

Kostenonderzoek paramedische zorg

Kostprijzen en betaalbaarheid van fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek

EINDRAPPORTAGE

Amsterdam, 12 maart 2020



Gupta Strategists

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Definities	9
Hoofdstuk 1 – Inleiding, achtergrond en leeswijzer	11
1.1. Kostenonderzoek opgebouwd uit vier onderdelen	11
1.2. Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 - Kosten en productiviteit in 2018.....	13
2.1. Kostprijs is opgebouwd uit personeels- en praktijkkosten en tijd per prestatie	13
2.2. Kostprijs in 2018 bepaald met representatieve steekproef per beroepsgroep	14
2.3. Gegevens zijn afkomstig uit vragenlijsten, jaarcijfers en declaratiegegevens	15
2.4. Gemiddelde kostprijs per gedeclareerd uur varieert van €58,6 tot €67,2	18
2.5. Personeelskosten tussen €40 en 50k per fte, behalve bij fysiotherapie	19
2.6. Bij praktijkkosten zijn huisvesting en overig personeel de grootste posten	22
2.7. Productiviteit varieert sterk binnen beroepsgroepen, ligt hoger bij fysiotherapie	23
2.8. Kostprijzen verschillen per individuele prestatie	28
2.9. Rapportage huidtherapie o.b.v. andere aanpak en klein aantal vragenlijsten	31
Hoofdstuk 3 – Normatieve benadering van kosten en productiviteit	35
3.1. Normatieve kostprijs hangt af van kosten per werkbaar uur en productiviteit	35
3.2. Normatieve personeelskosten sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande CAO's	37
3.3. Bij groot deel praktijken liggen huidige personeelskosten onder de norm	40
3.4. Normatieve praktijkkosten bottom-up opgebouwd per kostenpost	43
3.5. Normatieve productiviteit op basis van inschatting tijdsbesteding	45
Hoofdstuk 4 – Impact op premie en dekking.....	48
4.1. Binnen de paramedie heeft fysiotherapie de grootste impact op de zorgkosten	48
4.2. Verzekeraars zullen zorgkostenstijging grotendeels doorberekenen in premie	49
4.3. <i>Downgrading</i> van AV ziet men als grootste risico van een forse premiestijging	50
4.4. Bij een forse premiestijging in de AV kan de houdbaarheid in gevaar komen	51
4.5. Verzekeraars denken nu al na over alternatieven voor de huidige AV	52
Hoofdstuk 5 – Samenhang tussen kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid.....	53
5.1. Stapsgewijze aanpak met brainstorm, interviews en analyse van declaratiedata	55
5.2. Impact en haalbaarheid van maatregelen verschillen per beroepsgroep	57
Hoofdstuk 6 – Doorkijk naar een mogelijke toekomst	65
6.1. Andere bekostiging biedt oplossingsrichting voor huidige knelpunten	65
6.2. Paramedische zorg bij uitstek geschikt voor rol in <i>juiste zorg op de juiste plek</i>	68

Bijlagen.....	72
I. Begeleidingsgroep	72
II. Steekproef	72
III. Betrouwbaarheidsinterval en standaardfout per uitkomstmaat	77
IV. Validatie met declaratiegegevens Vektis.....	77
V. Normatieve bepaling ondernemersrisico	78
VI. Normatieve praktijkkosten	79
VII. Normatieve productiviteit	82
VIII. Toelichting impactanalyse onderdeel C.....	88
IX. Interviews <i>best practice</i> -praktijken.....	89
X. Maatregelen onderdeel C uit interviews met praktijken	90
XI. Vragenlijst.....	93

Samenvatting

In juni 2019 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt voor de paramedische zorg. Naast het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg, het versterken van de organisatiegraad en het bijdragen aan *de juiste zorg op de juiste plek* omvatten deze afspraken een gezamenlijk kostenonderzoek voor extramurale fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek. Dit onderzoek is in de periode september 2019 tot januari 2020 uitgevoerd door Gupta Strategists in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Stichting Keurmerk Fysiotherapie en het Paramedisch Platform Nederland¹.

