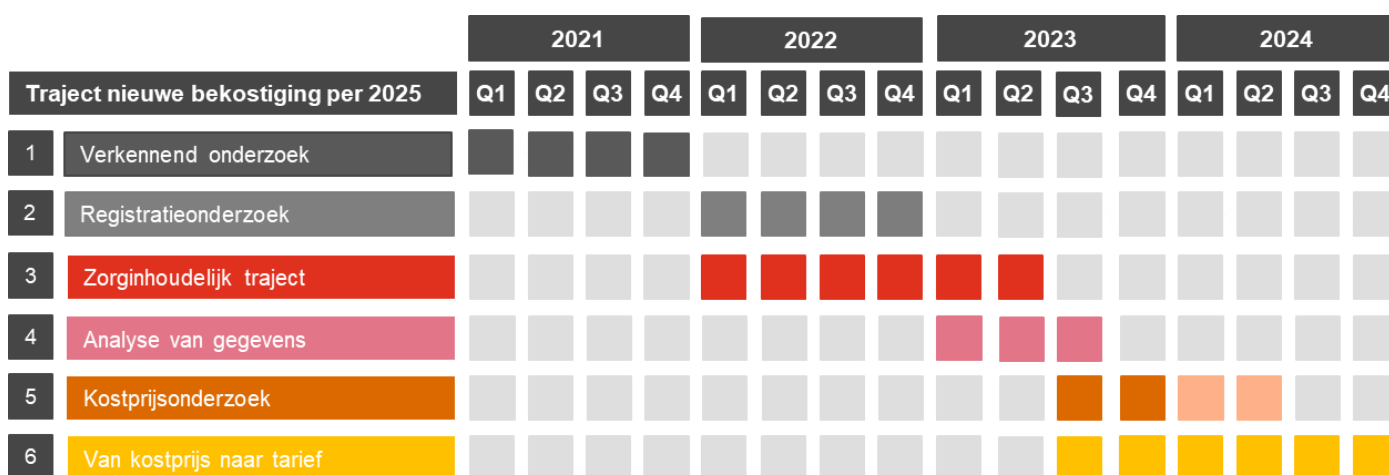
De bekostiging van de Wlz crisiszorg vv kent één prestatie met een maximumtarief: 'crisisopvang/spoedzorg vv met behandeling' (Z110). In dit kostprijsonderzoek berekenen wij de kostprijs van deze prestatie.

## 1.4 Traject richting de nieuwe bekostiging

Dit kostprijsonderzoek is onderdeel van het traject richting de nieuwe bekostiging van het elv en Wlz crisiszorg vv.

Figuur 1-1 is een visuele weergave van de verschillende onderdelen en tijdslijnen van dit traject.

**Figuur 1-1. Visuele weergave van het traject richting de nieuwe bekostiging.**



De verschillende onderdelen uit dit bredere traject zijn:

- **Verkendend onderzoek.** Gedurende dit verkendend onderzoek heeft de NZa onderzocht welke prestatiestructuren in aanmerking komen voor de nieuwe prestatiestructuur.
- **Registratieonderzoek.** In het registratieonderzoek hebben zorgaanbieders gedurende een half jaar (juli tot en met december 2022) geregistreerd welke prestaties zijn uitgevoerd, aangevuld met de tijdsinzet van behandelend personeel voor cliëntgebonden tijd, door verschillende deskundigheidsniveaus.<sup>11</sup>
- **Zorginhoudelijk traject.** In dit traject stemt de NZa de gewenste situatie af met de beroeps- en branchepartijen.
- **Analyse van gegevens.** Gedurende deze periode analyseert de NZa de gegevens afkomstig uit het registratieonderzoek. In combinatie met de informatie uit het zorginhoudelijk traject stelt de NZa in deze periode de definitieve prestatiestructuur vast.
- **Kostprijsonderzoek.** In dit onderzoek berekent PwC de kostprijs van geleverde zorg binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv voor 2022. De uitkomsten hiervan zijn vastgelegd in

<sup>11</sup> Wij hebben de tijdsregistratie per deskundigheidsniveau vanuit het registratieonderzoek gebruikt als validatie voor de personele gegevens uit het kostprijsonderzoek. Ook heeft PwC met de NZa onderzocht of op basis van het registratieonderzoek een verdeelsleutel kon worden vastgesteld om (personele) kosten toe te rekenen. Dit lijkt mogelijk, maar vereist nog verder onderzoek en afstemming met de betrokken beroeps- en branchepartijen. De NZa neemt dit mee in het traject van kostprijs naar tarief. Zie hiervoor ook hoofdstuk 6.

onderhavige rapportage. De rapportage voor de berekening van de kostprijzen conform de prestatiestructuur 2022 is eind december 2023 aan de NZa opgeleverd. In de periode medio februari tot en met begin juli 2024 heeft een vervolgtraject plaatsgevonden. In deze periode hebben PwC en de NZa analyses uitgevoerd in lijn met de nieuwe, modulaire bekostiging voor het elv. Een beschrijving van de uitgevoerde werkzaamheden en bijbehorende resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 6.

- **Van kostprijs naar tarief.** Gedurende deze periode stelt de NZa de tarieven voor de prestaties vast. Hieronder valt ook het normatieve traject dat de NZa samen met beroeps- en branchepartijen uitvoert en de doorontwikkeling van de prestatiestructuur. Echter, zowel de vormgeving als de timing van een nieuwe prestatiestructuur zijn tijdens het schrijven van dit rapport nog niet vastgesteld.

Per 1 januari 2025 gaan de herijkte tarieven van het elv en de Wlz crisiszorg vv in. Ook streeft de NZa ernaar om de nieuwe prestatiestructuur per 2025 in experimentvorm mogelijk te maken.

## 1.5 Doel van het onderzoek

Het doel van het kostprijsonderzoek is het in kaart brengen van de kostprijs van de zorg binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv in boekjaar 2022, door de kosten, opbrengsten, productie en relevante kenmerken van de zorgaanbieders te analyseren.

In overeenstemming met dit doel bestaat het kostprijsonderzoek uit de volgende aspecten:

1. **Wat is de kostprijs per prestatie per zorgaanbieder in de prestatiestructuur 2022?**  
Het uitvoeren van een onderzoek naar de werkelijk gemaakte kosten (kostprijzen per prestatie) per elv- en Wlz crisiszorg vv-zorgaanbieder. Dit resulteert in kostprijzen per prestatie per aanbieder.
2. **Wat is de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie in de prestatiestructuur 2022?**  
Het berekenen van landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen voor de elv- en Wlz crisiszorg vv-prestaties, gebaseerd op de kostprijzen per zorgaanbieder.
3. **Wat is de kostprijs per werkbaar uur per deskundigheidsniveau in 2022?**  
Het berekenen van de kostprijs per werkbaar uur per deskundigheidsniveau per zorgaanbieder in 2022. Vervolgens ook het berekenen van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per deskundigheidsniveau;
4. **Wat is de relatie tussen kenmerken van de zorgaanbieders en de hoogte van de berekende kostprijs?**  
Het transparant maken van de kostenstructuur en relevante kostprijsbepalende elementen. Dit geeft inzicht in de wijze waarop de kostprijs tot stand komt en biedt een mogelijkheid voor individuele zorgaanbieders om een eventueel verschil tussen de eigen kostprijs en de landelijk gemiddelde kostprijs te verklaren.

De resultaten van het kostprijsonderzoek, gecombineerd met de informatie uit het zorginhoudelijke traject, stellen de NZa in staat om de maximumtarieven voor de betreffende prestaties vast te stellen voor het jaar 2025.

## Berekening kostprijzen conform prestatiestructuur

Onderdeel van dit kostprijsonderzoek is om (ook) de gewogen gemiddelde kostprijzen te berekenen voor een nieuwe prestatiestructuur met de vermoedelijke ingangsdatum van 1 januari 2025 in experimenteervorm. Daar is het uitvraagformulier ook op ingericht en de methode van het onderzoek op aangepast. Wij hebben voor de concept prestatiestructuur 2025 de concept gewogen gemiddelde kostprijzen, de gewogen CV-waardes en de macro impact ten opzichte van de prestatiestructuur 2022 berekend. Echter, deze resultaten kunnen wij niet definitief maken en rapporteren met de meest belangrijke redenen (niet uitsluitend):

- Ten tijde van het kostprijsonderzoek heeft de NZa de definitieve prestatiestructuur nog niet vastgesteld.
- Het was tijdens het kostprijsonderzoek nog onduidelijk of de NZa maximum- of vrije tarieven vaststelt voor de definitieve prestatiestructuur.

Wanneer in ieder geval bovenstaande twee punten verhelderd zijn, gebruikt de NZa, indien van toepassing, de resultaten van de uitgevoerde analyses op de concept prestatiestructuur 2025 om de kostprijzen en tarieven voor de nieuwe prestatiestructuur vast te stellen.

### 1.6 Leeswijzer

De leeswijzer van dit rapport is als volgt:

- In **hoofdstuk 2** beschrijven wij de onderzoeks aanpak van de gegevensaanlevering. Dit gaat om de wijze waarop wij de benodigde gegevens hebben verzameld, hoe wij de verzamelde gegevens hebben gecontroleerd en bewerkt en hoe wij uiteindelijk zijn gekomen tot de definitieve te gebruiken dataset voor het onderzoek.
- In **hoofdstuk 3** tonen wij de beschrijvende analyses van de definitieve dataset voor het onderzoek. Dit gaat bijvoorbeeld om organisatie- en kostengegevens van de zorgaanbieders.
- In **hoofdstuk 4** lichten wij de methodiek toe van de kostprijsberekeningen. Dit gaat zowel om de kostprijsberekeningen conform de prestatiestructuur 2022 als de direct cliëntgebonden kostprijzen 2022.
- In **hoofdstuk 5** presenteren wij de berekende kostprijzen en de relatie tussen de kenmerken van zorgaanbieders en de berekende kostprijzen.
- In **hoofdstuk 6** beschrijven wij het vervolgtraject dat PwC met de NZa heeft doorlopen om de resultaten van het kostprijsonderzoek in lijn te brengen met de nieuwe, modulaire bekostiging.



## 2. Onderzoeksaanpak gegevensverzameling



## 2 Onderzoeksaanpak gegevensverzameling

### 2.1 Steekproef

Voor dit kostprijsonderzoek zijn gegevens opgevraagd bij 124 zorgaanbieders<sup>12</sup>: 120 zorgaanbieders elv en/of Wlz crisiszorg vv en vier zorgaanbieders high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging. Eerder waren high-care hospices die bekostigd worden vanuit de wijkverpleging niet betrokken in het kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv. Aangezien deze zorgaanbieders op termijn mogelijk wel vallen onder de nieuwe tarieven van de elv palliatief terminale zorg heeft de NZa besloten om de steekproef van het kostprijsonderzoek uit te breiden met high-care hospices, waar op dit moment de bekostiging verloopt via de wijkverpleging.<sup>13</sup>

De zorgaanbieders hebben gegevens op ondernemingsniveau ingevuld. De zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan het registratieonderzoek, dat is uitgevoerd door de NZa in 2022, vormen het uitgangspunt van de steekproef. Zij variëren in onder meer omvang van de organisatie, organisatievorm en de soorten geleverde zorg binnen de organisatie.

Als gevolg van de uitgevoerde controles op volledigheid en plausibiliteit beschreven in dit hoofdstuk, zijn tien zorgaanbieders uit de steekproef geëxcludeerd om de volgende redenen:

- Vier zorgaanbieders hebben geen gegevens aangeleverd.
- Drie zorgaanbieders hebben niet voldaan aan het inclusie criterium voor het onderzoek (minimaal 10 unieke cliënten elv en/of Wlz crisiszorg vv).
- Van drie zorgaanbieders zijn de gegevens niet volledig en/of plausibel verklaard door PwC, in afstemming met de NZa.

Dit betekent dat de 'definitieve' steekproef bestaat uit totaal 110 zorgaanbieders elv en/of Wlz crisiszorg vv en vier zorgaanbieders high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging. Op deze groep zorgaanbieders zijn de analyses binnen het kostprijsonderzoek uitgevoerd. Wanneer na dit hoofdstuk wordt gerefereerd aan 'de steekproef', doelen wij op deze 114 zorgaanbieders.

#### Zorgvormen en regio

Voor de zorgaanbieders in de steekproef geven wij in figuur 2-1 de som van de opbrengsten in het elv (elv laag complex, elv hoog complex en elv palliatief terminale zorg) en de Wlz crisiszorg vv weer.

Binnen de steekproef leveren 110 zorgaanbieders elv. 72 van deze 110 zorgaanbieders leveren daarnaast ook Wlz crisiszorg vv. Binnen het elv leveren de meeste zorgaanbieders elv hoog complex (A0002), namelijk 104 zorgaanbieders, en de minste zorgaanbieders elv laag complex (A0001), namelijk 93 zorgaanbieders. Daarnaast leveren zeven zorgaanbieders A0007 en tien zorgaanbieders A0009. De elv experimentprestaties A0008, A0010, A0013, A0014, A0015, A0016, A0020, A0021 worden allemaal door minder dan vijf zorgaanbieders geleverd. Vanwege

---

<sup>12</sup> Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid gekregen om bij bijzondere omstandigheden ontheffing voor het kostprijsonderzoek bij de NZa aan te vragen. Enkele zorgaanbieders hebben deze ontheffing gekregen. Voorbeelden van gegronde redenen voor ontheffing zijn fusies, overnames of een te laag aantal beschikbare bedden voor de betreffende prestaties.

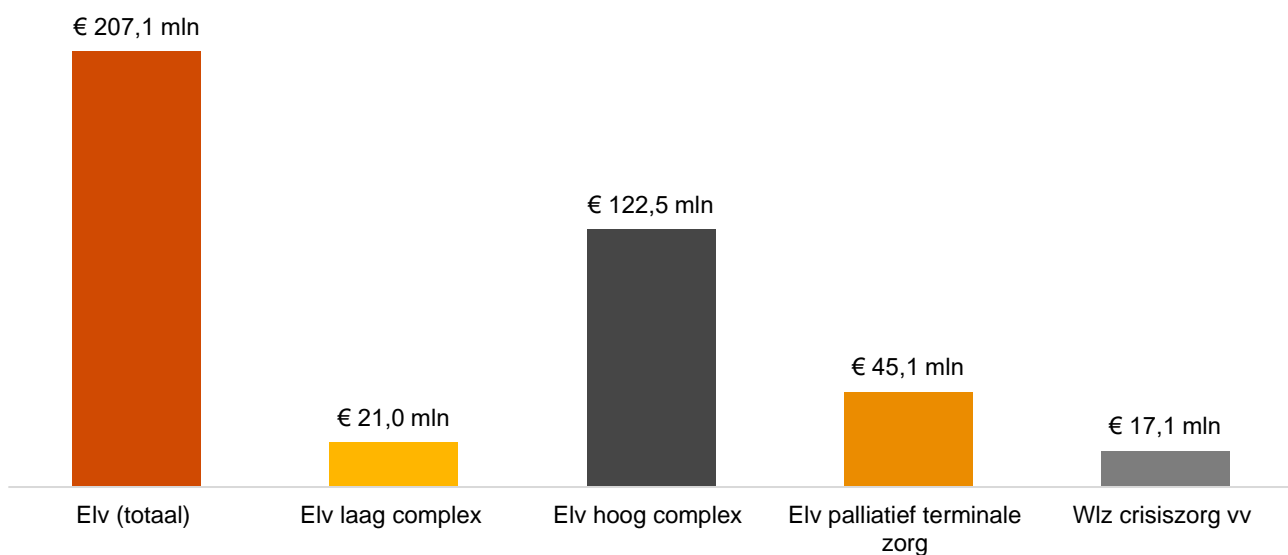
<sup>13</sup> Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat de toekomstige bekostiging van cliënten binnen de high-care hospicezorg niet langer verloopt via de wijkverpleging, maar via het eerstelijnsverblijf (Zvw).

de kleine aantallen en omzet zijn de elv experimentprestaties niet in onderstaande tabellen en figuren opgenomen. De gegevens voor de elv experimentprestaties zijn wel bij de NZa bekend.

**Tabel 2-1. Aantal zorgaanbieders per zorgvorm**

Zorgvorm	Aantal zorgaanbieders (N)
Elv (totaal)	110
Elv laag complex	93
Elv hoog complex	104
Elv palliatief terminale zorg	102
Wlz crisiszorg vv (totaal)	72

**Figuur 2-1. Som van de opbrengsten elv en Wlz crisiszorg vv 2022 van de zorgaanbieders in de steekproef**



Wij hebben in tabel 2-2 ter referentie de opbrengsten voor elv en Wlz crisiszorg vv voor de steekproef vergeleken met de Vektis gegevens van de NZa over 2022 voor Nederland. De steekproef beslaat ongeveer 40% van de opbrengsten van Nederland.

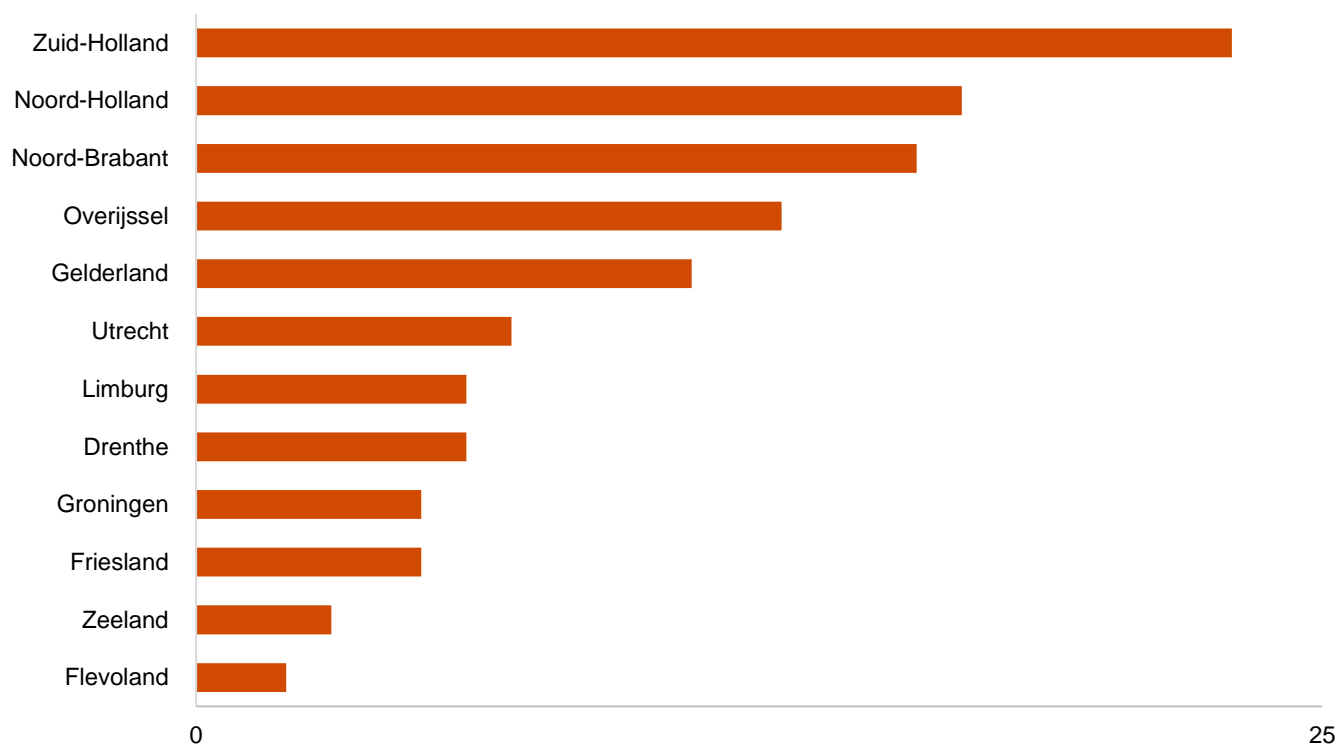
**Tabel 2-2. Totaal aantal gedeclareerde bedragen in 2022**

Zorgsoort	Totale opbrengsten Nederland (€)	Aandeel steekproef (%)
Elv (totaal)	€ 301.872.896	41%
Elv laag complex	€ 34.236.229	38%
Elv hoog complex	€ 175.802.169	41%
Elv palliatief terminale zorg	€ 66.704.596	40%
Wlz crisiszorg vv (totaal)	€ 20.763.138	45%

In figuur 2-2 geven wij de regionale spreiding van de steekproef weer. Deze regionale spreiding is bepaald op basis van de postcode van de hoofdlocatie van de zorgaanbieder.

Uit alle provincies zijn zorgaanbieders in de steekproef vertegenwoordigd. Wij hebben in het kader van de herleidbaarheid van de zorgaanbieders niet de exacte aantallen van de zorgaanbieders in de onderstaande figuur opgenomen.

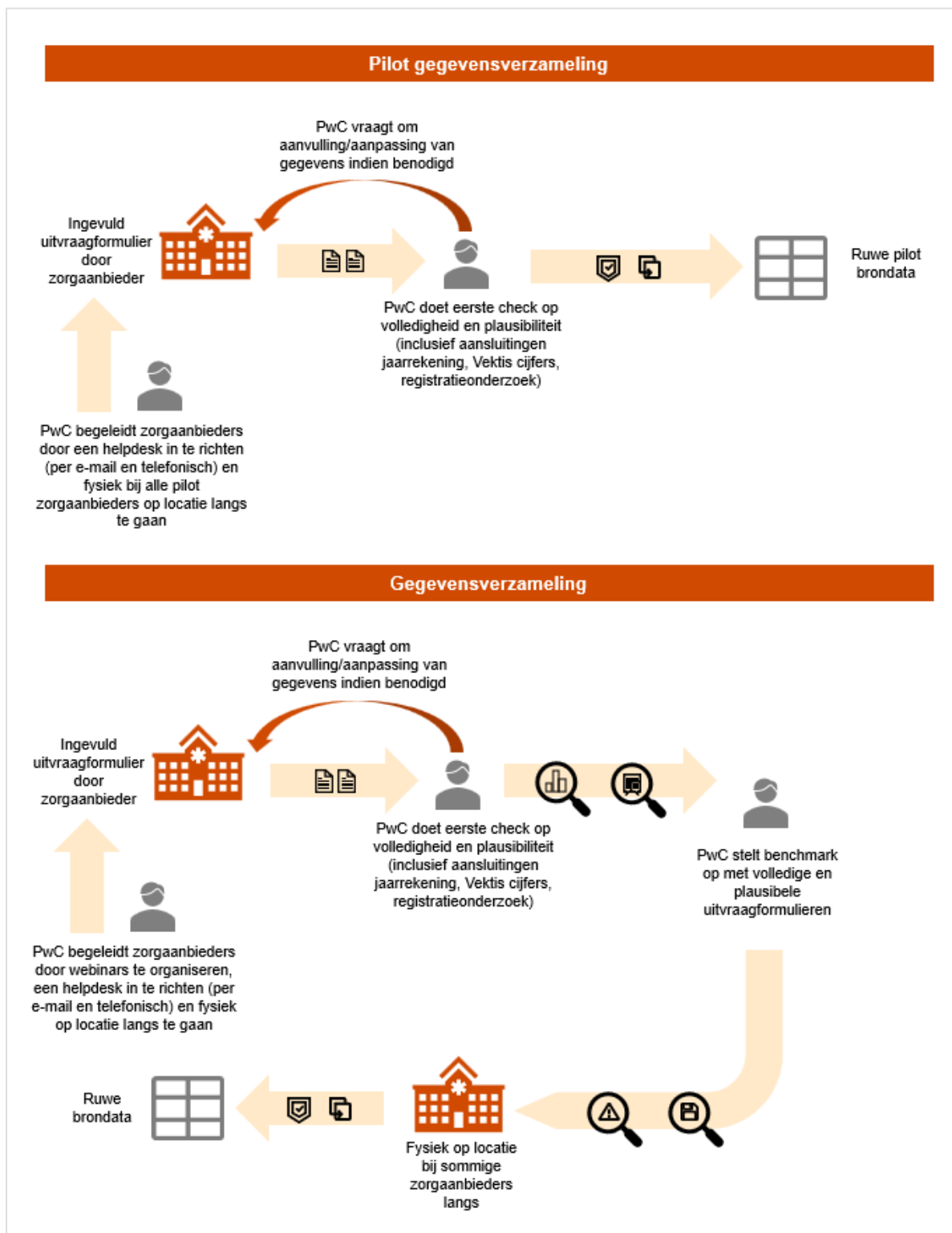
**Figuur 2-2. Aantal zorgaanbieders per provincie, gebaseerd op de postcode van de hoofdlocatie van de zorgaanbieder**



## 2.2 Gegevensaanlevering door zorgaanbieders

Onder de steekproef hebben wij gegevens uitgevraagd ter berekening van de kostprijs van geleverde zorg per zorgaanbieder. Deze gegevensuitvraag bestond uit twee stappen, zoals weergegeven in figuur 2-3. De eerste stap (*hierna*: de pilot gegevensverzameling) en de tweede stap (*hierna*: de definitieve gegevensverzameling) zijn qua procedure identiek. De pilot gegevensverzameling bestaat uit een kleine selectie van de zorgaanbieders in de steekproef.

**Figuur 2-3. Visuele weergave van het proces van de gegevensverzameling**



Het doel van de pilot was het identificeren van zowel procesmatige- als inhoudelijke verbeterpunten voor de definitieve gegevensverzameling. De ervaringen opgedaan in de pilot zijn meegenomen in de definitieve gegevensuitvraag. Zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de pilot gegevensverzameling hadden als voordeel dat zij niet meer deel hoefden te nemen aan de definitieve gegevensverzameling, omdat de (kosten)gegevens reeds in de pilotfase zijn verzameld (mits de gegevens volledig en plausibel zijn aangeleverd).

Een dergelijke pilot bestaat bij voorkeur uit een breed spectrum van zorgaanbieders, waarin eenzelfde variëteit aan zorgaanbieders bestaat als in de volledige steekproef. De selectie van zorgaanbieders voor de pilot gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in samenwerking met brancheorganisaties ActiZ en AHZN. In samenwerking met deze organisaties is een pilot bestaande uit vier zorgaanbieders samengesteld.

### 2.3 Ondersteuning bij gegevensaanlevering

Om ondersteuning te bieden aan de zorgaanbieders en de kwaliteit van de gegevensaanlevering te borgen, zijn tijdens de pilot- en definitieve gegevensaanlevering de volgende maatregelen ingezet:

- **Een webinar.** Bij aanvang van de definitieve gegevensaanlevering heeft een webinar plaatsgevonden (om de aanwezigheid van zoveel mogelijk zorgaanbieders te borgen hebben wij hier twee mogelijkheden voor gegeven). In deze webinar hebben de zorgaanbieders informatie over de achtergrond van het kostprijsonderzoek, het proces en de tijdslijnen van de gegevensaanlevering en het uitvraagformulier ontvangen. Voor de zorgaanbieders die high-care hospicezorg leveren, bekostigd vanuit de wijkverpleging, is een aparte webinar georganiseerd (vanwege de beschikbaarheid van de zorgaanbieders hebben wij hier twee aparte webinars voor georganiseerd). Met alle pilot zorgaanbieders hebben wij een uitgebreid fysiek of digitaal overleg gehad (oftewel een locatiebezoek uitgevoerd). Hierdoor hebben wij geen webinar voor deze zorgaanbieders georganiseerd.
- **Een helpdesk.** Gedurende de pilot- en definitieve gegevensaanlevering is een helpdesk ingericht, waar telefonisch en via e-mail vragen van zorgaanbieders zijn beantwoord. De helpdesk is beschikbaar gesteld van maandag tot en met vrijdag van 9 uur tot 17 uur. In totaal zijn zorgaanbieders 350 keer via de telefonische helpdesk te woord gestaan. Via de mailbox zijn ongeveer 1.500 e-mails uitgewisseld.
- **Een document met veelgestelde vragen en antwoorden.** In dit document zijn onder meer antwoorden op inhoudelijke vragen opgenomen over de verschillende tabbladen in het uitvraagformulier. Het document is op verscheidene momenten aangescherpt en gedeeld.
- **Locatiebezoeken.** Gedurende de definitieve gegevensaanlevering (dan wel in de webinar, per mail en per telefoon) hebben de zorgaanbieders het aanbod ontvangen voor een fysiek locatiebezoek om de gegevensaanlevering te bespreken. Hier is één zorgaanbieder op ingegaan. Daarnaast vonden er zeven digitale overleggen plaats met zorgaanbieders.

### 2.4 Controleren en valideren ontvangen gegevens

De gegevensverzameling bij zorgaanbieders heeft plaatsgevonden middels een specifiek voor dit kostprijsonderzoek ontwikkeld **uitvraagformulier**. Dit uitvraagformulier bevat een gedetailleerde gegevensuitvraag met betrekking tot de kenmerken van de organisatie, de productiegegevens en de kostengegevens in boekjaar 2022. De inhoud van dit uitvraagformulier is in samenspraak met de NZa en de klankbordgroep vastgesteld en door ervaringen uit de pilot aangescherpt.

In het uitvraagformulier is een zogenaamd “validatietabblad” opgenomen, dat toont of alle invulcellen volledig zijn ingevuld. Dit geldt ook voor eventuele aanvullende toelichtingen. Bij een onvolledig ingevuld uitvraagformulier (een (gedeeltelijk) rood validatietabblad) en/of een uitvraagformulier met onwaarschijnlijke gegevens is contact opgenomen met de zorgaanbieder.

De zorgaanbieder heeft vervolgens de gelegenheid gekregen om de gegevens aan te vullen en/of te corrigeren. Aanpassingen in de gegevens zijn enkel doorgevoerd in afstemming met de zorgaanbieder.

Alle door de zorgaanbieders aangeleverde gegevens zijn middels een controleprotocol (zie: bijlage A voor het controleprotocol elv en Wlz crisiszorg vv) gecontroleerd op volledigheid en gevalideerd met behulp van onderstaande, externe databronnen.

- **Jaarrekening boekjaar 2022.** Separaat aangeleverd door de zorgaanbieders in aanvulling op het uitvraagformulier. De jaarrekening is gebruikt ter controle op de in het uitvraagformulier ingevulde kostengegevens.
- **Declaratiegegevens uit 2022.** Vanuit Vektis aangeleverd door de NZa. De declaratiegegevens zijn gebruikt ter controle op de in het uitvraagformulier ingevulde gegevens omtrent de opbrengsten en productie.
- **De urenregistratie per deskundigheidsniveau<sup>14</sup> in de periode juli t/m december 2022.** Afkomstig uit het eerder uitgevoerde registratieonderzoek. Deze gegevens zijn gebruikt ter controle op de in het uitvraagformulier ingevulde gegevens omtrent de inzet van behandelend personeel (per prestatie).

Een uitzondering hierop vormen de high-care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging. Doordat deze groep zorgaanbieders later aan de steekproef is toegevoegd en het er slechts vier betroffen, is hun gegevensaanlevering niet vergeleken met de declaratiegegevens vanuit Vektis. Zij hebben daarnaast ook niet deelgenomen aan het registratieonderzoek. Met de high-care hospices is daarom veelvuldig en intensief individueel afgestemd. Wel is de aansluiting gemaakt met de jaarrekening 2022 en zijn de gegevens in het uitvraagformulier gecontroleerd op volledigheid. Deze zorgaanbieders hebben een apart uitvraagformulier ontvangen, dat aansluit bij de specifieke omstandigheden en organisatiestructuur van de high-care hospicezorg.

## 2.5 Controleren ontvangen gegevens op plausibiliteit

Nadat het uitvraagformulier als volledig is beoordeeld en is gevalideerd met behulp van de in paragraaf 2.4. genoemde externe databronnen, is een nadere controle uitgevoerd op plausibiliteit van de gegevens. Hiervoor is een benchmark opgesteld. De benchmark bevat een selectie van gegevens van de steekproef (absoluut en relatief ten opzichte van de omzet van de zorgaanbieder). In de benchmark zijn onderstaande kostencategorieën opgenomen:

- Totale bruto salariskosten per jaar (absoluut en relatief ten opzichte van omzet zorgaanbieder).
- Totale kosten PNIL (absoluut en relatief ten opzichte van omzet zorgaanbieder).
- In het uitvraagformulier berekende indicatieve kostprijzen voor elv laag, elv hoog, elv palliatieve terminale zorg.
- In het uitvraagformulier berekende indicatieve kostprijs voor Wlz crisiszorg vv (werkelijke huisvesting- en inventariskosten).
- In het uitvraagformulier berekende indicatieve kostprijs voor Wlz crisiszorg vv (exclusief huisvesting- en inventariskosten).

---

<sup>14</sup> De deskundigheidsniveaus in dit kostprijsonderzoek zijn gebaseerd op de deskundigheidsniveaus uit het registratieonderzoek.

Gegevens van de zorgaanbieder zijn als opvallend beoordeeld wanneer de kosten van de zorgaanbieder voor de betreffende categorie onder het 10<sup>e</sup> percentiel of boven het 90<sup>e</sup> percentiel van de steekproef vallen. Deze zorgaanbieders zijn allen benaderd en bevroegd naar een mogelijke verklaring voor de opvallende kosten. In enkele gevallen zijn gegevens in afstemming met de zorgaanbieder gecorrigeerd. In het geval van plausibele gegevens zijn de betreffende gegevens in de verdere analyses gelijk aan de overige gegevens behandeld.

## 2.6 Databewerkingen na fase gegevensaanlevering

Na het controleren en valideren van de gegevens zijn enkele correcties en databewerkingen uitgevoerd om te komen tot de definitieve dataset voor het uitvoeren van de kostprijsanalyses. Het bewerken van de gegevens is noodzakelijk gebleken om verschillende redenen:

- Gegevens in het uitvraagformulier die onterecht invloed uitoefenen op de kostprijzen, en daardoor zorgen voor een onder- of overschatting van de hoogte van de kostprijzen, zijn gecorrigeerd;
- De in 2022 gemaakte kosten en incidentele opbrengsten in het kader van Covid-19 zijn geëxcludeerd, in het geval dat deze kosten na 2022 niet meer voorkomen;
- Kosten die geen deel uitmaken van het integrale dagtarief zijn niet meegenomen in de kostprijsanalyses. Voor deze kosten zijn de gegevens geschoond. Dit gaat bijvoorbeeld om huisvesting- en inventariskosten voor de Wlz crisiszorg vv en geneesmiddelen en hulpmiddelen voor het elv.

## 2.7 Correcties op de uitvraagformulieren

Naar aanleiding van input van zorgaanbieders en constatering door het projectteam gedurende de gegevensaanlevering zijn onderstaande correcties doorgevoerd, waardoor het uitvraagformulier en/of de kostprijsberekeningen zijn gewijzigd.

- **Functiewaarderingsgebouw (FWG) schalen.** In het uitvraagformulier zijn de personeelskosten voor PIL berekend aan de hand van het aantal FTE, de indeling van het personeel in de FWG-schalen en de gemiddelde periodiek per FWG-schaal per deskundigheidsniveau. Alle FWG-schalen (15 tot en met 80) in CAO VVT 2022-2023 starten met periodiek 0, met uitzondering van FWG-schalen 25, 30, 35 en 40. Voor deze FWG-schalen is in het uitvraagformulier onterecht periodiek 0 meegenomen. In afstemming met de betreffende zorgaanbieders heeft hiervoor een correctie plaatsgevonden. Op deze manier worden de personeelskosten juist berekend en is er geen sprake van een overschatting van de personeelskosten.
- **Onregelmatigheidstoeslag.** In de CAO VVT 2022-2023 zijn verschillende percentages onrechtmatigheidstoeslag (ORT) opgenomen. Deze ORT-percentages gelden voor zorggerelateerd personeel. Op basis van het aantal verloonde uren hebben wij in het uitvraagformulier een gemiddeld ORT-percentage voor de onderneming berekend. Deze hebben wij meegenomen als opslag voor de berekende bruto salariskosten. In het uitvraagformulier is voor het niet-zorggerelateerde personeel onterecht een ORT-percentage opgenomen. Dit is gecorrigeerd.
- **Overige opslagen.** Naast het ORT-percentage zijn er andere opslagen van toepassing voor PIL bij een zorginstelling. Voorbeelden van dergelijke opslagen zijn een vakantietoeslag en

een eindejaarsuitkering. Als gevolg van input uit de pilot is de optie toegevoegd om hiernaast overige opslagen in te vullen in het uitvraagformulier. Gedurende de definitieve gegevensaanlevering is deze optie echter in enkele gevallen geïnterpreteerd als de totale opslag voor de onderneming. Daarnaast zijn hier door de zorgaanbieders de sociale lasten ingevuld, terwijl deze al in de automatische berekening zijn meegenomen vanuit de jaarrekening. In afstemming met de betreffende zorgaanbieders is hiervoor gecorrigeerd.

## 2.8 Individuele analyses voor datacorrecties

Voor het verder analyseren van de gegevens is het van belang om (nader) inzicht te verkrijgen in de spreiding en uitschieters van de data. Voor iedere analyse is de gewogen gemiddelde waarde berekend over de gehele steekproef (bijvoorbeeld het gewogen gemiddelde percentage ziekteverzuim). De omzet van zorgaanbieders is hierbij gebruikt als wegingsfactor. Dit betekent dat voor het berekenen van het gewogen gemiddelde, zorgaanbieders met een hogere omzet op ondernemingsniveau, een hogere weging hebben gehad.

Het doel van deze analyses is om in te schatten of het noodzakelijk is om een correctie door te voeren op de data. Deze analyses zijn vastgesteld naar aanleiding van afstemming met de NZa, de pilotfase van het onderzoek, input van de klankbordgroep en/of signalen afgegeven door zorgaanbieders gedurende de gegevensaanlevering.

Wij hebben de mogelijkheid van een correctie nader onderzocht wanneer een bepaalde waarde van een zorgaanbieder meer dan twee standaarddeviaties afwijkt van het gewogen gemiddelde van de steekproef. Wanneer wij een dergelijke afwijking hebben geïdentificeerd, is deze afwijking nader geanalyseerd middels een uitgebreide controle op het individuele uitvraagformulier en indien nodig een aanvullende duiding van de betreffende zorgaanbieder.

De volgende uitgevoerde analyses hebben geleid tot een correctie van de data:

- **BTW op kosten PNIL.** De kosten voor PNIL die de zorgaanbieders hebben opgevoerd in de jaarrekening hebben wij vergeleken met de PNIL-kosten die zijn opgevoerd bij de specificatie van de personeelskosten. Een mogelijke verklaring voor een afwijking is het wel of niet meenemen van BTW voor de kosten voor PNIL door zorgaanbieders in het uitvraagformulier.

*Deze analyse en desbetreffende uitvraag onder de zorgaanbieders hebben geleid tot een correctie en/of vernieuwde aanlevering van het uitvraagformulier van enkele zorgaanbieders. Voor de zorgaanbieders bij wie bleek dat de opgegeven kosten exclusief BTW waren, zijn deze aangepast naar inclusief BTW.*

- **Financieringskosten.** Financieringskosten betreffen de kosten die zorgaanbieders maken voor financiering, bijvoorbeeld kosten voor een hypotheek of andere leningen. De zorgaanbieders hebben een toerekening gemaakt van financieringskosten, gespecificeerd voor het elv en de Wlz crisiszorg vv. Op basis van deze gegevens hebben wij een verdere toerekening van de financieringskosten gemaakt naar de verschillende elv prestaties: elv laag complex, elv hoog complex en elv palliatief terminale zorg.

*Deze analyse heeft geleid tot het meenemen van de financieringskosten in de kostprijsberekeningen voor de verschillende prestaties van het elv en de Wlz crisiszorg vv. Deze financieringskosten vormen namelijk een structurele kostenpost voor zorgaanbieders.*



- **Overige kosten voor hulpmiddelen, geneesmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek.** Bepaalde kosten van genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek vallen volgens de aanspraak voor het elv buiten het integrale tarief. Voor de Wlz crisiszorg vv geldt dat deze kosten wel onderdeel uitmaken van het tarief. Daarom zijn de kosten van genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek nader geanalyseerd.

*Wij hebben signalen ontvangen vanuit de klankbordgroep, pilot zorgaanbieders en tijdens de definitieve gegevensaanlevering dat het lastig is voor zorgaanbieders om de kosten van genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek op prestatieniveau aan te leveren. De kosten voor genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek maken wel onderdeel uit van de kosten in de jaarrekening. Door de wijze van interne registratie en verantwoording bij de meeste zorgaanbieders van de kosten voor genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek was het niet mogelijk om deze kosten gespecificeerd (naar de prestaties binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv) in het aanvraagformulier op te nemen. De kosten voor genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek die zij wel hebben aangeleverd zijn bijna altijd op ondernemings- in plaats van prestatieniveau. Het overgrote deel van de aangeleverde gegevens van genees- en hulpmiddelen en eerstelijnsdiagnostiek is dus niet gedetailleerd genoeg om de kostengegevens op prestatieniveau voor te schonen.*

### **Gevolgde werkwijze**

*Om bovenstaande reden is met de NZa een andere manier van schonen voor de kosten voor genees- en hulpmiddelen besproken. De NZa heeft namelijk toegang tot declaratiegegevens van zorgverzekeraars (Vektis data). De NZa heeft met behulp van de Vektis data voor iedere combinatie van zorgaanbieder en prestatie in beeld gebracht welk bedrag is gedeclareerd in 2022. Dit heeft de NZa gedaan op basis van de declaraties extramurale farmacie en hulpmiddelen. Het gaat hierbij om:*

- *Kosten voor tijdelijke en permanente hulpmiddelen. Deze kosten vallen niet onder het integrale elv tarief en zijn daarom met behulp van Vektis declaratiedata geëxcludeerd.*
- *Kosten voor geneesmiddelen. Deze kosten vallen niet onder het integrale elv tarief en zijn daarom met behulp van Vektis declaratiedata geëxcludeerd.*

*Op basis van de geleverde informatie van de NZa hebben wij de kosten van de zorgaanbieders voor het elv op onderstaande wijze geschoond:*

- 1. De kosten voor genees- en hulpmiddelen zijn onderdeel van de kostenrubriek "Patiënt – en bewoner gebonden kosten". Op basis van de gehanteerde kostenverdeelsleutel door de aanbieder (bijvoorbeeld omzet) zijn de kosten uit deze rubriek "Patiënt – en bewoner gebonden kosten" op ondernemingsniveau toebedeeld naar de onderliggende prestaties elv en Wlz crisiszorg vv. Hiermee zijn dus ook impliciet de kosten voor genees- en hulpmiddelen toebedeeld naar de onderliggende prestaties elv en Wlz crisiszorg vv;*
- 2. De toegerekende kosten uit de rubriek "Patiënt – en bewoner gebonden kosten" aan de onderliggende prestaties elv en Wlz crisiszorg vv zijn vervolgens per zorgaanbieder geschoond met de gevonden gedeclareerde bedragen voor genees- en hulpmiddelen uit de informatie van de NZa.*

Op deze manier is dubbele financiering van de bovengenoemde kosten voorkomen.<sup>15</sup>

Verscheidene analyses hebben **niet** geleid tot een correctie van de data:

- **Subsidieregeling Coronabaten in de Zorg.** In het uitvraagformulier hebben 18 zorgaanbieders de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg opgegeven voor de extra inhuur van personeel. 63% van de totaal opgegeven subsidie betreft twee zorgaanbieders. Het personeel dat extra is ingezet met behulp van deze subsidie, is hoogstwaarschijnlijk niet allemaal in dienst gebleven na 2022. Indien met zekerheid is te stellen dat dit personeel na 2022 uit dienst is getreden en geen onderdeel meer uitmaakt van het personeelsbestand, dan hebben wij deze kosten niet meegenomen in de berekening van de kostprijzen.

*Naar aanleiding van deze analyse is een aanvullende uitvraag gedaan onder twee zorgaanbieders die in 2022 gebruik maakten van de subsidieregeling en een opvallende waarneming waren ten opzichte van de andere zorgaanbieders. Zij hebben aangegeven dat het niet te achterhalen is of dit personeel na 2022 nog in dienst is gebleven. Daarnaast is deze subsidie veelal ingezet om het verzuim van het PIL in verband met Covid-19 met externe inhuur op te vullen. Omdat voor geen van de 18 zorgaanbieders die de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg in het uitvraagformulier hebben opgegeven met zekerheid is te zeggen dat deze kosten voor het personeel na 2022 wegvallen, zijn deze kosten niet gecorrigeerd.*

- **Beveiligde setting.** Zorgaanbieders die hebben aangegeven dat zij cliënten behandelen in een beveiligde setting zijn met elkaar vergeleken. In de klankbordgroep en het zorginhoudelijke traject voorafgaand aan dit kostprijsonderzoek is gesignaleerd dat dit type cliënt mogelijk specifieke aanvullende kosten met zich meebrengt. Daarom is in het uitvraagformulier gevraagd om aan te geven welke kosten gemaakt worden voor de beveiligde setting.

*In het uitvraagformulier zijn meerdere vragen opgenomen over het behandelen van cliënten in een beveiligde setting (met of zonder Rechterlijke Machtiging (RM) of inbewaringstelling (IBS)). Uit onze analyse blijkt dat er relatief weinig cliënten in een beveiligde setting (c.q. aangepaste verblijfsomgeving) worden gehuisvest. Voor de zorgaanbieders (met uitzondering van één zorgaanbieder) was het niet mogelijk om de aanvullende kosten die gemaakt zijn voor het behandelen van cliënten in een beveiligde setting nader te specificeren.<sup>16</sup> Hierdoor konden wij geen inschatting maken van de extra kosten voor het behandelen van deze doelgroep. Wij hebben bovendien de behandeling van cliënten in een beveiligde setting als mogelijk kostprijsbepalend element geanalyseerd. Hierbij hebben wij*

<sup>15</sup> Sommige zorgaanbieders hebben kosten toegerekend vanuit de jaarrekening naar de onderliggende prestaties elv en Wlz crisiszorg vv aan de hand van een aparte registratie of overige verdeelsleutel. Deze zorgaanbieders hebben (waarschijnlijk) geen kosten voor genees- en hulpmiddelen meegenomen in hun kostentoe rekening. Dit betekent dat bovenstaande methodiek voor dergelijke zorgaanbieders (waarschijnlijk) onterecht schoont voor deze kosten. Op basis van de beschrijving van de gebruikte toerekeningsmethodiek in het uitvraagformulier hebben wij acht zorgaanbieders geïdentificeerd waar dit (hoogstwaarschijnlijk) het geval is. Wij hebben voor deze zorgaanbieders de eerdere schoning verwijderd, en opnieuw de gewogen gemiddelde kostprijzen berekend voor de elv-prestaties. Door het kleine aantal zorgaanbieders is de impact zeer beperkt. Bij de meeste elv-prestaties scheelt het een paar cent op het gewogen gemiddelde. Een uitzondering hierop is één experiment prestatie waar het een paar euro scheelt op het gewogen gemiddelde.

<sup>16</sup> De (aanvullende) kosten die zorgaanbieders maken voor het behandelen van cliënten in een beveiligde setting zijn onderdeel van de kosten van de jaarrekening, en daarmee onderdeel van de kostprijzen voor het elv en Wlz crisiszorg vv. Immers, de kosten rekent de zorgaanbieder vanuit de jaarrekening toe aan de elv en Wlz crisiszorg vv prestaties. Het was alleen niet mogelijk voor zorgaanbieders om te specificeren welk deel van de kosten uit de jaarrekening, gespecificeerd naar elv en Wlz crisiszorg vv, is gemaakt voor het behandelen van cliënten in een beveiligde setting.

*de kostprijzen voor het elv en de Wlz crisiszorg vv vergeleken tussen zorgaanbieders die cliënten in een beveiligde setting huisvesten versus zorgaanbieders die dit niet doen (zie paragraaf 4.4.1 en paragraaf 5.2).*

- **Elv-Covid unit.** Verschillende zorgaanbieders hebben in 2022 een elv-Covid unit gehad. Deze elv-Covid unit is vaak gehuisvest op een reguliere elv-, grz- of Wlz-afdeling. Hierdoor valt een deel van de kosten dat is gemaakt voor de elv-Covid unit weg na 2022 en een deel van de kosten blijft na 2022 bestaan (zoals personeel dat weer wordt ingezet op de reguliere elv-, grz- of Wlz-afdeling). Wij hebben geanalyseerd in hoeverre het waarschijnlijk is dat (het grootste deel) van de elv-Covid unit productie weer wordt opgevuld door reguliere productie.

