



Verantwoordingsdocument

# **Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg**

Versie juni 2022

**Inhoudsopgave**

1. Inleiding	2
2. Prestaties	2
3. Basistarieven	5
4. Differentiatie inschrijftarief	6
5. Arbeidskosten	9
6. Praktijkkosten en rekennormen	14
7. Modelmatige tarieven	18
8. Berekening VGREV	22
9. Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd	24
10. Herijking postcodelijst achterstandswijken	29

**1. Inleiding**

De NZa heeft in de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg beschreven welke uitgangspunten de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven. De NZa hanteert binnen de huisartsenzorg als uitgangspunt dat de tarieven, of onderdelen van de tarieven, onderbouwd worden op basis van de werkelijke historische kosten uit het meest recente beschikbare boekjaar van een geselecteerde groep zorgaanbieders. Voor een groot deel baseert de NZa de maximumtarieven huisartsenzorg daarom op het meest recente onderzoek naar kosten, opbrengsten en productie van huisartsenpraktijken in 2015. De NZa heeft Sira Consulting opdracht gegeven om de kosten, opbrengsten, productie en inzet binnen de huisartsenpraktijk te verzamelen.

Voor een aantal prestaties en kostensoorten bevat het onderzoek geen gegevens die gebruikt kunnen worden. De 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg', artikel 3.3 geeft de mogelijkheid om in een dergelijke situatie het tarief via een beschrijvende norm de kostenopbouw van prestaties te bepalen: de tarieven voor de huisartsenzorg zijn voor een deel via een normatieve (modelmatige) methode ontwikkeld. Het betreft de arbeidskosten voor de huisarts-eigenaar, de vergoeding voor gedeerd rendement op het eigen vermogen in de praktijkkosten, en de onderbouwing van tarieven voor de opslag poh-ggz, anw-consulten en enkele andere prestaties.

De methoden zijn op hoofdlijnen vastgelegd in de hoofdtekst van de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In dit verantwoordingsdocument zijn de methodes uitgewerkt en worden de berekeningen en beleidsmatige keuzes toegelicht.

**2. Prestaties**

De prestaties die aan de basis liggen van de tariefonderbouwing zijn de inschrijving, het consult en het passantenconsult.

Het basistarief van de **inschrijving** ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- de acht gedifferentieerde inschrijftarieven, door middel van vermenigvuldiging met de factoren in onderstaande tabel.

<i>Leeftijd</i>	<i>Niet-opslagwijk</i>	<i>Opslagwijk</i>
verzekerden tot 65 jaar	1,183	1,557
verzekerden van 65 tot 75 jaar	1,392	1,766
verzekerden vanaf 75 jaar tot 85 jaar	2,096	2,470
Verzekerden vanaf 85 jaar	3,296	3,670

- het abonnementstarief per plaats voor huisartsenzorg aan asielzoekers in de centrale opvang, door middel van vermenigvuldiging van het basistarief met de factor 4,43.

Het basistarief van het consult ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- zes reguliere consultprestaties, conform de factoren in onderstaande tabel.

<i>Consultprestatie regulier</i>	<i>Factor</i>
Consult regulier tot 5 minuten	0,5
Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult regulier 20 minuten en langer	2,0
Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
vaccinatie regulier	0,5

- zes consultprestaties poh-ggz, conform de factoren in onderstaande tabel.

<i>Consultprestatie poh-ggz</i>	<i>Factor</i>
Consult praktijkondersteuner ggz korter dan 5 minuten	0,5
Consult praktijkondersteuner ggz vanaf 5 minuten tot 20 minuten/Groepsconsult praktijkondersteuner ggz	1,0
Consult praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,0
Visite praktijkondersteuner ggz korter dan 20 minuten	1,5
Visite praktijkondersteuner ggz 20 minuten en langer	2,5

- één nevenprestatie, het uitstrijkje, conform de factor in onderstaande tabel.

<i>Nevenprestatie</i>	<i>Factor</i>
Uitstrijkje	1,383

- Huisartsenzorg elv, intensieve zorg, de 'overige S1-prestaties' en de prestatie SCEN, conform onderstaande tabel.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, korter dan 20 minuten	4,37
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf, overdag, 20 minuten en langer	7,57
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten	7,51
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer	11,64
Chirurgie	9,04
Intensieve zorg, overdag	7,72
Intensieve zorg, in de avond, nacht of het weekend	13,32
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	6,07
Oogboring	5,77
SCEN: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland	52,33
SCEN : Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, op de Waddeneilanden	104,66
IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantatiestaafje aanbrenge n/implanteren en/of verwijderen	6,37
Therapeutische injectie (Cyriax)	3,05

- de zestien M&I-verrichtingen welke zonder contract<sup>1</sup> met de zorgverzekeraar tegen een maximumtarief in rekening kunnen worden gebracht.

<i>Prestatie</i>	<i>Factor</i>
Audiometrie	2,60
Diagnostiek met behulp van Doppler	2,99
Tympanometrie: meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies	3,05
Longfunctie-spirometrie	4,76
ECG-diagnostiek: maken, interpreteren en bespreken van hartfilmpje met de patiënt	4,55
Spleetlamponderzoek	1,29
Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de Waddeneilanden	12,21
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	3,02
Teledermatologie	1,94
Cognitieve functietest, MMSE	3,26
Hartritmestoornissen	2,60
MRSA-screening: onderzoek naar ziekenhuisbacterie	1,94
Palliatieve consultatie, visite	11,67
Palliatieve consultatie, telefonisch	2,93
Euthanasie	23,46
Module Abdominale (buik) echografie	4,40

Het basistarief van het passantenconsult ligt ten grondslag aan het maximumtarief van:

- zes passantenprestaties en zes prestaties voor militairen, conform onderstaande tabel

<i>Prestatie passanten/militairen</i>	<i>Factor</i>
Consult tot 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie	0,5

- zes prestaties voor gemoedsbezwaarden en zes prestaties voor tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht verzekerd zijn, door het basistarief van het passantentarief te vermeerderen met € 2,85 (prijspeil definitief 2022) en het resultaat te vermenigvuldigen met de factor in onderstaande tabel.

<i>Prestatie gemoedsbezwaarden/tijdelijk in Nederland verblijvende buitenlandse patiënten die niet bij of krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht zijn verzekerd</i>	<i>Factor</i>
Consult tot 5 minuten	0,5
Consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten en langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite 20 minuten en langer	2,5
Vaccinatie	0,5

<sup>1</sup> Deze 16 M&I verrichtingen kunnen ook tegen een vrij tarief worden geleverd indien een contract met de zorgverzekeraar is gesloten.

- twee prestaties voor keuringen en onderzoek<sup>2</sup> en informatieverstrekking,
- conform onderstaande tabel

<i>prestatie keuringen/onderzoek en informatieverstrekking</i>	<i>Factor</i>
Keuringen en onderzoek, per 5 minuten	0,5
Informatieverstrekking, per 5 minuten	0,5

### 3. Basistarieven

Voor het basistarief van de inschrijving, het basistarief van het consult en het basistarief van het passantenconsult worden de volgende formules gehanteerd:

$$\text{Basistarief Inschrijving} = 0,3389 * (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm inschrijvingen}$$

$$\text{Basistarief Consult} = 0,2628 * (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

$$\text{Basistarief Passantenconsult} = 0,7726 * (\text{arbeidskostenbestanddeel} + \text{praktijkkostenbestanddeel}) / \text{rekennorm consulten}$$

Hierbij geldt:

- Het arbeidskostenbestanddeel bedraagt € 128.311,42 op prijspeil 2015 (prijspeil definitief 2022: € 154.048,75). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 4.
- Het praktijkkostenbestanddeel bedraagt € 182,110,30 op prijspeil definitief 2015 (prijspeil definitief 2022: € 218.545,07). De onderbouwing van dit bedrag wordt toegelicht in paragraaf 5.
- De rekennorm inschrijvingen bedraagt 2.095 en de rekennorm consulten 8.966. Beide aantallen zijn terug te vinden in paragraaf 5.
- Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

Inschrijvingen en consulten vormen de grootste opbrengstcomponenten voor huisartspraktijken. De logica achter bovenstaande formules is dat een bepaald deel van de totale kosten (arbeidskosten + praktijkkosten) gedekt wordt uit inschrijvingen en een deel uit consulten. Voor consulten betreft dit 26,28%, vandaar de factor 0,2628. Voor inschrijvingen bedraagt de factor 0,3389. Dit is minder dan het aandeel opbrengsten uit inschrijvingen (44,71%), omdat de werkelijke inschrijftarieven hoger zijn dan het basis inschrijftarief, onder andere vanwege de opslagen voor achterstandswijken en leeftijd.