Het kostenonderzoek biedt inzicht in kostprijzen en betaalbaarheid in basis- en aanvullende verzekering voor de afzonderlijke beroepsgroepen. Het is opgebouwd uit vier onderdelen:

- A. **Kostprijsonderzoek**, waarin op basis van vragenlijsten, jaarcijfers en declaratiegegevens van paramedische praktijken de kostprijs per prestatie in 2018 is onderzocht. Daarnaast is de kostprijs normatief benaderd door de personeelskosten, praktijkkosten en productiviteit *bottom-up* op te bouwen.
- B. **Onderzoek naar betaalbaarheid**, waarin we op basis van interviews met verzekeraars, declaratiegegevens en openbare bronnen de effecten van (mogelijke) toekomstige tariefstijging schetsen op premie, dekking en gedrag van verzekerden in de basisverzekering (BV) en de aanvullende verzekering (AV).
- C. **Samenhang tussen kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid**, waar beschreven is aan welke 'knoppen' op gebied van volume en kosten zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen draaien om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van paramedische zorg te garanderen.
- D. **Doorkijk naar een mogelijke toekomst**, waarin we een aantal vernieuwende bekostigingsvarianten en substitutiemogelijkheden schetsen die de toekomstbestendigheid van paramedische zorg kunnen vergroten.

Werkelijke kosten en productiviteit op basis van veldonderzoek

Om de werkelijke kostprijs per prestatie te bepalen is veldonderzoek gedaan onder de praktijken van de zes beroepsgroepen. Per beroepsgroep is een aselechte steekproef getrokken met zowel grote als kleine praktijken en met een evenwichtige geografische spreiding over Nederland. In totaal zijn in twee steekproefronden 1378 praktijken aangeschreven, waarvan 306 praktijken hebben deelgenomen. De respons is daarmee lager dan verwacht, maar op basis van deze aantallen is voor alle beroepsgroepen behalve huidtherapie² voor vrijwel alle uitkomstmaten een betrouwbare inschatting van het gemiddelde te maken. Het onderzoek is ook voldoende representatief: de geografische spreiding komt overeen met die in de steekproef en hoewel het aandeel 'éénpitters' dat heeft deelgenomen kleiner is dan in de steekproef, is het effect daarvan op de uitkomstmaten klein (binnen de bandbreedte van het betrouwbaarheidsinterval).

Uit de door praktijkhouders ingevulde vragenlijsten, jaarcijfers en declaratiegegevens over 2018 zijn de hoofdcomponenten van de kostprijs afgeleid. De kosten zijn daarbij geschoond voor kosten die niet gerelateerd zijn aan paramedische zittingen gefinancierd uit AV, BV of eigen betalingen. Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de gemiddelde kostprijs en de belangrijkste componenten daarvan.

¹ VWS en NPF zijn geen opdrachtgever van dit onderzoek, maar wel betrokken bij het bestuurlijk overleg. Zie ook Bijlage I.

² Voor huidtherapie hebben we te weinig (n=11) bruikbare vragenlijsten ontvangen om conclusies te kunnen trekken. De beschikbare resultaten presenteren we in de hoofdttekst, maar zijn niet in deze samenvatting opgenomen.

	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Kostprijs per prestatie [€]	€14,8 - 16,1	€14,6-16,1	€33,0 - 34,5	€32,7 - 34,5	€32,6 - 34,7
Tijd per prestatie [min]	15,0	15,0	29,7 - 31,2	29,0 - 31,0	33,3 - 35,7
Personeelskosten/gedeclareerd uur [€]	€42,7 - 49,5	€43,2 - 49,5	€45,6 - 48,9	€46,2 - 50,4	€36,6 - 43,1
Praktijkkosten/gedeclareerd uur [€]	€14,8 - 17,8	€13,6 - 16,8	€17,9 - 20,7	€17,1 - 21,3	€15,8 - 20,3
Productiviteit [%]	50,6 - 58,6%	44,6 - 51,1%	71,0 - 77,2%	43,8 - 50,5%	45,2 - 53,2%

Hoofddcomponenten van de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie (Bandbreedte o.b.v. 95%-betrouwbaarheids-interval rond gemiddelde). Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

De kostprijs per prestatie hangt af van de kosten per gedeclareerd uur en de duur van de prestatie. Voor diëtetiek en ergotherapie, die per 15 minuten declareren, komt de gemiddelde kostprijs op respectievelijk €15,5 en €15,4. Voor fysiotherapie, logopedie en oefentherapie, waar declaratie per zitting/prestatie plaatsvindt, ligt de kostprijs tussen de €33,6 en €33,8. Dit is de gemiddelde kostprijs gebaseerd op de kosten voor alle gedeclareerde prestaties en de per prestatie opgegeven gemiddelde prestatieduur.