*De aanleiding voor deze analyse staat uitgebreider beschreven in paragraaf 4.2 (aanname 5). Op basis van deze analyse hebben wij geen aanleiding gevonden om een correctie op de kosten of opbrengsten van de elv-Covid unit door te voeren.*

## 2.9 Groepsanalyses voor correcties op de data (uitschieters)

Wij hebben de uitvraagformulieren inhoudelijk geanalyseerd op het bestaan van mogelijke afwijkende opvallende waarden van individuele zorgaanbieders ten opzichte van de groep, zogenaamde *uitschieters*. Deze analyses hebben wij uitgevoerd op groepsniveau van de steekproef (oftwel voor alle zorgaanbieders in de steekproef tezamen). Een uitschieter hebben wij vergeleken met het gewogen gemiddelde van de steekproef. Het doel van de analyse is om in te schatten of er correctie doorgevoerd moet worden op de data. Een uitschieter is als volgt gedefinieerd<sup>17</sup>:

*“Een statistische uitschieter op groepsniveau is een categorie van een zorgaanbieder die meer dan twee standaarddeviaties afwijkt van het gewogen gemiddelde van de steekproef.”*

In overleg met de NZa is per categorie besloten of databewerkingen of uitsluitingen van zorgaanbieders uit de steekproef noodzakelijk zijn. Geen van de analyses heeft geleid tot een rectificatie van data:

- **Niet-vergoede productie.** Bepaalde zorgaanbieders hebben aangegeven dat een deel van de productie die zij in 2022 hebben gemaakt, niet is vergoed door de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor. De zorgaanbieders hebben wel degelijk kosten gemaakt voor de productie die zij niet vergoed hebben gekregen. Het is mogelijk dat dit kostprijzen heeft vertekend: zorgaanbieders hebben mogelijk te lage opbrengsten, te hoge kosten en een te laag aantal gedeclareerde prestaties gehad. Wij hebben een analyse uitgevoerd naar de omvang van deze niet-vergoede productie. Hierdoor hebben wij verscheidene uitschieters geïdentificeerd. Deze zorgaanbieders zijn gevraagd om een verheldering.

*Wij hebben naar aanleiding van de kwalitatieve onderbouwing van de zorgaanbieders de data niet gecorrigeerd.*

---

<sup>17</sup> Tijdens dit onderzoek hebben wij verschillende definities gehanteerd voor uitschieters en voor opvallende waarnemingen. Uitschieters hebben wij geanalyseerd tijdens de fase van gegevensverzameling en databewerking. Wij hebben opvallende waarnemingen uitgesloten bij de kostprijsberekeningen aan de hand van een andere definitie. De definitie voor uitschieters is hierboven gedefinieerd. Als definitie voor opvallende waarnemingen hebben wij, in afstemming met de NZa, gehanteerd:

*Een waarneming is een opvallende waarneming als de waarde onder het 25e percentiel minus 1,5 keer de interkwartielafstand ligt of boven het 75e percentiel plus 1,5 keer de interkwartielafstand. De interkwartielafstand is de afstand tussen het 25e en 75e percentiel.*

- **Overige opbrengsten.** In het uitvraagformulier zijn alle bedrijfsopbrengsten op ondernemingsniveau uitgevraagd. Hieronder vallen ook de “overige opbrengsten”, bijvoorbeeld donaties. Er is een analyse uitgevoerd in hoeverre de overige opbrengsten de kostprijzen onterecht beïnvloeden in het kader van de verdeelsleutel “omzet per prestatie”. Het is mogelijk dat voor de zorgaanbieders die relatief hoge overige opbrengsten hebben, de verdeelsleutel “omzet per prestatie” minder passend is gebleken, en hierdoor de kostprijzen zijn onderschat. De zorgaanbieders met relatief hoge overige opbrengsten zijn gevraagd om een verheldering.

*Wij hebben naar aanleiding van de kwalitatieve onderbouwing van de zorgaanbieders de data niet gecorrigeerd.*

- **Verzuim.** De analyse op het verzuimpercentage van zorgaanbieders is tweeledig. Enerzijds hebben wij het individuele verzuimpercentage van zorgaanbieders met een sterke afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de steekproef geanalyseerd. Het is voor deze zorgaanbieders mogelijk dat de personeelskosten zijn overschat in 2022. Anderzijds is het gemiddelde verzuimpercentage van de steekproef vergeleken met het landelijk gemiddelde verzuimpercentage (zie ook figuur 4-13 in hoofdstuk 4).

*Wij hebben naar aanleiding van de vergelijking tussen zorgaanbieders in de steekproef en de vergelijking van de steekproef met het landelijk gemiddelde verzuimpercentage, de data niet gecorrigeerd.*

- **Specifieke doelgroepen.** In het uitvraagformulier hebben zorgaanbieders de gelegenheid gekregen om de kosten voor specifieke doelgroepen te specificeren. Voorbeelden van deze doelgroepen zijn cliënten met obesitas of Korsakov. De verwachting is dat de complexiteit van de zorgvraag van deze cliënten een verhogende invloed heeft gehad op de kostprijs. Ook de extra kosten voor de cliënten in de beveiligde setting (zie paragraaf 2.8) zijn hier opgenomen.

*Zorgaanbieders hebben zeer beperkt informatie aangeleverd over specifieke doelgroepen, waardoor wij geen aanvullende analyses konden uitvoeren. Wij hebben geen correctie op de data uitgevoerd.*

- **Incidentele baten en lasten.** Er is een analyse uitgevoerd op de incidentele baten en lasten. Dit zijn baten en lasten die van eenmalige, vaak onvoorziene aard zijn. Zij hebben een eenmalig afwijkende jaarrekening en dus ook een afwijkende kostprijs veroorzaakt. Wij hebben een analyse uitgevoerd naar de zorgaanbieders die hebben opgegeven in 2022 incidentele baten en/of lasten te hebben gehad op ondernemingsniveau. In het uitvraagformulier hebben de zorgaanbieders kwalitatieve en kwantitatieve duiding gegeven over de incidentele baten en lasten die van toepassing waren in 2022. Wij hebben deze duiding voor alle incidentele baten en lasten geanalyseerd, ook hebben wij de incidentele baten en lasten op uitschieters onderzocht.

Wij concluderen dat de incidentele baten en lasten mogelijk in de toekomst nog eens voorvallen of dat de incidentele baten en lasten Covid-gerelateerd zijn. Incidentele baten en lasten die mogelijk nog eens voorvallen, dienen onderdeel te zijn van de kostprijs. Dit zijn (grote) uitgaven of inkomsten die voor een enkele zorgaanbieder bijna nooit (meermaals) van toepassing zijn, maar voor de gehele groep zorgaanbieders wel vaker (kunnen) voorkomen. De Covid-gerelateerde incidentele baten en lasten zijn na 2022 niet meer van toepassing. Wij doen hiervoor de aanname dat de Covid-kosten en inkomsten in verhouding met elkaar staan, en hierdoor niet geschoond hoeft te worden (zie hiervoor ook uitgangspunt 3 in hoofdstuk 4).

*Wij hebben naar aanleiding van de kwalitatieve onderbouwing van de zorgaanbieders de data niet gecorrigeerd.*

- **Verdeelsleutel voor toerekening van kosten aan elv (prestaties) en/of Wlz crisiszorg vv.** Wij hebben een analyse uitgevoerd naar de gekozen verdeelsleutel voor de toerekening van de kosten aan het elv (als ook de elv-prestaties) en de Wlz crisiszorg vv (zie paragraaf 4.3.1 voor beschrijving van de verschillende verdeelsleutels). Wij hebben geanalyseerd of de gewogen gemiddelde kostprijs afwijkt voor de elv-prestaties en de Wlz crisiszorg vv voor zorgaanbieders die verschillende verdeelsleutels hebben gekozen om de kosten toe te rekenen. Voor de elv-prestaties is het verschil in de gewogen gemiddelde kostprijs tussen zorgaanbieders die omzet per prestatie als verdeelsleutel hebben gebruikt ten opzichte van aparte registratie of overig tussen de 10 en 20 euro, voor de Wlz crisiszorg vv is het verschil tussen de gewogen gemiddelde kostprijzen ongeveer 100 euro. Wij hebben de resultaten van de analyse opgenomen in bijlage B.

*In overleg met de NZa is besloten om de data niet te corrigeren voor de verschillende verdeelsleutels en/of de omzetverhouding<sup>18</sup> aan te passen. Dit betekent dat wij de verdeelsleutels zoals de zorgaanbieders hebben gekozen in het uitvraagformulier, hebben aangehouden in onze analyses.*

- **Normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventaris component (NIC).** Binnen de prestatie Wlz crisiszorg vv is er sprake van een normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC). Dit betekent dat de huisvestings- en inventariskosten geen onderdeel zijn geweest van de kostprijs van de Wlz crisiszorg vv. Voor het elv heeft de NZa nog niet bepaald of er wordt uitgegaan van de werkelijke kosten of de NHC en NIC.

*Voor de Wlz crisiszorg vv zijn de kostprijzen berekend exclusief de werkelijke kosten voor huisvesting en inventaris, maar inclusief de NHC en NIC. Omdat er voor het elv nog geen uitsluitel is met betrekking tot de NHC en de NIC in het tarief, gaan wij in dit onderzoek uit van de werkelijke kosten.*

Het controleren, valideren en schonen van de gegevens in bovenstaande stappen heeft geresulteerd in de definitieve dataset die is gehanteerd voor het uitvoeren van de kostprijsanalyses. Wij geven beschrijvende analyses weer voor de definitieve dataset in hoofdstuk 4 van deze rapportage.

## **2.10 Privacy en bescherming (persoons)gegevens**

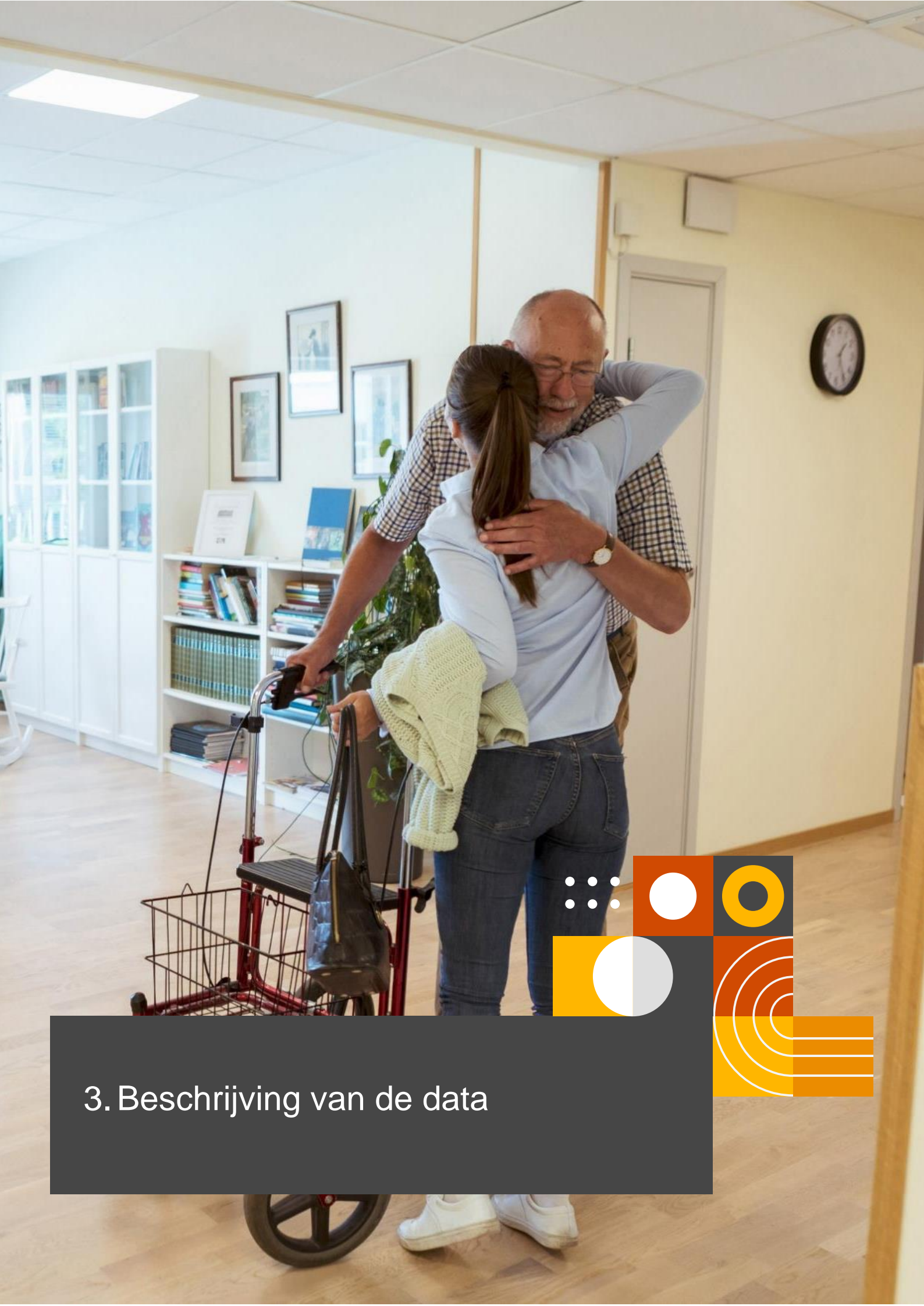
Alle gegevens die zijn aangeleverd in het kader van dit kostprijsonderzoek zijn vertrouwelijk behandeld conform de in Nederland geldende privacy wet- en regelgeving. Wij hebben hierbij gehandeld in overeenstemming met de PwC Global Information Security Policy (ISP), die weer conform de beveiligingseisen van de International Organization for Standardization (ISO) is, of een

---

<sup>18</sup> Wij hebben ook een aanvullende analyse uitgevoerd waarbij wij de omzetverhouding tussen de elv prestaties en de Wlz crisiszorg vv hebben aangepast. Specifiek hebben wij voor zorgaanbieders die de verdeelsleutel "omzet per prestatie" hebben gekozen, de omzet voor elv hoog complex verhoogd met 10% en de omzet voor de Wlz crisiszorg vv verlaagd met 10%. Dit is gebeurd vanwege signalen van zorgaanbieders dat de verhouding van de opbrengsten van deze prestaties niet in verhouding staat tot de kosten die de zorgaanbieders maken voor het leveren van de zorg. Echter, aangezien de ophoging van 10% arbitrair is, hebben wij in samenspraak met de NZa ervoor gekozen om geen correctie in de omzetverhouding toe te passen. Dit is wel onderdeel van het normatieve traject van de NZa.

eventueel van toepassing zijnde PwC NL beveiligingsrichtlijn. Deze beveiligingsrichtlijnen verplichten PwC om informatie te beveiligen tegen ongeautoriseerd gebruik, vernietiging (per ongeluk of onrechtmatig), verlies of vervalsing, onbevoegde bekendmaking of toegang en alle andere onrechtmatige manieren van verwerking.

Na afloop van het kostprijsonderzoek hebben wij alle gegevens verwijderd die in het kader van de uitvoering van het kostprijsonderzoek zijn aangeleverd en/of verzameld.



### 3. Beschrijving van de data

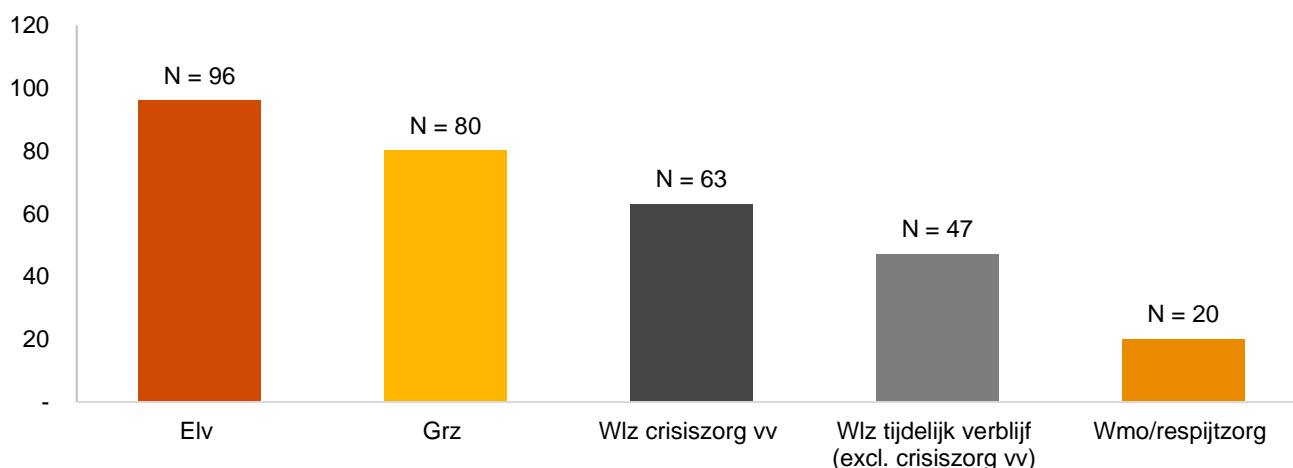
### 3 Beschrijving van de data

De definitieve dataset die ten grondslag ligt aan de berekeningen en analyses in dit kostprijsonderzoek bestaat uit een totaal van 110 zorgaanbieders elv en/of Wlz crisiszorg vv en vier zorgaanbieders high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging. Op deze groep zorgaanbieders hebben wij verschillende beschrijvende analyses uitgevoerd. De beschrijvende analyses geven de context weer van enerzijds de kostprijsberekeningen en anderzijds de analyses op de kostprijsbepalende elementen.

#### Zorgvormen in de instelling

De meeste zorgaanbieders in de steekproef (exclusief de vier high-care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging) hebben een mix van elv en grz cliënten op hun intramurale afdelingen (respectievelijk 96 zorgaanbieders elv en 80 grz, zie figuur 3-1). Zorgaanbieders hebben dit ook ten tijde van de gegevensaanlevering en de opgehaalde data aangegeven. Volgens de zorgaanbieders heeft de mix van cliënten invloed op de formatie van het personeel op de intramurale afdeling. Zo wordt zwaarder personeel ingezet op een afdeling met een mix van elv en grz cliënten, dan een afdeling met alleen elv cliënten. Dit leidt uiteindelijk tot hogere personele kosten voor het leveren van een elv-prestatie bij een afdeling met een mix van elv en grz patiënten dan bij een afdeling met alleen elv cliënten (en daardoor een hogere kostprijs).

**Figuur 3-1. Mix van cliënten binnen de intramurale afdelingen van de zorgaanbieders elv en Wlz crisiszorg vv in de steekproef (exclusief de vier high-care hospice zorgaanbieders die vanuit de wijkverpleging bekostigd worden)<sup>19</sup>**



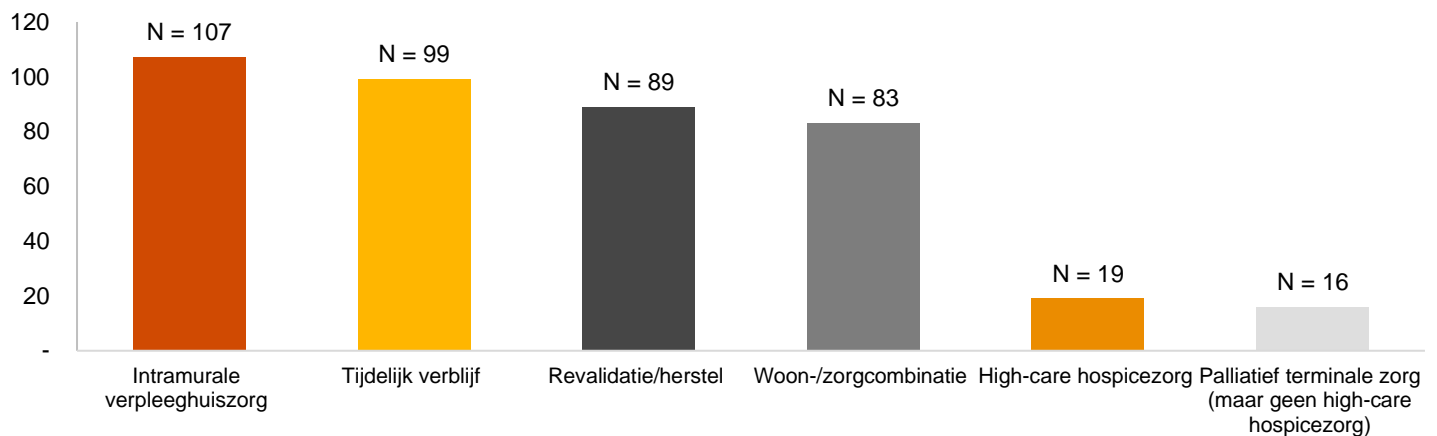
#### Verblijfsvormen en mix van cliënten

De zorgaanbieders hebben in het uitvraagformulier uit één of meerdere verblijfsvormen gekozen die voor hun onderneming van toepassing zijn in 2022 (zie figuur 3-2). Deze verblijfsvormen zijn vastgesteld in samenspraak met de klankbordgroep. De meeste zorgaanbieders hebben gekozen voor intramurale verpleeghuiszorg (N=107). De minste zorgaanbieders hebben hierbij high-care hospicezorg of andere palliatief terminale zorg aangegeven (respectievelijk N=19 en N=16).

<sup>19</sup> In deze figuur zijn alleen zorgaanbieders meegenomen die hun mix van cliënten expliciet in het uitvraagformulier hebben opgegeven, via de daartoe bestemde vraag.



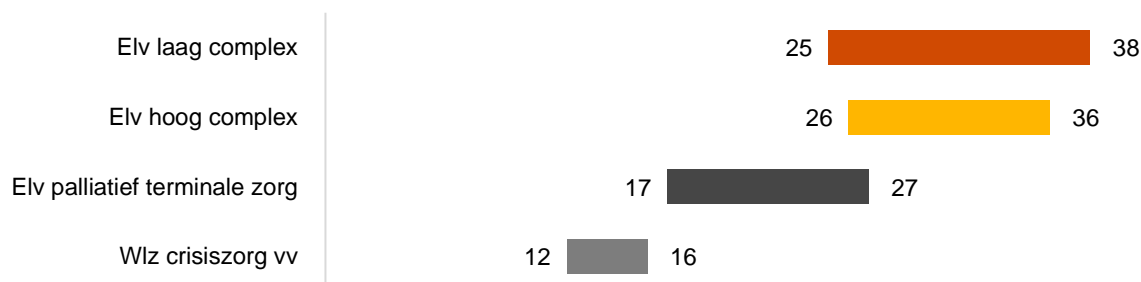
**Figuur 3-2. Verblijfsvormen van de zorgaanbieders elv en Wlz crisiszorg vv in de steekproef (exclusief de vier high-care hospice zorgaanbieders die vanuit de wijkverpleging bekostigd worden)**



### Organisatie en cliënten

Het valt op dat de gemiddelde verblijfsduur voor Wlz crisiszorg vv een stuk lager ligt dan van voor elv (met name elv laag en hoog complex, zie figuur 3-3). Dit komt overeen met de regel die zorgkantoren hebben opgesteld waarbij de verblijfsduur voor een Wlz crisiszorg vv cliënt in principe maximaal 14 dagen mag duren.

**Figuur 3-3. De interkwartielafstand<sup>20</sup> van gegevens over de gemiddelde verblijfsduur in dagen in 2022 (tussen 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel<sup>21</sup>). De balk geeft de middelste 50% van de waarnemingen in de steekproef weer.**



De helft van de zorgaanbieders heeft tussen de 6 en 17 locaties binnen hun onderneming. Op die locaties heeft de helft van de zorgaanbieders gemiddeld 13 tot 35 elv bedden beschikbaar en 2 tot 4 Wlz crisiszorg vv bedden (zie figuur 3-4).

<sup>20</sup> De interkwartielafstand duidt op het verschil tussen het 25e en 75e percentiel binnen een dataset. Het beslaat de middelste 50% van de gegevens. Deze statistische maat is een indicator voor de spreiding in de dataset.

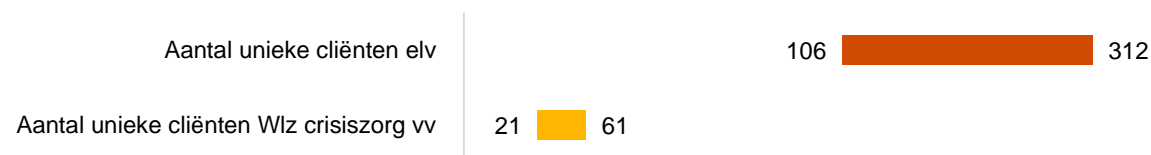
<sup>21</sup> Het 25e percentiel is het punt waar 25% van de gegevens onder valt. Oftewel, 25% van de waarnemingen in de dataset is gelijk aan of lager dan het 25e percentiel. In lijn daarmee is het 75e percentiel het punt waar 75% van de gegevens onder valt.

**Figuur 3-4. De interkwartielafstand van gegevens over het gemiddeld aantal beschikbare bedden per zorgaanbieder 2022 (tussen 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel). De balk geeft de middelste 50% van de waarnemingen in de steekproef weer.**



Verder bevestigen deze figuren het algemene beeld dat de zorgaanbieders in de steekproef meer elv zorg dan Wlz crisiszorg vv leveren (zie figuur 3-5). De interkwartielafstand voor het aantal unieke cliënten elv is relatief hoog. Dit betekent dat er een grote spreiding is wat betreft het aantal unieke cliënten in het elv tussen de zorgaanbieders in de steekproef.

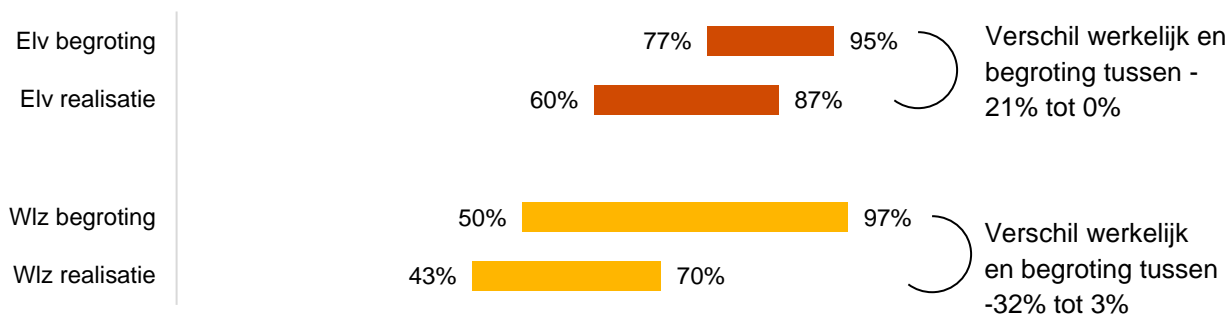
**Figuur 3-5. De interkwartielafstand van gegevens over het aantal unieke cliënten per zorgaanbieder in 2022 (tussen 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel). De balk geeft de middelste 50% van de waarnemingen in de steekproef weer.**



De door de zorgaanbieders opgegeven bedbezetting is gemiddeld hoger voor het elv dan voor de Wlz crisiszorg vv (zie figuur 3-6). Wij hebben van zorgaanbieders vernomen dat zij voor de Wlz crisiszorg vv meer bedden beschikbaar dienen te houden en de elv bedden flexibeler worden ingezet. Dit zorgt ervoor dat voor de Wlz crisiszorg vv meer lege bedden zijn, waar desalniettemin kosten voor worden gemaakt, maar waar geen gedeclareerde Wlz crisiszorg vv prestatie tegenover staat (wel eventueel vergoeding van niet-bezette bedden).

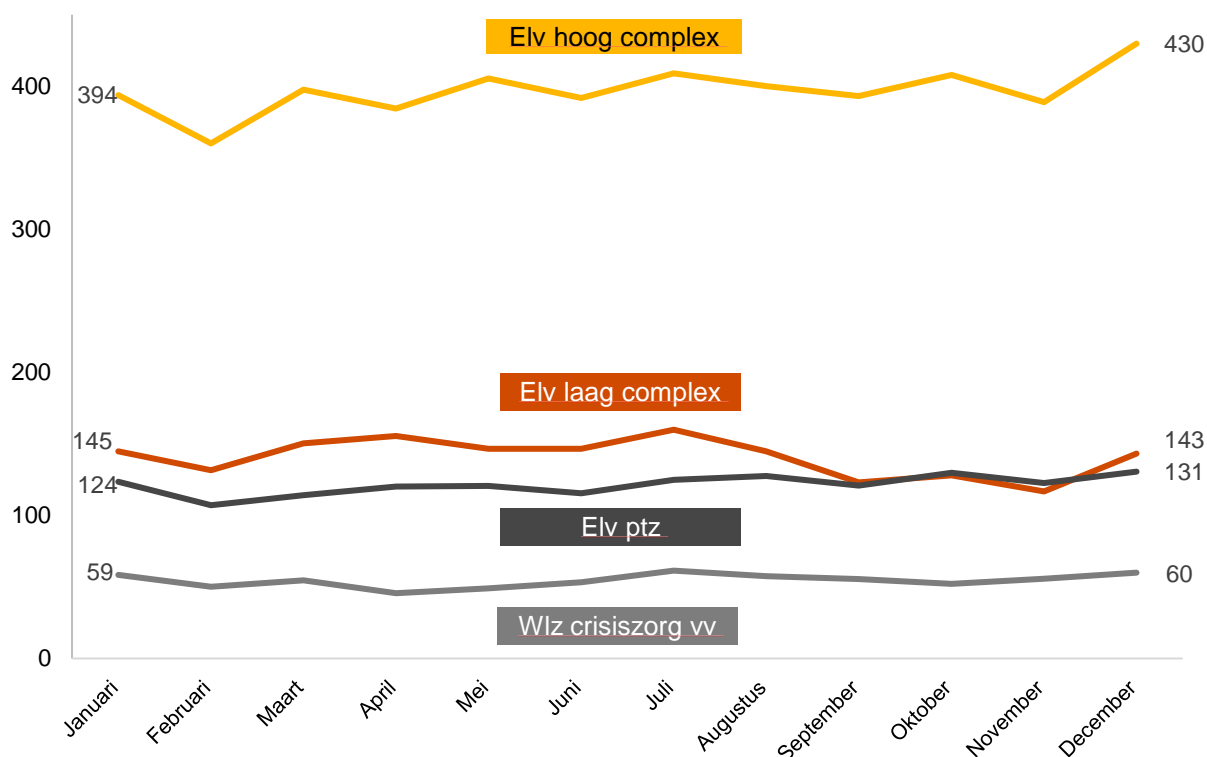
Wel hebben wij gehoord dat het bedbezettingspercentage voor de Wlz crisiszorg vv waarschijnlijk een *onderschatting* is van het werkelijke bedbezettingspercentage. Voor de Wlz crisiszorg vv dient namelijk een spoedindicatie te worden aangevraagd. Initieel neemt de zorgaanbieder de cliënt op een Wlz crisiszorg vv bed op, terwijl als de indicatie bekend is, de zorgaanbieder uiteindelijk een andere declaratie kan indienen bij het zorgkantoor. Ook lukt het niet altijd om binnen de gestelde termijn een spoedindicatie te ontvangen, waardoor de zorgaanbieder dan geen Wlz crisiszorg vv declaratie kan indienen.

**Figuur 3-6. De interkwartielafstand van de gemiddelde bedbezetting elv en Wlz crisiszorg vv op basis van de begroting en de realisatie (tussen 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel). De balk geeft de middelste 50% van de waarnemingen in de steekproef weer.**



De gemiddelde fluctuatie van de verblijfsdagen per prestatie (oftewel het aantal gedeclareerde prestaties) tussen de maanden is per zorgaanbieder in de steekproef redelijk stabiel gedurende het jaar (zie figuur 3-7).

**Figuur 3-7. Het gemiddeld aantal verblijfsdagen per prestatie per maand per zorgaanbieder in 2022 (oftewel de gemiddelde fluctuatie door het jaar heen van het aantal verblijfsdagen)**



### Innovatie en bijzondere uitkomsten

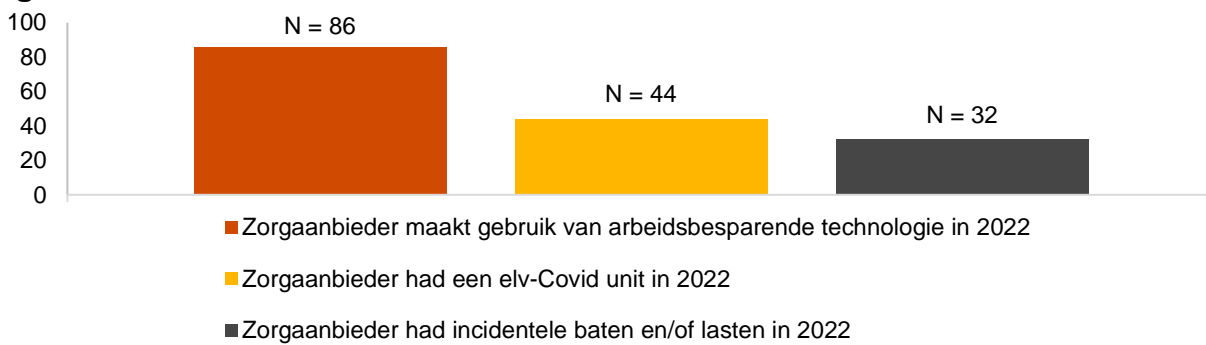
Een klein deel van de zorgaanbieders maakt gebruik van experimenten binnen het elv en de Wlz crisiszorg vv (zie figuur 3-8). Dit heeft een impact op de berekende kostprijzen van de experimentprestaties, doordat het aantal gedeclareerde prestaties laag is. Een groter deel van de zorgaanbieders heeft in 2022 een elv-Covid unit gehad (zie figuur 3-9). Hiervoor heeft een integrale afrekening via ZN plaatsgevonden. Deze informatie is opgevraagd bij de zorgaanbieders. De uitkomst van de integrale afrekening hebben wij gebruikt om het definitieve tarief van de A0018 (elv-Covid bedden) te berekenen. Dit definitieve tarief was benodigd om de kostentoekening

tussen de elv-Covid unit en reguliere elv-productie op basis van omzet per prestatie goed te laten verlopen.

**Figuur 3-8. Aantal zorgaanbieders dat gebruik maakt van experiment-beleidsregels**



**Figuur 3-9. Aantal zorgaanbieders in de steekproef met innovatie en bijzondere uitgaven/inkomsten in 2022**



### Opgegeven kosten

De tabel hieronder geeft de beschrijving weer van de opgegeven kosten van boekjaar 2022 van de zorgaanbieders uit de steekproef. Tabel 3-1 licht toe welk deel van de zorgaanbieders uit de steekproef een specifieke kostenpost heeft ingevuld. De meeste kosten zijn opgegeven op ondernemingsniveau.

**Tabel 3-1. Aandeel zorgaanbieders dat een bepaalde categorie van de overige kosten heeft ingevuld in het uitvraagformulier<sup>22</sup>**

Categorie overige kosten	Aantal zorgaanbieders ingevuld op ondernemingsniveau	Aantal zorgaanbieders ingevuld voor elv <sup>23</sup>	Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0001	Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0002	Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0003	Aantal zorgaanbieders ingevuld voor Z110
Overige kosten (algemeen)	80%	-	-	-	-	-
Kosten intramurale geneesmiddelen	38%	-	-	-	-	3%
Kosten extramurale geneesmiddelen	5%	-	-	-	-	1%
Kosten overige geneesmiddelen	35%	5%	1%	2%	1%	1%
Kosten dieetpreparaten	32%	3%	0%	0%	0%	2%
Kosten outillage hulpmiddelen	37%	3%	1%	2%	1%	2%
Kosten verbruiksartikelen	56%	6%	1%	2%	2%	2%
Kosten individuele hulpmiddelen voor tijdelijk gebruik	22%	1%	0%	0%	0%	1%
Kosten individuele hulpmiddelen voor permanent gebruik	11%	0%	0%	0%	0%	0%
Kosten overige hulpmiddelen	27%	2%	1%	0%	0%	2%

<sup>22</sup> Op ondernemingsniveau ten opzichte van de gehele steekproef. Op elv en Wlz crisiszorg vv niveau ten opzichte van dat deel van de steekproef.

<sup>23</sup> In het uitvraagformulier konden zorgaanbieders de overige kosten op verschillende manieren invullen. De voorkeur was dat zorgaanbieders de kosten toerekenden aan een specifieke prestatie voor het elv en/of Wlz crisiszorg vv. Als dit niet mogelijk was voor de zorgaanbieder, was er een categorie elv niet toegewezen aan een specifieke prestatie opgenomen in het uitvraagformulier. Als dit ook niet mogelijk was, dan konden zorgaanbieders de overige kosten op ondernemingsniveau invullen. Let wel: kolom drie is *geen* opsomming van kolom vier tot en met zes. Kolom vier tot en met zes zijn een gedetailleerder niveau waarnaar zorgaanbieders hun overige kosten konden toerekenen. Zorgaanbieders die op elv niveau de kosten hebben toegerekend hebben dit niet op prestatieniveau gedaan. Zorgaanbieders die kosten op prestatieniveau hebben toegerekend, hebben dit niet op elv niveau gedaan.

<b>Categorie overige kosten</b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld op ondernemingsniveau</b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld voor elv<sup>23</sup></b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0001</b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0002</b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld voor A0003</b>	<b>Aantal zorgaanbieders ingevuld voor Z110</b>
Kosten eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door huisarts, so of avg	6%	0%	0%	0%	0%	0%
Kosten eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door overige zorgaanbieder	16%	0%	0%	0%	0%	1%
Kosten eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd op een andere locatie	4%	1%	0%	0%	0%	0%
Nadere specificatie van extra kosten voor doelgroep	1%	1%	0%	0%	0%	1%
Kosten overig categorie 1	10%	1%	1%	1%	1%	1%
Kosten overig categorie 2	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Kosten overig categorie 3	1%	0%	0%	0%	0%	0%

## **Kosten voor personeel wel/niet in loondienst**

De kosten voor PNIL zijn ongeveer 10% ten opzichte 90% kosten voor PIL voor de zorgaanbieders in de steekproef (zie figuur 3-10). Dat is licht hoger dan de gemiddelde landelijke PNIL-ratio van de VVT in 2021 die op 9,6% ligt.<sup>24</sup>

Wij hebben de verhouding tussen de PNIL kosten en de PIL kosten ook geanalyseerd per deskundigheidsniveau. Er zijn echter weinig zorgaanbieders (N=6) die de PNIL kosten per deskundigheidsniveau hebben uitgesplitst. Het overgrote deel van de zorgaanbieders heeft de PNIL kosten op het totaalniveau van de onderneming aangeleverd en dus geen uitsplitsing naar deskundigheidsniveau of type prestatie gemaakt. Daardoor is de betrouwbaarheid van deze analyse relatief laag.

Zorgaanbieders hebben op verschillende niveaus informatie over PNIL aangeleverd:

- **PNIL kosten**

- 106 zorgaanbieders hebben PNIL kosten op ondernemingsniveau aangeleverd. Deze aanbieders hebben de kosten dus niet per deskundigheidsniveau uitgesplitst.
- 6 zorgaanbieders hebben PNIL kosten per deskundigheidsniveau aangeleverd.
- 2 zorgaanbieders hebben geen PNIL kosten aangeleverd.

- **PNIL uren**

- 88 zorgaanbieders hebben PNIL uren op ondernemingsniveau aangeleverd. Deze aanbieders hebben de uren dus niet per deskundigheidsniveau uitgesplitst.
- 10 zorgaanbieders hebben PNIL uren per deskundigheidsniveau aangeleverd.
- 16 zorgaanbieders hebben geen PNIL uren aangeleverd.

- **PNIL uurtarief**

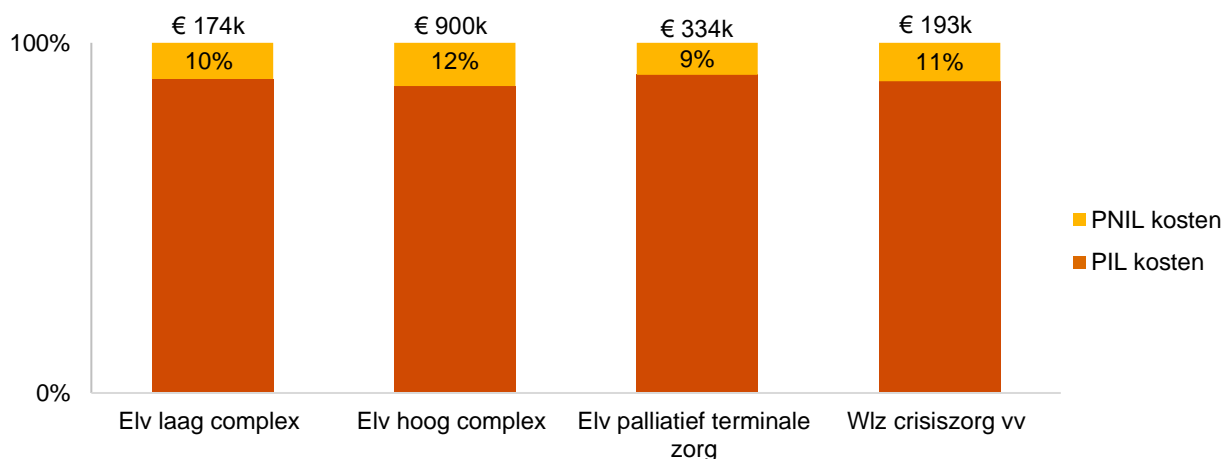
- 94 zorgaanbieders hebben een gemiddeld PNIL uurtarief voor de gehele onderneming aangeleverd. Deze aanbieders hebben het uurtarief dus niet per deskundigheidsniveau uitgesplitst.
- 5 zorgaanbieders hebben het gemiddeld PNIL uurtarief per deskundigheidsniveau uitgesplitst.
- 15 zorgaanbieders hebben geen gemiddeld PNIL uurtarief aangeleverd.

Dit betekent dat wij voor relatief veel zorgaanbieders handmatige toerekeningen hebben gemaakt om van ondernemingsniveau naar deskundigheidsniveau te komen voor PNIL gegevens. Voor de kostprijsberekeningen voor personeel (cliëntgebonden kostprijzen per deskundigheidsniveau) hadden wij namelijk zowel de PNIL kosten als de PNIL uren per deskundigheidsniveau nodig.

---

<sup>24</sup> Intrakoop. Factsheet Jaarverslagenanalyse Gezondheidszorg 2012-2021. Geraadpleegd op [https://www.intrakoop.nl/docs/default-source/intrakoop-jaarverslagenanalyse/factsheet-intrakoop-jaarverslagenanalyse-gezondheidszorg-2012-2021.pdf?sfvrsn=27e13c53\\_1](https://www.intrakoop.nl/docs/default-source/intrakoop-jaarverslagenanalyse/factsheet-intrakoop-jaarverslagenanalyse-gezondheidszorg-2012-2021.pdf?sfvrsn=27e13c53_1).

**Figuur 3-10. Aandeel kosten PIL (som van lonen en salarissen, sociale lasten, pensioen lasten en overige personeelskosten) ten opzichte van kosten PNIL, met totale kosten PIL en PNIL per prestatie<sup>25</sup>**

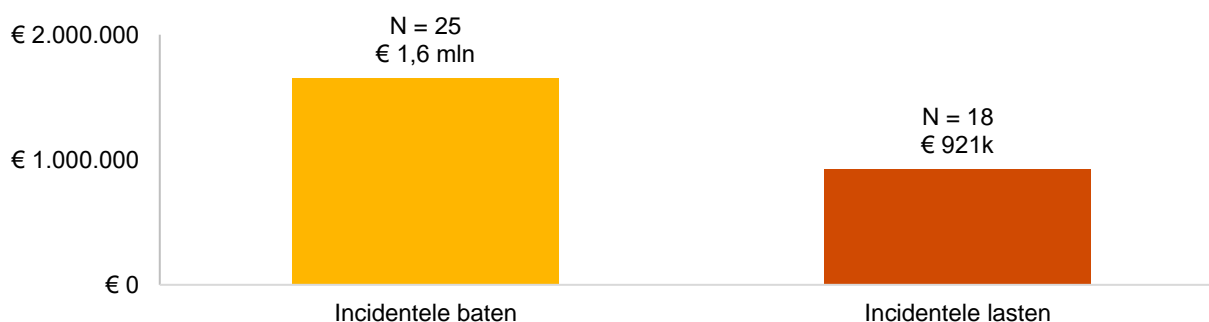


### Incidentele baten en lasten

32 unieke zorgaanbieders hebben incidentele baten en/of lasten opgegeven in het uitvraagformulier. De meeste zorgaanbieders hebben incidentele baten opgegeven (N=25), en deze baten zijn ook gemiddeld grotere bedragen dan de lasten (± 1,6 miljoen ten opzichte van ± 900 duizend euro, zie figuur 3-11).

0,1% van de kosten in de jaarrekening van de zorgaanbieders is van incidentele aard. De totale kosten zijn 12,7 miljard en de totale *incidentele* kosten zijn 16,6 miljoen. 0,3% van de opbrengsten in de jaarrekening van de zorgaanbieders is van incidentele aard. De totale opbrengsten zijn 12,2 miljard en de totale *incidentele* opbrengsten zijn 41,2 miljoen.

**Figuur 3-11. Gemiddelde incidentele baten en lasten van de zorgaanbieders in de steekproef die incidentele baten en/of lasten hebben opgegeven**



### Vergoeding niet-bezette bedden Wlz crisiszorg vv

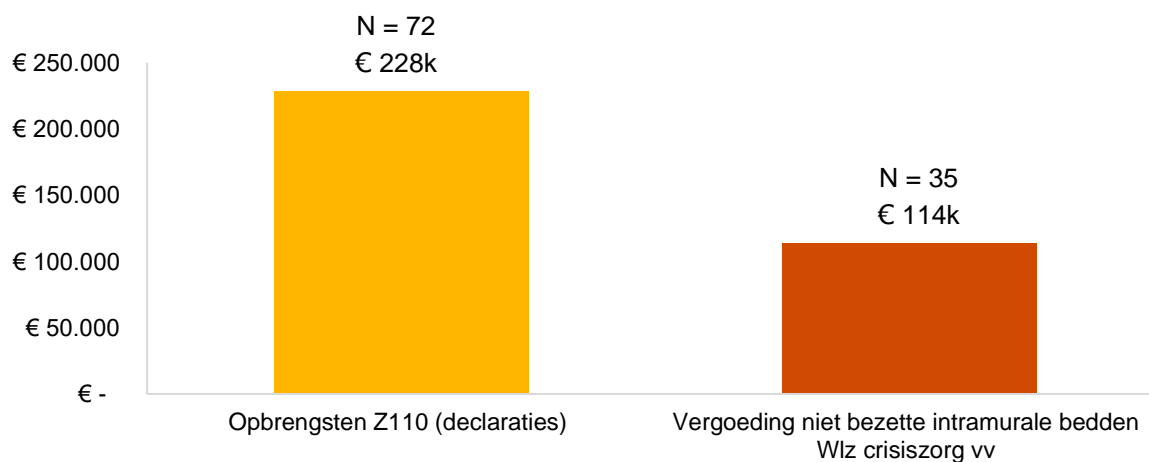
In de intramurale Wlz crisiszorg vv kunnen zorgaanbieders beschikbaar gehouden bedden declareren. Zorgkantoren kunnen hieraan aanvullende voorwaarden stellen. Bijvoorbeeld dat zorgaanbieders een bezettingspercentage hebben gerealiseerd van minimaal 70%. Doorgaans

<sup>25</sup> In het uitvraagformulier zijn op meerdere manieren gegevens over het personeel opgevraagd. Enerzijds zijn de kosten van PIL en PNIL vanuit de jaarrekening toegerekend aan elv en Wlz crisiszorg vv, en vervolgens aan de onderliggende elv prestaties. Anderzijds zijn de tijdsbesteding en kosten voor PIL en PNIL per deskundigheidsniveau op ondernemingsniveau uitgevraagd. Dit konden zorgaanbieders niet uitgesplitst naar elv en Wlz crisiszorg vv aanleveren. Figuur 3-9 is opgesteld op basis van de kosten die zijn toegerekend voor PIL en PNIL aan de elv en Wlz crisiszorg vv prestaties.



wordt bij deze zorgaanbieders geen bezettingspercentage gerealiseerd van 100%, omdat zij voor de crisiszorg regionale afspraken met de zorgkantoren hebben gemaakt om bedden beschikbaar te houden voor dit type cliënt. Deze zorgaanbieders ontvangen voor het vrijhouden van deze bedden vanuit het zorgkantoor een aanvullende vergoeding (hieronder in de figuur weergegeven met "Vergoeding niet-bezette intramurale bedden Wlz crisiszorg vv"). Ongeveer de helft van de Wlz crisiszorg vv zorgaanbieders in de steekproef heeft deze vergoeding ontvangen (35 van de 72). Het uitgekeerde bedrag aan vergoeding van niet-bezette bedden beslaat ongeveer de helft van de totale declaraties in de Wlz crisiszorg vv (€ 114k van € 228k).