Het tarief voor de passantenconsulten wordt berekend vanuit de hypothetische situatie dat de gemiddelde huisartsenpraktijk geen ingeschreven verzekerden heeft, en dus alle gereguleerde opbrengsten uit consulten behaalt. Het arbeidskostenbestanddeel en praktijkkostenbestanddeel worden voor de berekening van het

<sup>2</sup> De kilometervergoeding die eventueel in rekening gebracht kan worden in verband met deze prestatie heeft een andere onderbouwing, zie par. 7.6.

passantentarief vermenigvuldigd met de factor 0,7726. Op deze wijze worden alle praktijkkosten en de arbeidskostencomponent van de huisarts-eigenaar voor 77,26% opgebracht door de opbrengsten uit passantenconsulten. De overige opbrengsten worden geacht opgebracht te worden met niet-tariefgeruleerde activiteiten.

#### 4. Differentiatie inschrijftarief

Voor de berekening van de inschrijftarieven maken we gebruik van het zorgzwaarte model van NIVEL<sup>3</sup>. Het inschrijftarief bestaat uit twee componenten.

Eén component is het basistarief inschrijving, zie kopje 3. Basistarieven. Dit is een vast bedrag dat de huisarts voor al zijn ingeschreven verzekerden per kwartaal in rekening brengt.

De tweede component is de differentiatie op het inschrijftarief op basis van het zorgzwaarte model van NIVEL. De differentiatie bestaat uit een opslag die de huisarts in rekening brengt voor alle ingeschreven verzekerden. Voor patiënten met specifieke zorgzwaarte kenmerken, als leeftijd en woonachtig in een opslagwijk, krijgt de huisarts een hogere opslag.

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

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

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

De berekening is in eerste instantie omzetneutraal uitgevoerd. Dat betekent dat alle gelden toegerekend aan het basistarief Inschrijving en de differentiatie op het inschrijftarief constant zijn gehouden. We hanteren de omzetbedragen, zoals weergegeven in [Tabel 3.1](#).

**Tabel 3.1: Omzetbedragen Inschrijving**

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

##### *Stap 1: Bepalen zorgzwaartefactor per kenmerk.*

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

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

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

In Tabel 3.2 zijn de zorgzwaartefactoren per kenmerk weergegeven.

**Tabel 3.2: Zorgzwaartefactoren per kenmerk**

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

\* zorgzwaartefactor

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

De tarieven zijn gebaseerd op jaarbedragen. De declaraties vinden echter per kwartaal plaats. Om tot een goede inschatting van het aantal verzekerde personen te komen berekenen we het aantal verzekerdenjaren, dat gelijk is aan het totaal aantal declaraties van de prestatie inschrijving gedeeld door vier. Het aantal verzekerdenjaren is weergegeven in Tabel 3.2.

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

*Stap 3: Bepalen constante opslagbedrag per rekeneenheid.*

Om het constante opslagbedrag te bepalen delen we de totale omzet van de prestatie differentiatie inschrijving, zie Tabel 3.1, door het aantal zorgzwaarte rekeneenheden. De constante is afgerond gelijk aan € 9,16.

*Stap 4: Afleiden landelijke opslagfactor.*

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

**Tabel 3.3: Opslagfactor differentiatie inschrijftarief**

Opslagwijk	Leeftijd	Opslag	Jaarbedrag	Opslagfactor	Normering ofactor *
geen	tot 65	€ 9,16	€ 59,22	1,183	1,000

geen	65-74	€ 19,61	€ 69,66	1,392	1,176
geen	75-84	€ 54,86	€ 104,92	2,096	1,772
geen	85 plus	€ 114,91	€ 164,96	3,296	2,786
opslagwijk	tot 65	€ 15,76	€ 65,82	1,315	1,111
opslagwijk	65-74	€ 26,21	€ 76,26	1,524	1,288
opslagwijk	75-84	€ 61,46	€ 111,52	2,228	1,883
opslagwijk	85 plus	€ 121,51	€ 171,56	3,428	2,897

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

#### Stap 5: Toevoeging budget opslagwijken

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

**Tabel 3.4: Opslagfactor differentiatie inschrijftarief met compensatie opslagwijk**

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

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

Deze opslagfactoren worden vervolgens in de tariefonderbouwing gebruikt om het herijkte basisinschrijftarief op basis van het kostenonderzoek over 2015 op te hogen.

## 5. Arbeidskosten

De component arbeidskosten praktijkeigenaren (in het veld bekend onder de term 'norminkomen') is een normatieve kostencomponent die in de tariefonderbouwing voor gereguleerde eerstelijnszorgaanbieders



wordt opgenomen ter dekking van de arbeidskosten van de praktijkeigenaar. De component bestaat uit drie onderdelen:

1. Basis jaarbedrag (jaarsalaris, incl. vakantietoeslag);
2. Aankledingsposten (werkgeverslasten als pensioen, vergoeding voor ziekte en arbeidsongeschiktheid, etc.);
3. Inconveniënten (toeslag voor werkzaamheden in avond, nacht en weekend).

#### 5.1 Methodieken voor normering van de arbeidskostencomponent

Er is een aantal mogelijke methodieken om te komen tot normering van de arbeidskostencomponent:

- Vergelijking met de publieke sector;
- Vergelijking binnen de zorg;
- Vergelijking buiten de zorg;
- Vergelijking met het buitenland;
- Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse;
- Macrorondrekening.

De NZa heeft KPMG in 2013 onderzoek laten doen naar en laten adviseren over deze methodieken. Mede op basis daarvan heeft de NZa gekozen de arbeidskostencomponent vast te stellen door twee methodieken met elkaar te combineren: vergelijking met de publieke sector en vergelijking binnen de zorg. Deze keuze is tot stand gekomen door de methoden te vergelijken aan de hand van onderstaande criteria.

**Tabel 5.1: Toetsingskader methodieken herijking arbeidskostencomponent**

criterium	Toelichting
Reproduceerbaar en onderhoudbaar	Methodiek en aanpak moeten reproduceerbaar te zijn om herijking in de toekomst mogelijk te maken. De methodiek dient goed gedocumenteerd te zijn en toekomstbestendig voor de komende jaren.
Eenvoud	De methodiek een aanpak dienen eenvoudig van opzet te zijn. Hierdoor is de opzet goed uit te leggen aan alle betrokken partijen.
Herkenbare toetsingsgrondslag	Er dient sprake te zijn van een herkenbare toetsingsgrondslag. De toetsingsgrondslag betekent in dit kader dat het helder moet zijn op basis waarvan functies met elkaar worden vergeleken.
Toepasbaarheid binnen huidige systeem	De methodiek moet toe te passen zijn in binnen het huidige bekostigingssysteem zonder dat er ingrijpende systeemwijzigingen nodig zijn.
Objectiviteit	De toepassing van de methodiek en aanpak is het streven naar maximaal haalbare objectiviteit.
Brede toepasbaarheid	De methodiek dient voor alle functies op dezelfde wijze toepasbaar te zijn waardoor het tevens mogelijk is de functies met elkaar te vergelijken

Bij de toetsing hecht de NZa met name belang aan de objectiviteit en de brede toepasbaarheid van de methodiek voor de andere gereguleerde eerstelijnsaanbieders.

Toetsing van de methodieken aan de criteria leidt tot de conclusie dat twee methodieken het best passend zijn: vergelijking met de publieke sector en vergelijking binnen de zorg. Deze methodieken scoren met name goed op reproduceerbaarheid, onderhoudbaarheid en objectiviteit en zijn breed toepasbaar binnen de huidige bekostigingssystematiek.