De personeelskosten omvatten alle kosten die een praktijk maakt voor de behandelaren. Omdat slechts een klein deel van de praktijkhouders zichzelf loon uitkeert is het resultaat van de onderneming meegeteld als personeelskosten voor de praktijkhouder. Voor diëtetiek, ergotherapie en oefentherapie liggen de gemiddelde jaarlijkse personeelskosten tussen €40 en 50 duizend per fte. Bij fysiotherapie liggen zowel de kosten voor behandelaars in loondienst als praktijkhouders hoger en bij logopedie die voor behandelaars in loondienst lager.

De praktijkkosten vormen 25-30% van de totale kosten en zijn onderverdeeld in de volgende posten: huisvesting, overig personeel, ICT, beroepskosten, vervoerskosten, apparatuur en materiaal, kantoorkosten, PR en werving, financiële baten en lasten en algemene kosten. Huisvesting is voor alle onderzochte beroepsgroepen³ de grootste kostenpost.

Productiviteit heeft invloed op zowel de personeels- als de praktijkkosten per declarabel uur en varieert sterk tussen beroepsgroepen, van gemiddeld 47% bij logopedie tot gemiddeld 74% bij fysiotherapie. In de onderzoeksgroep correleert de productiviteit nauwelijks met praktijkgrootte, behalve bij diëtetiek: daar verklaart praktijkomvang 19% van de variantie in productiviteit. Bij ergotherapie en fysiotherapie is dat slechts 4-5% en bij logopedie en oefentherapie is er geen correlatie zichtbaar.

Normatieve benadering van kosten en productiviteit

De huidige of werkelijke kosten hangen nauw samen met de huidige tarieven en manier van werken. Daarom bouwen we per beroepsgroep *bottom-up* op wat passende personeels- en praktijkkosten zijn gegeven leeftijd en functieniveau en de eisen die aan praktijken gesteld worden vanuit verzekeraars, overheid en beroepsvereniging. Ook gaan we in op de vraag wat een op langere termijn haalbare productiviteit is per beroepsgroep. Dit is een normatieve benadering, gebaseerd op beschikbare relevante bronnen, logica en *expert opinion*. Het is ook normatief in de zin dat de benadering uit gaat van effectief gebruik van de gewerkte tijd, waaronder een goede bezetting van de agenda en optimale bedrijfsvoering. Deze norm is dan ook niet van de ene op de andere dag haalbaar voor alle praktijken voor alle beroepsgroepen en vergt mogelijk een structureel andere manier van werken en organiseren.

³ Dwz. diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en oefentherapie; zie voetnoot over huidtherapie op vorige pagina.

Bij het inschatten van de normatieve personeelskosten is onderscheid gemaakt in vier typen behandelaars: praktijkhouders met personeel, praktijkhouders zonder personeel, behandelaars in loondienst en ingehuurde derden. De basis voor alle behandelaars is telkens de aansluiting bij de beloning van paramedici in bestaande CAO's, rekening houdend met inschaling en leeftijdsopbouw per beroepsgroep. Voor praktijkhouders is dit aangevuld met een opslag voor premies, verzekeringen en ondernemersrisico. De werkelijke personeelskosten van de deelnemende praktijken voor behandelaars in loondienst zijn lager dan de normatief opgebouwde benchmark, alleen bij fysiotherapie komen de bedragen bij elkaar in de buurt (zie onderstaande tabel). Ook voor praktijkhouders geldt voor de meeste beroepsgroepen dat de werkelijke loonkosten aanzienlijk lager liggen dan de normatieve benchmark. Uitzondering hierop is de fysiotherapie.

Personeelskosten ['000 EUR per fte]	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Praktijkhouders – werkelijk	51	45	85	54	39
Praktijkhouders - normatief ¹	62	71	76	73	71
Behandelaars in loondienst – werkelijk	44	43	66	35	40
Behandelaars in loondienst – normatief	60	68	70	69	69

Vergelijking van personeelskosten van een voltijd aangestelde behandelaar, uitgesplitst naar praktijkhouder en behandelaar in loondienst. 1) Hierbij is rekening gehouden met de mix tussen praktijkhouders met en zonder personeel. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

