

Verantwoordingsdocument
Toelichting op de
berekening van de
tarieven in het
eerstelijnsverblijf

oktober 2022

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Kostenonderzoek langdurige zorg	6
2.1 Achtergrond	6
2.2 Onderzoekspopulatie, betrouwbaarheid en representativiteit	6
2.3 Kostprijzen elv-prestaties	10
3. Onderzoek investeringsniveau langdurige zorg	13
3.1 Achtergrond	13
3.2 Belangrijkste bevindingen	13
4. Tariefherijking in cijfers	15
4.1 Achtergrond	15
4.2 Van kostprijs naar tarief	15
4.3 Herijking NHC en NIC	19

1. Inleiding

Voor u ligt het verantwoordingsdocument 'Toelichting op de berekening van de tarieven in het eerstelijnsverblijf'. In dit document licht de Nederlandse Zorgautoriteit toe op welke wijze de tarieven voor het eerstelijnsverblijf zijn herijkt. Deze tariefherijking is gebaseerd op de uitkomsten van i) het kostenonderzoek langdurige zorg dat uitgevoerd is door KPMG Advisory NV¹ en ii) het onderzoek naar de gevolgen van de gewijzigde wet- en regelgeving voor het investeringsniveau van nieuw- en verbouw in de langdurige zorg door TNO Innovation for life.²

Beleidsoverleggen

Over de in dit document gepresenteerde tariefberekening hebben diverse overleggen plaatsgevonden met partijen uit het veld.

Naar aanleiding van en tijdens deze overleggen hebben partijen verschillende voorstellen gedaan voor aanpassing van de uitgangspunten en/of de systematiek. De tariefherijking is ter consultatie voorgelegd aan de betrokken brancheorganisaties.

Relevante beleidsregels

De in dit document opgenomen tariefherijking betreft de eerstelijnsverblijfszorg zoals deze vastgelegd is in de Beleidsregel eerstelijnsverblijf.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit document staan enkele belangrijke resultaten van het kostenonderzoek langdurige zorg. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten van het onderzoek naar de gevolgen van de gewijzigde wet- en regelgeving voor het investeringsniveau van nieuw- en verbouw in de langdurige zorg. Hoofdstuk 4 bevat vervolgens de te hanteren beleidsuitgangspunten bij de tariefbepaling en de concrete vertaling daarvan naar de tarieven eerstelijnsverblijf.

¹ KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg, 24 januari 2018.

² KPMG, Addendum op rapportage Kostenonderzoek langdurige zorg, 3 mei 2018.

² TNO, Advies gevolgen aangepaste wet- en regelgeving voor het investeringsniveau van nieuw- en verbouw in de langdurige zorg, ggz en forensische zorg, 30 april 2018.

2. Kostenonderzoek langdurige zorg

2.1 Achtergrond

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2017 een kostenonderzoek langdurige zorg laten uitvoeren. Dit onderzoek komt voort uit de brief van (voormalig) staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om een onderzoek te doen naar de herijking van de tarieven van zorgzwaartepaketten (zzp's) in de langdurige zorg. De hoogte van de huidige zzp-tarieven is namelijk vastgesteld bij de invoering van de zzp-systematiek in 2009, en gebaseerd op data uit 2004. Sinds de invoering van de zzp-bekostiging is de praktijk van de zorg echter sterk veranderd. Niet alleen zijn de wettelijke kaders gewijzigd, maar ook de praktijk van de zorglevering zelf. Ook het eerstelijnsverblijf (elv) maakte onderdeel uit van dit onderzoek. De huidige productstructuur bestaat uit een drietal elv-prestaties: laagcomplex, hoogcomplex en palliatief terminale zorg (ptz). Deze prestaties kennen hun oorsprong in de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en zijn na een subsidieperiode van twee jaar met ingang van 2017 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebracht.³

Met de resultaten van het onderzoek is inzicht verkregen in de daadwerkelijke historische kosten in 2016 voor de drie elv-prestaties. De kosten zijn toegewezen aan de verschillende prestaties en de onderliggende componenten. Op basis hiervan zijn gemiddelde kostprijzen berekend.⁴ Met deze uitkomsten worden de elv-tarieven per 2019 herijkt. Hiermee zorgt de NZa ervoor dat de tarieven een meer actuele weergave zijn van de daadwerkelijke kosten die zorgaanbieders maken.

2.2 Onderzoekspopulatie, betrouwbaarheid en representativiteit

Alle zorgaanbieders die in 2016 langdurige zorg en/of elv leverden zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Uitgangspunt voor het bepalen van de onderzoekspopulatie was de Wet langdurige zorg (Wlz)-nacalculatiedata 2016. Aanbieders die geen Wlz-prestaties leverden maar wel elv-prestaties, zijn toegevoegd aan de onderzoekspopulatie. Een groot aantal zorgaanbieders, vanuit de verschillende sectoren en van een onderling verschillend karakter (onder andere grootte en stedelijkheid), heeft de benodigde data via een online omgeving aangeleverd. Aanbieders die door aantoonbare overmacht niet in staat waren om de gevraagde gegevens aan te leveren, hebben ontheffing verkregen. Om de validiteit van de gegevens te waarborgen zijn zowel bij het invullen van de templates als na aanlevering ervan checks uitgevoerd.

³ De huidige elv-tarieven kennen hierdoor hun onderbouwing uit de historie van de zzp-systematiek. Zo kent elv-laagcomplex dezelfde normen als zzp 3VV, elv-hoogcomplex dezelfde normen als zzp 6VV, en elv-ptz dezelfde normen als zzp 10VV (incl. behandeling en dagbesteding).

⁴ Onder kostprijzen (per prestatie) wordt een modelmatige toewijzing van de som van kosten (zowel direct als indirect) verstaan aan de geleverde prestaties.

