
Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging

5 april 2017





Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
T.a.v. mevrouw drs. J.C.E. Kursten, mevrouw drs. I. Pastoors
Directie regulering
Newtonlaan 1-41
3504 BX Utrecht

5 april 2017

Referentie: 2017-0254/RJP/avm/ms

Betreft: Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging

Geachte mevrouw Kursten, mevrouw Pastoors,

In de afgelopen maanden hebben wij samen met u en met de daartoe ingestelde klankbordgroep gewerkt aan het onderzoek dat als input zal dienen voor de herijking van de door de NZa vast te stellen maximumtarieven voor de prestaties verpleging en verzorging.

Wij hebben deze opdracht uitgevoerd als onafhankelijk onderzoeker, conform uw opdrachtbevestiging d.d. 27 oktober 2016. Buiten de scope van het onderzoek zijn gebleven, conform uw offerteaanvraag en onze offerte:

- de MSVT die wordt gefinancierd vanuit de DBC's;
- de normatieve vergoeding van gedeerd vermogen;
- de indexering.

Met vriendelijke groet,
PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.

drs. R.J.C. Poerstamper MBA
Partner Consulting
robbert-jan.poerstamper@nl.pwc.com
T: 088 792 63 14

*PricewaterhouseCoopers Advisory N.V., Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam, Postbus 9616,
1006 GC Amsterdam, T: 088 792 00 20, F: 088 792 96 40, www.pwc.nl*

'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (KvK 54226368), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.

Inhoud

Samenvatting	6
1. Inleiding	12
2. Onderzoek uitgevoerd in samenspraak met het veld	13
2.1 Kostprijzen per prestatie kern van het onderzoek	13
2.2 Onderzoek met inbreng klankbordgroep voorbereid	13
2.3 Uitkomsten onderzoek met klankbordgroep geduid	16
2.4 Eerste doorkijk naar nieuw denken over bekostiging onderzocht	17
2.5 Gegevens 80 organisaties en 40 zzp'ers in analyse betrokken	17
2.6 Exploitatiecijfers 2015 en 2016: nettomarge negatief	18
3. Kostenvariabelen onderzocht als basis voor kostprijs	20
3.1 Directe loonkosten medewerkers in 2016 licht gestegen	20
3.2 Toeslag- en opslagpercentage per saldo 0,7% gestegen	21
3.3 Kosten personeel niet in loondienst afhankelijk van bedrijfsmodel	21
3.4 Zorggebonden personeelskosten marginaal gestegen	22
3.5 Opslag voor niet-zorggebonden kosten neemt af van 32,9% naar 30,7%	22
3.6 Productiviteit over langere periode gestegen ondanks toename overheadtaken	23
3.7 Kostprijs per declarabel uur per deskundigheidsniveau verandert weinig	28
3.8 Deskundigheidsmix verschuift naar hogere niveaus, verzorgende IG breed inzetbaar	28
3.9 Productmix verschuift naar zwaardere zorg	30
4. Organisaties maken verlies op persoonlijke verzorging en rendement op verpleging, per saldo verlies	32
4.1 Kostprijs persoonlijke verzorging in 2016 € 53,01 per uur, verpleging € 60,49	32
4.2 Kostprijs persoonlijke verzorging hoger dan maximumtarief en opbrengst	32
4.3 Kostprijs verpleging lager dan maximumtarief en opbrengst	34
4.4 Prestaties verpleging en verzorging per saldo verlieslatend	35
4.5 Hanteren gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief voldoende voor positieve nettomarge in 68,8% van de organisaties	35
4.6 Stijging kostprijs 2017 verwacht door andere toerekening reistijd, cao 2017 en eenmalige betaling onregelmatigheidstoelage	37
4.7 Kostprijzen berekend na samenvoegen prestaties	38

5. Kostprijs kindzorg en kostenopbouw bijzondere prestaties in beeld gebracht	45
5.1 Groter aandeel persoonlijke verzorging en hogere productiviteit in kleine organisaties	45
5.2 Aandeel extramurale zorg in organisatie lijkt niet van invloed op kostprijs	45
5.3 Kostprijs kindzorg hoger door bijzondere kostenstructuur	46
5.4 Hogere niet-zorggebonden kosten in organisaties met regionale beschikbaarheidsfunctie	48
5.5 Beeldschermzorg leidt (nog) niet tot lagere kostprijs	48
5.6 Hogere niet-zorggebonden kosten en in organisaties met medisch-specialistische teams	49
5.7 Organisaties met wijkgericht werken zetten hogere deskundigheidsniveaus in	50
5.8 Kosten bijzondere prestaties beïnvloeden kostprijzen marginaal	50
6. Zzp'ers: kostprijs ondanks lagere kosten eveneens hoger dan opbrengsten	52
6.1 Zzp'ers besteden meer tijd aan indirect cliëntgebonden taken	52
6.2 Kostprijs persoonlijke verzorging zzp'ers in 2016 € 43,52 per uur, verpleging € 44,80	54
6.3 Verpleging en verzorging ook voor zzp'ers 'verlieslatend'	56
6.4 Kostprijzen zzp'ers differentiëren relatief weinig per prestatie	56
7. Inzicht in kostenverklarende factoren nodig voor nieuwe bekostiging	58
7.1 Hogere zorgzwaarte – een hoger aandeel verpleging - gaat gepaard met lagere kosten per cliënt per jaar	58
7.2 Geen verband aangetoond tussen deskundigheidsmix en kosten per cliënt per jaar	59
7.3 Relatie zorgduur en kostprijs per uur niet eenduidig aangetoond	59
7.4 Geen verband aantoonbaar tussen kosten per uur en kosten per cliënt per jaar	61
7.5 Meer inzicht in kosten per jaar per cliënt nodig	62

Bijlagen

A. Kostprijsmodel	64
B. Verantwoording steekproef	66

Samenvatting

De NZa heeft besloten de tarieven voor extramurale verpleging en verzorging te herijken. De huidige tarieven zijn initieel gebaseerd op onderzoek uit 2000, maar inmiddels is er in de verpleging en verzorging zoveel veranderd, dat een structurele herijking nodig werd geacht.

Sinds 2000 is door verdere vergrijzing, een toenemende levensverwachting en de maatschappelijke transitie van de langdurige zorg waarbij het zo lang mogelijk thuis wonen het vertrekpunt vormt, de zorgzwaarte en -complexiteit in de verpleging en verzorging aanzienlijk toegenomen. In verband hiermee worden met name in de persoonlijke verzorging hogere deskundigheidsniveaus ingezet dan in de jaren kort na 2000 het geval was. Ook de opkomst van wijkverpleging als integrale prestatie en de opkomst van zelfsturende teams leidde tot de behoefte aan hogere deskundigheidsniveaus. Aan de andere kant is sinds 2000 de overhead aanzienlijk gedaald en is de productiviteit van de uitvoerend medewerkers ondanks de zwaardere zorg en afname van overhead gestegen.

Ter voorbereiding op de herijking heeft PwC in opdracht van de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de huidige kostprijzen. PwC heeft voor dit onderzoek gebruik gemaakt van data uit openbare bronnen zoals DigiMV, gecombineerd met de resultaten van een inventarisatie onder 80 zorgorganisaties en 40 zzp'ers, een representatieve steekproef uit het totale aantal. De 80 zorgorganisaties vertegenwoordigen 51,8% van de omzet voor verpleging en verzorging.

De voor dit onderzoek ingestelde klankbordgroep met vertegenwoordigers van zorgorganisaties, zorgverzekeraars en brancheorganisaties heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de opzet van het kostprijsmodel en van de vragenlijst, alsmede aan de duiding van de resultaten.

De kostprijzen per prestatie zijn afzonderlijk berekend voor zorgorganisaties en zzp'ers. De berekeningen betreffend de onderstaande prestaties:

- persoonlijke verzorging;
- oproepbare persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- oproepbare verpleging;
- medisch-specialistische verpleging thuis laagcomplexe zorg (MSVT Laag);
- gespecialiseerde verpleging;
- medisch-specialistische verpleging thuis hoogcomplexe zorg (MSVT Hoog);
- advies, instructie en voorlichting (AIV).

De prestaties persoonlijke verzorging en verpleging zijn samen goed voor 94,7% van het totale zorgvolume in uren zorg. Persoonlijke verzorging is met 68,1% van het aantal uren het grootst in omvang, gevolgd door verpleging met 26,6%.

Daarnaast hebben wij de kostprijs berekend van kindzorg en de kostenopbouw in kaart gebracht voor bijzondere prestaties: wijkgericht werken, beloning op maat, ketenzorg dementie, de regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en de regiefunctie complexe wondzorg.

De zorgorganisaties en zzp'ers hebben cijfers aangeleverd over 2015 en 2016, met een prognose voor 2017. De gegevens over 2015 betreffen de meest recente via de jaarrekening afgesloten cijfers. Wij hebben onze conclusies echter zoveel mogelijk gebaseerd op de cijfers over 2016, omdat deze de recente ontwikkelingen in de verpleging en verzorging het beste weergeven.

Opbouw kostprijzen vanuit directe loonkosten

De kostprijzen zijn berekend door allereerst de directe loonkosten van zorggebonden medewerkers (conform cao) te vermeerderen met:

- de cao-toeslagen;
- de werkelijk uitbetaalde toeslagen voor bijvoorbeeld onregelmatigheid;
- de werkgeverslasten;
- de kosten voor personeel niet in loondienst.

In deze kosten zijn niet opgenomen de kosten voor achterstallige betaling in 2016 van onregelmatigheidstoeslag over de jaren 2012 tot en met 2016. Hiervoor is gekozen omdat nog niet exact bekend is, hoe deze zullen worden verwerkt. Wij ramen een structureel effect op de kostprijzen van 1,1%.

Vervolgens zijn de niet-cliëntgebonden kosten toegevoegd. Dit betreft:

- de indirecte personeelskosten;
- de overige personeelskosten;
- de materiële kosten;
- de kapitaallasten.

De vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen is nu nog buiten beschouwing gebleven; deze zal later door de NZa worden berekend ten behoeve van de vaststelling van de tarieven.

Vervolgens hebben wij de deskundigheidsmix van zorggebonden medewerkers per prestatie in kaart gebracht, en tot slot de productiviteit van de zorggebonden medewerkers. Door deze gegevens te combineren met de kosten, kon een kostprijs per uur per prestatie worden berekend.

Alle aangeleverde gegevens zijn uitgebreid getoetst en gevalideerd.

Productiviteit medewerkers over langere periode bezien gestegen ondanks taakverzwaring

Een van de belangrijke variabelen voor de kostprijs is de productiviteit. Uit het onderzoek blijkt dat de productiviteit van de medewerkers op de werkvloer bezien over de periode 2000 – 2016 is gestegen. Dit ondanks het overnemen van overhead- en managementtaken vooral door de hogere deskundigheidsniveaus. De productiviteit in 2015 en 2016 is als volgt.

Tabel S-1: Productiviteit per deskundigheidsniveau zorggebonden personeel, 2015 en 2016

Productiviteit	Helpenden	Verzorgenden	Verzorgenden IG	Verpleegkundigen mbo	Verpleegkundigen hbo	Bachelor of nursing	Overig zorgpersoneel
2015	65,9%	63,9%	62,8%	59,8%	52,6%	40,3%	50,2%
2016	66,6%	63,47%	61,9%	60,0%	53,6%	37,2%	51,1%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De productiviteit neemt af met de toename van het functieniveau. Dit komt omdat taken als coördinatie en overleg met andere hulpverleners vooral worden neergelegd bij de hogere niveaus, in het bijzonder de verpleegkundigen. Over alle prestaties heen is de functiegroep verzorgenden IG (individuele gezondheidszorg) de groep die het meest wordt ingezet: 35,5% van de totale personeelsformatie in 2016; mbo-verpleegkundigen volgen met 20,5%.

Kostprijzen per prestatie berekend

Voor de organisaties hebben wij volgens de eerder beschreven methodiek de volgende kostprijzen per prestatie berekend.

Tabel S-2: Kostprijzen per prestatie per uur, organisaties 2015 en 2016

Kostprijs	Persoonlijke verzorging	Oproepbare verzorging	Verpleging	Oproepbare verpleging	MSVT Laag	Gespecialiseerde verpleging	MSVT Hoog	AIV
2015	€ 52,81	€ 51,86	€ 60,66	€ 58,22	€ 62,97	€ 74,15 ¹	€ 72,15	€ 71,97
2016	€ 53,01	€ 53,79	€ 60,49	€ 60,89	€ 62,48	€ 70,50	€ 71,36	€ 71,19

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

¹ De kostprijs voor gespecialiseerde verpleging is in 2015 duidelijk hoger dan in 2016. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat in 2015 meer medewerkercapaciteit op niveau 6 is ingezet dan in 2016. Het betreft overigens in het totaal van de productmix kleine aantallen uren.

Het valt op dat de kostprijzen voor de meeste prestaties in 2016 nagenoeg gelijk aan of zelfs lager zijn dan in 2015.

Ontwikkelingen 2017 en latere jaren

Het is de bedoeling de nieuwe tarieven per 1-1-2018 te laten ingaan. Daarom is het van belang niet alleen de huidige kostprijzen te bezien, maar ook relevante factoren in 2017 en 2018. Allereerst gaat het dan om de indexatie voor deze beide jaren. Daarnaast gaat het om enkele specifieke ontwikkelingen waarvan nog niet bekend is hoe deze exact in de tarieven zullen worden vertaald:

- het effect van de nieuw afgesloten cao, bestaande uit 1,7% kostprijsverhoging regulier plus 1,1% als gevolg van de rechterlijke uitspraak² dat onregelmatigheidstoelage ook tijdens ziekte en vakantie uitbetaald moet worden.
- het effect van de rechterlijke uitspraak³ inzake de uitbetaling van reistijd. De reistijd van huis naar de eerste werkplek zal in elk geval als werktijd moet worden beschouwd; volgens opgave van een aantal organisaties moet worden gerekend op een effect van 2,5% over alle prestaties heen. Of de uitspraak ook geldt voor de reis van de laatste werkplek naar huis en of de uitspraak terugwerkende kracht heeft, is nog in discussie. Deze laatste mogelijke effecten zijn daarom niet meegenomen.

Tabel S-3: Kostprijzen per prestatie per uur, organisaties effecten 2017 en 2018

Kostprijs	Persoonlijke verzorging	Oproepbare verzorging	Verpleging	Oproepbare verpleging	MSVT Laag	Gespecialiseerde verpleging	MSVT Hoog	AIV
Kostprijs 2016	€ 53,01	€ 53,79	€ 60,49	€ 60,89	€ 62,48	€ 70,50	€ 71,36	€ 71,15
Vergoeding rendement EV	Door NZa te berekenen							
Effecten 2017								
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm
Reistijd is werktijd heenreis	€ 1,21	€ 1,08	€ 1,68	€ 1,77	€ 1,89	€ 2,20	€ 2,07	€ 1,67
Cao-effecten regulier	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
ORT over vakantie e.d.	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%
Effecten 2018								
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Mogelijk kan in 2018 daarnaast nog een effect worden verwacht van een hogere inschaling van medewerkers op niveau 5.

Samenvoegen prestaties in bekostiging goed verdedigbaar

De kostprijsanalyse laat zien dat de kostprijzen van een aantal prestaties elkaar niet veel ontlopen. In het kader van vereenvoudiging van regelgeving en verder toegroeien naar één integraal tarief voor alle prestaties zouden prestaties kunnen worden samengevoegd.

Wij geven op grond van de onderzoeksresultaten in overweging de volgende prestaties samen te voegen:

- persoonlijke verzorging en oproepbare verzorging;
- verpleging, oproepbare verpleging en MSVT Laag;
- gespecialiseerde verpleging en MSVT Hoog

² Kantonrechter Zeeland West-Brabant 19 oktober 2016, <http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBZWB:2016:6533>

³ Europese Hof 12 september 2015 zaak C-266/14.

Wij hebben de kostprijs van deze samengevoegde prestaties berekend op basis van de gemiddelde kostprijs in 2016, gewogen voor het aandeel van elke prestatie in het totale zorgvolume van de gecombineerde prestatie.

Tabel S-4: Kostprijzen per prestatie per uur, bij samenvoeging prestaties

Kostprijs	Persoonlijke verzorging en oproepbare verzorging		Verpleging, oproepbare verpleging en MSVT Laag			Gespecialiseerde verpleging En MSVT Hoog		AIV
Kostprijs 2016	€ 53,01		€ 60,63			€ 70,92		€ 71,15
Vergoeding rendement EV	Door NZa te berekenen							
Effecten 2017								
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm
Reistijd is werktijd heenreis	2,3%		2,8%			3,0%		2,4%
Cao-effecten regulier	1,7%		1,7%			1,7%		1,7%
ORT over vakantie e.d.	1,1%		1,1%			1,1%		1,1%
Effecten 2018								
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Kostprijs kindzorg hoger dan andere prestaties door verscheidenheid aan factoren

De kostprijs van kindzorg hebben wij afzonderlijk berekend, gelet op het bijzondere karakter van de zorg. De kostprijs komt uit op € 74,44; dat is hoger dan de kostprijs van de reguliere prestaties. Er zijn meerdere oorzaken voor. De belangrijkste is de inzet van hogere deskundigheidsniveaus, mede veroorzaakt door het hogere aandeel verpleegkundigen; veelal nemen de ouders de persoonlijke verzorging van het kind op zich en worden professionals ingezet voor de verpleegkundige zorg. Verder zijn onder meer de opleidingskosten hoger doordat verpleegkundigen worden opgeleid tot kinderverpleegkundigen. De kosten in verband met het reizen zijn hoger omdat de kinderen verspreid in het werkgebied wonen. Dit kunnen zowel reiskostenvergoedingen zijn als kosten van (lease)auto's. De indirecte personeelskosten zijn hoger in verband met hogere kosten voor de doorontwikkeling van het vak.

Voor wat betreft de tarieven voor 2017 en volgende jaren: het effect van de gewijzigde toerekening van reistijd zal voor de kindzorg mogelijk groter dan gemiddeld zijn door de relatief lange reistijden. Dit recent bekend⁴ geworden effect kan nog niet worden gekwantificeerd.

Effect van bijzondere prestaties op totale kosten beperkt

Analyse van de bijzondere prestaties leert dat er in alle gevallen sprake is van factoren die leiden tot een hogere kostprijs dan die van de reguliere prestaties. Soms komt dat door inzet van hogere deskundigheidsniveaus (de prestatie wijkgericht werken) en soms door hogere overheadkosten (de prestaties regionale beschikbaarheid, beeldzorg, medisch-specialistische teams). Overigens is het effect van hogere kostprijzen voor bijzondere prestaties op de totale kosten op sectorniveau beperkt: 1,3%. Dit percentage is indicatief: de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen zorgorganisaties.

Wij adviseren om voor deze bijzondere prestaties niet uit te gaan van kostprijzen per prestatie, maar van een vergoeding van aannemelijke extra kosten. Verzekeraars en aanbieders kunnen hierover afspraken maken op grond van de lokale situatie. Dit zou aansluiten bij de huidige systematiek, waarin immers voor bijzondere prestaties geen maximumtarief van toepassing is, maar juist ruimte is voor lokale afspraken tussen aanbieders en verzekeraars inzake kosten die niet vanuit de tarieven van de reguliere prestaties vergoed worden.

⁴ De prestaties gespecialiseerde verpleging en AIV worden door te weinig zzp'ers geleverd om een kostprijs te kunnen berekenen.

Kostprijs zzp'ers lager dan kostprijs organisaties

Om de kostprijs voor zzp'ers te berekenen, hebben wij het uitgangspunt gehanteerd dat zij dezelfde beloning zouden ontvangen als medewerkers in loondienst. Dit resulteert in de volgende kostprijzen.

Tabel S-5: Kostprijzen per prestatie⁵ zzp'ers 2015 en 2016

Kostprijs	Persoonlijke verzorging	Oproepbare verzorging	Verpleging	Oproepbare verpleging	MSVT Laag ⁶	MSVT Hoog
2015	€ 46,18	€ 40,45	€ 47,70	€ 44,91	€ 48,84	€ 47,20
2016	€ 43,52	€ 46,80	€ 44,80	€ 46,89	€ 45,67	€ 44,87

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De kosten voor overhead zijn bij zzp'ers lager, maar het aandeel indirecte tijd is aanzienlijk hoger: zzp'ers moeten de overheadtaken immers zelf uitvoeren. Per saldo is de kostprijs van zzp'ers echter voor alle prestaties lager dan die voor organisaties.

De kostprijzen van verpleging en verzorging verleend door zzp'ers verschillen relatief weinig per prestatie. Feitelijk is het deskundigheidsniveau van de zzp'er de enige bepalende factor voor kostenverschillen.

Kostprijs persoonlijke verzorging hoger dan opbrengst, kostprijs verpleging lager; per saldo verlieslatend

De kostprijs van persoonlijke verzorging is hoger dan de opbrengst. Op elk uur persoonlijke verzorging maken organisaties gemiddeld € 6,94 verlies, dat is 15,1%. De kostprijs is ook hoger dan het maximumtarief van de NZa. Voor verpleging is de situatie omgekeerd: de kostprijs is lager dan de opbrengst. Op elk uur verpleging maakt de organisatie € 10,64 rendement, dat is 14,2%.

Omdat het volume van persoonlijke verzorging veel groter is dan dat van verpleging, is er per saldo sprake van verlies. De opbrengst van de kleinere prestaties brengen daar geen verandering in. Als we de onderzoeksresultaten extrapoleren naar de gehele sector - op basis van Vektisbestanden - is er sprake van een verlies van € 149 mln.⁷ op jaarbasis.

Zzp'ers maken over alle prestaties gezamenlijk een 'verlies' van € 3,07 per uur in 2015. Ook voor zzp'ers is de kostprijs dus hoger dan de vergoeding die zij ontvangen, zij het in mindere mate dan voor organisaties.

Hanteren gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief zou verlies van € 149 mln. opvangen

Wij hebben onderzocht wat het financiële effect zou zijn als het opbrengsttarief gelijk gesteld zou worden aan de gemiddelde kostprijzen zoals wij die hebben berekend. Het blijkt dat in dit geval 83,8% van de organisaties geen verlies meer zou maken op verpleging en verzorging.

16,2% van de organisaties maakt nog wel steeds verlies. Onder deze organisaties zijn er enkele waar het aandeel verpleegkundigen in de deskundigheidsmix hoger is dan gemiddeld. Dit kan een bewuste keuze zijn, om tegemoet te komen aan de trend van toenemende zorgcomplexiteit.

5 De prestaties gespecialiseerde verpleging en AIV worden door te weinig zzp'ers geleverd om een kostprijs te kunnen berekenen.

6 Merk op dat de kostprijs voor MSVT Laag bij zzp'ers hoger is dan voor MSVT Hoog. De reden hiervoor is uit het onderzoek niet duidelijk naar voren gekomen. Het betreft echter zeer kleine zorgvolumes.

7 Exclusief de vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen en exclusief effecten door de cao 2017 en door de rechterlijke uitspraken inzake onregelmatigheidstoelag en reistijd.

Slot

Om de berekende kostprijs per uur in perspectief te kunnen plaatsen, hebben wij aan de hand van extra opgevraagde gegevens enkele aanvullende analyses uitgevoerd. Zo hebben wij onderzocht welke verbanden er zijn tussen de kostprijs per uur en de kosten per cliënt per jaar. Is aantoonbaar dat een hoge uurprijs gepaard gaat met lage kosten per jaar, vanuit de gedachte dat inzet van verpleegkundigen het zorgvolume kan beperken door het bevorderen van zelfredzaamheid en coördinatie van mantelzorg?

Uit het onderzoek blijkt een dergelijk verband niet aan te tonen, maar evenmin het omgekeerde. Een hoge uurprijs gaat dus ook niet gepaard met hoge jaarlijkse kosten. Verder bleek dat de kosten per cliënt per jaar lager zijn naarmate het aandeel verpleging in de productmix hoger is.

De NZa zal deze rapportage betrekken bij de herijking van de tarieven voor verpleging en verzorging. Het is de bedoeling dat deze tarieven gaan gelden vanaf 2018.

Wij adviseren om – naast de voorgenomen meer fundamentele herijking van de bekostiging – het nu opgestelde kostprijsmodel te gebruiken om jaarlijks of tweejaarlijks de kostprijzen te herijken en zodoende de aansluiting met de werkelijkheid maximaal te behouden.

1. Inleiding

De maximumtarieven die de NZa jaarlijks vaststelt voor de extramurale verpleging en verzorging zijn aan herijking toe. De laatste jaren zijn de tarieven vooral tot stand gekomen door de bestaande tarieven te indexeren en de effecten van nieuwe regelgeving te verwerken. De NZa zoekt echter naar een betere aansluiting van de tarieven op de kostprijzen zoals die in de praktijk zijn.

De NZa heeft daarom PwC opdracht gegeven om in samenspraak met aanbieders en zorgverzekeraars een onderzoek uit te voeren dat input kan leveren voor een herijking van de tarieven en tevens de impact op de huidige tarieven in beeld brengt. Het onderzoek startte eind oktober 2016; het afsluitende rapport is eind maart 2017 opgeleverd. De NZa streeft ernaar de nieuwe tarieven in te voeren per januari 2018.

Het onderzoek is begeleid door een klankbordgroep onder voorzitterschap van de NZa, samengesteld uit aanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland, BMKT (kinderthuiszorg) en Zorgverzekeraars Nederland. De klankbordgroep heeft een cruciale bijdrage geleverd aan het onderzoek door kritisch mee te denken bij opstellen van het kostprijsmodel, de formulering van de uitvraag en de duiding van de uitkomsten. Wij spreken graag onze erkentelijkheid uit. Door deze bijdrage heeft het onderzoek aan scherpte en praktische bruikbaarheid gewonnen en is de aansluiting bij de praktijk geborgd.

Wij spreken ook onze dank uit aan alle organisaties en zzp'er die gegevens hebben aangeleverd. Wij realiseren ons dat wij kostbare tijd van hen hebben gevraagd, ondanks het feit dat wij hen bij het aanleveren waar mogelijk hebben ondersteund. Dankzij hun medewerking is het mogelijk geworden om een gedegen onderzoek uit te voeren, dat realistische en gedragen input vormt voor het vaststellen van de maximumtarieven in 2018.

Leeswijzer van dit rapport:

- **Hoofdstuk 1** is deze inleiding.
- In **hoofdstuk 2** beschrijven wij de onderzoeksaanpak.
- In **hoofdstuk 3** presenteren wij de uitkomsten van de onderzochte variabelen.
- In **hoofdstuk 4** berekenen wij de kostprijzen voor zorgorganisaties en het verschil tussen kostprijs en opbrengst.
- In **hoofdstuk 5** besteden wij aandacht aan de kindzorg en bijzondere prestaties.
- In **hoofdstuk 6** berekenen wij de kostprijzen voor zzp'ers, eveneens inclusief de verschillen met de huidige tarieven.
- In **hoofdstuk 7** bespreken wij de relatie tussen de kostprijs en de zorgzwaarte, zorgduur en kosten per cliënt per jaar.

2. Onderzoek uitgevoerd in samenspraak met het veld

Hoofdstuk 2 is gewijd aan een beschrijving van de onderzoeksopzet, inclusief een analyse van de deelnemende organisaties en zzp'ers.

2.1 Kostprijzen per prestatie kern van het onderzoek

Centraal in het onderzoek staat het berekenen van de kostprijzen per prestatie. Deze kostprijzen hebben wij berekend door allereerst de kostprijzen per uur per deskundigheidsniveau te berekenen en vervolgens de mix van niveaus per prestatie. In het onderzoek zijn de volgende prestaties onderscheiden:

- persoonlijke verzorging;
- oproepbare persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- oproepbare verpleging;
- MSVT Laag (medisch specialistische verpleging thuis laagcomplexe zorg);
- gespecialiseerde verpleging;
- MSVT Hoog (medisch specialistische verpleging thuis hoogcomplexe zorg);
- AIV (advies, instructie en voorlichting);

De kostprijzen voor deze prestaties hebben wij in beeld gebracht voor twee typen aanbieders: zorgorganisaties en zzp'ers.