De normatieve productiviteit is opgebouwd door per beroepsgroep de gemiddelde tijdsbesteding aan niet-patiëntgebonden tijd (bedrijfsvoering, deelname aan netwerken, kwaliteit en scholing) en indirect patiëntgebonden tijd (patiëntgebonden administratie buiten zittingstijd, overleg met derden en overige tijd) in te schatten. Met deze benadering wordt een normatieve productiviteit bereikt tussen de 60% voor logopedie en 66% voor fysiotherapie. Voor fysiotherapie ligt de huidige gemiddelde productiviteit exclusief overuren met 74% hoger dan die in de andere beroepsgroepen en ook hoger dan de normatieve inschatting. Voor de andere beroepsgroepen ligt de huidige productiviteit juist ruim onder de normatieve productiviteit. Neem je alle door de praktijken ingeschatte overuren mee, dan ligt de werkelijke productiviteit lager, van 40% bij de logopedie tot 64% bij de fysiotherapie. Het zal dan ook een forse opgave zijn voor de sector om de productiviteit te verhogen, waarbij voor bijvoorbeeld de ergotherapie ook een beoordeling nodig is van welke patiëntgebonden tijd declarabel is en welke niet.

	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Werkelijke productiviteit (excl. overuren)	55%	48%	74%	47%	49%
Werkelijke productiviteit (incl. overuren)	48%	42%	64%	40%	42%
Normatieve productiviteit	61%	62%	66%	60%	62%

Vergelijking van werkelijke en normatieve productiviteit. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

Per beroepsgroep is een vergelijking gemaakt tussen de huidige en de normatieve kostprijs in verschillende scenario's, waarbij we de kosten per werkbaar uur en de productiviteit variëren. Wanneer we uitgaan van de *normatieve* kosten per werkbaar uur bij de *huidige* productiviteit ligt het verschil met de huidige kostprijs tussen de 1% (fysiotherapie) en de +63% (oefentherapie). Wanneer we uitgaan van de *normatieve* productiviteit bij de *huidige* kosten per werkbaar uur ligt dat verschil tussen de -23% (ergotherapie) en de +11% (fysiotherapie). Als we uitgaan van zowel *normatieve* kosten per werkbaar uur als *normatieve* productiviteit komt het verschil uit tussen de +11% (diëtetiek) en +30% (oefentherapie).

Impact op premie en dekking

Een eventuele verandering in de tarieven voor paramedische zorg heeft direct effect op de zorgkosten in de BV en de AV. Het effect in de AV is het sterkst, omdat het aandeel paramedische

zorg hier veel groter is. In zowel BV als AV is de impact van fysiotherapie met respectievelijk 0,5 en 1 miljard aan zorgkosten het grootst. In de BV gaat het in totaal om ~2% van alle zorgkosten, maar in de AV is het aandeel paramedische zorg groot: 53% van de AV-kosten (exclusief mondzorg). Ongeveer 95% hiervan betreft fysiotherapie. Overigens kan in de AV het aandeel paramedische zorg, en daarmee het effect van een tariefverandering, sterk verschillen per aanvullend pakket.

Uit interviews met medewerkers van verzekeraars blijkt dat men tariefaanpassingen vrijwel volledig zal doorberekenen in de premie, omdat de verwachte acceptatie van een premiestijging hoger is dan van aanpassing van de dekking of het invoeren van een eigen bijdrage (in de AV). Bij een kleine premiestijging in AV en BV is het verwachte effect op verzekerden klein. Omdat een kostenstijging voor alle verzekeraars zal gelden schat men het overstaprisico als beperkt in.

Bij een forse premiestijging ligt dat anders. Zowel verzekeraars als DNB maken zich dan ook zorgen over de houdbaarheid van de AV: het resultaat op de AV is sinds 2010 gedaald en verzekerden gedragen zich steeds calculerender. Men vreest dat een forse premiestijging dit proces zal versnellen. Het belangrijkste risico daarbij is *downgrading*: verzekerden kiezen voor een kleiner aanvullend pakket dat beter bij hun zorggebruik past, of sluiten helemaal geen AV meer af. Hierdoor zal het resultaat op de AV verder dalen, gaat de premie van pakketten omhoog door het hogere aandeel claimers en neemt de toegankelijkheid voor verzekerden af. Los van de discussie over de kosten van paramedische zorg denken zorgverzekeraars al langer na over de vorm van de aanvullende verzekering op de lange termijn. Ideeën voor de toekomst liggen op hoofdlijnen op drie gebieden: terug naar het 'echte' risico-verzekeren, inzetten op preventie en zelfzorg en omvormen van de AV naar een abonnement of lidmaatschap.