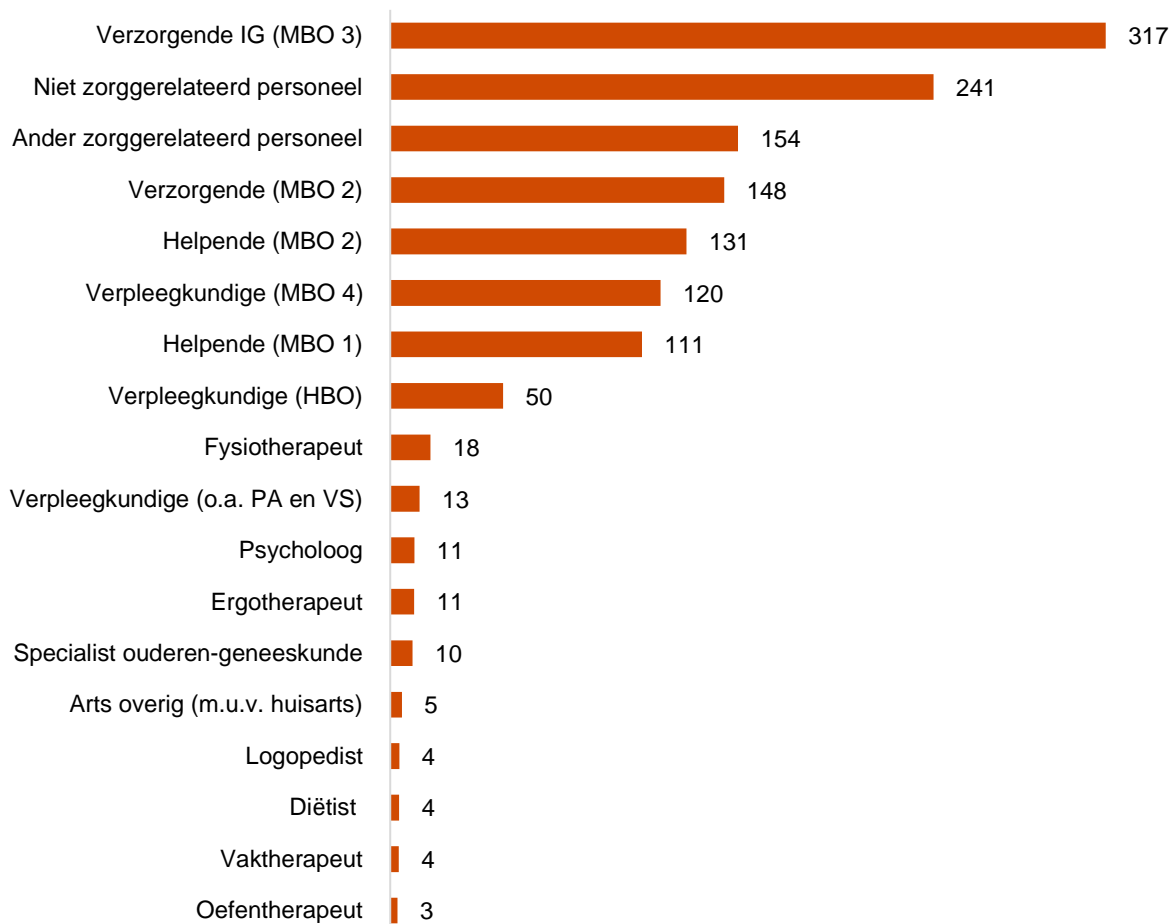
**Figuur 3-12. De gemiddelde opbrengsten Wlz crisiszorg vv ten opzichte van de vergoeding van niet-bezette bedden Wlz crisiszorg vv**



### **Verdeling FTE over de deskundigheidsniveaus**

Op ondernemingsniveau hebben de zorgaanbieders in de steekproef in 2022 gemiddeld 1.272 FTE in dienst (zie figuur 3-13). Het grootste deel hiervan is verzorgende IG (25%, 317 FTE), en daarna niet zorggerelateerd personeel (19%, 241 FTE).

**Figuur 3-13. Gemiddeld aantal FTE per deskundigheidsniveau op ondernemingsniveau<sup>26</sup>**



## Verzuim

Wij hebben het gemiddelde verzuimpercentage van de steekproef<sup>27</sup> met het landelijk gemiddelde verzuimpercentage van de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) vergeleken (zie figuur 3-14). Het landelijk gemiddelde verzuimpercentage VVT is afkomstig uit de CBS statline AZW databank.<sup>28</sup>

Het landelijk gemiddelde verzuimpercentage in de VVT-sector en het verzuimpercentage op ondernemingsniveau uit de steekproef sluiten relatief goed op elkaar aan (respectievelijk 9,2% en 9,5%).

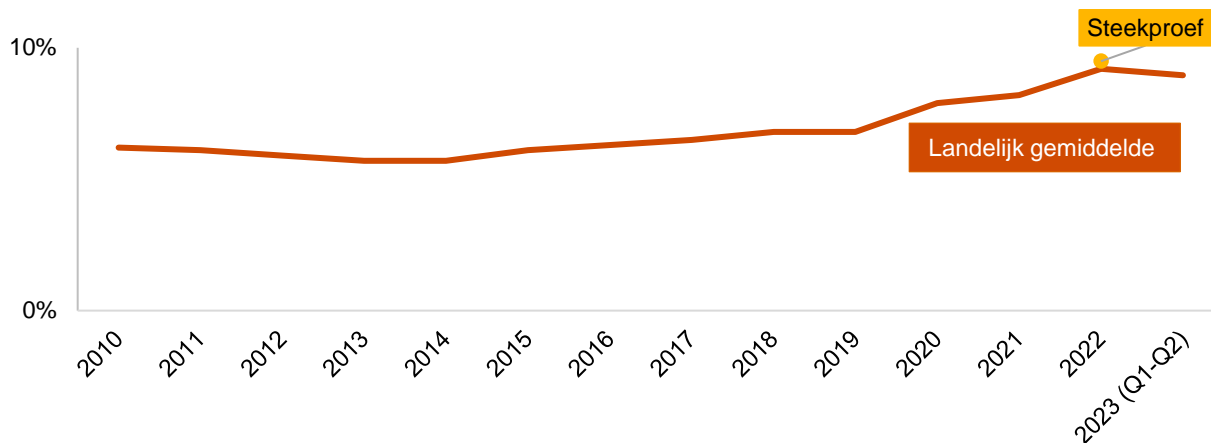
Het landelijk gemiddelde verzuimpercentage is licht toegenomen tussen 2011 en 2019, van 6,2% naar 6,8%. In de Covid-jaren, 2020 tot en met 2022, is een sterkere toename zichtbaar, namelijk een gemiddeld verzuimpercentage van 8,4%. Echter, in kwartaal 1 en 2 van 2023 is het verzuimpercentage gemiddeld 9,5%, terwijl het Covid-effect in 2023 een minder grote rol speelt.

<sup>26</sup> Onder categorie “arts overig” vallen de overige specialisten betrokken bij de zorg, met uitzondering van de huisarts. Onder de “psychologen” valt alle psychologische zorgverlening, zoals ook de klinische neuropsychologie, GZ-psychologie, psycholoog NIP en master-psycholoog SJK. “Ander zorggerelateerd personeel” omvat onder andere de maatschappelijke ondersteuning. “Niet zorggerelateerd personeel” is het overige personeel van de organisatie die niet direct met de cliënt contact hebben maar wel belangrijk zijn voor bijvoorbeeld de bedrijfsvoering en/of het vastgoed.

<sup>27</sup> Dit gaat om het gemiddelde verzuimpercentage op ondernemingsniveau voor zowel zorggerelateerd als niet-zorggerelateerd personeel.

<sup>28</sup> Bron: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=6912C>. Versie 8 september 2023.

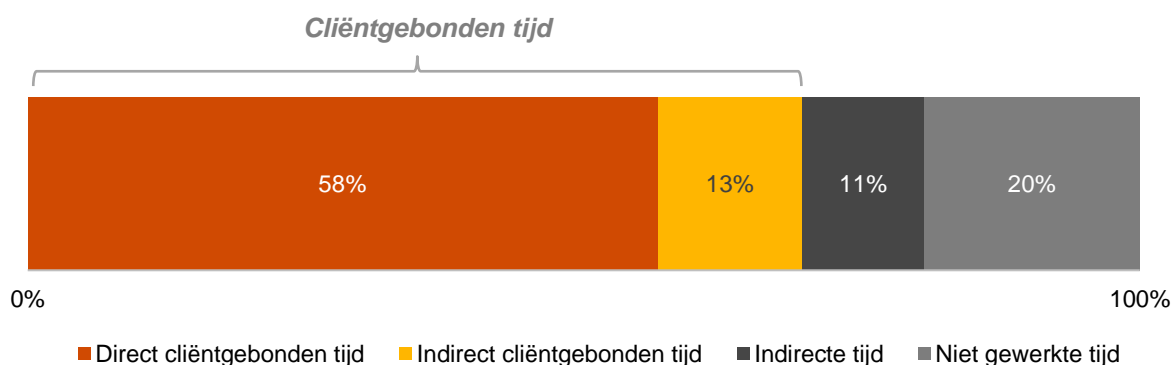
**Figuur 3-14. Vergelijking gemiddelde verzuimpercentage van de steekproef met het landelijk gemiddelde verzuimpercentage van de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT)**



### Tijdsbesteding van het zorggerelateerd personeel

De zorgaanbieders hebben een beste inschatting gemaakt van de tijdsbesteding van het personeel binnen de onderneming (zie figuur 3-15). Een beste inschatting is noodzakelijk, omdat doorgaans geen tijdsregistratie plaatsvindt. De figuur geeft het gemiddelde over de zorggerelateerde deskundigheidsniveaus weer (niet zorggerelateerd personeel is in deze figuur buiten beschouwing gelaten). Het grootste deel van de tijd besteedt het personeel aan direct en indirect cliëntgebonden werkzaamheden (71,5%).

**Figuur 3-15. Gemiddelde tijdsbesteding op ondernemingsniveau<sup>29</sup>**



<sup>29</sup> Deze percentages tellen gezamenlijk niet op tot 100%. Een verklaring dat de percentages niet optellen tot 100% is dat het gaat om een gemiddelde van een gemiddelde. Namelijk de gemiddelde tijdsbesteding per deskundigheidsniveau over alle zorgaanbieders, en de gemiddelde tijdsbesteding over alle deskundigheidsniveaus.



## 4. Methodiek berekening kostprijzen

## 4 Methodiek berekening kostprijzen

### 4.1 Reikwijdte kostprijsberekeningen

De reikwijdte van dit kostprijsonderzoek beslaat de berekening van de volgende kostprijzen:

- Gemiddelde kostprijs (per zorgaanbieder en landelijk gewogen) conform prestatiestructuur 2022 voor de prestaties:<sup>30</sup>
  - Elv laag complex (A0001);
  - Elv hoog complex (A0002);
  - Elv voor palliatief terminale zorg (A0003);
  - Elv prestaties die onderdeel zijn van de experimentprestatie ‘resultaatbeloning en zorgvernieuwing’;
  - Wlz crisiszorg vv: ‘crisisopvang/spoedzorg vv met behandeling’ (Z110);
- Gemiddelde kostprijs (per zorgaanbieder en landelijk gewogen) per cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau in 2022.

### 4.2 Uitgangspunten en aannames die ten grondslag liggen aan de kostprijsberekeningen

Voor het kostprijsonderzoek zijn drie uitgangspunten met de NZa overeengekomen:

#### **Uitgangspunt 1: De gegevens zijn naar waarheid door de zorgaanbieders ingevuld.**

Er zijn verschillende instrumenten ingezet om de kwaliteit van de aangeleverde gegevens te borgen:

- **Zorgaanbieders hebben bij aanlevering van de gegevens een bestuursverklaring ondertekend.** Voor zorgaanbieders is (in theorie) een prikkel aanwezig geweest om zo hoog mogelijke kosten aan te leveren. Immers, een hogere kostprijs leidt (hoogstwaarschijnlijk) tot een hoger tarief. Op basis van het contact dat wij met de zorgaanbieders hebben gehad tijdens de gegevensaanlevering, is het gehanteerde uitgangspunt dat de zorgaanbieders de gegevens in het uitvraagformulier naar waarheid hebben ingevuld. Een bestuurder van de zorgaanbieder heeft ook een verklaring getekend over de juistheid van de aangeleverde gegevens in het uitvraagformulier.
- **De gegevens zijn gevalideerd middels aansluiting op externe databronnen (zie paragraaf 2.4).** De aangeleverde gegevens van de zorgaanbieders zijn gevalideerd op basis van een uitgebreid stappenplan en een controleprotocol. Hierbij is de aansluiting van de opgevraagde gegevens gemaakt met aanvullende data uit de jaarrekening, declaratiegegevens van Vektis en het registratieonderzoek als plausibiliteitscontrole. Zorgaanbieders met onwaarschijnlijke en/of opvallende gegevens zijn bevestigd.

---

<sup>30</sup> Voor de high-care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging (1037) zijn er tevens kostprijzen berekend in dit onderzoek. Vanwege herleidbaarheid naar individuele zorgaanbieders is het niet mogelijk om deze kostprijzen te rapporteren. Het aantal high-care hospices in de steekproef is hiervoor te laag (N=4). Echter, de analyses en resultaten voor deze groep zorgaanbieders heeft PwC wel opgeleverd aan de NZa om mee te nemen in de herijking van de tarieven en maken wel deel uit van de doorontwikkeling van de prestatiestructuur.

- **De uitvraagformulieren zijn inhoudelijk geanalyseerd op het bestaan van mogelijke uitschieters.** Voor verschillende categorieën in het uitvraagformulier is de gewogen gemiddelde waarde berekend over de gehele steekproef. De omzet van zorgaanbieders is daarbij gebruikt als wegingsfactor. Op deze manier zijn uitschieters geïdentificeerd, nader geanalyseerd op basis van gegevens in het uitvraagformulier, en eventueel aanvullend bevraagd.
- **In de analyses is onderscheid gemaakt tussen de zorgaanbieders met een alternatieve verdeelsleutel in de berekening van de kostprijzen, anders dan de omzet (zie paragraaf 2.9).** Immers, de kostprijzen op basis van de verdeelsleutel 'aparte registratie' en 'overig' zijn vatbaarder geweest voor strategisch gedrag. Voor de Wlz crisiszorg vv is gebleken dat de kostprijs substantieel hoger is voor zorgaanbieders die de verdeelsleutel 'aparte registratie' of 'overig' hebben gebruikt, met ± € 100,-. Daarom zijn twee kostprijzen berekend: één voor de gehele groep zorgaanbieders die Wlz crisiszorg vv levert, en één alleen voor de groep zorgaanbieders die als verdeelsleutel 'omzet per prestatie' heeft gekozen (de zorgaanbieders die hebben gekozen voor de verdeelsleutel 'aparte registratie' of 'overig' zijn geëxcludeerd van deze groep). Wij hebben hierbij onderkend dat omzet geen perfecte verdeelsleutel is geweest om kosten toe te rekenen. Zorgaanbieders hebben het meeste inzicht in de betrouwbaarste manier om de kosten toe te rekenen, oftewel welke verdeelsleutel het dichtst bij de werkelijkheid in de buurt komt. Wij hebben enkel de verschillen in de kostprijzen op basis van de diverse verdeelsleutels inzichtelijk gemaakt en vertrouwen erop dat de zorgaanbieder het uitvraagformulier naar waarheid heeft ingevuld en de juiste methodiek voor de kostentoekening heeft gekozen.

**Uitgangspunt 2: De gewogen gemiddelde kostprijzen die wij hebben berekend op basis van de steekproef zijn representatief voor de zorgaanbieders die elv en/of Wlz crisiszorg vv leveren in Nederland.**

Het uitgangspunt is dat wij een steekproef hebben gehanteerd die representatief is voor alle zorgaanbieders in Nederland die elv en/of Wlz crisiszorg vv leveren. De NZa is verantwoordelijk voor de selectie van de steekproef. Bij het bepalen van de steekproef heeft de NZa aandacht gehad voor het borgen dat de steekproef een afspiegeling is van alle zorgaanbieders die in Nederland elv en/of Wlz crisiszorg vv leveren.

**Uitgangspunt 3: De gewogen gemiddelde kostprijzen in 2022 vormen een representatieve basis voor de komende jaren.**

De berekende kostprijzen 2022 vormen de basis voor de tarieven voor de komende jaren. De NZa indexeert jaarlijks de berekende kostprijzen. Deze indexatie vindt plaats op basis van landelijke kostenontwikkelingen. Met behulp van het normatieve traject dat plaatsvindt aansluitend aan het kostprijsonderzoek, vertaalt de NZa de kostprijzen naar passende tarieven voor de sector.

Een aandachtspunt hierbij is dat in 2022 mogelijk afwijkende effecten een rol speelden als gevolg van Covid-19. Voor de compensatie van deze afwijkende effecten zijn verschillende financiële regelingen in het leven geroepen. Voorbeelden zijn de vergoeding van meerkosten als gevolg van Covid-19 en de integrale afrekening van de elv-Covid unit. Hierbij is het gehanteerde uitgangspunt dat voor dergelijke financiële regelingen geldt dat de kosten die zijn gemaakt als gevolg van Covid-19 in verhouding staan tot de opbrengsten die de zorgaanbieders ontvangen. Een groot deel van de financiële regelingen hadden een ex-post karakter, oftewel de zorgverzekeraars hebben de werkelijke kosten die zijn gemaakt door de zorgaanbieders achteraf vergoed. Indien

zorgaanbieders ervoor hebben gekozen om kosten toe te rekenen op basis van omzet, dan staan er Covid-opbrengsten tegenover de Covid-kosten, en wordt daardoor een onderscheid gemaakt in de toerekening van de kosten tussen Covid en niet-Covid.

Twee belangrijke Covid-19 effecten in 2022 waren:

- **Verzuim** - In 2022 is sprake van een verhoogd ziekteverzuim bij het personeel van zorgaanbieders. Daarom is de trend van het ziekteverzuim in de VVT-sector geanalyseerd. Het landelijk gemiddelde verzuimpercentage in de VVT-sector en het verzuimpercentage op ondernemingsniveau uit de steekproef sluiten relatief goed op elkaar aan (respectievelijk 9,2% en 9,5%). Hierdoor is het mogelijk om een vergelijking met landelijke gemiddelde verzuimpercentages uit voorgaande jaren te maken. In 2022 is, ten opzichte van pre-Covid jaren (2019 en daarvoor), een verhoogd ziekteverzuim van toepassing. Echter, in 2023 is dit nog steeds verhoogd (terwijl Covid-19 effecten minder een rol spelen). Op basis hiervan is de conclusie getrokken dat er geen correctie op de personeelskosten is vereist als gevolg van het ziekteverzuim.
- **Elv-Covid unit** – Verschillende zorgaanbieders hebben een elv-Covid unit gehad in 2022. De definitieve opbrengsten gerelateerd aan de elv-Covid unit zijn geïsoleerd door de A0018 opbrengsten (rekentarief elv Covid-unit, was voorheen A0012) met de uitkomst van de integrale elv-Covid afrekening te sommeren. Op deze manier kunnen de betreffende kosten op basis van de verdeelsleutel omzet toebedeeld worden aan de elv-Covid unit.

Om te komen van kostprijzen naar tarieven voor het elv en de Wlz crisiszorg vv (vervolg op dit kostprijsonderzoek) neemt de NZa de representativiteit van de gegevens van 2022 mee. Een voorbeeld is de nieuwe CAO voor de VVT vanaf 2024. De NZa kan opslagen en afslagen hanteren voor dergelijke ontwikkelingen op de berekende kostprijzen.

Naast de uitgangspunten zijn 10 aannames onderliggend aan de berekening van de kostprijzen:

**Aanname 1. De door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel is representatief voor de toedeling van de bedrijfslasten aan de domeinen.**

De zorgaanbieders hebben de bedrijfslasten op ondernemingsniveau ingevuld. Deze kosten worden toegerekend aan de domeinen (Zvw-elv of Wlz crisiszorg vv) op basis van drie mogelijke verdeelsleutels: de omzet per domein, een aparte registratie van een zorgaanbieder of een overige verdeelsleutel. De aanname is dat de gekozen verdeelsleutel zorgt voor een zuivere toerekening van de kosten aan deze domeinen. Wij verwijzen hiervoor ook naar uitgangspunt 1 punt 4.

Indien de gekozen verdeelsleutel niet representatief is voor de verdeling van de door zorgaanbieders in werkelijkheid gemaakte kosten, dan heeft dit invloed op toerekening van de aandelen van de kosten voor de Zvw-elv of Wlz crisiszorg vv (een over- of onderschatting van de kosten). Hieraan ligt ten grondslag dat de verhouding van de omzet en de kosten voor de verschillende domeinen, gelijk is.

Het overgrote deel van de zorgaanbieders heeft de omzet gebruikt als verdeelsleutel voor de toerekening van de kosten aan de verschillende domeinen. Gedurende de gegevensverzameling zijn signalen ontvangen vanuit de zorgaanbieders dat de verhouding in de omzet afwijkt van de verhouding in de kosten. Zorgaanbieders geven hierbij aan dat het tarief voor de Wlz crisiszorg vv relatief hoger is dan het tarief voor de Zvw-elv. Dit leidt tot een mogelijke onderschatting van de

kosten voor de Zvw-elv, en een overschatting van de kosten voor de Wlz crisiszorg vv. Dit is een aandachtspunt voor de duiding van de resultaten. Wij doen hierbij de aanname dat dit effect verwaarloosbaar is, omdat zorgaanbieders binnen het uitvraagformulier de mogelijkheid hadden om de verdeelsleutel te selecteren die het beste bij de toerekening van de kosten past. Het blijkt dat 97 van de 114 zorgaanbieders hebben gekozen voor de verdeelsleutel omzet voor de toerekening van de kosten.

### **Aanname 2. De door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel is representatief voor de toedeling van de bedrijfslasten aan de prestaties.**

De zorgaanbieders hebben de bedrijfslasten verdeeld van de domeinen naar de prestaties (een tweede toerekening) binnen het elv, Wlz crisiszorg vv en de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging. De aanname is dat de gekozen verdeelsleutel zorgt voor een zuivere toerekening van de kosten aan de prestaties. Wij verwijzen hiervoor ook naar uitgangspunt 1 punt 4.

Indien de gekozen verdeelsleutel in werkelijkheid niet representatief is voor de verdeling van de door zorgaanbieders gemaakte kosten, dan heeft dit invloed op de aandelen van de kosten voor de verschillende prestaties binnen het elv, Wlz crisiszorg vv en de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging (een over- of onderschatting van de kosten). Hieraan ligt ten grondslag dat de verhouding van de omzet en de kosten voor de verschillende prestaties, gelijk is.

Het overgrote deel van de zorgaanbieders heeft de omzet per prestatie gebruikt als verdeelsleutel voor de toerekening van de kosten aan de verschillende prestaties. Gedurende de gegevensverzameling zijn signalen ontvangen vanuit de zorgaanbieders dat de verhouding in de omzet afwijkt van de verhouding in de kosten. Zorgaanbieders geven hierbij aan dat het tarief voor elv hoog complex relatief laag is. Dit leidt tot een mogelijke onderschatting van de kosten, doordat een te klein deel van de kosten aan deze prestatie wordt toegerekend. Er zijn gemengde signalen over of het tarief voor elv palliatief terminale zorg toereikend is. Het is daarom niet eenduidig of dit leidt tot een over- of onderschatting. Beide zijn aandachtspunten voor de interpretatie van de resultaten. Wij nemen voor de kostprijsberekeningen aan dat de zorgaanbieders de best passende methode hebben gekozen om de kosten toe te rekenen aan de prestaties.

### **Aanname 3. De omzet per prestatie per zorgaanbieder als wegingsfactor leidt tot een plausibele berekening van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs.**

De landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen zijn berekend met de wegingsfactor 'omzet per prestatie'. De weging op basis van de omzet per prestatie geeft een hoger gewicht (zwaardere weging) aan zorgaanbieders die bij een specifieke prestatie een grote omzet hebben behaald.

De aanname is dat de weging van de gemiddelde kostprijs op basis van omzet per prestatie een plausibele berekening van de kostprijs geeft. Aangezien een zorgaanbieder met een hogere omzet meer zorg van een bepaalde prestatie levert, is het logisch om deze zorgaanbieder zwaarder mee te nemen in de berekening van de landelijk, gewogen gemiddelde kostprijs.

### **Aanname 4. De gewogen CV-waarde van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs geeft een beter beeld van de variantie tussen de zorgaanbieders dan een ongewogen CV-waarde.**

De kostenhomogeniteit<sup>31</sup> van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie hebben wij

---

<sup>31</sup> De kostenhomogeniteit geeft een indicatie van de variantie in kostprijzen per prestatie of deskundigheidsniveau van alle zorgaanbieders. Bij een relatief lage variantie in kosten zijn de kosten homogeen en bij een relatief hoge variantie spreken we van heterogeniteit.



berekend op basis van de gewogen CV-waarde. De weging op basis van de omzet per prestatie geeft een hoger gewicht aan zorgaanbieders die bij een specifieke prestatie een grote omzet hebben behaald. De aannahme is dat de weging van de gemiddelde CV-waarde op basis van omzet per prestatie zorgt voor een plausibele berekening van de variantie in de kostprijs. Dit is in lijn met de berekening van de gemiddelde kostprijzen.

### **Aanname 5. De productie van de elv-Covid unit wordt na 2022 vervangen door reguliere productie (bijvoorbeeld elv of grz).**

Een deel van de kosten van de elv-Covid unit is waarschijnlijk weggevallen na 2022, omdat Covid intussen in Nederland endemisch is geworden. De verwachting is dat de productie die vanuit de elv-Covid unit wegvalt, wordt opgevuld met reguliere productie.

- De eerste aanname is dat gemaakte meerkosten gerelateerd aan Covid die zijn opgenomen in tabblad 6<sup>32</sup> van het uitvraagformulier wegvallen na 2022, omdat de elv-Covid unit na 2022 niet meer van toepassing is. Het toetsen van deze aanname is niet mogelijk met behulp van de gegevens in het kostprijsonderzoek.
- De tweede aanname is dat de Covid kosten op tabblad 7<sup>33</sup> in het uitvraagformulier na 2022 gedekt worden door opbrengsten van reguliere productie (bijvoorbeeld elv of grz). Kosten voor bijvoorbeeld personeel en locaties kunnen immers weer ingezet worden voor reguliere cliënten, omdat de Covid productie is weggevallen. Een onderliggende assumptie hiervan is dat de leegstand in de elv-Covid unit ongeveer gelijk is aan de leegstand binnen de reguliere elv afdeling. Immers, als de leegstand bij zorgaanbieders zonder elv-Covid unit substantieel hoger is dan de leegstand bij zorgaanbieders met elv-Covid unit, dan lijkt de productie van de elv-Covid unit boven op de reguliere elv productie te komen in plaats van ter vervanging. Dit kan een vertekend beeld geven van de kostprijzen. Deze assumptie is met behulp van een analyse van leegstand van zorgaanbieders met en zonder elv-Covid unit getoetst en bevestigd.

### **Aanname 6. Het imputeren van het gewogen gemiddelde voor de zorgaanbieders die personeelsgegevens niet hebben ingevuld (0 wordt vervangen door het gewogen gemiddelde van de steekproef), leidt tot reële uitkomsten.**

Niet alle gegevens over het personeel zijn door iedere zorgaanbieder ingevuld. Dit geldt met name voor gegevens over verloonde uren van PIL (niet ingevuld door 19 zorgaanbieders) en de tijdsinvulling van de verschillende deskundigheidsniveaus (niet ingevuld door 27 zorgaanbieders). Door de ontbrekende gegevens van aanbieders te imputeren met het gewogen gemiddelde van de steekproef, kunnen voor de gehele steekproef uitkomsten worden bepaald, in plaats van de betreffende zorgaanbieders te excluderen voor deze analyses.

Een onderliggende assumptie hiervan is dat zorgaanbieders met ontbrekende gegevens vergelijkbaar zijn met zorgaanbieders die wel de gegevens hebben ingevuld.

Het imputeren van het gewogen gemiddelde leidt ertoe dat er geen exclusie van zorgaanbieders uit de steekproef op basis van de niet-ingevulde gegevens hoeft plaats te vinden. Hierdoor worden

---

<sup>32</sup> De kosten op tabblad 6 van het uitvraagformulier betreffen *meerkosten* gemaakt door de zorgaanbieder voor de elv-Covid unit. Het gaat hier om *meerkosten*, omdat het extra kosten zijn ten opzichte van de reguliere situatie zonder Covid.

<sup>33</sup> De kosten op tabblad 7 van uit het uitvraagformulier betreffen reguliere kosten gemaakt door de zorgaanbieder in het kader van de elv-Covid unit. Dit zijn kosten die normaliter voor de reguliere elv-afdeling worden gemaakt (bijvoorbeeld personeel of locatie), maar nu zijn gemaakt voor de elv-Covid unit en daarom aan de elv-Covid unit worden toebedeeld. Dit zijn *geen meerkosten*.

de gegevens van alle zorgaanbieders meegenomen en zijn de uitkomsten (waarschijnlijk) meer betrouwbaar.

**Aanname 7. De verhouding van de deskundigheidsniveaus voor het PIL en het PNIL is voor de zorgaanbieders tussen verschillende zorgvormen en prestaties gelijk.**

De kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau bestaat uit PIL en PNIL. Voor deze berekening zijn de totale kosten en de totale uren per deskundigheidsniveau benodigd, voor zowel PIL als PNIL. Niet alle zorgaanbieders hebben de benodigde gegevens (volledig, per deskundigheidsniveau) aangeleverd. Om toch met behulp van de aangeleverde gegevens tot de kostprijs per deskundigheidsniveau te komen is de aanname gehandhaafd dat de verhouding van de deskundigheidsniveaus voor het PIL en het PNIL voor alle zorgaanbieders tussen de verschillende zorgvormen en prestaties gelijk is.

**Aanname 8. De verhouding van de tijdsbesteding aan cliënten is gelijk tussen verschillende zorgvormen en prestaties voor alle zorgaanbieders.**

Zorgaanbieders gaven gedurende de gegevensverzameling aan dat het lastig is om de tijdsinvulling<sup>34</sup> per deskundigheidsniveau en per prestatie aan te leveren. Daarom is deze aanbieder gevraagd om de tijdsbesteding op ondernemingsniveau aan te leveren, zonder deze uit te splitsen naar elv (prestaties) en Wlz crisiszorg vv. Hierbij is de aanname dat de verhouding van de tijdsbesteding per zorgvorm en prestatie ongeveer gelijk is voor de zorgaanbieders. Let op: het gaat hierbij om de verhouding van direct cliëntgebonden tijd, ten opzichte van de totale tijdsbesteding.

Er zijn geen signalen ontvangen vanuit de steekproef dat de verhouding direct cliëntgebonden tijd per zorgvorm en prestatie afwijkend is.

**Aanname 9. Ieder jaar zijn er incidentele baten en lasten van toepassing. De hoogte en het aantal in 2022 zijn representatief voor de komende jaren.**

Verscheidene zorgaanbieders hebben incidentele baten en/of lasten gespecificeerd, die niet jaarlijks terugkomen. De aard en grootte van deze baten en/of lasten verschillen per zorgaanbieder. Voor de totale steekproef geldt een representatief beeld van de incidentele baten en lasten in hoogte en aantal. Op deze manier wordt rekening gehouden met het feit dat incidentele baten en lasten periodiek voorkomen bij de elv en Wlz crisiszorg vv zorgaanbieders.

In het uitvraagformulier hebben zorgaanbieders toegelicht wat de aard van de incidentele baat en/of last betrof. Op basis van de toelichting is geconcludeerd dat de incidentele baten en lasten niet specifiek voor 2022 van toepassing waren, maar in (licht aangepaste vorm) komende jaren waarschijnlijk ook voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn verkoop van vastgoed of impact van CAO-afspraken. Een uitzondering zijn verschillende financiële regelingen in het kader van Covid. Hier is de aanname dat de ontvangen vergoeding in verhouding staat tot de gemaakte kosten (zie aanname 5).

**Aanname 10. Ieder jaar komen opvallende waarnemingen in kostprijzen voor. De mate waarin opvallende waarnemingen (hoge en lage kostprijzen) voorkomen in 2022 is representatief voor de komende jaren.**

Op verschillende vlakken zijn uitschieters in de steekproef geïdentificeerd. De manier waarop de onderneming is georganiseerd en opereert, heeft invloed op de hoogte van kosten, en daarmee

---

<sup>34</sup> Met tijdsinvulling gaat het hier om de volgende categorieën uit het uitvraagformulier: direct cliëntgebonden activiteiten, indirect cliëntgebonden activiteiten, indirecte tijd, niet gewerkte tijd.

het voorkomen van uitschieters. Het is waarschijnlijk dat de meeste uitschieters representatief zijn voor de komende jaren, aangezien wij zowel uitschieters aan de boven- als onderkant hebben geconstateerd. Echter, er zijn enkele uitschieters die zodanig hoog of laag zijn, dat wij deze implausibel hebben verklaard (en hebben geëxcludeerd voor bepaalde analyses). Bijvoorbeeld hele hoge kostprijzen per prestatie (meer dan duizend euro) of per cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau (meer dan duizend euro per uur).

### 4.3 Berekening kostprijzen

In deze paragraaf wordt de methodiek om de kostprijzen voor de verschillende prestaties (zie paragraaf 4.1) te berekenen beschreven. Wij geven een verdiepende toelichting op de methodiek en geven de formules weer van de kostprijsberekeningen in bijlage C.

#### 4.3.1 Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022

De gewogen gemiddelde landelijke kostprijs per prestatie in 2022 wordt berekend op basis van de in de jaarrekening opgenomen kosten.

#### Toerekening van kosten jaarrekening naar elv en Wlz crisiszorg vv

In het uitvraagformulier worden de verschillende posten van de jaarrekening 2022 uitgevraagd. Zorgaanbieders leveren de kosten aan op ondernemingsniveau.<sup>35</sup> De kosten worden vervolgens toegerekend naar de verschillende geleverde prestaties in de prestatiestructuur 2022. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst vindt de toerekening van kosten naar elv of Wlz crisiszorg vv plaats. Vervolgens worden de kosten die zijn toegerekend aan het elv toegerekend aan specifieke elv-prestaties, door middel van een nieuwgekozen verdeelsleutel.<sup>36</sup> De toerekening van kosten vindt plaats in het uitvraagformulier. De zorgaanbieder kiest zelf welke manier voor het toerekenen van kosten wordt gehanteerd. Het is voor iedere kostenpost in de jaarrekening 2022 afzonderlijk mogelijk om een manier van toerekenen te kiezen. Het uitvraagformulier biedt hiervoor vier opties per kostenpost:

1. **Aparte (werkelijke) registratie** door zorgaanbieders. Dit is de meest exacte toerekening van kosten aan prestaties. De zorgaanbieder splitst de kosten handmatig uit in het uitvraagformulier. Deze manier vereist een zeer gedetailleerde registratie van de gemaakte kosten door zorgaanbieders. Welke administratie (op welke manier) de basis vormt voor deze toerekening van kosten licht de zorgaanbieder toe in het toelichtingsveld in het uitvraagformulier.
2. Verdeelsleutel: **omzet per prestatie**. De kosten op organisatieniveau worden toegerekend aan de geleverde prestaties op basis van de relatieve omzet per prestatie. Deze toerekening vindt automatisch plaats op basis van de opgegeven omzet in het uitvraagformulier.
3. Verdeelsleutel: **aantal gedeclareerde prestaties**.<sup>37</sup> De kosten op organisatieniveau worden toegerekend aan de geleverde prestaties op basis van het relatieve aantal

<sup>35</sup> In het geval dat vastgoedkosten in een aparte entiteit zijn geadministreerd (aparte BV), vult de zorgaanbieder de kosten in op basis van de geconsolideerde jaarrekening.

<sup>36</sup> Voor de toerekening van kosten aan elv-prestaties kiest de zorgaanbieder twee keer een verdeelsleutel. Eerst voor de toerekening naar het elv, vervolgens voor de toerekening naar prestaties binnen het elv. De gekozen verdeelsleutel kan twee keer hetzelfde zijn.

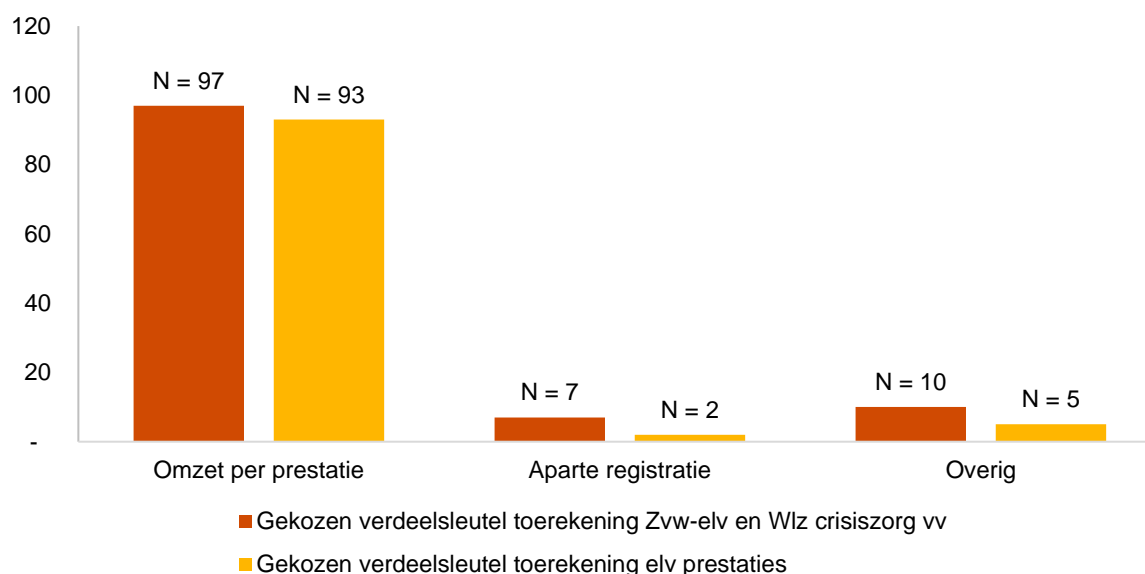
<sup>37</sup> Deze optie is alleen mogelijk voor de toerekening van elv-kosten aan elv-prestaties. De toerekening van kosten op ondernemingsniveau naar elv of Wlz crisiszorg vv is slechts mogelijk via de andere drie opties.

gedeclareerde prestaties. Deze toerekening vindt automatisch plaats op basis van het opgegeven aantal gedeclareerde prestaties in het uitvraagformulier.

4. **Overig.** Wanneer een zorgaanbieder een andere toerekening van de kosten naar de prestaties wenselijk acht, is dit mogelijk. De zorgaanbieder splitst de kosten in dit geval handmatig en licht de manier van toerekenen toe in het toelichtingsveld in het uitvraagformulier.

Het resultaat van deze toerekening van kosten is dat de totale kosten per zorgaanbieder per type prestatie uit de prestatiestructuur 2022 zijn geïsoleerd. In figuur 4-1 is opgenomen voor welke verdeelsleutels de steekproef gekozen heeft om de kosten uit de jaarrekening toe te rekenen aan elv (prestaties) en Wlz crisiszorg vv. Het overgrote deel van de zorgaanbieders heeft ervoor gekozen om de kosten toe te rekenen op basis van omzet per prestatie.

**Figuur 4-1. Gekozen verdeelsleutels door zorgaanbieders (N) in de steekproef voor de toerekening van kosten vanuit de jaarrekening naar elv en Wlz crisiszorg vv en vanuit elv naar elv prestaties**



### **Berekening landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022**

De landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie in 2022 berekenen wij als volgt:

- **Berekenen kostprijs per prestatie per zorgaanbieder.** Wij berekenen per zorgaanbieder de kostprijs per prestatie door de totale kosten die zijn toegerekend aan de betreffende prestatie te delen door het aantal gedeclareerde prestaties voor de betreffende prestatie.
- **Berekenen landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie.** Per zorgaanbieder wegen wij de berekende kostprijs per prestatie met de door de zorgaanbieder gerealiseerde omzet voor de betreffende prestatie. Dit doen wij door de kostprijs van de zorgaanbieder per prestatie te vermenigvuldigen met de door de zorgaanbieder gerealiseerde omzet voor de prestatie en het resultaat te delen door de totaal gerealiseerde omzet voor de betreffende prestatie voor de gehele steekproef. Met deze methode hebben zorgaanbieders met een relatief lage omzet voor een prestatie een minder grote invloed op de hoogte van de kostprijs van de betreffende prestatie. Zorgaanbieders met een relatief hoge omzet voor de prestatie

hebben daarentegen een grotere invloed op de hoogte van de kostprijs. Wanneer een zorgaanbieder in de steekproef de prestatie niet levert, heeft deze zorgaanbieder geen invloed op de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs.

### **Berekening macro impact van de kostprijzen per prestatie conform prestatiestructuur 2022**

Wij berekenen per prestatie de macro kosten (de kosten voor alle zorgaanbieders samen voor de betreffende prestatie) op basis van de oude kostprijzen 2016 (prijspeil 2022) en nieuw berekende kostprijzen in 2022. Het verschil tussen de oude en nieuwe macro kosten is gelijk aan de *macro impact*. De macro impact maakt het effect van de nieuw berekende kostprijs per prestatie op macroniveau inzichtelijk. Merk op dat de macro impact enkel te berekenen is voor prestaties waarvoor de kostprijs in 2016 is vastgesteld. Dit betreft de prestaties: elv laag complex (A0001), elv hoog complex (A0002), elv palliatief terminale zorg (A0003) en Wlz crisiszorg vv (Z110).

Om te corrigeren voor loon- en prijsontwikkelingen in de periode 2016-2022 zetten wij de kostprijzen 2016 om naar het prijspeil van 2022 aan de hand van de volgende indexatie:

- De loonkosten, die zijn geïndexeerd op basis van de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).
- De materiële kosten, die zijn geïndexeerd op basis van het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB).

Wij berekenen de macro impact als volgt:

- Per prestatie berekenen wij het verschil tussen de totale kosten voor de prestatie op basis van de nieuwe kostprijs 2022 en de totale kosten voor de betreffende prestatie op basis van de oude kostprijs 2016 (prijspeil 2022). Deze kosten berekenen wij door het totaal aantal gedeclareerde prestaties voor de zorgaanbieders in de steekproef te vermenigvuldigen met de respectievelijke kostprijzen.
- Dit verschil per prestatie is over alle prestaties gesommeerd en resulteert in de macro impact van de nieuw berekende kostprijzen per prestatie.

### **Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs conform prestatiestructuur 2022**

Wij voeren een analyse uit naar de kostenhomogeniteit van de berekende kostprijzen. Wij analyseren hiervoor de spreiding van de kosten over de zorgaanbieders met behulp van de gewogen coëfficiënt van de variantie (gewogen CV-waarde). De gewogen CV-waarde berekenen wij als volgt:

- Wij berekenen de gewogen standaarddeviatie van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie.
- Wij delen de standaarddeviatie van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie door de berekende landelijk gewogen gemiddelde kostprijs van de betreffende prestatie en vermenigvuldigen de uitkomst met 100.

Een lage CV-waarde betekent een relatief lage spreiding van de voor individuele zorgaanbieders berekende kostprijzen ten opzichte van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie. Een hoge CV-waarde betekent een relatief hoge spreiding.

Wij voeren de analyse naar de kostenhomogeniteit uit op het niveau van de totale kosten en het niveau van de onderliggende kostensoorten<sup>38</sup>, te weten:

- Personeelskosten;
- Materiële kosten;
- Kapitaallasten;
- Overige kosten van externe inhuur/onderliggende dienstverlening.

#### 4.3.2 Kostprijs per werkbaar uur per deskundigheidsniveau in 2022

Het is van belang om de verschillende componenten van de kostprijs van de geleverde zorg, bestaande uit enerzijds de behandelkosten en anderzijds de kosten van verblijf, te scheiden. De kostprijs voor het personeel, zowel PIL als PNIL, wordt in huidig kostprijsonderzoek uitgedrukt in de kostprijs per deskundigheidsniveau per werkbaar uur.

Werkbare uren zijn in dit onderzoek in afstemming met de NZa, vertaald naar de *tijd die besteed is aan direct cliëntgebonden activiteiten*. Dit is consistent met de wijze waarop de gegevens bij de zorgaanbieders in het uitvraagformulier zijn opgevraagd. Daarom wordt hierna aan de kostprijs per werkbaar uur gerefereerd als de kostprijs per *direct cliëntgebonden uur*.

De basis voor de berekening van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per deskundigheidsniveau in 2022 per direct cliëntgebonden uur is een gedetailleerde uitvraag van de personeelskosten. De berekening vindt plaats als volgt:

#### **Berekening totale bruto personeelskosten per deskundigheidsniveau voor PIL**

Allereerst bepalen wij de totale bruto personeelskosten per deskundigheidsniveau PIL:

- Wij hebben de zorgaanbieders gevraagd het totaal aan FTE van het PIL van de onderneming te verdelen over het FWG en voor iedere FWG-schaal de gemiddelde periodiek op te geven. Met behulp van de bijbehorende salarissen binnen de CAO VVT hebben wij de gemiddelde bruto salariskosten berekend per deskundigheidsniveau per FTE per maand en per deskundigheidsniveau per jaar.
- De onregelmatigheidstoelage (ORT) hebben wij op basis van de gewerkte uren berekend. Het tijdstip waarop is gewerkt is bepalend voor het percentage opslag. De totale ORT toeslag per organisatie is omgerekend naar een ORT opslag op de gemiddelde bruto salariskosten per deskundigheidsniveau per jaar.<sup>39</sup> Ook vakantietoelage, eindejaarsuitkering, eenmalige uitkeringen, levensloop bijdrage, sociale lasten, pensioenlasten en overige personeelskosten zijn in de salariskosten verwerkt. Dit resulteert in de totale personeelskosten van het PIL per deskundigheidsniveau (in 2022).

#### **Berekening totale kosten per deskundigheidsniveau voor PNIL**

Vervolgens zijn per onderneming de kosten voor het PNIL per deskundigheidsniveau berekend. Om de totale PNIL-kosten per deskundigheidsniveau te berekenen, hebben de zorgaanbieders in het uitvraagformulier de optie gekregen om de totale PNIL-kosten en PNIL-uren per

---

<sup>38</sup> De gewogen CV-waarde op totaalniveau is de relevantste maat. Immers, de NZa hanteert een gemiddeld kostendekkend tarief voor de totale kosten, en niet per onderdeel. Voor de volledigheid maken wij onderscheid in de gewogen CV-waarde van verschillende type kosten.