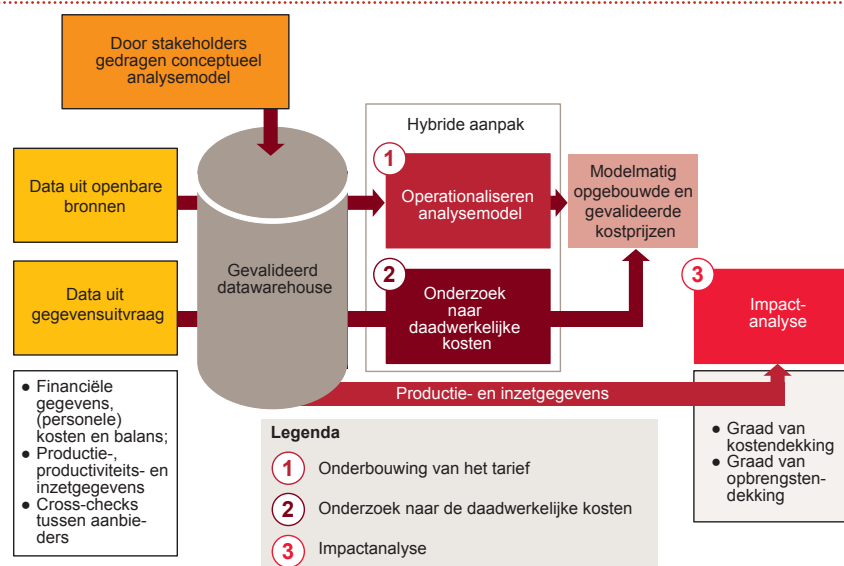
Vervolgens hebben wij de kostprijs berekend van kindzorg en de kostenopbouw van bijzondere prestaties in kaart gebracht, te weten: wijkgericht werken, beloning op maat, ketenzorg dementie, de regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en de regiefunctie complexe wondzorg.

Wij hebben het onderzoek uitgevoerd door gegevens uit openbare of landelijke bronnen te combineren met gegevens die afkomstig zijn uit een speciaal voor deze tariefsherijking ontwikkelde uitvraag onder zorgaanbieders (zorgorganisaties en zzp'ers). Het gaat in de kern om financiële gegevens over personele inzet en deskundigheidsmix, en productiviteitscijfers. Daarnaast zijn met het oog op de toekomstige bekostiging aanvullende vragen gesteld over bijvoorbeeld de cliëntgroepen aan wie zorg geleverd is en een nadere uitsplitsing van niet-productieve uren. De gebruikte openbare bronnen zijn DigiMV 2015 en de cao VVT 2015/2016 en 2017.

2.2 Onderzoek met inbreng klankbordgroep voorbereid

De onderzoeksopzet die de leidraad voor de uitvoering vormde, hebben wij vooraf opgesteld en bij de klankbordgroep getoetst.

Figuur 2-1: Onderzoekopzet tariefonderzoek verpleging en verzorging



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Voorafgaand aan het onderzoek, eind 2016, hebben wij samen met de klankbordgroep een kostprijsmodel ontwikkeld. Kern van het model is de opbouw van de kosten van zorggebonden personeel. Het model gaat uit van de verschillende kostenvariabelen per deskundigheidsniveau. De directe loonkosten conform de cao-inschaling - FWG-inschaling - vormen de basis.

De verschillende in de cao vastgelegde toe- en opslagen (onregelmatigheidstoeslag, eindejaarsuitkeringen, eenmalige uitkeringen, levensloopbijdragen, vakantietoeslag en werkgeverslasten) zijn daarbij opgeteld. Dit geldt ook voor de kosten van personeel niet in loondienst.

Vervolgens zijn de niet-cliëntgebonden personeelskosten, de overige personeelskosten, de materiële kosten en de kapitaallasten toegevoegd. Ook is een bedrag voor incidentele kosten opgenomen (€ 12 mln. per jaar), uitgaande van de ervaring dat elk jaar sprake zal zijn van een bepaald percentage incidentele kosten, bijvoorbeeld voor reorganisaties. Anders gezegd: voor individuele organisaties zijn de kosten incidenteel, voor de sector echter structureel.

Twee elementen zijn buiten beschouwing gelaten:

- de vergoeding op gederfd rendement van eigen vermogen; deze zal de NZa zelf berekenen;
- de kosten die in 2016 gemoeid waren met achterstallige betaling van de onregelmatigheidstoeslag tijdens vakanties over de jaren 2012 tot en met 2016. De rechter heeft in 2016 beslist dat onregelmatigheidstoeslag tijdens vakanties uitbetaald moet worden, met terugwerkende kracht tot 2012. Vanaf 2017 is de onregelmatigheidstoeslag tijdens vakanties onderdeel van de cao en daarmee van de jaarlijkse indexatie.

Vervolgens hebben wij de productiviteit van de medewerkers en de deskundigheidsmix van zorggebonden medewerkers in kaart gebracht. Door combinatie van deze variabelen is de kostprijs per uur per prestatie berekend.

Het volledige kostprijsmodel inclusief de gemiddelde uitkomsten vindt u in bijlage A. In tabel 2-1 is ter illustratie een enigszins verkorte versie van het model opgenomen. Uitgangspunt zijn de verschillende kostenvariabelen per deskundigheidsniveau.

Tabel 2-1: Verkort kostprijsmodel onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging: berekening zorggebonden kosten

Ten behoeve van prestaties per uur	2	3	3	4	5	6	Overig zorgpersoneel
	Helpende	Verzorgende	Verzorgende IG	Verpleegkundige (MBO)	Verpleegkundige (HBO)	Verpleegkundige (Bach of Nursing)	
Zorggebonden personeelskosten							
Brutosalaris op jaarbasis op basis van CAO inschaling							
Opslagen conform CAO (ORT, vakantietoeslag e.d.)							
Werkgeverslasten							
Totale Loonkosten zorggebonden in loondienst							
Personeel niet in loondienst direct							
Totaal zorggebonden personeelskosten							
Overige personeelskosten							
Niet-zorggebonden personeelskosten							
Overige personeelskosten							
Totaal overige personeelskosten							

Ten behoeve van prestaties per uur	2	3	3	4	5	6	
	Helpende	Verzorgende	Verzorgende IG	Verpleegkundige (MBO)	Verpleegkundige (HBO)	Verpleegkundige (Bach of Nursing)	Overig zorgpersoneel
Materiële kosten							
Kapitaallasten							
Vergoeding gederfd rendement eigen vermogen							
Totaal							

Productiviteit	%	%	%	%	%	%	%
----------------	---	---	---	---	---	---	---

Prijs per declarabel uur							
Zorggebonden personeel	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Overige loonkosten	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Overige kosten	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

Deskundigheidsinzet over prestaties							
Persoonlijke verzorging	%	%	%	%	%	%	%
Oproepbare verzorging	%	%	%	%	%	%	%
Verpleging	%	%	%	%	%	%	%
Oproepbare verpleging	%	%	%	%	%	%	%
MSVT LAAG	%	%	%	%	%	%	%
Gespecialiseerde verpleging	%	%	%	%	%	%	%
MSVT HOOG	%	%	%	%	%	%	%
AIV	%	%	%	%	%	%	%

Prijs per prestatie	Integrale kostprijzen						
Persoonlijke verzorging	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Oproepbare verzorging	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Verpleging	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Oproepbare verpleging	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
MSVT LAAG	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Gespecialiseerde verpleging	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
MSVT HOOG	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
AIV	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Met dit kostprijsmodel zijn alle kosten in beeld gebracht, op een voor alle prestaties en alle aanbieders uniforme wijze. Op basis hiervan hebben wij, eveneens samen met de klankbordgroep, de vragenlijst voor de gegevensinventarisatie onder aanbieders ontwikkeld. Naast de hiervoor aangeduide financiële gegevens is gevraagd naar de productie per prestatie, en de deskundigheidsmix per prestatie.

De gegevensverzameling startte in december 2016, dus de verzameling van data uit openbare bronnen en de uitvraag onder deelnemende organisaties en zzp'ers. Ondanks het feit dat het om gegevens ging die

ook in de ogen van de klankbordgroep relevant waren voor het berekenen van kostprijzen, bleek het voor veel deelnemers lastig om deze gegevens ook aan te leveren. En ondanks de in de vragenlijst ingebouwde controles leken de aangeleverde gegevens niet altijd even consistent en waarschijnlijk. Wij hebben daarom een uitgebreide validatie uitgevoerd. Per variabele zijn de data van zo veel mogelijk organisaties meegenomen in de gemiddelden. Alleen waarnemingen die verder afwijken dan twee keer de standaarddeviatie (zowel boven als onder het gewogen gemiddelde) zijn uitgesloten. Het effect van deze uitsluiting bleek overigens zeer gering: het ging om kleine zorgvolumes. De gegevens hebben wij verder getoetst op plausibiliteit en onderlinge consistentie. In veel gevallen hebben wij nadere vragen gesteld aan en afstemming gezocht met de organisatie of zzp'er die de gegevens had aangeleverd. Daarnaast hebben wij de data uit openbare bronnen en uit de aangeleverde uitdraagbestanden met elkaar vergeleken. Bij afwijkingen hebben wij navraag bij de deelnemers gedaan. Overigens bleek het lang niet altijd mogelijk om deze laatste toets uit te voeren, omdat voor niet alle onderzochte variabelen een betrouwbare en actuele landelijke bron bestaat. Ondanks de validatie waren niet alle organisaties in staat om consistente data aan te leveren. Per kostenvariabele hebben wij daarom bezien of de gegevens van alle organisaties in de analyses meegenomen konden worden.

Wij hebben gegevens opgevraagd over de jaren 2015 en 2016. Het jaar 2015 is het meest recente jaar waarover definitieve gegevens beschikbaar zijn, waarbij de jaarrekening is voorzien van een accountantsverklaring. Toch hebben wij ook over 2016 cijfers opgevraagd, omdat door diverse beleidswijzigingen de (financiële) situatie in 2016 wezenlijk anders was dan in 2015. Uitvraag over 2016 was mogelijk omdat op het moment van uitvraag het jaar voorbij was en organisaties dus een goede inschatting van de kosten over dat jaar konden maken. Na validatie en analyse hebben wij daarom besloten de conclusies te baseren op de cijfers uit 2016.

Hoewel zzp'ers over 2016 nog geen schatting konden maken van alle kosten, hebben wij ook voor hen de berekeningen gebaseerd op cijfers uit 2016. Dit was mogelijk omdat wij zijn uitgegaan van personeelskosten zoals die in zorgorganisaties zijn berekend, gecorrigeerd voor een aantal elementen die specifiek voor zzp'ers gelden, zoals het afsluiten van een verzekering voor arbeidsongeschiktheid.

Na de validatieronde konden we beschikken over een gegevensbestand dat voldoende betrouwbaar was om er conclusies op te baseren. Vervolgens hebben wij de gegevens geanalyseerd en op basis van de analyses kostprijzen berekend. Ook hier hebben wij een gecombineerde aanpak gehanteerd. Enerzijds hebben wij de data gebruikt om het kostprijsmodel vooraf te vullen, anderzijds hebben wij ook de data sec onderzocht: wat viel op, welke patronen werden zichtbaar?

Op grond van de analyses hebben wij voor de verschillende prestaties kostprijzen kunnen berekenen. Daarvoor hebben wij de volgende uitgangspunten en werkwijze gehanteerd.

- Van elke variabele hebben wij na validatie de gemiddelde waarde opgenomen in het kostprijsmodel als modelmatige variabele.
- Alle gemiddelden zijn als gewogen gemiddelde berekend; de omvang van de organisatie telt dus mee, grote organisaties wegen meer mee in het gemiddelde dan kleine.
- Voor organisaties en zzp'ers zijn afzonderlijke kostprijzen berekend.

Ter afsluiting van het onderzoek hebben wij de kostprijzen vergeleken met de opbrengst, dus vooral de huidige gecontracteerde tarieven. Rekening houdend met de productieomvang en -mix, hebben we het effect berekend van het hanteren van de berekende kostprijzen als basis van de tarieven in 2016. Daarnaast hebben wij de effecten van de nieuwe cao 2017 in beeld gebracht, waarvoor de berekende kostprijzen voor 2016 nog moeten worden gecorrigeerd. Dit geldt ook voor een aantal andere ontwikkelingen die niet uit de cijfers 2016 blijken maar wel op dit moment spelen.

2.3 Uitkomsten onderzoek met klankbordgroep geduid

De onderzoeksuitkomsten hebben wij besproken met de klankbordgroep. Wij konden concluderen dat de leden van de klankbordgroep de uitkomsten onderkenden en onderschreven. Wel bestond behoefte aan het in perspectief plaatsen van de uitkomsten, door bijvoorbeeld de effecten te onderzoeken van een vaste toedeling van medewerkers over de prestaties of door de uitkomsten te relateren aan het type organisatie: organisaties met vooral verzorging of vooral verpleging, wel of niet andere prestaties naast verpleging en verzorging. Wij hebben deze effecten onderzocht en daarmee de onderzoeksuitkomsten opgehard.

2.4 Eerste doorkijk naar nieuw denken over bekostiging onderzocht

De laatste jaren hebben zich in de verpleging en verzorging ontwikkelingen voorgedaan, waarvan invloed op de kostprijs per prestatie mag worden verwacht. Denk aan:

- Zorg gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en de toerusting van mantelzorgers. De gedachte is dat door inzet van relatief hoge deskundigheid en relatief veel uren in het begin van het zorgproces cliënten en hun omgeving maximaal worden toegerust om zelf de zorg op zich te nemen, zodat de zorg eerder kan worden afgebouwd en de zorgkosten per cliënt (per jaar) niet hoger of zelfs lager zijn dan in de traditionele inzet.
- Zorg gericht op inzet van vaste professionals die zoveel mogelijk taken bij een cliënt uitvoeren. Deze zorg vereist een andere deskundigheidsmix dan zorg die uitgaat van taaktoedeling aan verschillende deskundigheidsniveaus. We zien deze ontwikkeling in de cijfers terug: een deel van de uren persoonlijke verzorging wordt geleverd door verpleegkundigen, en verzorgenden IG worden steeds meer ingezet voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging. De gedachte is dat integrale zorg de kwaliteit bevordert en ook de efficiency. Weliswaar zullen taken worden uitgevoerd door professionals die daarvoor ‘te hoog’ gekwalificeerd zijn, maar de organisatie kan wel aanzienlijk besparen op reiskosten.
- Zorg gericht op onderscheiden cliëntgroepen, voor wie ook onderscheiden zorgpakketten worden ingezet.
- Zorg die wordt gecombineerd met andere prestaties, bijvoorbeeld begeleiding als het gaat om GGZ-cliënten of mensen met een beperking. Of geïntegreerde gebiedsteams waarbij de grenzen tussen traditionele prestaties vloeibaar worden en niet goed meer te onderscheiden is welke medewerkers precies welke taken uitvoeren.
- Veel aandacht krijgt ook de opkomst van de zelfsturende⁸ teams. Zelfsturende teams voeren meer niet-cliantgebonden taken uit dan traditionele teams. Planning, roostering maar ook HR-taken zijn in het concept van zelfsturende teams bij de teams zelf neergelegd. Dit betekent dat de productiviteit van de directe personeelsleden onder druk komt te staan. Daar staat tegenover dat de kosten voor niet-cliantgebonden functies lager zijn.
- En tot slot is er de cliëntgebonden ICT die langzaam maar zeker een vaste plaats in de verpleging en verzorging inneemt. Steeds meer cliënten zijn vertrouwd met het gebruik van zorgapplicaties, beeldzorg of domotica.

De NZa heeft eerder al aangekondigd deze ontwikkelingen te zullen meenemen in het onderzoek naar een nieuwe bekostiging. Om alvast enig beeld te krijgen van de impact van deze ontwikkelingen, hebben wij in het nu uitgevoerde onderzoek een aantal elementen facultatief meegenomen.

Zo hebben wij gevraagd naar de gemiddelde zorgduur en naar de cliëntgroepen (cliëntprofielen). Deze laatste vraag was facultatief; helaas hebben slechts weinig deelnemers de antwoorden aangeleverd, waardoor wij alleen een eerste beeld kunnen geven van nieuwe kostendragers. Toch zetten deze eerste beelden aan tot nadere gedachtenvorming. In hoofdstuk 7 komen wij daarop terug.

2.5 Gegevens 80 organisaties en 40 zzp'ers in analyse betrokken

Om tot een adequate onderzoeksgroep te komen, hebben wij een steekproef getrokken uit alle organisaties en zzp'ers uit het databestand van de NZa, voor zover zij verpleging en verzorging bieden. Op verzoek van de NZa hebben wij in de steekproef rekening gehouden met de volgende factoren:

- een voldoende vertegenwoordiging van organisaties die gespecialiseerde zorg of bijzondere prestaties leveren (voldoende om kostenvariabelen van deze prestaties te kunnen onderzoeken);
- een voldoende vertegenwoordiging van alle grootteklassen, volgens de bij zorgverzekeraars gebruikelijke klassenindeling;
- een voldoende spreiding over grootstedelijke, stedelijke en niet-stedelijke gebieden.

⁸ In de praktijk zijn verschillende termen in gebruik.

Door met name de eerste eis zijn grote organisaties in de steekproef oververtegenwoordigd. In grote organisaties is namelijk vaker sprake van gespecialiseerde zorg en bijzondere prestaties. Toch geldt voor alle grootteklassen dat de steekproef representatief is, zie bijlage B.

Tabel 2-1: Deelnemende organisaties per grootteklasse

Grootteklassen		Aantal organisaties in Nederland	Aantal organisaties in onderzoek
1	> € 5 mln.	105	47
2	€ 1 mln. - € 5 mln.	162	9
3	€ 250.000 - € 1 mln.	142	12
4	€ 3.000 - € 250.000	179	12
Totaal		588	80
Omzet Zvw (in mln.)		€ 2.723	€ 1.412 (51,8%)

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De wijze waarop wij de steekproef hebben uitgevoerd, wordt verantwoord in bijlage B. Op basis van de steekproef heeft de NZa 101 organisaties verzocht deel te nemen aan het onderzoek, dat is 17,7% van het totale aantal organisaties dat verpleging en verzorging biedt (588); daarbij is rekening gehouden met uitval. Van deze 101 organisaties hebben er 9 ontheffing gevraagd en gekregen.

Eén organisatie heeft geen gegevens aangeleverd en van 11 organisaties bleken de gegevens ook na validatie onvoldoende bruikbaar. Uiteindelijk zijn dus van 80 organisaties de gegevens als basis voor de kostprijsberekeningen in deze rapportage gebruikt.

De 80 organisaties vertegenwoordigen 51,8% van de omzet in de verpleging en verzorging: € 1,4 mld. van de in totaal € 2,7 mld. Basis voor de steekproef was de in het NZa-bestand vermelde omzet 2015 exclusief MSVT, dit laatste omdat de omzetgegevens daarover niet volledig waren. Hierdoor en door de hoge eisen waaraan het databestand voldoet – een betrouwbaarheidsinterval van 97,5% - zijn de uitkomsten van deze 80 organisaties representatief.

De deelnemende organisaties zijn evenredig gespreid over grootstedelijke, stedelijke en niet-stedelijke gebieden. Naast de 80 organisaties hebben ook 40 zzp'ers aan het onderzoek deelgenomen. Zij vormen 15,0% van het totaal aantal zzp'ers (267) waarvan bekend is dat zij zowel in 2015 als 2016 verpleging en verzorging hebben geleverd (bron: Vektis). Het databestand voldoet aan de eis van de 97,5% betrouwbaarheidsinterval.

Deelnemers aan het onderzoek ontvangen als blijk van waardering voor hun medewerking een overzicht waarin zij hun eigen cijfers kunnen vergelijken met de gemiddelde waarden.

2.6 Exploitatiecijfers 2015 en 2016: nettomarge negatief

In totaal vertegenwoordigen de deelnemers € 1,7 miljard omzet in de verpleging en verzorging; dit bedrag omvat Zvw-omzet plus overige omzet in de verpleging en verzorging zoals het modulair pakket thuis, dat uit de Wlz wordt gefinancierd. Wij hebben de nettomarge van deze organisaties geanalyseerd: voor 2015 op basis van de vastgestelde jaarrekening, voor 2016 op basis van de opgave van de organisaties. Een analyse van de nettomarge leert dat op verpleging en verzorging gemiddeld gezien verlies wordt gemaakt, en dat dit verlies in 2016 groter is dan in 2015. Opvallend is dat organisaties in hun begroting aangeven dat zij in 2017 verwachten geen verlies meer te lijden. In de klankbordgroep is hierover gezegd dat de begroting op dit punt een meer taakstellend karakter kan hebben. Het lijkt volgens de klankbordgroep niet waarschijnlijk dat in 2017 de situatie zozeer veranderd is, dat op verpleging en verzorging geen verlies meer wordt gemaakt. In tabel 2-2 ziet u een overzicht van de nettomarge van de deelnemende organisaties. Eerst de nettomarge van het gehele concern (naast verpleging en verzorging kan dit andere zorg zijn), vervolgens specifiek van de verpleging en verzorging. De nettomarge op verpleging en verzorging in 2016 komt uit op -3,3% inclusief het (negatieve) saldo van incidentele baten en lasten.

Organisaties verwachten dat het volume verpleging en verzorging in 2017 daalt. De ervaring is dat verzekeraars voorzichtig inkopen.

Tabel 2-2: Omzet en nettomarge verpleging en verzorging⁹ deelnemende organisaties 2015 en 2016, prognose 2017

	2015	2016	2017 (begroot)
Omzet concern	€ 5.183.749.984	€ 5.152.682.296	
Nettomarge concern	€ 17.891.133	€ - 53.438.356	
Nettomarge als % van de omzet	0,3%	- 1,0%	
Omzet verpleging en verzorging	€ 1.667.693.545	€ 1.696.012.018	€ 1.397.783.550
Nettomarge verpleging en verzorging	€ - 17.490.216	€ - 56.252.390	€ 1.025.536
Nettomarge verpleging en verzorging als % van de omzet	- 1,0%	- 3,3%	0,1%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Uit deze cijfers blijkt dat de deelnemers verlies lijden op persoonlijke verzorging en rendement maken op verpleging. Per saldo is er sprake van verlies.

⁹ Inclusief (beperkte) omzet vanuit andere financiering dan de Zwv.

3. Kostenvariabelen onderzocht als basis voor kostprijs

Om transparant te maken hoe de door ons berekende kostprijzen tot stand zijn gekomen, beschrijven wij in dit hoofdstuk 3 allereerst de uitkomsten van de belangrijkste variabelen die de basis van deze kostprijzen vormen. Achtereenvolgens zijn dit:

- de directe loonkosten van zorggebonden medewerkers;
- de zorggebonden toeslagen op de directe loonkosten van deze medewerkers, conform de cao;
- de kosten van zorggebonden personeel niet in loondienst;
- als resultaat van deze drie de totale zorggebonden personeelskosten;
- de niet-zorggebonden kosten;
- de productiviteit;
- als resultaat van de zorggebonden kosten, de niet-zorggebonden kosten en de productiviteit de kosten per declarabel uur;
- de deskundigheidsmix.

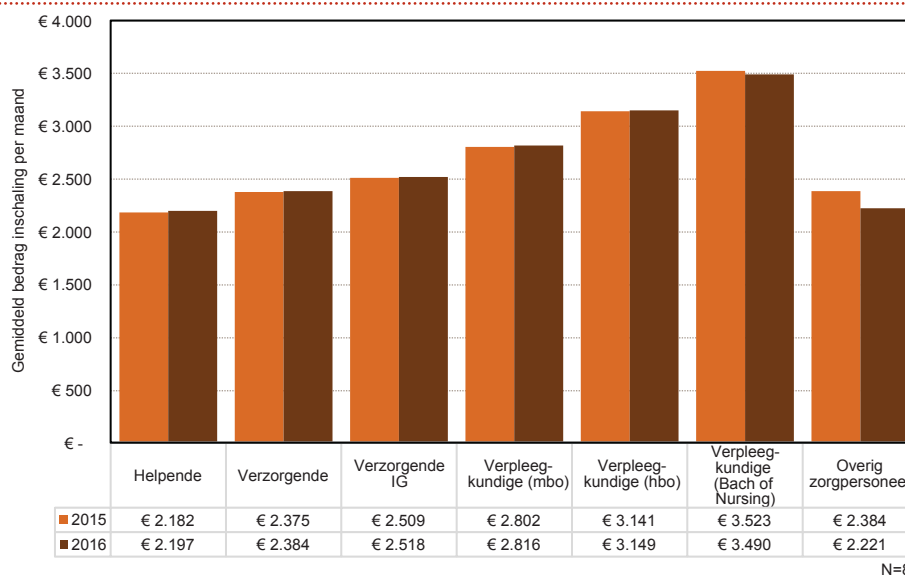
Hoofdstuk 3 heeft uitsluitend betrekking op organisaties. De cijfers voor de zzp'ers volgen in hoofdstuk 6.

3.1 Directe loonkosten medewerkers in 2016 licht gestegen

Voor de berekening van de directe loonkosten van zorggebonden medewerkers exclusief toeslagen (voor cao en sociale lasten) hebben wij een gewogen gemiddelde van de door de organisaties aangegeven inschaling genomen en hiervan de inschalingsbedragen aangehouden zoals ze in de cao verpleging en verzorging voor 2015 en 2016 zijn opgenomen (rekening houdend met de door de organisaties aangegeven periodieken).

Voor de berekening van de directe loonkosten van zorggebonden medewerkers exclusief toeslagen voor cao en sociale lasten hebben wij een gewogen gemiddelde van de door de organisaties aangegeven inschaling genomen en hiervan de inschalingsbedragen aangehouden zoals ze in de cao verpleging en verzorging voor 2015 en 2016 zijn opgenomen, rekening houdend met de door de organisaties aangegeven periodieken.

Figuur 3-1: Directe loonkosten per maand van zorggebonden medewerkers exclusief toeslagen 2015 en 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De verschillen tussen 2015 en 2016 zijn het saldo van een stijging als gevolg van cao-effecten, promotie of instroom van hoger opgeleid personeel, en een daling als gevolg van instroom van jonger personeel, dit laatste geldt vooral voor de hogere niveaus.

De huidige inschaling van medewerkers bevindt zich gemiddeld genomen aan de bovenkant van de schalen. Dit kan mogelijk worden verklaard door de relatief hoge gemiddelde leeftijd.

3.2 Toeslag- en opslagpercentage per saldo 0,7% gestegen

Het percentage onregelmatigheidstoelage is gedaald van 9,8% tot 9,5% en het percentage werkgeverslasten van 24,0% naar 23,8%. Het kostenpercentage als gevolg van eenmalige uitkeringen (jaarlijks conform cao) is gestegen van 0,25% naar 1,45%. Per saldo is er sprake van een lichte stijging van het toeslag- en opslagpercentage.

Tabel 3-1: Toeslag- en opslagpercentages op directe loonkosten zorggebonden medewerkers 2015 en 2016

Categorie	2015	2016
Onregelmatigheidstoelage	9,8%	9,5%
Eindejaarsuitkering	5,7%	5,7%
Eenmalige uitkeringen (jaarlijks conform cao)	0,25%	1,45%
Levensloopbijdrage	0,5%	0,5%
Vakantietoelage	8,0%	8,0%
Werkgeverslasten	24,0%	23,8%
Totaal	48,25%	48,95%

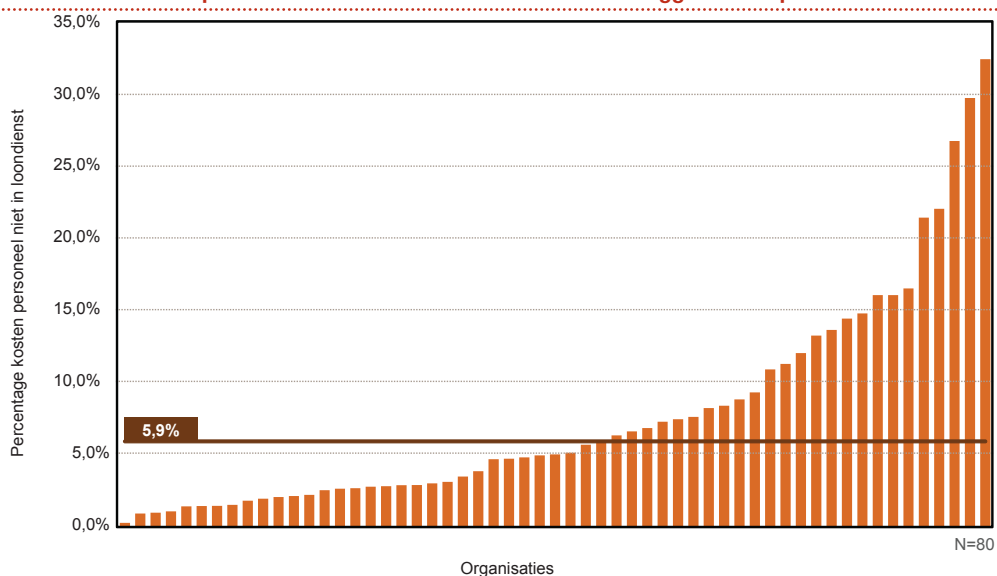
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De daling van het percentage onregelmatigheidstoelage is in de klankbordgroep besproken. Mogelijke verklaring is dat in 2016 de onplanbare zorg is geconcentreerd in een beperkter aantal organisaties, die door de schaalgrootte deze zorg efficiënter kunnen aanbieden, bijvoorbeeld door een beperkt aantal teams specifiek voor deze zorg in te zetten.