De aangeleverde gegevens zijn vervolgens met berekeningen en analyses toegewezen aan de verschillende elv-prestaties. De kosten zijn aan de prestaties toegewezen met een ontwikkeld rekenmodel. Dit is afgestemd met een ingestelde klankbordgroep van zorgaanbieders en brancheorganisaties. Uitgangspunt voor het model zijn de kosten over 2016 zoals deze door de zorgaanbieders zijn aangeleverd. In dit model zijn die kosten eerst verdeeld naar personele en materiële kosten, en daarna verder naar Wlz, elv en overig. Vervolgens zijn de kosten verdeeld naar verschillende kostensoorten, zoals hotelmatige kosten en algemene kosten. Op basis van per kostensoort benoemde verdeelsleutels (omzet, aantal verblijfsdagen en aantal vervoersdagen) zijn tot slot de kosten toegewezen aan prestaties. De uitkomsten hiervan worden geduid als kostprijzen.⁵

Betrouwbaarheidsniveau

Het betrouwbaarheidsoordeel van de berekende kostprijzen is daarbij bepaald op basis van een drietal criteria:

1. steekproefgrootte;
2. verdeelsleutel bij het toerekenen van de kosten; en
3. mate van spreiding (variatiëcoëfficiënt).

Het eerste criterium waarop het betrouwbaarheidsoordeel van de berekende kostprijzen is bepaald is de minimale steekproefgrootte. De kostprijzen zijn uiteindelijk gebaseerd op 159 Wlz-instellingen die de prestaties elv-laagcomplex en elv-hoogcomplex hebben geleverd en 106 Wlz-instellingen die de prestatie elv-ptz leverden. Per prestatie is daarbij bepaald of voldaan is aan de minimale steekproefgrootte.⁶ Tabel 1(a en b) laat zien dat op zowel het aantal elv-aanbieders als het aantal elv-prestaties voldaan is aan de minimale vereiste steekproefgrootte.

Tabel 1a Populatie- en responsaantal elv-aanbieders, per elv-prestatie

Prestatie	Populatie ⁷	Respons	Minimale vereiste steekproefgrootte
elv-laagcomplex	295	159	71
elv-hoogcomplex	319	159	72
elv-ptz	170	106	60

⁵ De berekende kostprijzen zijn exclusief de kapitaallasten.

⁶ Er is rekening gehouden met een betrouwbaarheidsniveau van 95% voor het aantal ELV-aanbieders en van 99% voor het aantal ELV-prestaties. Aan de minimaal vereiste steekproefgrootte op basis van de prestaties zijn strengere eisen gesteld in verband met de veel hogere volumes.

⁷ Het populatieaantal elv-aanbieders is niet exact bekend. De NZa beschikt niet over een goede koppellijst voor de AGB-codes uit Vektis, met NZa-nummers of ander concernniveau. Het exacte populatie-aantal is daardoor niet vast te stellen. Ten behoeve van een schatting is gebruik gemaakt van een koppellijst van het CBS. Omdat echter niet alle AGB-codes uit Vektis hiermee te koppelen zijn, ligt het populatie-aantal hoger.

Tabel 1b Populatie- en responsaantal elv-prestaties, per elv-prestatie

Prestatie	Populatie	Respons	Minimale vereiste steekproefgrootte
elv-laagcomplex	301.669	191.952	653
elv-hoogcomplex	728.696	492.620	654
elv-ptz	158.406	105.778	652

Het tweede criterium voor het betrouwbaarheidsoordeel is de verdeelsleutel bij het toerekenen van de kosten. Voor het toerekenen van de kosten naar de verschillende elv-prestaties is gebruik gemaakt van verschillende verdeelsleutels per prestatie. De verdeelsleutels hebben vooral bij de toewijzing van de personeelskosten een groot effect op de uitkomst. Het aanmerken van de betrouwbaarheid van de verdeelsleutel is gebeurd op basis van de expert-judgement van KPMG Advisory NV (KPMG). Voor de gebruikte verdeelsleutel bij de elv-prestaties is het oordeel 'goed betrouwbaar' afgegeven.

Het derde en laatste criterium voor de betrouwbaarheid van de berekende kostprijzen is de mate van spreiding: de variatiecoëfficiënt. Voor elke kostprijs is een (gewogen) variatiecoëfficiënt berekend als relatieve spreidingsmaat, wat inhoudt dat de spreiding gemeten wordt ten opzichte van het gemiddelde. Hoe minder spreiding (lagere variatiecoëfficiënt) wordt waargenomen, hoe betrouwbaarder de uitkomst is. Een variatiecoëfficiënt van minder dan 0,3 betekent dat de kostprijs als goed betrouwbaar kan worden beschouwd. De (gewogen) variatiecoëfficiënten van 0,15 (elv-laagcomplex), 0,14 (elv-hoogcomplex) en 0,12 (elv-ptz) liggen bij alle drie elv-prestaties ruim binnen de gestelde marge.

Op basis van bovenstaande drie criteria zijn de berekende kostprijzen van de drie elv-prestaties laagcomplex, hoogcomplex en palliatief terminale zorg als goed betrouwbaar gekenschetst.

Representativiteitsniveau

Om op basis van de resultaten van de responsgroep uitspraken te kunnen doen over de populatie is het ook van belang vast te stellen dat de responsgroep in grote mate overeenkomt met de populatie (de representativiteit). In onderstaande figuur is allereerst een overzicht gegeven van alle elv-aanbieders die zijn meegenomen in de kostprijsberekening (respons). Deze zijn vervolgens geplot op de locatie waar zij gevestigd zijn. Uit de figuur kan worden opgemaakt dat de responsgroep van zorgaanbieders die eerstelijnsverblijf aanbieden gelijk verdeeld is over Nederland.

Figuur 1 Geografische spreiding van elv-aanbieders (responsgroep)



Bron: NZa.