<sup>39</sup> In het uitvraagformulier bestaat de mogelijkheid om, indien van toepassing, van de vaste percentages af te wijken. Ook bestaat de mogelijkheid om overige toeslagen op te nemen.

deskundigheidsniveau uit te splitsen of, indien niet mogelijk, op ondernemingsniveau aan te leveren. Indien de zorgaanbieders de PNIL-kosten en/of PNIL-uren niet per deskundigheidsniveau hebben uitgeplitst, hebben wij een van de volgende berekeningen uitgevoerd:

- Wanneer de zorgaanbieder de totale PNIL-kosten en de totale PNIL-uren voor de onderneming heeft opgegeven, zijn de kosten op basis van het aandeel FTE van het PIL<sup>40</sup> per deskundigheidsniveau ten opzichte van het totaal aan FTE van het PIL van de onderneming aan de deskundigheidsniveaus toegerekend.
- In het geval dat de zorgaanbieder de totale PNIL-kosten op ondernemingsniveau en het gemiddelde uurtarief van PNIL heeft aangeleverd, is het totaal aantal PNIL-uren van de onderneming berekend. De verhouding FTE van het PIL per deskundigheidsniveau ten opzichte van het totaal aan FTE van het PIL van de onderneming, is gebruikt als een factor om een toerekening te maken van de totaaluren PNIL naar het aantal PNIL-uren per deskundigheidsniveau. Ook de PNIL-kosten zijn op een dergelijke manier aan de verschillende deskundigheidsniveaus toegerekend.
- Wanneer de zorgaanbieder enkel de PNIL-kosten op ondernemingsniveau heeft aangeleverd, is het niet mogelijk de PNIL-uren te achterhalen. Hierdoor kan geen separate kostprijs per deskundigheidsniveau PNIL worden berekend. Voor deze aanbieders wordt later een PNIL-opslag berekend in de kostprijs per deskundigheidsniveau.

#### **Totstandkoming kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau (PIL en PNIL tezamen)**

- Wij hebben de totale bruto salariskosten per deskundigheidsniveau berekend door de berekende bruto salariskosten voor het PIL te sommeren met PNIL kosten.
- De zorgaanbieder heeft per deskundigheidsniveau een procentuele uitsplitsing gemaakt voor het aandeel dat het deskundigheidsniveau besteedt aan direct en indirect cliëntgebonden activiteiten, indirecte tijd en niet gewerkte tijd.<sup>41</sup> Wij hebben het aantal *direct cliëntgebonden uren per deskundigheidsniveau* (voor zowel PIL als PNIL) berekend door het aantal gewerkte uren te vermenigvuldigen met het percentage direct cliëntgebonden tijd.
- Wij hebben de totale bruto salariskosten per deskundigheidsniveau gedeeld door het aantal direct cliëntgebonden uren voor het betreffende deskundigheidsniveau. Dit resulteert in de *kostprijs per zorgaanbieder per deskundigheidsniveau per direct cliëntgebonden uur*.
- **De landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per deskundigheidsniveau per direct cliëntgebonden uur** is bepaald naar rato van de totaalomzet van de zorgaanbieder. Dit betekent dat zorgaanbieders met een relatief lage totaalomzet een minder grote invloed

<sup>40</sup> Het aandeel FTE van het PIL per deskundigheidsniveau gebruiken wij hier als verdeelsleutel voor de te verdelen PNIL-kosten, vanwege het ontbreken van informatie voor het PNIL op deskundigheidsniveau.

<sup>41</sup> Bij de uitsplitsing van tijdsbesteding maken wij onderscheid in:

- Direct cliëntgebonden activiteiten conform uitsplitsing reguliere productie naar deskundigheidsniveau (ook wel "netto productief");
- Indirect cliëntgebonden activiteiten (onder andere zorgcoördinatie, MDO, overleg met huisarts, overleg met gezin, voorbereiding);
- Indirecte tijd (planning, reistijd, werkoverleggen, opleidingen, werkbegeleiding, ander werk); en
- Niet gewerkte tijd (vakantie, ander verlof, vrijstellingen, opleidingen, en andere redenen voor afwezigheid van werk).

hebben op de hoogte van de kostprijs. Zorgaanbieder met daarentegen een relatief hoge totaalomzet hebben een grotere invloed op de hoogte van de kostprijs.

### **Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs conform prestatiestructuur 2022**

Overeenkomend met de kostprijs voor de prestaties, hebben wij ook voor de kostprijs per deskundigheidsniveau de spreiding van de kosten met behulp van de gewogen CV-waarde geanalyseerd, volgens dezelfde methodiek als beschreven in paragraaf 4.3.1.

## **4.4 Onderzoek naar de kostprijsbepalende elementen**

Wij hebben de relatie tussen verscheidene factoren op basis van input uit het veld, en/of voorgaande trajecten onderzocht, die mogelijk invloed hebben op de onderneming (zoals bedrijfsvoering, organisatie, personeelsinzet). Wij hebben de invloed die deze factoren mogelijk uitoefenen op de berekende kostprijzen geanalyseerd. Deze factoren worden hierna aangeduid als 'kostprijsbepalende elementen'. De elementen zijn individueel afgezet tegen de kostprijzen: combinaties van kostprijsbepalende elementen zijn niet nader geanalyseerd.

Wij hebben de individuele kostprijsbepalende elementen voor de volgende groepen zorgaanbieders geanalyseerd:<sup>42</sup>

- Zorgaanbieders die elv leveren (prestaties A0001, A0002 en A0003);
- Zorgaanbieders die Wlz crisiszorg vv leveren (prestatie Z110); en
- Zorgaanbieders die elv palliatief terminale zorg (A0003) leveren en zorgaanbieders die high-care hospicezorg leveren (bekostigd vanuit de wijkverpleging, prestatie 1037) samen.

### **4.4.1 Analysemethoden kostprijsbepalende elementenanalyse**

Om de relatie tussen de kostprijsbepalende elementen en de kostprijzen te onderzoeken, hebben wij de volgende analysemethoden gebruikt:

- **Scatterplots.** Als een kostprijsbepalend element een continue variabele betreft, hebben wij een scatterplot gebruikt om de relatie met de kostprijs te onderzoeken. Dit is een visuele weergave van de correlatie tussen variabelen.
- **Staafdiagrammen.** Als een element een binaire, nominale of ordinale variabele betreft, hebben wij staafdiagrammen gebruikt om de relatie te onderzoeken. De zorgaanbieders hebben wij op basis van de binaire, nominale of ordinale variabelen in verschillende groepen ingedeeld. De gewogen gemiddelde kostprijzen van de verschillende groepen hebben wij in de staafdiagrammen gepresenteerd.

Op basis van de uitkomst van bovenstaande analyses hebben wij bepaald of er aanleiding is om de kostprijsbepalende elementen nader statistisch te analyseren. Dit was het geval als een duidelijk verband te zien is tussen een kostprijsbepalend element en de kostprijs. Na het constateren van een visueel verband, hebben wij een statistische analyse uitgevoerd voor de gevonden relaties tussen de kostprijsbepalende elementen en de kostprijzen:

---

<sup>42</sup> De experimentprestaties zijn in deze analyses buiten beschouwing gelaten, omdat zij door te weinig zorgaanbieders in de steekproef zijn gedeclareerd in 2022.



- **Kruskal-Wallis<sup>43</sup>**: Met behulp van de Kruskal-Wallis toets hebben wij de gemiddelde kostprijzen vergeleken tussen meer dan twee groepen (nominale, ordinale of continue variabelen), aangezien er geen sprake is van een normale verdeling van de variabelen.

In tabel 4-1 is weergegeven welke analyses zijn uitgevoerd in het kader van de kostprijsbepalende elementen.

---

<sup>43</sup> De Kruskal-Wallis-toets is een niet-parametrische statistische test die wordt gebruikt om te bepalen of er verschillen zijn tussen drie of meer onafhankelijke groepen. Het is ontworpen als een alternatief voor de ANOVA (Analysis of Variance) wanneer de aannames van normaliteit en gelijke variantie worden geschonden.

**Tabel 4-1. Geanalyseerde kostprijsbepalende elementen**

<b>Kostprijsbepalend element</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Organisatie</b>	
Kostprijzen 2022 palliatief terminale zorg	Vier zorgaanbieders in de steekproef leveren high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging (prestatie 1037). Het is interessant om te vergelijken of de kostprijzen van deze high-care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging (1037) verschillen van de kostprijzen van reguliere elv palliatief terminale zorg zorgaanbieders, omdat zowel de high-care hospices als elv zorgaanbieders zorg leveren in de laatste levensfase en daarom de kostprijzen mogelijk van vergelijkbare aard zijn. Daarom vergelijken wij bij deze analyse de gewogen gemiddelde kostprijs van prestatie 1037 met de A0003.
Schaalvoordelen	Vermoedelijk spelen schaalvoordelen van een organisatie een rol bij de efficiëntie van de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Grotere zorgaanbieders kunnen processen efficiënter stroomlijnen en/of productie optimaliseren. Indicatoren voor organisaties met schaalvoordelen zijn: totale omzet (zegt iets over de grootte van de organisatie), aantal fysieke locaties (kan een indicatie zijn van efficiënte dienstverlening) en totaal aantal FTE (grotere pool van medewerkers die gericht ingezet kunnen worden). Wij analyseren de correlatie tussen deze drie factoren (separaat) en de kostprijs.
Rechtsvorm	De rechtsvorm van de organisatie heeft mogelijk invloed op de manier waarop de jaarrekening is vastgesteld en hangt daarom ook samen met hoe de kosten aan de verschillende posten worden toebedeeld (en uiteindelijk worden toegerekend aan de kostprijzen). Daarom is er een nominale variabele samengesteld voor de acht verschillende mogelijke rechtsvormen: stichting, coöperatie, vereniging, vennootschap onder firma (VOF), naamloze vennootschap (NV), besloten vennootschap (BV), coöperatieve vereniging of overig. Zorgaanbieders zijn ingedeeld aan de hand van deze variabele. Op deze manier vergelijken wij de gewogen gemiddelde kostprijs tussen zorgaanbieders met verschillende rechtsvormen.
Vormen van verblijf	Zorgaanbieders in de steekproef leveren niet slechts één zorgvorm, zoals alleen elv of Wlz crisiszorg vv, maar vaak meerdere vormen van zorg. Zorgaanbieders hebben aangegeven in het uitvraagformulier welke zorgvormen voor hen van toepassing zijn: intramurale verpleeghuiszorg, high-care hospicezorg, woon-/zorgcombinatie, revalidatie/herstel, tijdelijk verblijf, palliatief terminale zorg of anders. Wij hebben een nominale variabele gedefinieerd voor het aantal verschillende typen cliënten om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen organisaties.
Spoedopnames	Zorgaanbieders die spoedopnames faciliteren houden bedden beschikbaar op de afdeling. Dit heeft mogelijk effect op de kostprijzen, omdat dit leidt tot een lagere bedbezetting en dus een hogere leegstand. Daarom hebben wij een binaire variabele gedefinieerd om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen organisaties waar spoedopnames mogelijk zijn en waar dit niet het geval is. 81 zorgaanbieders in de steekproef hebben aangegeven spoedopnames te faciliteren.
Rol in de regio	De rol van de zorgaanbieder in de zorgkantorregio heeft mogelijk invloed op de kostprijs. Vanuit economische theorie is te verwachten dat een regio met veel zorgaanbieders (resultierend in concurrentie) tot een lagere kostprijs leidt, dan een regio waarbij een zorgaanbieder een monopolie heeft. Wij hebben in het uitvraagformulier aan zorgaanbieders gevraagd of meerdere gelijksoortige zorgaanbieders in de regio aanwezig zijn of dat zij de enige zorgaanbieder in de regio zijn. Op deze manier analyseren wij de correlatie tussen de rol in de zorgkantorregio en de kostprijs.

<b>Kostprijsbepalend element</b>	<b>Toelichting</b>
	Uiteindelijk bleek dat alle zorgaanbieders in de steekproef met meerdere vergelijkbare zorgaanbieders actief zijn in de zorgkantorregio, daarom konden wij deze analyse niet uitvoeren.
Vastgoedkosten	In de klankbordgroep en gedurende de pilotfase van het onderzoek gaven zorgaanbieders aan dat het belangrijk is om (kosten gerelateerd aan) vastgoed mee te nemen in de kostprijzen en als kostprijsbepalend element te analyseren. Wij hebben daarom de vastgoedkosten apart (los van de jaarrekening) opgevraagd in het uitvraagformulier en hier een continue variabele per zorgaanbieder voor gedefinieerd. Wij analyseren de correlatie tussen de vastgoedkosten en de kostprijs per prestatie.
Bouwperiode en meest recente renovatie	De vastgoedkosten kunnen samenhangen met het bouwjaar en de staat van het vastgoed met betrekking tot de meest recente renovatie. Oudere gebouwen gaan mogelijk gepaard met hogere kosten, wat invloed heeft op de hoogte van de kostprijs. Wij definiëren daarom een ordinale variabele om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen organisaties met ouder (voor 1950 en 1950-1980) en nieuwer vastgoed (1980-2010 en na 2010) conform de voorselectie in het uitvraagformulier.
Zorgkantorregio	De regio beïnvloedt mogelijk de zorgvraag (type cliënt en zorgzwaarte) en de kosten en organisatie van de zorgaanbieder. Denk aan duurder vastgoed in de randstad. Daarnaast kan ook regionale spreiding of praktijkvariatie bepalend zijn voor de kosten die worden gemaakt. Wij definiëren een nominale variabele om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen regio's.
<b>Cliënten</b>	
Aandeel cliënten	Het aandeel elv en Wlz crisiszorg vv cliënten, ten opzichte van overige cliënten die binnen de organisatie worden behandeld, heeft mogelijk een effect op de personeelsbezetting. Op basis van signalen vanuit het veld is het mogelijk dat elv cliënten een andere (lagere) personeelsinzet vereisen dan andere (meer complexe) cliënten in de organisatie. Wij definiëren een continue variabele, met het aandeel elv en/of Wlz crisiszorg vv-clieënten, ten opzichte van het totaal aantal cliënten van de onderneming (de sommatie van alle prestaties en de overige cliënten) om gewogen gemiddelde kostprijzen te vergelijken tussen aanbieders.
Afdelingen met een mix van cliënten	Het is mogelijk bepalend voor de personeelsinzet waar de elv en de Wlz crisiszorg vv-clieënten op de afdeling zijn gesitueerd: of zij tezamen op een afdeling liggen of dat zij zijn verspreid over afdelingen en/of locaties (m.b.t. uniformiteit van de zorgverlening). Wij definiëren een nominale variabele voor wel of geen, en welke, mix van cliënten per afdeling (elv, Wlz crisiszorg vv, Grz, Wmo/respijtzorg en overig) om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
Gemiddeld aantal cliënten per intramurale afdeling	De grootte van de afdeling heeft invloed op de personeelsinzet. Wij hebben zorgaanbieders gevraagd naar het gemiddeld aantal cliënten per intramurale afdeling voor hun organisatie in 2022. Wij definiëren een continue variabele om de relatie tussen het gemiddeld aantal cliënten per intramurale afdeling en de kostprijs per prestatie te onderzoeken.
Bezettingspercentage	De bezettingsgraad van de bedden binnen een organisatie heeft invloed op de fluctuaties in personeelsbezetting. Een hoge leegstand van bedden leidt tot een overformatie van personeel, terwijl een lage leegstand mogelijk leidt tot een onderformatie van personeel, met hoge werkdruk als gevolg. Hoge werkdruk leidt mogelijk tot een verhoogd verzuim. Wij definiëren een continue variabele om de relatie te onderzoeken tussen het bezettingspercentage en de kostprijs.

<b>Kostprijsbepalend element</b>	<b>Toelichting</b>
Gemiddelde verblijfsduur	De verblijfsduur in dagen is mogelijk verwant aan de zorgzwaarte van de cliënt. Immers, hoe hoger de zorgzwaarte van de cliënt, hoe langer de verblijfsduur. Wij definiëren een continue variabele om de relatie te onderzoeken tussen de gemiddelde verblijfsduur en de kostprijs.
RM en/of IBS	Uit het zorginhoudelijk traject van de NZa en de klankbordgroep van dit kostprijsonderzoek kwam naar voren dat cliënten met een Rechterlijke Machtiging (RM) of inbewaringstelling (IBS) mogelijk een intensievere zorgverlening behoeven. Ook worden voor deze cliënten aanvullende maatregelen getroffen om de zorg veilig te verlenen. Wij hebben een continue variabele gedefinieerd voor zowel IBS en RM. Wij hebben het aandeel cliënten met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling gerelateerd aan de kostprijs per prestatie in een organisatie.
Beveiligde setting	Uit het zorginhoudelijk traject van de NZa en de klankbordgroep van dit kostprijsonderzoek kwam naar voren dat de cliënten die in een beveiligde setting worden behandeld, mogelijk aanvullende maatregelen behoeven om de zorg veilig te kunnen verlenen. Dit gaat niet alleen om de cliënten die een RM of een IBS-status hebben. De beveiligde setting is als volgt gedefinieerd op basis van het zorginhoudelijk traject: <i>Zorg die wordt verleend in een aangepaste verblijfsomgeving. Voorbeelden hiervan zijn prikkelarm, mogelijkheid tot gesloten deur, verzwaringsdeken en camera's voor toezicht; en/of Inzet van beveiligers bij ernstige gedragsproblematiek en fysieke agressie.</i> Wij hebben een binaire variabele gedefinieerd voor organisaties met en zonder cliënten in een beveiligde setting om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
Verblijfsdagen	Het aantal verblijfsdagen houdt mogelijk verband met de complexiteit van de cliënten in de instelling. De complexiteit van de zorgvraag hangt wederom mogelijk samen met de personeelsbezetting. Deze analyse voeren wij uit voor de verschillende soorten cliënten van het elv (elv laag complex, elv hoog complex, elv palliatief terminale zorg en overig), de verschillende prestaties van Wlz crisiszorg vv (Wlz crisiszorg vv en overig) en de verschillende prestaties voor de high-care hospice zorg (high-care hospice zorg en overig) conform het uitvraagformulier. Wij hebben een continue variabele gedefinieerd met het gemiddeld aantal verblijfsdagen per maand om zorgaanbieders te identificeren met hoge fluctuatie in cliënten. Daarnaast hebben wij ook een continue variabele gedefinieerd met de standaarddeviatie van de verblijfsdagen over de maanden heen. Wij gebruiken deze variabelen als proxy om de onder- en overformatie van personeel in te schatten.
<b>Personeelsinzet</b>	
FTE per bed	Een overvloedige personeelsbezetting heeft mogelijk invloed op de kostprijs. Daarom hebben wij een continue variabele gedefinieerd voor het aantal FTE per bed (als proxy voor de personeelsbezetting) om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
Cliënten per nachtdienstmedewerker	De formatie van het personeel in de nacht kan aanzienlijk afwijken van de personeelsbezetting gedurende de dag, afhankelijk van de manier waarop de instelling is georganiseerd en de zorgvraag van de cliënten. Wij hebben een continue variabele voor het aantal cliënten per nachtdienstmedewerker (als inschatting voor personeelsbezetting gedurende nacht) gedefinieerd om de kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
Medische eindverantwoordelijkheid	Wij hebben vanuit het zorginhoudelijk traject en de klankbordgroep vernomen dat de medische eindverantwoordelijkheid een indicatie kan zijn van de manier waarop de zorgaanbieder is georganiseerd. Wij hebben

Kostprijsbepalend element	Toelichting
Taakherschikking	<p>een nominale variabele voor de verschillende medische eindverantwoordelijken gedefinieerd om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.</p>
Taakherschikking	<p>Wij hebben begrepen dat sommige zorgaanbieders taakherschikking toepassen. Denk aan een verpleegkundig specialist die een deel van de taken van de specialist ouderengeneeskunde of paramedicus overneemt. De kostprijs van de verpleegkundig specialist ligt lager dan van de specialist ouderengeneeskunde en paramedicus. Daardoor kan taakherschikking in dit geval een kostprijsverlagend effect hebben. Wij analyseren de correlatie tussen het wel/niet toepassen van taakherschikking en de kostprijs.</p>
Vrijwilligers	<p>Veel zorgaanbieders maken gebruik van vrijwilligers. De taken van deze vrijwilligers verschillen. Soms vervangen de vrijwilligers zorgtaken, waardoor minder zorgpersoneel ingezet hoeft te worden. Vaker zorgen de vrijwilligers voor een betere ervaring voor de cliënten, door bijvoorbeeld welzijns- of dagactiviteiten te begeleiden. Vrijwilligers hebben dusdanig een mogelijk een kostprijsverlagend effect. Wij analyseren de correlatie tussen het aantal vrijwilligers dat wordt ingezet ten opzichte van het PIL en de kostprijs. Wij berekenen de ratio van de vrijwilligers met de volgende formule:  <math display="block">(\text{aantal unieke personen vrijwilligers} * \text{aantal uren per week die de vrijwilligers werken}) * 52 / \text{verloonde uren PIL 2022}.</math></p>
Participatiewet	<p>Sommige zorgaanbieders zetten personeel in dat valt onder de doelgroep van de Participatiewet. Voor dit personeel ontvangen de zorgaanbieders vaak een subsidie. Daardoor is het financieel relatief voordelig om mensen in te zetten vanuit de Participatiewet. Zij kunnen ook enkele taken overnemen van zorgpersoneel, wat hen kan ontlasten. Wij analyseren of er een correlatie is tussen de ratio personeel dat valt onder de doelgroep van de Participatiewet ten opzichte van de totale verloonde uren van PIL en de kostprijs. De ratio berekenen wij als volgt:  <math display="block">(\text{aantal unieke personen dat valt onder de doelgroep van de Participatiewet} * \text{aantal uren per week die deze personen werken}) * 52 / \text{verloonde uren PIL 2022}.</math></p>
Personeel wel/niet in loondienst	<p>Voor werkgevers zit er mogelijk een verschil in kosten voor PIL en PNIL. Wij analyseren de correlatie tussen de verhouding tussen de personeelskosten voor PNIL ten opzichte van de totale personeelskosten en de kostprijs.</p>
Verhouding verpleging en verzorging t.o.v. andere deskundigheidsniveaus	<p>De verhouding van het deskundigheidsniveau van het personeel dat een zorgaanbieder inzet heeft mogelijk invloed op de kostprijs. De kosten per uur voor verplegend en verzorgend personeel liggen immers lager dan de kosten voor artsen per uur. Wij analyseren de correlatie tussen de verhouding van het verplegend en verzorgend personeel ten opzichte van het totale personeel en de kostprijs. Dit doen wij aan de hand van de verloonde uren van de deskundigheidsniveaus.</p>
Verhouding direct cliëntgebonden tijdsbesteding	<p>Wij verwachten dat zorgaanbieders die een groot deel van hun tijd direct aan het leveren van zorg besteden (oftewel een hoog percentage direct cliëntgebonden tijdsbesteding hebben) een lagere kostprijs hebben. De aannahme daarbij is dat dergelijke zorgaanbieders met hetzelfde personeel meer cliënten kunnen behandelen. Wij hebben in het uitraagformulier de tijdsbesteding opgevraagd. Wij analyseren de correlatie tussen het percentage direct cliëntgebonden tijd en de kostprijs.</p>
Verzuim	<p>Indien een zorgaanbieder een hoog verzuimpercentage heeft, is het waarschijnlijk dat deze zorgaanbieder hogere personeelskosten maakt en/of hierdoor minder zorg kan leveren. Immers, de zorgaanbieder betaalt het zieke personeel door en huurt mogelijk extra PNIL in en/of het PIL maakt overuren en/of zorg valt uit, omdat het personeel</p>

Kostprijsbepalend element	Toelichting
	niet beschikbaar is om de zorg te leveren (wat derving van inkomsten betekent). Dit heeft een verhogend effect van de kosten en eventueel een verlagend effect op de omzet, waardoor de kostprijs toeneemt voor dergelijke zorgaanbieders. In het uitvraagformulier hebben de zorgaanbieders het ziekteverzuim op ondernemingsniveau aangegeven. Wij analyseren de correlatie tussen deze continue variabele en de kostprijs.
<b>Innovatie</b>	
Arbeidsbesparende technologieën	Arbeidsbesparende technologieën zijn innovaties op het gebied van digitalisering en/of robotisering, die er voornamelijk op zijn gericht om werkdruk te verlagen. Het gebruik van arbeidsbesparende technologieën heeft daardoor mogelijk invloed op de personeelsinzet. Deze technologieën kunnen personeel ontlasten of processen optimaliseren (bijvoorbeeld op het gebied van digitalisering). Wij hebben bij zorgaanbieders uitgevraagd of zij gebruik maken van dergelijke technologieën. Voor hen is een binaire variabele gedefinieerd om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen zorgaanbieders.
Experimenten: resultaatbeloning en zorgvernieuwing	Het gebruik van de prestatie ‘Experimenten: resultaatbeloning en zorgvernieuwing’ is een mogelijke indicatie van het innovatief en/of vernieuwend vermogen van de organisatie. Wij hebben een binaire variabele gedefinieerd voor het wel of niet gebruikmaken van de experimentprestatie om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
Beleidsregel: innovatie voor kleinschalige experimenten	De beleidsregel ‘Innovatie voor kleinschalige experimenten’ is opgenomen onder dezelfde rationale als de prestatie “experimenten” hierboven. Deze is mogelijk illustratief voor het innoverend karakter van de organisatie. Wij hebben een binaire variabele gedefinieerd voor het wel of niet gebruikmaken van de beleidsregel om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken per zorgaanbieder.
<b>Maatschappelijk engagement</b>	
IZA regioplan	Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is in 2022 gesloten met veel verschillende partijen in de gezondheidszorg. Vanuit dit IZA zijn verscheidene trajecten geïnitieerd, waaronder het regioplan. Het meeschrijven aan een dergelijk regioplan illustreert mogelijk het innovatieve karakter en de maatschappelijke betrokkenheid van een zorgaanbieder. Het is interessant om te achterhalen of het regioplan door zorgaanbieders wordt ingezet om de zorgverlening te verbeteren. Wij hebben daarom een nominale variabele gedefinieerd om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen zorgaanbieders die wel of niet hebben meegeschreven aan een IZA regioplan en hier wel of geen initiatiefnemer van waren. 13 zorgaanbieders hebben aangegeven initiatiefnemer te zijn van een IZA regioplan.
Inzet WOZO-programma	Het WOZO-programma is geïnitieerd in 2022. De inzet op het WOZO-programma door een zorgaanbieder is een mogelijke indicatie van maatschappelijke betrokkenheid. Daarnaast richt dit programma zich op passende zorg initiatieven. Het is de verwachting dat zorgaanbieders die zich inzetten voor passende zorg, meer bewust aan de slag zijn met de kosten die gepaard gaan met hun zorgverlening. Wij hebben een nominale variabele gedefinieerd om de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie te vergelijken tussen aanbieders die zich wel of niet hebben ingezet voor de totstandkoming van het WOZO-programma, en hier wel of niet dagelijks invulling aan geven. 40 zorgaanbieders hebben aangegeven zich in te zetten voor een WOZO-programma.



## 5. Resultaten van het kostprijsonderzoek

# 5 Resultaten van het kostprijsonderzoek

## 5.1 Resultaten berekening kostprijzen

Deze paragraaf beschrijft de resultaten van de berekening van de kostprijzen elv en Wlz crisiszorg vv. De tabellen met de bijbehorende cijfers staan in bijlage D. In verband met herleidbaarheid naar individuele zorgaanbieders<sup>44</sup>, rapporteren wij de berekende kostprijzen niet voor het grootste deel van de elv experimentprestaties en de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging, omdat het aantal zorgaanbieders dat deze zorg levert te laag is. Dit om herleidbaarheid naar individuele zorgaanbieders te voorkomen.

### 5.1.1 Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022

#### Berekeningen kostprijzen elv

De gewogen gemiddelde kostprijzen voor 2022 liggen voor alle prestaties hoger in 2022 dan de kostprijzen van 2016 (prijspeil 2022, zie figuur 5-1). Voor elv laag complex ligt de kostprijs € 4,18 hoger (2,6%), voor elv hoog complex ligt deze € 16,44 hoger (6,5%), en voor elv palliatief terminale zorg is dit € 29,46 (8,3%).<sup>45</sup>

Wij hebben daarnaast de gewogen gemiddelde kostprijs voor de elv palliatief terminale zorg berekend, waarbij in de berekening één zorgaanbieder is geëxcludeerd, aangezien deze zorgaanbieder een kostprijs per elv palliatief terminale zorg prestatie heeft van meer dan € 1.000 per prestatie. De gewogen gemiddelde kostprijs komt dan uit op € 354,42 (in plaats van € 382,94).

Deze kostprijzen zijn inclusief de werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en exclusief vergoeding gederfd rendement op eigen vermogen.

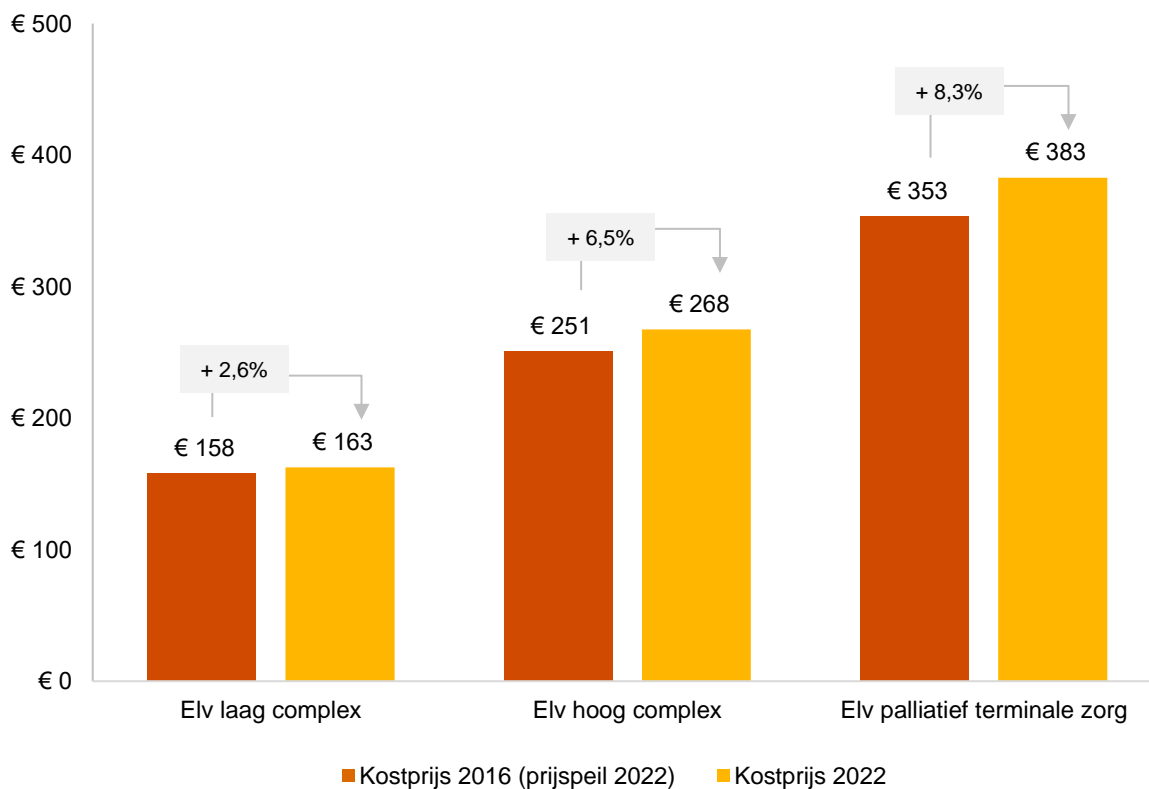
---

<sup>44</sup> Zoals ook eerder in de rapportage toegelicht, hanteren wij voor het opnemen van resultaten in de rapportage de gangbare norm van de NZa van een minimale groepsgrootte van vijf zorgaanbieders. Door de (te) beperkte groepsgrootte van bepaalde elv experiment prestaties en de high-care hospicezorg, bekostigd vanuit de wijkverpleging, rapporteren wij bepaalde gewogen gemiddelde kostprijzen niet. Gedurende de afronding van deze rapportage vindt afstemming plaats met de ACM om de resultaten op een later moment in een andere (toegestane) vorm te publiceren. Bij vragen over deze resultaten kunt u contact opnemen met de NZa.

<sup>45</sup> Voor 8 zorgaanbieders is waarschijnlijk teveel geschoond voor de kosten voor genees- en hulpmiddelen. Als wij deze schoning verwijderen, dan scheelt dit voor de gewogen gemiddelde kostprijs voor de A0001 € 0,11, voor de A0002 € 0,48 en voor de A003 € 0,27.



**Figuur 5-1. Resultaat kostprijsberekeningen elv conform prestatiestructuur 2022**



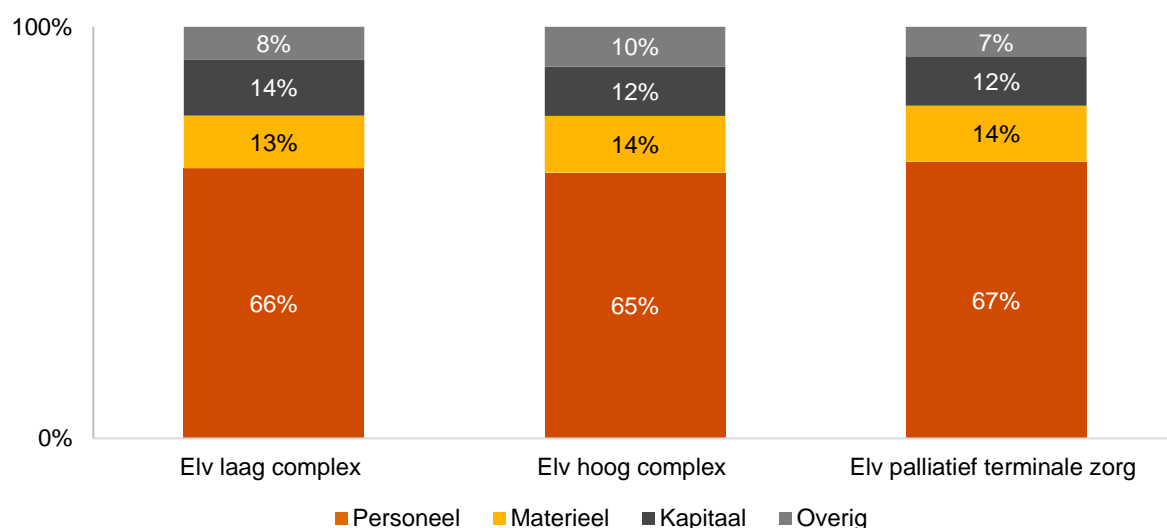
Een uitsplitsing naar de verschillende kostensoorten toont dat deze vergelijkbaar zijn voor de verschillende prestaties in het elv (zie figuur 5-2). Personeelskosten maken ongeveer 66% van de gewogen gemiddelde kostprijs voor elv in 2022 uit. De kosten voor materieel beslaan ongeveer 14%. Overige kosten zijn ongeveer 5% en de kapitaallasten ongeveer 8%. De overige kosten bestaan uit de kosten voor personeel niet in loondienst, stagiaires en onderaannemers. Dit is logisch aangezien het grootste deel van de zorgaanbieders omzet per prestatie als verdeelsleutel heeft gebruikt.

Wij hebben de volgende aanvullende kostprijsberekeningen uitgevoerd:

- In bijlage E maken wij een verdieping op de gewogen gemiddelde kostprijs van elv palliatief terminale zorg (A0003).
- In bijlage F zetten wij de kostprijs per zorgaanbieder af tegen de gewogen gemiddelde kostprijzen die wij hebben berekend.
- In bijlage G hebben wij opvallende waarnemingen uitgesloten van de kostprijsberekeningen.
- In gezamenlijkheid met de NZa hebben wij onderzocht in hoeverre de NZa verdeelsleutels op basis van het registratieonderzoek kon vaststellen. Dergelijke verdeelsleutels konden wij gebruiken om de (personele) kosten toe te rekenen aan de elv en Wlz crisiszorg vv prestaties. Dit leidt vervolgens tot aangepaste kostprijzen die mogelijk meer recht doen aan de werkelijke situatie. Dit was alleen mogelijk voor het behandelend personeel, omdat zorgaanbieders in het registratieonderzoek enkel tijd hebben geregistreerd van behandelend personeel. De aanname dat de inzet van verpleging en verzorging een gelijke verhouding heeft met de inzet van behandelend personeel is namelijk onwaarschijnlijk. Dit geldt in belangrijke mate voor de palliatieve zorg. Daarom zijn deze kostprijsberekeningen in overleg met de NZa uiteindelijk niet

uitgevoerd in dit onderzoek. De NZa bespreekt deze optie samen met beroeps- en branchepartijen in het traject van kostprijs naar tarief.

**Figuur 5-2. Uitsplitsing van de gewogen gemiddelde kostprijzen van het elv 2022 naar vier kostensoorten<sup>46</sup>**



### Berekeningen kostprijs Wlz crisiszorg vv

De gewogen gemiddelde kostprijs voor de Wlz crisiszorg vv in 2022 ligt veel hoger dan de kostprijs van 2016 (prijsspeil 2022, zie figuur 5-3). Het gaat hier om een verschil van € 125,90 (47,7%). In 2022 is het tarief voor de Wlz crisiszorg vv aangepast door het gelijk te trekken met het tarief voor ZZP VV7 inclusief behandeling. Daarom wordt in de figuur de tariefaanpassing in 2022 getoond. Het verschil tussen het *tarief 2022* en de *kostprijs 2022* is € 48,00 (14,0%).

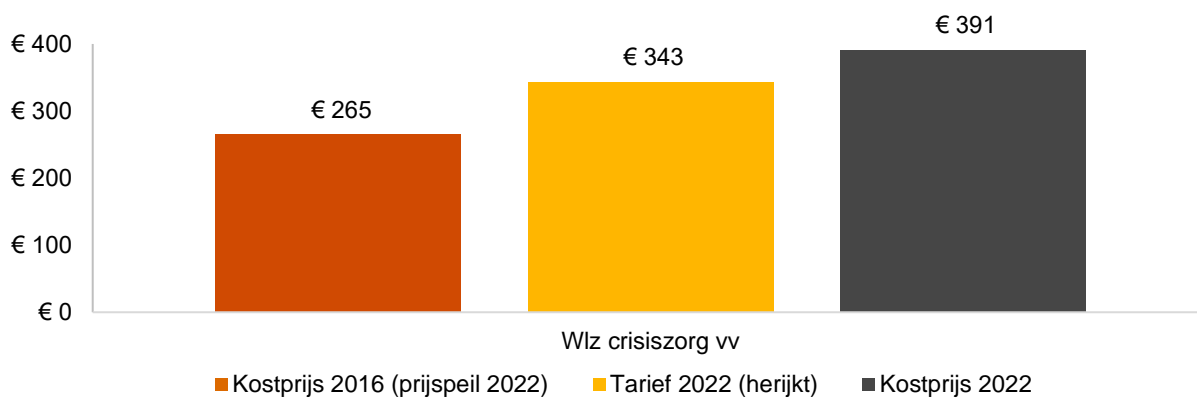
Deze kostprijzen zijn exclusief de werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en inclusief de normatieve huisvesting- en inventaris component (NHC en NIC)<sup>47</sup>.

Wij hebben daarnaast de gewogen gemiddelde kostprijs voor de Wlz crisiszorg vv berekend, waarbij in de berekening twee zorgaanbieders zijn geëxcludeerd, aangezien deze zorgaanbieders een kostprijs per Wlz crisiszorg vv prestatie hebben van meer dan € 1.000 per prestatie. De gewogen gemiddelde kostprijs komt dan uit op € 382,38 (in plaats van € 390,66).

<sup>46</sup> Vanwege afronding tellen deze percentages niet op tot 100%.

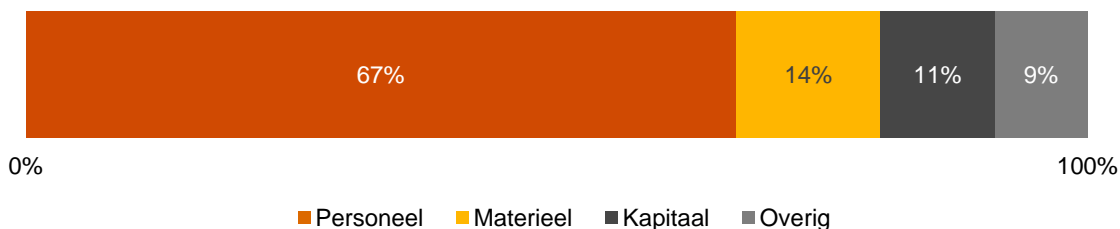
<sup>47</sup> In een aanvullende analyse hebben wij het verschil berekend tussen de werkelijke huisvesting- en inventaris kosten en de normatieve huisvesting- en inventaris component (NHC en NIC) voor Wlz crisiszorg vv (en de reguliere elv prestaties). De resultaten van deze analyse zijn bij de NZa bekend en vormen input voor het traject van kostprijs naar tarief.

**Figuur 5-3. Resultaat kostprijsberekeningen Wlz crisiszorg vv 2022 (exclusief werkelijke huisvesting- en inventariskosten, inclusief NHC en NIC)**



Ook voor de Wlz crisiszorg vv hebben wij een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende kostensoorten (zie figuur 5-4). Personeelskosten maken 67% van de gewogen gemiddelde kostprijs voor elv in 2022 uit. De kosten voor materieel beslaan ongeveer 14%. Overige kosten zijn ongeveer 9% en de kapitaallasten ongeveer 11%. De overige kosten bestaan uit de kosten voor personeel niet in loondienst, stagiaires en onderaannemers. De kapitaallasten bestaan uit de NHC en NIC component en de financieringskosten.

**Figuur 5-4. Uitsplitsing van de gewogen gemiddelde kostprijs van Wlz crisiszorg vv 2022 naar 4 kostensoorten<sup>48</sup>**



In bijlage E zetten wij de kostprijs per zorgaanbieder af tegen de gewogen gemiddelde kostprijs die wij hebben berekend voor de Wlz crisiszorg vv.

### Berekening macro impact van de berekende kostprijzen 2022

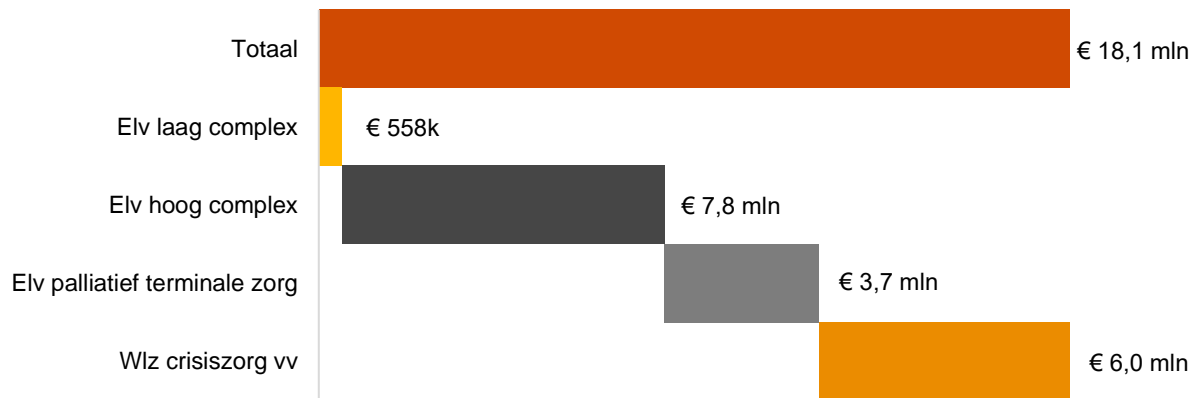
Figuur 5-5 geeft de macro impact voor alle zorgaanbieders uit de steekproef per prestatie weer. Het totaal beslaat ruim 18 miljoen euro. De macro impact voor elv laag complex beslaat ± € 558k (á 3,1% van dit totaal), voor elv hoog complex ± € 7,8 miljoen (43,0% van het totaal), voor elv palliatief terminale zorg ± € 3,7 miljoen (20,6% van het totaal) en voor Wlz crisiszorg vv beslaat ± € 6,0 miljoen (33,3% van het totaal). Het aandeel van het elv hoog complex en de Wlz crisiszorg vv<sup>49</sup> is dus het grootst. Als wij de macro impact voor de Wlz crisiszorg vv berekenen op basis van het herijkte tarief in 2022, dan is het resultaat 2,3 miljoen. Echter, dit is wel een vergelijking tussen een *tarief* en een *kostprijs*, en geeft daardoor een vertekend beeld.

<sup>48</sup> Vanwege afronding tellen deze percentages niet op tot 100%.

<sup>49</sup> De macro impact van de Wlz crisiszorg vv geeft mogelijk een vertekend beeld, doordat het tarief in 2022 reeds is aangepast. Voor de consistentie met het elv is de macro impact bepaald aan de hand van het afzetten van de kostprijzen 2016 (prijsspeil 2022) tegen de kostprijzen 2022.

De macro impact per zorgaanbieder is totaal voor de steekproef € - 13,5 miljoen en € 9,6 miljoen voor de reguliere elv prestaties en de Wlz crisiszorg vv tezamen.<sup>50</sup> Oftewel de negatieve delta tussen de berekende kostprijs van de zorgaanbieder en de gewogen gemiddelde kostprijs, vermenigvuldigd met het aantal gedeclareerde prestaties, gesommeerd over alle reguliere prestaties voor de gehele steekproef is € - 13,5 miljoen. De positieve delta is € 9,6 miljoen.

**Figuur 5-5. Macro impact van de berekende kostprijzen 2022 ten opzichte van de kostprijzen van 2016 (prijspeil 2022)**



### Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs conform prestatiestructuur 2022

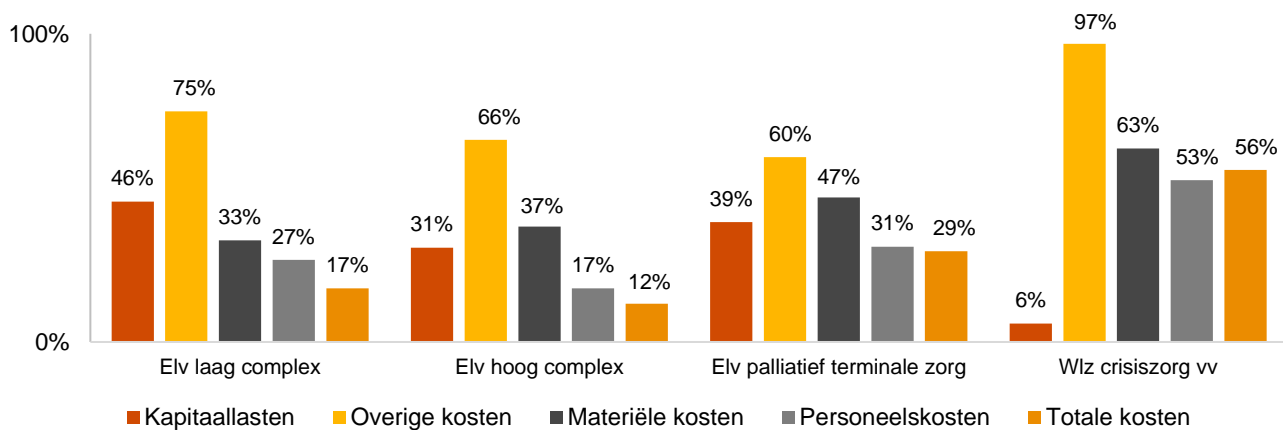
De gewogen CV-waarde op totaalniveau per prestatie is een relevante maat voor kostenhomogeniteit. Immers, de NZa hanteert een gemiddeld kostendekkend tarief voor de totale kosten, en niet per onderdeel. Voor de volledigheid tonen wij de gewogen CV-waarde van verschillende type kosten (zie figuur 5-6).

De CV-waarde van de totale kosten is voor alle prestaties het minst hoog. Voor elv laag complex geldt een CV-waarde van 17%, voor elv hoog complex is dit 12%, voor elv palliatief terminale zorg is dit 29%. De CV-waarde van de Wlz crisiszorg vv is het hoogst van allen, namelijk 56%. Er is dus sprake van een hoge variantie ten opzichte van het gemiddelde in de steekproef. Doorgaans wordt in de literatuur aanbevolen om CV-waardes groter dan 30% met nuance te behandelen.<sup>51</sup> Dit betekent met name dat voor Wlz crisiszorg vv enkele voorzichtigheid met de interpretatie van de resultaten is geboden, omdat er relatief grote verschillen zijn tussen de kostprijzen van de individuele zorgaanbieders in de steekproef.