Samenhang tussen kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid

Wanneer de verschillen tussen normatieve en huidige kostprijs 1-op-1 vertaald zouden worden in een stijging van tarieven of het vergoeden van tot dusver niet-declarabele zorg, groeien de zorgkosten (bij gelijkblijvende overige omstandigheden) in de basisverzekering met €95 mln (0,2%) en in de aanvullende verzekering met €132 mln (6,6%). Naast de werkelijke en normatieve kostprijs is daarom ook onderzocht wat de 'knoppen om aan te draaien' zijn om totaal volume of kosten te beperken en zo de betaalbaarheid en toegankelijkheid van paramedische zorg op de langere termijn te waarborgen. In dit onderdeel beperkt zich dat tot mogelijkheden om volume of kosten in de hand te houden, als een van de bouwstenen voor het bestuurlijk overleg. Het in de paramedische beroepsgroepen aanwezige potentieel voor substitutie en preventie is hier bewust van losgetrokken en komt aan de orde in onderdeel D, omdat daar veelal een wijziging in de aanspraak of wijze van bekostiging voor nodig is.

Na een eerste inventarisatie is van kansrijk geachte acties een grove inschatting gemaakt van financiële impact en haalbaarheid door analyse van beschikbare declaratiedata, interviews met *best practice* praktijken en discussie in de begeleidingsgroep. Voor alle genoemde maatregelen geldt dat zij nader onderzoek vragen, niet van de ene op de andere dag uitgevoerd kunnen worden en dat het tijd zal vergen om het maximale effect te bereiken.

Op basis van de verdeling van de kosten en het aantal zittingen per patiënt en een aantal aannames is voor elke maatregel een indicatieve inschatting gemaakt van de maximale financiële impact bij een hoog ambitieniveau. De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het **verminderen van administratieve lasten** kan voor alle beroepsgroepen behalve de fysiotherapie een forse besparing opleveren (10 tot 12% van de eigen totale zorgkosten). Dit vraagt om een wezenlijk andere manier van werken. Het verminderen van administratieve lasten is bovendien een belangrijke factor die bijdraagt aan een hogere productiviteit.

- De financiële impact van het **beperken van de aanspraak** op zware zorg is in potentie aanzienlijk (4 tot 12% van de zorgkosten per beroepsgroep). De haalbaarheid ervan schatten we echter laag in. Voor alle beroepsgroepen loont het wel om meer inzicht te verkrijgen in deze populatie: wie zijn deze patiënten, om welke diagnose(n) gaat het, begrijpen we het hoge zorggebruik, welke zorg gebruiken ze nog meer? Het inzicht daarin is op dit moment beperkt.
- Een **grotere inzet van e-health** kan een forse besparing opleveren, variërend van 4 mln (9%) bij diëtetiek tot 164 mln (11%) voor fysiotherapie in AV en BV gezamenlijk. Aandachtspunten hierbij zijn de verwachte toename van ICT/licentiekosten en de noodzaak om op een passende manier te vergoeden. Niettemin is het cruciaal om deze beweging in gang te zetten vanwege de meerwaarde voor bepaalde indicaties, voor *follow-up* en het stimuleren van zelfmanagement van patiënten.
- De impact van het inzetten van **groepszittingen** varieert tussen 2 mln (4%) voor de diëtetiek en 78 mln (5%) voor de fysiotherapie in AV en BV gezamenlijk. Aandachtspunten hierbij zijn de grootte van patiëntgroepen en de aard van de behandeling. Zo bestaan binnen de fysiotherapie grotere patiëntengroepen waardoor groepszittingen logistiek beter te organiseren zijn. Anderzijds zijn groepszittingen nauwelijks in te zetten voor ergotherapie en logopedie door de aard van de behandelingen.
- Voor fysio- en oefentherapie valt twee derde van de zorgkosten in de AV, wat meer mogelijke ‘knoppen om aan te draaien’ geeft: de invoering van een **eigen bijdrage, eigen risico of een no-claimkorting** met een mogelijke besparing van respectievelijk 5, 3 en 7%. Het is overigens niet logisch om deze maatregelen in combinatie uit te voeren, waardoor de impact ook niet op te tellen is. Hoewel deze maatregelen in principe uitvoerbaar zijn, beïnvloeden ze de dynamiek in de AV en kunnen ze van invloed zijn op de toegankelijkheid van zorg.