Om de representativiteit van de responsgroep vervolgens vast te kunnen stellen zijn de verzamelde gegevens geanalyseerd op de verdeling van i) het aantal prestaties en ii) de gerealiseerde omzet/de gemeten kosten. Tabel 2 toont hiervan een overzicht. In 2016 is voor in totaal 27.786 elv-patiënten een bedrag van € 244 miljoen aan zorg gedeclareerd. Hiervan is een bedrag van € 40 miljoen toe te rekenen aan patiënten met een indicatie elv-laagcomplex (16%), € 156 miljoen aan patiënten met een indicatie elv-hoogcomplex (64%) en € 48 miljoen aan patiënten met een indicatie elv-ptz (20%). De totale kosten die door de responsgroep zijn opgevoerd en in de kostprijzen zijn verdisconteerd, zijn op een overeenkomstige wijze toebedeeld aan de onderscheiden elv-prestaties. Ook voor het totale aantal geleverde elv-prestaties geldt een min of meer zelfde procentuele verdeling tussen de populatie- en responsgroep, per onderscheiden elv-prestaties.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de responsgroep representatief is voor de populatie.

Tabel 2 Kengetallen populatie- en responsgroep, per elv-prestatie

	elv-laag complex	elv-hoog complex	elv-ptz	totaal
Prestaties				
populatie	301.669	728.696	158.406	1.188.771
	25,4%	61,3%	13,3%	100%
respons	191.952	492.620	105.778	790.350
	24,3%	62,3%	13,4%	100%
Omzet/Kosten				
populatie	€ 39.824.064	€ 155.856.025	€ 48.329.671	€ 244.009.760
	16,3%	63,9%	19,8%	100%
respons	€ 25.481.709	€ 103.578.049	€ 31.333.994	€ 160.393.752
	15,9%	64,6%	19,5%	100%

2.3 Kostprijzen elv-prestaties

De totale kosten voor het eerstelijnsverblijf bedroegen in 2016 voor de responsgroep € 160,4 miljoen. Deze kosten zijn toe te rekenen aan i) loon-, materiële - en kapitaalskosten en ii) aan de prestaties elv laagcomplex, hoogcomplex en palliatief terminale zorg. De resultaten hiervan worden in tabel 3 getoond. Uit de tabel blijkt dat meer dan 70% van de kosten loonkosten betreffen, 20% kan gerekend worden tot de materiële kosten en nog geen 10% tot de kapitaalskosten.

Tabel 3 Kosten elv-prestaties in € miljoenen, definitief niveau 2016

	loon	materieel	kapitaal	totaal
elv-laagcomplex	€ 17,7	€ 5,3	€ 2,5	€ 25,5
elv-hoogcomplex	€ 76,1	€ 20,2	€ 7,3	€ 103,6
elv-ptz	€ 23,4	€ 5,4	€ 2,5	€ 31,3
totaal	€ 117,2	€ 30,9	€ 12,3	€ 160,4

De kostprijzen op prestatieniveau zijn vervolgens berekend op basis van een gewogen gemiddelde van de in het onderzoek meegenomen templates van de aanbieders. Dat gewogen gemiddelde is berekend op basis van het aantal geleverde prestaties. Dit betekent dat iedere prestatie één keer meetelt. De kostprijs van een aanbieder met een hoge productie weegt hierdoor dus zwaarder mee dan de kostprijs van een aanbieder met een lage productie (zie tabel 4).

Tabel 4 Kostprijzen elv-prestaties, definitief niveau 2016

	loon	materieel	kapitaal	totaal
elv-laagcomplex	€ 91,97	€ 27,73	€ 13,05	€ 132,75
elv-hoogcomplex	€ 154,44	€ 40,96	€ 14,86	€ 210,26
elv-ptz	€ 221,40	€ 50,85	€ 23,98	€ 296,22

Op basis van de kostentoerekening is inzichtelijk te maken welk bedrag aan loonkosten in de kostprijs is opgenomen voor het verblijf (verplegend)personeel, het behandelend personeel en het overige personeel⁸ (zie tabel 5).

⁸ Tot het overig personeel wordt gerekend het zorgondersteunend (direct) personeel en het (indirect) personeel betrokken bij onder andere HR, financiën, ICT, facilitair, marketing en bestuur.

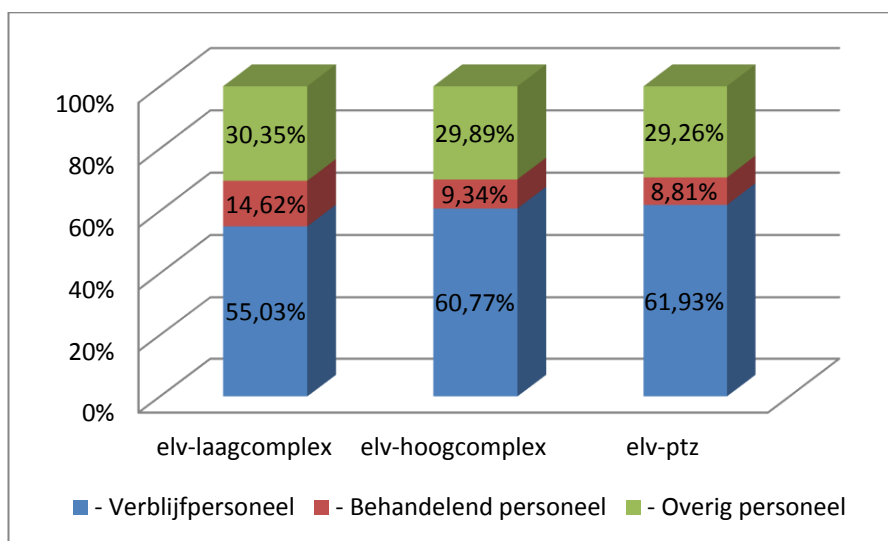
Uit de tabel blijkt dat de kostprijs voor het behandelend personeel varieert van € 13,44 voor prestatie elv-laagcomplex tot € 14,42 voor prestatie elv-hoogcomplex en € 19,50 voor prestatie elv-ptz.