<sup>50</sup> De macro impact per zorgaanbieder is de som voor alle zorgaanbieders van het verschil tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs vermenigvuldigd met het aantal gedeclareerde prestaties. De som van de positieve delta's is niet gelijk aan de som van de negatieve delta's, omdat wij hier een delta nemen tussen de ongewogen kostprijs en het landelijk gewogen gemiddelde. Voor A0003 is er ten opzichte van de overige prestaties een groter verschil tussen de som van de positieve en negatieve waarden van de delta's vermenigvuldigd met het aantal gedeclareerde prestaties. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door de hoge kostprijs van één zorgaanbieder. Als wij deze uitschieter verwijderen uit de berekening wordt de macro impact per zorgaanbieder € - 10.697.331,54 en € 10.132.256,53.

<sup>51</sup> In de literatuur wordt verwezen naar een afwijking van meer dan 30%, die indicatief is voor problemen met de plausibiliteit van de resultaten voor het formuleren van eenduidige conclusies. Bron: Brown, C.E. (1998). *Coefficient of Variation*. In: Applied Multivariate Statistics in Geohydrology and Related Sciences. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-80328-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-642-80328-4_13).

**Figuur 5-6. Gewogen CV-waardes van de kostprijzen van de verschillende prestaties, op totaalniveau en voor onderliggende kostensoorten**



### Berekening van de gewogen gemiddelde kostprijs van de experiment elv prestaties

Wij hebben voor de elv experimentprestaties die van toepassing waren in 2022<sup>52</sup> de gewogen gemiddelde kostprijs berekend. Twee elv experimentprestaties voldoen aan de groeps grootte van minimaal vijf zorgaanbieders voor het mogen rapporteren van resultaten (gangbare norm van de NZa). De gewogen gemiddelde kostprijzen zijn voor deze prestaties in tabel 5-1 weergegeven. De overige elv experimentprestaties voldoen niet aan de vereiste groeps grootte en de gewogen gemiddelde kostprijzen voor deze prestaties hebben wij daarom niet gerapporteerd.

**Tabel 5-1. Gewogen gemiddelde kostprijs van elv experimentprestaties die werden geleverd door minimaal 5 zorgaanbieders**

Nr.	Prestatie omschrijving	Gewogen gemiddelde kostprijs
A0007	Triage- en diagnoseperiode tijdelijk verblijf (max. 10 dagen)	€ 412,90
A0009	Triage- en diagnoseperiode	€ 371,29

### Berekening van de gewogen gemiddelde kostprijs van de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging

Voor de zorg in de laatste levensfase hebben wij zowel de gewogen gemiddelde kostprijs voor de A0003 (elv palliatief terminale zorg) als voor de prestatiecode 1037 binnen de wijkverpleging (high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging) berekend. Deze zorg wijkt zorginhoudelijk (qua type cliënt, personeels- en vrijwilligersinzet en organisatie) sterk af van de overige prestaties A0001, A0002 en Z110, omdat herstel in de laatste levensfase niet meer mogelijk is.

De NZa heeft een representatieve steekproef van vier zorgaanbieders voor de high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging vastgesteld. Deze zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het overgrote deel van de totale omzet van de 1037.

<sup>52</sup> Dit gaat om de elv experimentprestaties: A0004, A0007, A0008, A0009, A0010, A0013, A0014, A0015, A0016, A0019, A0020 en A0021.

Vanwege het risico op herleidbaarheid naar individuele high-care hospices, is het (nog<sup>53</sup>) niet mogelijk om de gewogen gemiddelde kostprijs voor de 1037 in deze rapportage op te nemen. Deze vier zorgaanbieders voldoen namelijk niet aan de groepsgrootte van minimaal vijf zorgaanbieders voor het mogen rapporteren van resultaten (gangbare norm van de NZa). Daarom duiden wij in de rapportage enkel *kwitatief* de onderzoeksresultaten. De NZa neemt de berekende gewogen gemiddelde kostprijs wel mee in het traject van kostprijzen naar tarieven.

De gewogen gemiddelde kostprijs van de prestaties A0003 en 1037 verschilt sterk, waarbij de gewogen gemiddelde kostprijs voor de 1037 hoger ligt. Hiervoor geeft de AHZN de volgende (mogelijke) verklaringen:

- In de high-care hospicezorg wordt (in de thuisomgeving) de tijd genomen voor een **intakegesprek** met de cliënt om vast te stellen of er in het hospice passende zorg geboden kan worden. Deze tijdsinvestering wordt volgens AHZN niet gedaan in het elv en daarom is het nu geen onderdeel van de berekende kostprijs van A0003.
- Tijdens het intakegesprek wordt er tevens een **indicatie** van de zorgbehoefte voor de cliënt vastgesteld. Dit is op dit moment voor zorg gedeclareerd onder 1037 wel een onderdeel van de reguliere zorgverlening, maar niet voor zorg gedeclareerd onder A0003.
- Er is een grotere **inzet van de verpleging en verzorging** voor cliënten waarvoor de zorgaanbieder zorg declareert onder 1037, vergeleken met cliënten waarvoor de zorgaanbieder zorg declareert onder A0003. De AHZN gaf aan dat dit respectievelijk zeven-acht uur ten opzichte van vier-vijf uur is.<sup>54</sup>
- Tot slot zijn de meeste zorgaanbieders in de steekproef die A0003 leveren **onderdeel van een verpleeghuis**, terwijl de zorgaanbieders die 1037 leveren vaak in **een kleinschalige woonvoorziening** opereren. Schaalvoordelen spelen een mogelijke rol bij de hoogte van de kostprijs.

Aanvullende verschillen zijn dat 1) in de kostprijzen voor high-care hospicezorg bekostigd vanuit de wijkverpleging geen paramedische zorg en psychologische zorg is opgenomen en in de high-care hospicezorg bekostigd vanuit het eerstelijnsverblijf daarentegen wel (mits die zorg verband houdt met de reden van opname) en 2) grote zorgaanbieders (met meer dan 20 FTE in dienst) geen beroep mogen op de **subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging** van VWS. Een groot deel van de zorgaanbieders die A0003 levert, kan daardoor geen aanspraak maken op deze subsidieregeling. Kleinere zorgaanbieders, waaronder de high-care hospices bekostigd vanuit de wijkverpleging, mogen hier wel een beroep op doen. Op basis van deze subsidieregeling ontvangen zorgaanbieders een vergoeding voor de inzet en coördinatie van de vrijwilligers (informele zorg). Bij deze subsidieregeling zijn zowel extra kosten als extra

---

<sup>53</sup> Gedurende de afronding van deze rapportage vindt afstemming plaats met de ACM om de resultaten op een later moment in een andere (toegestane) vorm te publiceren. Bij vragen hierover kunt u contact opnemen met de NZa.

<sup>54</sup> Deze ureninzet is het resultaat van een door Berenschot opgestelde benchmark (in opdracht van AHZN).

opbrengsten van toepassing.<sup>55</sup> Oftewel, dit is beperkt een verklaring voor het verschil in gewogen gemiddelde kostprijs tussen de A0003 en de 1037.<sup>56</sup>

Een **aandachtspunt** bij bovenstaande verklaringen vanuit AHZN is dat niet alle zorgverzekeraars zich hierin herkennen. Zo kunnen zorgverzekeraars de zeven tot acht uur inzet van verpleging en verzorging voor de 1037 niet geheel kwantitatief duiden op basis van hun declaratiegegevens. Daardoor dienen bovenstaande verklaringen vanuit AHZN nader onderzocht te worden in het vervolgtraject van kostprijs naar tarief.

### 5.1.2 Kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau in 2022

#### Berekeningen kostprijzen direct cliëntgebonden uur

De klinici hebben relatief de hoogste gewogen gemiddelde kostprijs per direct cliëntgebonden uur, daarna de vaktherapeuten, en daarna het verplegend en verzorgend personeel (zie figuur 5-7).

De gewogen gemiddelde kostprijzen zijn berekend op basis van de beschikbare gegevens. Ter context is relevant:

- Het was voor zorgaanbieders niet mogelijk om gegevens over personeel op elv en Wlz crisiszorg vv niveau aan te leveren. De kostprijzen per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau zijn daarom berekend op ondernemingsniveau. In de berekening van de kostprijzen conform prestatiestructuur 2022 zijn de personele kosten vanuit de jaarrekening wel toegerekend naar de elv- en Wlz crisiszorg vv-prestaties.
- De door zorgaanbieders aangeleverde tijdsbesteding is veelal gebaseerd op een beste inschatting (oftewel het percentage direct cliëntgebonden tijd). Zorgaanbieders hanteren namelijk geen tijdsregistratie. Een uitzondering is het registratieonderzoek dat de tweede helft van 2022 bij een deel van de (onderneming van de) zorgaanbieders in de steekproef heeft plaatsgevonden. Hierbij is cliëntgebonden tijd geregistreerd voor behandelend personeel.

In de berekening van de gewogen gemiddelde kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau zijn 5 zorgaanbieders geëxcludeerd vanwege kostprijzen die hoger zijn dan € 10.000 per uur. Daarnaast hebben wij de gewogen gemiddelde kostprijzen berekend van de verschillende deskundigheidsniveaus waarbij opvallende waarnemingen zijn uitgesloten. De resultaten van deze tweede analyse zijn opgenomen in bijlage H.

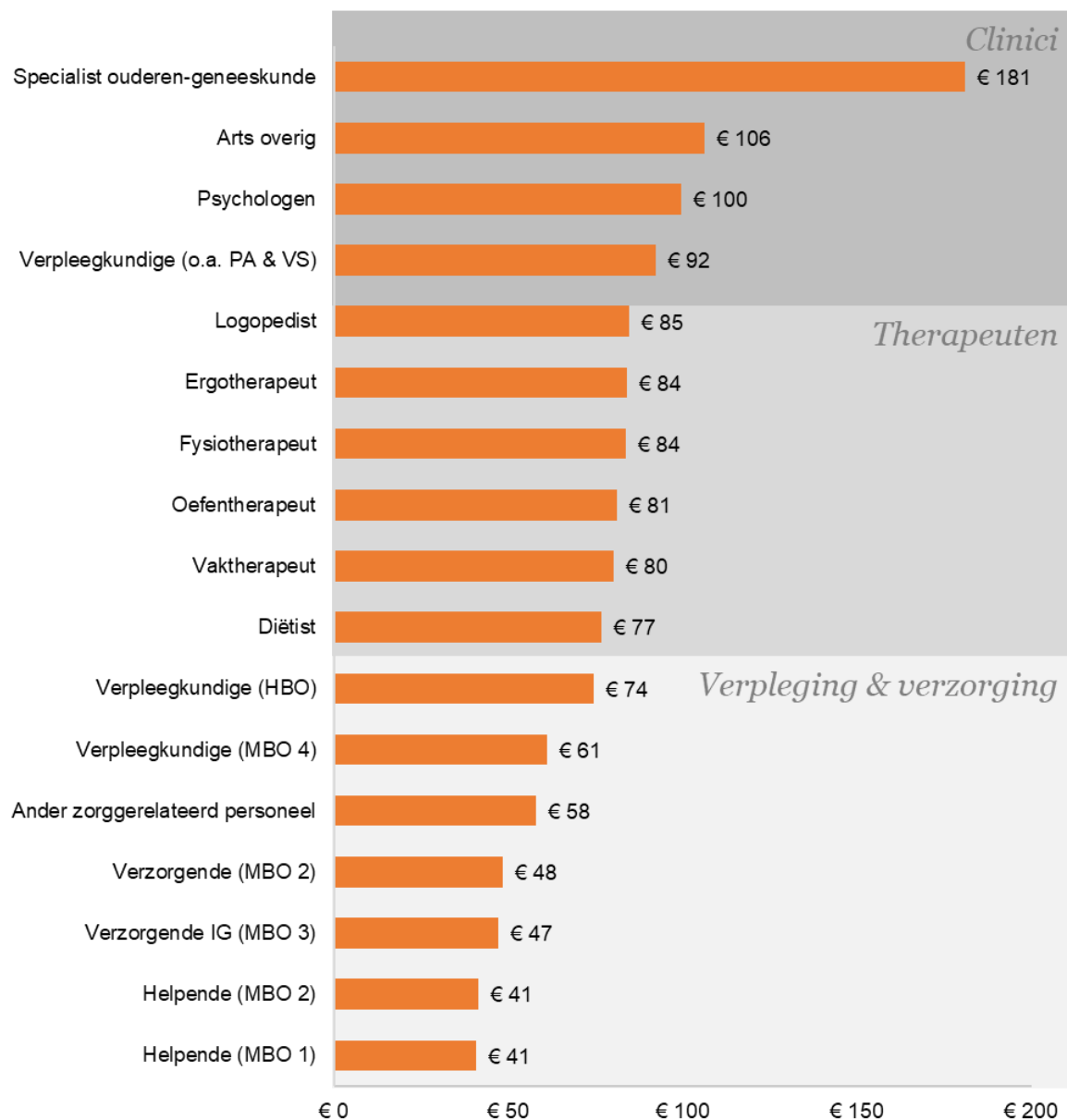
Wij hebben tevens de relatie onderzocht tussen de hoogste gemiddelde periodiek per deskundigheidsniveau (een proxy voor een verouderd personeelsbestand) en de kostprijs voor het deskundigheidsniveau. Hieruit bleek geen eenduidige relatie.

---

<sup>55</sup> Het grootste deel van de zorgaanbieders heeft de kosten uit de jaarrekening toegerekend aan de prestaties op basis van omzet. Dit betekent dat zorgaanbieders die voor vrijwilligers een subsidie ontvangen en hiervoor een coördinator inhuren, technisch gezien deze kosten niet toerekenen aan prestatie 1037, maar aan de subsidie. Immers, het aandeel omzet van prestatie 1037 ten opzichte van de totale omzet is kleiner dan in de situatie zonder subsidie. Op die manier worden ook minder kosten toegerekend aan de prestatie.

<sup>56</sup> Wij hebben op basis van gegevens van één high-care hospice bekostigd vanuit de wijkverpleging een aanvullende analyse uitgevoerd. Wij hebben de kosten en opbrengsten ontvangen die gepaard gaan met de subsidie voor vrijwilligers. Als wij enkel schonen voor de kosten die de zorgaanbieder maakt voor vrijwilligers is het effect op de kostprijs vrij beperkt. Als wij ook schonen voor de andere kosten die de zorgaanbieder vanuit de subsidie dekt, dan is het effect groter.

**Figuur 5-7. Direct cliëntgebonden kostprijen per uur per deskundigheidsniveau<sup>57</sup>**



### Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs per deskundigheidsniveau in 2022

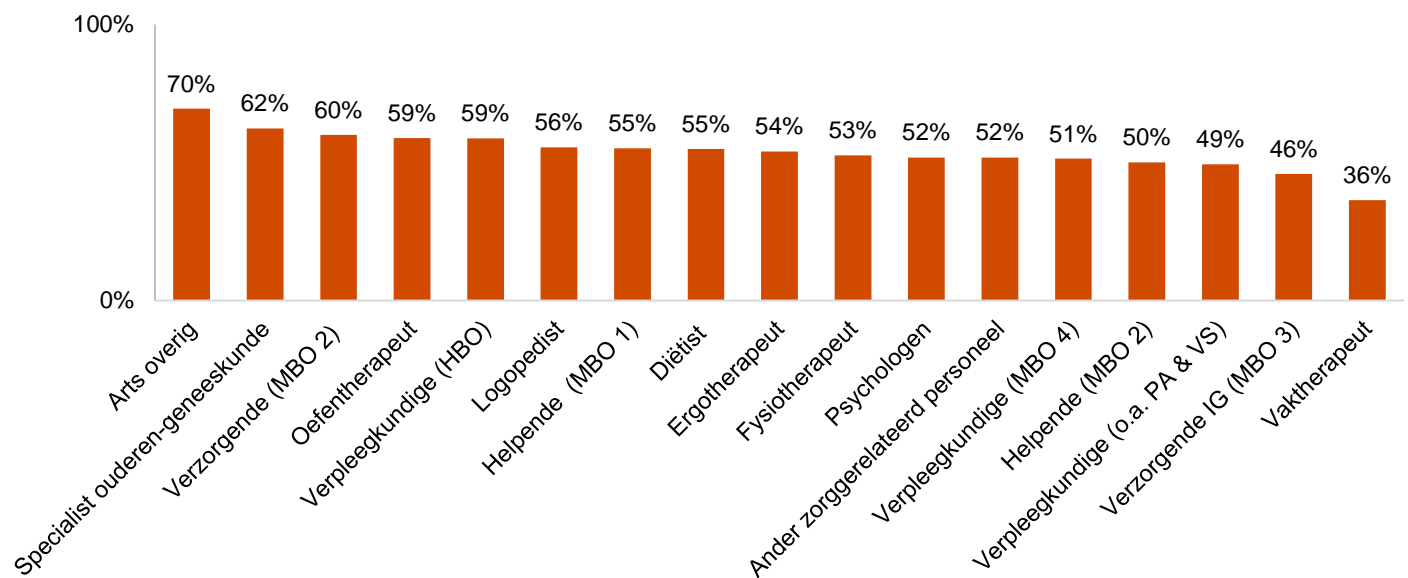
De gewogen gemiddelde CV-waardes van de direct cliëntgebonden kostprijs per uur per deskundigheidsniveau is relatief hoog (minimum is 36% en maximum is 70%, zie figuur 5-8). Er is dus sprake van een hoge variantie ten opzichte van het gemiddelde in de steekproef. Doorgaans wordt aanbevolen om CV-waardes groter dan 30% met nuance te behandelen.<sup>58</sup> Dit betekent dat enkele voorzichtigheid met de interpretatie van de resultaten geboden is.

<sup>57</sup>Onder categorie “arts overig” vallen de overige specialisten betrokken bij de zorg, met uitzondering van de huisarts. Onder de “psychologen” valt alle psychologische zorgverlening, zoals ook de klinische neuropsychologie, GZ-psychologie, psycholoog NIP en master-psycholoog SJK. “Ander zorggerelateerd personeel” omvat onder andere de maatschappelijke ondersteuning.

<sup>58</sup> In de literatuur wordt verwezen naar een afwijking van meer dan 30%, die indicatief is voor problemen met de plausibiliteit van de resultaten voor het formuleren van eenduidige conclusies.



**Figuur 5-8. Gewogen CV-waardes van de direct cliëntgebonden kostprijs per uur per deskundigheidsniveau<sup>59</sup>**



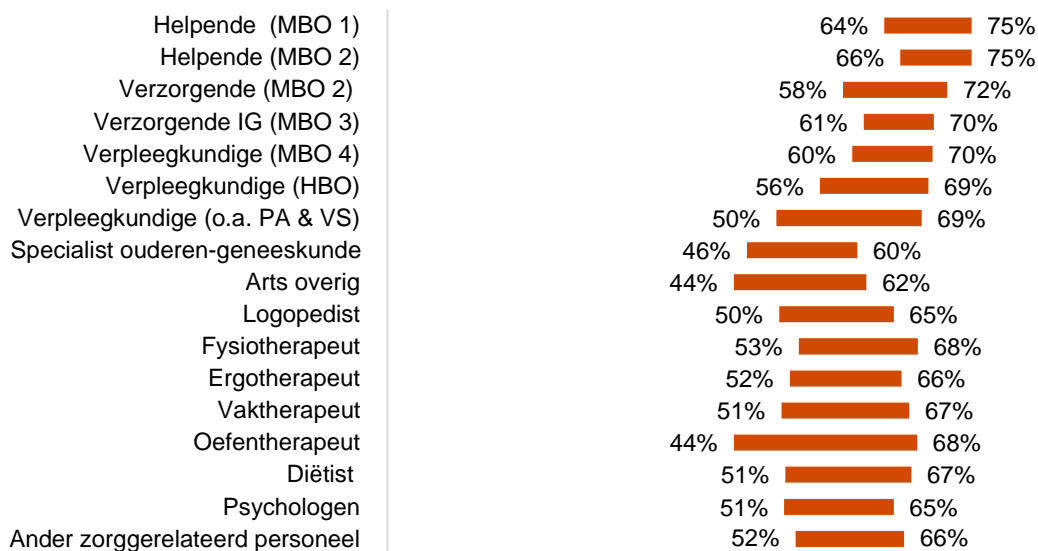
De hoge variantie is te verklaren doordat zowel de kosten als de productiviteit (het percentage direct cliëntgebonden tijd ten opzichte van de totale gewerkte tijd) per deskundigheidsniveau kunnen verschillen tussen zorgaanbieders. Om hier meer inzicht in te bieden, is in figuur 5-9 de variantie in de direct cliëntgebonden tijdsbesteding weergegeven.

De helft van de zorgaanbieders heeft een spreiding van de direct cliëntgebonden tijdsbesteding van ongeveer tussen de 10%-punten en 20%-punten. Wij hebben ook de gewogen gemiddelde kostprijs per verloond uur berekend (zie hiervoor bijlage H), daaruit blijkt dat de gewogen gemiddelde CV-waarde toeneemt ten opzichte van de gewogen gemiddelde CV-waarde per direct cliëntgebonden uur. Dit betekent dat het meenemen van de factor voor de direct cliëntgebonden tijdsbesteding in de kostprijsberekening zorgt voor een vermindering van de spreiding in de gewogen gemiddelde kostprijzen per deskundigheidsniveau.

Bron: Brown, C.E. (1998). *Coefficient of Variation*. In: Applied Multivariate Statistics in Geohydrology and Related Sciences. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-80328-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-642-80328-4_13).

<sup>59</sup> In deze analyse zijn vijf zorgaanbieders geëxcludeerd.

**Figuur 5-9. De interkwartielafstand<sup>60</sup> van de direct cliëntgebonden tijdsbesteding (tussen 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel<sup>61</sup>). De balk geeft 50% van de waarnemingen in de steekproef weer.**



## 5.2 Resultaten analyses naar de kostprijsbepalende elementen

In deze paragraaf beschrijven wij de resultaten van de analyses naar de kostprijsbepalende elementen (zie tabel 5-1). Concluderend vinden wij op basis van de uitgevoerde analyses op de beschikbare data geen (statistisch) significant verband tussen de potentiële kostprijsbepalende elementen en de berekende kostprijzen voor de gehele steekproef. Het is mogelijk dat een (combinatie van) element(en) wel kostprijsbepalend is voor kostprijzen van de individuele zorgaanbieder(s), bijvoorbeeld op basis van een multi-level analyse.<sup>62</sup> De uitgevoerde analyses tonen dat mogelijk voor iedere (groep van) zorgaanbieder(s) andere kostprijsbepalende elementen invloed hebben op de hoogte van de kostprijs. Om die reden komt voor de voltallige steekproef daarom geen eenduidig beeld over kostprijsbepalende elementen naar voren.

**Tabel 5-1. Resultaten van analyses van de potentiële kostprijsbepalende elementen**

Onderzocht kostprijsbepalend element	Resultaat analyse
<b>Organisatie</b>	
Kostprijzen 2022 palliatief terminale zorg	De kostprijs van A0003 en 1037 verschilt relatief veel. Vanwege herleidbaarheid naar individuele zorgaanbieders kunnen wij de gewogen gemiddelde kostprijs van 1037 niet in de rapportage opnemen.

<sup>60</sup> De interkwartielafstand duidt op het verschil tussen het 25e en 75e percentiel binnen een dataset. Het beslaat de middelste 50% van de gegevens. Deze statistische maat is een indicator voor de spreiding in de dataset.

<sup>61</sup> Het 25e percentiel is het punt waar 25% van de gegevens onder zit. Oftewel, 25% van de waarnemingen in de dataset is gelijk aan of lager dan het 25e percentiel. In lijn daarmee is het 75e percentiel het punt waar 75% van de gegevens onder zit.

<sup>62</sup> Een multi-level analyse is een statistische methode die wordt gebruikt om gegevens te analyseren die hiërarchisch zijn gestructureerd, zoals individuen binnen groepen. In plaats van alle gegevens op één niveau te analyseren, houdt een multi-level analyse rekening met de hiërarchie van de gegevens, waardoor het de variabiliteit op verschillende niveaus kan modelleren. Hierdoor kan het een meer realistisch beeld geven van de complexiteit van de gegevens en betere schattingen opleveren dan traditionele analyses.

Onderzocht kostprijsbepalend element	Resultaat analyse
Schaalvoordelen	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Rechtsvorm <sup>63</sup>	Wij hebben eerst de gewogen gemiddelde kostprijs berekend voor de zorgaanbieders per rechtsvorm. Uit deze analyse blijkt een (licht) verband tussen de rechtsvorm van de organisatie en de kostprijs. De rechtsvorm coöperatie heeft consistent een lagere kostprijs dan de andere rechtsvormen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de toerekening van de kosten en mogelijk met de inrichting van de organisatie. De relatie tussen de andere rechtsvormen en de kostprijs wisselt per prestatie. Wij hebben verder een Kruskal Wallis toets uitgevoerd om het statistische verband te onderzoeken. Hier komen echter grote p-waardes uit, oftewel geen statistisch verband.
Vormen van verblijf	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Spoedopnames	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Rol in de regio	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Vastgoedkosten	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Bouwperiode en meest recente renovatie	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Zorgkantoorregio <sup>63</sup>	Wij hebben eerst de gewogen gemiddelde kostprijs berekend voor de zorgaanbieders per zorgkantoorregio. Uit deze analyse blijkt een (licht) verband tussen de zorgkantoorregio waar de zorgaanbieder het meest actief is en de kostprijs. Het effect is echter wisselend tussen verschillende prestaties. Wij hebben verder een Kruskal Wallis toets uitgevoerd om het statistische verband te onderzoeken (de residuen zijn niet normaal verdeeld en daardoor is een ANOVA niet van toepassing). Hier komen echter grote p-waardes uit, oftewel geen statistisch verband.
<b>Cliënten</b>	
Aandeel cliënten	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Afdelingen met een mix van cliënten	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.

<sup>63</sup> Voor deze kostprijsbepalende elementen is een aanvullende statistische analyse uitgevoerd om de relatie met de berekende kostprijzen van 2022 nader te onderzoeken.

Onderzocht kostprijsbepalend element	Resultaat analyse
Gemiddeld aantal cliënten per intramurale afdeling	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Bezettingspercentage	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Gemiddelde verblijfsduur	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
RM en/of IBS	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Beveiligde setting	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Verblijfsdagen	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
<b>Personeelsinzet</b>	
FTE per bed	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Cliënten per nachtdienstmedewerker	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Medische eindverantwoordelijkheid	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Taakherschikking	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Vrijwilligers	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Participatiewet	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Personeel wel/niet in loondienst	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Verhouding verpleging en verzorging t.o.v. andere deskundigheidsniveaus	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Verhouding direct cliëntgebonden tijdsbesteding	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
Verzuim	Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.
<b>Innovatie</b>	
Arbeidsbesparende technologieën <sup>63</sup>	Wij hebben eerst de gewogen gemiddelde kostprijs berekend voor de zorgaanbieders die wel/niet arbeidsbesparende

**Onderzocht kostprijsbepalend element****Resultaat analyse**

technologieën toepassen. Uit deze analyse blijkt een (licht) verband tussen het wel of niet toepassen van arbeidsbesparende technologie en de berekende kostprijs. Wij hebben verder een Kruskal Wallis toets uitgevoerd om het statistische verband te onderzoeken (de residuen zijn niet normaal verdeeld, en daardoor is een ANOVA niet van toepassing). Hier komen echter grote p-waardes uit, oftewel geen statistisch verband.

Experimenten: resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.

Beleidsregel: innovatie voor kleinschalige experimenten

Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.

**Maatschappelijk engagement**

IZA regioplan

Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.

Inzet WOZO

Geen verband zichtbaar tussen het kostprijsbepalend element en de kostprijzen.



6. Vervolgtraject – aansluiting kosten huidige prestatiestructuur op nieuwe, modulaire bekostiging

## 6 Vervolgtraject – aansluiting kosten huidige prestatiestructuur op nieuwe, modulaire bekostiging

PwC heeft eind december 2023 de resultaten van het kostprijsonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv 2022 (in lijn met de huidige prestatiestructuur) opgeleverd aan de NZa. Op dat moment had de NZa nog geen (definitieve) beslissing genomen over de inrichting van een toekomstige, nieuwe bekostigingsmethode. De NZa stelt waarschijnlijk een nieuwe, modulaire bekostiging voor het tijdelijk verblijf<sup>64</sup> als experiment beschikbaar. Dit houdt in dat deze nieuwe bekostiging voorlopig parallel beschikbaar is, naast de huidige prestatiestructuur. Dit vereist dat de macro impact van de nieuwe, modulaire bekostiging nul is ten opzichte van de huidige prestatiestructuur. PwC en de NZa hebben in de periode medio februari tot en met begin juli 2024 samengewerkt om in dat kader nadere analyses uit te voeren.

In de eerste vijf hoofdstukken is uitvoerig uiteengezet hoe de landelijk gewogen gemiddelde kostprijzen zijn berekend voor de prestaties in de huidige prestatiestructuur. In dit hoofdstuk beschrijven wij de uitgevoerde analyses om te borgen dat de gehanteerde berekeningswijze (ook voldoende passend is om ook voor de prestaties binnen een modulaire bekostiging representatieve kostprijzen te berekenen. Hierbij bespreken wij noodzakelijke aannames en aanpassingen aan de data en methodiek.

### 6.1 Impact nieuwe, modulaire bekostiging als experiment

De NZa is voornemens om in de modulaire bekostigingsstructuur van tijdelijk verblijf een onderscheid te maken tussen verblijf- en behandelmodules. De behandelmodules zijn ingedeeld naar medische zorg, paramedische zorg en gedragswetenschappelijke zorg. Ter berekening van de kostprijzen van deze behandelmodules zijn de personeelskosten op deskundigheidsniveau benodigd. De diverse deskundigheidsniveaus zijn namelijk in verschillende behandelmodules ingedeeld.

PwC heeft in haar uitvraagformulier de personeelskosten opgevraagd per deskundigheidsniveau. Hiervoor hebben de zorgaanbieders per deskundigheidsniveau het aantal FTE, de verdeling naar FWG-schalen en de gemiddelde periodiek opgegeven. Op basis van de CAO VVT en op- en toeslagen (o.a. onregelmatigheidstoeslag, vakantietoeslag en eindejaarsuitkering) zijn de personeelskosten bepaald.

De kostprijzen voor elv en Wlz crisiszorg vv conform de prestatiestructuur 2022 zijn bepaald aan de hand van de (personeels)kosten afkomstig uit de jaarrekening. Dit is een andere bron dan de personeelskosten per deskundigheidsniveau die de NZa nodig heeft voor de kostprijzen van de behandelmodules. De gegevens onderliggend aan deze personeelskosten zijn namelijk afkomstig uit salaris- en HR systemen.

Het is voor de nieuwe, modulaire bekostiging van belang om vast te stellen of de opgegeven kosten- en personeelsgegevens consistent zijn met de totale personeelskosten conform de

---

<sup>64</sup> Deze modulaire bekostiging stelt de NZa waarschijnlijk beschikbaar voor elv laag complex, elv hoog complex en geriatrische revalidatiezorg (grz). Deze zorg vormt samen het tijdelijk verblijf.

jaarrekening. Als dit niet het geval is, worden op macroniveau via de twee verschillende bekostigingsmethodes niet dezelfde kosten verdeeld over de zorgaanbieders.

## 6.2 Aannee gelijke kosten bij verschillende prestatiestructuren

Het is van belang dat de totale (personeels)kosten die ten grondslag liggen aan de (kostprijzen in de) verschillende prestatiestructuren niet van elkaar afwijken. Op die manier kan de door de zorgaanbieder geleverde zorg voor een elv of Wlz crisiszorg vv patiënt beschreven worden in zowel (een set van) prestaties binnen de huidige prestatiestructuur als de toekomstige, modulaire prestatiestructuur. De toerekening van de onderliggende kosten aan de prestaties binnen de huidige- en toekomstige prestatiestructuur dient exact gelijk te zijn. Dit hebben wij gevat in onderstaande aanname die wij hebben toegevoegd aan de aannames en uitgangspunten zoals beschreven in paragraaf 4.2.

**Aanname 11. De totale som aan kosten, aangeleverd door de zorgaanbieders, blijft gelijk en rekenen wij volledig toe aan prestaties, ongeacht de gehanteerde prestatiestructuur.**

PwC en de NZa hebben samen onderzocht in hoeverre deze aanname stand houdt binnen de huidige berekeningswijze van het kostprijsonderzoek. De resultaten van deze toets op consistentie bespreken wij in de volgende paragraaf. Vervolgens beschrijven wij of, en welke, aanpassingen nodig zijn in de kostprijsberekeningen om tegemoet te komen aan de additionele aanname dat de totale som aan kosten, aangeleverd door de zorgaanbieders, gelijk blijft en volledig wordt toegerekend aan prestaties, ongeacht de gehanteerde prestatiestructuur.

## 6.3 Toets op consistentie en daaruit volgende data aanpassingen

### 6.3.1 Uitgevoerde toets op consistentie

PwC en de NZa hebben gezamenlijk een uitvoerige controle uitgevoerd op de aangeleverde kosten-, personeels- en productiegegevens en de consistentie tussen deze gegevens. De toets op consistentie heeft betrekking op de onderstaande onderdelen:

- Berekeningen van de bruto personeelslasten. De bruto personeelslasten berekenen wij aan de hand van door de zorgaanbieders aangeleverde gegevens (FTE, FWG-schaal en periodiek, en op- en toeslagen) en het CAO VVT;
- Omzetverdeelsleutel om kosten toe te rekenen aan het elv en de Wlz crisiszorg vv; en
- Verdeelsleutel van toegerekende kosten vanuit het elv naar de onderliggende elv-prestaties.

Voor het overgrote merendeel van de aangeleverde informatie door zorgaanbieders is consistentie gevonden tussen de gegevens vanuit de jaarrekening en de meer gedetailleerde personeelsgegevens. Bij enkele zorgaanbieders is navraag gedaan, wanneer (op onderdelen van) de aangeleverde informatie de consistentie ontbrak. De inconsistenties zijn in overleg met de betreffende zorgaanbieders opgelost. Dat heeft geleid tot enkele aanpassingen in de door de zorgaanbieder aangeleverde gegevens. Deze aangepaste gegevens zijn ingelezen, en gebruikt bij de kostprijsberekeningen.

### 6.3.2 Data aanpassingen naar aanleiding van toets op consistentie

Wij hebben de volgende correcties in de data uitgevoerd op basis van bovenstaande controles:



1. Indien bleek dat er een inconsistentie was bij het invullen van de periodiek bij de FWG-schalen, dan is hier op één van de volgende manieren mee om gegaan:
  - a. Aan de hand van een nieuwe aanlevering na navraag is de periodiek aangepast; of
  - b. Periodiek 5 (het gemiddelde) is ingevuld als er geen reactie op de navraag is gekomen vanuit de zorgaanbieder.
2. Wij hebben de verdeling van de FWG-schalen per functieniveau doorgerekend naar 100% als de verdeling van de FWG-schaal uitkwam op meer of minder dan 100%. Dit speelt bij 6 aanbieders. In overleg met de aanbieders is dit aangepast, zodat de verdeling van personeel in een deskundigheidsniveau optelt tot 100%.
3. Er waren zorgaanbieders die wel een positief aantal FTE voor een bepaald functieniveau hadden ingevuld, maar geen verdeling van FWG-schalen voor het betreffende functieniveau. Voor deze zorgaanbieders hebben wij een verdeling gemaakt van de FWG-schalen op basis de gemiddelde verdeling van de FWG-schalen zoals ingevuld in de andere uitvraagformulieren.
4. De verdeelsleutel van de toerekening van de kosten naar elv en Wlz crisiszorg vv is aangepast. Bij 8 aanbieders hebben wij namelijk een afwijking gevonden bij de controle. Dit had bij navraag bij de zorgaanbieders betrekking op de keuze voor de verdeelsleutel. Er is aangegeven op basis van verhouding in omzet de kosten toe te rekenen, maar feitelijk gebeurde dit op basis van een andere verdeelsleutel.
5. Alle kosten en productie die zijn toegeschreven naar de experimenten A0007, A0008, A0009, A0010, A0014, A0020 en A0021 zijn opgeteld bij de kosten van A0002, ook het aantal gedeclareerde prestaties is op deze manier naar A0002 toegerekend. Dit is gebaseerd op een beleidsmatige keuze van de NZa om deze experimenten per 2025 te bekostigen via de prestatie elv hoog complex.
6. Bij één zorgaanbieder is vanwege de hoeveelheid aan inconsistenties een aanvraag ingediend om een nieuwe aanlevering te doen. Wij hebben deze aanbieder uitgesloten van de kostprijsberekeningen, nadat een aanvraag voor een nieuwe aanlevering niet is gehonoreerd.

Deze aanpassingen hebben ervoor gezorgd dat de datakwaliteit verbeterd is. Enerzijds is dit bereikt door het aanleveren van nieuwe gegevens en anderzijds zijn aanbieders akkoord gegaan met een voorstel van onze kant om een representatieve waarde (veelal een gemiddelde waarde) te gebruiken op basis van gegevens van de overige zorgaanbieders.

## **6.4 Methodische aanpassingen**

In deze paragraaf beschrijven wij de methodiek om de kostprijzen voor de verschillende prestaties (zie paragraaf 4.1) te berekenen. Op hoofdlijnen is deze gelijk aan de beschreven werkwijze in paragraaf 4.1.

### **6.4.1 Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022**

De gewogen gemiddelde landelijke kostprijs per prestatie in 2022 berekenen wij op basis van onderstaand stappenplan:

## Stap 1: Toerekening van kosten jaarrekening naar elv en Wlz crisiszorg vv

In het uitvraagformulier hebben wij de verschillende posten van de jaarrekening 2022 uitgevraagd. Zorgaanbieders leveren de kosten aan op ondernemingsniveau.<sup>65</sup> Eerst vindt de toerekening van kosten naar elv en/of Wlz crisiszorg vv plaats. Deze stap blijft onveranderd ten opzichte van de beschreven methodiek in hoofdstuk 4. De toerekening van kosten vindt ook nu plaats in het uitvraagformulier op basis van een keuze uit één van de drie mogelijke verdeelsleutels (aparte registratie, omzet per prestatie of een overige).

## Stap 2: Toerekening van kosten binnen elv en Wlz crisiszorg vv naar onderliggende prestaties.

De toegerekende kosten aan elv uit stap 1 rekenen de zorgaanbieders vervolgens toe aan de onderliggende reguliere prestaties (laag complex, hoog complex en palliatieve zorg) en experimenten. Voor de Wlz crisiszorg vv is dit feitelijk al gebeurd in stap 1, omdat voor de Wlz crisiszorg vv één unieke prestatie geldt.

In deze stap wijken wij in dit hoofdstuk af van de gepresenteerde methode in hoofdstuk 4. Wij maken allereerst onderscheid in de personeelskosten (kostenrubrieken “personeel in loondienst (PIL)”, “personeel niet in loondienst (PNIL)” en “overige personeelskosten”) en de overige (materiële) kosten. Vanwege de nieuwe prestatiestructuur is inzicht in de toe te rekenen personeelskosten per deskundigheidsniveau noodzakelijk. Wij voeren hiertoe de volgende substappen uit:

- a. Allereerst nemen wij de personeelskosten voor personeel in loondienst (PIL) (zoals ingevuld op het tabblad “personeel - specificatie”) voor alle deskundigheidsniveaus per zorgaanbieder samen. Vervolgens lijnen wij deze kosten uit met de personeelskosten voor de rubriek “personeel in loondienst” zoals opgegeven in de jaarrekening. Dit houdt in dat de PIL kosten met een factor naar beneden zijn bijgesteld als de personeelskosten op basis van de salaris-/HR-systemen hoger uitkomen dan de personeelskosten op basis van de jaarrekening, en vice versa.
- b. Na deze uitlijning van PIL kosten, verdelen wij ook voor iedere zorgaanbieder de personeelskosten voor PNIL en overige personeelskosten over de verschillende deskundigheidsniveaus. De specificatie van de zojuist genoemde personeelskosten per deskundigheidsniveau is voor de meeste zorgaanbieders niet opgegeven. Om deze personeelskosten toch toe te rekenen aan de verschillende deskundigheidsniveaus, hebben wij het volgende toegepast:
  - Wij hebben per zorgaanbieder ten aanzien van de kosten voor personeel in loondienst voor elk deskundigheidsniveau bepaald welk aandeel het betreffende deskundigheidsniveau heeft binnen de totale PIL kosten;
  - We hebben vervolgens de personeelskosten in de rubrieken “personeel niet in loondienst (PNIL) en “overige personeelskosten” evenredig verdeeld naar de deskundigheidsniveaus aan de hand van de berekende aandelen van het betreffende deskundigheidsniveau in de rubriek “personeel in loondienst”.

---

<sup>65</sup> In het geval dat vastgoedkosten in een aparte entiteit zijn geadministreerd (aparte BV), vult de zorgaanbieder de kosten in op basis van de geconsolideerde jaarrekening.

- c. Als laatste stap verdelen wij de totale toegerekende personeelskosten per deskundigheidsniveau (stap b) naar de verschillende prestaties (binnen het elv). Dit doen wij met behulp van resultaten uit het registratieonderzoek van de NZa:
- Het registratieonderzoek geeft voor elke zorgaanbieder inzicht in de totale tijdsbesteding per deskundigheidsniveau per prestatie.
  - Op basis van deze aandelen per prestatie in de totale tijdsbesteding, verdelen wij de toegerekende personeelskosten per deskundigheidsniveau over de prestaties (binnen het elv).
  - Het niet-zorggerelateerde personeel is hierop een uitzondering. Voor dit deskundigheidsniveau is geen betrouwbare tijdsbesteding per prestatie beschikbaar. De kosten voor het niet-zorggerelateerde personeel rekenen wij daarom toe naar de prestaties op basis van de aandelen omzet per prestatie, per zorgaanbieder.
- d. Omdat in de nieuwe prestatiestructuur geen uitsplitsing benodigd is van de overige (materiële) kosten naar deskundigheidsniveaus, is voor deze kostenrubrieken dezelfde kostenverdeelsleutel gehanteerd als in hoofdstuk 4. De toerekening van kosten vindt plaats op basis van een door de zorgaanbieder gemaakte keuze uit één van de vier mogelijke verdeelsleutels (aparte registratie, omzet per prestatie, aantal gedeclareerde prestaties of een overige).

### **Stap 3: Berekenen kostprijs per prestatie per zorgaanbieder.**

Wij berekenen vervolgens per zorgaanbieder de kostprijs per prestatie. Hiervoor is de som van de personele- en materiële kosten die is toegerekend aan de betreffende prestatie benodigd. Deze som delen wij door het aantal gedeclareerde prestaties voor de betreffende prestatie

### **Stap 4: Berekenen landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie.**

Per zorgaanbieder wegen wij de berekende kostprijs per prestatie met het door de zorgaanbieder gerealiseerde productievolume voor de betreffende prestatie. Dit doen wij door de kostprijs van de zorgaanbieder per prestatie te vermenigvuldigen met het door de zorgaanbieder gerealiseerde productievolume voor de prestatie. Vervolgens delen wij het resultaat door de totaal gerealiseerde productieomvang voor de betreffende prestatie voor de gehele steekproef.

Met deze methode hebben zorgaanbieders met een relatief laag aandeel in het productievolume voor een prestatie een minder grote invloed op de hoogte van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs van de betreffende prestatie. Zorgaanbieders met een relatief hoog aandeel in het productievolume voor de prestatie hebben daarentegen een grotere invloed op de hoogte van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs. Wanneer een zorgaanbieder in de steekproef de prestatie niet levert, heeft deze zorgaanbieder geen invloed op de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs.

#### **6.4.2 Verdeling totale personeelskosten voor verplegend en verzorgend personeel naar prestaties**

In stap 2 van de hierboven beschreven methodiek, verdelen wij de totale toegerekende personeelskosten per deskundigheidsniveau (substap b) naar de verschillende prestaties (binnen het elv) (substap c). Dit doen wij met behulp van de resultaten uit het registratieonderzoek van de NZa. Om de resultaten uit het registratieonderzoek van de NZa te kunnen gebruiken in de kostprijsberekeningen was een aanvullende uitvraag onder zorgaanbieders nodig.

## Gegevens over verpleging en verzorging aanvullend op het registratieonderzoek

Het registratieonderzoek van de NZa geeft voor het verplegend en verzorgend personeel onvoldoende inzicht in de totale tijdsbesteding van de cliëntgebonden tijd. Het registratieonderzoek had alleen betrekking op het uitvoeren van enkele verpleegtechnische handelingen. De NZa heeft om die reden bij ongeveer 60 aanbieders die alle vier de prestaties leveren (elv laag complex, elv hoog complex, elv ptz en Wlz crisiszorg vv) een uitvraag gedaan om een inschatting te krijgen van de verdeelsleutel tussen de vier prestaties. Hiermee kon de NZa op een normatieve manier vaststellen wat het huidige aantal uren verpleging en verzorging en de hiermee samenhangende personeelskosten voor de verschillende prestaties moet zijn.

Uit de uitvraag van de NZa kwam het onderstaande beeld naar voren:

**Tabel 6-1: Relatieve gewichten voor inzet verpleegkundig en verzorgend personeel op basis van uitvraag bij zorgaanbieders**

Gewicht – A0001 (referentiegewicht)	Gewicht – A0002	Gewicht – A0003	Gewicht – Z110
1,00	2,07	3,29	2,88

De interpretatie van de gewichten is als volgt:

- Het gewicht van elv laag complex (A0001) is de referentiewaarde, en is daarom gelijk gesteld aan 1,00.
- Elv hoog complex (A0002) heeft een gewicht van 2,07. Dit houdt in dat er gemiddeld ruim twee keer zo veel inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel van toepassing is bij een verblijfsdag elv hoog complex vergeleken met een verblijfsdag elv laag complex.
- Voor de palliatieve zorg (A0003) geldt dat zorgaanbieders gemiddeld ruim drie keer zoveel verpleegkundig en verzorgend personeel inzetten bij een verblijfsdag in het kader van elv laag complex.
- De inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel bij Wlz crisiszorg vv (Z110) is gemiddeld 2,88 keer zoveel in vergelijking met elv laag complex.

## Betrouwbaarheid en representativiteit

De helft van alle aanbieders (30) heeft gegevens aangeleverd over de relatieve inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel. Wij hebben de respons van 29 aanbieders verwerkt en meegenomen in de analyse. Hierbij geldt:

- Één zorgaanbieder leverde geen elv laag complex meer. Daarom was het voor deze zorgaanbieder niet mogelijk om de aangeleverde gegevens te gebruiken. Het referentiegewicht ontbreekt namelijk.
- Twee zorgaanbieders leverde geen Wlz crisiszorg vv meer. Voor deze zorgaanbieders hebben wij wel de ingevulde gegevens voor elv laag complex, elv hoog complex en elv ptz gebruikt.

De spreiding rondom de gevonden gemiddelde relatieve gewichten per prestatie in tabel 6-1 is acceptabel binnen het normenkader van de NZa. De CV-waarden liggen namelijk allemaal lager dan 0,5. Het meenemen van de 29 waarnemingen uit een beoogde populatie van 60 instellingen blijkt daarnaast op statistische gronden voldoende representatief.<sup>66</sup>

Door het doorvoeren van bovenstaande methodologische aanpassingen zijn er veranderingen in de resultaten van de kostprijsberekeningen. De aangepaste resultaten hebben wij in paragraaf 6.5 opgenomen.

### 6.4.3 Opvallende waarnemingen als gevolg van herverdeling personeelskosten op basis van inzet

In het vervolgtraject hebben PwC en de NZa een belangrijke keuze gemaakt: de verdeling van de personeelskosten per deskundigheidsniveau op basis van de inzet van het betreffende deskundigheidsniveau (cliëntgebonden tijd) in plaats van de door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel<sup>67</sup>. De verdeling van de personeelskosten per deskundigheidsniveau vindt plaats op basis van de gemiddelde geregistreerde cliëntgebonden tijd in het registratieonderzoek van de NZa (zoals ook omschreven in paragraaf 6.4.1). De NZa heeft de door de zorgaanbieders aangeleverde registratiegegevens uitgebreid gevalideerd. Desondanks is het mogelijk dat voor een of meerdere zorgaanbieders een kostprijs op basis van de verdeling naar inzet significant anders is dan op basis van de door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel. Wij hebben om die reden geanalyseerd of de toepassing van de kostenverdeling op basis van inzet tot opvallende kostprijzen leidt.