3.3 Kosten personeel niet in loondienst afhankelijk van bedrijfsmodel

De kosten van zorggebonden personeel niet in loondienst bedragen gemiddeld 5,9% van de personeelskosten van het zorggebonden personeel. Figuur 3-2 toont het percentage per deelnemende organisatie. De spreiding – van 0,2% tot 32,4% - is groot, maar het aandeel hangt samen met bedrijfsmatige keuzes: zoveel mogelijk met eigen medewerkers doen versus zoveel mogelijk flexibiliteit inbouwen in de formatie.

Figuur 3-2: Aandeel kosten personeel niet in loondienst van de totale zorggebonden personeelskosten 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

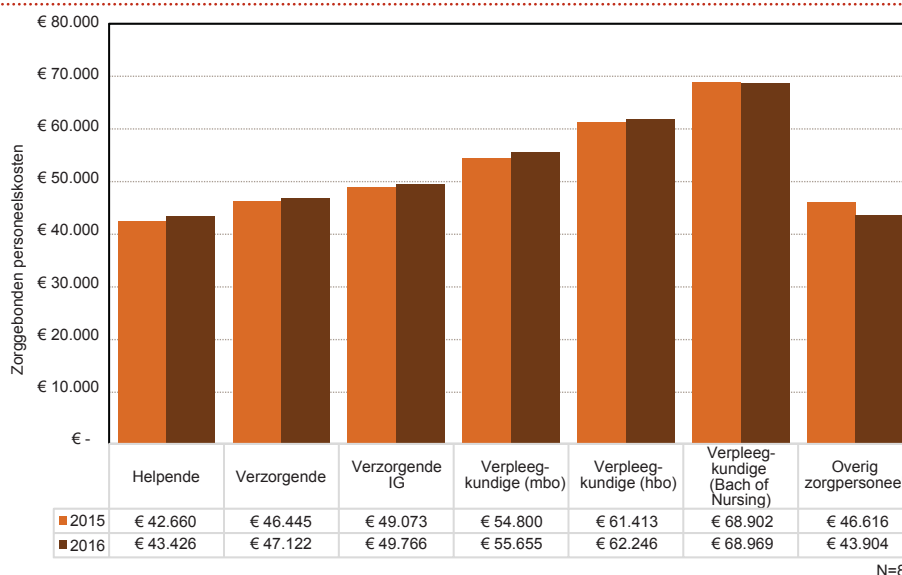
Uit het onderzoek blijkt dat personeel niet in loondienst 4,0% van de uren voor zijn rekening neemt en zoals gezegd 5,9% van de kosten. De kosten per fte zijn dus relatief hoog. Het kostenverhogende effect wordt gedempt doordat de productiviteit van personeel niet in loondienst 91% bedraagt en daarmee hoger is dan die van medewerkers in loondienst.

De totale kosten van personeel niet in loondienst zijn in 2016 iets hoger dan in 2015, vooral door een stijging van het aantal uren (van 3,3% naar 4,0%).

3.4 Zorggebonden personeelskosten marginaal gestegen

Tellen we de directe loonkosten, de toe- en opslagen en de kosten van personeel niet in loondienst bij elkaar op tot de zorggebonden personeelskosten, dan is er sprake van een zeer lichte kostenstijging tussen 2015 en 2016. Dit geldt voor alle niveaus, met uitzondering van het overig zorgpersoneel.

Figuur 3-3: Zorggebonden personeelskosten 2015 en 2016, per jaar



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC

De hoogte van de totale zorggebonden personeelskosten per deskundigheidsniveau in euro's per jaar ziet u in de tabel onder de figuur. Deze vormen de basis voor de kostprijsberekening.

3.5 Opslag voor niet-zorggebonden kosten neemt af van 32,9% naar 30,7%

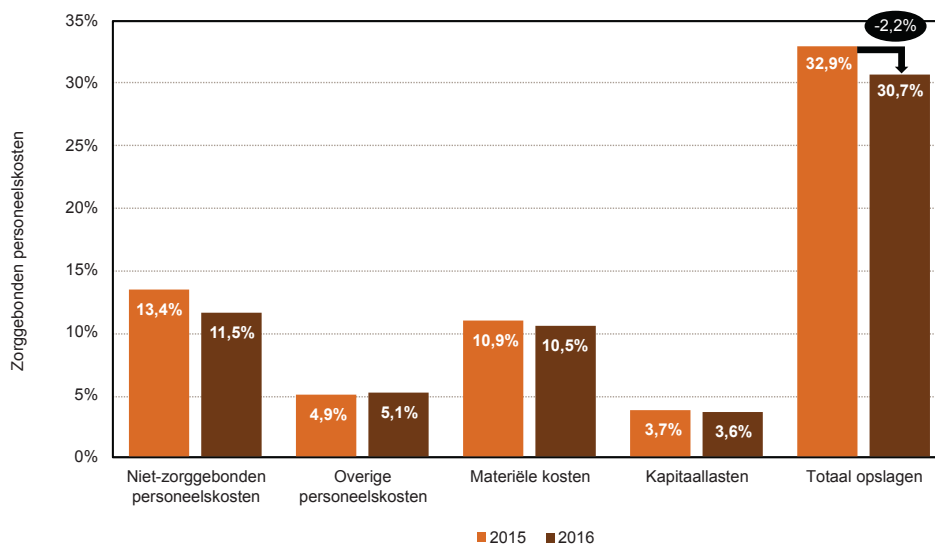
De zorggebonden personeelskosten dienen voor de berekening van de kostprijzen te worden verhoogd met de niet-zorggebonden kosten. We onderscheiden hierin:

- de niet-zorggebonden personeelskosten (personeel voor overhead- en managementtaken);
- de overige personeelskosten (bijvoorbeeld reiskosten en opleidingskosten);
- de materiële kosten zoals kosten voor communicatie, kwaliteitsbevordering, abonnementen en lidmaatschappen, accountants- en advieskosten
- de kapitaallasten (afschrijvingen op gebouwen en inventaris, leaseauto's).

Het totaal van de niet-zorggebonden kosten bedraagt in 2015 32,9% en in 2016 30,7% (percentage van de zorggebonden personeelskosten). Een daling van 2,2 procentpunt dus. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door een daling aan kosten voor niet-zorggebonden personeel. Zorgorganisaties hebben dus duidelijk stappen gezet in het terugdringen van de kosten voor overheadpersoneel en management. Daarmee is overigens nog niet gezegd dat er ook minder overhead- en managementtaken zijn. De opkomst van zelfsturende teams betekent dat overhead- en managementtaken nu bij de zorgteams worden neergelegd.

Behalve het percentage niet-zorggebonden personeel dalen ook de percentages materiële kosten en kapitaallasten, zij het licht. Het percentage overige personeelskosten stijgt licht; dit komt onder meer door een stijging van kosten voor opleiding en scholing.

Figuur 3-4: Opslag voor niet-zorggebonden kosten op zorggebonden personeelskosten 2015 en 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

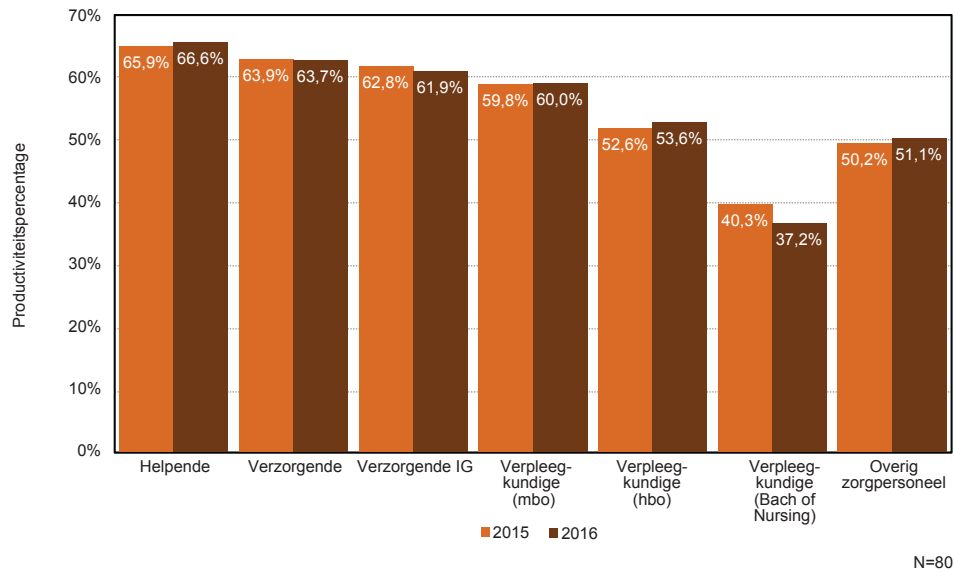
3.6 Productiviteit over langere periode gestegen ondanks toename overheadtaken

Voor de kostprijsberekening zijn niet alleen de kosten per uur per deskundigheidsniveau relevant, maar ook de ingezette formatie per uur zorg. De omvang van de ingezette formatie hangt samen met de productiviteit. Naarmate de zorggebonden medewerkers een groter deel van hun tijd besteden aan directe zorg, is er minder personeel nodig voor hetzelfde zorgvolume.

NB. Wij realiseren ons dat in dit rapport de productiviteit uitsluitend benaderd is vanuit kostenperspectief. Graag benadrukken wij dat het perspectief van vitale en betrokken medewerkers eveneens essentieel is. Met andere woorden: hogere productiviteit is niet per definitie beter.

Het valt op dat de productiviteit bij de meeste deskundigheidsniveaus weinig is veranderd. Dat is vooral opvallend omdat zoals in de vorige paragraaf is gesteld, in 2016 steeds meer overheadtaken bij zorgmedewerkers terecht zijn gekomen. De productiviteit van hbo-verpleegkundigen, met een relatief grote rol in overhead en management, is zelfs gestegen.

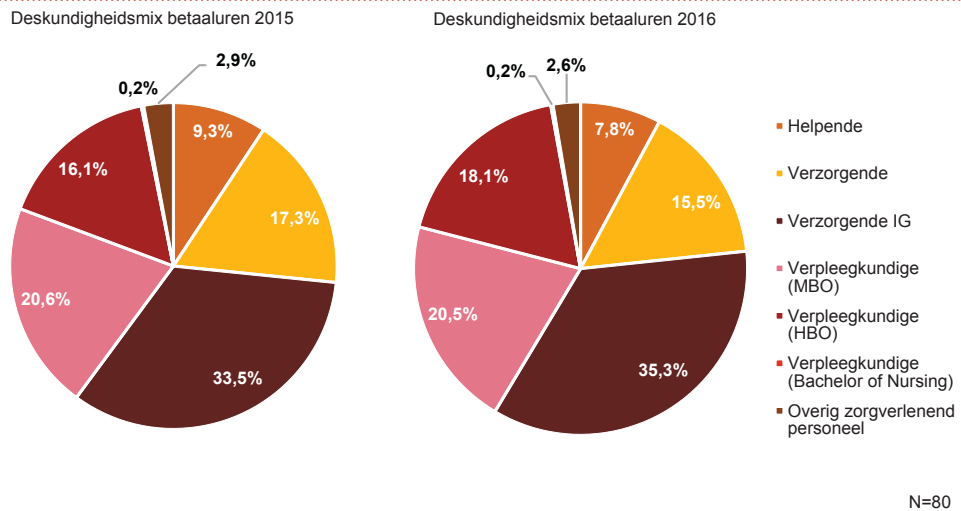
Figuur 3-5: Productiviteit per deskundigheidsniveau zorggebonden personeel in loondienst, 2015 en 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Om de productiviteit goed te kunnen duiden, is relevant hoe groot het aandeel van de deskundigheidsniveaus in het geheel van de personeelsformatie is. Het aandeel verzorgenden IG is het grootst, in 2016 35,3%. Het aandeel van de niveaus 2 tot en met 3IG bedraagt in 2016 58,6%, en het aandeel verpleegkundigen (niveaus 4 en hoger) 38,8%. De resterende 2,6% is overig zorgverlenend personeel. De percentages zijn gebaseerd op de betaalluren van het personeel in de deelnemende organisaties.

Figuur 3-6: Deskundigheidsmix 2015 en 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Bezien we de productiviteitsontwikkeling over langere tijd, blijkt dat sinds 2000, het basisjaar voor de huidige tariefberekening, de overhead is gedaald en de productiviteit gestegen, vooral voor de hogere niveaus. Uiteraard gaat het hier om gemiddelden, en zijn er organisaties met duidelijk hogere en duidelijk lagere productiviteit.

Ter illustratie ziet u in tabel 3-2 de productiviteit per deskundigheidsniveau 2001 – 2006 voor de destijds bestaande deskundigheidsniveaus. Wij hebben deze afgezet tegen de productiviteit in 2016, in de wetenschap dat de functieniveaus niet geheel identiek zijn.

Tabel 3-2: Productiviteit per deskundigheidsniveau 2001 – 2006 en 2016

Deskundigheidsniveau 2001 – 2006	Productiviteit	Deskundigheidsniveau 2016	Productiviteit
Alphahulp	98,8%	N.v.t.	N.v.t.
Thuishulp A	73,1%	Helpende	66,6%
Verzorgingshulp B	67,1%	Helpende	66,6%
Verzorgende C	63,7%	Helpende	66,6%
Verzorgende D	56,9%	Verzorgende	63,7%
Gespecialiseerd verzorgende E	56,3%	Verzorgende IG	61,9%
Wijkziekenverzorgende	51,5%	Mbo-verpleegkundige	60,0%
Wijkverpleegkundige	47,0%	Hbo-verpleegkundige	53,6%
Gespecialiseerd wijkverpleegkundige	42,5%	Hbo-verpleegkundige	53,6%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Of een verdere productiviteitsstijging vanaf 2017 nog te verwachten is, kan op grond van de cijfers niet worden gezegd (en is ook niet onderzocht).

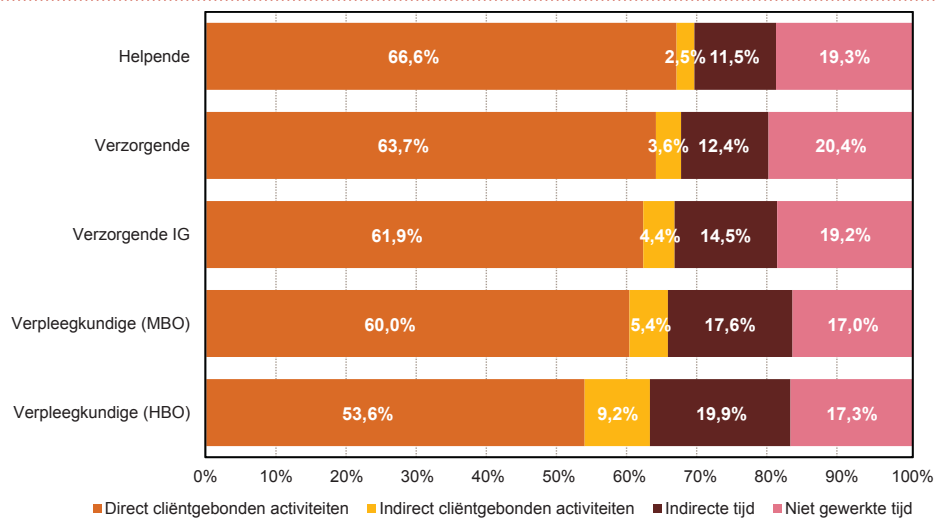
De productiviteit neemt af naarmate het deskundigheidsniveau hoger wordt. Dit heeft te maken met onder meer het aandeel in de overheadtaken per niveau. Overigens is dit beeld in zelfsturende teams, waar teams met elkaar de overheadtaken verdelen, soms wat diffuser: daar nemen ook medewerkers met een lager deskundigheidsniveau overheadtaken op zich. Naast het aandeel overheadtaken speelt de reistijd een rol: verpleegkundige handelingen vergen gewoonlijk minder tijd dan verzorging, zodat medewerkers die verpleegkundige handelingen uitvoeren, meer moeten reizen.

De productiviteit van medewerkers op niveau 6 is relatief laag, en in 2016 als enige lager dan in 2015, maar eerder is al genoemd dat het om een zeer kleine groep medewerkers gaat. Bovendien is te verwachten dat juist deze medewerkers een groot aantal overhead- en managementtaken zullen uitvoeren.

In figuur 3-7 is de tijdbesteding van zorggebonden personeel nader gesplitst in:

- direct cliëntgebonden tijd: de tijd die gemeten wordt als productiviteit;
- indirect cliëntgebonden tijd, bijvoorbeeld coördinatie, overleg met andere zorgverleners, overleg met mantelzorgers;
- indirecte tijd, zoals reistijd, planning, intern werkoverleg en scholing;
- niet-gewerkte tijd: ziekte en vakantie.

Figuur 3-7: Opbouw tijdsbesteding per deskundigheidsniveau in loondienst 2016¹⁰



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Naarmate het deskundigheidsniveau hoger is, zijn de percentages indirect cliëntgebonden tijd en indirecte tijd hoger; het percentage niet-gewerkte tijd, met name het ziekteverzuim, neemt juist iets af. Het gemiddelde verzuim in 2016 is overigens met 1,2 procentpunt gestegen ten opzichte van 2015: van 5,7% naar 6,9%.

Tabel 3-3: Ziekteverzuim per deskundigheidsniveau

Deskundigheidsniveau	2015	2016
Helpende	7,7%	9,0%
Verzorgende	6,7%	7,9%
Verzorgende IG	6,0%	7,2%
Verpleegkundige mbo	4,9%	6,2%
Verpleegkundige hbo	4,2%	5,6%
Verpleegkundige (Bachelor of Nursing)	1,4%	2,9%
Overig zorgverlenend personeel	2,5%	5,4%

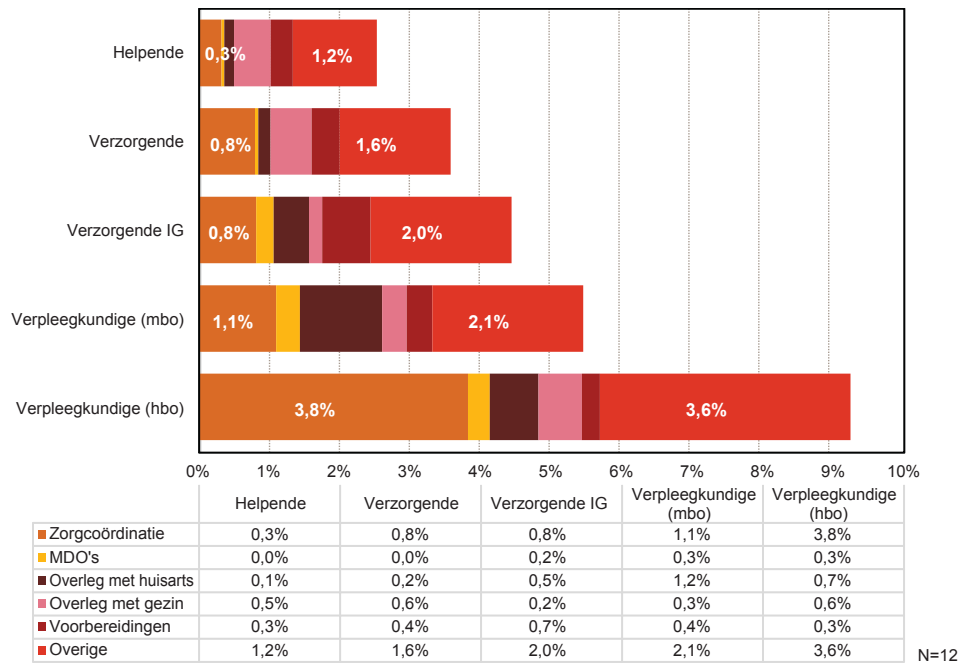
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

In het onderzoek is gevraagd naar een verdere uitsplitsing van de categorieën indirect cliëntgebonden tijd en indirecte tijd, om nader inzicht te krijgen in mogelijk kostprijsbeïnvloedende factoren. Deze vraag was echter facultatief en is niet door alle deelnemers beantwoord. Organisaties registreren de bestede tijd ook niet altijd verder uitgesplitst.

Als een indicatief beeld toont figuur 3-8 de opbouw van de indirect cliëntgebonden tijd. De categorieën zijn op aangeven van de klankbordgroep benoemd en vervolgens uitgevraagd. De percentages tellen op tot de percentages indirect cliëntgebonden tijd in figuur 3-7, de gele vlakken dus.

¹⁰ De percentages cliëntgebonden tijd wijken iets af van die in figuur 3-5; dit komt omdat niet alle organisaties de uitsplitsing hebben kunnen maken.

Figuur 3-8: Opbouw indirect cliëntgebonden tijd zorggebonden medewerkers 2016, indicatief

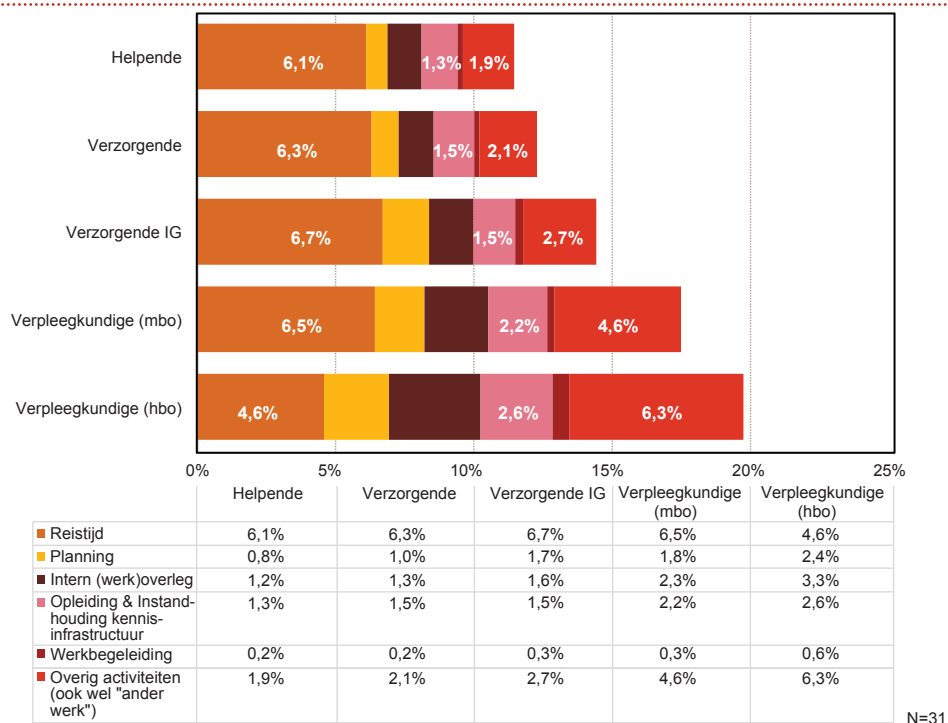


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Na de categorie 'overige' is de zorgcoördinatie de activiteit waar de meeste indirect cliëntgebonden tijd aan wordt besteed.

Figuur 3-9 toont op dezelfde manier de opbouw van de indirecte tijd van zorggebonden medewerkers. Ook deze categorieën zijn door de klankbordgroep benoemd. De percentages tellen op tot de percentages indirecte tijd in figuur 3-7, de donkerbruine vlakken in figuur 3-7 dus.

Figuur 3-9: Opbouw indirecte tijd zorggebonden medewerkers 2016, indicatief



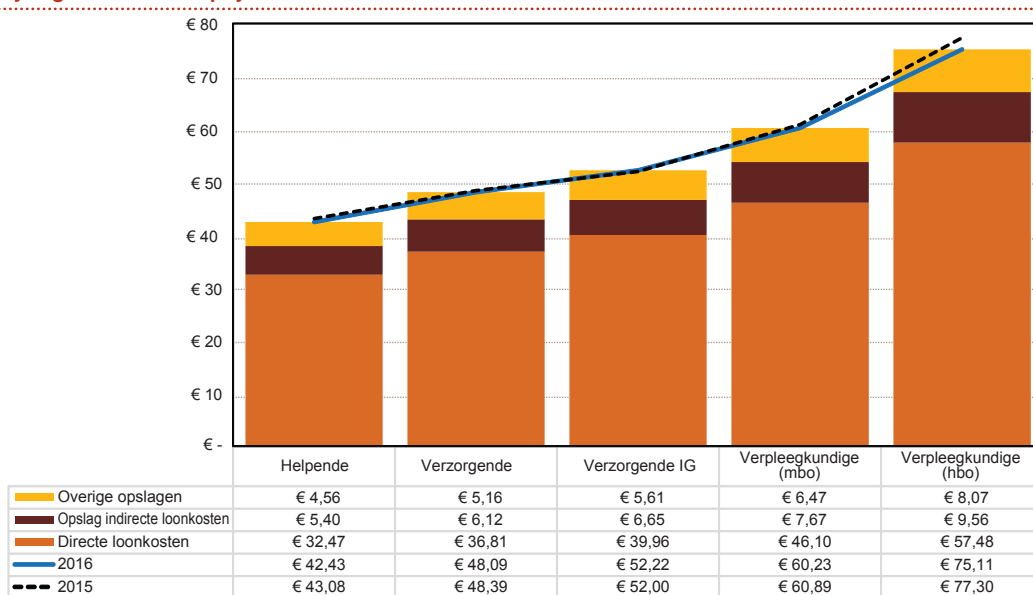
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

In de besteding van de indirecte tijd valt op dat de reistijd van de meeste deskundigheidsniveaus vergelijkbaar is: 6,2% voor de helpenden tot 6,4% voor de verzorgenden, 6,8% voor de verzorgenden IG (individuele gezondheidszorg) en 6,5% voor de mbo-verpleegkundigen. Alleen de reistijd van de hbo-verpleegkundigen is met 4,6% duidelijk minder; dit is te verklaren uit het hoge aandeel tijd voor coördinatie en andere activiteiten die niet bij de cliënt thuis worden uitgevoerd.

3.7 *Kostprijs per declarabel uur per deskundigheidsniveau verandert weinig*

Als we de kosten en de productiviteit met elkaar combineren, kunnen we de kosten per declarabel uur per deskundigheidsniveau berekenen.

Figuur 3-10: Kostprijs per declarabel uur per deskundigheidsniveau zorggebonden medewerkers 2016, met vergelijking de totale kostprijs 2015



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De kostprijs per declarabel uur varieert in 2016 van € 42,43 voor de helpenden tot € 75,11 voor hbo-verpleegkundigen. Voor de functiegroep verzorgenden IG is de kostprijs in 2016 iets hoger dan in 2015, voor de andere niveaus iets lager.