Tabel 5 Kostprijs loonkosten elv-prestaties 2016, per type personeel

	verblijf	behandeling	overig	totaal
elv-laagcomplex	€ 50,61	€ 13,44	€ 27,91	€ 91,97
elv-hoogcomplex	€ 93,85	€ 14,42	€ 46,16	€ 154,44
elv-ptz	€ 137,11	€ 19,50	€ 64,79	€ 221,40

Tabel 5 laat ook zien dat de loonkosten voor het verblijfspersoneel voor iedere elv-prestatie het grootste aandeel in de kostprijs hebben. Echter, dit aandeel varieert sterk per elv-prestatie en is relatief gezien het grootst voor de prestatie elv-ptz (zie figuur 2). De loonkosten voor het behandelend personeel vormen daarentegen voor iedere elv-prestatie afzonderlijk de geringste bijdrage aan de kostprijs, maar is voor de prestatie elv-laagcomplex in relatieve zin substantieel hoger dan voor de prestaties elv-hoogcomplex en elv-ptz. De bijdrage van de loonkosten voor het overig personeel aan de kostprijs is naar verhouding voor alle drie elv-prestaties nagenoeg even groot (30%).

Figuur 2 Procentuele verdeling van de kostprijs loonkosten 2016, per type personeel



Bron: KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg.

Vooraf is daarbij als uitgangspunt genomen dat de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en de normatieve inventariscomponent (NIC) ofwel de kapitaalcomponent geen onderdeel uitmaakt van de tariefherijking. Onderhoud van de NHC en NIC gebeurt namelijk binnen een separaat proces van de NZa. Dit betekent dat met de resultaten van het kostenonderzoek langdurige zorg de herijking van de kostprijzen voor de drie elv-prestaties zich richt op i) de loonkosten en ii) de materiële kosten. De berekende loon- en materiële kostprijs op definitief niveau 2016 voor elv-laagcomplex komt hierdoor uit op € 119,70, voor elv-hoogcomplex op € 195,40 en voor elv-ptz op € 272,25 (zie tabel 6). Uit de tabel blijkt dat de loonkosten gemiddeld zo'n 79% van de totale kostprijs uitmaakt. Voor elv-laagcomplex is dat 77%, voor elv-laagcomplex 79% en voor elv-ptz 81% voor elv-ptz.

Tabel 6 Kostprijzen elv-prestaties, definitief niveau 2016

	loon	materieel	Totaal
elv-laagcomplex	€ 91,97	€ 27,73	€ 119,70
elv-hoogcomplex	€ 154,44	€ 40,96	€ 195,40
elv-ptz	€ 221,40	€ 50,85	€ 272,25

3. Onderzoek investeringsniveau langdurige zorg

3.1 Achtergrond

In 2012 heeft de NZa aan VWS een advies uitgebracht over het onderhoud van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de langdurige zorg.⁹ Eén van de in dit advies opgenomen uitgangspunten was dat de investeringsbedragen die ten grondslag liggen aan de NHC worden aangepast in geval van politieke besluitvorming over (veiligheids)voorschriften of eisen die gesteld worden vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De voorwaarde hierbij was dat deze aangepaste regels tot aanzienlijke kosten leiden waarin de (huidige) NHC-normen niet voorzien. Ruimte binnen het macrokader is hiervoor een randvoorwaarde.

De betrokken branchepartijen hebben aangegeven dat inmiddels sprake is van aanzienlijke meerkosten bij nieuwbouw door aangepaste wet- en regelgeving op het gebied van duurzaamheid en brandveiligheid. De huidige vergoeding voor de huisvesting in de vorm van de NHC zou daardoor niet langer toereikend zijn om investeringen in nieuwbouw in de langdurige zorg te dekken. De brancheorganisaties hebben de NZa dan ook verzocht de NHC aan deze wijzigingen aan te passen.

3.2 Belangrijkste bevindingen

Op basis van bovengenoemde uitgangspunten heeft TNO Innovation for life (TNO) in 2017 in opdracht van de NZa onderzoek gedaan naar de mogelijke effecten van de sinds de invoering van de NHC gewijzigde wet- en regelgeving op het gebied van duurzaamheid (energiebesparing) en brandveiligheid op het investeringsniveau dat ten grondslag ligt aan de huidige vaststelling van de NHC's in de langdurige zorg. Effecten van gestegen loon- en materiaalprijzen, renteaanpassingen of andere invloeden op het prijspeil werden niet meegenomen.

In het onderzoek zijn de relevante wijzigingen in de Nederlandse wet- en regelgeving (het Bouwbesluit), Europese wet- en regelgeving (EU directives) en eventuele lokale wet- en regelgeving in de afgelopen 10 jaar (2008-2018) beschouwd. Tevens is een doorkijk gegeven van op handen zijnde wijzigingen in wet- en regelgeving op deze gebieden in de nabije toekomst (2018-2020). Hierbij is zo veel als mogelijk onderscheid gemaakt tussen nieuwbouw en verbouw. Daarbij is ook aandacht besteed aan diverse terugverdien- en subsidiemogelijkheden van duurzaamheids- en energiebesparende maatregelen die er in de afgelopen 10 jaar zijn geweest. Tot slot is het effect van de wijzigingen in de wet- en regelgeving op het investeringsniveau van zorggebouwen bepaald.

De strengere eisen op Europees niveau op het gebied van de CO²-uitstoot hebben geleid tot extra kosten voor zorginstellingen, maar niet tot een verhoging van het investeringsniveau van zorggebouwen. Tevens oordeelt TNO dat er, in afwijking van de landelijke wet- en regelgeving, geen specifieke lokale regelgeving op het gebied van duurzaamheid en energiebesparing voor zorggebouwen is.