Wij hebben hiervoor de volgende stappen uitgevoerd:

1. Wij hebben voor elke zorgaanbieder voor elke prestatie het verschil berekend tussen de kostprijs gebaseerd op de verdeling naar inzet, en de kostprijs gebaseerd op de door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel;
2. Daarna hebben wij het berekende verschil gedeeld door de kostprijs gebaseerd op de door de zorgaanbieder gekozen verdeelsleutel. Dit geeft de verschuiving in de kostprijs weer;
3. Tot slot hebben wij bepaald of er sprake is van een opvallende verschuiving in de hoogte van de kostprijs.<sup>68</sup> Als definitie voor opvallende verschuivingen in kostprijzen hebben wij, in afstemming met de NZa, gehanteerd: een waarneming is een opvallende waarneming als de waarde onder het 25e percentiel minus 1,5 keer de interkwartielafstand ligt of boven het 75e percentiel plus 1,5 keer de interkwartielafstand. De interkwartielafstand is de afstand tussen het 25e en 75e percentiel.

---

<sup>66</sup> Op basis van een mogelijke populatie van 60 waarnemingen is een response van minimaal 27 waarnemingen benodigd, als wij uitgaan van een betrouwbaarheid van 95%, een nauwkeurigheidspercentage van 15% en de geobserveerde spreiding in de waarnemingen (CV-waarde = 0,45).

<sup>67</sup> Er geldt één uitzondering op deze gekozen methodiek: de personeelskosten van het niet-zorggerelateerde personeel. Zoals beschreven in paragraaf 6.4.1, vindt de toerekening van deze personeelskosten naar de prestaties plaats op basis van de omzet per prestatie.

<sup>68</sup> Kostprijzen zijn bijna altijd scheef verdeeld. Om statistische relevante uitspraken te kunnen doen moeten wij daarom de kostprijsgegevens transformeren. Op die manier kunnen wij een normale verdeling benaderen. De literatuur schrijft voor dat het toepassen van een natuurlijk logaritme op de kostprijsgegevens een goede wijze is om hier mee om te gaan.

Wij hebben op basis van bovenstaand stappenplan elf opvallende verschuivingen geïdentificeerd. Het gaat om:

- Zes opvallende verschuivingen in de kostprijs bij elv laag complex;
- Geen opvallende verschuivingen in de kostprijs bij elv hoog complex;
- Vijf opvallende verschuivingen in de kostprijs bij elv palliatieve zorg.

Op basis van deze methode merken wij kostprijzen aan als ‘opvallende verschuiving’ als een wijziging in toerekening van de personeelskosten (van omzet naar inzet per deskundigheidsniveau) voor een sterke afwijking zorgt.

Bij de opvallende verschuivingen gaat het om kostprijzen van enkele duizenden euro’s per verblijfsdag (i.e. kostprijzen waarbij de personeelskosten toegerekend zijn op basis van de inzet per deskundigheidsniveau).

Wij presenteren in de volgende paragraaf resultaten met en zonder uitschieters. In tabel 6-2 zijn de resultaten weergegeven inclusief uitschieters en in tabel 6-3 zijn de resultaten weergegeven exclusief uitschieters.

## 6.5 Resultaten

In deze paragraaf geven wij de resultaten weer van de kostprijsberekeningen van de vier integrale prestaties elv laag complex, elv hoog complex, elv ptz en Wlz crisiszorg vv.

**Tabel 6-2: Resultaat kostprijsberekening elv en Wlz crisiszorg vv conform prestatiestructuur 2022 inclusief uitschieters**

Prestatie	Kostenrubriek	Gewogen gemiddelde kostprijs	Gewogen CV-waarde	N zorgaanbieder
Elv laag complex	Personele kosten	€ 114,02	102,6%	91
	Materiële kosten	€ 42,15	31,2%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 156,17</b>	<b>74,6%</b>	
Elv hoog complex	Personele kosten	€ 223,54	30,7%	102
	Materiële kosten	€ 68,96	26,5%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 292,50</b>	<b>23,8%</b>	
Elv palliatief terminale zorg	Personele kosten	€ 303,86	37,9%	100
	Materiële kosten	€ 90,44	38,4%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 394,30</b>	<b>31,6%</b>	
Wlz crisiszorg vv	Personele kosten	€ 310,92	32,4%	70
	Materiële kosten	€ 96,17	59,5%	

Prestatie	Kostenrubriek	Gewogen gemiddelde kostprijs	Gewogen CV-waarde	N zorgaanbieder
	<b>Totaal</b>	<b>€ 407,08</b>	<b>35,6%</b>	

In bovenstaande resultaten zijn alle zorgaanbieders meegenomen. Als wij uitschieters uitsluiten, zijn de resultaten als volgt:

**Tabel 6-3: Resultaat kostprijsberekening elv en Wlz crisiszorg vv conform prestatiestructuur 2022 exclusief uitschieters**

Prestatie	Kostenrubriek	Gewogen gemiddelde kostprijs	Gewogen CV-waarde	N zorgaanbieder
Elv laag complex	Personele kosten	€ 107,35	53,1%	85
	Materiële kosten	€ 42,22	31,1%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 149,58</b>	<b>38,3%</b>	
Elv hoog complex	Personele kosten	€ 223,54	30,7%	102
	Materiële kosten	€ 68,96	26,5%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 292,50</b>	<b>23,8%</b>	
Elv palliatief terminale zorg	Personele kosten	€ 302,25	29,4%	95
	Materiële kosten	€ 90,55	38,3%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 392,80</b>	<b>25,8%</b>	
Wlz crisiszorg vv	Personele kosten	€ 310,92	32,4%	70
	Materiële kosten	€ 96,17	59,5%	
	<b>Totaal</b>	<b>€ 407,08</b>	<b>35,6%</b>	

### Berekening macro impact van de berekende kostprijzen 2022

Na aanleiding van de aanpassingen is de macro impact voor alle zorgaanbieders opnieuw berekend. De macro impact is het verschil tussen de kostprijs per zorgaanbieder en de landelijke kostprijs vermenigvuldigd met het aantal gedeclareerde prestaties. Voor iedere prestatie is de macro impact tot 8 decimalen nauwkeurig gelijk aan 0 euro. Totaal komt de macro impact ook uit op 0 euro. Dit betekent dat op macro niveau dezelfde kosten worden toegerekend aan de huidige prestatiestructuur en de nieuwe, modulaire bekostiging. Dit is van belang voor het parallel naast elkaar bestaan van deze bekostigingsmethodes.



7. Bijlagen



# 7 Bijlagen

## 7.1 Bijlage A – controleprotocol elv en Wlz crisiszorg vv

Tabel 7-1. Het stappenplan dat is doorlopen bij het ontvangen van elke gegevensaanlevering per zorgaanbieder

Onderdeel stappenplan controle	Controle
Aangeleverde documenten controleren en op juiste manier archiveren	Datum van uploaden Is het uitvraagformulier ingevuld aangeleverd? Is er een jaarrekening aangeleverd? Wordt er voldaan aan het inclusie criterium? Heeft het uitvraagformulier de juiste naam (KvK-nummer_Uitvraagformulierkostprijsonderzoek_ingevuld)?
Controle uitvraagformulier	1) Is de bestuursverklaring ondertekend? 2) Is het validatietabblad akkoord: zijn de onvolledig ingevulde regels voorzien van een adequate toelichting en zijn verder alle regels op groen? 3) Telt per deskundigheidsniveau de verdeling van FWG-schalen op tot 100%? Is er voor elke FWG-schaal die van toepassing is voor een deskundigheidsniveau de gemiddelde periodiek ingevuld? 4) Zijn er rode cellen in het uitvraagformulier met een onwaarschijnlijke waarde? Met name focus op tabblad met productie en jaarrekening. 5) Zijn de opslagen in het personeelstabblad (4b) goed ingevuld? Er is mogelijk sprake van een fout als de overige opslagen gelijk zijn aan de totale opslagen.
Controleprotocol	Controleprotocol (zie in tabel 7-2 de opzet van het controleprotocol): 1) Vul in aan de hand van het validatietabblad in of het uitvraagformulier volledig is ingevuld. 2) Is alles in de kolom van resultaat controle op akkoord? 3) Controleer het uitvraagformulier op plausibiliteit.

Tabel 7-2. Het controleprotocol elv en Wlz crisiszorg (grotendeels gelijk voor de high-care hospicezorg)

Gegevens uitvraagformulier	
Naam organisatie	Foutmarge 0,1
AGB-code onderneming	
KVK-nummer onderneming	
Datum eerste aanlevering	
Datum heraanlevering(en) - <i>indien van toepassing</i>	
Datum controle	

Controle vraag	Specifieke onderdelen	Opvolging indien	Gegevens uitvraag formulier	Gegevens controle bestanden	Resultaat controle	Toelichting/ Bijzonder heden
<b>0. Bestuursverklaring</b>						
Is de bestuursverklaring ondertekend?		Nee: opvragen ondertekende bestuursverklaring bij zorgaanbieder		n.v.t.		
Zijn alle cellen in het validatietabblad groen of als rood met toelichting opgegeven?		Nee: check welke cellen onvolledig zijn en ga na hoe dit komt en vraag eventueel een volledig uitvraagformulier aan, anders vul in Ja	<b>VUL IN</b>	n.v.t.		
<b>0. Toets vooraf</b>						
Komt de naam van de zorgaanbieder overeen met de opgegeven AGB-code en de AGB-code in contactpersonenlijst van de NZa omtrent de ondernemingen?		Nee: navragen bij zorgaanbieder				
Komt de opgegeven AGB-code overeen met de AGB-code in contactpersonenlijst van de NZa omtrent de ondernemingen?		Nee: opvragen AGB code bij zorgaanbieder				
Klopt het KvK nummer van de onderneming met het KvK nummer aangeleverd door de NZa?		Nee: opvragen KvK nummer bij zorgaanbieder				
Is de toets vooraf volledig ingevuld (ja/nee vraag én aantal unieke cliënten)? Voldoet de zorgaanbieder aan de ingangseis (minimaal 10 unieke cliënten)?		Niet volledig ingevuld: neem contact op met zorgaanbieder Minder dan 10 unieke cliënten: exclusie van de zorgaanbieder uit het onderzoek				
<b>2a. Cliënten - Algemeen</b>						
Is de opgegeven gemiddelde bedbezetting plausibel? Komt dit overeen met het totaal aantal verblijfsdagen per maand dat is opgegeven, gedeeld door het aantal dagen per maand?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder				
<i>Eerstelijnsverblijf laag complex</i>						
<i>Eerstelijnsverblijf hoog complex</i>						
<i>Eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg</i>						
<i>Wlz crisiszorg vv</i>						
Eerstelijnsverblijf experimentprestatie						
Overig						
<b>2b. Cliënten - Productie</b>						
Komt het aantal gedeclareerde elv prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder				
	<i>Eerstelijnsverblijf laag complex</i>					
	<i>Eerstelijnsverblijf hoog complex</i>					
	<i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i>					

Komen het aantal gedeclareerde Wlz prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder		
<i>Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)</i>			
Indien van toepassing: komt het aantal gedeclareerde onderstaande experimentprestaties "resultaatbeloning en zorgvernieuwing" overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder		
<i>Acute zorg aan ouderen in een kortdurende eerstelijns voorziening</i>			
<i>Triage- en diagnoseperiode tijdelijk verblijf (max. 10 dagen)</i>			
<i>Triagebed kortdurend verblijf (LET OP: ook aantal ligdagen in toelichting)</i>			
<i>Triage- en diagnoseperiode</i>			
<i>Diagnostiek en observatie</i>			
<i>Eerstelijnsverblijf verpleging in het kader van de ziekte van Korsakov</i>			
<i>ACU (Acute Care Unit)</i>			
<i>Kortdurend verblijf gesloten afdeling</i>			
<i>Behandeling van ernstig Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)</i>			
<i>Covid-19 (rekentarief)</i>			
<i>Bemiddelingsverzoek elv coördinatie</i>			
<i>Verblijf met intensieve complexe zorg en behandeling</i>			
<i>Tijdelijk verblijf met inzet van specialistische (zorg)hulpmiddelen</i>			
Komt de som van het aantal gedeclareerde prestaties voor de prestaties die in het NZa bestand als "overig" zijn aangemerkt, overeen met de gegevens die zijn aangeleverd door de Nza?	<i>Som van het aantal gedeclareerde prestaties voor prestaties die in het NZa bestand als 'overig' zijn aangemerkt</i>		
Komt het totaal aantal unieke klanten binnen de elv prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder		
<i>Eerstelijnsverblijf laag complex</i>			
<i>Eerstelijnsverblijf hoog complex</i>			
<i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i>			
Komt het totaal aantal unieke klanten binnen de Wlz prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder		
<i>Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)</i>			
Indien van toepassing: komt het totaal aantal unieke klanten binnen onderstaande experimentprestaties "resultaatbeloning en zorgvernieuwing" overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder		
<i>Acute zorg aan ouderen in een kortdurende eerstelijns voorziening</i>			
<i>Triage- en diagnoseperiode tijdelijk verblijf (max. 10 dagen)</i>			
<i>Triagebed kortdurend verblijf (LET OP: ook aantal ligdagen in toelichting)</i>			
<i>Triage- en diagnoseperiode</i>			
<i>Diagnostiek en observatie</i>			
<i>Eerstelijnsverblijf verpleging in het kader van de ziekte van Korsakov</i>			
<i>ACU (Acute Care Unit)</i>			
<i>Kortdurend verblijf gesloten afdeling</i>			
<i>Behandeling van ernstig Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)</i>			
<i>Covid-19 (rekentarief)</i>			
<i>Bemiddelingsverzoek elv coördinatie</i>			
<i>Verblijf met intensieve complexe zorg en behandeling</i>			
<i>Tijdelijk verblijf met inzet van specialistische (zorg)hulpmiddelen</i>			

Komt de som van het aantal unieke cliënten voor de prestaties die in het NZa bestand als "overig" zijn aangemerkt, overeen met de gegevens die zijn aangeleverd door de NZa?	<i>Som van het aantal unieke cliënten voor prestaties die in het NZa bestand als 'overig' zijn aangemerkt</i>		
Komen de opbrengsten van de gedeclareerde elv prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	<i>Eerstelijnsverblijf laag complex Eerstelijnsverblijf hoog complex Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i>	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komen de opbrengsten van de gedeclareerde Wlz prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	<i>Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)</i>	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komen de opbrengsten van de gedeclareerde Wlz prestaties uit prestatiestructuur 2022 overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	<i>Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (o.a. SOABB) Waarvan elv Waarvan Wlz crisiszorg vv</i>	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Indien van toepassing: komen de opbrengsten van de onderstaande gedeclareerde experimentprestaties "resultaatbelong en zorgvernieuwing" overeen met de gegevens aangeleverd door de NZa?	<i>Acute zorg aan ouderen in een kortdurende eerstelijns voorziening Triage- en diagnoseperiode tijdelijk verblijf (max. 10 dagen) Triagebed kortdurend verblijf (LET OP: ook aantal ligdagen in toelichting) Triage- en diagnoseperiode Diagnostiek en observatie Eerstelijnsverblijf verpleging in het kader van de ziekte van Korsakov ACU (Acute Care Unit) Kortdurend verblijf gesloten afdeling Behandeling van ernstig Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) Covid-19 (rekentariet) Bemiddelingsverzoek elv coördinatie Verblijf met intensieve complexe zorg en behandeling Tijdelijk verblijf met inzet van specialistische (zorg)hulpmiddelen</i>	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komt de som van de opbrengsten voor de prestaties die in het NZa bestand als "overig" zijn aangemerkt, overeen met de gegevens die zijn aangeleverd door de NZa?	<i>Som van de opbrengsten voor prestaties die in het NZa bestand als 'overig' zijn aangemerkt</i>		
<b>3. Jaarrekening</b>			
Sluiten onderstaande posten uit tabblad '3. Jaarrekening' in het uitvraagformulier, aan op de separaat aangeleverde jaarrekening?	<i>Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening Zvw Baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening Wlz Subsidie op grond van een regeling of door het Zorginstituut Forensische zorg Beschikbaarheidsbijdrage zorgfuncties Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg</i>	Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	

	Baten uit onderaanneming		
	Overige baten uit beroeps- of bedrijfsmatige zorgverlening		
	<b>Baten uit Veilig Thuis</b>		
	<b>Baten uit andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten</b>		
	<b>Som der bedrijfsopbrengsten</b>		
Sluiten onderstaande posten uit tabblad '3. Jaarrekening' in het uitvraagformulier, aan op de separaat aangeleverde jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
	<b>Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten</b>		
	Personeel niet in loondienst		
	Stagiaires		
	Kosten uitbesteding onderaannemers		
	<b>Totale personeelskosten</b>		
	Lonen en salarissen		
	Sociale lasten		
	Pensioenlasten		
	<b>Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa</b>		
	Immateriële vaste activa		
	Materiële vaste activa		
	<b>Overige waardevermindering immateriële vaste activa en materiële vaste activa</b>		
	<b>Bijzondere waardevermindering van vlottende activa</b>		
	<b>Overige bedrijfskosten</b>		
	Overige personeelskosten		
	Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten		
	Patiënt- en bewonersgebonden kosten		
	Onderhoud en energiekosten		
	Huur en leasing		
	Dotaties en vrijval voorzieningen		
	Algemene kosten		
	<b>Som der bedrijfslasten</b>		
Sluiten onderstaande posten uit tabblad '3. Jaarrekening' in het uitvraagformulier, aan op de separaat aangeleverde jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
	<b>Som der financieringsbaten en financieringslasten</b>		
	Opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten		
	Andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten		
	Waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten		
	Rentelasten en soortgelijke kosten		
Sluiten onderstaande posten wat betreft de belastingen in het uitvraagformulier en de jaarrekening die separate is aangeleverd op elkaar aan?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
	<b>Resultaat voor belastingen</b>		
	Belastingen		
	Aandeel in winst/verlies van ondernemingen waarin wordt deelgenomen		
	<b>Resultaat na belastingen</b>		
Sluiten onderstaande posten uit tabblad '3. Jaarrekening' in het uitvraagformulier, aan op de separaat aangeleverde jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
	<b>Vaste activa</b>		
	Immateriële activa		
	Materiële vaste activa		

	<i>Financiële vaste activa</i>		
	<b>Viottende activa</b>		
	<i>Vorraden</i>		
	<i>Vorderingen en overlopende activa</i>		
	<i>Effecten</i>		
	<i>Liquide middelen</i>		
	<b>Som der activa</b>		
Sluiten onderstaande posten uit tabblad '3. Jaarrekening' in het uitvraagformulier, aan op de separaat aangeleverde jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
	<b>Eigen vermogen</b>		
	<b>Voorzieningen</b>		
	<b>Langlopende schulden (nog voor meer dan één jaar)</b>		
	<b>Kortlopende schulden</b>		
	<b>Som der passiva</b>		
<b>4b. Personeel - specificatie</b>			
Komt het percentage aandeel in de aangeleverde uren (t.o.v. van het totaal aantal aangeleverde uren) overeen tussen het uitvraagformulier en het registratieonderzoek per deskundigheidsniveau?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komt het percentage aandeel in de aangeleverde uren (t.o.v. van het totaal aantal aangeleverde uren) overeen tussen het uitvraagformulier en het registratieonderzoek per deskundigheidsniveau?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komt het aantal aangeleverde uren overeen tussen het uitvraagformulier en het registratieonderzoek per deskundigheidsniveau?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
Komen de gemiddelde bruto salariskosten per jaar in de personeel specificatie overeen met de lonen en salarissen in de jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
<i>Gemiddelde bruto salariskosten per jaar</i>			
<i>Lonen en salarissen</i>			
Komen de totale personeelskosten PNIL in de personeel specificatie overeen met de PNIL kosten uit de jaarrekening?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
<i>Personeelkosten PNIL totaal - personeel specificatie</i>			
<i>Kosten van uitbestede werk en andere externe kosten - PNIL</i>			
Is het aandeel FTE "overig zorggerelateerd personeel" hoger dan 10% van de totale FTE?		Ja: vraag aan zorgaanbieder welk personeel hier opgenomen is.	
Komt het percentage aandeel in de aangeleverde uren (t.o.v. van het totaal aantal aangeleverde uren) overeen tussen het uitvraagformulier en het registratieonderzoek?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
<i>Helpende, verzorgende en verpleegkundige</i>			
<i>Totaal</i>			
Komt het aantal aangeleverde uren overeen tussen het uitvraagformulier en het registratieonderzoek?		Nee: ga na hoe dit komt en neem contact op met de zorgaanbieder	
<i>Helpende, verzorgende en verpleegkundige</i>			
<i>Totaal</i>			

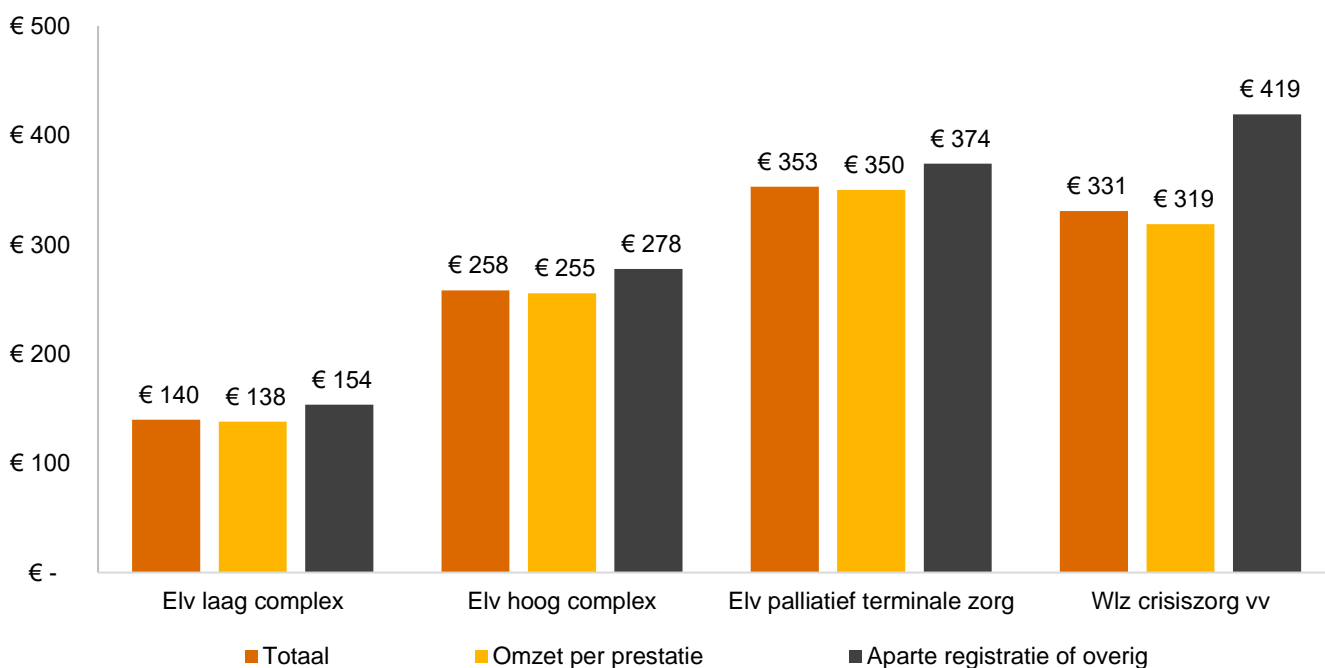
Is het gemiddelde opslagpercentage voor de onderneming (cel H82) exact gelijk aan het opgegeven overige toeslagenpercentage (cel J86) op tabblad 4b. Personeel - specificatie?	Ja: contact opnemen met zorgaanbieder voor het juiste percentage		
<b>Plausibiliteit aanlevering</b>			
Zijn de waarden van de elv kostprijzen per prestatie plausibel?			
Zijn de waarden van de Wlz crisiszorg vv kostprijzen plausibel?			
Zijn de antwoorden in het uitvraagformulier plausibel gezien de vraag?	Nee: vraag stellen over het betreffende antwoord aan de zorgaanbieder	<b>VUL IN</b>	

## 7.2 Bijlage B – analyse indicatieve kostprijzen elv en Wlz crisiszorg vv

Wij analyseren de impact van de door zorgaanbieders gekozen verdeelsleutel voor de toerekening naar de onderliggende prestaties elv en Wlz crisiszorg vv. De bestaande tarieven hebben invloed op de toerekening van de kosten naar het elv en de Wlz crisiszorg vv als een zorgaanbieder de verdeelsleutel ‘omzet per prestatie’ in het uitvraagformulier heeft gebruikt. Wij analyseren de verschillen in de indicatieve kostprijzen (berekend in het uitvraagformulier) tussen enerzijds zorgaanbieders die de verdeelsleutel ‘omzet per prestatie’ gebruiken en anderzijds zorgaanbieders die een andere verdeelsleutel gebruiken. Ter referentie: 97 zorgaanbieders hebben de verdeelsleutel omzet per prestatie gebruikt, zeven zorgaanbieders de verdeelsleutel aparte registratie en tien zorgaanbieders de verdeelsleutel overig.

De indicatieve kostprijzen voor de verschillende elv-prestaties zijn hieronder uitgesplitst voor de verschillende elv-prestaties en de Wlz crisiszorg vv. De zorgaanbieders die een aparte registratie of overig als verdeelsleutel bij de jaarrekening hebben gekozen, hebben een hogere indicatieve kostprijs dan de zorgaanbieders die hebben gekozen voor de verdeelsleutel omzet per prestatie.

**Figuur 7-1. Indicatieve kostprijzen per prestatie, uitgesplitst per verdeelsleutel zoals aangegeven in de jaarrekening. Gewogen gemiddelde op basis van omzet.**





## 7.3 Bijlage C – verdiepende toelichting methodiek kostprijsberekeningen

### 7.3.1 Indicatieve kostprijzen in uitvraagformulier

In het uitvraagformulier dat door de zorgaanbieders in de steekproef is ingevuld, zijn de volgende (indicatieve) kostprijzen automatisch berekend:

- $KP_{i,j}$ : de kostprijs voor zorgaanbieder  $i$ , behorend bij prestatiecode  $j$  in  $J$ . Zie onderstaand de set prestatiecodes  $J$  waarvoor de kostprijs is berekend.

$$J \in \left\{ \begin{array}{l} A0001, A0002, A0003, A0007, A0008, A0009, A0010, \\ A0013, A0014, A0015, A0016, A0020, A0021, \\ Z110, 1037^{69} \end{array} \right\}.$$

- $KP_{i,k}$ : de kostprijs voor zorgaanbieder  $i$ , per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau<sup>i</sup>/ behandelfunctie  $k$  in  $K$ . Zie onderstaand de set deskundigheidsniveau/behandelfuncties  $K$  waarvoor de kostprijs is berekend.

$$K \in \left\{ \begin{array}{l} \textit{Helpende (MBO 1)}, \\ \textit{Helpende (MBO 2)}, \\ \textit{Verzorgende (MBO 2)}, \\ \textit{Verzorgende IG (MBO 3)}, \\ \textit{Verpleegkundige (MBO 4)}, \\ \textit{Verpleegkundige (HBO)}, \\ \textit{Verpleegkundige: Bachelor of Nursing/Physician Assistant/Verpleegkundig Specialist,} \\ \textit{Specialist ouderengeneeskunde}, \\ \textit{Arts overig (niet huisarts die via huisartsenzorg wordt bekostigd)}, \\ \textit{Logopedist}, \\ \textit{Fysiotherapeut}, \\ \textit{Ergotherapeut}, \\ \textit{Oefentherapeut}, \\ \textit{Diëtist}, \\ \textit{Psychologen}, \\ \textit{Ander zorggerelateerd personeel}, \\ \textit{Niet zorggerelateerd personeel} \end{array} \right\}.$$

De prestaties die door zorgaanbieders uit de steekproef niet zijn gedeclareerd in 2022 zijn uit bovenstaande weggelaten, omdat er geen kostprijs is berekend. Dit geldt voor de prestatie ‘Acute zorg aan ouderen in een kortdurende eerstelijnsvoorziening’ A0004, en de prestatie ‘Bemiddelingsverzoek elv coördinatie’ A00019.

### 7.3.2 Kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022

Na het toepassen van de correcties (de databewerking), hebben wij de kostprijzen, zoals berekend in het uitvraagformulier, nogmaals op bovenstaande wijze berekend.

<sup>69</sup> De prestatiecode 1037 betreft zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg) die in een high-care hospice wordt geleverd, bekostigd via de wijkverpleging. Deze prestatie is uitgevraagd in verblijfsdagen. Ook de kostprijs voor deze prestatie berekenen wij per verblijfsdag, zodat wij deze kunnen vergelijken met de kostprijs van prestatie A0003 (eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg), bekostigd vanuit het elv.

De landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie in de prestatiestructuur 2022 hebben wij berekend op basis van de volgende vergelijking. Deze hebben wij voor iedere prestatie  $j$  in  $J$  gemaakt.

$$\overline{KP}_{nieuw,j} = \frac{\sum_{i=1}^N KP_{i,j} * P_{i,j}}{\sum_{i=1}^N P_{i,j}},$$

- $KP_{i,j}$  is de kostprijs voor zorgaanbieder  $i$ , behorend bij prestatie  $j$  in  $J$ .
- $P_{i,j}$  is de omzet van zorgaanbieder  $i$  voor prestatie  $j$  in  $J$ .
- $\overline{KP}_{nieuw,j}$  is de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs over alle zorgaanbieders in de steekproef  $i = 1, \dots, N$  voor prestatie  $j$  in  $J$ .

Met deze methode hebben zorgaanbieders met relatief lage productieaantallen een minder grote invloed op de hoogte van de kostprijs. Grotere instellingen daarentegen hebben een grotere invloed op de hoogte van de kostprijs. Wanneer zorgaanbieder  $i$  een bepaalde prestatie  $j$  niet levert, geldt  $P_{i,j} = 0$  en heeft deze zorgaanbieder automatisch geen invloed op de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs  $\overline{KP}_{nieuw,j}$ .

### Macro impact van de berekende kostprijzen

Wij hebben de macro kosten (de kosten voor alle zorgaanbieders samen) berekend op basis van de oude<sup>70</sup> kostprijzen en nieuw berekende kostprijzen voor de reguliere elv- en Wlz crisiszorg vv-prestaties in de gehanteerde prestatiestructuur in 2022. Het verschil tussen de oude en nieuwe macro kosten is gelijk aan de macro impact van de berekende nieuwe kostprijzen voor de reguliere prestaties, weergegeven in onderstaande vergelijking. De experimentprestaties in de prestatiestructuur 2022 zijn niet meegenomen in de berekening van de macro impact van de nieuw berekende kostprijzen. Voor deze experimentprestaties is namelijk geen oude kostprijs beschikbaar, omdat deze prestaties door middel van een vrij tarief zijn bekostigd. Verzameling  $B$  weergeeft de lijst met codes van deze experimentprestaties.

$$Macro\ impact = \sum_{j \in B} \sum_{i=1}^N [( \overline{KP}_{nieuw,j} * P_{i,j} ) - ( \overline{KP}_{oud,j} * P_{i,j} )],$$

$$B \in \{ A0007, A0008, A0009, A0010, A0013, A0014, A0015, A0016, A0020, A0021 \}.$$

In de berekening van de macro impact is het verschil in kosten per zorgaanbieder  $i$  op basis van de nieuwe landelijk gewogen gemiddelde kostprijs  $\overline{KP}_{nieuw,j}$  ten opzichte van de oude landelijk gewogen gemiddelde kostprijs  $\overline{KP}_{oud,j}$ , gesommeerd over alle zorgaanbieders  $i$  in de steekproef en alle prestaties  $j$  in  $J$ , met uitzondering van de experimentprestaties  $B$ . Dit resulteert in de macro impact van de nieuw berekende kostprijzen voor de reguliere prestaties in de prestatiestructuur 2022.

### Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs conform prestatiestructuur 2022

Wij hebben een analyse uitgevoerd naar de kostenhomogeniteit van de kostprijs. Wij hebben hiervoor de spreiding van de kosten over de zorgaanbieders geanalyseerd met behulp van de

<sup>70</sup> De oude kostprijzen in de prestatiestructuur 2022 hebben wij ontvangen vanuit de NZa. Dit gaat om de kostprijzen uit 2016. Wij hebben deze kostprijzen geïndexeerd naar prijspeil 2022 om een eerlijke vergelijking te maken.

gewogen coëfficiënt van de variantie (gewogen CV-waarde). De gewogen CV-waarde is een maatstaf voor relatieve, geobserveerde variantie in de dataset. De gewogen CV-waarde hebben wij als volgt berekend:

$$\sigma_{\overline{KP}_{nieuw,j}} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N P_{i,j} (KP_{i,j} - \overline{KP}_{nieuw,j})^2}{\frac{(M-1)}{M} \sum_{i=1}^N P_{i,j}}}$$

$$CV_{\overline{KP}_{nieuw,j}} = \frac{\sigma_{\overline{KP}_{nieuw,j}}}{\overline{KP}_{nieuw,j}} * 100.$$

In bovenstaande formule zijn  $\sigma_{\overline{KP}_{nieuw,j}}$  en  $\overline{KP}_{nieuw,j}$  respectievelijk de landelijk gewogen standaarddeviatie van de kostprijs en de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs in de steekproef. De berekening van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs is hierboven toegelicht. De landelijk gewogen standaarddeviatie hebben wij hier berekend. Daarbij is zowel in de teller als de noemer de som over alle  $N$  zorgaanbieders in de steekproef genomen, die niet allemaal prestatie  $j$  in  $J$  leveren. In de noemer corrigeren wij daarom met de factor  $\frac{M-1}{M}$ .  $M$  is het aantal zorgaanbieders dat prestatie  $j$  levert. Voor deze zorgaanbieders geldt dat de omzet voor prestatie  $j$  groter is dan 0 ( $P_{i,j} > 0$ ).

Een lage CV-waarde betekent een relatief lage variantie in de dataset ten opzichte van het geobserveerde gemiddelde. Een hoge CV-waarde betekent een relatief hoge variantie.

Wij hebben de analyse naar de kostenhomogeniteit uitgevoerd op het niveau van de totale kosten en het niveau van de onderliggende kostensoorten, te weten:

- Personeelskosten;
- Materiële kosten;
- Kapitaallasten;
- Overige kosten van externe inhuur/onderliggende dienstverlening.

### 7.3.3 Kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau in 2022

De landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per direct cliëntgebonden uur per deskundigheidsniveau hebben wij berekend op basis van de volgende vergelijking. Deze berekening hebben wij voor ieder deskundigheidsniveau  $k$  in  $K$  gemaakt.

$$\overline{KP}_{nieuw,k} = \frac{\sum_{i=1}^N KP_{i,k} * P_i}{\sum_{i=1}^N P_i},$$

- $KP_{i,k}$  is de kostprijs voor zorgaanbieder  $i$ , behorend bij deskundigheidsniveau  $k$  in  $K$ .
- $P_i$  is de totaalomzet van zorgaanbieder  $i$ .
- $\overline{KP}_{nieuw,k}$  is de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs over alle zorgaanbieders in de steekproef  $i = 1, \dots, N$  per direct cliëntgebonden uur voor deskundigheidsniveau  $k$  in  $K$ .

Merk op dat de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs  $\overline{KP}_{nieuw,k}$  in bovenstaande vergelijking is bepaald naar rato van de totaalomzet  $P_i$  per zorgaanbieder  $i$ . Met deze methode hebben zorgaanbieders met een relatief laag aantal direct cliëntgebonden uren voor

deskundigheidsniveau  $k$  een minder grote invloed op de hoogte van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs. Zorgaanbieders met daarentegen relatief meer direct cliëntgebonden uren voor deskundigheidsniveau/behandelfunctie  $k$  hebben een grotere invloed op de hoogte van de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs.

### **Analyse naar kostenhomogeniteit van de kostprijs per deskundigheidsniveau/behandelfunctie in 2022**

Wij hebben een analyse uitgevoerd naar de kostenhomogeniteit van de kostprijs per deskundigheidsniveau  $k$  in  $K$ . Wij hebben hiervoor de gewogen coëfficiënt van de variantie (CV-waarde) gebruikt.

## 7.4 Bijlage D – kostprijsberekeningen conform prestatiestructuur 2022

Tabel 7-3. Landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie conform prestatiestructuur 2022<sup>71</sup>

Nr.	Prestatie omschrijving	Gewogen gemiddelde kostprijs	N zorgaanbieders	N prestaties
<b>Reguliere elv prestaties</b>				
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	€ 162,57	92	135.409
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	€ 267,51	104	473.923
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	€ 382,94	101	127.315
<b>Experiment elv prestaties</b>				
A0004	Acute zorg aan ouderen in een kortdurende eerstelijnsvoorziening	-. <sup>72</sup>	0	0
A0007	Triage- en diagnoseperiode tijdelijk verblijf (max. 10 dagen)	€ 412,90 <sup>73</sup>	7	2.219 <sup>73</sup>
A0008	Triagebed kortdurend verblijf	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0009	Triage- en diagnoseperiode	€ 371,29	10	1.590
A0010	Diagnostiek en observatie	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0013	Eerstelijnsverblijf verpleging in het kader van de ziekte van Korsakov	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0014	ACU (Acute Care Unit)	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0015	Kortdurend verblijf gesloten afdeling	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0016	Behandeling van ernstig Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0019	Bemiddelingsverzoek elv coördinatie	-. <sup>72</sup>	0	0
A0020	Verblijf met intensieve complexe zorg en behandeling	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergeven.		
A0021	Tijdelijk verblijf met inzet van specialistische (zorg)hulpmiddelen	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen		

<sup>71</sup> Voor 8 zorgaanbieders is waarschijnlijk teveel geschoond voor de kosten voor genees- en hulpmiddelen. Als wij deze schoning verwijderen, dan scheelt dit voor de A0007 € 3,51 en voor de A0009 € 0,54.

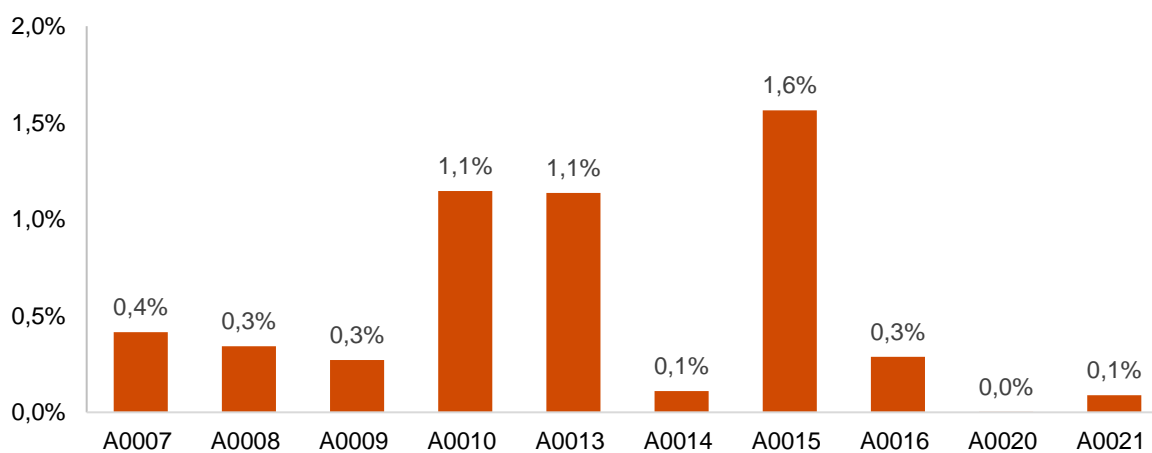
<sup>72</sup> Deze kostprijs hebben wij niet berekend, omdat de prestatie niet door de zorgaanbieders in de steekproef is gedeclareerd in 2022.

<sup>73</sup> De gewogen gemiddelde kostprijs gaf een vertekend beeld door één uitschieter. Deze zorgaanbieder had voor de A0007 een kostprijs van ongeveer 3000 euro per prestatie. Bij deze zorgaanbieder waren het aantal gedeclareerde prestaties en het aantal unieke cliënten voor deze prestatie nagenoeg gelijk (het aantal unieke cliënten was 1 hoger). Wij hebben op basis van het aantal opgegeven verblijfsdagen voor de elv experimenten en het aantal opgegeven verblijfsdagen voor de elv-Covid unit gededuceerd hoeveel verblijfsdagen voor A0007 van toepassing zijn voor deze zorgaanbieder. Wij hebben dit aantal verblijfsdagen gecorrigeerd in de kostprijsberekening. Hierdoor is de gewogen gemiddelde kostprijs gedaald van ongeveer 1.500 euro naar ongeveer 400 euro.

Nr.	Prestatie omschrijving	Gewogen gemiddelde kostprijs	N zorgaanbieders	N prestaties
		deze informatie niet in de rapportage weergegeven.		
<b>Wlz crisiszorg vv prestatie</b>				
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	€ 390,66	72	47.966
<b>High-care hospicezorg bekostigd vanuit wijkverpleging</b>				
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	Minder dan 5 zorgaanbieders hebben deze prestatie gedeclareerd in 2022. Wij mogen deze informatie niet in de rapportage weergegeven.		

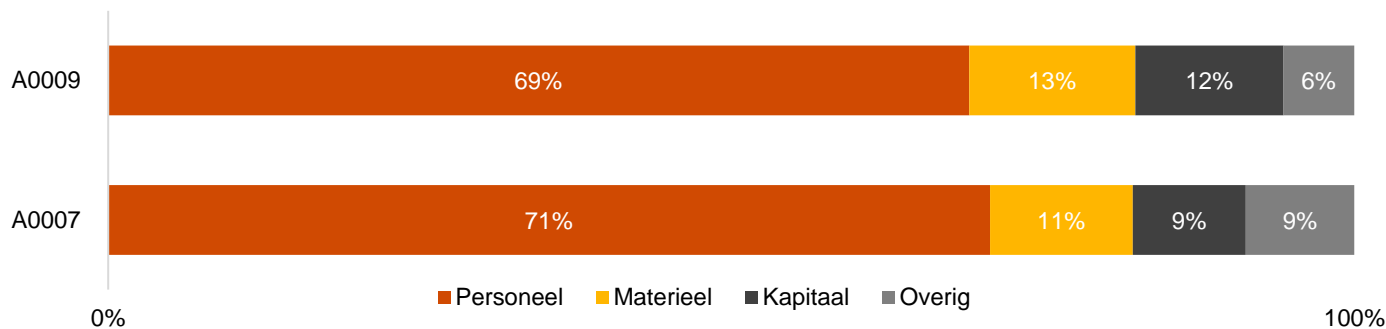
Aangezien wij van een groot deel van de experiment prestaties binnen het elv de gewogen gemiddelde kostprijzen niet mogen rapporteren, geven wij hierboven het aandeel van de opbrengsten van de experiment prestaties weer ten opzichte van de totale opbrengsten van het elv in 2022. Deze figuur toont dat de opbrengsten van de elv experiment prestaties een relatief klein deel zijn van de totale elv opbrengsten (in totaal 5,4%).

**Figuur 7-2. Het aandeel van de opbrengsten van de experiment prestaties binnen het elv ten opzichte van de totale opbrengsten van het elv**



Wij hebben ook de onderliggende kostensoorten van de elv experiment prestaties geanalyseerd. Wij rapporteren wederom enkel de A0009 en A0007 vanwege de groepsgrootte. Het aandeel van de verschillende kostensoorten is vergelijkbaar tussen de reguliere elv prestaties en de elv experiment prestaties.

**Figuur 7-3. Uitsplitsing van de gewogen gemiddelde kostprijs van de elv experiment prestaties ingedeeld in verschillende groepen naar 4 kostensoorten**



**Tabel 7-4. Macro impact van de berekende kostprijzen in prestatiestructuur 2022 ten opzichte van kostprijzen 2016 (prijspeil 2022<sup>74</sup>)**

Prestatie nr.	Prestatie omschrijving	Macro impact
<b>Reguliere elv prestaties</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	€ 557.830
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	€ 7.791.016
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	€ 3.736.251
<b>Wlz crisiszorg vv prestatie</b>		
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	€ 6.039.031 <sup>75</sup>

**Tabel 7-5. Variantie in kostprijzen per prestatie (conform prestatiestructuur 2022) uitgedrukt in gewogen CV-waarde**

Prestatie nr.	Prestatie omschrijving	Gewogen CV-waarde
<b>Totale kosten</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	17,4 %
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	12,4 %
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	29,4 %
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	55,8 %
<b>Personeelskosten</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	26,6 %
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	17,3 %
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	30,9 %
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling	52,5 %
<b>Materiële kosten</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	37,4 %

<sup>74</sup> De loonkosten worden geïndexeerd op basis van de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Van 2016 naar 2022 gaat dit om een indexatie van 119,53%. De materiële kosten worden geïndexeerd op basis van het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau. Van 2016 naar 2022 gaat dit om een indexatie van 120,20%. De indexatie voor de NHC en NIC volgt de materiële kosten in de huidige tarieven van het elv. Van 2016-2022 gaat dit om een indexatie van 115,97%.

<sup>75</sup> Zowel de kostprijzen 2016 (prijspeil 2022) als de kostprijzen 2022 voor Wlz crisiszorg vv zijn exclusief kosten voor huisvesting en inventaris, en exclusief NHC en NIC component.

A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	32,4 %
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	46,9 %
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	62,8 %
<b>Kapitaallasten</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	45,5 %
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	30,6 %
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	38,9 %
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	5,9 % <sup>76</sup>
<b>Overige kosten van externe inhuur/onderliggende dienstverlening</b>		
A0001	Eerstelijnsverblijf laag complex	74,9 %
A0002	Eerstelijnsverblijf hoog complex	65,6 %
A0003	Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	60,0 %
Z110	Wlz crisiszorg vv en behandeling (Z110)	96,8 %

**Tabel 7-6. Landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per direct cliëntgebonden uur**

Deskundigheidsniveau	Gewogen gemiddelde kostprijs
Helpende (MBO 1)	€ 40,81
Helpende (MBO 2)	€ 41,31
Verzorgende (MBO 2)	€ 48,46
Verzorgende IG (MBO 3)	€ 47,25
Verpleegkundige (MBO 4)	€ 60,99
Verpleegkundige (HBO)	€ 74,42
Verpleegkundige (o.a. PA en VS)	€ 92,09
Specialist ouderen-geneeskunde	€ 180,89
Arts overig (m.u.v. huisarts)	€ 106,23
Logopedist	€ 84,74
Fysiotherapeut	€ 83,59
Ergotherapeut	€ 83,86
Vaktherapeut	€ 80,07
Oefentherapeut	€ 81,02
Diëtist	€ 76,72
Psychologen	€ 99,56
Ander zorggerelateerd personeel	€ 57,99

**Tabel 7-7. Variantie in kostprijzen per direct cliëntgebonden uur uitgedrukt in gewogen CV-waarde**

Deskundigheidsniveau	Gewogen CV-waarde
Helpende (MBO 1)	55,1%
Helpende (MBO 2)	50,1 %
Verzorgende (MBO 2)	60,0 %
Verzorgende IG (MBO 3)	45,9 %
Verpleegkundige (MBO 4)	51,4 %
Verpleegkundige (HBO)	58,8 %
Verpleegkundige (o.a. PA en VS)	49,3 %
Specialist ouderen-geneeskunde	62,3 %
Arts overig (m.u.v. huisarts)	69,5 %

<sup>76</sup> De gewogen CV-waarde voor de kapitaallasten voor Wlz crisiszorg vv is relatief laag, aangezien dit de NHC en NIC component en de financieringskosten betreft.