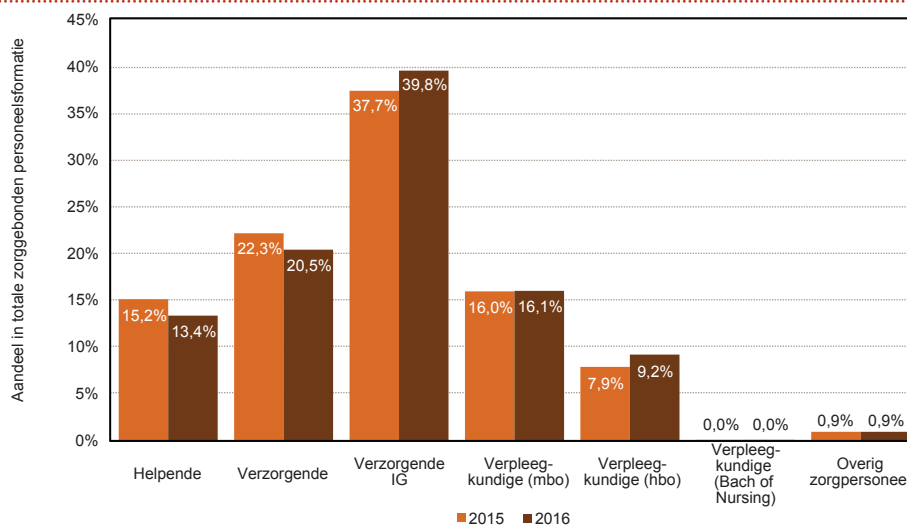
3.8 *Deskundigheidsmix verschuift naar hogere niveaus, verzorgende IG breed inzetbaar*

Het laatste element als basis voor de kostprijs per prestatie is de mix van deskundigheidsniveaus die wordt ingezet. Immers, de kostprijs per prestatie wordt hoger als een groter aandeel hoger opgeleid personeel voor deze prestatie wordt ingezet.

In figuur 3-11 ziet u de deskundigheidsmix voor de prestatie persoonlijke verzorging.

In de analyses van de deskundigheidsmix zijn vijf organisaties buiten beschouwing gelaten; deze organisaties hebben een vaste verhouding tussen verpleging en verzorging met de zorgverzekeraar afgesproken, en registreren niet welk deskundigheidsniveau welke prestatie levert. Daardoor kunnen zij geen informatie leveren over deskundigheidsniveaus per afzonderlijke prestatie. Het effect is beperkt.

Figuur 3-11: Deskundigheidsmix persoonlijke verzorging 2015 en 2016



N=75

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

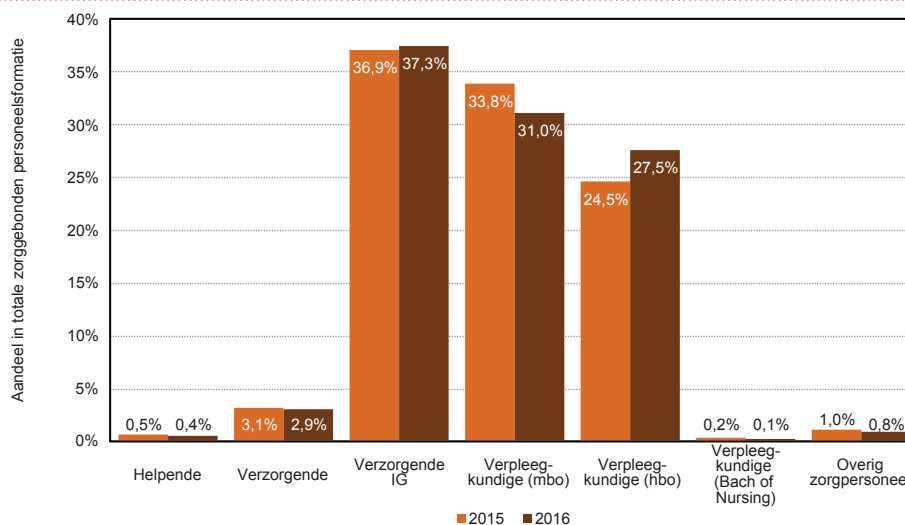
Voor de prestatie persoonlijke verzorging worden verzorgenden IG het meest ingezet, gevolgd door verzorgenden. De deskundigheidsmix verschuift in de richting van de hogere niveaus: het aandeel helpenden en verzorgenden neemt af, het aandeel verzorgenden IG en hbo-verpleegkundigen neemt toe. Deze verschuiving is al te zien van 2015 naar 2016, maar als we de gehele periode 2001 – 2016 bezien, wordt de ontwikkeling nog meer zichtbaar. In de eerste jaren van deze periode werd de persoonlijke verzorging bijna uitsluitend geboden door verzorgenden en helpenden, met een klein percentage gespecialiseerd verzorgenden.

In de klankbordgroep werd deze verschuiving herkend en geduid als gevolg van de complexer wordende zorgvraag.

Opvallend is de stijging van het aandeel verpleegkundigen in de persoonlijke verzorging; tellen we de mbo- en hbo-verpleegkundigen bij elkaar op, dan wordt 25,3% van de verzorging door verpleegkundigen geleverd. Dit terwijl verwacht zou kunnen worden dat zij zich vooral richten op verpleging. De klankbordgroep geeft aan dat dit te maken kan hebben met het concept van integrale zorg. Voor de cliënt is het niet prettig als voor elke handeling een andere medewerker langskomt. Ook uit bedrijfskundig oogpunt kan het efficiënt zijn als één medewerker meerdere taken uitvoert: er kan dan op reiskosten worden bespaard.

In figuur 3-12 volgt de deskundigheidsmix voor de prestatie verpleging.

Figuur 3-12: Deskundigheidsmix verpleging 2015 en 2016



N=75

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Net als persoonlijke verzorging wordt verpleging het meest geboden door verzorgenden IG: in 2016 37,3%. Zoals te verwachten was, is het aandeel mbo- en hbo-verpleegkundigen in de verpleging, samen 58,5%, hoger dan in de persoonlijke verzorging.

Ook in de deskundigheidsmix voor verpleging is sprake van een verschuiving tussen 2015 en 2016 in de richting van de hogere niveaus, zij het per saldo zeer licht. De klankbordgroep geeft aan dat de deskundigheidsmix wellicht nog zwaarder zou zijn als er geen tekort aan verpleegkundigen zou zijn. In de eerste jaren van de periode 2001 – 2016 werd de prestatie verpleging voor 45% geleverd door wijkziekenverzorgenden en voor 55% door verpleegkundigen.

De klankbordgroep wijst in de discussie op de – eerder ook genoemde – ontwikkeling van integrale zorg: vaste gezichten per cliënt. Daardoor, en door het werken met zelfsturende teams, doet het niet altijd recht aan de werkelijkheid om afzonderlijke prestaties zo strikt aan deskundigheidsniveaus te koppelen. In dit verband merkt de klankbordgroep op dat het in de lijn ligt van de ontwikkeling naar integrale zorg, dat het aandeel verzorgenden IG relatief groot is. Zij kunnen immers zowel verzorging als – tot op zekere hoogte – verpleging bieden.

3.9 Productmix verschuift naar zwaardere zorg

Op basis van de kosten van de afzonderlijke variabelen kan nu per prestatie de kostprijs worden berekend. Hier gaan wij in hoofdstuk 4 op in. Hoofdstuk 3 sluiten wij af met een enkele opmerking over de productmix. Voor de bedrijfsvoering en het rendement van organisaties is niet alleen de kostprijs per prestatie van belang, maar ook de mix van prestaties in de organisatie. Als gevolg van de verschillende kostprijzen per deskundigheidsniveaus en (daarmee) per prestatie is de productmix mede bepalend voor het rendement.

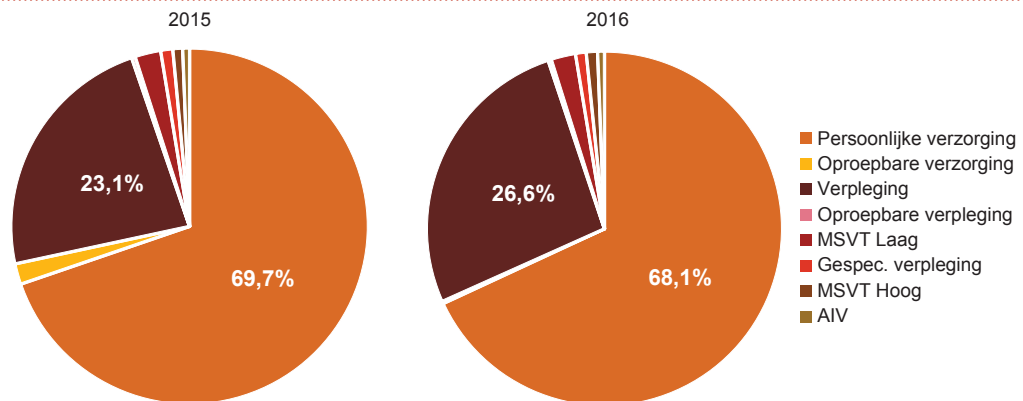
Tabel 3-5: Productmix 2015 en 2016 deelnemende organisaties

Prestatie	2015		2016	
	Aantal uur	Percentage	Aantal uur	Percentage
Persoonlijke verzorging	18.129.462	69,7%	17.638.268	68,1%
Oproepbare verzorging	488.495	1,9%	53.374	0,2%
Verpleging	6.007.906	23,1%	6.686.220	26,6%
Oproepbare verpleging	86.308	0,3%	75.979	0,3%
MSVT Laag	606.588	2,3%	577.046	2,2%
Gespecialiseerde verpleging	284.738	1,1%	251.819	1,0%
MSVT Hoog	229,672	0,9%	264.437	1,0%
AIV	160.128	0,6%	146.998	0,6%
Totaal	25.993.296	100%	25.907.408	100%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De verhouding tussen de prestaties is gevisualiseerd in figuur 3-17.

Figuur 3-13: Opbouw prestaties verpleging en verzorging 2015 en 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De prestaties persoonlijke verzorging en verpleging zijn samen goed voor 94,7% van het totale aantal uren in 2016. De mix van deze beide prestaties laat een verschuiving zien: het aandeel verpleging is in 2016 hoger dan in 2015 en het aandeel persoonlijke verzorging lager. Er is dus sprake van een dubbele verzwarende: een zwaardere productmix en een zwaardere deskundigheidsmix binnen de prestaties. De klankbordgroep herkent beide ontwikkelingen als een gevolg van de verschuiving naar informele zorg en daar mee het complexer worden van de professionele zorg.

4. Organisaties maken verlies op persoonlijke verzorging en rendement op verpleging, per saldo verlies

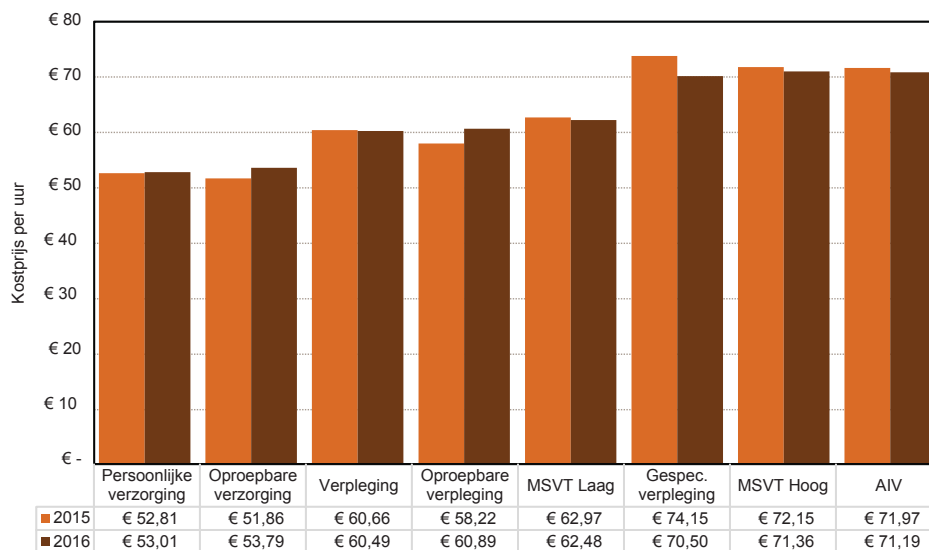
Nu in hoofdstuk 3 de kosten van de afzonderlijke variabelen zijn benoemd, presenteren wij in dit hoofdstuk 4 de kostprijzen per prestatie. Hoofdstuk 4 heeft net als het vorige hoofdstuk uitsluitend betrekking op organisaties.

De vergoeding voor het gederfde rendement op eigen vermogen is in de berekeningen buiten beschouwing gelaten. De NZa zal deze volgens de eigen methodiek berekenen ten behoeve van de totale tariefberekening.

4.1 Kostprijs persoonlijke verzorging in 2016 € 53,01 per uur, verpleging € 60,49

Rekening houdend met alle kosten, de productiviteit en de deskundigheidsmix bedraagt de kostprijs van een uur persoonlijke verzorging in 2016 € 53,01 en van een uur verpleging € 60,49. In de tabel onder figuur 4-1 ziet u de kostprijzen voor alle prestaties. De kostprijs van persoonlijke verzorging is het laagst, die van MSVT Hoog het hoogst.

Figuur 4-1: Kostprijzen exclusief vergoeding eigen vermogen per prestatie per uur 2015 en 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Ondanks de hogere directe loonkosten en zwaardere deskundigheidsmix zijn de kostprijzen van 2015 en 2016 verschillen voor de meeste prestaties weinig van elkaar.

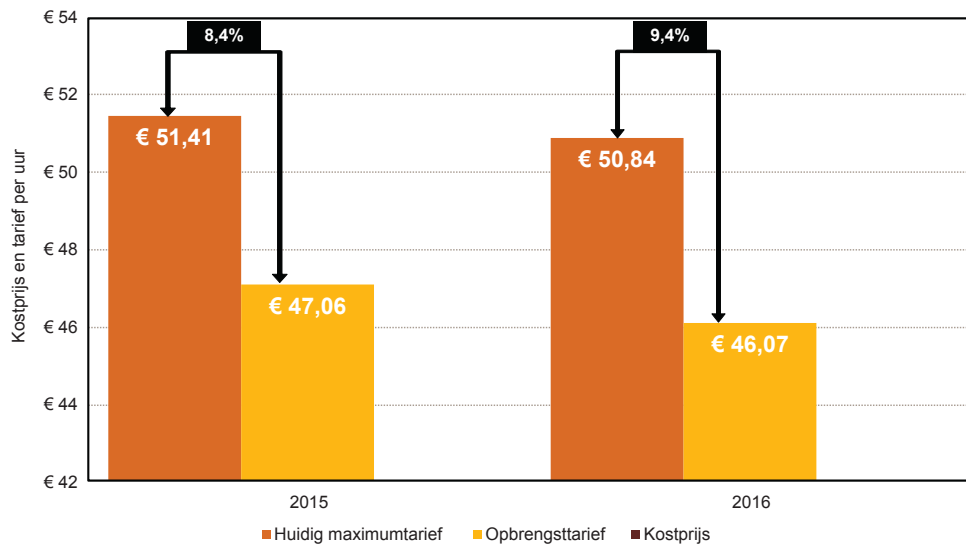
Alleen de kostprijs voor gespecialiseerde verpleging is in 2015 duidelijk hoger dan in 2016. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat in 2015 veel meer medewerker capaciteit op niveau 6 is ingezet dan in 2016. Het betreft overigens in het totaal van de productmix kleine aantallen uren.

4.2 Kostprijs persoonlijke verzorging hoger dan maximumtarief en opbrengst

Nu de kostprijzen berekend zijn, is de vraag aan de orde of de vergoeding vanuit de tarieven kostendekkend is. We bespreken eerst de persoonlijke verzorging.

Voor persoonlijke verzorging ligt de opbrengst in 2015 8,4% lager dan het maximumtarief dat de NZa vaststelt, en in 2016 9,4%. De opbrengst ligt vooral lager door een lager gecontracteerd uurtarief, en voor een klein gedeelte door niet-vergoede overproductie; de 9,4% lagere opbrengst in 2016 wordt verklaard door 8,3% lager contracteertarief en 1,1% niet-vergoede overproductie.

Figuur 4-2: Maximumtarief en gemiddelde opbrengst persoonlijke verzorging 2015 en 2016

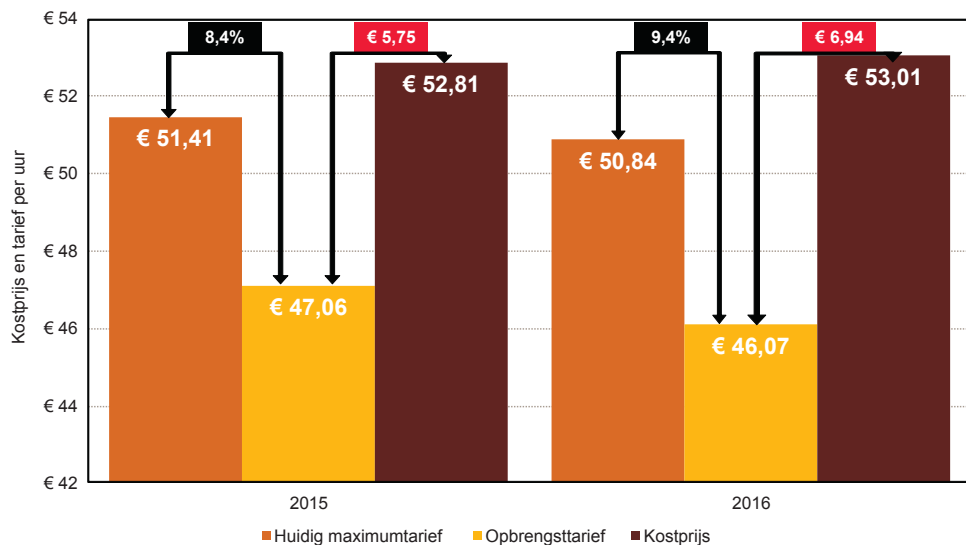


N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Vergelijken we nu de kostprijs met de maximumtarieven en de opbrengst, dan ontstaat het volgende beeld.

Figuur 4-3: Verschil kostprijs en gemiddelde opbrengst persoonlijke verzorging 2015 en 2016



N=80

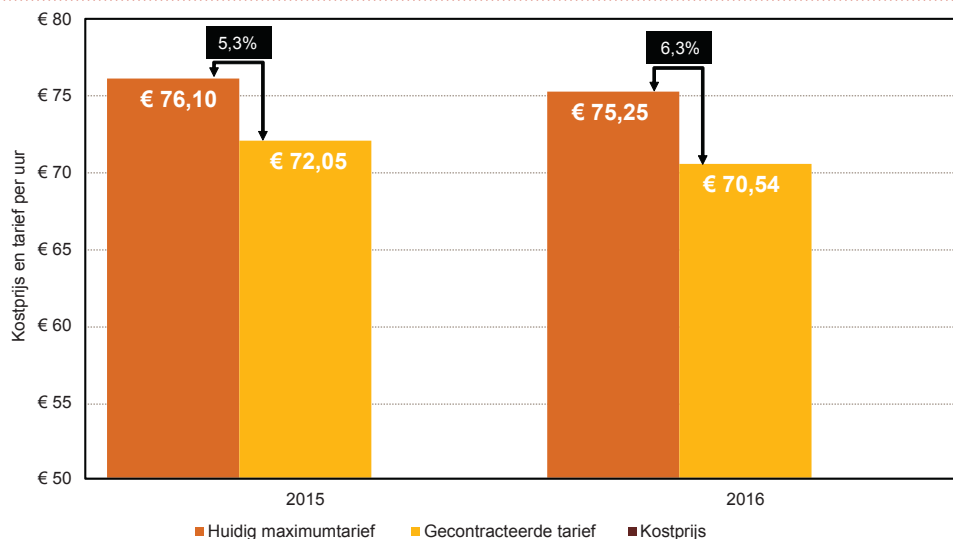
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Gemiddeld maken organisaties op elk uur persoonlijke verzorging in 2015 € 5,75 verlies en in 2016 € 6,94. Dat is respectievelijk 12,2% en 15,1%. Het verlies op persoonlijke verzorging in 2016 voor alle deelnemers samen bedraagt € 122 mln.

4.3 Kostprijs verpleging lager dan maximumtarief en opbrengst

Vervolgens de verpleging. De opbrengst is in 2015 5,3% lager dan het maximumtarief en in 2016 6,3%. Deze 6,3% is opgebouwd uit 5,2% lagere gecontracteerde tarieven en 1,1% niet-vergoede overproductie.

Figuur 4-4: Maximumtarief en gemiddelde opbrengst verpleging 2015 en 2016

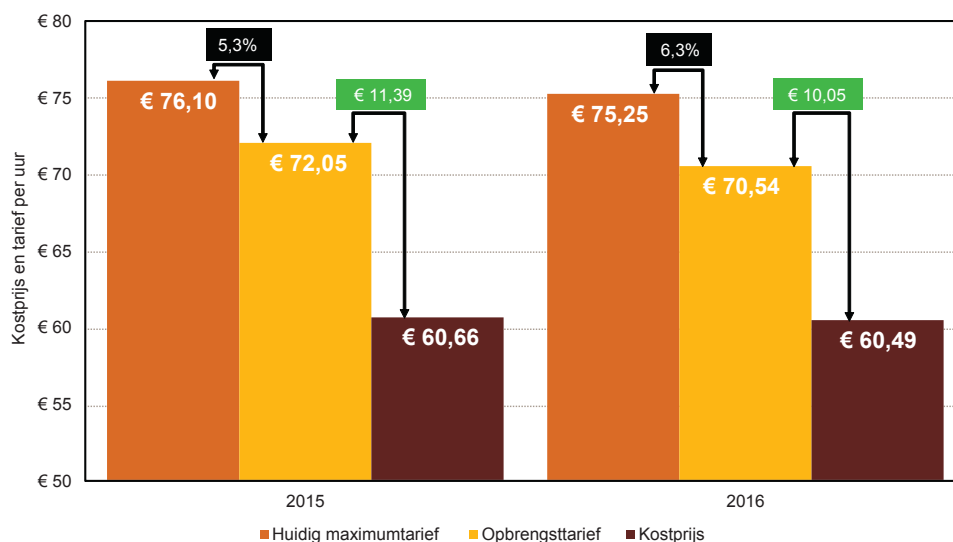


N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Een vergelijking van de kostprijs met de tarieven geeft het volgende beeld.

Figuur 4-5: Verschil kostprijs en gemiddelde opbrengst verpleging 2015 en 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Het beeld van de prestatie verpleging is het omgekeerde van het beeld van de persoonlijke verzorging. De kostprijs ligt lager dan zowel de opbrengst als het maximumtarief.

Gemiddeld maken organisaties op elk uur verpleging in 2015 € 11,39 rendement en in 2016 € 10,05. Dat is respectievelijk 15,8% en 14,2%. Voor alle deelnemers samen bedraagt het rendement op verpleging in 2016 € 69 mln.

In 2016 wordt het verlies op persoonlijke verzorging groter en het rendement op verpleging lager. De opbrengst voor persoonlijke verzorging is meer gedaald dan de opbrengst voor verpleging, ondanks het feit dat op persoonlijke verzorging verlies wordt gemaakt en op verpleging niet.

4.4 Prestaties verpleging en verzorging per saldo verlieslatend

In de vorige paragrafen bleek al dat het verlies op persoonlijke verzorging voor alle deelnemers gezamenlijk € 122 mln. bedroeg in 2016 en het rendement op verpleging € 69 mln. Over deze twee prestaties heen is er dus een verlies. De verliezen dan wel rendementen op de andere prestaties veranderen daar niet veel aan, omdat het volume daarvan beperkt is. Op de oproepbare verzorging wordt net als op de persoonlijke verzorging verlies gemaakt, op de oproepbare en gespecialiseerde verpleging, MSVT en AIV wordt rendement gemaakt.

Voor alle prestaties samen is het verlies op de exploitatie van verpleging en verzorging in 2015 2,0% (percentage van de opbrengsten) en in 2016 3,3%. Dit is exclusief het effect van inhaalbetalingen voor de onregelmatigheidstoeslag over de jaren 2012 tot en met 2016 en exclusief resultaat van eventuele andere producten dan verpleging en verzorging.

Tabel 4-1: Volume en resultaat per prestatie deelnemers onderzoek 2015 en 2016

Producten	2015		2016	
	Volume in mln. uren	Resultaat in € mln.	Volume in mln. uren	Resultaat in € mln.
Persoonlijke verzorging	18,1	€ - 104,3	17,6	€ - 122,4
Oproepbare verzorging	0,5	€ - 0,7	0,1	€ - 0,2
Verpleging	6,0	€ 68,4	6,9	€ 69,2
Oproepbare verpleging	0,1	€ 1,87	0,1	€ 0,9
MSVT Laag	0,6	€ 4,9	0,6	€ 3,7
Gespecialiseerde verpleging	0,3	€ 0,4	0,3	€ 1,0
MSVT Hoog	0,2	€ 1,3	0,3	€ 1,8
AIV	0,2	€ 0,1	0,2	€ -0,0
Totaal	26,0	€ -28,1	25,9	€ - 46,0
Als % van de opbrengsten		- 2,0%		- 3,3%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Voor alle VVT-organisaties in Nederland bedraagt het verlies op de exploitatie van verpleging en verzorging in 2016 per saldo € 149 mln. Voor de berekening van dit bedrag hebben wij de onderzoekscijfers geëxtrapoleerd aan de hand van Vektis-gegevens inzake alle organisaties die in 2015 verpleging en verzorging hebben geleverd. Het verlies op persoonlijke verzorging bedraagt € 279 mln., het rendement op verpleging € 115 mln.

De klankbordgroep wijst erop dat de niet-cliëntgebonden kosten niet altijd exact toe te rekenen zijn aan de afzonderlijke prestaties. Daardoor zal de totale kostprijs en daardoor ook het rendement per prestatie mogelijk iets afwijken van de werkelijkheid. Per saldo blijft uiteraard het resultaat ongewijzigd.

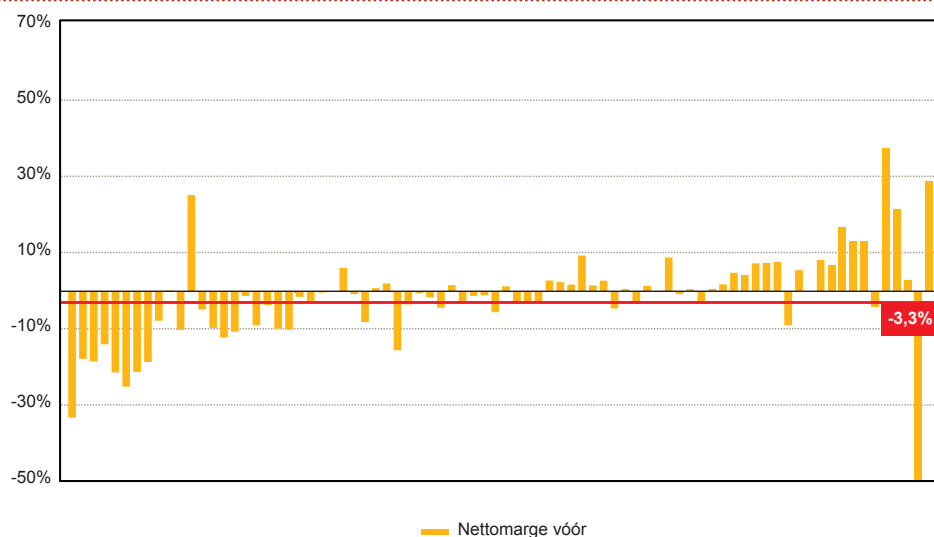
4.5 Hanteren gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief voldoende voor positieve nettomarge in 68,8% van de organisaties

Om de verschillen tussen kostprijzen en tarieven nader in te kleuren, hebben wij berekend wat de effecten zouden zijn als de opbrengsttarieven voor alle organisaties gelijk zou zijn aan de gemiddelde kostprijs. De gemiddelde nettomarge is dan per saldo ongeveer nul (0,2% van de opbrengsten), zoals was te verwachten. Verder blijkt dat van de 80 organisaties er 55 een positief resultaat zouden behalen op verpleging en verzorging, dat is 68,8%. 25 organisaties behalen bij het hanteren van de gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief nog steeds een negatieve nettomarge¹².