⁹ NZa, Advies NHC-onderhoud Langdurige intramurale zorg, 2012.

De benodigde investeringen leiden daarbij ook tot een besparing van het energieverbruik en daarmee tot lagere energiekosten. De extra kosten door de verhoging van de NHC zullen zich uiteindelijk vertalen in een lagere vergoeding voor de energiekosten. Door de onzekerheid over de toekomstige energieprijzen en het moment waarop de investeringen zullen plaatsvinden, is echter niet te voorspellen hoelang de terugverdientijd zal zijn.

TNO concludeert tot slot dat de wijzingen in de wet- en regelgeving (Bouwbesluit) ten aanzien van de brandveiligheid en het brandveilig gebruik van gebouwen per saldo geen direct effect hebben gehad op het investeringsniveau van zorggebouwen. Om die reden zijn er geen redenen om de investeringskosten die ten grondslag liggen aan de NHC te verhogen.

TNO komt op basis van haar bevindingen tot de conclusie dat de strengere eisen van het Bouwbesluit op het gebied van duurzaamheid geleid hebben tot hogere vastgoedinvesteringen door zorgaanbieders. Het effect op het investeringsniveau voor de gezondheidszorgfunctie wordt daarbij berekend op 6,5%. De NZa heeft bij de invoering van de NHC hiervan al 2,4% verwerkt. Het nettoresultaat voor de investeringen bedraagt daardoor 4,1%. Een doorrekening op basis van de rekenmodellen laat zien dat dit een verhoging van de NHC-bedragen van 3,5% met zich brengt.

4. Tariefherijking in cijfers

4.1 Achtergrond

De NZa stelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) prestaties met bijbehorende maximumtarieven vast. Het kostenonderzoek langdurige zorg is geïnitieerd om inzichtelijk te maken in hoeverre de huidige tarieven voor de zzp's en de prestaties elv nog representatief zijn in verhouding met de daadwerkelijk gemaakte praktijkkosten. Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale (praktijk)kosten moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Dit betekent dat het tarief wordt berekend op basis van de gemiddeld gemeten werkelijke kosten, met als uitzondering de normatieve aanpassingen ten aanzien van het (gederfd) rendement op het eigen vermogen¹⁰, de huisvestings- en inventariscomponent.

4.2 Van kostprijs naar tarief

Op de door KPMG berekende kostprijzen is een tweetal correcties doorgevoerd voor i) kosten voor geneesmiddelen en ii) harmonisering van de kostprijzen MPT/VPT met die van de wijkverpleging.

Kosten voor geneesmiddelen

In de Beleidsregel eerstelijnsverblijf is beschreven dat geneesmiddelen geen onderdeel vormen van de integrale elv-tarieven en apart in rekening dienen te worden gebracht. In de berekende kostprijs KPMG zitten echter nog de kosten voor geneesmiddelen die medisch noodzakelijk zijn (geweest) voor een patiënt tijdens zijn/haar verblijf in een eerstelijns verblijfssetting verdisconteerd. De materiële kostencomponent dient hiervoor dus geschoond te worden.

Uit de resultaten van het kostenonderzoek konden de kosten voor geneesmiddelen niet worden geoormerkt. Omdat de Vektis-declaratiegegevens 2017 bij de besluitvorming in 2018 nog niet beschikbaar waren, is als alternatieve berekeningsmethode gekozen de kosten voor geneesmiddelen gelijk te stellen aan de materiële kosten van de behandelaarscomponent, zijnde het verschil tussen de materiële kosten, inclusief behandeling/inclusief dagbesteding en de materiële kosten, exclusief behandeling/inclusief dagbesteding voor de prestaties zzp3VV, zzp6VV en zzp10VV. Door de veldpartijen werd echter terecht opgemerkt dat de totale materiële behandelaarskosten uit meerdere componenten bestaan, namelijk i) kosten voor geneesmiddelen en ii) overige cliëntgebonden kosten.¹¹ Een schoning van de totale materiële kosten van de behandelaarscomponent zou dan ook dus niet terecht zijn. Op basis van een inschatting vanuit ActiZ werd het percentage kosten voor geneesmiddelen voor alle drie afzonderlijke elv-prestaties bepaald op 46%. Dit betekende dat de kosten voor geneesmiddelen voor de prestatie elv-laagcomplex werden ingeschat op € 2,73 per dag, voor elv-hoogcomplex € 2,22 en voor elv-ptz € 0,40.

¹⁰ Bedrijfseconomisch geldt gederfd rendement op het eigen vermogen 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*. De NZa neemt om die reden een *normatieve* vergoeding op in de tarieven. Dit is in lijn met de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg.

¹¹ Te denken valt aan kosten voor verplaatsingshulpmiddelen, incontinentiemateriaal, medische gassen, toedienings- en afnamesystemen, catheters/sondes en overige medische verbruiksartikelen.

In 2019 heeft de NZa alsnog een analyse uitgevoerd op het volledig afgesloten boekjaar over de declaratiegegevens 2017 van zorgverzekeraars op het gebied van farmacie en eerstelijnsverblijf. Het koppelen van deze bestanden stelt ons in staat om het totaalbedrag aan geneesmiddelen per elv prestatie (per dag) in beeld te brengen. De analyse bestaat uit een aantal stappen die hieronder worden toegelicht.

Stap 1: selectie van unieke patiënten

Allereerst zijn alle unieke patiënten geselecteerd die in 2017 binnen het eerstelijnsverblijf zijn verbleven. Per unieke patiënt is inzicht gekregen in welke (combinatie van) elv-prestaties in rekening zijn gebracht. Vervolgens hebben we voor dezelfde unieke selectie van patiënten in beeld gebracht welke declaraties in 2017 in het kader van farmaceutische kosten in rekening zijn gebracht bij zorgverzekeraars.