De methodieken zijn met elkaar gecombineerd om tot een gebalanceerde onderbouwing van de arbeidskostencomponent te komen. Combinatie van beide methodieken leidt tot het volgende stappenplan om te komen tot een herijkte arbeidskostencomponent:

- A. De inschaling van de huisarts in de BBRA, die ten grondslag ligt aan de huidige hoogte van de arbeidscomponent, actualiseren conform de huidige vergoedingen per BBRA-schaal. Dit bedrag dient als basis.
- B. Uitvoeren van een horizontale vergelijking binnen de zorg. Hiertoe wordt bepaald welke CAO('s) het best vergelijkbaar is (zijn) en worden de uitkomsten hiervan afgezet tegen de BBRA-inschaling.
- C. Afwegen of de vergelijking aanleiding geeft voor een neerwaartse of opwaartse correctie van de BBRA-inschaling.
- D. Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap.
- E. Bepalen van een norm voor de toeslag voor aankledingsposten.
- F. Het resultaat van stap D en E met elkaar combineren, waarmee de herijkte arbeidskostencomponent ontstaat.

### *5.2 Uitgangspunten bepaling arbeidskostencomponent*

Bij de bepaling van de arbeidskostencomponent zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De arbeidskostencomponent heeft enkel betrekking op de arbeidskosten van praktijkeigenaren. De kosten voor huisartsen in loondienst en ander personeel is in het kostenonderzoek meegenomen binnen de praktijkkostencomponent.
- De arbeidskostencomponent moet niet worden verward met het inkomen van een huisarts. Het daadwerkelijke inkomen dat een praktijkeigenaar genereert is mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende huisartsenpraktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-gereguleerde activiteiten. De arbeidskostencomponent is slechts een normering van de arbeidskosten van praktijkeigenaren. Dit vanwege het feit dat de werkelijke kosten niet zijn te meten in een kostenonderzoek (zoals wel het geval is bij de kosten van het personeel in loondienst).
- De arbeidskostencomponent heeft geen betrekking op de zorg in de anw-uren. Deze zorg wordt separaat bekostigd via het bekostigingssysteem voor hds'en en tarieven die huisartsen voor zorg in anw-uren in rekening kunnen brengen.
- In de arbeidskostencomponent speelt ondernemersrisico geen rol. Dit aspect is in de tariefbepaling meegenomen binnen de component praktijkkosten, middels een vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (GREV).
- De arbeidskostencomponent heeft betrekking op de jaarkosten van een praktijkeigenaar. Hierbij wordt geabstraheerd van het aantal uren dat een volledige werkweek bevat volgens de geldende CAO en/of het werkelijk gemaakte aantal uren.
- Vergelijkingen met BBRA en binnen de zorg vinden steeds plaats op basis van functie-eindsalarissen. Idealiter zou een lager salarisniveau als ijkpunt gekozen moeten worden, dat spoort met het gemiddelde niveau van senioriteit en ervaring van de praktijkeigenaars. Hiervoor zijn echter geen gegevens beschikbaar.

### *5.3 Arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren huisartsenzorg prijsspeil 2013*

De herijking van de arbeidskostencomponent is volgens het beschreven stappenplan uitgewerkt.

*Stap A – Actualiseren oorspronkelijke BBRA-inschaling*

De basis voor de huidige arbeidskostencomponent is inschaling van de huisarts in BBRA-schaal 14. Hier zijn destijds twee periodieken in schaal 15 aan toegevoegd voor onregelmatigheid van de werkzaamheden. Aangezien de anw niet langer onderdeel uitmaakt van de arbeidskostencomponent, zijn deze aanvullende periodieken niet van toepassing.

De huidige BBRA-schalen zijn weergegeven in bijlage A. Hieruit blijkt dat de eindtrede van schaal 14 is gewaardeerd op een maandbedrag van € 6.139. Inclusief vakantietoeslag (8%) en eindejaarsuitkering (8,33%) leidt deze inschaling tot een basis jaarbedrag van **€ 85.697**.

*Stap B – Uitvoeren horizontale vergelijking binnen de zorg*

Bij een horizontale vergelijking binnen de zorg zijn de volgende CAO's het meest relevant:

- CAO Hidha;
- CAO Gezondheidscentra;
- CAO ziekenhuizen;
- CAO verpleging, verzorging en thuiszorg.

Alvorens de vergelijking door te voeren, wordt een keuze gemaakt voor CAO's om mee te vergelijken.

Bij de vergelijking is gekozen voor de CAO Hidha (Huisartsen in dienst van andere huisartsen) en de CAO Gezondheidscentra. De andere CAO's zijn niet of minder goed bruikbaar als vergelijkingsmateriaal.

Argumentatie keuze voor CAO Hidha en CAO Gezondheidscentra:

- In de CAO Hidha worden de arbeidsvoorwaarden geregeld voor alle in Nederland werkzame huisartsen in dienst van een huisarts (praktijkeigenaar) en sluit daarmee wat betreft functie-inhoud goed aan.
- De CAO Gezondheidscentra is een aanvulling hierop. Huisartsen in loondienst binnen een gezondheidscentrum zijn niet in dienst van een huisarts praktijkeigenaar, in ieder geval niet in de centra waar geen sprake is van praktijkeigenaars. Dit is een groeiende groep.
- In de oude CAO gezondheidscentra (2009-2011) was een onderdeel AHG (Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra) opgenomen voor huisartsen in loondienst. In het 'Onderhandelingsresultaat Cao Gezondheidscentra en AHG 2011-2013' is aangegeven dat partijen tot de conclusie zijn gekomen "dat de huidige AHG niet meer voldoet. Een belangrijk knelpunt is de rekenformule AHG. De leden van het OAG spreken af in 2013 een alternatief voor de AHG te zijn overeengekomen." Een dergelijk alternatief is nog niet beschikbaar. Hoewel deze CAO hierdoor minder representatief is, kiezen we ervoor hem toch mee te nemen.
- De functie van een huisarts in een VVT-instelling of in een ziekenhuis is niet op alle punten vergelijkbaar met een vrij gevestigde huisarts.

Alvorens de resultaten van de vergelijking te presenteren, is hieronder inzicht gegeven in de totstandkoming van de bedragen per CAO.

*CAO Hidha*

Er is in de vergelijking gewerkt met het functie-eindsalaris zoals weergegeven in de CAO.

*CAO Gezondheidscentra*

De bedragen uit de oude CAO zijn geïndexeerd met de overeengekomen percentages in de CAO 2011-2013 (twee maal 1,5%) om te komen tot een bedrag met een actueel prijspeil. Zoals hiervoor gesteld, hebben de resulterende bedragen geen formele status; er is geen overeenstemming over de arbeidsvoorwaarden voor huisartsen en de gehanteerde indexatie-percentages zijn hierop ook niet van toepassing.

De vergelijking tussen de geactualiseerde BBRA-doorrekening en de CAO's Hidha en Gezondheidscentra is in onderstaande tabel opgenomen.

**Tabel 5.2: Horizontale vergelijking met CAO's binnen de zorg**

CAO:	BBRA-14	CAO Hidha	CAO GZC
Peildatum CAO	1-1-2013	1-1-2013	1-4-2012
Uren werkweek	36	40	Normpraktijk
Max maandsalaris	€ 6.139	€ 6.297	€ 6.390
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaars-toeslag %	8,33%	1,00%	4,50%
Jaarbedrag, excl. toeslagen	€ 73.667	€ 75.559	€ 76.677
Vakantietoeslag	€ 5.893	€ 6.045	€ 6.134
Eindejaarsuitkering	€ 6.136	€ 756	€ 3.727
Overige toeslagen	€ 0	€ 4.091	€ 3.999
<b>Totaal jaarbedrag</b>	<b>€ 85.697</b>	<b>€ 86.450</b>	<b>€ 90.537</b>

*Stap C – Afwegen of BBRA-inschaling moet worden bijgesteld*

De vergelijking binnen de zorg geeft aanleiding tot opwaartse bijstelling van de BBRA-inschaling.