¹¹ In deze cijfers zijn de inhaalbetalingen onregelmatigheidstoeslag over de jaren 2012 tot en met 2016 buiten beschouwing gebleven, evenals de vergoeding gedeerd rendement op eigen vermogen en het rendement op eventuele andere producten dan verpleging en verzorging.

In onderstaande figuur 4-6 is de nettomarge van verpleging en verzorging over 2016 op basis van opgave van de deelnemende zorgorganisaties weergegeven. De gehanteerde volgorde is gelijk gehouden aan die van figuur 4-7, dus de nettomarge die de organisaties zouden realiseren bij toepassing van de gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief.

Figuur 4-6: Nettomarge verpleging en verzorging 2016



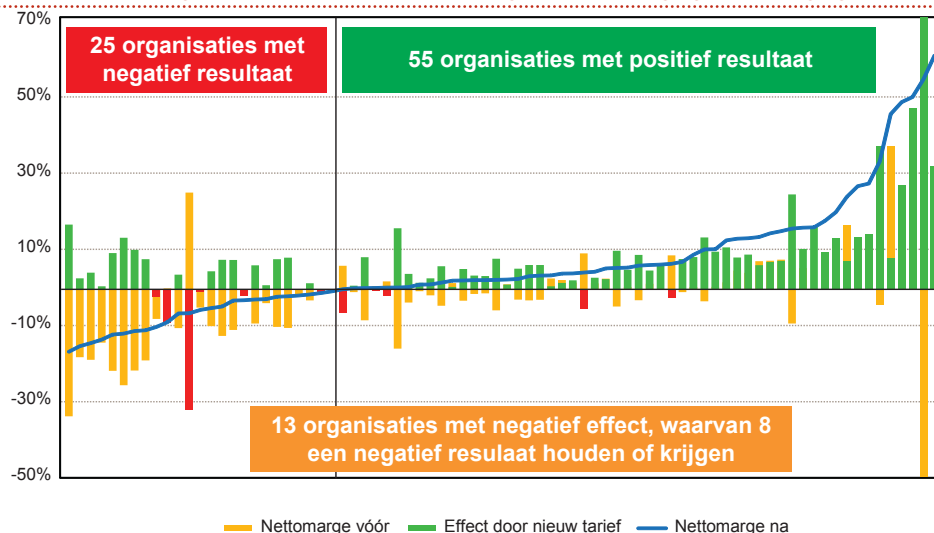
N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

In figuur 4-7 wordt zichtbaar gemaakt wat het effect zou zijn als alle organisaties de berekende kostprijzen als opbrengst ontvangen ('compensatie'). Het effect is weergegeven als groene staaf als de organisaties erop vooruit gaan. Voor de 13 organisaties die er op achteruitgaan is het effect weergegeven met een rode staaf. Het saldo van de oorspronkelijke nettomarge (de nettomarge die ook in figuur 4-6 staat) en het effect van compensatie is de nettomarge na compensatie; deze nettomarge ziet u in de blauwe lijn. De oranje staafjes die kleiner zijn dan de groene staafjes zijn in de figuur niet zichtbaar omdat deze achter de groene staan.

De organisaties met de hoogste en laagste nettomarges betreffen organisaties met een beperkte omzet verpleging en verzorging.

Figuur 4-7: Effect hanteren gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief verpleging en verzorging



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Er zijn in totaal 13 organisaties die erop achteruit zouden gaan als de gemiddelde kostprijzen gehanteerd zouden worden als opbrengsttarieven. Dit zijn organisaties die nu een tarief hebben weten te contracteren dat boven deze kostprijzen ligt.

Voor een deel gaat het om organisaties met bijvoorbeeld kindzorg of een relatief groot aandeel bijzondere prestaties. Voor een deel gaat het om organisaties die voor reguliere prestaties een bovengemiddeld zware deskundigheidsmix hebben.

Figuur 4-7 laat verder zien dat bij het hanteren van de gemiddelde kostprijs als opbrengsttarief nog steeds 25 van de 80 organisaties een negatief resultaat behalen. Er kunnen meerdere oorzaken een rol spelen, zoals de wijze waarop de bedrijfsvoering is ingericht.

Uit de berekeningen blijkt dat de aanbieder die het meest negatieve resultaat heeft, voor verpleging € 2,67 per uur minder ontvangt dan voor een break-even resultaat nodig is.

4.6 Stijging kostprijs 2017 verwacht door andere toerekening reistijd, cao 2017 en eenmalige betaling onregelmatigheidstoeslag

Aan de hand van recente ontwikkelingen en prognoses hebben wij onderzocht hoe de kostprijzen zich zullen ontwikkelen in 2017 en latere jaren, naast de indexaties voor 2017 en 2018. Hoe deze ontwikkelingen zullen doorwerken in de tariefstelling, is nog niet bekend.

Allereerst is er de recente uitspraak van het Europese Hof¹² inzake de reistijd van medewerkers. Het Hof heeft uitgesproken dat in elk geval de heenreis van huis naar het (eerste) werkadres als werktijd moet worden gezien. Daardoor wordt het aandeel indirecte uren hoger en daalt dus de productiviteit. Een aantal organisaties heeft gegevens geleverd op basis waarvan een indicatief beeld van de productiviteit en daarmee van de kostprijs kan worden geschetst. Overigens is niet uit te sluiten dat de uitspraak van het Europese Hof ook betrekking heeft op de reis van de laatste werkplek naar huis, en dat de uitspraak terugwerkende kracht heeft. In onze kostenopzet is dit nog niet verwerkt, omdat de discussie over de reikwijdte van de uitspraak nog onvoldoende duidelijk is.

Tabel 4-2: Effect nieuwe toerekening heenreis op productiviteit per deskundigheidsniveau¹³, indicatief

	Helpende	Verzorgende	Verzorgende IG	Verpleegkundige mbo	Verpleegkundige hbo
Indirecte tijd 2016	11,8%	11,7%	13,9%	18,1%	19,6%
Bij: eerste reis naar werk	3,4%	3,8%	3,5%	3,7%	3,4%
Indirecte tijd aangepast:	15,1%	15,5%	17,5%	21,7%	23,0%
Productiviteit was:	66,0%	65,5%	63,4%	58,9%	54,2%
Productiviteit wordt:	63,8%	63,1%	61,3%	56,8%	52,4%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De lagere productiviteit leidt tot een gemiddelde kostprijsstijging van 2,5%.

¹² Europese Hof 12 september 2015 zaak C-266/14.

¹³ Indicatief, op basis van N=13

Tabel 4-3: Effect nieuwe toerekening reistijd (heenreis) op kostprijzen verpleging en verzorging¹⁴, indicatief

Effect op kostprijs 2016	Kostprijs was	Kostprijs wordt	Vershil in €	Vershil in %
Persoonlijke verzorging	€ 53,01	€ 54,12	€ 1,21	2,3%
Oproepbare verzorging	€ 53,79	€ 54,87	€ 1,08	2,0%
Verpleging	€ 60,49	€ 62,16	€ 1,68	2,8%
Oproepbare verpleging	€ 60,89	€ 62,67	€ 1,77	2,9%
MSVT Laag	€ 62,48	€ 64,37	€ 1,89	3,0%
Gespecialiseerde verpleging	€ 70,50	€ 72,69	€ 2,20	3,1%
MSVT Hoog	€ 71,36	€ 73,42	€ 2,07	2,9%
AIV	€ 71,19	€ 72,87	€ 1,67	2,4%
Gewogen gemiddelde				2,5%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

In de tweede plaats is voor 2017 een nieuwe cao afgesloten. Deze leidt naar verwachting tot een kostenstijging van 2,8% (percentage van de totale kosten). Deze 2,8% is opgebouwd uit 1,7% regulier effect en 1,1% effect voor uitbetaling van onregelmatigheidstoeslag bij vakanties¹⁵.

Tabel 4-4: Kostenstijging door effect cao 2017

Gewogen gemiddelde	Euro's	Als % van de totale personeelskosten 2016	Als % van de totale kosten 2016
Cao-effect 2017 regulier	€ 47.459.064	2,4%	1,7%
Extra kosten 2016 (exclusief ORT-inhaalbetalingen)	€ 11.842.127	1,6%	1,1%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Daarnaast speelt een mogelijk hogere inschaling van hbo-verpleegkundigen per 2018. De hbo-verpleegkundigen zijn nu ingeschaald in FWG-schaal 50, maar in het gehanteerde puntenstelsel is het aantal punten dat nodig is voor FWG 55 al bijna behaald. Binnenkort zal naar verwachting ook de regiefunctie van hbo-verpleegkundigen worden toegevoegd als basis voor de puntentelling, en daarmee is inschaling in FWG 55 aan de orde.

4.7 *Kostprijzen berekend na samenvoegen prestaties*

Persoonlijke verzorging en verpleging zijn de producten met verreweg de grootste volumes, zoals in de volgende paragraaf nog wordt toegelicht. De volumes van de andere prestaties zijn veel kleiner. Dit gegeven in combinatie met de wens tot vereenvoudiging van de bekostigingsstructuur doet de vraag rijzen, of het niet mogelijk is prestaties en dus ook kostprijzen te combineren. Samenvoeging sluit aan bij de tendens om integrale zorg te leveren met zelfsturende teams. In 2017 wordt al op grote schaal ingekocht met een bekostiging op basis van een integraal uurtarief, dat overigens nog wel wordt gebaseerd op de verwachte productmix van de betreffende zorgorganisatie.

Om de effecten van samenvoeging in beeld te brengen, is vooral de deskundigheidsmix bepalend, omdat daar de belangrijkste verschillen tussen de prestaties te zien zijn.

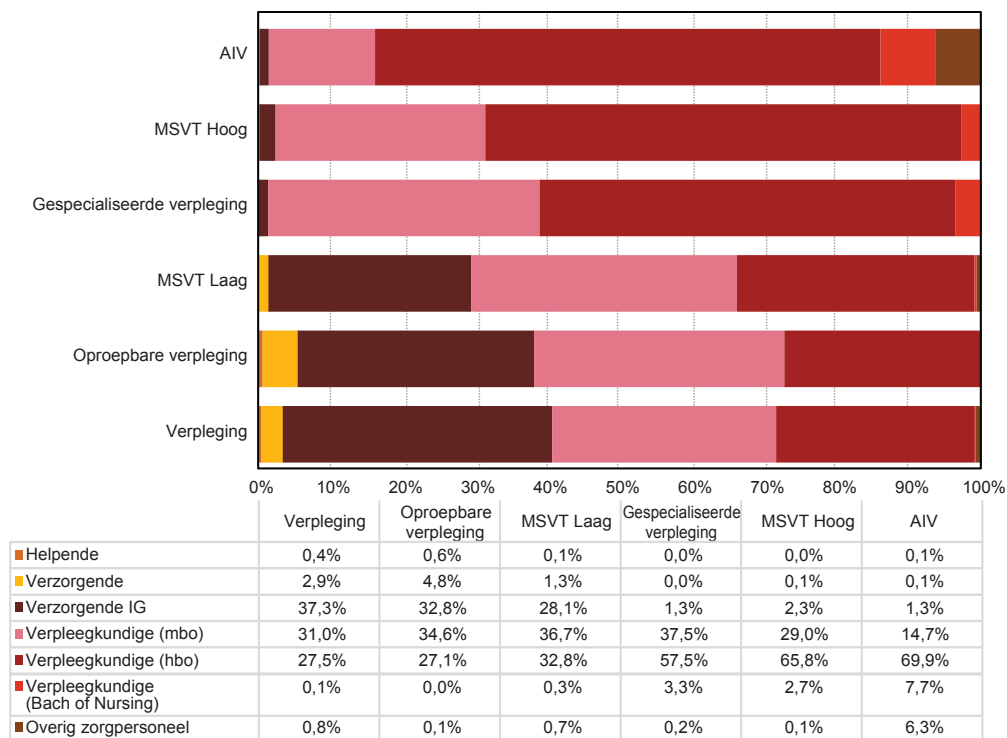
¹⁴ Indicatief, op basis van N=13

¹⁵ Kantonrechter Zeeland West-Brabant 19 oktober 2016, <http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBZWB:2016:6533>

4.7.1 Verpleging en MSVT

Allereerst bezien wij de deskundigheidsmix in de prestaties gespecialiseerde verpleging, MSVT Laag en hoog en AIV, in relatie tot de verpleging.

Figuur 4-8: Deskundigheidsmix verpleging, gespecialiseerde verpleging, MSVT Laag, MSVT Hoog en AIV 2016

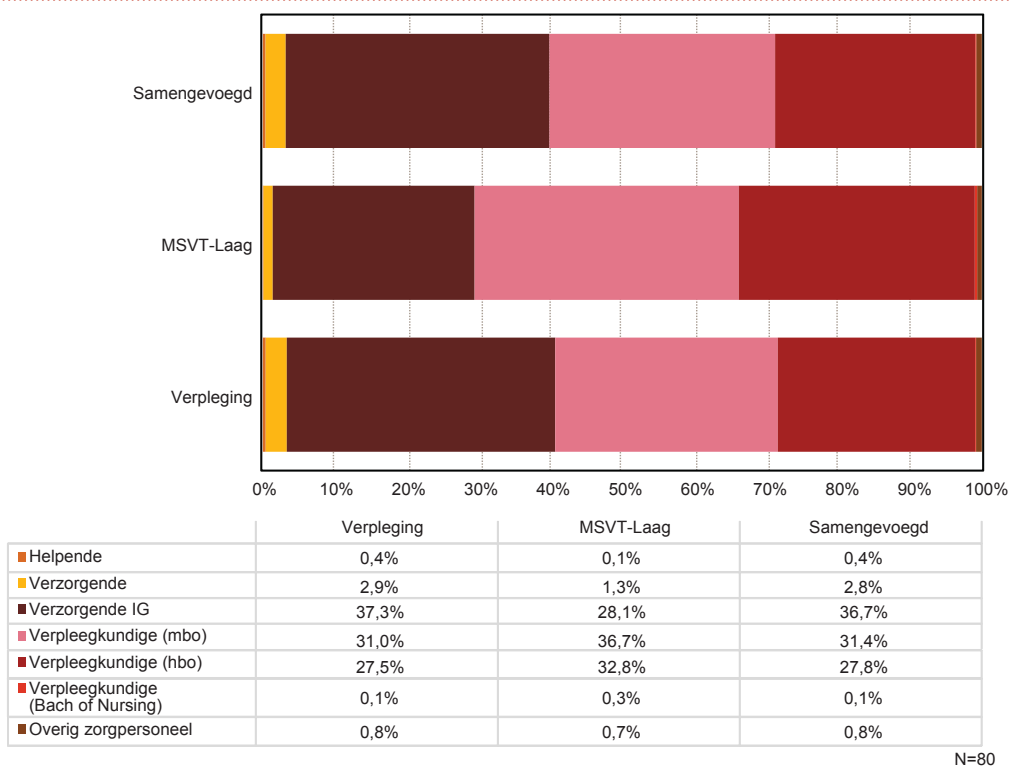


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De deskundigheidsmix van AIV, MSVT Hoog en gespecialiseerde verpleging verschillen duidelijk van de mix in de andere prestaties. AIV, MSVT Hoog en gespecialiseerde verpleging worden bijna volledig geleverd door verpleegkundigen, met daarbinnen een fors aandeel hbo-verpleegkundigen. In de prestaties verpleging, oproepbare verpleging en MSVT Laag is het aandeel verpleegkundigen lager, en nemen de verzorgenden IG een substantieel deel van de zorg voor hun rekening.

In verband met het afschaffen van de prestatie MSVT voor aanbieders van verpleging en verzorging is de NZa voornemens deze zorg onder de prestaties voor verpleging en verzorging te laten vallen. We hebben onderzocht wat het effect van de samenvoeging op de deskundigheidsmix is, gewogen voor het aandeel in het zorgvolume.

Figuur 4-9: Deskundigheidsmix bij samenvoeging verpleging en MSVT Laag 2016

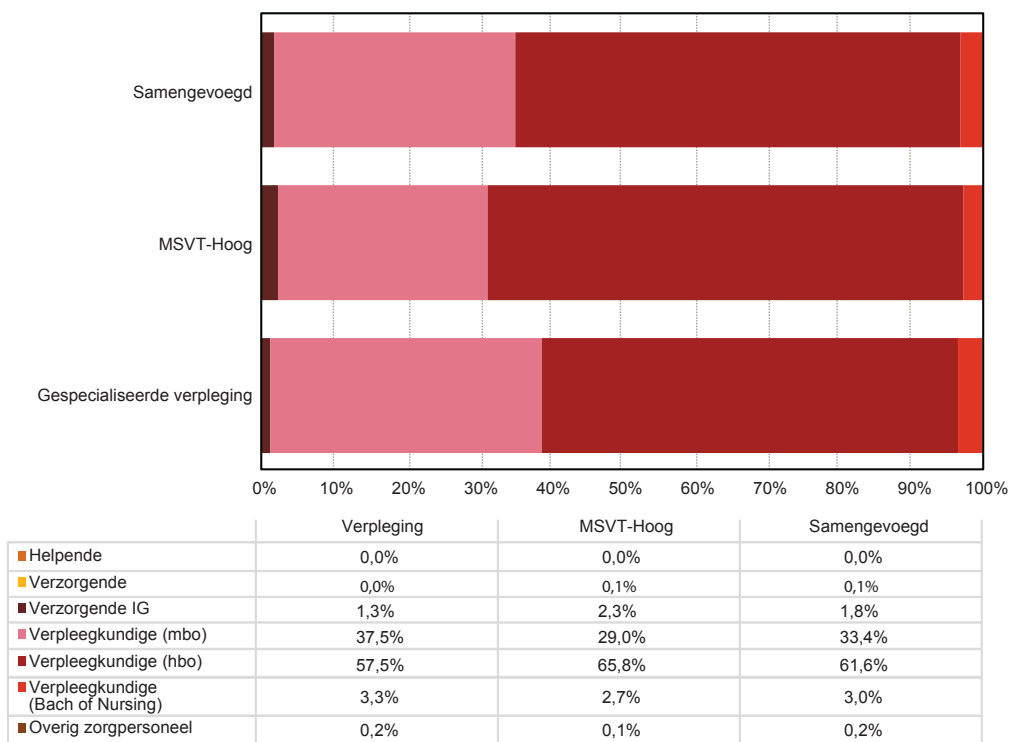


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Samenvoeging van verpleging en MSVT Laag zou betekenen dat de kostprijs van de nieuwe samengevoegde prestatie € 0,14 per uur hoger zou zijn dan de kostprijs van verpleging in 2016.

Op vergelijkbare wijze hebben wij het effect berekend van samenvoeging van gespecialiseerde verpleging en MSVT Hoog.

Figuur 4-10: Berekening deskundigheidsmix bij samenvoeging gespecialiseerde verpleging en MSVT Hoog, gewogen voor aandeel in de totale productmix, 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Samenvoeging van gespecialiseerde verpleging en MSVT Hoog zou betekenen dat de kostprijs van de nieuwe samengevoegde prestatie € 0,42 per uur hoger zou zijn dan de kostprijs van gespecialiseerde verpleging in 2016.

Beide samenvoegingen zijn naar onze mening goed verdedigbaar.

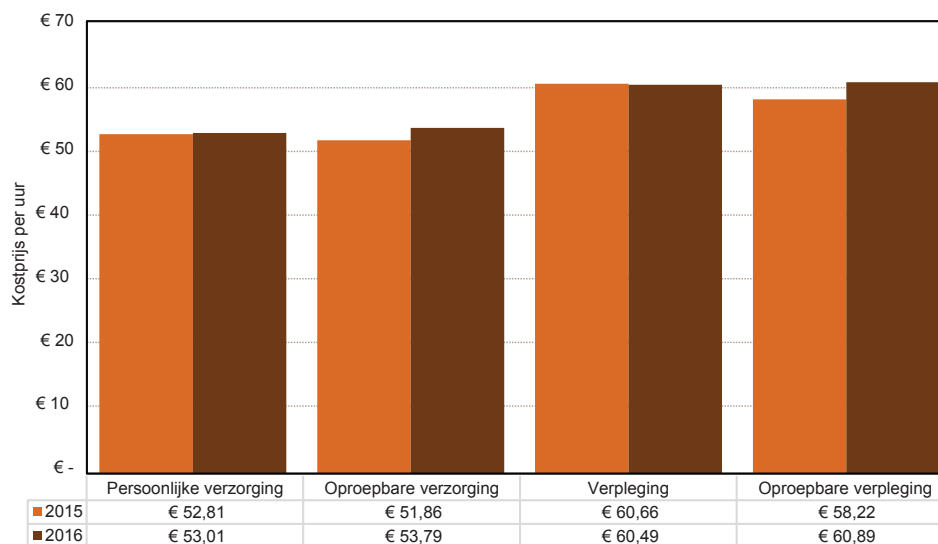
4.7.2 Oproepbare verpleging en verzorging

Tot slot hebben wij de verschillen in kostprijs onderzocht tussen oproepbare verzorging en persoonlijke verzorging respectievelijk tussen oproepbare verpleging en verpleging. In het verleden is besloten tot een opslag van 7% op de tarieven voor de oproepbaarheid, dit op basis van de veronderstelling dat een systeem van oproepbaarheid zou leiden tot een lagere productiviteit (wachturen).

Of de productiviteit van de medewerkers in de oproepbare verpleging en verzorging inderdaad lager is, kon niet worden vastgesteld. De medewerkers in de oproepbare verpleging en verzorging worden namelijk niet als afzonderlijke groep in de registratie opgenomen, zodat de productiviteitscijfers niet kunnen worden gesplitst.

Feit is wel dat de berekende kostprijzen hoger zijn dan van verpleging en verzorging, maar dat het verschil relatief gering is. De deskundigheidsmix is voor oproepbare verpleging en verzorging iets zwaarder. Omdat de productiviteit specifiek voor oproepbare verpleging en verzorging niet bekend is kunnen we deze bij de berekening van de kostprijs ook niet meenemen, ondanks het feit dat aannemelijk is dat de productiviteit in de oproepbare zorg door wachturen lager zal zijn. Overigens is de productiviteit in de oproepbare verpleging en verzorging uiteraard wel onderdeel van de productiviteitscijfers per deskundigheidsniveau.

Figuur 4-11: Kostprijs oproepbare verzorging en persoonlijke verzorging respectievelijk oproepbare verpleging en verpleging 2015 en 2016



N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De verschillen in kostprijs zijn in 2016 weliswaar iets groter dan in 2015, maar ze zijn nog steeds beperkt.

Wij zouden ons goed kunnen voorstellen dat de oproepbare verzorging en oproepbare verpleging worden geïntegreerd met respectievelijk de persoonlijke verzorging en verpleging, dan wel de hierboven beschreven samengevoegde prestaties verzorging en verpleging. Aanbieders en verzekeraars kunnen afzonderlijke afspraken maken over eventuele aannemelijke extra kosten.

Door de kleine volumes van de oproepbare verpleging en verzorging (elk 0,1% van de totale productie) blijft bij samenvoeging de kostprijs gelijk.

4.7.3 Kostprijzen na samenvoeging

Gaan we uit van samengevoegde prestaties, dan ontstaat het volgende beeld.

Tabel 4-5: Kostprijzen per prestatie organisaties, effecten 2017 en 2018 bij samenvoeging prestaties

Kostprijs	Persoonlijke verzorging en oproepbare verzorging	Verpleging, oproepbare verpleging en MSVT Laag	Gespecialiseerde verpleging en MSVT Hoog	AIV
Kostprijs 2016	€ 53,01	€ 60,63	€ 70,92	€ 71,15
Vergoeding rendement EV	Door NZa te berekenen			
Effecten 2017				
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm
Reistijd is werktijd heenreis	2,3%	2,8%	3,0%	2,4%
Cao-effecten regulier	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
ORT over vakantie e.d.	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%
Effecten 2018				
Indexatie o.b.v. cao	Pm	Pm	Pm	Pm

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

4.7.4 Balanstotalen als input voor berekening vergoeding gedeerd rendement op eigen vermogen

Eerder in dit rapport is al genoemd dat de NZa de vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen zal berekenen. De NZa doet dit op basis van balansgegevens. Als input voor deze berekening hebben wij de opbouw van de balansposten in kaart gebracht.

Tabel 4-7: Balansgegevens ten behoeve van berekening vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen

Balanspost	2015		2016	
	Gecontroleerde jaarrekening concern	% van balanstotaal	Prognose van de jaarrekening 2016 concern	% van balanstotaal
		N=80		N=78 ¹⁶
Vaste activa	€ 2.267.927.073	63,5%	€ 2.218.378.605	66,8%
Immateriële activa	€ 8.508.362	0,2%	€ 6.175.530	0,2%
Waarvan goodwill	€ 484.119	0,0%	€ 8.019	0,0%
Materiële vaste activa	€ 2.226.702.457	62,3%	€ 2.185.593.632	65,9%
Financiële vaste activa	€ 32.716.253	0,9%	€ 26.609.443	0,8%
Vlottende activa	€ 1.305.550.872	36,5%	€ 1.100.094.553	33,2%
Voorraden en onderhanden werk	€ 34.499.236	1,0%	€ 23.870.693	0,7%
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	€ 28.045.586	0,8%	€ 17.231.715	0,5%
Debiteuren en overige vorderingen	€ 516.428.910	14,5%	€ 389.002.708	11,7%
Liquide middelen	€ 726.577.140	20,3%	€ 669.989.437	20,2%
Totaal activa	€ 3.573.477.945	100,0%	€ 3.318.473.158	100,0%
Eigen vermogen	€ 1.116.673.875	31,2%	€ 1.001.643.134	30,2%
Voorzieningen	€ 218.005.876	6,1%	€ 188.699.578	5,7%
Langlopende schulden	€ 1.175.346.008	32,9%	€ 1.176.442.389	35,5%
Kortlopende schulden	€ 1.063.452.187	29,8%	€ 951.688.059	28,7%
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	€ 19.137.801	0,5%	€ 27.838.101	0,8%
Overige kortlopende schulden	€ 1.044.314.386	29,2%	€ 923.849.957	27,8%
Totaal passiva	€ 3.573.477.946	100,0%	€ 3.318.473.159	100,0%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

16 Twee deelnemende organisaties hebben geen balansgegevens over 2016 aangeleverd.

De solvabiliteit (eigen vermogen als percentage van het balanstotaal) van de onderzochte organisaties komt uit op 31,2% in 2015 en 30,2% in 2016. Deze waarden liggen zeer dicht bij de 30,6% solvabiliteit voor de gehele sector (bron: DigiMV 2015). Over 2016 zijn de landelijke cijfers nog niet beschikbaar.

Tabel 4-7: Solvabiliteit organisaties verpleging en verzorging

Bron	N	Solvabiliteit	
		2015	2016
Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging	80	31,2%	30,2%
DigiMV	550	30,6%	

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

5. Kostprijs kindzorg en kostenopbouw bijzondere prestaties in beeld gebracht

In de vorige hoofdstukken hebben wij de variabelen en kostprijzen weergegeven voor alle organisaties die aan het onderzoek deelnamen. In dit hoofdstuk maken wij enkele doorsnedes naar type organisatie en besteden wij aandacht aan kindzorg en bijzondere prestaties.