Stap 2: schoning van terhandstellingen en hulpmiddelen binnen farmaceutische kosten

Omdat uitsluitend de kosten van geneesmiddelen buiten de tarieven van het eerstelijnsverblijf om gedeclareerd moeten worden, maken de kosten die verband met de terhandstelling en hulpmiddelen alsmede de kosten voor dieetpreparaten wel onderdeel uit van het tarief voor eerstelijnsverblijf. Onder dieetpreparaten worden drinkvoedingen, sondevoedingen en metabole preparaten geschaard. Ook de kosten van eiwit- en vetpreparaten maken onderdeel uit van het tarief voor eerstelijnsverblijf.

Toebehoren als infusievloeistof of wanneer een geneesmiddel reeds in een injectienaald is verpakt, maken geen onderdeel uit van het tarief voor eerstelijnsverblijf en moeten als declaratie binnen de farmaceutische zorg gedeclareerd worden.

Om de kosten voor terhandstellingen te schonen, maken we gebruik van codelijst van Vektis: 060 WMG-tariefcode.

Om te bepalen of er sprake is van een hulpmiddel hebben we gekeken naar de productgroep: elk artikel in de G-Standaard is ingedeeld (op basis van informatie afkomstig van de leverancier/fabrikant) in een productgroep. Artikelen in de volgende 13 productgroepen moeten beschouwd worden als medisch hulpmiddel:

DI	DIVERSE ARTIKELEN
IK	INCONTINENTIE ARTIKELEN
IN	INJECTIE ARTIKELEN
ST	STOMA ARTIKELEN (KUNSTMATIGE IN- OF UITGANG)
TR	TRACHEOSTOMA
VB	VERBANDMIDDELEN
CA	KATHETERS
UR	URINEZAK EN TOEBEHOREN
PE	PESSARIA
EC	EXTERNE KATHETER
TS	TESTMATERIAAL DIABETES
NK	THUISDIALYSE APPARATUUR EN VLOEISTOF
CO	COMPRESSIEHULPMIDDELEN

Stap 3: koppelen van geschoonde kosten voor geneesmiddelen aan declaraties eerstelijnsverblijf op patiëntniveau

De declaratiegegevens eerstelijnsverblijf en kosten voor geneesmiddelen zijn daarna op patiëntniveau aan elkaar gekoppeld. Bij elk record is aangegeven of de uitvoerdatum van een declaratie geneesmiddelen samenvalt en past in het tijdsinterval van de prestatie eerstelijnsverblijf.

Uiteindelijk zijn enkel de declaraties geneesmiddelen geselecteerd die in dezelfde periode vallen als de declaraties eerstelijnsverblijf.

Stap 4: het voor alle drie prestaties bepalen van totale kosten geneesmiddelen per declarabele eenheid

Na het verfijnen en selecteren van de juiste gegevens in de voorgaande drie stappen, is per prestatie eerstelijnsverblijf inzichtelijk gemaakt wat het totaal aan declaraties van geneesmiddelen bedraagt en hoe vaak de betreffende prestatie eerstelijnsverblijf in rekening is gebracht. Door het totaalbedrag aan kosten geneesmiddelen te delen door het productievolume van de betreffende prestatie eerstelijnsverblijf (het aantal prestaties), wordt het te schonen bedrag voor kosten geneesmiddelen per prestatie inzichtelijk (zie onderstaande tabel). Tenslotte is het te schonen bedrag per dag teruggebracht naar prijspeil 2016 (aangezien het kostenonderzoek Wlz over boekjaar 2016 is uitgevoerd).

De belangrijkste kosten van geneesmiddelen binnen de prestaties elv-laagcomplex en elv-hoogcomplex komen uit declaraties van middelen die het ontstaan van bloedstolsels voorkomen (FRAXIPARINE en PRADAXA) en pijnbestrijdingsmiddelen (ABSTRAL SUBLINGUAAL). Binnen de prestatie elv-palliatief terminale zorg gaat het om morfine en middelen om iemand kunstmatig in slaap te houden (MIDAZOLAM).

Tabel 7 Kosten geneesmiddelen per dag, definitief niveau 2016

Prestatie	Aantal prestaties	Declaraties geneesmiddelen	Bedrag per dag (prijspeil 2017)	Bedrag per dag (prijspeil 2016)
elv-laagcomplex	375.271	€ 1.210.163	€ 3,22	€ 3,17
elv-hoogcomplex	770.624	€ 2.566.462	€ 3,33	€ 3,27
elv-ptz	159.821	€ 799.524	€ 5,00	€ 4,91

Harmonisatie kostprijs MPT/VPT - Wijkverpleging

In het kostenonderzoek langdurige zorg zijn de kosten voor verpleging thuis (MPT/VPT) onderzocht. In 2017 is echter ook een kostenonderzoek wijkverpleging onder de Zvw uitgevoerd. De tarieven van wijkverpleging zijn bij de overheveling naar de Zvw overgenomen uit de (destijds) AWBZ. Idealiter zouden uit beide kostenonderzoeken dus min of meer gelijke kostprijzen moeten komen. Dat bleek niet het geval te zijn. Omdat de methodiek van het kostenonderzoek van de wijkverpleging het beste aansluit bij de praktijk, is ervoor gekozen om de kostprijzen van de verpleging thuis onder de Wlz ook aan te laten sluiten bij de kostprijzen zoals die voor de wijkverpleging onder de Zvw worden bepaald. Deze kostprijzen zijn lager dan die vanuit het Wlz-kostenonderzoek zijn bepaald. Omdat in het kostenonderzoek langdurige zorg de kosten zijn verdeeld over alle kostenplaatsen, en nu dus een post naar beneden wordt bijgesteld, betekent dat dat een deel van de kosten vrijvalt en opnieuw over de resterende kostenplaatsen is verdeeld. Het eerstelijnsverblijf is één van die kostenplaatsen. Voor een toelichting op de berekeningswijze van de hoogte van deze kostentoerekening wordt verwezen naar het verantwoordingsdocument 'Prestaties en tarieven langdurige zorg – Fase 2: van kosten naar tarieven' behorende bij de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019.