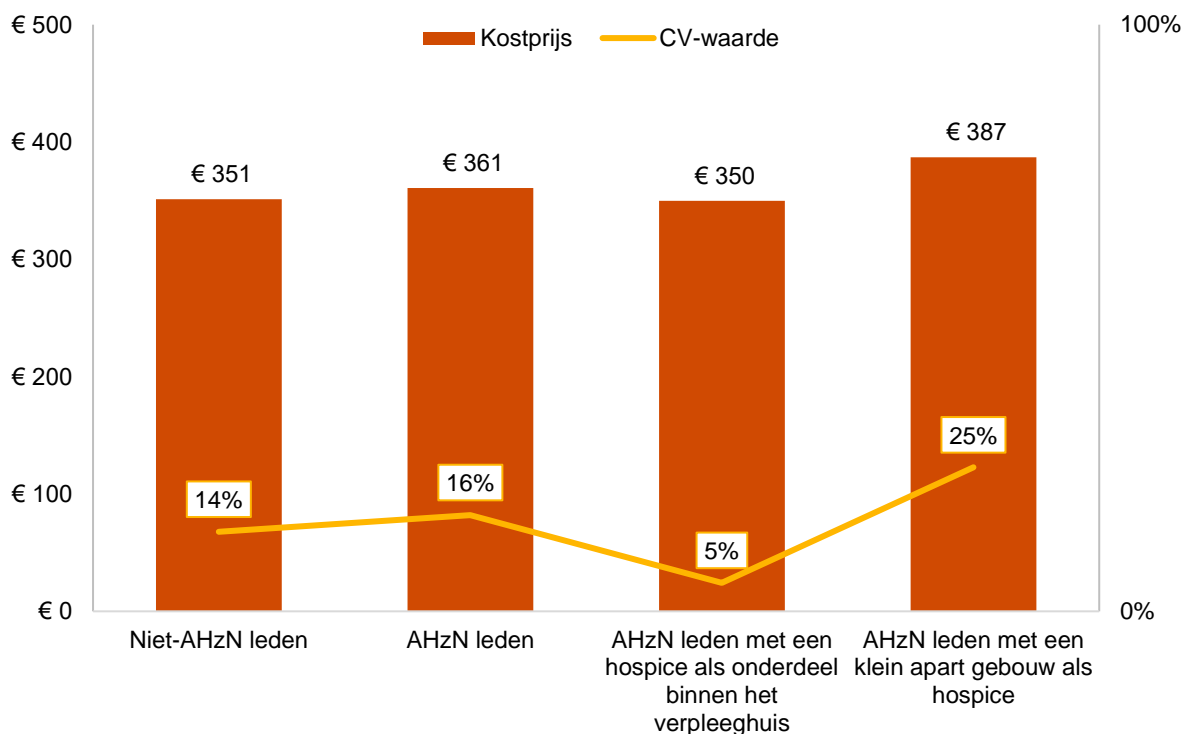


Logopedist	55,5 %
Fysiotherapeut	52,6 %
Ergotherapeut	54,0 %
Vaktherapeut	36,4 %
Oefentherapeut	58,9 %
Diëtist	54,9 %
Psychologen	51,8 %
Ander zorggerelateerd personeel	51,8 %

## 7.5 Bijlage E – verdieping gewogen gemiddelde kostprijs A0003

In afstemming met de NZa en de AHZN hebben wij een verdiepende analyse uitgevoerd voor verschillende groepen zorgaanbieders die A0003 leveren. AHZN heeft hiervoor een uitsplitsing gemaakt tussen leden van AHZN binnen de steekproef en niet-leden van AHZN, en binnen de leden van AHZN of de A0003 wordt geleverd als onderdeel van een verpleeghuis, of als klein apart gebouw. De hypothese is dat zorgaanbieders die hospicezorg leveren in een klein apart gebouw, een hogere kostprijs hebben, dan zorgaanbieders die hospicezorg leveren als onderdeel van het verpleeghuis. Deze hypothese wordt bevestigd door onderstaande figuur.

**Figuur 7-4. De gewogen gemiddelde kostprijs voor verschillende groepen zorgaanbieders voor de A0003 en de bijbehorende gewogen CV-waardes**

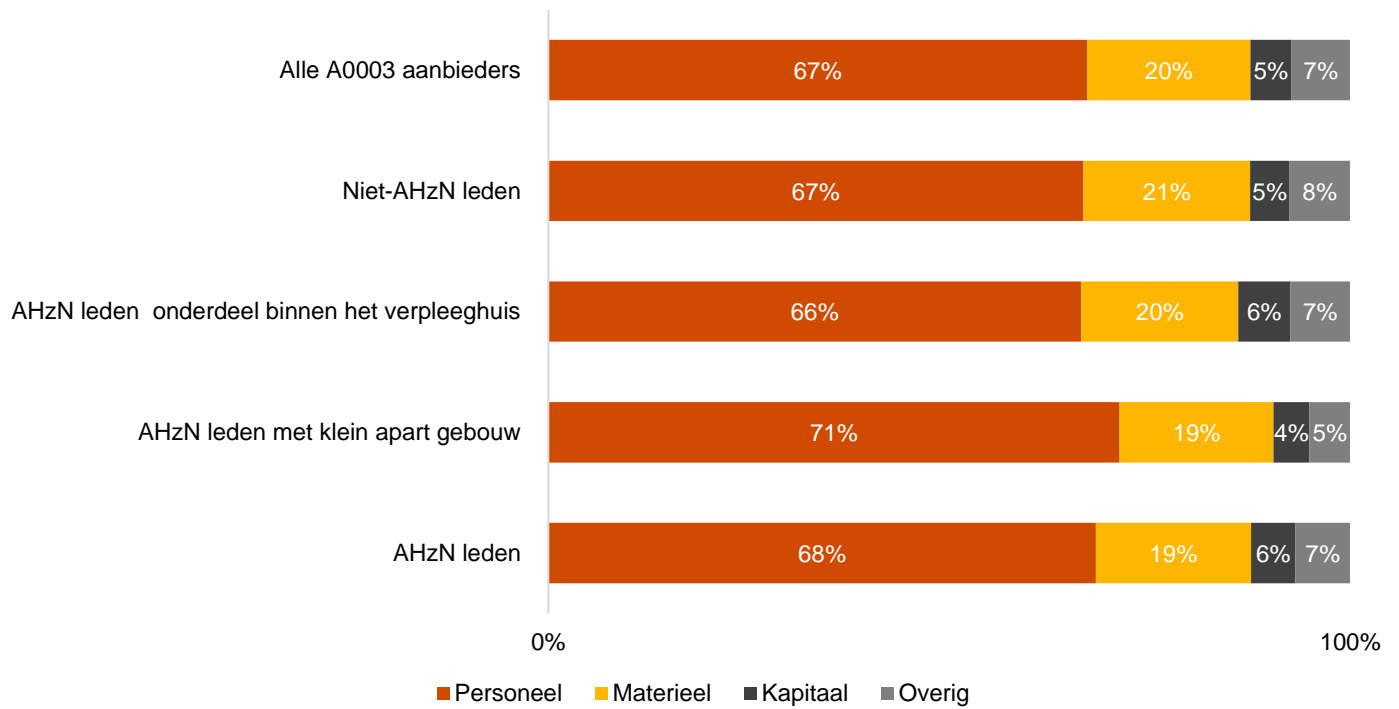


Belangrijk bij het interpreteren van bovenstaande figuur is het volgende:

- De steekproef voor dit kostprijsonderzoek leent zich niet om dit soort doorsnedes op een representatief niveau voor de gehele populatie te maken. Het is daarom niet met zekerheid te zeggen in hoeverre de getoonde kostprijzen representatief zijn voor de gehele groep. Wij kunnen met de huidige gegevens daarom niet aangeven of er (statistisch) significante verschillen zijn tussen de gepresenteerde groepen.
- De groepen zijn verschillend qua grootte, waardoor de variatie van de kostprijzen verschilt tussen de groepen. Daarom zijn de resultaten in elke groep niet even robuust. Zie hiervoor ook bovenstaande gewogen CV-waardes, waarbij een hogere CV-waarde meer spreiding tussen de zorgaanbieders betekent.
- De gepresenteerde kostprijzen geven wel een indicatie van de verschillen tussen de groepen. Deze kostprijzen zijn input voor de NZa voor het normatieve traject.

Ook hebben wij de onderliggende kostensoorten voor de verschillende groepen zorgaanbieders geanalyseerd. Er zijn relatief kleine verschillen in de verdeling van de kostensoorten.

**Figuur 7-5. Uitsplitsing van de gewogen gemiddelde kostprijs van A0003 ingedeeld in verschillende groepen naar 4 kostensoorten**

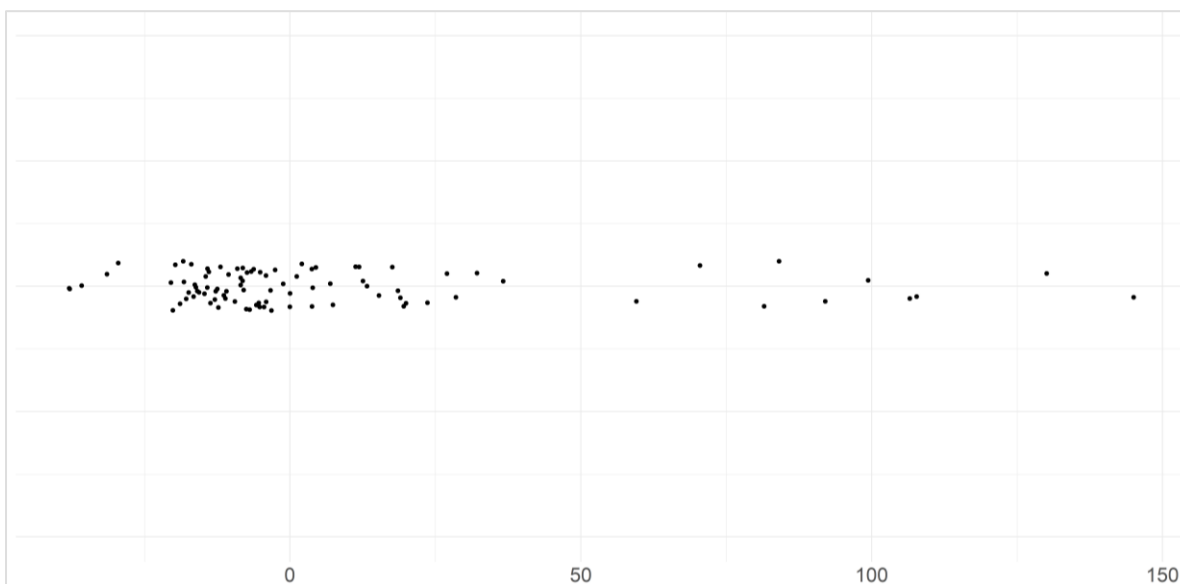


## 7.6 Bijlage F – kostprijs per zorgaanbieder afgezet tegen gewogen gemiddelde kostprijs

Het verschil tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs centreert rondom 0. Echter, de spreiding beneden 0 ligt veel dichtter bij elkaar, dan de spreiding boven 0. Dit betekent dat de meeste zorgaanbieders die een kostprijs lager hebben dan het gewogen gemiddelde minder verlies maken, dan de zorgaanbieders die een kostprijs hoger hebben dan het gewogen gemiddelde.

De som van de negatieve delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs is voor de A0001: € - 751,52, de positieve delta is € 1.316,91. Als wij de delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs vermenigvuldigen met het aantal gedeclareerde prestaties van de zorgaanbieder, en daar de som van nemen dan komen wij uit op € - 1.221.359,09 en € 1.167.734,05.<sup>77</sup>

**Figuur 7-6. De delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor A0001**



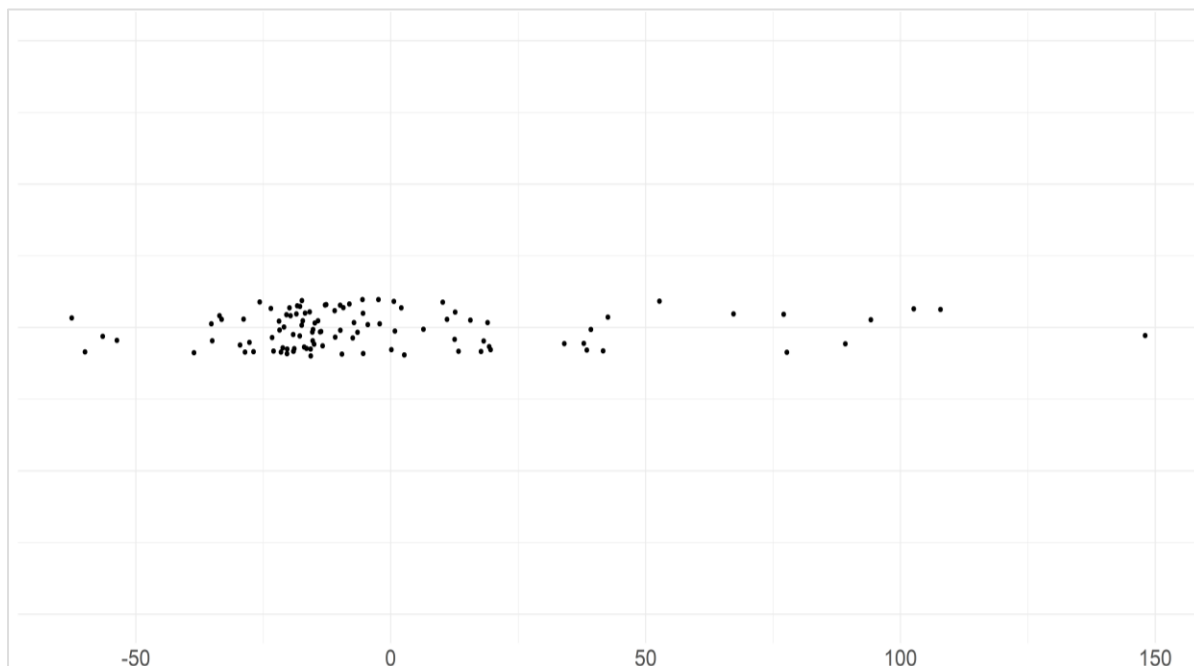
Het verschil tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs centreert rondom 0. Echter, de spreiding beneden 0 ligt veel dichtter bij elkaar, dan de spreiding boven 0. Dit betekent dat de meeste zorgaanbieders die een kostprijs lager hebben dan het gewogen gemiddelde minder verlies maken, dan de winst die zorgaanbieders maken met een kostprijs hoger dan het gewogen gemiddelde. Ten opzichte van de A0001 zijn er zorgaanbieders die een groter verlies maken tussen hun kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor A0002 (een verschil van minder dan 50 per prestatie ten opzichte meer dan 50 euro).

De som van de negatieve delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs is voor de A0002: € - 1.424,09, de positieve delta is € 1.232,54. Als wij de delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs vermenigvuldigen met het aantal

<sup>77</sup> De som van de positieve delta's is niet gelijk aan de som van de negatieve delta's, omdat wij hier een delta nemen tussen de ongewogen kostprijs en het landelijk gewogen gemiddelde. Met een delta van de gewogen kostprijs en het landelijk gewogen gemiddelde, zijn deze delta's wel gelijk aan elkaar. Oftewel omdat de figuur de delta's weergeeft tussen de ongewogen (i.p.v. de gewogen) kostprijs en de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs is per prestatie de som van de positieve delta's niet gelijk aan de som van de negatieve delta's.

gedeclareerde prestaties van de zorgaanbieder, en daar de som van nemen dan komen wij uit op € - 5.626.916,87 en € 5.489.150,65.

**Figuur 7-7. De delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor A0002**



Het verschil tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs centreert rondom 0. Echter, de spreiding beneden 0 ligt veel dichtter bij elkaar, dan de spreiding boven 0. Dit betekent dat de meeste zorgaanbieders die een kostprijs lager hebben dan het gewogen gemiddelde minder verlies maken, dan de winst die zorgaanbieders maken met een kostprijs hoger dan het gewogen gemiddelde. Ten opzichte van de A0001 en A0002 zijn er zorgaanbieders die een groter verlies maken tussen hun kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor A0003 (een verschil van 200 euro per prestatie ten opzichte van 50 euro). Dit geldt ook voor de zorgaanbieders die winst maken ten opzichte van het gewogen gemiddelde, deze is voor de A0003 groter dan voor de A0001 en A0002 (een verschil van 300 euro per prestatie ten opzichte van 150 euro).

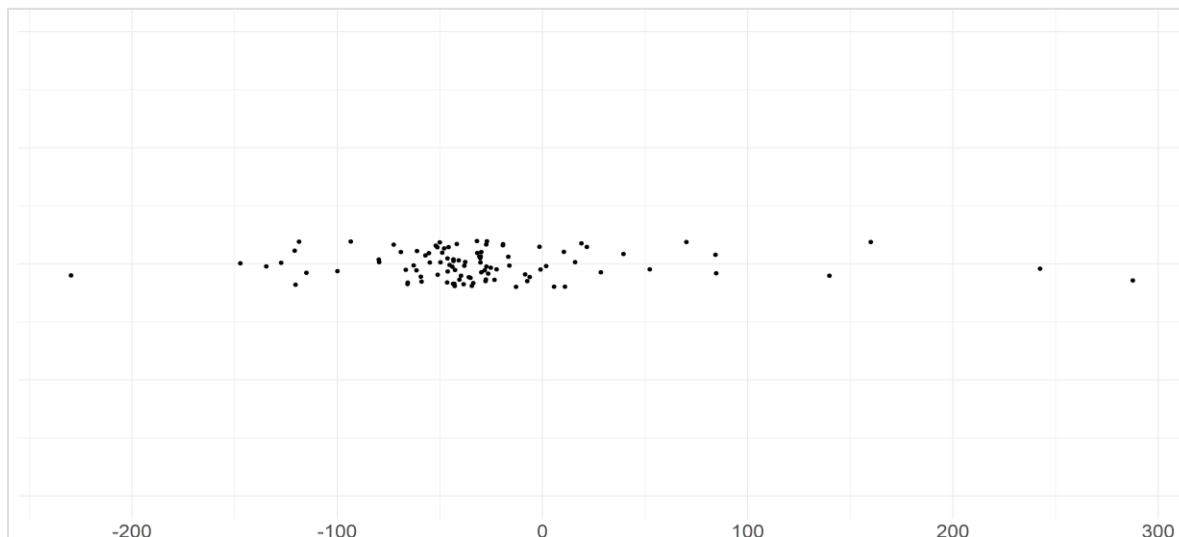
De som van de negatieve delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs is voor de A0003: € - 4.191,28, de positieve delta is € 5.183,95. Als wij de delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs vermenigvuldigen met het aantal gedeclareerde prestaties van de zorgaanbieder, en daar de som van nemen dan komen wij uit op € - 4.846.189,59 en € 1.465.621,10.<sup>78</sup> Uit figuur 7-6 is één uitschieter verwijderd.<sup>79</sup> Als wij deze uitschieter ook verwijderen uit de berekening komen wij uit op € - 2.030.949,62 en € 1.979.151,03.<sup>80</sup>

<sup>78</sup> Het grote verschil tussen de som van de negatieve en positieve delta's wordt veroorzaakt door één zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder had namelijk een extreem hoge kostprijs voor de A0003 (en daardoor een grote negatieve delta).

<sup>79</sup> De grafiek werd minder goed leesbaar door deze uitschieter. Daarom is de delta van de betreffende zorgaanbieder uit de grafiek gehaald.

<sup>80</sup> Voor A0003 is er ten opzichte van de overige prestaties een groter verschil tussen de som van de positieve en negatieve waarden van de delta's vermenigvuld met het aantal prestaties. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door de hoge kostprijs van één zorgaanbieder.

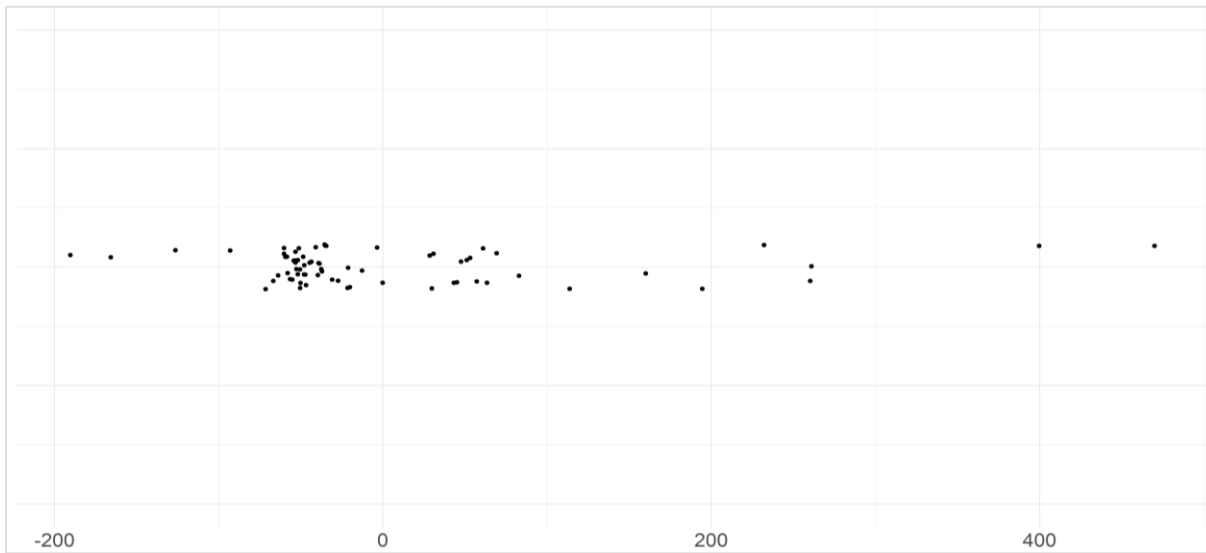
**Figuur 7-8. De delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor A0003**



Het verschil tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs centreert rondom 0. Echter, de spreiding beneden 0 ligt veel dichtter bij elkaar, dan de spreiding boven 0. Dit betekent dat de meeste zorgaanbieders die een kostprijs lager hebben dan het gewogen gemiddelde minder verlies maken, dan de winst die zorgaanbieders maken met een kostprijs hoger dan het gewogen gemiddelde. Ten opzichte van de elv prestaties zijn er zorgaanbieders die een groter verlies maken tussen hun kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor Z110 (maximaal een verschil van 200 euro per prestatie voor de Z110). Dit geldt ook voor de winst, deze is voor de Z110 groter dan voor het elv (maximaal een verschil van 400 euro per prestatie voor de Z110).

De som van de negatieve delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs is voor de Z110: € -2.561,07, de positieve delta is € 2.754,29. Als wij de delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs vermenigvuldigen met het aantal gedeclareerde prestaties van de zorgaanbieder, en daar de som van nemen dan komen wij uit op € - 1.818.105,96 en € 1.496.220,81

**Figuur 7-9. De delta tussen de berekende kostprijs en de gewogen gemiddelde kostprijs voor Z110**



## 7.7 Bijlage G – kostprijzen 2022 zonder opvallende waarnemingen

### 7.7.1 Aanleiding

Er is een relatief hoge spreiding tussen de kostprijzen van de zorgaanbieders voor de prestaties elv palliatief terminale zorg (A0003) en de Wlz crisiszorg vv (Z110), wat wordt geïllustreerd met de gewogen CV-waardes. Wij hebben met de NZa afgesproken om nader te onderzoeken wat de impact is van het verwijderen van opvallende waarnemingen op de gewogen gemiddelde kostprijzen en de gewogen CV-waardes van de elv palliatief terminale zorg en de Wlz crisiszorg vv is. Ter volledigheid hebben wij er gezamenlijk voor gekozen om ook de impact van het verwijderen van opvallende waarnemingen voor de A0001 en A0002 te analyseren.

De NZa en PwC zijn de volgende definitie voor de exclusie van de opvallende waarnemingen overeengekomen:

*Een waarneming is een opvallende waarneming als de waarde onder het 25<sup>e</sup> percentiel minus 1,5 keer de interkwartielafstand ligt of boven het 75<sup>e</sup> percentiel plus 1,5 keer de interkwartielafstand. De interkwartielafstand is de afstand tussen het 25<sup>e</sup> en 75<sup>e</sup> percentiel.*

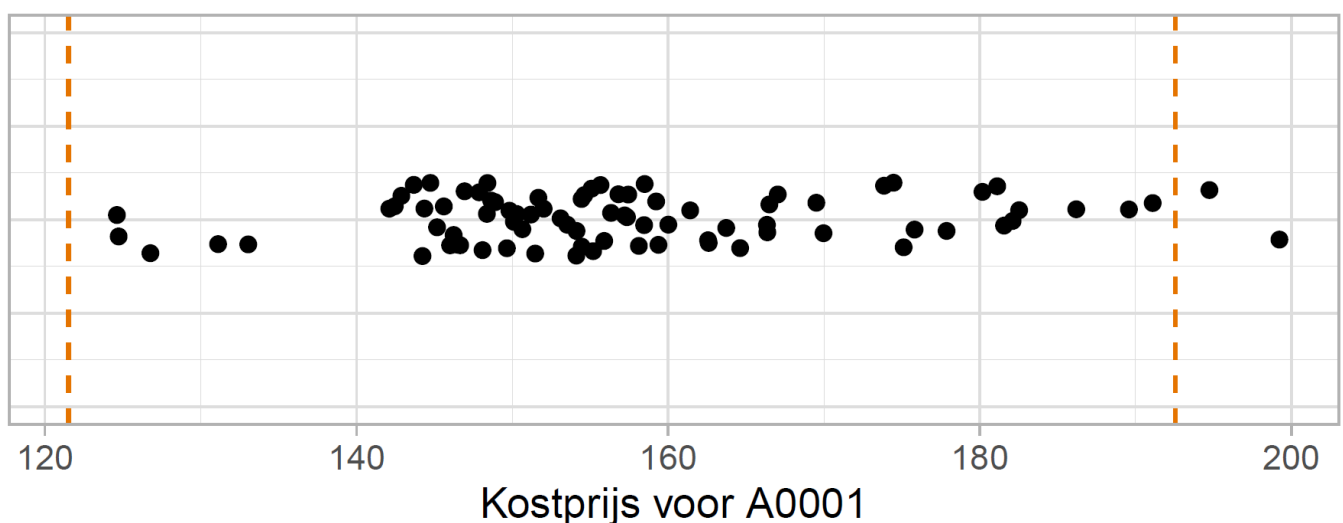
Deze definitie hanteert de NZa vaak in het kader van kostprijsonderzoeken.

### 7.7.2 Resultaten analyses – prestatiestructuur 2022

#### Identificatie van opvallende waarnemingen

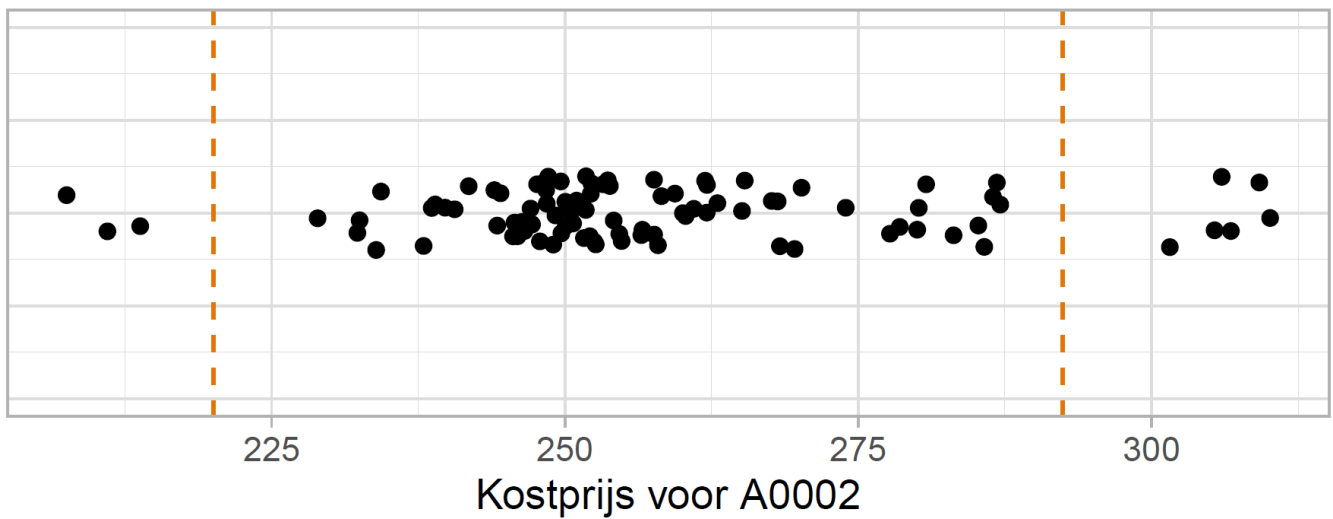
Wij hebben voor de A0001, A0002, A0003 en Z110 de opvallende waarnemingen geïdentificeerd op basis van bovenstaande definitie. In figuren 1 tot en met 4 tonen wij de opvallende waarnemingen voor elk van de prestaties. De oranje stippellijnen zijn de onder- en bovengrens op basis van de definitie. De stippen die zich links van de ondergrens of rechts van de bovengrens bevinden, sluiten wij bij de berekening van de aangepaste gewogen gemiddelde kostprijs uit.

**Figuur 7-10. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van elv laag complex (A0001) per zorgaanbieder**

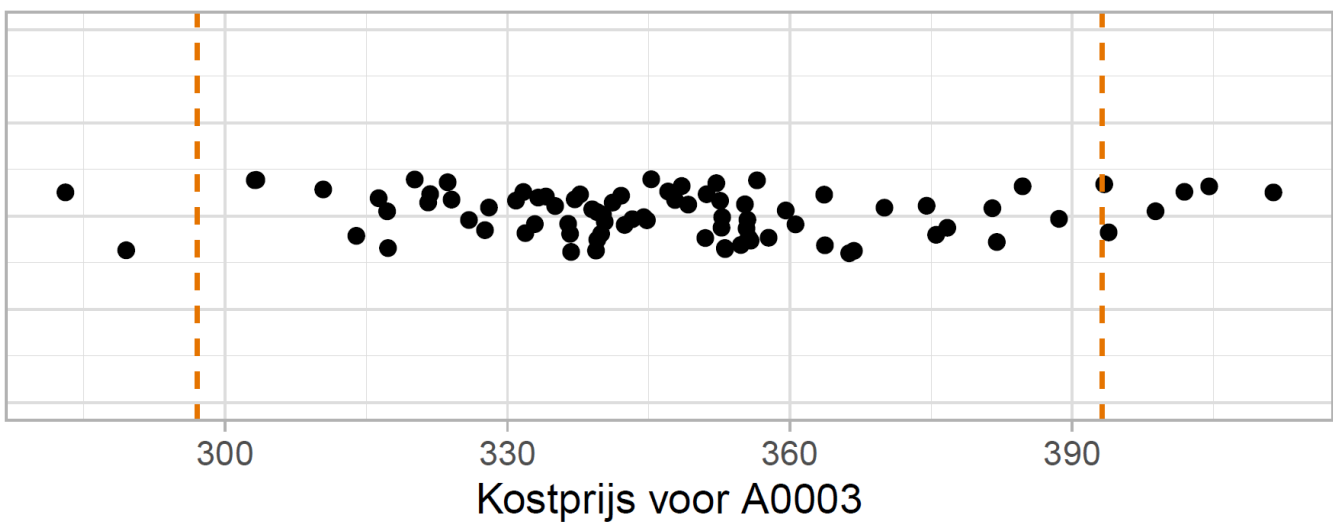




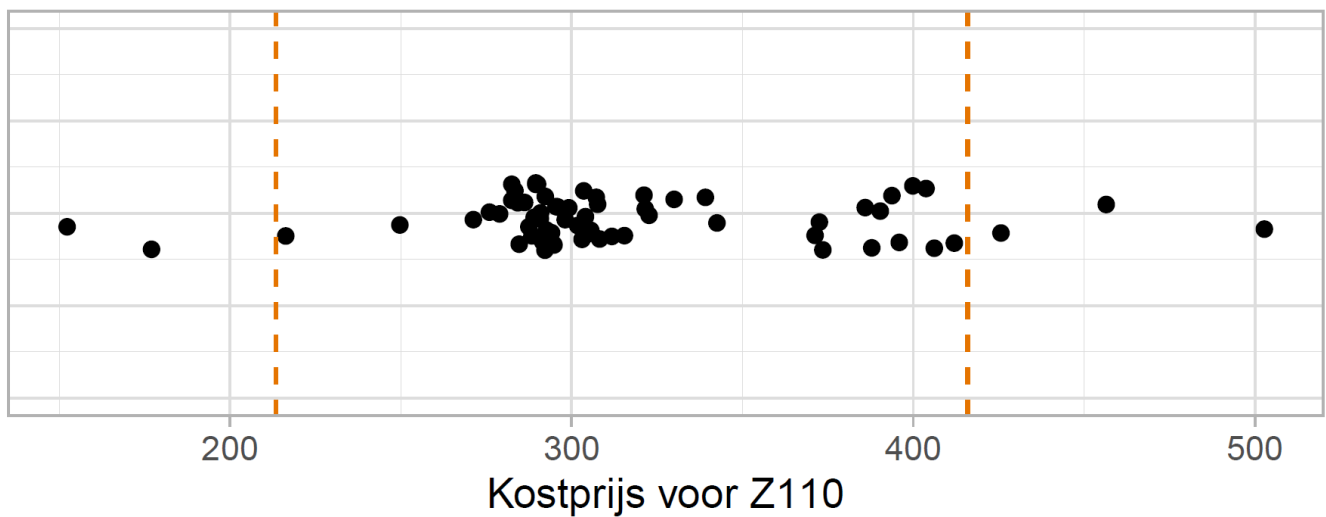
**Figuur 7-11. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van elv hoog complex (A0002) per zorgaanbieder**



**Figuur 7-12. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van elv palliatief terminale zorg (A0003) per zorgaanbieder**



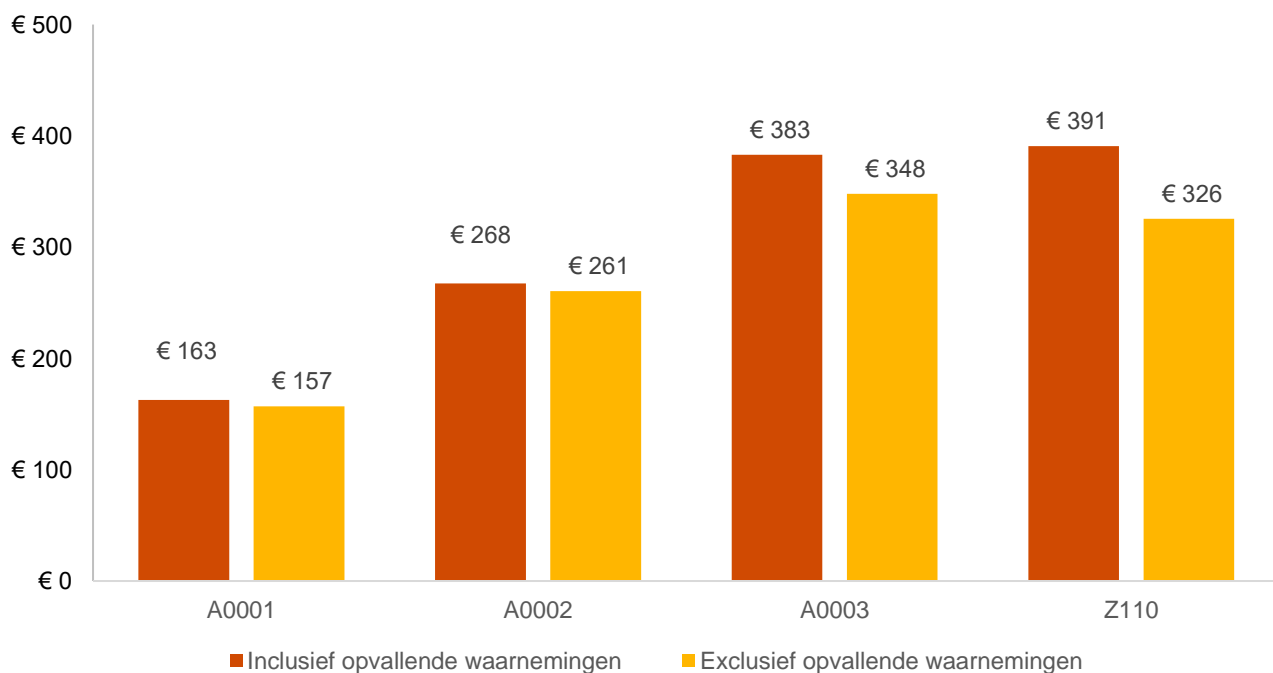
**Figuur 7-13. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van Wlz crisiszorg vv (Z110) per zorgaanbieder**



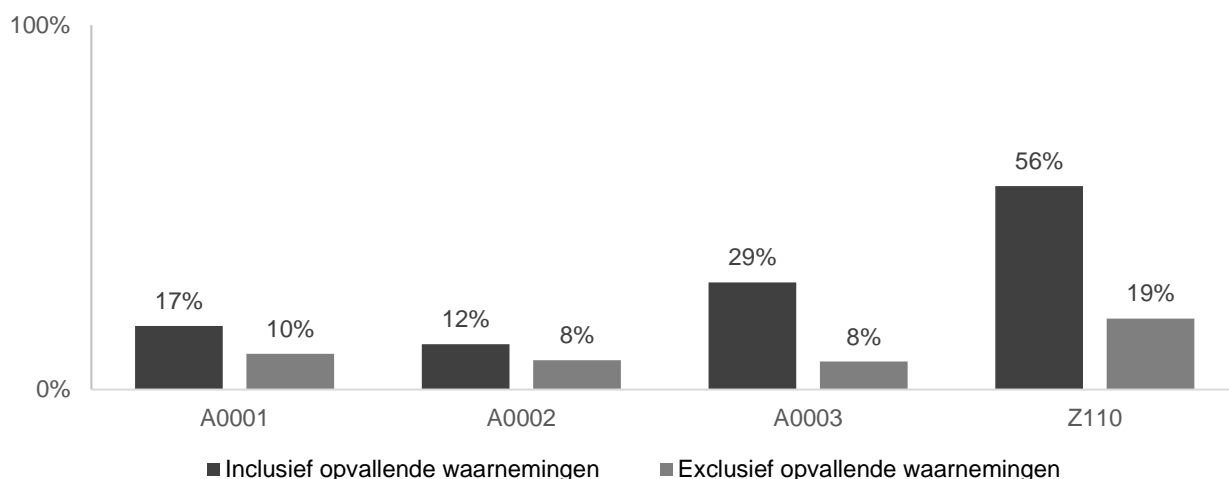
**Aangepaste kostprijsberekening**

De meeste geïdentificeerde opvallende waarnemingen bevinden zich aan de bovenkant. Hierdoor zijn de aangepaste gewogen gemiddelde kostprijzen lager voor iedere prestatie. Conform verwachting, nemen alle gewogen CV-waardes af, oftewel de spreiding tussen de kostprijzen die ten grondslag liggen aan de gewogen gemiddelde kostprijzen is kleiner.

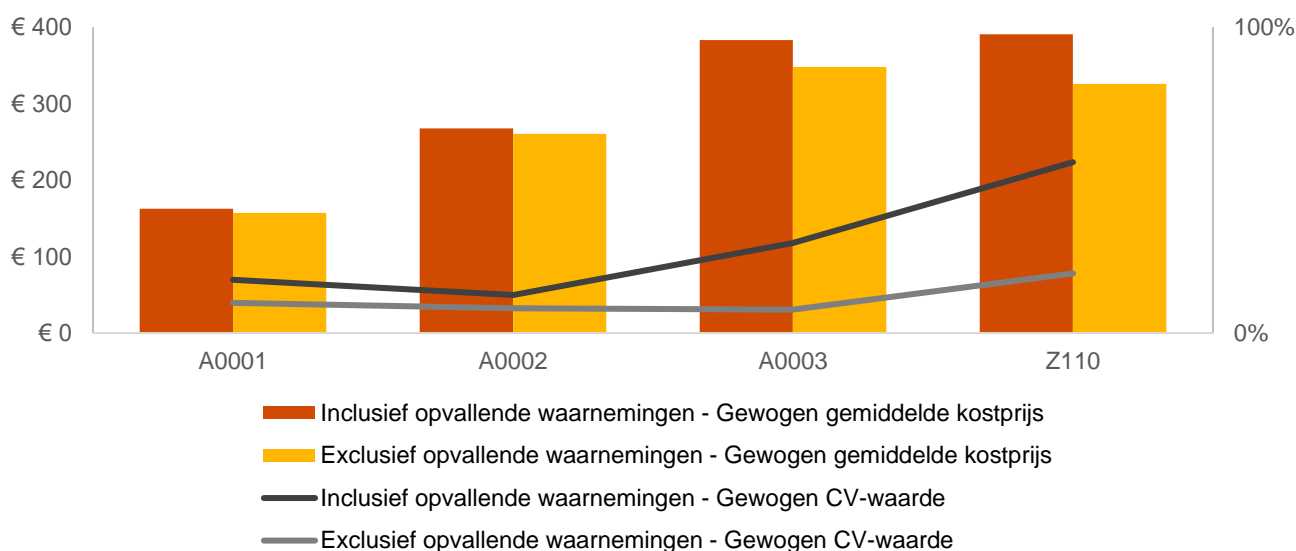
**Figuur 7-14. Het verschil tussen de gewogen gemiddelde kostprijs inclusief opvallende waarnemingen en de gewogen gemiddelde kostprijs exclusief opvallende waarnemingen**



**Figuur 7-15. Het verschil tussen de gewogen CV-waardes inclusief opvallende waarnemingen en de gewogen CV-waarde exclusief opvallende waarnemingen**



**Figuur 7-16. Combinatie figuur waarbij zowel gewogen gemiddelde kostprijzen als de gewogen CV-waardes voor de verschillende prestaties zijn opgenomen inclusief en exclusief opvallende waarnemingen**

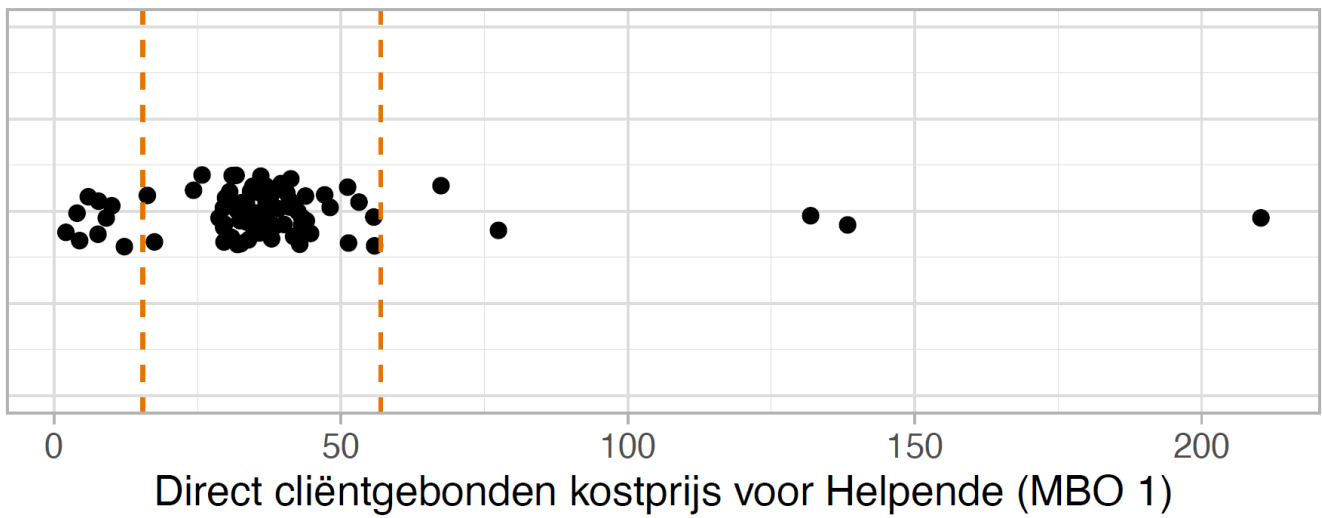


### 7.7.3 Resultaten analyses – personeel

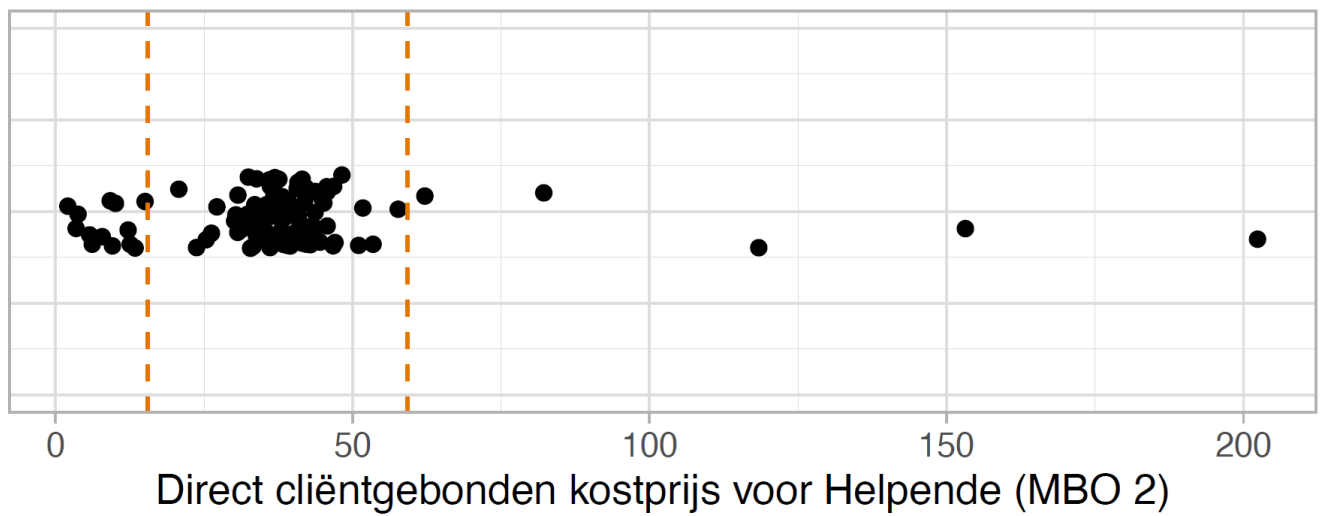
#### Identificatie van opvallende waarnemingen

Wij hebben voor de verschillende deskundigheidsniveaus de opvallende waarnemingen geïdentificeerd op basis van bovenstaande definitie. In figuren 8 tot en met 24 tonen wij de opvallende waarnemingen voor de direct cliëntgebonden kostprijzen per deskundigheidsniveau. De oranje stippellijnen zijn de onder- en bovengrens op basis van de definitie. De stippen die zich links van de ondergrens of rechts van de bovengrens bevinden, sluiten wij uit bij de berekening van de aangepaste gewogen gemiddelde kostprijs.