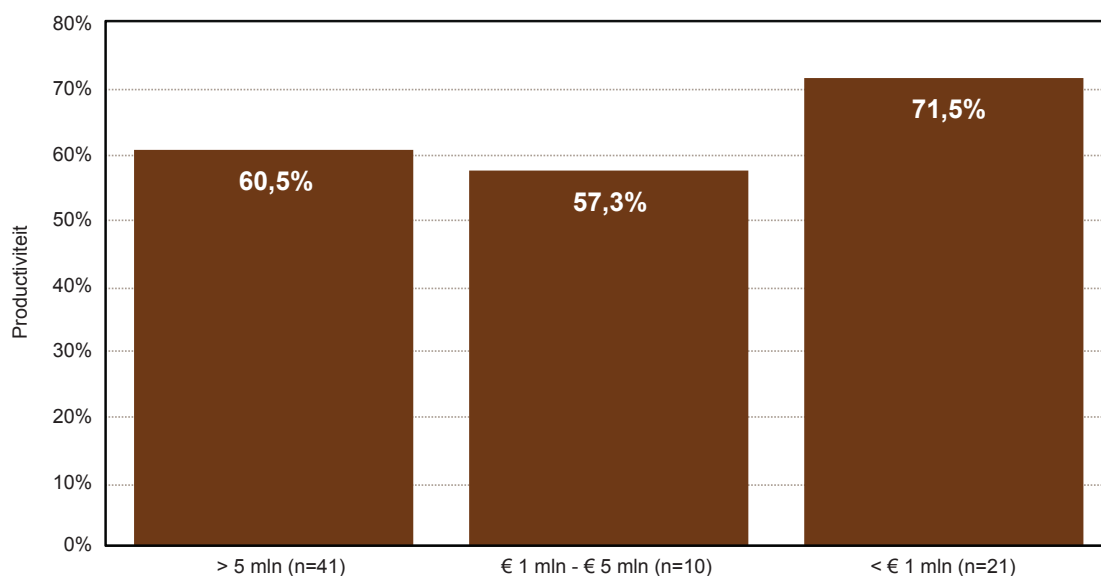
Met deze nadere analyses ontstaat een steviger fundament onder de tariefdiscussie, omdat de invloed van bijzondere kenmerken en prestaties wordt gekwantificeerd. Voor de kindzorg hebben wij een afzonderlijke kostprijs berekend, vanwege de duidelijk afwijkende kostenstructuur. Voor de andere bijzondere prestaties hebben wij volstaan met het benoemen van de elementen die in beginsel tot een bovengemiddelde kostprijs kunnen leiden. Zoals verderop nog wordt toegelicht, gaat het hierbij om kostenvariabelen op het niveau van de gehele organisatie. Inzicht in de exacte kostenstructuur van de bijzondere prestaties is op basis van het onderzoek niet te geven; registreren van deze kostenstructuur zou een forse administratieve belasting vormen.

5.1 Groter aandeel persoonlijke verzorging en hogere productiviteit in kleine organisaties

Om na te gaan of de grootteklasse van invloed is op de kostprijs, hebben wij kleinere en grotere organisaties met elkaar vergeleken. Hierbij zijn wij we alle organisaties met een omzet van minder dan € 1 mln. samengenomen. De verschillen tussen grootteklasse 3 (tussen de € 250.000 en € 1 mln.) en 4 (< € 250.000) bleken zeer beperkt te zijn.

Kleinere organisaties bieden naar verhouding meer persoonlijke verzorging dan grotere. Daarmee in lijn ligt de hogere productiviteit in kleine organisaties (71,5%, in de grootste 60,5%). De verschillen in de overige variabelen zijn gering.

Figuur 5-1: Productiviteit per grootteklasse, 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

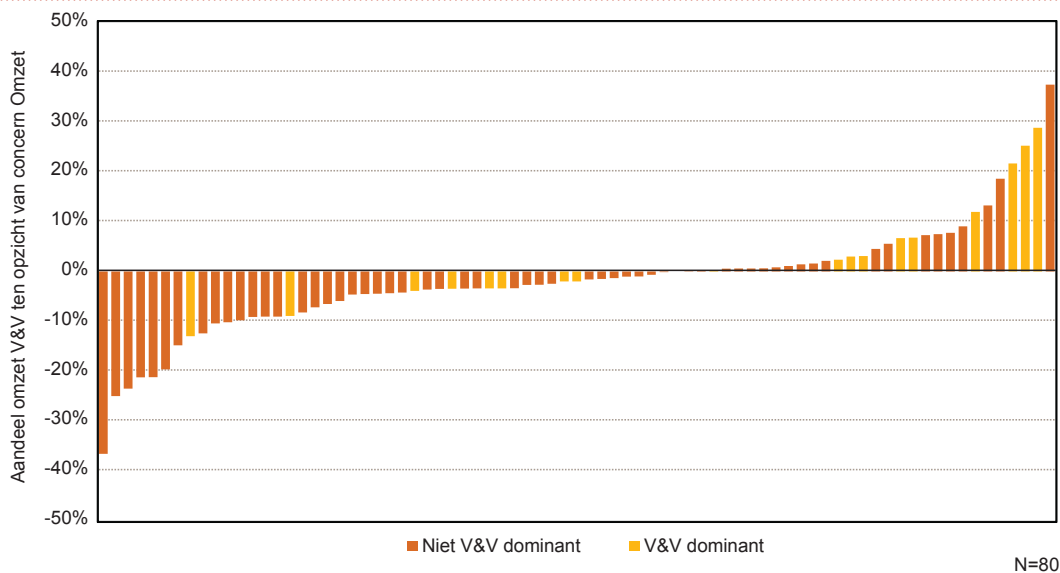
5.2 Aandeel extramurale zorg in organisatie lijkt niet van invloed op kostprijs

Een deel van de organisaties biedt naast extramurale verpleging en verzorging ook intramurale VVT of andere intramurale zorg; een ander deel biedt juist (bijna) uitsluitend uitsluitend verpleging en verzorging. Wij hebben onderzocht of de hoogte van de afzonderlijke kostprijsvariabelen van de twee organisatietypes van elkaar verschilt.

In figuur 5-2 zijn de organisaties geordend naar de nettomarge van de verpleging en verzorging 2016. We hebben de organisaties gesplitst in twee typen: V&V-dominant en V&V-niet dominant. Als V&V dominant beschouwen we organisaties waar meer dan 75% van de totale opbrengsten voortkomt uit verpleging en verzorging. Het gaat om 25% van de deelnemende organisaties. De figuur laat zien dat V&V-dominante

organisaties overal in de reeks organisaties voorkomen en de organisaties waar dit niet het geval is, eveneens. De ‘V&V-dominante’ organisaties rechts in de figuur, met een hoge nettomarge, zijn organisaties met een veelal gespecialiseerd aanbod.

Figuur 5-2: Nettomarge organisaties verpleging en verzorging dominant en niet-dominant



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Op grond van deze uitkomsten mag verwacht worden dat de inbedding van verpleging en verzorging weinig invloed zal hebben op de kostprijs van deze prestaties¹⁷.

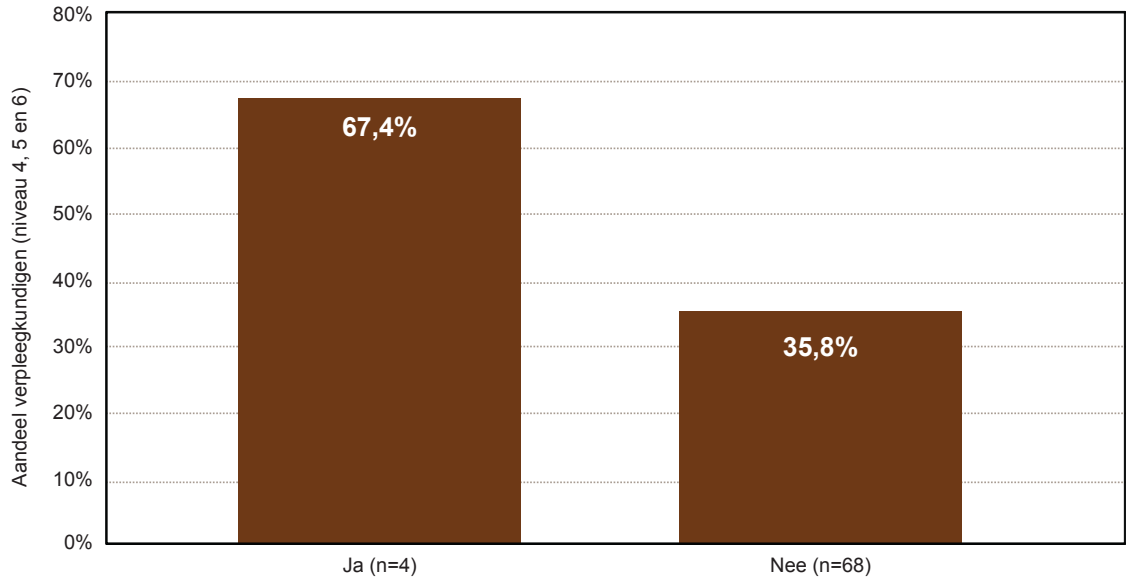
5.3 Kostprijs kindzorg hoger door bijzondere kostenstructuur

Er zijn in Nederland vijf organisaties door de NZa aangewezen als aanbieder van extramurale verpleging en verzorging aan kinderen. Drie daarvan bieden uitsluitend kindzorg, twee bieden ook zorg aan volwassenen. Alle vijf organisaties zijn in het onderzoek betrokken.

In de kindzorg is het aandeel verpleging in de productmix groter dan gemiddeld. Dit komt omdat de persoonlijke verzorging van de kinderen veelal een taak blijft van de ouders. Professionals worden ingezet voor de meer complexe handelingen, en vaak gaat het daarbij om hoogcomplexere zorg inclusief begeleiding van het gezin. In verband met dit bijzondere karakter van de zorg is ook het aandeel medewerkers op niveau 4, 5 en 6 bovengemiddeld.

¹⁷ Uit de validatie bleken geen aanwijzingen dat organisaties die meer producten bieden dan verpleging en verzorging, meer of juist minder overheadkosten toerekenen aan verpleging en verzorging dan organisaties die uitsluitend verpleging en verzorging bieden.

Figuur 5-3: Aandeel medewerkers niveau 4, 5 en 6 in organisaties met kindzorg en organisaties zonder kindzorg, 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Het hogere aandeel medewerkers van niveau 4, 5 en 6 verklaart een deel van de hogere kosten van deze kindzorgorganisaties. Daarnaast zijn ook de overige personeelskosten, niet-zorggebonden kosten en kapitaalslasten van kindzorgorganisaties hoger.

- De overige personeelskosten en niet-zorggebonden kosten zijn hoger door:
 - extra reiskosten vanwege het feit dat de reisafstanden voor zowel de planbare als de onplanbare zorg groter zijn (kinderen wonen verspreid in het werkgebied);
 - hogere opleidingskosten (verpleegkundigen worden in de eigen organisatie opgeleid tot kinderverpleegkundigen)
- De niet-zorggebonden personeelskosten zijn hoger doordat kindzorgorganisaties meer stafmedewerkers inzetten dan gemiddeld. De organisaties geven aan dat dit nodig is om het complexe specialisme door te ontwikkelen en ook de uitvoerend medewerkers hierin te coachen. Door deze extra inzet zijn ook bijvoorbeeld advieskosten en kantoorkosten hoger.
- De kapitaalslasten zijn hoger door maandelijkse kosten van leaseauto's. Relatief veel kinderverpleegkundigen beschikken over een (lease)auto in verband met de grote reisafstanden.

De kostprijs voor kindzorg komt uit op € 74,44. Dat is hoger dan de hoogste kostprijs voor reguliere prestaties (MSVT Hoog, € 70,53). De hogere kostprijs wordt verklaard door:

- 13,2% hogere personeelskosten dan gemiddeld door de zwaardere deskundigheidsmix;
- 4,6% hogere overige personeelskosten dan gemiddeld door de langere reistijden en hogere opleidingskosten: 9,7% versus 5,1%;
- 5,3% hogere niet-zorggebonden kosten dan gemiddeld door extra stafmedewerkers: 16,6% versus 11,3%;
- 3,6% hogere kapitaalslasten dan gemiddeld door onder meer de kosten van leaseauto's: (7,1% versus 3,5%).

Tabel 5-1: Kostprijs kindzorg 2016

Kostensoort	Kosten per uur kindzorg
Directe personeelskosten	51,73
Indirecte loonkosten	11,19
Overige kosten	11,51
Totaal	€ 74,44

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

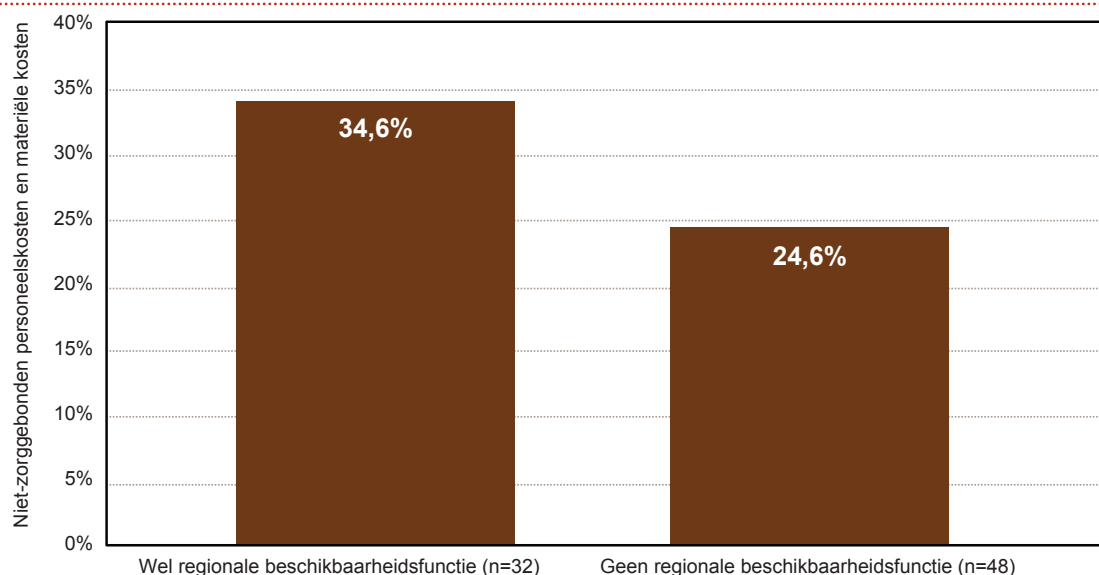
Voor de kindzorg gelden net als voor de andere zorgprestaties de effecten voor 2017 en verdere jaren, zie hoofdstuk 4.7. Wel merken wij op dat door de langere reistijd het effect op de kostprijs van de gewijzigde toerekening van reistijd voor de kindzorg mogelijk groter is dan gemiddeld, maar dat nadere kwantificering van dit effect nodig is.

5.4 Hogere niet-zorggebonden kosten in organisaties met regionale beschikbaarheidsfunctie

In totaal 29 organisaties geven aan dat zij de regionale beschikbaarheidsfunctie uitoefenen. In deze organisaties is sprake van hogere indirecte personeelskosten en van hogere materiële kosten.

De percentages in figuur 5-4 tot en met 5-6 zijn percentages die betrekking hebben op alle activiteiten van het concern, dus niet alleen op de bijzondere prestaties. Het geïsoleerde effect van bijzondere prestaties is uit de onderzoeksresultaten onvoldoende af te leiden.

Figuur 5-4: Niet-zorggebonden personeelskosten en materiële kosten van organisaties met en zonder regionale beschikbaarheidsfunctie (als percentages van de zorggebonden personeelskosten)

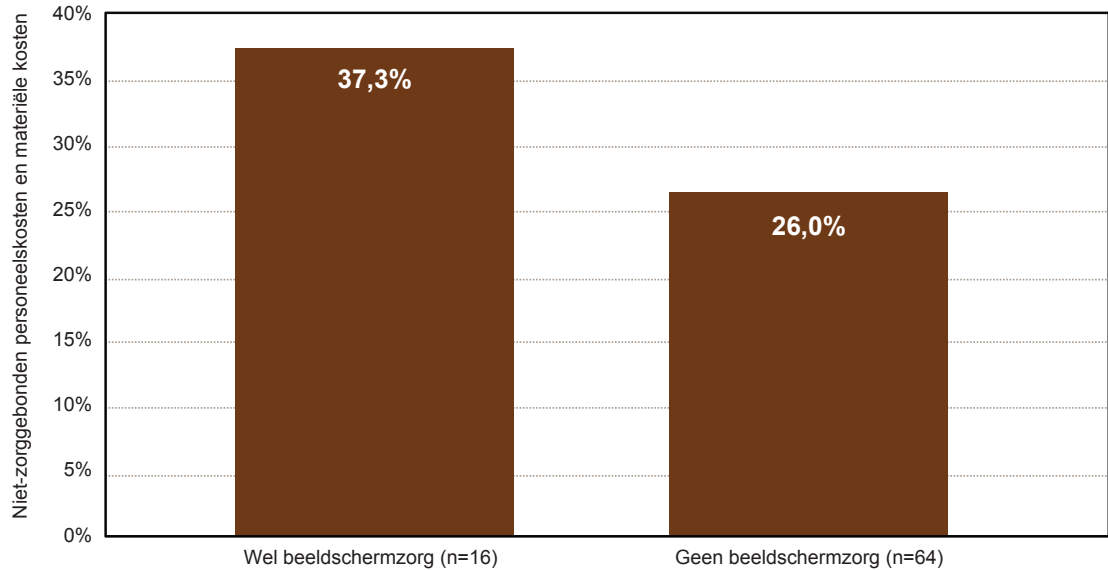


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

5.5 Beeldschermzorg leidt (nog) niet tot lagere kostprijs

Veertien organisaties geven aan dat zij expliciet investeren in beeldschermzorg en farmaceutische telezorg. In deze organisaties zijn de indirecte personeelskosten en materiële kosten hoger dan gemiddeld.

Figuur 5-5: Niet-zorggebonden personeelskosten en materiële kosten van organisaties met en zonder beeldschermzorg (percentage van de zorggebonden personeelskosten)



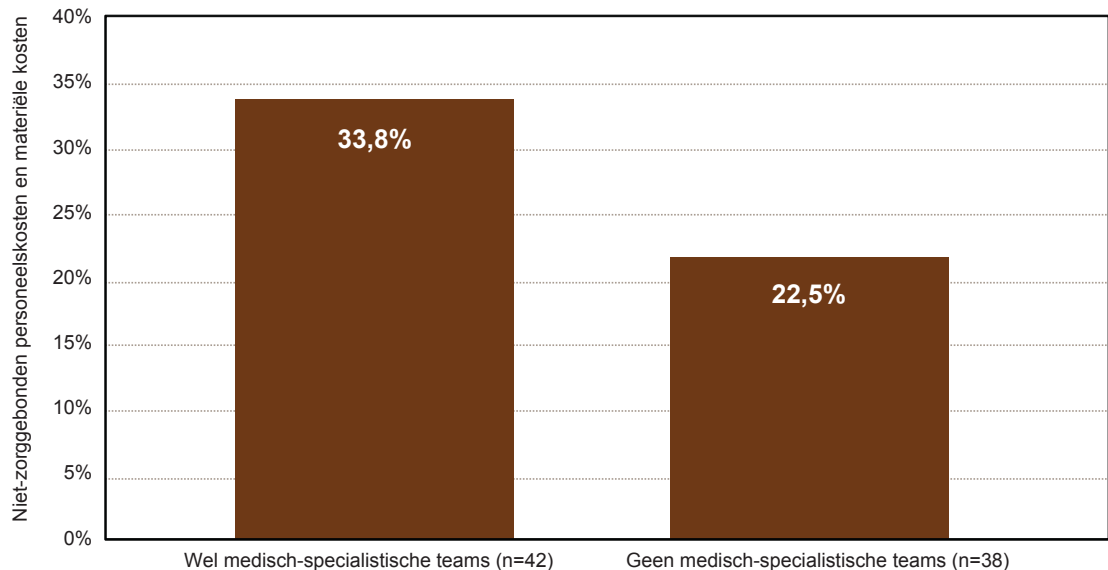
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Organisaties met beeldschermzorg of farmaceutische telezorg investeren 1,4 x meer in zorgtechnologie dan andere zorgorganisaties. Deze investeringen zijn mede gepleegd vanuit de gedachte dat beeldschermzorg in de plaats zou komen van door medewerkers geleverde uren. Dit zou de kosten drukken. Een dergelijk effect is in elk geval in 2015 en 2016 niet zichtbaar. Mogelijk dat het nog te vroeg is om deze effecten al te kunnen verwachten. De klankbordgroep gaf aan dat het aantal organisaties dat expliciet investeert in beeldzorg, kleiner is dan zij hadden verwacht.

5.6 Hogere niet-zorggebonden kosten en in organisaties met medisch-specialistische teams

Net als in organisaties met een regionale beschikbaarheidsfunctie of beeldschermzorg zijn in organisaties met medisch-specialistische teams de indirecte personeelskosten en materiële kosten hoger dan gemiddeld. 42 organisaties geven aan dat zij werken met dergelijke teams.

Figuur 5-6: Niet-zorggebonden personeelskosten en materiële kosten van organisaties met en zonder medisch-specialistische teams (percentage van de zorggebonden personeelskosten)

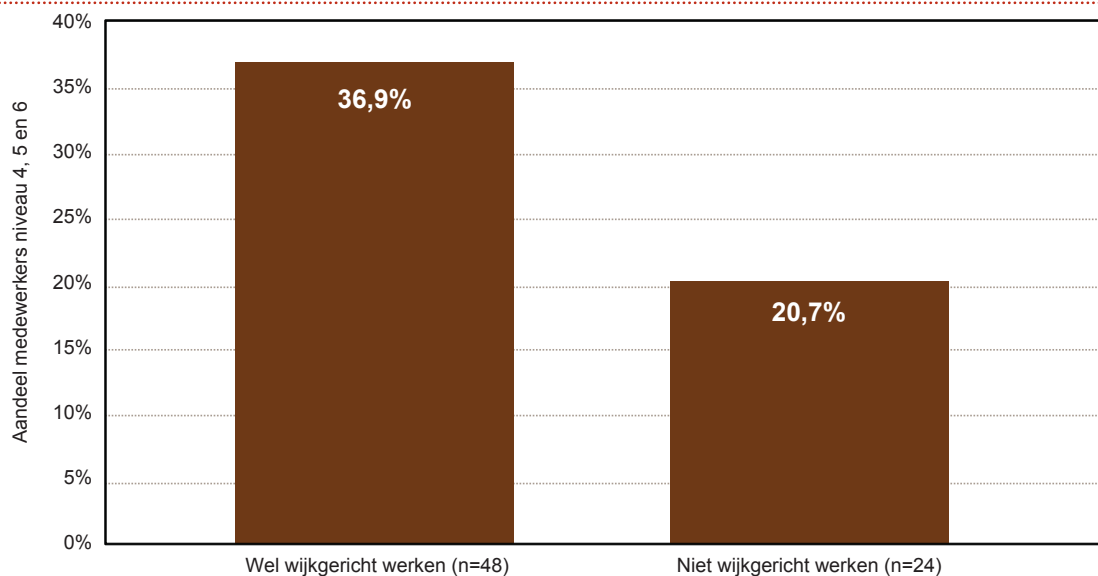


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

5.7 Organisaties met wijkgericht werken zetten hogere deskundigheidsniveaus in

De meerderheid van de deelnemende organisaties, 48, geeft aan dat zij wijkgericht werken. In deze organisaties is sprake van een hoger aandeel verpleegkundigen in de deskundigheidsmix: 36,9% versus 20,7%. Overigens blijkt uit de analyses dat aanbieders van wijkgericht werken relatief weinig verzorgenden IG inzetten.

Figuur 5-7: Aandeel medewerkers niveau 4, 5 en 6 in organisaties met wijkgericht werken en organisaties zonder wijkgericht werken, 2016

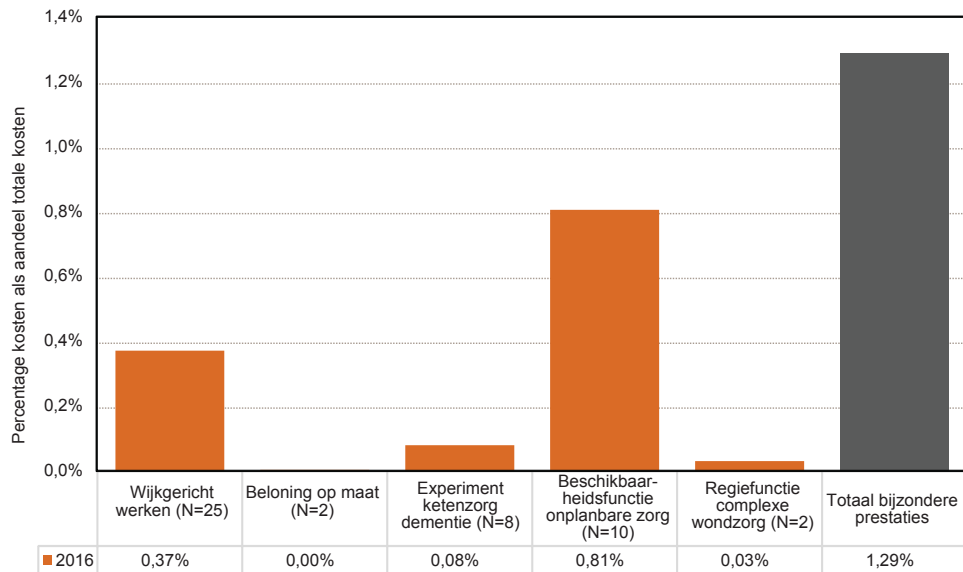


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

5.8 Kosten bijzondere prestaties beïnvloeden kostprijzen marginaal

Eerder in dit hoofdstuk gaven wij aan dat weliswaar in organisaties met bijzondere prestaties een aantal kosten hoger zijn dan in organisaties zonder deze prestaties, maar dat het geïsoleerde effect van de bijzondere prestaties niet uit de gegevens af te leiden is. Wij hebben daarom aan de organisaties die deze prestaties bieden gevraagd welke extra kosten zij expliciet aan deze prestaties verbinden. Niet alle organisaties registreren zo gedetailleerd, maar uit de wel aangeleverde gegevens blijkt dat het gaat om 1,3% extra kosten (percentage van de totale kosten).

Figuur 5-8: Kosten bijzondere prestaties als aandeel in de totale kosten 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De extra opbrengsten van bijzondere prestaties lijken voor de regionale beschikbaarheidsfunctie lager dan de extra kosten, en voor het wijkgericht werken en ketenzorg dementie hoger. We spreken van 'lijken lager/hoger' omdat zoals aangegeven de kosten een indicatief karakter hebben.

De relatief geringe omvang van de kosten die verbonden zijn aan bijzondere prestaties zien wij als extra reden om voor deze prestaties niet te streven naar gereguleerde tarieven, maar uit te (blijven) gaan van vergoeding van aannemelijke extra kosten die niet worden vergoed uit de tarieven voor de reguliere prestaties.

6. Zzp'ers: kostprijs ondanks lagere kosten eveneens hoger dan opbrengsten

In de vorige hoofdstukken stonden de organisaties centraal, in dit hoofdstuk komen de zzp'ers aan de orde. Allereerst de uitgangscijfers.

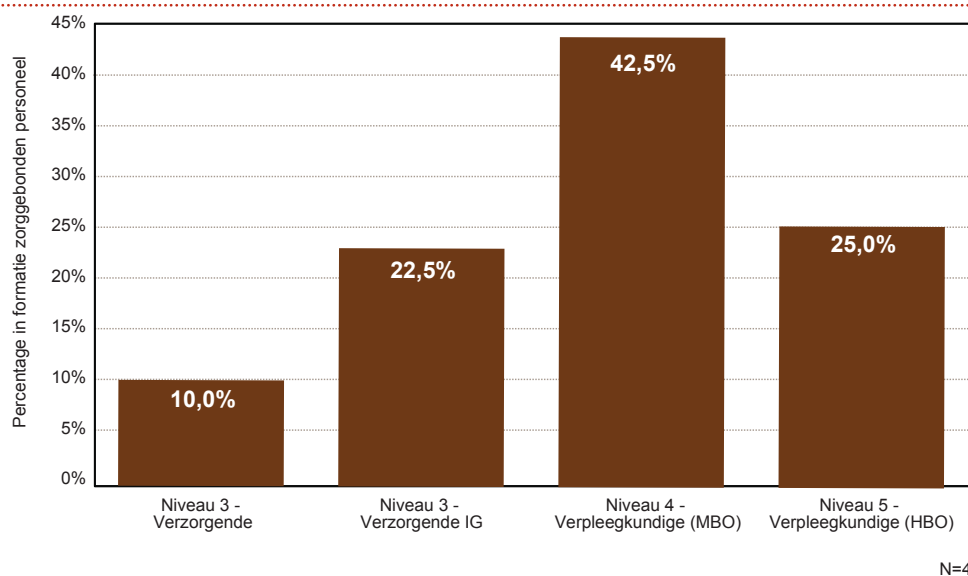
Tabel 6-1: Aantal zzp'ers, omzet en aantal uren in onderzoek

	2015	2016
Aantal zzp'ers in onderzoek	40	40
Omzet zzp'ers	€ 1.562.100	€ 1.863.953
Aantal zorguren geleverd door zzp'ers	41.136	49.196

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De meeste zzp'ers zijn mbo-verpleegkundigen (42,5%); 25,0% is hbo-verpleegkundige.