Tabel 8 toont de hoogte van de overhevelingsbedragen van de loon- en materiële kosten voor de drie onderscheiden elv-prestaties. De extra toegerekende kosten per dag komen voor de prestatie elv-laagcomplex uit op € 1,41, voor elv-hoogcomplex op € 2,35 en elv-ptz op € 3,31¹².

Tabel 8 Kostentoe rekening MPT/VPT per dag, definitief niveau 2016

Prestatie	Loonkosten	Materiële kosten	Totaal
elv-laagcomplex	€ 1,29	€ 0,12	€ 1,41
elv-hoogcomplex	€ 2,17	€ 0,17	€ 2,34
elv-ptz	€ 3,10	€ 0,21	€ 3,31

De tarieven voor de prestaties elv-laagcomplex, elv-hoogcomplex en elv-ptz zijn gebaseerd op de volgende drie tariefonderdelen:

- De loon- en materiële kostencomponent (LMC);
- De (normatieve) huisvestingscomponent (NHC);
- De (normatieve) inventariscomponent (NIC).

Tabel 9 laat voor de drie elv-prestaties het herijkte tarief op definitief niveau 2016 zien. In de opbouw van het tarief is tevens een element voor de vergoeding van het gedeerde rendement op het eigen vermogen toegevoegd.

Tabel 9 Herijkte tarieven elv-prestaties, definitief niveau 2016

Prestatie	LMC ¹³	NHC	NIC	Totaal
elv-laagcomplex	€ 119,32	€ 29,99	€ 2,43	€ 151,73
elv-hoogcomplex	€ 196,74	€ 31,08	€ 3,68	€ 231,50
elv-ptz	€ 273,82	€ 32,95	€ 3,68	€ 310,45

Omdat de resultaten van het kostenonderzoek zien op het jaar 2016 moeten de resultaten vervolgens worden geïndexeerd om aan te sluiten bij het huidige prijspeil. Op grond van de in de beleidsregel beschreven indexatiewijze van de tarieven vindt jaarlijks een trendmatige aanpassing plaats van de onderscheiden kostencomponenten, dat onderdeel vormt van de vaststelling van de hoogte van het tarief. Over de afgelopen jaren gelden de volgende indexatiepercentages (zie tabel 10).

Tabel 10 Indexatiepercentages over de jaren 2017-2022

	DEF2017	DEF2018	DEF2019	DEF2020	DEF2021	DEF2022
OVA (loon)	2,04%	2,96%	3,42%	3,28%	2,01%	4,42%
CEP (materieel, inventaris)	1,87%	1,55%	2,49%	1,97%	1,77%	9,25% ¹⁴

¹² Voor het eerstelijnsverblijf bedraagt de correctiefactor voor de loonkosten +1,4% en voor de materiële kosten +0,4%. Hiermee rekening houdend betekent dit als voorbeeld voor de prestatie ELV-laagcomplex:

- Loonkosten: 1,4% van € 17,7 miljoen (tabel 3) / 191.952 (tabel 2).
- materiële kosten: 0,4% van € 5,3 miljoen (tabel 3) / 191.952 (tabel 2).

¹³ De hoogte van de normatieve vergoeding voor het gedeerde rendement op het eigen vermogen bedraagt voor het eerstelijnsverblijf 1,17%. Het herijkte niveau van de loon- en materiële kostencomponent voor de prestaties elv-laagcomplex (€ 118,37), elv-hoogcomplex (€ 195,51) en elv-ptz (€ 275,17) is vermenigvuldigd met factor 1,0117.

¹⁴ Met de brief van 20 september 2022 (kenmerk 3434939-1035019-FEZ) heeft VWS de NZa opdracht gegeven om voor de definitieve tariefberekening 2022 incidenteel aan te sluiten op de ramingen uit de Macro Economische Verkenningen van het Centraal Planbureau. Dit geldt zowel voor de personele index als de materiële index.

NHC (huisvesting)	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%
------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

De toe te passen index op de loon- en materiële kostencomponent is daarbij een gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij in de huidige beleidsregel wordt uitgegaan van een aandeel van 75% loonkosten en 25% materiële kosten. Op basis van de uitkomsten uit het kostenonderzoek wijzigen echter deze verhoudingspercentages. In 2016 was het aandeel van de loonkosten namelijk gemiddeld 81% en dat van de materiële kosten 19% (zie tabel 11). Uit de tabel blijkt echter ook dat deze verhouding varieert tussen de drie elv-prestaties. Zo kent de prestatie elv-laagcomplex een verhoudingsgewijs lager percentage loonkosten dan elv-hoogcomplex of elv-ptz, maar juist een hoger percentage materiële kosten.

Tabel 11 Verhouding loon- en materiële kosten, per elv-prestatie

Prestatie	Loon	Materieel	Totaal
elv-laagcomplex	79,07%	20,93%	100%
elv-hoogcomplex	80,53%	19,47%	100%
elv-ptz	82,95%	17,05%	100%
totaal	80,78%	19,22%	100%

Rekening houdend met deze nieuwe verhoudingspercentages tussen de loon- en materiële kosten per elv-prestatie alsmede de jaarlijkse indexatiepercentages kunnen de tarieven voor de drie onderscheiden elv-prestaties op een zo gedetailleerd mogelijke wijze worden vastgesteld (zie tabel 12).