De CAO Hidha ligt iets hoger (minder dan 1%) dan BBRA schaal 14. De CAO Gezondheidscentra ligt wel substantieel hoger, ca. 5%. Een trede verhoging in de BBRA (leidend tot inschaling in BBRA schaal 15, trede 8) geeft een jaarbedrag van € 88.403. Dit ligt halverwege de jaarbedragen van de CAO's Hidha en Gezondheidscentra. BBRA-schaal 15, trede 8 is derhalve het best passend.

*Stap D - Doorvoeren van een correctie voor ondernemerschap*

De uitgevoerde vergelijking met huisartsen in loondienst houdt geen rekening met een tweetal aspecten: ondernemersrisico en ondernemerschap.

Het ondernemersrisico behelst een kapitaalrisico, het risico dat een huisartsenpraktijk failliet gaat en een praktijkeigenaar het geïnvesteerd eigen vermogen kwijt raakt. Voor dit risico wordt gecorrigeerd middels de zogenaamde VGREV (vergoeding gederfd rendement op eigen vermogen) binnen de praktijkkostencomponent.

Wat resteert is de factor ondernemerschap; de aspecten buiten het ondernemersrisico, die een praktijkeigenaar onderscheiden van een huisarts in loondienst. Dit betreft de arbeidsmatige aspecten. Hierbij kan worden gedacht aan: bedrijfsvoering van de praktijk, contractering met verzekeraars, financiële beheersing en verantwoording, managen van personeel, vermenging van werk en privé, etc.

Voor de component ondernemerschap corrigeert de NZa door middel van een normatieve factor: het jaarbedrag conform de BBRA-inschaling rekenen we om naar 40 uur (BBRA gaat uit van een 36-urige werkweek). Deze

factor (11,1%) leidt tot een gecorrigeerd jaarbedrag van **€ 98.225**.

#### Stap E – Berekenen omvang aankledingsposten

De lasten die door een werkgever in aanvulling op het basissalaris worden betaald (premies en voorzieningen) worden voor vrije beroepsbeoefenaren meegenomen in de vorm van een aankleding boven op het basis jaarbedrag in de arbeidskostencomponent.

Om te komen tot een normpercentage voor deze opslag zijn de aankledingsposten berekend op basis van de BBRA arbeidsvoorwaarden en het geldende pensioenfonds bij de overheid (ABP). Hierbij zijn de tarieven geldend in 2013 als uitgangspunt gebruikt.

De onderstaande onderdelen worden tot de aankledingsposten gerekend:

- Werknemersverzekeringen (WW Awf/Wgf, WAO/WIA, WGA);
- Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw;
- Pensioenpremie Ouderdomspensioen ABP voor overheid;
- Pensioenpremie ArbeidsOngeschiktheidsPensioen.

Voor het berekenen van de bedragen zijn onderstaande premiepercentages aangehouden:

**Tabel 5.3: Premiepercentages voor berekening aankledingsposten**

	Franchise	Premiepercentage werkgever	Maximum premieplichtig bedrag
<i>Pensioen / VUT:</i>			
Ouderdoms- en nabestaandenpensioen (OP/NP)	€ 10.950	17,78%	n.v.t.
Algemene nabestaandenwet (anw)	€ 10.950	0,075%	n.v.t.
Overgangspremie VPL	n.v.t.	1,60%	n.v.t.
Arbeidsongeschiktheidspensioen (AOP)	€ 19.000	0,225%	n.v.t.
<i>Werknemersverzekeringen:</i>			
Arbeidsongeschiktheid (WAO/WIA)	n.v.t.	4,65%	€ 50.853
Werkloosheid (WW)	n.v.t.	1,70%	n.v.t.
Uitvoeringsfonds voor de overheid (UFO)	n.v.t.	0,78%	€ 50.853
Zorgverzekeringswet (Zvw)	n.v.t.	7,75%	€ 50.853
Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA)	n.v.t.	0,52%	€ 50.853

De tabel maakt duidelijk dat de bedragen voor sociale lasten veelal zijn gemaximeerd (op € 50.853). Daarnaast geldt een franchise (dat deel van het salaris dat is vrijgesteld van betaling van pensioenpremie). Hierdoor bestaat er geen lineair verband tussen deze werkgeverslasten en het basis jaarbedrag. Uit een analyse van de relatie tussen beide bedragen blijkt dat het percentage werkgeverslasten vanaf een inkomen meer dan € 51.000 sterk daalt. Dit heeft onder andere te maken met de genoemde maximering van het premieplichtig bedrag voor een aantal sociale verzekeringen.

Op basis van deze analyse is gekozen om voor de aankledingsposten te werken met de volgende rekenregel:

- Basis jaarbedrag < € 50.000, dan aankledingsposten: 31,0%
- Basis jaarbedrag > € 50.000, dan aankledingsposten: 27,5%

De aankledingsposten komen met dit normpercentage voor aankledingsposten (27,5%) voor de huisarts uit op **€ 27.012**.

#### Stap F – Herijkte arbeidskostencomponent

Het toevoegen van de aankledingsposten aan het basis jaarbedrag leidt tot de volgende herijkte totale arbeidskostencomponent: **€ 125.237**. Dit bedrag ligt op prijspeil 1-1-2013 (peildatum BBRA).

#### 5.4 Samenvatting

Onderstaande tabel vat de stappen A t/m F samen.

**Tabel 5.4: Samenvatting herijking**

Stap	Uitkomst	Bedrag
A. Actualiseren BBRA-inschaling	Schaal 14, trede 10	85.697
B. Vergelijking binnen de zorg	CAO Hidha CAO Gezondheidscentra	86.450 90.537
C. Bijstellen BBRA-inschaling	Schaal 15, trede 8	88.403
D. Correctie voor ondernemerschap	Opslag 11,1%	98.225
E. Vaststellen aankledingsposten	27,5% van D	27.012
F. Herijkte arbeidskosten	D + E	125.237

Indexering van de herijkte arbeidskosten tot aan prijsniveau definitief 2014 leidt tot een arbeidskostencomponent van € 126.739,84 en door middel van indexering tot aan een prijsniveau definitief 2015 van € 128.311,42 (prijspeil definitief 2017: € 131.505,06).

## 6. Praktijkkosten en rekennormen

### 6.1 Resultaten onderzoek

De NZa heeft in 2016 - 2017 onder 213 huisartsenpraktijken een onderzoek laten uitvoeren. De gegevensverzameling is uitgevoerd door Sira Consulting BV. De verwerking van deze uitkomsten om te komen tot herijkte tarieven is gedaan door de NZa. In tabel 6.1 zijn de belangrijkste resultaten per fte huisarts-eigenaar van het onderzoek samengevat.

**Tabel 6.1: Resultaten per fte huisartseigenaar, onderzoeksjaar 2015 prijspeil 2015**

<b>PRAKTIJKKOSTEN</b>	
Gemiddelde praktijkkosten	€ 182.110
- vv. personeelskosten	€ 112.650
- vv. overige kosten	€ 69.461
<b>PRODUCTIE</b>	
Gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden	2.095
Gemiddeld aantal consulteenheden	8.966
<b>OPBRENGSTEN</b>	
Huisartsendienstenstructuren	€ 12.121
Declaraties anw vanuit zorgverzekeraar	€ 33
<b>S1</b>	
Inschrijvingen	€ 137.906
Consulten en visites (huisarts)	€ 81.049
Passanten en militairen	€ 1.288
poh-ggz	€ 15.451
S1 prestaties (chirurgie etc.)	€ 10.484
Buiten segmenten (keuringen etc.)	€ 7.578
<b>S2</b>	
- Inkomsten zorggroep	€ 33.603
- GEZ (ontvangen van verzekeraar)	€ 208
- Multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar)	€ 348
<b>S3</b>	

- poh-s	€ 10.283
- resultaat beloning	€ 6.965
- zorgvernieuwing	€ 7.021
- Buiten segmenten	€ 7.979
<b>Overig</b>	
Overige declaraties (verloskunde)	€ 16
Overige inkomsten (nevenactiviteiten)	€ 10.694
<b>Gemiddelde opbrengsten totaal</b>	<b>€ 343.024</b>

### 6.2 Van onderzoeksresultaten naar tariefgrondslagen

Om te komen tot de juiste bedragen die als grondslag kunnen dienen voor herijkte tarieven, moet op bovenstaande resultaten een aantal correcties worden toegepast, die samenhangen met de volgende punten:

- Opbrengsten uit huisartsdienstenstructuren (hds)
- Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend (anw)
- Opbrengsten uit resultaatbeloning
- Opbrengsten en praktijkkosten poh-ggz
- Vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen

#### *Opbrengsten uit huisartsdienstenstructuren*

De meeste praktijken organiseren de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden door deel te nemen in een huisartsdienstenstructuur (hds). Deze hds'en hebben hun eigen integrale bekostiging, die los staat van zowel praktijkkosten als arbeidskosten bestemd voor de overige huisartsenzorg. Om die reden is het niet zuiver om de opbrengsten uit hds mee te tellen bij de praktijkopbrengsten die afgezet worden tegen de kosten.