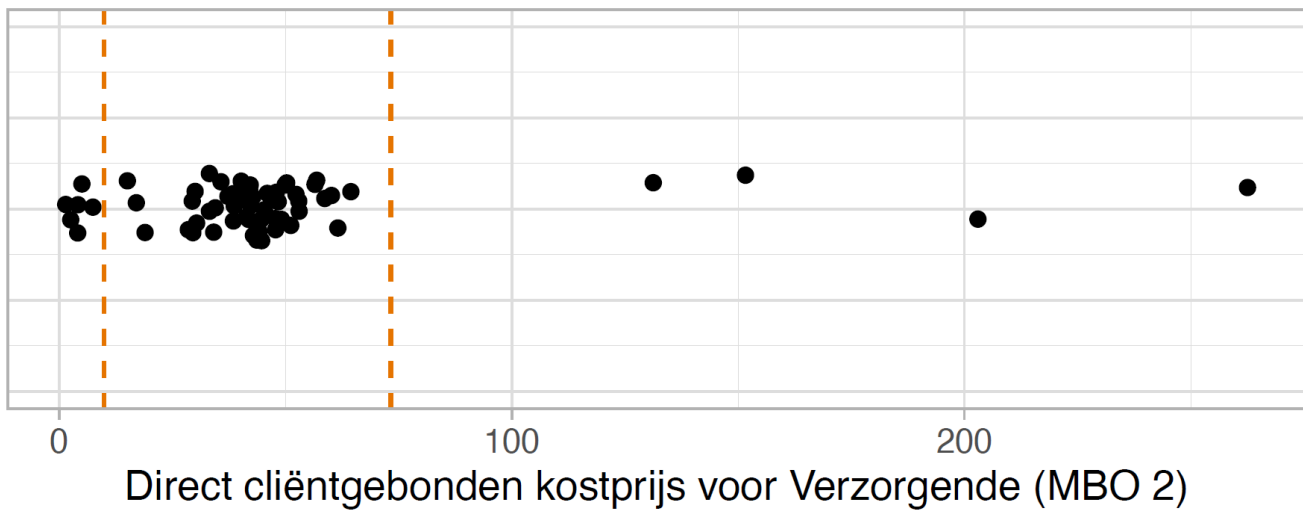
**Figuur 7-17. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van helpende 1**



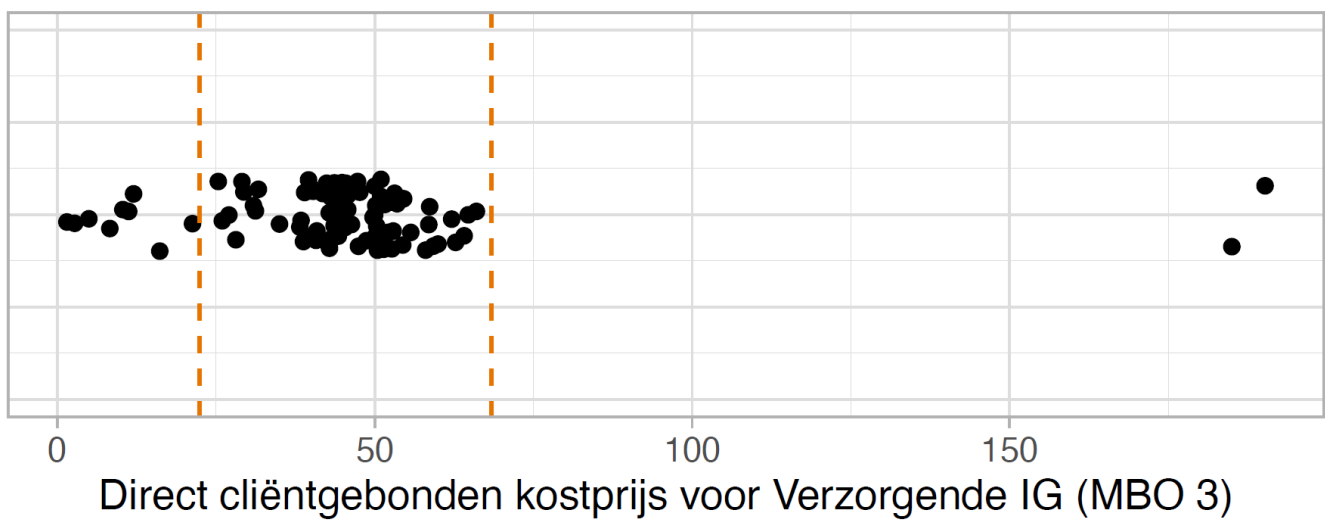
**Figuur 7-18. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van helpende 2**



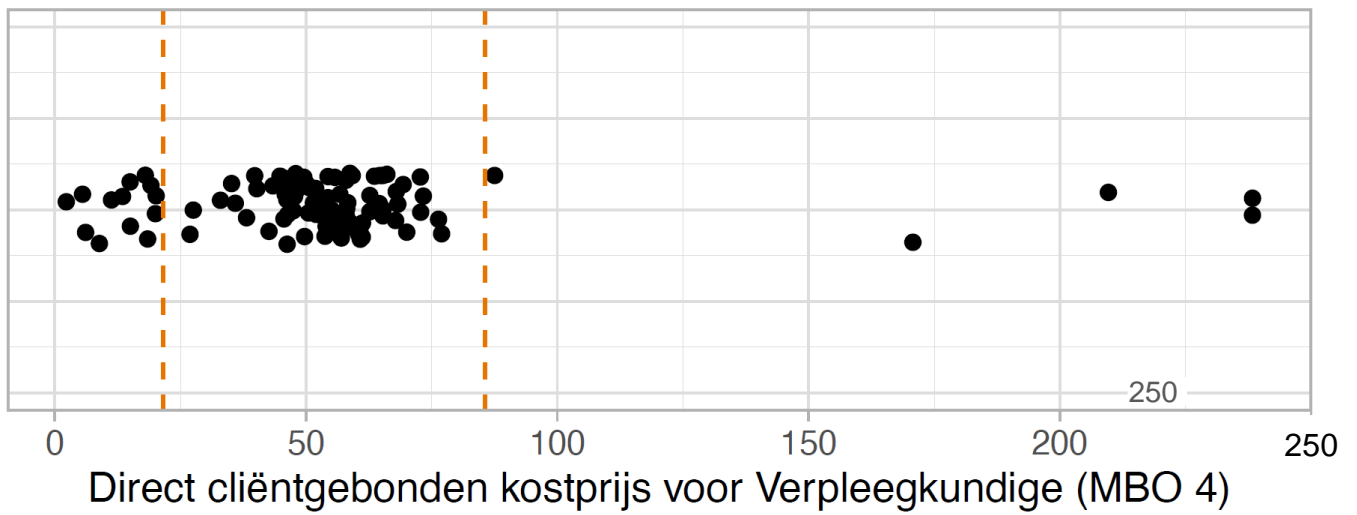
**Figuur 7-19. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van verzorgende 2**



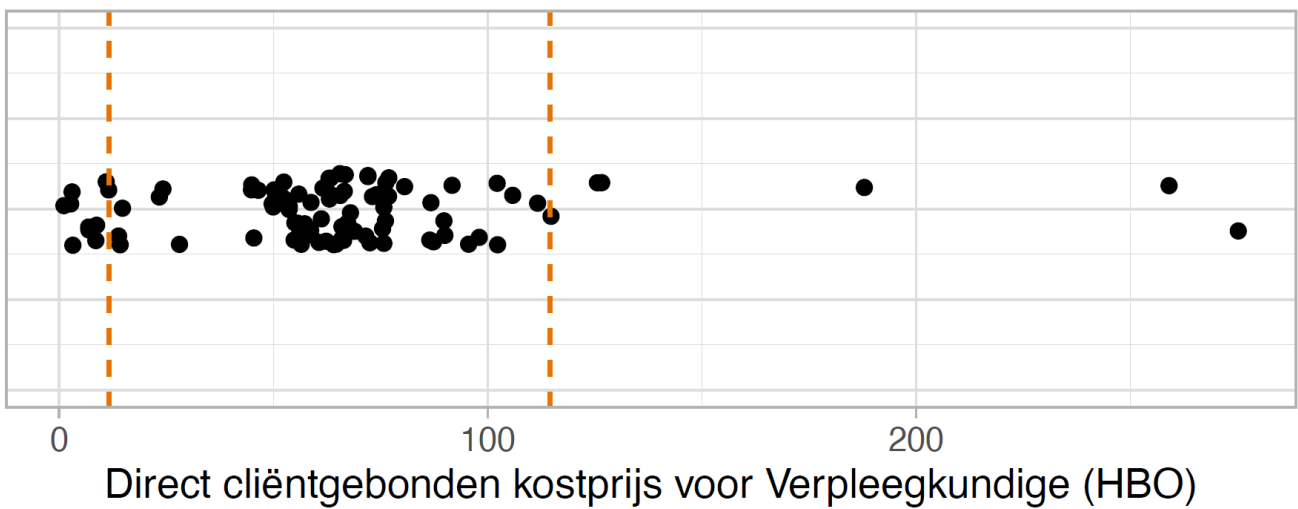
**Figuur 7-20. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van verzorgende IG**



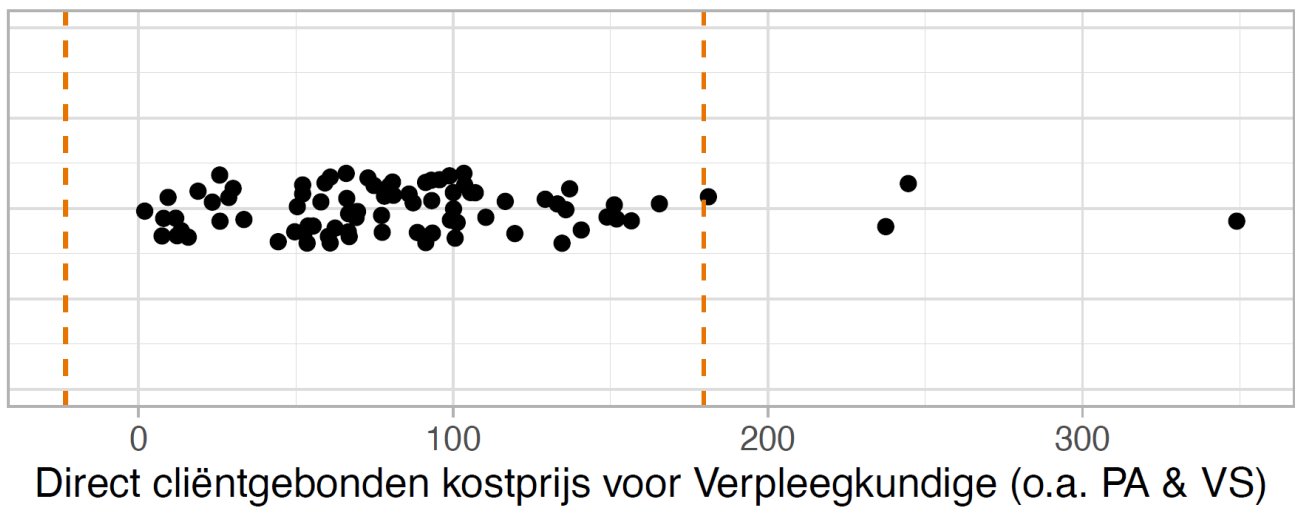
**Figuur 7-21. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van verpleegkundige 4**



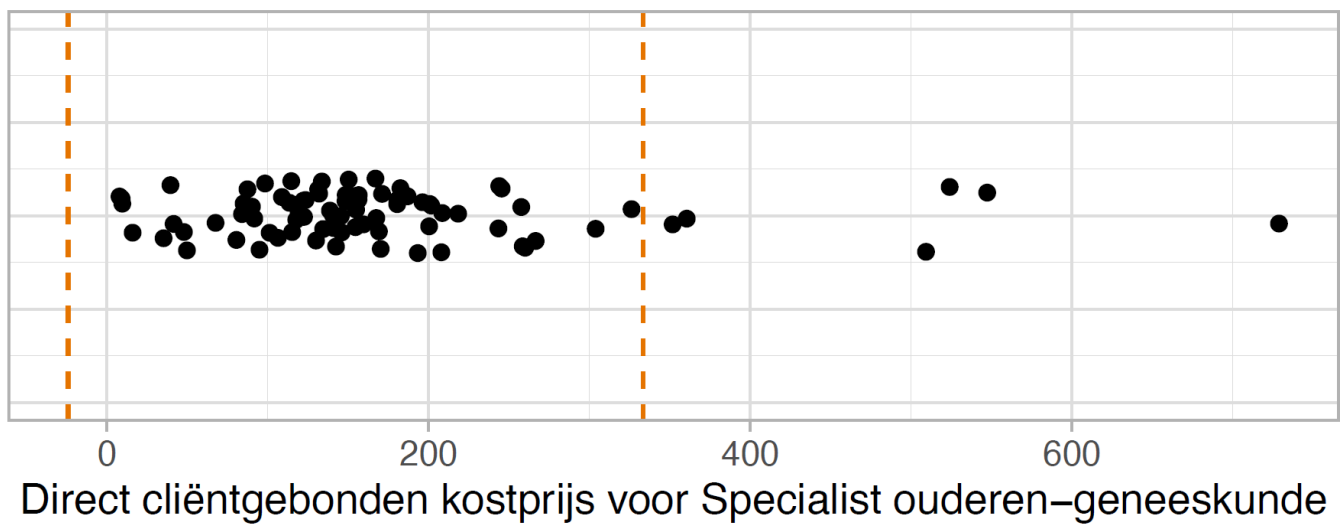
**Figuur 7-22. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van verpleegkundige HBO**



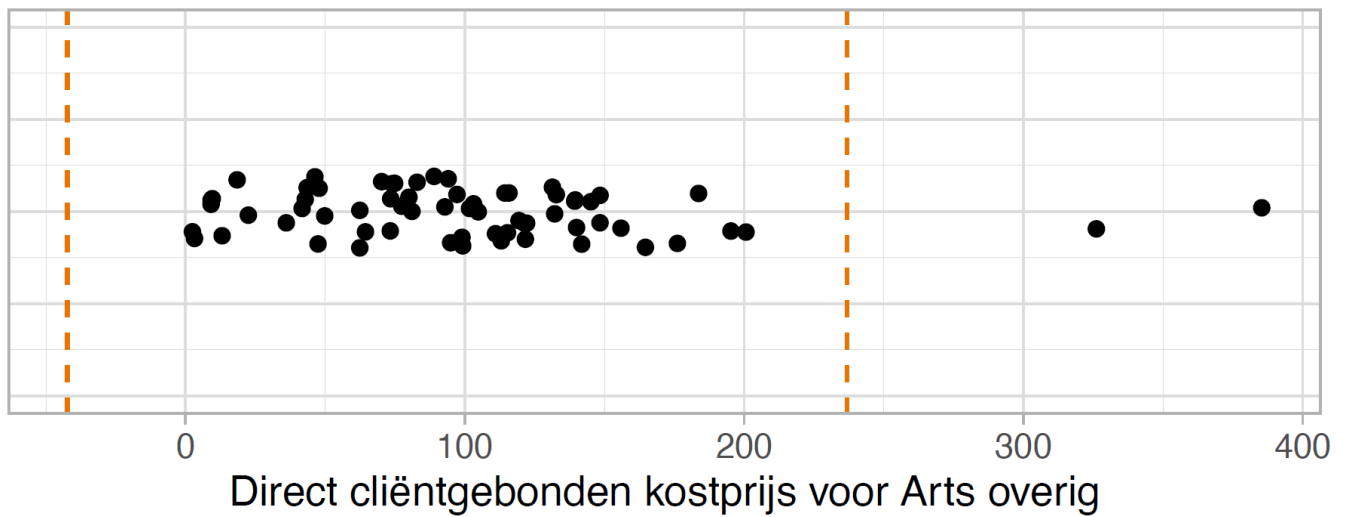
**Figuur 7-23. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van verpleegkundige (o.a. PA & VS)**



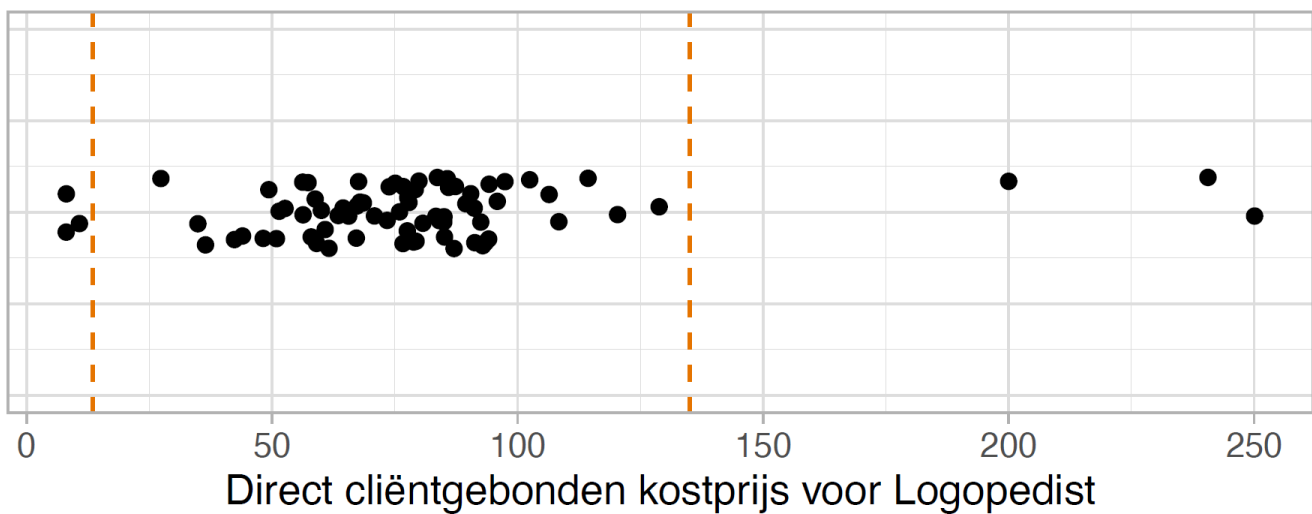
**Figuur 7-24. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van specialist ouderen-geneeskunde**



**Figuur 7-25. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van arts overig**

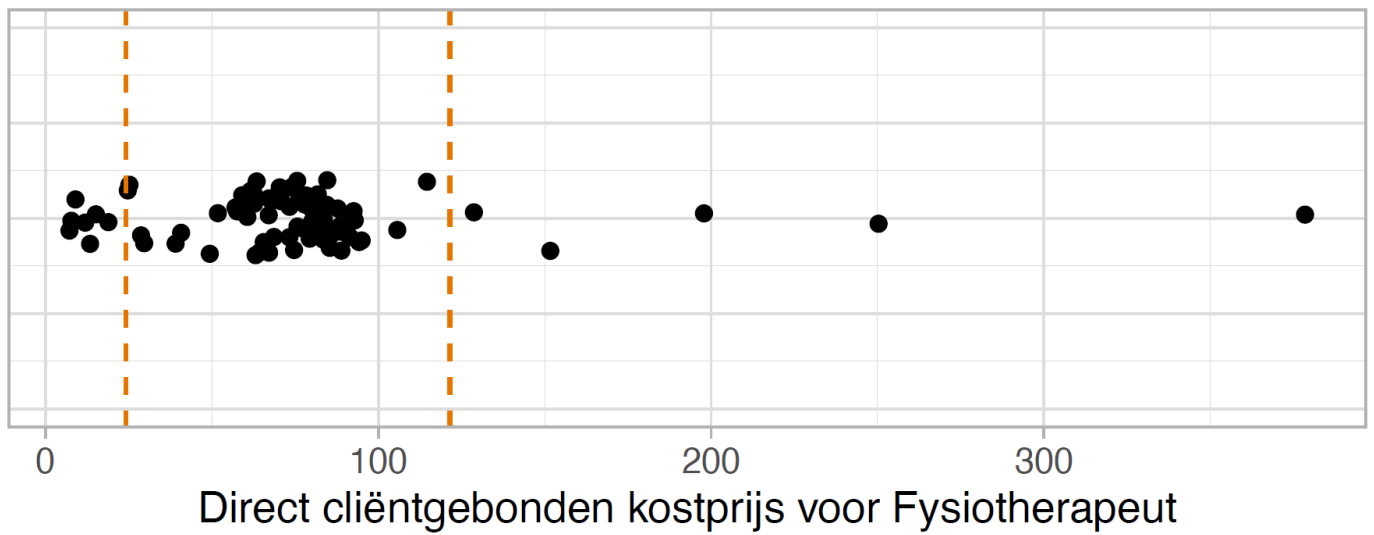


**Figuur 7-26. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van logopedist**

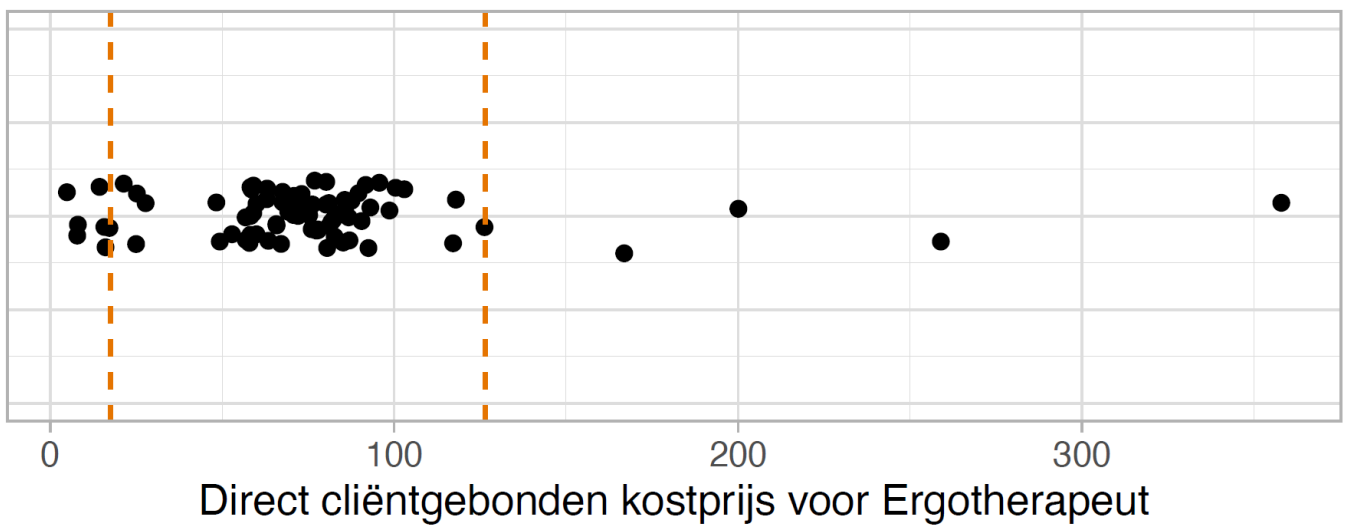




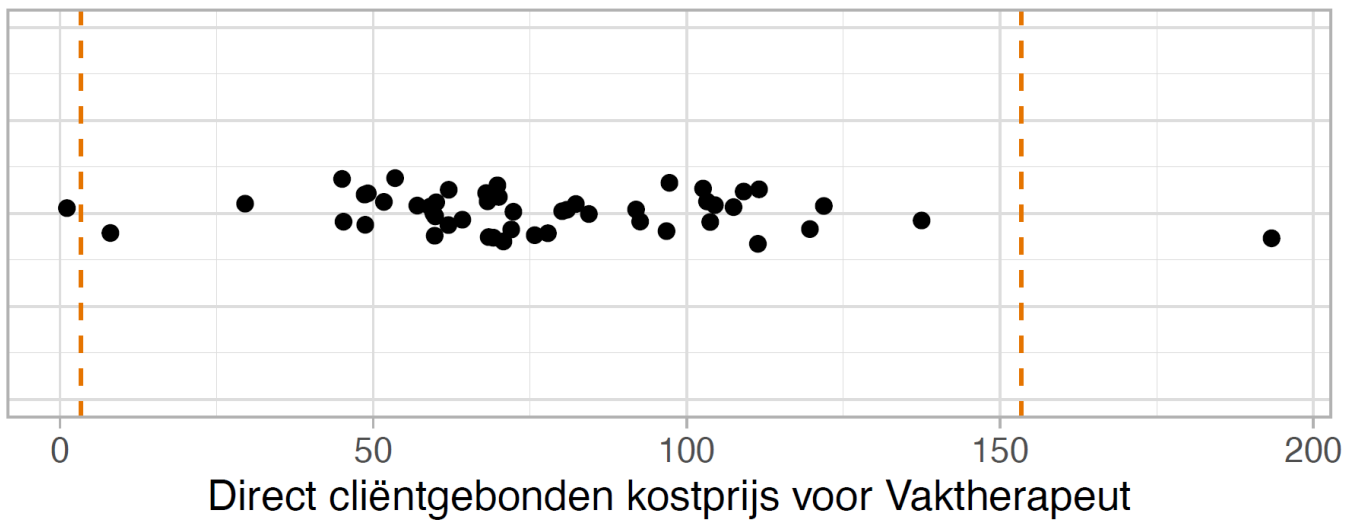
**Figuur 7-27. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van fysiotherapeut**



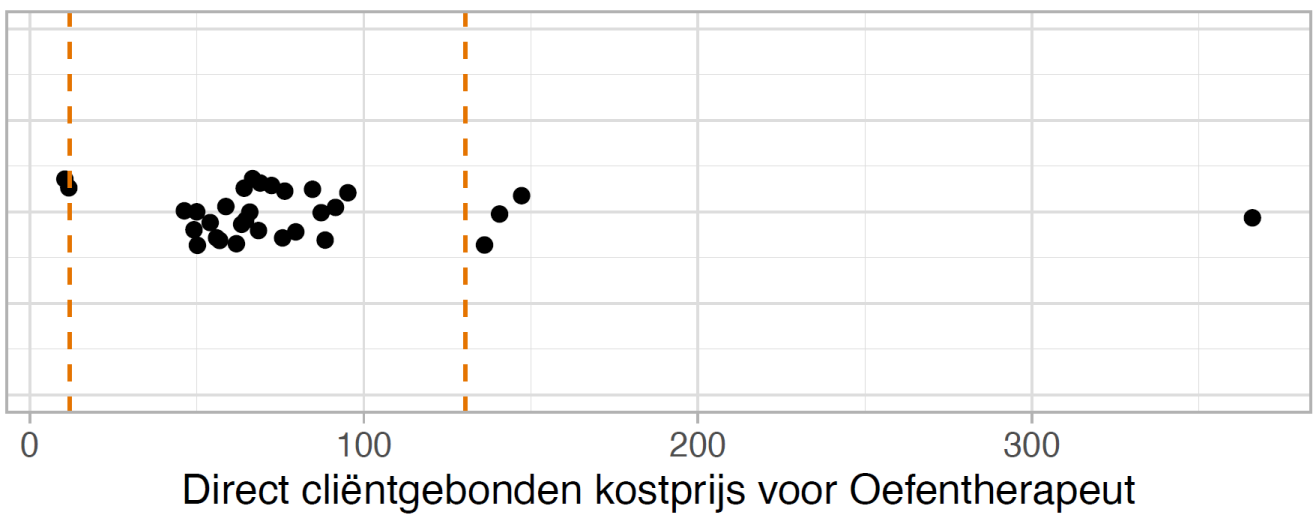
**Figuur 7-28. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van ergotherapeut**



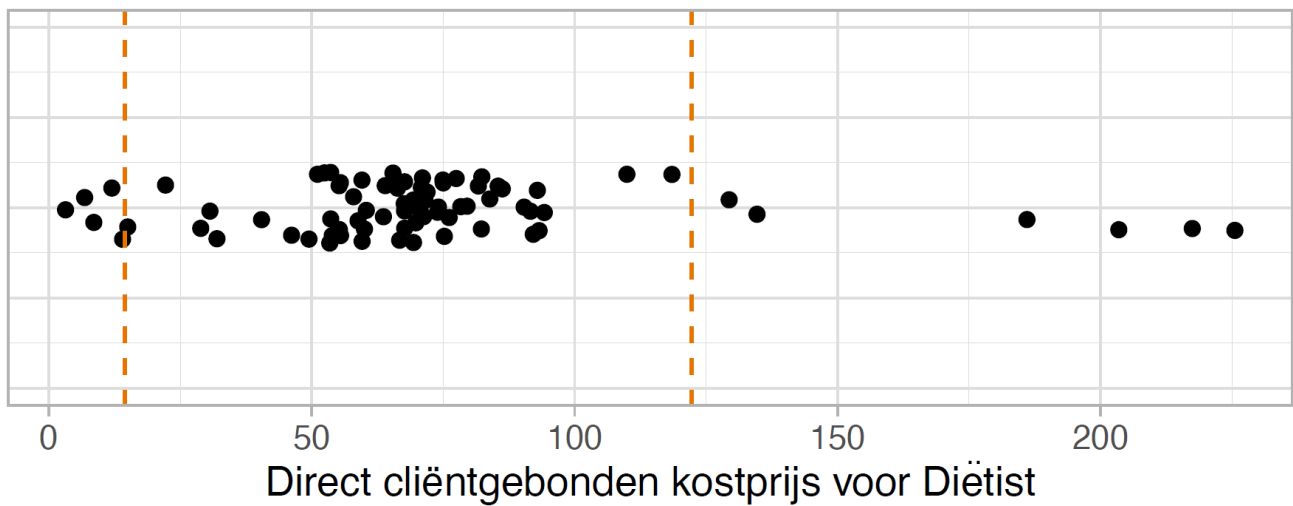
**Figuur 7-29. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van vaktherapeut**



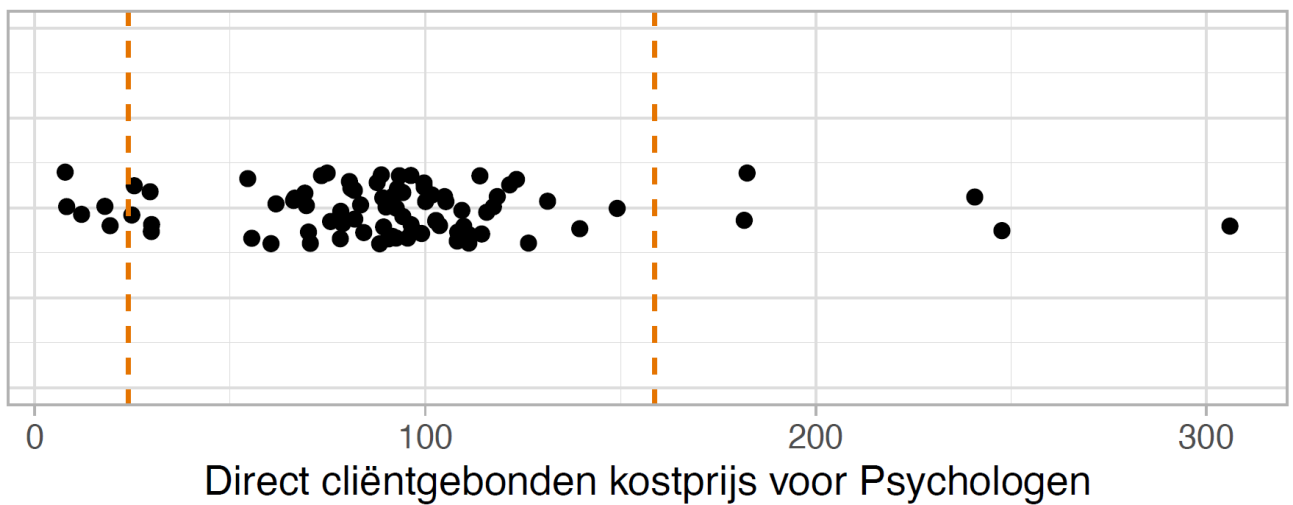
**Figuur 7-30. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van oefentherapeut**



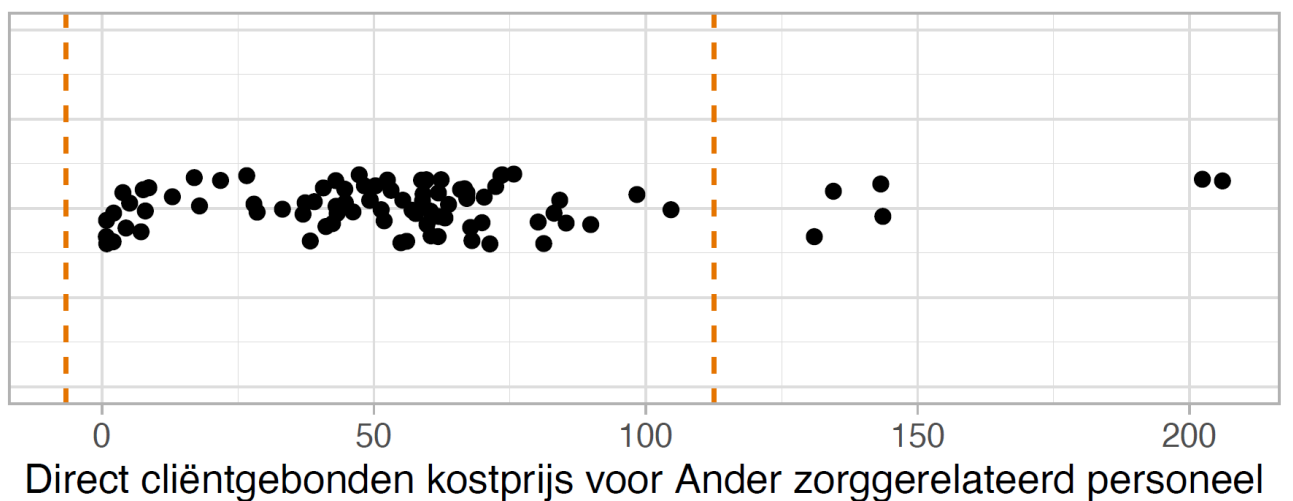
**Figuur 7-31. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van diëtist**



**Figuur 7-32. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van psychologen**



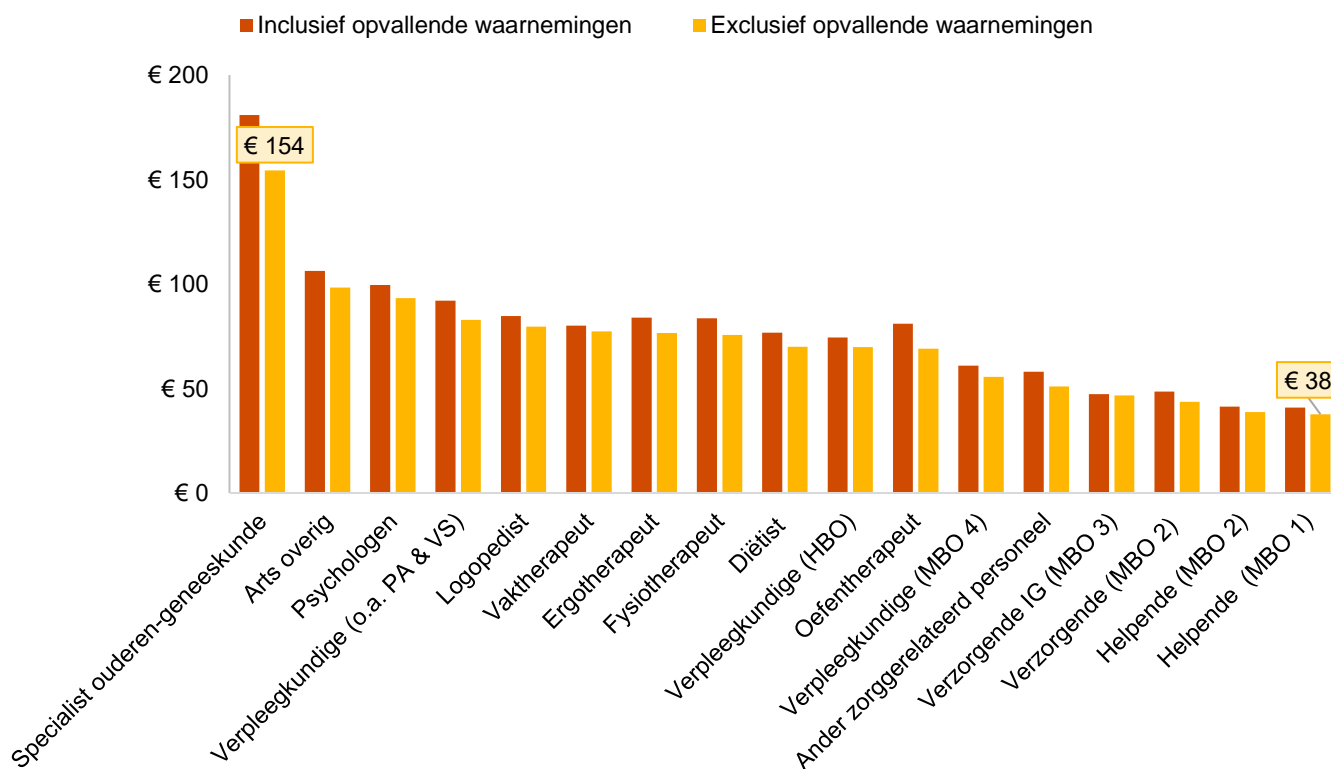
**Figuur 7-33. De onder- en bovengrens voor opvallende waarnemingen voor de kostprijzen van ander zorggerelateerd personeel**



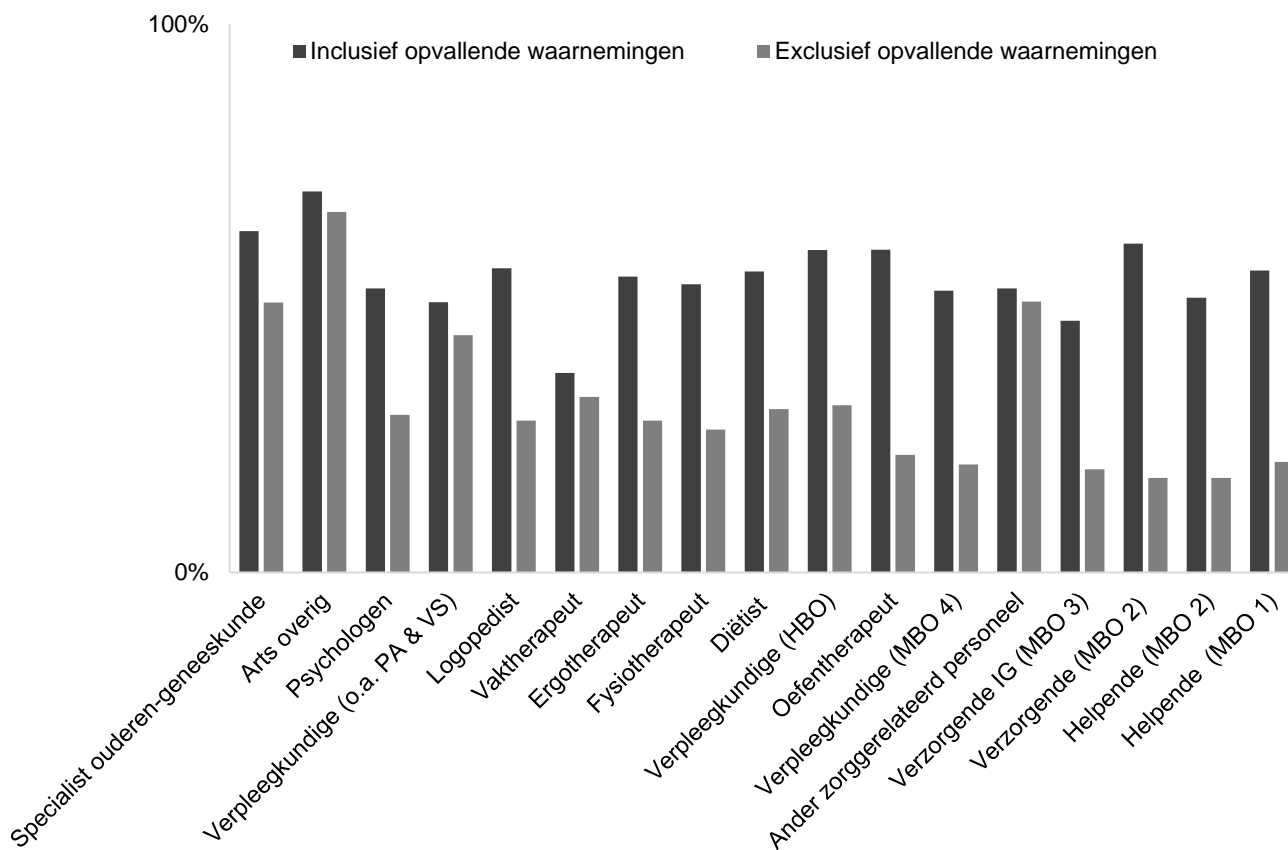
## Aangepaste kostprijsberekening

De meeste geïdentificeerde opvallende waarnemingen bevinden zich aan de bovenkant. Hierdoor zijn de aangepaste gewogen gemiddelde kostprijzen allemaal lager. Conform verwachting nemen alle gewogen CV-waardes af, oftewel de spreiding tussen de kostprijzen die ten grondslag liggen aan de gewogen gemiddelde kostprijzen is kleiner. Conform verwachting blijven met name de gewogen CV-waardes voor deskundigheidsniveaus die een bredere doelgroep van personeel bevatten hoger. Dit gaat om de arts overig, verpleegkundige (o.a. PA & VS) en ander zorggerelateerd personeel.

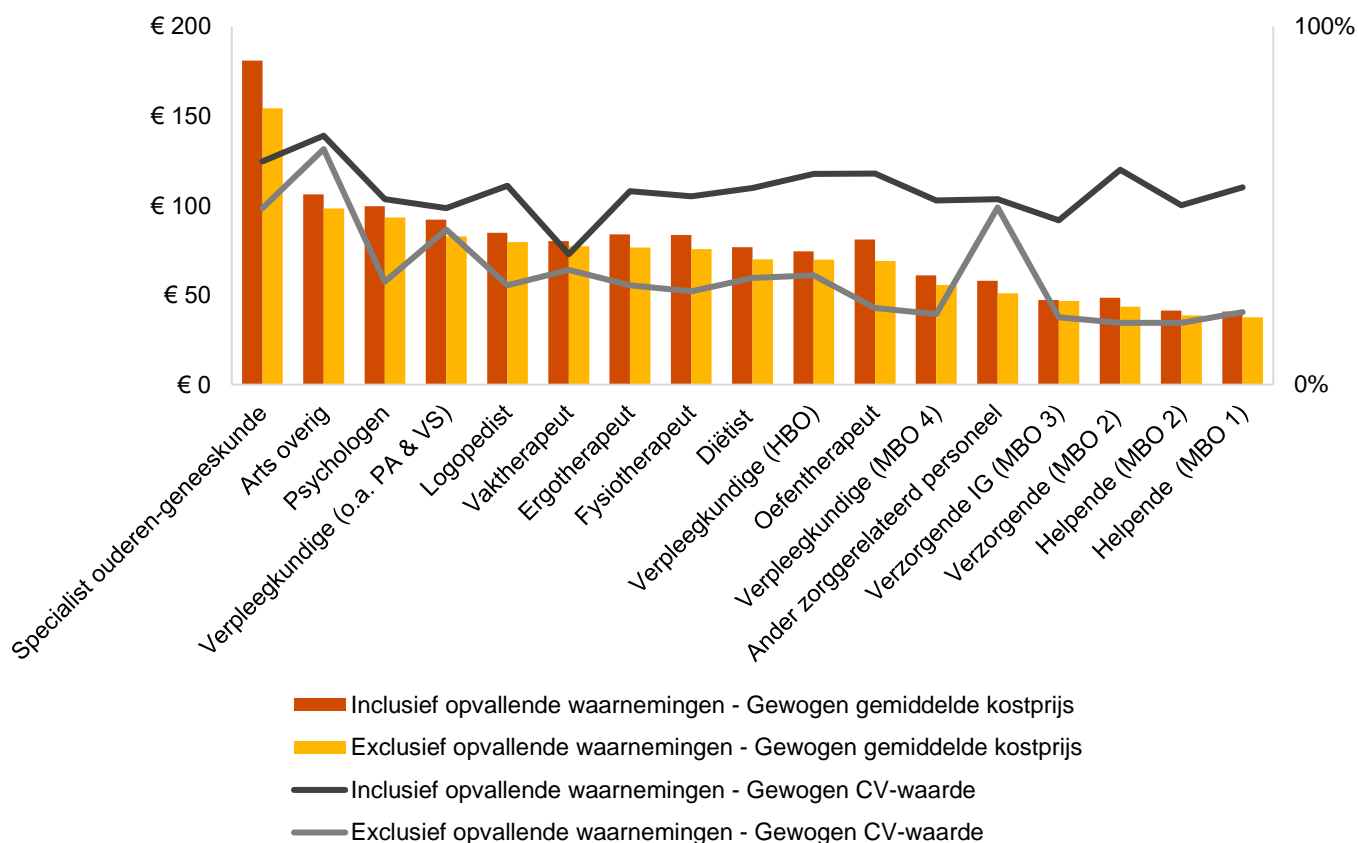
**Figuur 7-34. Het verschil tussen de gewogen gemiddelde kostprijs inclusief opvallende waarnemingen en de gewogen gemiddelde kostprijs exclusief opvallende waarnemingen**



**Figuur 7-35. Het verschil tussen de gewogen CV-waardes inclusief opvallende waarnemingen en de gewogen CV-waarde exclusief opvallende waarnemingen**



**Figuur 7-36. Combinatie figuur waarbij zowel de gemiddelde kostprijzen als de gewogen CV-waarden voor de verschillende prestaties zijn opgenomen inclusief en exclusief opvallende waarnemingen**



## 7.8 Bijlage H – kostprijzen per verloond uur per deskundigheidsniveau

Tabel 7-8. Gewogen gemiddelde kostprijzen per uur voor de verschillende deskundigheidsniveaus – per direct cliëntgebonden uur en per verloond uur<sup>81</sup>

Deskundigheidsniveau	Gewogen gemiddelde kostprijs – per direct cliëntgebonden uur	Gewogen gemiddelde kostprijs – per verloond uur
Helpende (MBO 1)	€ 40,81	€ 24,90
Helpende (MBO 2)	€ 41,31	€ 26,72
Verzorgende (MBO 2)	€ 48,46	€ 25,88
Verzorgende IG (MBO 3)	€ 47,25	€ 28,09
Verpleegkundige (MBO 4)	€ 60,99	€ 34,66
Verpleegkundige (HBO)	€ 74,42	€ 39,34
Verpleegkundige (o.a. PA en VS)	€ 92,09	€ 46,35
Specialist ouderengeneeskunde	€ 180,89	€ 88,89
Arts overig (m.u.v. huisarts)	€ 106,23	€ 53,84
Logopedist	€ 84,74	€ 46,55
Fysiotherapeut	€ 83,59	€ 47,42
Ergotherapeut	€ 83,86	€ 46,65
Vaktherapeut	€ 80,07	€ 41,98
Oefentherapeut	€ 81,02	€ 29,17
Diëtist	€ 76,72	€ 41,65
Psychologen	€ 99,56	€ 54,98
Ander zorggerelateerd personeel	€ 57,99	€ 31,20

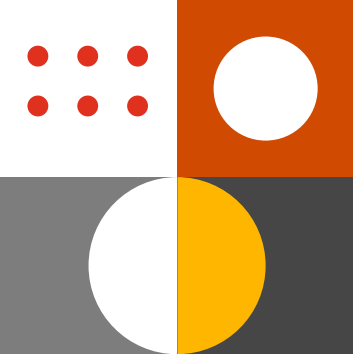
<sup>81</sup> Vijf KvK's zijn geëxcludeerd vanwege kostprijzen hoger dan 10.000 euro per uur (zowel bij direct cliëntgebonden als verloond uur). Daarnaast is bij één KvK geëxcludeerd vanwege een kostprijs van 3.000 euro per verloond uur.

**Tabel 7-9. Gewogen CV-waardes van de kostprijzen per uur voor de verschillende deskundigheidsniveaus – per direct cliëntgebonden uur en per verloond uur<sup>82</sup>**

<b>Deskundigheidsniveau</b>	<b>Gewogen CV-waarde – per direct cliëntgebonden uur</b>	<b>Gewogen CV-waarde – per verloond uur</b>
Helpende (MBO 1)	55,1%	56,9%
Helpende (MBO 2)	50,1%	52,8%
Verzorgende (MBO 2)	60,0%	76,4%
Verzorgende IG (MBO 3)	45,9%	46,2%
Verpleegkundige (MBO 4)	51,4%	49,2%
Verpleegkundige (HBO)	58,8%	57,0%
Verpleegkundige (o.a. PA en VS)	49,3%	51,5%
Specialist ouderengeneeskunde	62,3%	63,6%
Arts overig (m.u.v. huisarts)	69,5%	69,8%
Logopedist	55,5%	65,0%
Fysiotherapeut	52,6%	56,0%
Ergotherapeut	54,0%	59,2%
Vaktherapeut	36,4%	49,8%
Oefentherapeut	58,9%	71,3%
Diëtist	54,9%	62,5%
Psychologen	51,8%	56,9%
Ander zorggerelateerd personeel	51,8%	53,1%

<sup>82</sup> Vijf KvK's zijn geëxcludeerd vanwege kostprijzen hoger dan 10.000 euro per uur (zowel bij direct cliëntgebonden als verloond uur). Daarnaast is bij één KvK geëxcludeerd vanwege een kostprijs van 3.000 euro per verloond uur.





[pwc.com](https://www.pwc.com)

© 2024 PwC. All rights reserved.