Tabel 12 Geïndexeerde elv-tarieven, definitief niveau 2022

Prestatie	LMC	NHC	NIC	Totaal
elv-laagcomplex	€ 142,82	€ 35,99	€ 2,92	€ 181,73
elv-hoogcomplex	€ 235,47	€ 37,30	€ 4,42	€ 277,20
elv-ptz	€ 327,67	€ 39,55	€ 4,42	€ 371,65

4.3 Herijking tariefonderdelen NHC en NIC

Bij de invoering van de nhc en nic in 2012 heeft de NZa een onderhoudsrapport gepubliceerd¹⁵. Dit NZa-advies is door VWS overgenomen bij brief van 28 februari 2012 (kenmerk DLZ/SFI-U-3105158). De hierin opgenomen uitgangspunten worden ook gevolgd voor het elv. Periodiek worden de ontwikkelingen in de kapitaalmarkt gemonitord. Bij overschrijding van een bandbreedte van 0,5% ten opzichte van het voortschrijdende gemiddelde van de referentierente kan de normatieve rente voor nhc en nic aangepast worden. Als referentierente wordt gebruikt de gemiddelde IRS (interest rate swap) voor 10-jaars leningen over de afgelopen 10 jaar. Daarnaast kan gewijzigde regelgeving als gevolg van politieke besluiten of IGJ-eisen aanleiding zijn voor aanpassing van de nhc en nic. Ruimte binnen het macrokader is hiervoor een randvoorwaarde.

Conform het onderhoudsrapport uit 2012 wordt het CPI periodiek gemonitord over een periode van 30 jaar. Ook hier geldt dat bij overschrijding van een bandbreedte van 0,5% ten opzichte van de bij de

¹⁵ Advies NHC-onderhoud Langdurige intramurale zorg, feb.2012; https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2899_22/1/

invoering van de nhc in 2012 gehanteerde, jaarlijkse index van 2,5% de index voor de nhc aangepast kan worden. Tot op heden (2022) is de bandbreedte van 0,5% niet overschreden en is de index 2,5% gebleven. Bij de vorige actualisatie in 2017 bedroeg de gemiddelde IRS 3,14% (periode 2005 – 2014). Op dit moment (2022) is de gemiddelde IRS voor 10-jaars leningen aanzienlijk lager en bedraagt deze 1,47% (periode 2010 – 2019). Met deze daling van -1,67% wordt de bandbreedte van 0,5% aanmerkelijk overschreden. Dit is de aanleiding om de actualiteit van de normrente te herijken.

In 2022 zijn de ontwikkelingen in de kapitaalmarkt door de NZa opnieuw gemonitord. Hierbij is dezelfde systematiek gehanteerd als voor de actualisatie in 2018, gebaseerd op het adviesrapport van Finance Ideas uit 2017¹⁶. De nhc is gebaseerd op normatieve investeringsbedragen. Investerings in zorgvastgoed worden gefinancierd met eigen vermogen en met vreemd vermogen. Bij bepaling van de huidige normrente binnen de nhc en nic is uitgegaan van de verhouding 30% eigen vermogen en 70% vreemd vermogen en van verschillende vergoedingen hiervoor. De rentevoet voor het vreemd vermogen wordt berekend op basis van de gemiddelde betaalde rente van afgesloten leningen van Wlz-instellingen over een langere periode. Op verzoek van VWS brengt het CBS jaarlijks een rapport uit waarin de leninggegevens van nagenoeg alle Wlz-zorginstellingen zijn opgenomen¹⁷. Dit betreft ook de ggz-zorginstellingen met verblijf zonder Wlz-financiering. Deze gegevens zijn afkomstig uit de individuele jaarrekeningen (DigiMV). De gemiddelde rente van afgesloten leningen met een looptijd vanaf 10 jaar over de periode 1995-2019 (25 jaar) bedraagt 3,30%.

De vergoeding voor het eigen vermogen wordt berekend met het Capital Asset Pricing Model (CAPM). Het CAPM legt een verband tussen verwacht rendement en risico.

CAPM = risicovrije deel (1) + marktrisicopremie (2), met aanpassing systematisch risico onderneming (3)

Het risicovrije deel wordt berekend door uit te gaan van de gemiddelde rente voor 10-jaars Nederlandse staatsleningen. Over de periode 2012 tot en met 2021 bedraagt deze +0,66%. De marktrisicopremie bedraagt 4,91% en de aanpassing voor het systematisch risico van de zorgsector (de equity bèta) bedraagt 1,03. De CAPM, als vereist rendement voor het eigen vermogen bedraagt hierdoor 5,72% (= 0,66% + (4,91%*1,03)). Voor een nadere beschrijving van deze systematiek zie het hierboven genoemde onderzoeksrapport van Finance Ideas uit 2017.

Om de normatieve rente voor de nhc en de nic te bepalen worden de vergoeding voor het vreemd vermogen en het vereist rendement voor het eigen vermogen gewogen volgens het WACC-model (Weighted Average Cost of Capital). Zoals hierboven aangegeven wordt uitgegaan van een verhouding van 30% eigen vermogen en 70% vreemd vermogen. De WACC, en daarmee de normatieve rente, bedraagt aldus 4,03% (= 3,30%*0,7 + 5,72%*0,3).

Deze nieuwe normatieve rente van 4,03% wordt verwerkt in de componenten nhc en nic van de betreffende beleidsregelwaarden. Dit leidt tot een verlaging van de nhc en nic met gemiddeld 7,26%

¹⁶ Onderzoeksrapport van NHC naar integraal 190517 (Finance Ideas), https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_13337_22/1/

¹⁷ Ontwikkelingen rente Wlz-zorginstellingen 1995-2019, CBS, 10-03-2021; <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2021/ontwikkelingen-rente-wlz-zorginstellingen-1995-2019>

respectievelijk 2,56%. De effectuering hiervan in de hoogte van de elv-tarieven zal pas per 2024 zijn.