#### *Opbrengsten uit declaraties avond/nacht/weekend*

Een klein aantal praktijken organiseert de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend voor de bij hen ingeschreven verzekerden niet via een hds, maar levert deze zorg, in een samenwerking met andere praktijken, vanuit de eigen praktijk. De anw-tarieven die de NZa hiervoor vaststelt, dekken wel een deel van de praktijkkosten, maar niet de arbeidskosten. Het is daarom zuiver ook deze opbrengsten uit de praktijkopbrengsten te schonen, in dit geval met een evenredige korting op de gemeten praktijkkosten.

#### *Opbrengsten uit resultaatbeloning*

Bij de berekening van de opbrengstverhouding op basis waarvan kosten worden toegerekend dienen de opbrengsten uit resultaatbeloning niet te worden meegenomen. Het argument hiervoor is dat de praktijkkosten die niet gemaakt worden voor de omzet resultaatbeloning maar voor de verrichting die ten grondslag ligt aan de resultaatbeloning.

#### *Opbrengsten en praktijkkosten poh-ggz*

De prestaties met betrekking tot poh-ggz hebben hun eigen normatief vastgestelde tarief, die los staat van zowel de praktijkkosten als arbeidskosten bestemd voor de overige huisartsenzorg. Om die reden is het niet zuiver om de kosten en opbrengsten uit poh-ggz mee te tellen in de tariefberekening.

#### *Vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen*

Ondernemersrisico kan een element zijn in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van een financiële reserve nodig om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is. Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt

een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen' (VGREV). Bij de berekening van de hoogte van de VGREV volgt de NZa de methode zoals verwoord in de 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg'. Zoals gebruikelijk binnen eerstelijns zorg wordt hierbij 7% van het gerapporteerde normatief eigen vermogen (€ 38.969) als praktijkkosten meegenomen, ofwel € 1.775 per huisarts-eigenaar. In onderstaande tabel zijn bovengenoemde correcties toegepast op de bedragen uit tabel 6.1.

**Tabel 6.2: Relevante opbrengsten en kosten prijspeil 2015**

<b>OPBRENGSTEN</b>		
Gemiddelde opbrengsten totaal	<b>€ 343.024</b>	
Af: Opbrengsten uit hds/anw	-€ 12.154	
Af: Opbrengsten poh-ggz	-€ 15.451	
Af: Opbrengsten resultaatbeloning	-€ 6.965	
<b>Relevante opbrengsten</b>	<b>€ 308.455</b>	
- ww. uit tariefgereguleerde activiteiten	€ 238.312	77,26%
- ww. uit niet-tariefgereguleerde activiteiten	€ 70.143	22,74%
<b>PRAKTIJKKOSTEN</b>		
Gemeten praktijkkosten	€ 188.410	
Bij: Verg. gedeerd rendement eigen verm.	€ 1.775	
Af: personeelskosten personeel poh-ggz	-€ 6.919	
Af: overige kosten poh-ggz	-€ 1.156	
<b>Relevante praktijkkosten</b>	<b>€ 182.110</b>	
- ww. personeelskosten	€ 112.650	
- ww. overige kosten	€ 69.461	

Uit tabel 6.2 blijkt dat de voor de tariefberekening relevante opbrengsten in 2015 € 308.455 bedroegen. De onderverdeling hiervan in wel/niet tariefgereguleerde activiteiten is relevant voor de methodiek van tariefberekening; dit is het onderwerp van paragraaf 6.3. Uit de tabel blijkt verder dat de relevante praktijkkosten € 182.110 bedroegen. De onderverdeling hiervan in personeels- en overige kosten is van belang voor de indexering (paragraaf 6.4). De relevante productmix voor de gemiddelde praktijk in 2015 per fulltime huisarts-eigenaar was als volgt.

**Tabel 6.3: Opbrengstverhouding 2015**

	<b>Opbrengsten</b>	<b>Procentueel</b>
Totale opbrengsten	€ 343.024	
Poh-ggz	€ 15.451	
Hds/anw	€ 12.154	
Resultaatbeloning	€ 6.965	
Totaal omzet waarvoor kosten worden toegerekend	€ 308.455	100%
Omzet basistarief inschrijvingen	€ 104.539	33,89%
Omzet consulten	€ 81.049	26,28%
Omzet opslagen en passanten	€ 34.654	11,23%
Omzet overige verrichtingen	€ 18.061	5,86%
<b>Totaal gereguleerd</b>	<b>€ 238.304</b>	<b>77,26%</b>
S2	€ 34.159	11,07%
Poh-s	€ 10.283	3,33%



Vrij	€ 25.709	8,33%
<b>Totaal niet gereguleerd</b>	<b>€ 70.151</b>	<b>22,74%</b>

### 6.3 Toerekenmethodiek

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Binnen de huisartsenzorg is echter naast tariefgereguleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgereguleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgereguleerde activiteiten. Tabel 6.3 laat zien dat in 2015 het niet-tariefgereguleerde deel van de relevante opbrengsten 22,74% bedroeg. Tariefgereguleerde activiteiten beslaan 77,26% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking houdt rekening met dit feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgereguleerde en deels uit niet-tariefgereguleerde activiteiten halen.

Voor de berekening van het tarief maakt de NZa de beleidskeuze om alleen het deel van de praktijk- en arbeidskosten te gebruiken dat toegerekend kan worden aan de relevante tariefgereguleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgereguleerde en aan niet-tariefgereguleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77,26% vs. 22,74%) worden gehanteerd<sup>4</sup>. De reden hiervoor is het feit dat de praktijkkosten niet op andere gronden toe te rekenen zijn. Onderkend wordt dat de toerekening van de praktijkkosten op basis van de opbrengstenverhoudingen niet fijnmazig is, maar wel redelijk.

Dit betekent dat in de tariefformules 77,26% van de arbeids- en praktijkkosten wordt gebruikt. De resterende 22,74% van de kosten wordt verondersteld te worden gedekt uit de opbrengsten van de niet-gereguleerde activiteiten.

Tabel 6.4 toont dit toerekenen van praktijk- en arbeidskosten, waarbij het arbeidskostenbedrag in deze notitie nog op het niet-herijkte niveau van € 128.311 wordt gehouden.

**Tabel 6.4: Toerekenen van kosten aan tariefgereguleerde activiteiten prijspeil 2015**

<b>KOSTEN</b>		
	<i>Totaal 100%</i>	<i>Toegerekend 77,26%</i>
Relevante praktijkkosten	€ 182.110	€ 140.693
Normatieve arbeidskostencomponent	€ 128.311	€ 99.130
<b>Totale kosten</b>	<b>€ 310.421</b>	<b>€ 239.823</b>

Uit de toerekening van kosten in tabel 6.4 blijkt dat het te dekken kostenbedrag uit tariefgereguleerde activiteiten € 239.823 bedraagt.

### 6.4 Ophogen naar prijspeil 2016 en 2017

De volgende stap betreft het ophogen van de praktijkkostenbedragen in tabel 6.4 door middel van indexering naar prijspeil 2016 en 2017. Tabel 6.5 indexeert de relevante praktijkkosten (met onderscheid naar

<sup>4</sup> Hierbij is verondersteld dat de verdien capaciteit van tariefgereguleerde zorg gelijk is aan die van niet-tariefgereguleerde zorg. Vrij vertaald: elke euro inkomsten vanuit tariefgereguleerde zorg levert evenveel winst op als een euro omzet uit niet-tariefgereguleerde zorg.

personeels- en overige kosten) volgens de gangbare NZa-systematiek (zoals vastgelegd in de Beleidsregel indexering van prijspeil 2015 naar prijspeil 2017.