Figuur 6-1: Deskundigheidsniveau zzp'ers



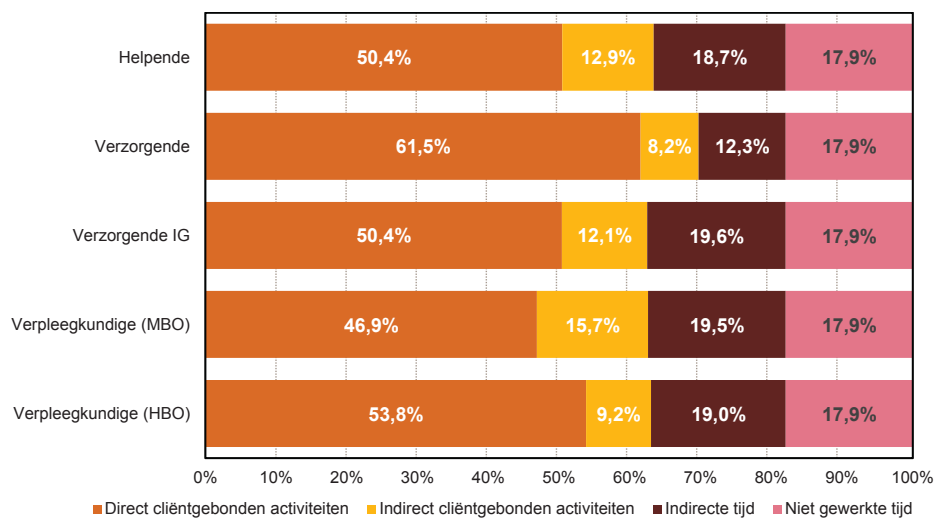
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Wij hebben bij de zzp'ers niet alle kostenvariabelen opgevraagd: zzp'ers kennen immers niet zoals medewerkers in organisaties directe loonkosten in de strikte zin van het woord, en evenmin (cao-)toeslagen. Wij zijn daarom uitgegaan van loonkosten die gelijk zijn aan die van medewerkers met eenzelfde deskundigheidsniveau in organisaties. Zo hebben wij 'onregelmatigheidstoelage' op dezelfde wijze in de kostprijs voor zzp'ers meegenomen als in de kostprijs voor medewerkers in loondienst. Wel hebben we rekening gehouden met het feit dat met betrekking tot pensioen en arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor zzp'ers een andere constructie geldt dan voor medewerkers in loondienst. Deze zijn niet in de loonkosten maar in de overige kosten meegenomen. Wij zijn uitgegaan van kosten voor een pensioen- en arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO/WIA) die de zzp'er afsluit. Uiteraard hebben wij vervolgens niet nogmaals een opslag voor werkgeverslasten voor deze items meegenomen.

6.1 Zzp'ers besteden meer tijd aan indirect cliëntgebonden taken

Wanneer we de tijdsbesteding van zzp'ers vergelijken met die van uitvoerend medewerkers van organisaties, blijkt dat zzp'ers een geringer deel van hun tijd aan direct cliëntgebonden activiteiten besteden, en een groter deel aan indirect cliëntgebonden activiteiten. Dit komt omdat zzp'ers geen beroep kunnen doen op ondersteunend personeel of stafmedewerkers, maar alle werkzaamheden rond de cliënt zelf uitvoeren. Voor hbo-verpleegkundigen geldt dat de tijdsbesteding van zzp'ers en van verpleegkundigen in organisaties nagenoeg identiek is.

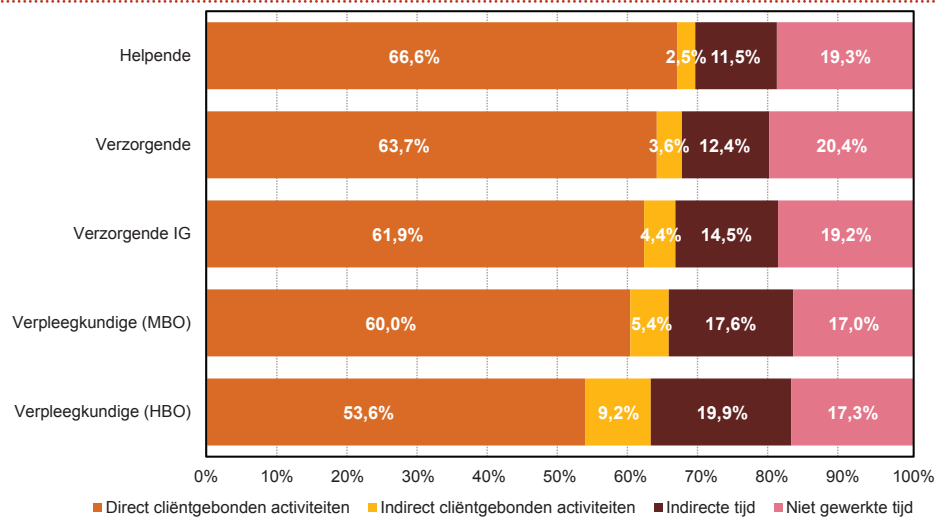
Figuur 6-2: Tijdsbesteding zzp'ers 2015



N=40

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Figuur 6-3: Tijdsbesteding medewerkers in organisaties 2015



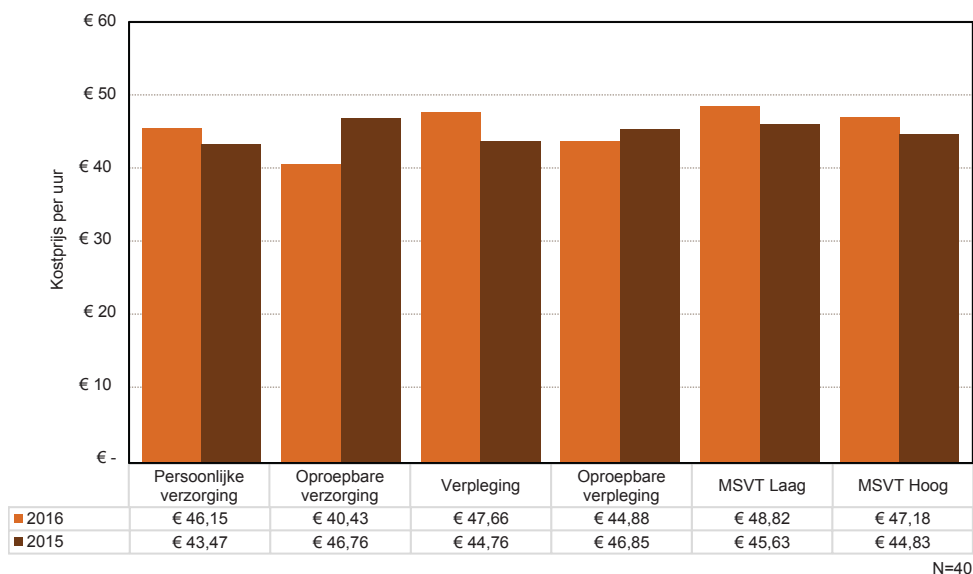
N=80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

6.2 Kostprijs persoonlijke verzorging zzp'ers in 2016 € 43,52 per uur, verpleging € 44,80

Rekening houdend met de uitgangspunten die in het begin van dit hoofdstuk zijn verwoord (loonkosten gelijk aan die van medewerkers in loondienst, inclusief verzekering voor pensioen en arbeidsongeschiktheid), zijn de kostprijzen voor zzp'ers als volgt.

Figuur 6-4: Kostprijs per prestatie verpleging en verzorging zzp'er 2015 en 2016



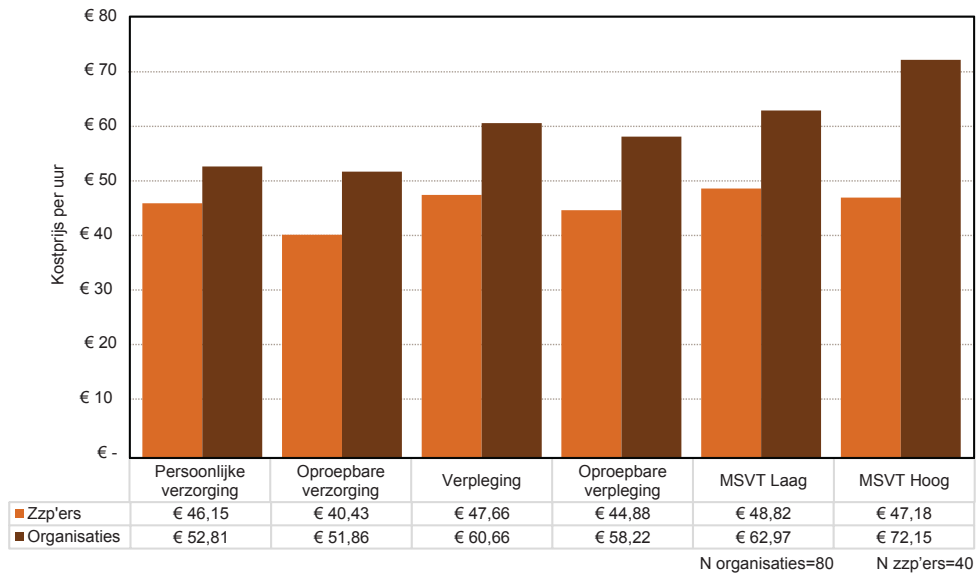
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Het valt op dat de kostprijzen voor de prestaties minder uiteenlopen dan in organisaties. Dat komt omdat een zzp'er per definitie voor alle prestaties hetzelfde deskundigheidsniveau inzet. Het is daarom in hoge mate het deskundigheidsniveau dat de kostprijs bepaalt.

Evenals de kostprijs in organisaties is de kostprijs voor persoonlijke verzorging en verpleging van zzp'ers in 2016 gedaald ten opzichte van 2015.

De kosten die zzp'ers in het onderzoek opgeven, zijn duidelijk lager dan die in organisaties, zie figuur 6-5.

Figuur 6-5: Kostprijzen per prestatie zzp'ers en organisaties, 2015¹⁸

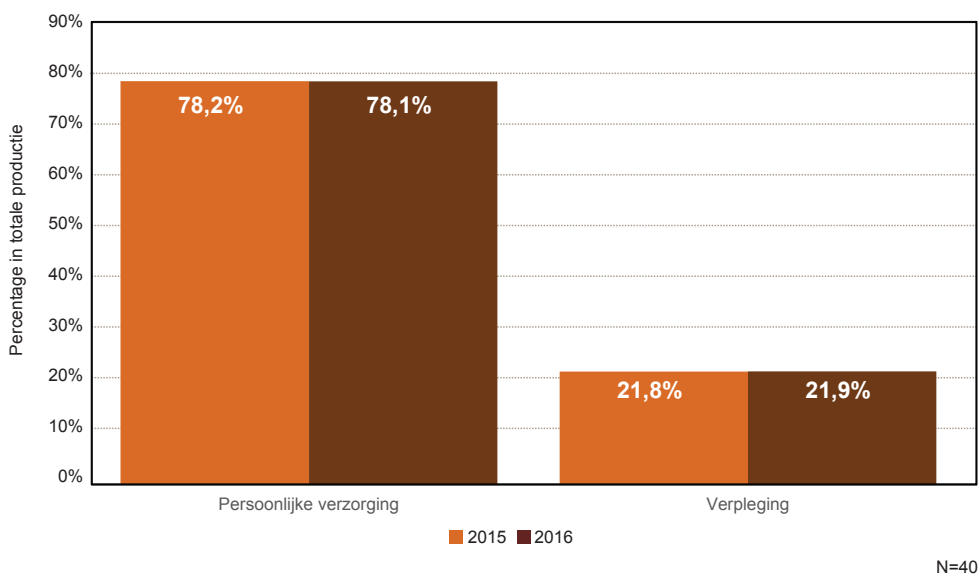


Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Voor persoonlijke verzorging is de kostprijs van zzp'ers in 2015 gemiddeld € 6,34 lager dan van organisaties, dat is 12,1%. Voor verpleging is dit € 12,22: 20,4%.

De verdeling van de productmix over persoonlijke verzorging en verpleging is vergelijkbaar met die van organisaties. De aandelen van deze prestaties in de totale productmix zijn in 2016 ten opzichte van 2015 niet gewijzigd.

Figuur 6-6: Productmix zzp'ers 2015 en 2016



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

¹⁸ Gekozen is voor een vergelijking over 2015 en niet over 2016 omdat de toerekening van overheadkosten over 2016 door zzp'ers nog onvoldoende inzichtelijk is.

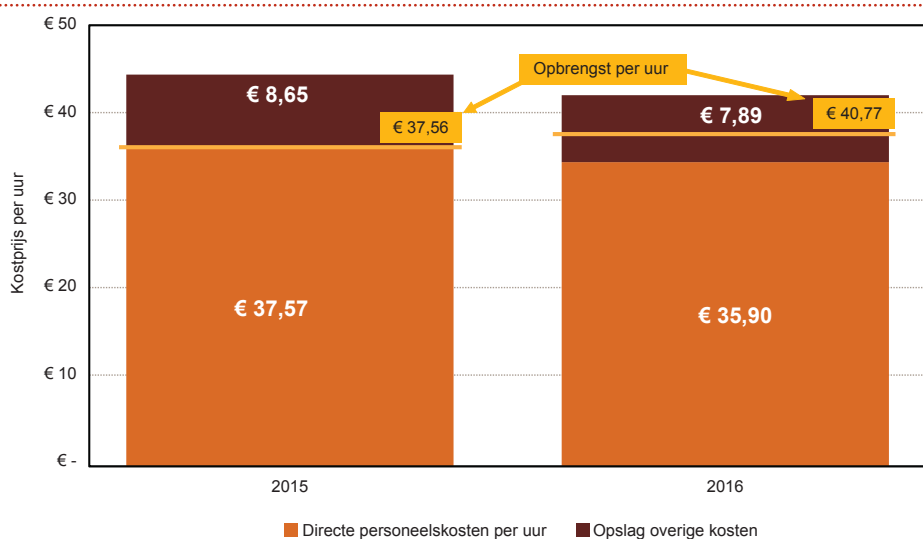
6.3 Verpleging en verzorging ook voor zzp'ers 'verlieslatend'

Ondanks de lagere kosten is ook voor zzp'ers het leveren van verpleging en verzorging verlieslatend, als we uitgaan van een beloning die gelijk zou zijn aan die van medewerkers in organisaties. Dit komt omdat voor zzp'ers niet alleen de kosten, maar ook de opbrengst per uur lager is dan in organisaties.

Gemiddeld over alle prestaties heen is het 'verlies' in 2016 € 3,07 per uur: de totale kosten bedragen € 43,84 en de opbrengst € 40,77. Anders gezegd: de afslag op het tarief voor organisaties, die voor zzp'ers wordt toegepast, is groter dan het kostenvoordeel dat zzp'ers realiseren door de lagere overhead.

Wij hebben gekozen voor een berekening over alle prestaties verpleging en verzorging samen, omdat de kostprijsverschillen tussen prestaties relatief gering zijn.

Figuur 6-7: Verschil kostprijs en opbrengst zzp'ers, alle prestaties verpleging en verzorging



N=40

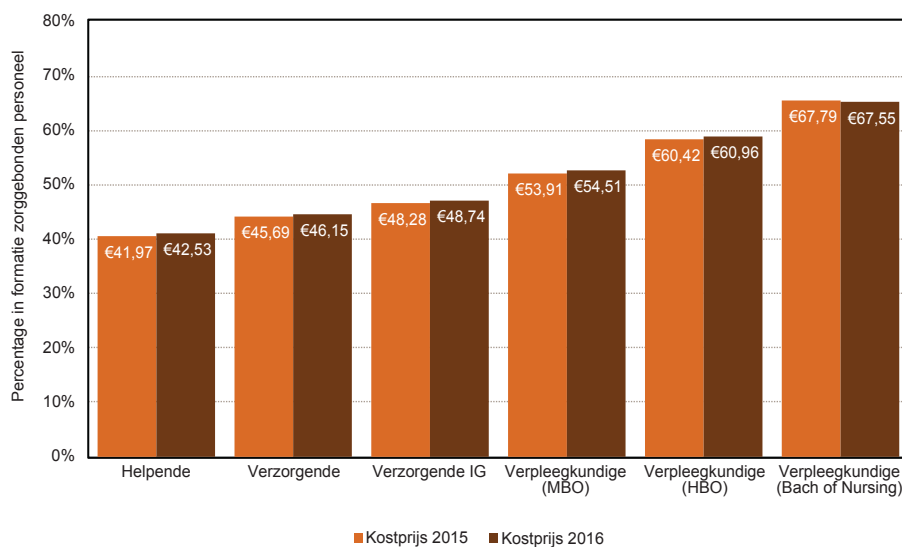
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Zzp'ers die aan het onderzoek deelnamen, gaven aan dat zij naar hun idee veel uren moesten maken om een voldoende inkomsten te hebben. Dit beeld komt overeen met onze berekeningen.

6.4 Kostprijzen zzp'ers differentiëren relatief weinig per prestatie

De kostprijzen verpleging en verzorging verleend door zzp'ers verschillen weinig per prestatie. Dat komt omdat per definitie één en dezelfde persoon alle prestaties levert, uiteraard voor zover zij daartoe bevoegd zijn. Feitelijk is het deskundigheidsniveau van de zzp'er de enige bepalende factor voor kostenverschillen. Om dit te illustreren, hebben wij een kostprijs per deskundigheidsniveau berekend.

Figuur 6-8: Kostprijs zzp'ers per deskundigheidsniveau per uur 2015 en 2016

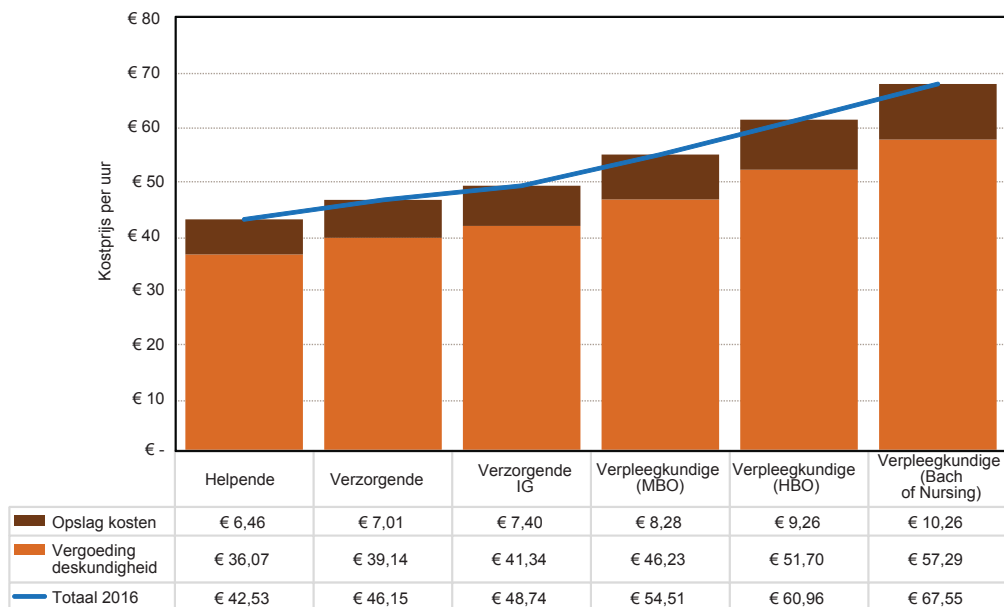


N=40

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Deze kostprijzen bestaan uit een vergoeding voor het deskundigheidsniveau plus een bedrag voor niet-zorggebonden kosten. Deze uitsplitsing ziet u in figuur 6-9.

Figuur 6-9: Opbouw kostprijs zzp'ers per deskundigheidsniveau per uur, 2016



N=40

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

7. Inzicht in kostenverklarende factoren nodig voor nieuwe bekostiging

De NZa heeft ons niet alleen gevraagd om inzicht in huidige kostprijzen, maar ook – voor zover dit in het verlengde ligt van het kostprijsonderzoek - om input voor een meer fundamentele herijking van de bekostiging.

Het kostprijsonderzoek dat wij hebben uitgevoerd, biedt inzicht in de kosten per uur. Voor een bekostigingssysteem zijn echter meer factoren relevant. De totale kosten per cliënt per jaar zouden in een bekostigingssysteem eveneens een rol kunnen spelen. Stel bijvoorbeeld dat de kosten per uur weliswaar hoog zijn, maar dat hoge uurkosten altijd gepaard gaan met een kortere tijdsperiode van zorg of een lager zorgvolume, dan kunnen deze hogere uurkosten uiteindelijk toch het meest efficiënt zijn. De zorgduur is dus een belangrijke verklarende factor voor de kosten per jaar. Kosten per cliënt (profiel) per jaar en zorgduur zijn voor verzekeraars ook nu al belangrijke parameters, er is alleen nog geen landelijk gedragen indeling van cliëntprofielen.

We hebben voor dit nadere perspectief een aantal extra vragen gesteld aan de deelnemers. Onderzocht zijn de zorgzwaarte, de deskundigheidsmix en de zorgduur in relatie tot de gemiddelde kostprijs van alle onderzochte prestaties per uur, en tot slot de relatie tussen deze kostprijs en de totale kosten per cliënt per jaar. Omdat slechts een deel van de deelnemers de vragen heeft beantwoord, zijn de conclusies indicatief.

7.1 Hogere zorgzwaarte – een hoger aandeel verpleging - gaat gepaard met lagere kosten per cliënt per jaar

Om bovenstaande kostprijs te kunnen relateren aan de zorgzwaarte, was ons oorspronkelijke plan om kostprijzen te koppelen aan kenmerken van cliëntgroepen. Gegevens hierover zijn echter onvoldoende beschikbaar gekomen. Om toch een eerste inzicht te krijgen, hebben wij de organisaties ingedeeld in drie zorgzwaarteklassen op basis van het aandeel verpleging in de productmix; dit in de wetenschap dat dit indelingscriterium niet met alle aspecten van zorgzwaarte rekening houdt.

Wij onderscheiden drie zorgzwaarteklassen: lichte zorg, middelzware zorg en zware zorg.

Tabel 7-1: Indeling in zorgzwaarte 2015 en 2016

Zorgzwaarte klasse	Aandeel verpleging in productmix			
	Ondergrens 2015	Bovengrens 2015	Ondergrens 2016	Bovengrens 2016
Licht	0%	13%	0%	14%
Middel	13%	24%	14%	27%
Zwaar	24%	100%	27%	100%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De grenzen tussen de klassen zijn zo gedefinieerd, dat in elke klasse ongeveer evenveel organisaties zijn opgenomen.

Tabel 7-2: Aantal organisaties per zorgzwaarteklasse

Zorgzwaarte	Aantal organisaties	
	2015	2016
Licht	27	27
Middel	27	27
Zwaar	26	26
Totaal	80	80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Uit het onderzoek blijkt dat naarmate de zorg zwaarder is, de kostprijs per uur oploopt. De kosten per cliënt per jaar nemen juist af.

Tabel 7-3: Kostprijs per uur en kosten per cliënt per jaar per zorgzwaarteklasse 2016

Zorgzwaarte	Kostprijs per uur	Kosten per cliënt per jaar
Licht	€ 53,73	€ 6.035
Middel	€ 58,41	€ 5.279
Zwaar	€ 59,47	€ 4.783

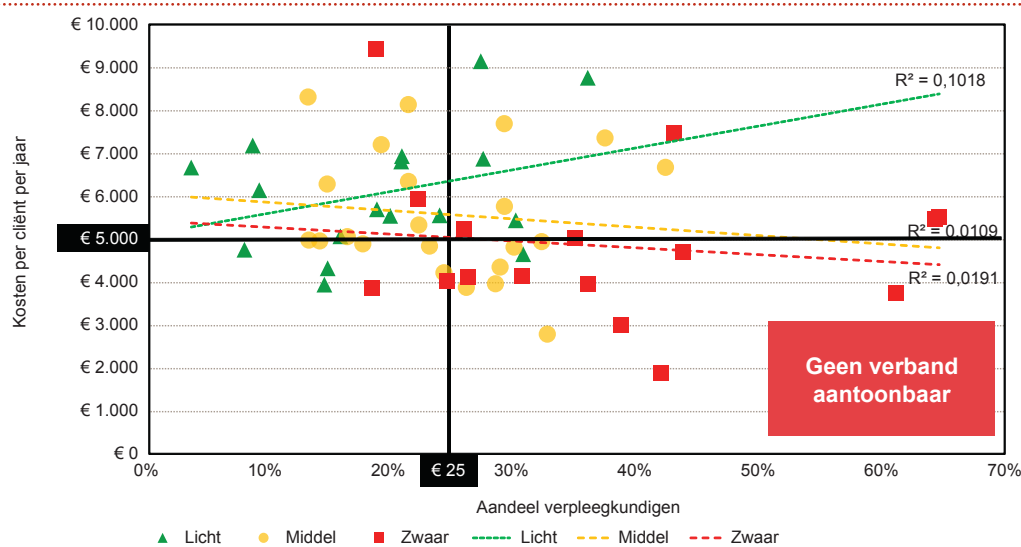
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

7.2 Geen verband aangetoond tussen deskundigheidsmix en kosten per cliënt per jaar

Voor de kostprijs per uur is de deskundigheidsmix een belangrijke factor. De kostprijs stijgt naarmate de deskundigheidsmix zwaarder is. De vraag is, of ook de kosten per jaar stijgen als de deskundigheidsmix zwaarder is. Wellicht is dat niet het geval, als het totale zorgvolume per jaar kan worden beperkt door inzet van de hogere deskundigheidsniveaus, die zich richten op het bevorderen van zelfredzaamheid van de cliënt en de coördinatie van mantelzorg.

Uit het onderzoek blijkt dat er geen verband kan worden aangetoond. Een zwaardere deskundigheidsmix gaat gemiddeld genomen dus niet gepaard met lagere kosten per cliënt per jaar, maar ook niet met hogere kosten.

Figuur 7-1: Deskundigheidsmix (aandeel verpleegkundigen) in relatie tot kosten per cliënt per jaar, 2016



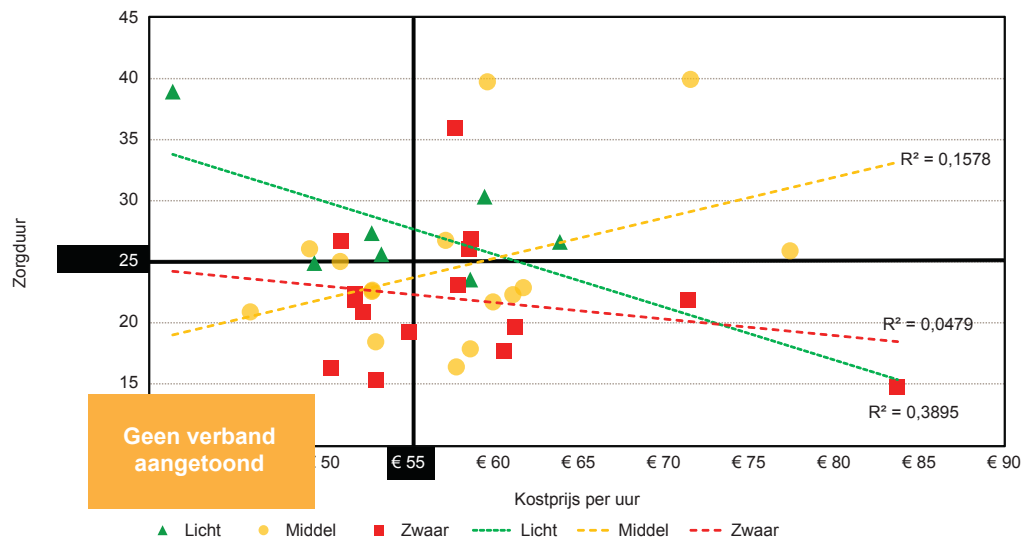
N=56

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

7.3 Relatie zorgduur en kostprijs per uur niet eenduidig aangetoond

De derde factor waarvan we de invloed op de kosten hebben onderzocht, is de zorgduur. Als we op het niveau van individuele organisaties de zorgduur per cliënt verbinden met de kostprijs per uur, is een eenduidige conclusie moeilijk te trekken. Alleen in de organisaties met een lichte zorgzwaarte is de kostprijs hoger naarmate de zorgduur korter is. Dit is onvoldoende om aan te nemen dat het veronderstelde verband op sectorniveau aanwezig is.