**Tabel 6.5: Indexering 2015-2017**

<b>PRAKTIJKKOSTEN</b>				
Totale kosten	PP 2015	DEF 2016	DEF 2017	PP 2017
Normatieve arbeidskostencomponent	€ 128.311	0,44%	2,04%	€ 131.505
Personeelskosten	€ 112.650	1,74%	2,04%	€ 116.948
Overige kosten	€ 69.461	0,38%	1,87%	€ 71.028
<b>Totaal toegerekend (77,26%)</b>	€ 239.823			€ 246.822

Uit tabel 6.5 blijkt dat de toegerekende praktijkkosten op prijspeil 2015 een totaal bedragen van € 310.421, waarvan € 239.823 wordt toegerekend aan tariefgeruleerde activiteiten.

Indexering tot aan het definitieve prijsniveau 2017 levert een totaal praktijkkostenniveau van € 319.481, waarvan € 246.822 wordt toegerekend aan tariefgeruleerde activiteiten.

## 7. Modelmatige tarieven

Van een aantal prestaties wordt het maximumtarief modelmatig/normatief onderbouwd. De tarieven staan in de tabel hieronder, de paragrafen daaronder lichten de methodiek toe.

### 7.1 Poh-ggz

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

$$0,672 * (\text{arbeidskosten poh-ggz} + \text{praktijkkosten poh-ggz}) / \text{rekenorm poh-ggz}$$

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2021) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

**Tabel 7.1: Formulecomponenten poh-ggz prijspeil 2021**

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten poh-ggz	Managementtijd huisarts	€ 22.309,97
Praktijkkosten poh-ggz	Personeelskosten: Praktijkondersteuner	€ 82.377,26
	Overige kosten: Infrastructurele voorzieningen	€ 13.052,54
Rekenorm poh-ggz	3 x 2.095*	6.285
Factor	Deze factor bepaalt welk deel van de arbeidskosten poh-ggz en praktijkkosten poh-ggz verdisconteerd is in het module tarief.	0,672**
Opslagtarief per jaar		€ 12,60

\* Deze rekenorm is gelijkgetrokken met de rekenorm voor het basis inschrijftarief. Het effect hiervan is gecompenseerd middels de factor 0,672. Concreet betekent dit dat de NZa-

onderbouwing van het tarief van de module ook in 2018 neerkomt op 1 fte poh-ggz op 7.050 ingeschreven verzekerden.

\*\* Op basis van de uitkomsten van het praktijkkostenonderzoek huisartsenzorg 2015 stijgt het consulttarief met 0,95%. Hierdoor wordt er procentueel meer opbrengsten behaalt uit de declaratie van de consulten poh-ggz. Hierdoor is de factor poh-ggz met 0,31 procentpunt naarwaarts bijgesteld. Deze correctie is berekend op basis van het herijkt consulttarief op voorcalculatorisch 2018.

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

### 7.2 Anw-uurtarief hds

Voor huisartsen die participeren in een huisartsendienstenstructuur (hds) is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren een maximum uurtarief van kracht. Het maximum anw-uurtarief is op grond van een aanwijzing van de minister van VWS vastgesteld op € 83,71 (definitief niveau 2022). Het uurtarief brengen huisartsen in rekening bij de hds waarin zij participeren. Onder bepaalde voorwaarden kan door de huisarts een toeslag in rekening worden gebracht van maximaal € 15,00 bovenop het vigerende anw. Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het arbeidskosten- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de Beleidsregel indexering.

### 7.3 Anw-tarieven niet hds

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

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

In de tabel hieronder zijn de modelmatig/normatief bepaalde bedragen/aantallen weergegeven (definitief niveau 2022) waarop de variabelen van de formule zijn gebaseerd:

**Tabel 7.2: Formulecomponenten anw, prijspeil 2022**

Variabele	Toelichting	Bedrag / aantal
Arbeidskosten anw	Tijd huisarts	€ 25.324,64
Praktijkkosten anw	Overige kosten	€ 890,24
Rekennorm anw		480

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

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

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

#### 7.4 Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf

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

Omdat de zorgzwaarte van intensieve zorg-patiënten (zpz5 of hoger, of palliatief-terminaal) wel nog hoger ligt dan de zorgzwaarte van elv-patiënten, hebben we een afslag op de intensieve zorg tarieven toegepast om te komen tot de elv-tarieven. Voor de juiste afslag hebben we aansluiting gezocht bij de behandelcomponenten in de zpz-tarieven, die ook oplopen met hogere zorgzwaarte. De verhouding tussen elv-tarief en intensieve zorg-tarief is gelijk aan de verhouding tussen de behandelcomponenten van zpz3 enerzijds en een gewogen gemiddelde van zpz6 en zpz10 anderzijds. In formules:

elv-tarief -----	=	Behandelcomponent zpz3 -----
Intensieve zorg-tarief		Behandelcomponent zpz6/10

ofwel

elv-tarief	=	intensieve zorg-tarief	*	Behandelcomponent zpz3 -----
				Behandelcomponent zpz6/10

Het quotiënt van de behandelcomponenten bedraagt 82% en is als volgt berekend. De medische behandelcomponenten zpz vv3, zpz vv6 en zpz vv10 in de tarieven voor het jaar 2016 bedragen respectievelijk € 26,95, € 30,18 en € 38,07 (zie de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2016). Voor het gewogen gemiddelde van zpz6 en zpz10 hebben we aansluiting gezocht bij de patiëntenaantallen in de huidige subsidieregeling elv die een indicatie ontvangen voor elv-intensief (zpz6) dan wel elv-palliatief-terminaal (zpz10). De verhouding tussen deze patiëntenaantallen is 65%-35% (zie CIZ-rapportage Subsidiereregeling eerstelijnsverblijf).

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

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

Bron: Vektis, bewerking NZa

Dit resulteert in de elv-tarieven (prijsspeil 2017) in onderstaande tabel. Die tarieven worden in de tabel ook afgezet tegen de hoogte van het basispassantentarief (€ 26,94 definitief niveau 2017). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

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

#### 7.5 Kosten voor het maken van een ECG (hartfilmpje)

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

#### 7.6 Kilometervergoeding bij keuringen en onderzoeken

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

#### 7.7 Achterstandsfonds

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

#### 7.8 M&I-verrichtingen

De M&I-verrichtingen welke in rekening mogen worden gebracht indien hier geen contract met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt, zijn voorzien van een maximumtarief. Dit tarief per verrichting is gebaseerd op een factor per prestatie ten opzichte van het consulttarief (€ 10,92 definitief niveau 2022). Deze factor wordt gehanteerd bij de tariefberekening (zie paragraaf 2).

## 8. Berekening VGREV

### 8.1 Achtergrond

De NZa neemt in de tarieven een *normatieve vergoeding* op in de vorm van een rentevergoeding op het genormeerd eigen vermogen. Dit is in lijn met de 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes' waarin is opgenomen dat ondernemersrisico een element is in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van het aanhouden van een

financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is.

Ondernemingen zijn over het algemeen voor een deel gefinancierd met vreemd vermogen (leningen waarover een meetbare rente betaald moet worden, VV) en voor een deel met eigen vermogen (EV). De verschaffer van het EV loopt doorgaans meer risico op zijn investering dan een bank op zijn lening. De EV-verschaffer verwacht daarom normaal gesproken een hoger rendement op die investering dan een bank.

Bedrijfseconomisch geldt gedeerd rendement op het EV als een kostenpost. Die kosten zijn echter niet te meten in een kostenonderzoek omdat er geen uitgaven aan ten grondslag liggen, het gaat om zogenaamde *opportunity costs*. Dit in tegenstelling tot kosten van vreemd vermogen (betaalde rente op leningen). Het eigen vermogen zelf is wel meetbaar.

De vergoeding voor eigen vermogen is – zoals genoemd – als uitgave niet te meten; de vergoeding dient daarom *normatief* te worden vastgesteld. Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen' (hierna VGREV).

## 8.2 VGREV in cijfers

Voor de bepaling van het gedeerd rendement op het eigen vermogen zijn de gegevens over financieringslasten en –baten en de vermogensposities (balansen) van belang. Hieronder wordt op geaggregeerd praktijkniveau de balans (van 2015) weergegeven. Opgemerkt dient te worden dat het beschikbare databestand op dit onderdeel nog niet definitief geschoond is. Geringe mutaties hierin kunnen dus nog plaats hebben.

Activa		Passiva	
<b>Balanstotalen</b>			
Vaste activa	€ 130.319	Eigen vermogen	<b>€ 111.948</b>
<i>Immateriële activa</i>	€ 4.364	<i>Kapitaal</i>	<b>€ 98.8416</b>
<i>Materiële vaste activa</i>	€ 83.881	<i>Reserves</i>	<b>€ 12.735</b>
<i>Financiële vaste activa</i>	€ 22.074	<i>Onverdeelde winst</i>	<b>€ 363</b>
		<i>Saldo verlies</i>	<b>€ 10</b>
Vlottende activa	€ 93.320		
<i>Vorraden en OHW</i>	€ 914	Vreemd vermogen	<b>€ 91.663</b>
<i>Vorderingen</i>	€ 36.442	<i>Voorzieningen</i>	<b>€ 1.227</b>
<i>Effecten</i>	€ 5.974	<i>Langlopende schulden</i>	<b>€ 52.247</b>
<i>Liquide middelen</i>	€ 49.990	<i>Kortlopende schulden</i>	<b>€ 38.189</b>
	- € 28		
<b>Totaal activa</b>	<b>€ 203.611</b>	<b>Totaal passiva</b>	<b>€ 203.611</b>

In lijn met de bepaling van de vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen bij andere sectoren, stelt de NZa op basis van de hierboven genoemde gegevens een *normatieve* balans samen. Voor het opstellen van de normatieve balans, volgt de NZa de regel dat dié activa worden meegenomen die noodzakelijk zijn voor een bedrijfsvoering die past bij de zorglevering ('minimale financieringsbehoefte'). Aan de activa-zijde van de balans neemt de NZa om die reden mee:

- De *materiële vaste activa*: deze post heeft betrekking op bezittingen van de praktijk zoals gebouwen, kantoorinrichting & inventaris, praktijkinstrumentarium, ICT-middelen,

- vervoersmiddelen en overige materiële vaste activa (het daarvoor benodigde vermogen is langer dan een jaar vastgelegd).
- Het *werkkapitaal*: deze bestaan uit i) vorderingen uit hoofde van financieringstekort, ii) debiteuren en overige vorderingen en iii) liquide middelen. Ter bepaling van het noodzakelijk werkkapitaal gaat de NZa uit van het normatief bepaalde bedrag dat verkregen wordt door 1/12 van de gemiddelde praktijkomzet te nemen. Deze is gebaseerd op gangbare betalingstermijn.
  - De post *voorraden en onderhanden werk*.

De posten immateriële vaste activa (voornamelijk goodwill), financiële vaste activa en effecten worden niet opgenomen in de normatieve balans. Het is bestendig beleid van de NZa dat bijvoorbeeld goodwill en de daarmee samenhangende kosten niet in het tarief terug horen te komen. Financiële activa, zoals deelnemingen, alsmede effecten zijn als zodanig niet noodzakelijk voor de zorglevering. Voor de liquide middelen wordt verwezen naar de bepaling van het werkkapitaal (zie 'werkkapitaal' hierboven).

Aan de passiva-zijde van de balans gaat de NZa uit van een normatieve verhouding van het eigen en vreemd vermogen van 30% respectievelijk 70%. De NZa kiest voor deze normatieve verhouding omdat zij niet via de vergoeding op eigen vermogen (die hoger is dan de kosten op vreemd vermogen) wil belonen dat praktijken inefficiënt veel eigen vermogen in de onderneming hebben. Deze verhouding geldt in het algemeen als een gezonde, efficiënte vermogenspositie en is bij financiering door banken een gebruikelijke verhouding. Ook in andere sectoren is deze verhouding toegepast. Over het algemeen wordt een eigen vermogensaandeel van substantieel minder dan 30% niet geaccepteerd door banken.

Onderstaande tabel bevat de normatieve balans zoals die is opgesteld op basis van de hierboven genoemde uitgangspunten.

Activa	Passiva	
<b>Normatieve balans</b>		
Vaste activa	€ 83.881	Eigen vermogen <b>€ 38.969</b>
<i>Materiële vaste activa</i>	€ 83.881	Vreemd vermogen <b>€ 90.927</b>
Vlottende activa	€ 46.014	
<i>Voorraden en onderhandenwerk</i>	€ 914	
<i>Werkkapitaal</i>	€ 45.100	
<b>Totaal activa</b>	<b>€ 129.895</b>	<b>Totaal passiva</b> <b>€ 129.895</b>

Ter toelichting:

1. (Materiële) vaste activa = 100% van € 83.881
2. Voorraden en onderhandenwerk = 100% van € 914
3. Werkkapitaal = (1/12) van € 541.203 (gemiddelde praktijkomzet huisartsenzorg)
4. Eigen vermogen is vervolgens 30% van € 129.895

De NZa heeft tot op heden in de verschillende eerstelijns sectoren gewerkt met een vergoedingspercentage van 7% over het eigen vermogen. In dit geval leidt dat tot een totale opslag van € 2.728 (7% van € 38.969) op de gemiddelde praktijkkosten.

## **9. Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd**

Naar aanleiding van de CBb-uitspraken van 1 december 2015 en 3 november 2016 heeft de NZa onderzoek gedaan onder aanbieders van

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

### *9.1 Prestaties*

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

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

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

### *9.2 Afbakening*

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

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

Uitzondering op het direct voorgaande is de inzet van de diabetes- en copd-verpleegkundige. Voor deze zorg is geen separate betaaltitel. Bovendien is het aannemelijk dat in de gevallen waar geen gespecialiseerd verpleegkundige wordt ingezet, vergelijkbare zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts; die kosten zijn dan aangevoerd onder de kosten voor huisartsenzorg. Om die reden heeft de NZa besloten om de in het onderzoek opgevoerde kosten van verpleegkundige zorg ook mee te nemen bij de tariefbepaling. Eventuele inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige is daarmee ook onderdeel van de prestatie en het tarief van de DM2-keten.

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



### 9.3 Specifieke inhoud tarief

Het maximumtarief voor de prestaties biedt een vergoeding voor:

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

#### Organisatie

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

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

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

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

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

#### Huisartsenzorg

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

- Bij DM2: alle kosten van diabetesteststrips, spleetlamponderzoek door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts, instellen op insuline en structurele diabetesbegeleiding; en tevens kosten voor consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de DM2-aandoening van de patiënt. Ook biedt het vergoeding voor het geheel aan huisartsenzorg aan HVZ-patiënten in de DM2-keten, inclusief alle kosten voor Dopplersonderzoek en 24-uursbloeddrukonderzoek; en tevens kosten voor ECG maken, ECG-diagnostiek en consulten en visites en dergelijke die samenhangen met de HVZ-aandoening van de patiënt.