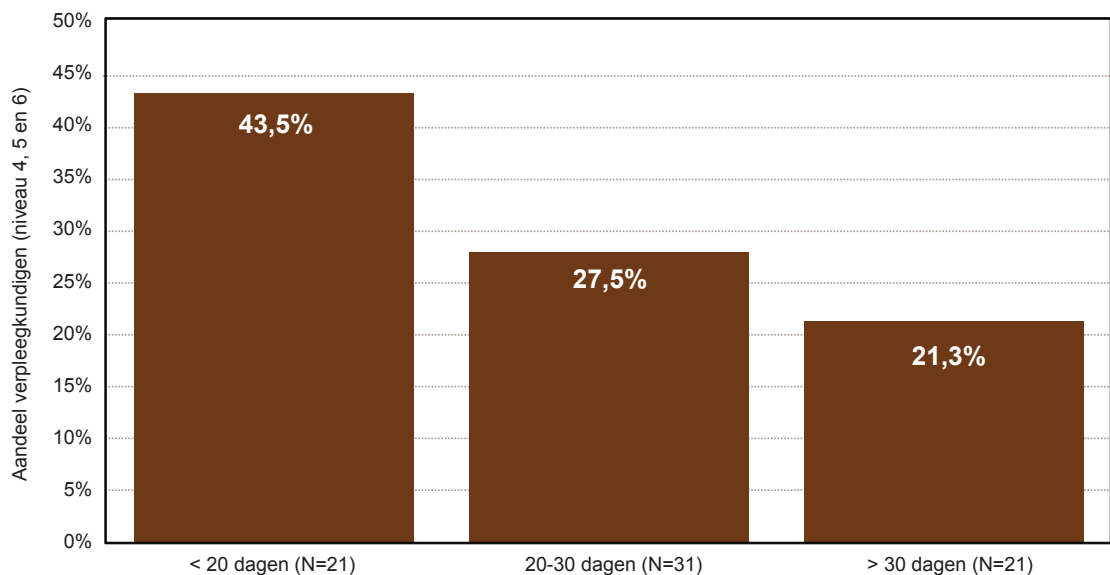
Figuur 7-2: Relatie zorgduur in weken en kostprijs in € per uur per zorgzwaarteklasse



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Op de kostprijs per uur heeft de zorgduur dus geen duidelijke invloed. Dit terwijl het aandeel medewerkers op niveau 4, 5 en 6 groter is naarmate de zorgduur korter is. Zie hiervoor figuur 7-2. Voor deze analyse hebben wij de organisaties ingedeeld in drie zorgduurklassen: minder dan 20 dagen, 20-30 dagen en meer dan 30 dagen.

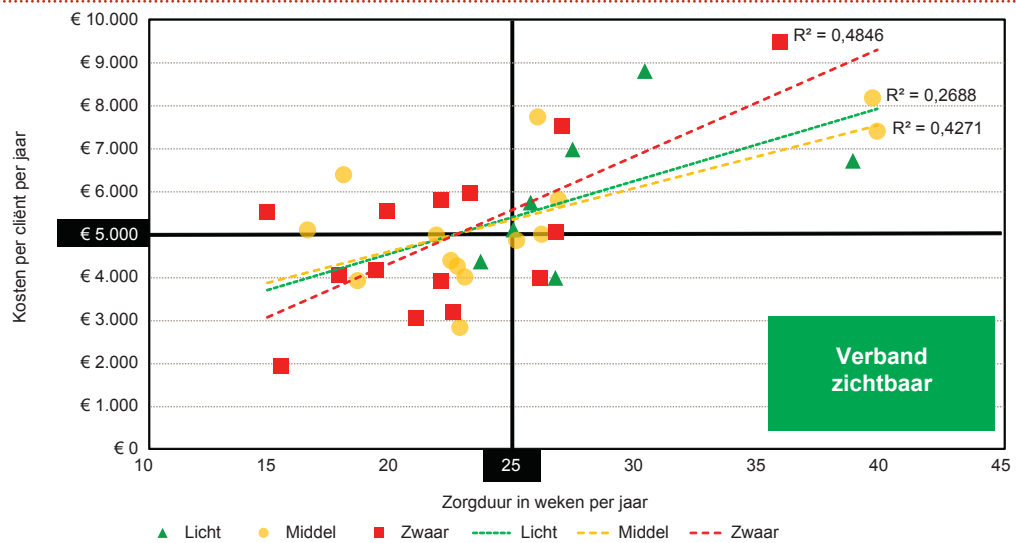
Figuur 7-3: Aandeel verpleegkundigen per zorgduurklasse



Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Op de kosten per jaar blijkt de zorgduur wél invloed te hebben.

Figuur 7-4: Relatie zorgduur en kosten per cliënt per jaar



N=36

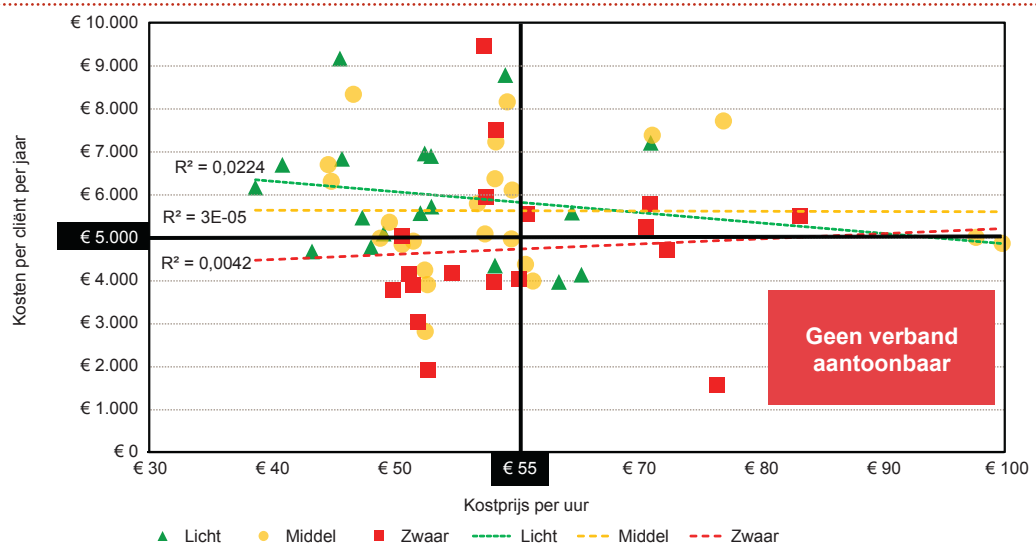
Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Dat de kosten per cliënt per jaar oplopen naarmate de zorgduur langer is, lijkt overigens logisch.

7.4 Geen verband aantoonbaar tussen kosten per uur en kosten per cliënt per jaar

Tot slot hebben wij ons de vraag gesteld wat over het geheel genomen de relatie is tussen de kostprijzen per uur en de kosten per cliënt per jaar.

Figuur 7-5: Relatie kostprijs per uur en kosten per cliënt per jaar



N=59

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De analyse laat zien dat er op organisatieniveau geen verband is tussen de kostprijs per uur en de kosten per cliënt per jaar.

7.5 Meer inzicht in kosten per jaar per cliënt nodig

Voorzichtige conclusie van dit hoofdstuk luidt dat op sectorniveau zich een verband aftekent tussen de kosten per cliënt per jaar en de zorgzwaarte per klasse: hoe zwaarder de zorg, hoe lager de kosten per jaar. De beschikbare gegevens laten echter geen nadere duiding op organisatieniveau toe.

Om een toekomstige bekostiging daadwerkelijk te kunnen funderen op de zorgvraag/interventies en het bereiken van zorgdoelen, is nader inzicht nodig. Er is zoals genoemd al een ontwikkeling gaande om meer te denken vanuit cliëntprofielen. Dan gaat het om vragen als: welke deskundigheidsniveaus worden bij welk cliëntprofiel ingezet, wat is de zorgintensiteit, en wat is de zorgduur tot het moment waarop het zorgdoel wordt bereikt.

Bijlagen

A. Kostprijsmodel

Figuur A-1: Kostprijsmodel met gemiddelde uitkomsten 2016

Ten behoeve van prestaties per uur		Deskundigheidsniveau							
		2	3	3	4	5	6		
		Helpende	Verzorgende	Verzorgende IG	Verpleegkundige (mbo)	Verpleegkundige (hbo)	Verpleegkundige (Bach of Nursing)	Overig zorgpersoneel	
Zorggebonden personeelskosten									
	FWG (dominant)	FWG-schaal 25	FWG-schaal 35	FWG-schaal 35	FWG-schaal 45	FWG-schaal 50	FWG-schaal 55	FWG-schaal 40	
	Gewogen bruto salaris per maand	€ 2.197	€ 2.384	€ 2.518	€ 2.816	€ 3.149	€ 3.490	€ 2.221	
	Normatieve inpassing inschaling	84%	86%	84%	73%	74%	84%	80%	
	Op jaarbasis	€ 26.367	€ 28.611	€ 30.216	€ 33.792	€ 37.794	€ 41.876	€ 26.657	
	ORT	9,5%	€ 2.503	€ 2.716	€ 2.868	€ 3.208	€ 3.588	€ 3.975	€ 2.531
	Eindejaarsuitkering	5,7%	€ 1.503	€ 1.631	€ 1.722	€ 1.926	€ 2.154	€ 2.387	€ 1.519
	Enmalige uitkeringen	1,45%	€ 382	€ 415	€ 438	€ 490	€ 548	€ 607	€ 387
	Levensloopbijdrage	0,5%	€ 132	€ 143	€ 151	€ 169	€ 189	€ 209	€ 133
	Subtotaal		€ 30.887	€ 33.516	€ 35.396	€ 39.585	€ 44.273	€ 49.055	€ 31.227
	Vakantietoeslag	8%	€ 2.109	€ 2.289	€ 2.417	€ 2.703	€ 3.024	€ 3.350	€ 2.133
	Totaal salaris		€ 32.996	€ 35.805	€ 37.814	€ 42.289	€ 47.296	€ 52.405	€ 33.360
	Werkgeverslasten	23,8%	€ 7.867	€ 8.537	€ 9.016	€ 10.083	€ 11.276	€ 12.494	€ 7.954
	Totaal loonkosten cliënt- en bewoner-gebonden		€ 40.863	€ 44.342	€ 46.829	€ 52.371	€ 58.573	€ 64.899	€ 41.314
	Personeel niet in loondienst direct		€ 2.562	€ 2.780	€ 2.936	€ 3.284	€ 3.673	€ 4.069	€ 2.591
	Totaal zorggebonden personeelskosten		€ 43.426	€ 47.122	€ 49.766	€ 55.655	€ 62.246	€ 68.969	€ 43.904
	Overige personeelskosten								
	Niet-zorggebonden personeelskosten (overhead en indirect)	11,5%	€ 5.004	€ 5.430	€ 5.735	€ 6.413	€ 7.173	€ 7.948	€ 5.059
	(inclusief werkgeverslasten en toeslagen)								
	Overige personeelskosten (o.a. studiekosten, reiskosten)	5,1%	€ 2.218	€ 2.407	€ 2.542	€ 2.843	€ 3.179	€ 3.523	€ 2.242
	Totaal overige personeelskosten		€ 7.222	€ 7.837	€ 8.277	€ 9.256	€ 10.352	€ 11.470	€ 7.302
	Materiële kosten	10,5%	€ 4.550	€ 4.938	€ 5.215	€ 5.832	€ 6.523	€ 7.227	€ 4.601
	Kapitaallasten	3,6%	€ 1.543	€ 1.674	€ 1.768	€ 1.977	€ 2.212	€ 2.450	€ 1.560
	Totaal		€ 56.741	€ 61.571	€ 65.025	€ 72.720	€ 81.332	€ 90.117	€ 57.366

Ten behoeve van prestaties per uur		Deskundigheidsniveau						Overig zorgpersoneel
		2	3	3	4	5	6	
		Helpende	Verzorgende	Verzorgende IG	Verpleegkundige (mbo)	Verpleegkundige (hbo)	Verpleegkundige (Bach of Nursing)	
Declarabele uren		1.247	1.192	1.159	1.122	1.004	697	956
Verloonde en betaalde uren		1.872	1.872	1.872	1.872	1.872	1.872	1.872
Productiviteit (Loondienst)		66,6%	63,7%	61,9%	60,0%	53,6%	37,2%	51,1%
Productiviteit (PNIL)	91,7%							

Prijs per declarabel uur							
Zorggebonden personeel	€ 32,47	€ 36,81	€ 39,96	€ 46,10	€ 57,48	€ 91,02	€ 42,51
Overige loonkosten (indirect en overige personeelskosten)	€ 5,40	€ 6,12	€ 6,65	€ 7,67	€ 9,56	€ 15,14	€ 7,07
Overige kosten	€ 4,56	€ 5,16	€ 5,61	€ 6,47	€ 8,07	€ 12,77	€ 5,96
Totaal	€ 42,43	€ 48,09	€ 52,22	€ 60,23	€ 75,11	€ 118,93	€ 55,54

Deskundigheidsinzet over prestaties								
Persoonlijke verzorging	100%	13,4%	20,5%	39,8%	16,1%	9,2%	0,0%	0,9%
Oproepbare verzorging	100%	2,2%	42,3%	27,8%	17,4%	10,0%	0,0%	0,3%
Verpleging	100%	0,4%	2,9%	37,3%	31,0%	27,5%	0,1%	0,8%
Oproepbare verpleging	100%	0,6%	4,8%	32,8%	34,6%	27,1%	0,0%	0,1%
Medisch specialistische verpleging in thuissituatie LAAG (MSVT)	100%	0,1%	1,3%	28,1%	36,7%	32,8%	0,3%	0,7%
Gespecialiseerde verpleging	100%	0,0%	0,0%	1,3%	37,5%	57,5%	3,3%	0,2%
Medisch specialistische verpleging in thuissituatie HOOG (MSVT)	100%	0,0%	0,1%	2,3%	29,0%	65,8%	2,7%	0,1%
Advies, instructie voorlichting (AIV)	100%	0,1%	0,1%	1,3%	14,7%	69,9%	7,7%	6,3%

Prijs per prestatie								
Persoonlijke verzorging	€ 53,01	€ 5,69	€ 9,87	€ 20,80	€ 9,69	€ 6,93	€ 0,02	€ 0,49
Oproepbare verzorging	€ 53,79	€ 0,95	€ 20,35	€ 14,50	€ 10,47	€ 7,48	€ 0,03	€ 0,17
Verpleging	€ 60,49	€ 0,17	€ 1,41	€ 19,49	€ 18,66	€ 20,63	€ 0,13	€ 0,44
Oproepbare verpleging	€ 60,89	€ 0,24	€ 2,32	€ 17,10	€ 20,85	€ 20,38	€ 0,00	€ 0,06
Medisch specialistische verpleging in thuissituatie LAAG (MSVT)	€ 62,48	€ 0,03	€ 0,62	€ 14,66	€ 22,13	€ 24,66	€ 0,37	€ 0,37
Gespecialiseerde verpleging	€ 70,50	€ 0,01	€ 0,02	€ 0,69	€ 22,60	€ 43,21	€ 3,98	€ 0,13
Medisch specialistische verpleging in thuissituatie HOOG (MSVT)	€ 71,36	€ 0,00	€ 0,05	€ 1,21	€ 17,47	€ 49,39	€ 3,24	€ 0,05
Advies, instructie voorlichting (AIV)	€ 71,19	€ 0,03	€ 0,04	€ 0,69	€ 8,85	€ 52,47	€ 9,12	€ 3,51

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

B. Verantwoording steekproef

De NZa heeft PwC gevraagd om ten behoeve van het onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging een representatieve steekproef uit te voeren onder ca. 700 zorgorganisaties en ca. 300 zzp'ers. In het onderzoek moet beoordeeld kunnen worden of de tarieven ook kostendekkend zijn voor zorgaanbieders die gespecialiseerde zorgvormen leveren. Om die reden dienen organisaties die gespecialiseerde zorg leveren, voldoende aanwezig te zijn in de steekproef om representatieve uitspraken te kunnen doen. Tevens was de vraag om rekening te houden met grootteklasse, mate van stedelijkheid en een representatieve vertegenwoordiging van instellingen die een beschikbaarheidsvoorziening realiseren, expertisecentra voor wondzorg, kindzorg en aanbieders die de prestatie MSVT leveren. In dit memo wordt kort toegelicht hoe wij de steekproef getrokken hebben.

Onze werkwijze

De NZa heeft de bronbestanden met NAW- en omzetgegevens voor de instellingen en de zzp'ers aangeleverd.

Instellingen

Op basis van exclusie door de NZa, voldoen 588 instellingen aan de eisen voor inclusie in de steekproef. De 588 instellingen zijn vervolgens ingedeeld in de grootteklassen zoals deze door zorgverzekeraars gehanteerd worden. We hebben op dit bestand van 588 instellingen een ruime steekproef getrokken van 101 instellingen, omdat we er rekening mee hielden dat een deel van de organisaties uiteindelijk zou kunnen uitvallen. Dit is ook gebeurd: Van deze 101 organisaties hebben er 9 ontheffing gevraagd en gekregen. Eén organisatie heeft geen gegevens aangeleverd en van 11 organisaties bleken de gegevens ook na validatie onvoldoende bruikbaar. Uiteindelijk zijn dus van 80 organisaties de gegevens als basis voor de kostprijsberekeningen in deze rapportage gebruikt.

We hebben de volgende aannames gedaan om onze gewenste steekproefomvang te bepalen. We gaan uit van een kostprijs van € 70 met een standaarddeviatie van € 7. We nemen een betrouwbaarheidsinterval van 97,5% en bij een steekproefomvang van 80 ligt het betrouwbaarheidsinterval dan tussen de € 68,50 en € 71,40. Daarmee voldoet het uiteindelijke aantal van 80 aan de betrouwbaarheidsnorm.

Instellingen zijn toegerekend aan grootteklassen op basis van omzetcijfers 2015 voor de verpleging en verzorging. De omzet in de prestatie MSVT is hierbij buiten beschouwing gelaten vanwege het ontbreken van volledige declaratiecijfers. Vervolgens is binnen elke grootteklasse een aselecte steekproef getrokken om uiteindelijk te komen tot een steekproefomvang van 101 instellingen. Grootteklasse 1 (> € 5 mln) bevat de grootste range en is tevens de groep met in totaal 84% van de omzet en met de meeste heterogeniteit. Om deze drie redenen hebben we uit deze groep een relatief groot aantal instellingen (n=56) getrokken. De range bij de grootteklassen 2, 3 en 4 is veel kleiner en is om die reden homogeen te noemen, daarnaast is het aandeel in totale omzet veel lager vandaar dat het trekken van een 11-13 zorgorganisaties per groep voldoende is om een representatief beeld van deze groepen te krijgen. De 101 geïncludeerde instellingen verhouden zich als volgt tot de grootteklassen:

Tabel B-1: Indeling in grootteklassen, totale instellingenbestand en steekproef

Grootteklassen	N totaal	Omzet totaal	N steekproef	Omzet steekproef
1 > € 5 mln	105	€ 2.284.135.083	56	€ 1.497.160.873
2 € 1 mln - € 5 mln	162	€ 344.564.319	13	€ 24.465.878
3 € 250.000 - € 1 mln	142	€ 80.219.806	17	€ 9.481.784
4 € 3.000 - € 250.000	179	€ 14.453.970	15	€ 1.484.943
Totaal	588	€ 2.723.373.179	101	€ 1.532.593.478

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

We hebben een chi-kwadraattoets uitgevoerd om te testen op de verdeling over de grootteklassen. De verdeling van de omzet in percentages is als volgt:

Tabel B-2: Omzetverdeling per grootteklasse, totale instellingenbestand en steekproef

	Grootteklassen	Omzetverdeling totaal	Omzetverdeling steekproef
1	> € 5 mln	83,9%	97,7%
2	€ 1 mln - € 5 mln	12,7%	1,6%
3	€ 250.000 - € 1 mln	2,9%	0,6%
4	€ 3.000 - € 250.000	0,5%	0,1%
Totaal		100%	100%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De chi-kwadraat is 0,98, waarmee we concluderen dat de steekproef representatief is voor de verdeling over de grootteklassen.

Kenmerken

In de steekproef is rekening gehouden met een representatieve verhouding van zorgorganisaties met een specifiek behandelaanbod. Een zorgorganisatie kan géén, één of meerdere kenmerken bevatten. Deze kenmerken verhouden zich in aantallen als volgt tot de grootteklassen:

Tabel B-3: Aantal instellingen per specifiek aanbod, totale instellingenbestand en steekproef

Specifiek behandelaanbod	1	2	3	4	N in steek- proef	N in populatie
	> € 5 mln	€ 1 mln - € 5 mln	€ 250.000 - € 1 mln	€ 3.000 - € 250.000		
Instellingen die een beschikbaarheidsvoorziening realiseren ¹	26	0	0	0	26	42
MSVT ²	48	1	1	2	52	162
Kindzorg ³	2	1	1	1	5	9
Wondzorg ⁴	2	0	0	1	3	3
Specialisten ⁵	2	0	1	2	5	14

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

- 1 Instellingen die een beschikbaarheidsvoorziening realiseren zijn gebaseerd op de definitie zoals aangeleverd door de NZa; Memo NZa, 17 november 2011
- 2 Memo NZa; 4 november 2016
- 3 Memo NZa; 4 november 2016
- 4 Memo NZa; 4 november 2016
- 5 Gespecialiseerde instellingen worden gekenmerkt door een omzet in de prestatie 'gespecialiseerde verpleging' groter dan 30% van de totale omzet geleverd in de zes prestaties persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging en AIV.

Mate van stedelijkheid

De NZa heeft gevraagd te inventariseren wat de mogelijkheden zijn om op voorhand rekening te houden met de mate van verstedelijking. We hebben geconstateerd dat het toevoegen van een stedelijkheidsklasse aan de postcode van de hoofdvestiging van een instelling leidt tot een onzuivere verdeling over de stedelijkheidsklassen. Met name instellingen in grootteklasse 1 hebben vaak een bovenregionale functie waardoor het toewijzen aan één stedelijkheidsklasse niet zuiver is. Besloten is om vooraf te kijken naar de indeling per provincie en de mate van stedelijkheid mee te nemen in de gegevensuitvraag. De provincies verhouden zich in aantallen als volgt tot de grootteklassen:

Tabel B-4: Mate van stedelijkheid, totale instellingenbestand en steekproef

	N in populatie	verdeling populatie (%)	Grootteklasse				N in steekproef	verdeling steekproef (%)
			> € 5 mln	€ 1 mln - € 5 mln	€ 250.000 - € 1 mln	€ 3.000 - € 250.000		
Groningen	27	4,6%	1	1	1	2	5	5,0%
Friesland	19	3,2%	2			1	3	3,0%
Drenthe	20	3,4%	2		2		4	4,0%
Overijssel	41	7,0%	6	2	1		9	8,9%
Gelderland	90	15,3%	6	1	1	2	10	9,9%
Utrecht	46	7,8%	5	1	2	1	9	8,9%
Noord-Holland	98	16,7%	5		4	3	12	11,9%
Zuid-Holland	114	19,4%	9	3	2	3	17	16,8%
Flevoland	15	2,6%	2	1	1		4	4,0%
Noord-Brabant	73	12,4%	9	2	2	2	15	14,9%
Limburg	30	5,1%	6	1	1	1	9	8,9%
Zeeland	15	2,6%	3	1			4	4,0%
Totaal	588	100%	56	13	17	15	101	100%

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Zzp'ers

Op basis van exclusie door de NZa, voldoen 267 zzp'ers aan de eisen voor inclusie in de steekproef.

De zzp'ers worden gezien als een homogene groep waaruit een aselechte steekproef van 60 is getrokken. We hebben de volgende aannames gedaan om onze gewenste steekproefomvang te bepalen. We gaan uit van een gemiddelde kostprijs van € 70 met een standaarddeviatie van € 7. Hierbij ligt het betrouwbaarheidsinterval dan tussen de € 68,40 en € 71,60. We nemen een betrouwbaarheidsinterval van 97,5% en bij een populatie van 267 is een steekproefomvang van 60 zzp'ers voor de hand liggend (met daarbij in acht genomen dat er een kans op uitval bestaat). Uiteindelijk dienen minimaal 40 zzp'ers geïncludeerd te worden in het onderzoek om representatieve uitspraken te kunnen doen. Het betrouwbaarheidsinterval is dan tussen de € 68,40 en € 71,60.

Inclusie in het onderzoek

Op basis van de getrokken steekproef zijn 101 vragenlijsten uitgestuurd naar de zorginstellingen. Uiteindelijk zijn er 80 instellingen geïncludeerd in het onderzoek. Om verschillende redenen zijn 21 instellingen niet geïncludeerd:

Tabel B-5: Aantal instellingen in onderzoek

N in populatie	588
N in steekproef	101
Reden van exclusie	
• Ontheffing	-9
• Niet aangeleverd	-1
• Datakwaliteit onvoldoende	-11
N in onderzoek	80

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De 80 instellingen in het onderzoek verhouden zich als volgt tot de grootteklassen:

Tabel B-6: Tabel B-6: Aantal instellingen in onderzoek per grootteklasse

	Grootteklassen	N totaal	Omzet totaal	N steekproef	Omzet steekproef	N onderzoek	Omzet onderzoek
1	> € 5 mln	105	€ 2.284.135.083	56	€ 1.497.160.873	47	€ 1.386.901.579
2	€ 1 mln - € 5 mln	162	€ 344.564.319	13	€ 24.465.878	9	€ 16.930.197
3	€ 250.000 - € 1 mln	142	€ 80.219.806	17	€ 9.481.784	12	€ 6.568.966
4	€ 3.000 - € 250.000	179	€ 14.453.970	15	€ 1.484.943	12	€ 1.383.049
	Totaal	588	€ 2.723.373.179	101	€ 1.532.593.478	80	€ 1.411.783.791

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

De 80 geïncludeerde instellingen representeren 51,8% van de totale omzet. De verdeling van de omzet in percentages is als volgt:

Tabel B-7: Omzet instellingen in onderzoek per grootteklasse

	Grootteklassen	Omzetverdeling totaal	Omzetverdeling steekproef	Omzetverdeling onderzoek
1	> € 5 mln	83,9% (105)	97,7% (56)	98,2% (47)
2	€ 1 mln - € 5 mln	12,7% (162)	1,6% (13)	1,2% (9)
3	€ 250.000 - € 1 mln	2,9% (142)	0,6% (17)	0,5% (12)
4	€ 3.000 - € 250.000	0,5% (17)	0,1% (15)	0,1% (12)
	Totaal	100% (588)	100% (101)	100% (80)

Bron: Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging, PwC 2017

Voor de volledigheid hebben we een chi-kwadraattoets uitgevoerd op de 80 instellingen in het onderzoek ten opzichte van de populatie. Deze is 0,98 en daarmee representatief.

Contact

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.
Thomas R. Malthusstraat 5
1066 JR Amsterdam
Postbus 9616
1006 GC Amsterdam
T: 088 792 00 20
F: 088 792 96 40
www.pwc.nl

Bij PwC willen we een bijdrage leveren aan het vertrouwen in de maatschappij en het oplossen van belangrijke problemen. Wij zijn een netwerk van firma's in 157 landen met meer dan 223.000 mensen. Bij PwC in Nederland werken ruim 4.700 mensen met elkaar samen. Wij zien het als onze taak om kwaliteit te leveren op het gebied van assurance-, belasting- en adviesdiensten. Vertel ons wat voor u belangrijk is. Meer informatie over ons vindt u op www.pwc.nl.