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

#### Diëtetiek

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

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

#### Niet inbegrepen

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

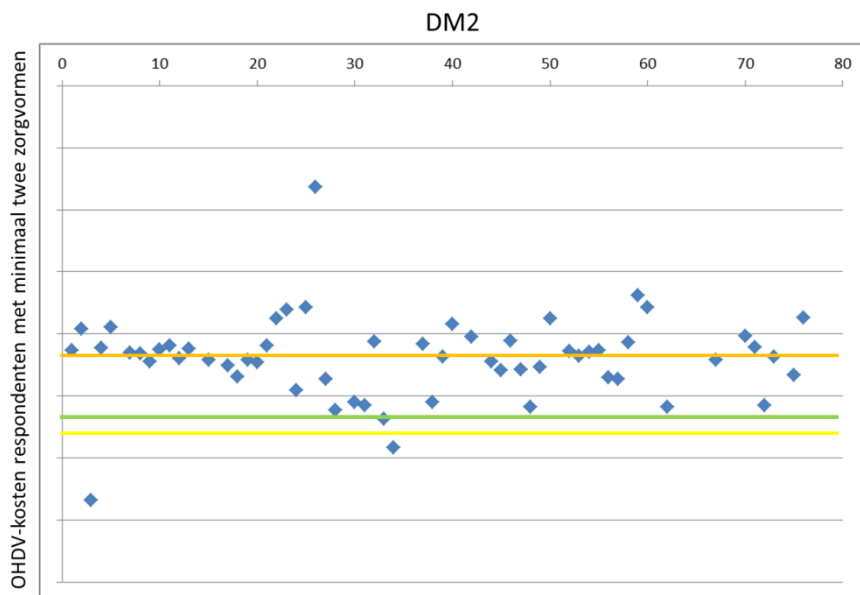
#### *9.4 Methode tariefbepaling*

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

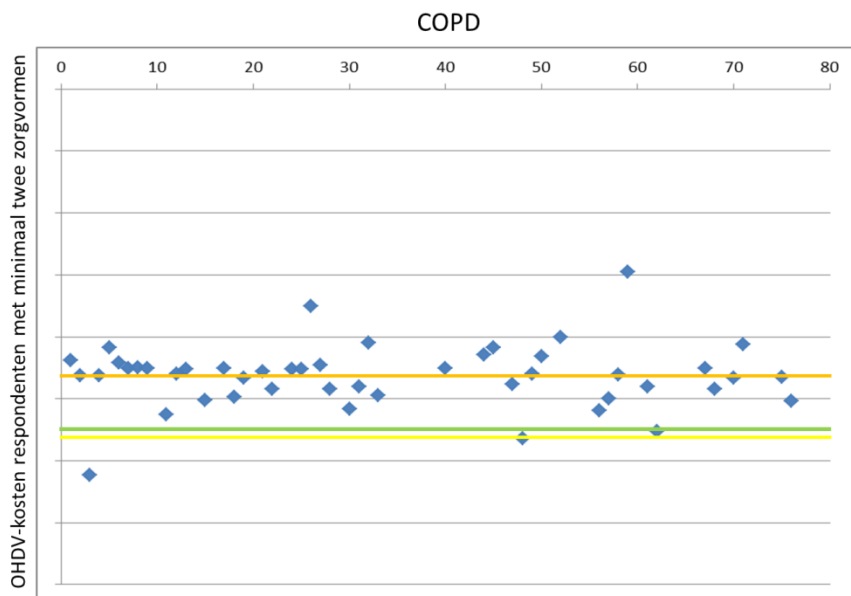
- Van alle respondenten (zorgaanbieders) met gevalideerde data eerst die respondenten te selecteren die in de betreffende keten minstens twee zorgvormen in het integrale tarief hebben opgenomen. Van deze respondenten de som van de kosten van organisatie, huisartsenzorg, diëtetiek en verpleging (OHDV-kosten)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

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

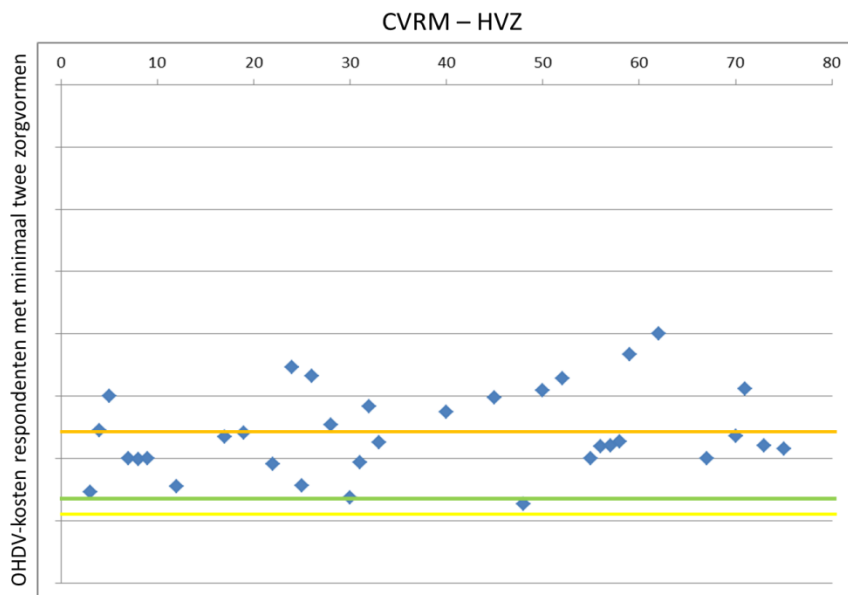
Figuur 9.1: OHDV-kosten DM2



Figuur 9.2: OHDV-kosten COPD



Figuur 9.3: OHDV-kosten CVRM-HVZ



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

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

### 9.5 Indexering

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

Tabel 9.1: Prijsontwikkeling 2015 – 2017

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

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde overeengekomen tarieven voor de drie ketens in de periode 2015-2017 niet of nauwelijks zijn gestegen. Dit is in lijn met de conclusies uit twee rapporten van NIVEL<sup>5</sup>. Om die reden past de NZa geen indexering toe op de maximumtarieven van prijspeil 2015 naar prijspeil 2018. Met ingang van 2019 worden de tarieven geïndexeerd met het vastgestelde prijspeil 2018 als uitgangspunt, waarbij aangesloten wordt bij de indexatiesystematiek zoals deze voor segment 1 wordt gehanteerd, op basis van een gewogen gemiddelde.

## 10. Herijking postcodelijst achterstandswijken

De NZa heeft in het kader van de tarieven en prestaties per 2019 en per 2023 de postcodelijst achterstandswijken herijkt. Het Nivel heeft in 2012 de herijking van genoemde postcodelijst uitgevoerd en daarover een [rapport](#) uitgebracht, waarin de methodiek uitvoerig is toegelicht. De NZa heeft bij

de uitvoering van de herijking nagenoeg dezelfde methodiek gevolgd. Er zijn enkele verschillen ten opzichte van de uitgevoerde herijking in 2012. In dit hoofdstuk worden deze nader toegelicht. Aanvullend geven we weer welke methodiek gehanteerd is voor de drie alternatieve scenario's.

### 10.1 Bronnen en kenmerken achterstandswijk

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

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

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

De standaardtabellen, aangevuld met de maatwerktabel, bevatten informatie over alle benodigde kenmerken op verschillende postcode niveau's en peilmomenten:

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

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

#### *Inhoudelijke wijzigingen per kenmerk*

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

##### *A. Kenmerk % niet actieven*

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

##### *B. Kenmerk % laag inkomen*

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

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

De definitie voor het kenmerk % inwoners met niet-westerse migratieachtergrond is ongewijzigd. Omdat de problematiek van deze groep

(mindere beheersing van de Nederlandse taal en verschillen in cultuur) overeenkomt met die van het kenmerk % Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond heeft de NZa ten behoeve van de herijking een gecombineerde parameter gemaakt van deze twee groepen.

### 10.2 Gebieden met een te laag aantal inwoners

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

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

### 10.3 Filter geïsoleerde achterstandswijken

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

### 10.4 Uitgangspunt postcodeniveau

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

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

### 10.5 Aanpak berekening index

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

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

Deze normalisatie van een kenmerk bestaat uit 3 stappen:

1. Door allereerst de natuurlijke logaritme te nemen van het kenmerk (X), verminderd de scheefheid van de verdeling en krijgt die meer de symmetrische vorm van de normale verdeling;

2. Vervolgens worden van die log-getransformeerde waarden voor kenmerk (X) het gemiddelde ( $\ln(X)$ ) en de standaard deviatie  $SD(\ln(X))$  berekend.
3. Door daarna van de individuele log-getransformeerde waarden van kenmerk X het in stap 2 t berekende gemiddelde af te trekken en vervolgens te delen door de in stap 2 berekende standaarddeviatie, transformeren de getallen naar de standaard normale verdeling.

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

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

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

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

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

#### 10.6 Aanpak sortering en berekening cumulatief aantal inwoners

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

#### 10.7 Afkappunt wel / niet opslag

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