Daarnaast zijn er overkoepelende mogelijkheden tot kostenbeheersing, zoals plafondafspraken, stimuleren van het gebruik van start- en stopcriteria en het uitbouwen van de behandelindex. Voor alle maatregelen geldt dat ze een afweging vergen tussen de verwachte impact en de wenselijkheid als het gaat om toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en praktische uitvoerbaarheid.

Doorkijk naar een mogelijke toekomst: bekostigingsvarianten

Het huidige bekostigingssysteem voor paramedische zorg biedt weinig stimulans om het gewenste behandelresultaat in zo kort mogelijke tijd te bereiken. Ook bestaat er een drempel voor paramedische zorgverleners om door te verwijzen en zijn er geen prikkels ingebouwd voor preventie- of coördinatie-activiteiten. Aan de andere kant is het een eenvoudig systeem waarin duidelijk is voor welke zorgactiviteiten men betaalt, namelijk kwartieren zorg of zittingen. Mogelijke oplossingsrichtingen voor ongewenste prikkels in het huidige bekostigingssysteem zijn:

- **Betalen voor uitkomsten** in plaats van per zitting: hierdoor verdwijnt de prikkel om langer door te behandelen dan noodzakelijk en wordt de zorgverlener direct beloond voor het zo effectief en efficiënt mogelijk behandelen van de klacht. Dit kent praktische haken en ogen (hoe meet je dat en hoe voorkom je extra administratie) en kan uitnodigen om te sturen op een lichte *casemix*.
- **Abonnementssysteem:** zorgaanbieders ontvangen een vast bedrag per persoon per periode. Daardoor ontstaat een duidelijke prikkel voor innovatie en preventie, maar ook kans op onderbehandeling of risicoselectie. Een dergelijk systeem zou kunnen werken als de paramedicus een coördinerende rol krijgt voor beweegzorg in de eerste lijn voor de groep die nu veel zorg gebruikt. Een abonnementstarief of ‘pakketprijs’ voor deze patiënten geeft ruimte voor een gecombineerde aanpak met bijvoorbeeld een deel individuele zittingen, een deel groepsbehandeling en een deel online begeleiding.

- **Instellen van een eigen bijdrage:** dit stimuleert patiënten om met de paramedicus in gesprek te gaan over snelheid en resultaat van de behandeling. De prikkel om de vergoeding 'op' te maken verdwijnt hiermee. De haalbaarheid en wenselijkheid hiervan vergt nader onderzoek en een zorgvuldige afweging per beroepsgroep.
- **Betalen op basis van integrale behandelkosten:** kan de prikkel wegnemen om een patiënt zelf door te behandelen vanuit het eigen paramedische vak. Dit gebeurt al in de huidige keten-DBC's, waarin de positie van de paramedische disciplines echter nog verstevigd kan worden.

Daarnaast kunnen verzekeraars in alle bekostigingsvarianten meer inzetten op zorgsturing. Geïnterviewde praktijken zien in dit kader graag meer maatwerk, omdat er in de inkoop nu weinig ruimte is voor praktijken die willen investeren in kwaliteit en innovatie.

Rol van paramedische zorg in 'juiste zorg op de juiste plek'

Bij het toewerken naar *de juiste zorg op de juiste plek* staat het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg centraal. Binnen de paramedische beroepsgroepen zijn daartoe veel mogelijkheden. Verzilveren van dit potentieel vraagt invulling van een aantal voorwaarden: het verder onderbouwen van de meerwaarde, een grotere organisatiegraad van paramedici, het verder ontwikkelen van kwaliteitseisen en richtlijnen, een ondersteunende bekostigingsstructuur en een meer sturende rol van zorgverzekeraars.

Een interessante richting is het verregaand verplaatsen van (beweeg)zorg van de huisarts naar paramedici. Pilots in het buitenland zijn positief en ook in Nederland zijn er voorbeelden waarbij de fysiotherapeut onder verantwoordelijkheid van de huisarts werkt en vanuit zijn of haar specifieke expertise advies geeft bij klachten over het bewegingsapparaat. Hetzelfde is denkbaar voor andere paramedische disciplines.

Definities

AV, Aanvullende verzekering	De aanvullende verzekering vormt een vrijwillige aanvulling op de dekking van ziektekosten die op grond van de Zorgverzekeringswet verplichte basisverzekering biedt. Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen welke dekking zij willen bieden.
BV, Basisverzekering	De basisverzekering is een onderdeel van de zorgverzekering. In Nederland is iedereen verplicht een basisverzekering af te sluiten en is daarmee verzekerd tegen alle vormen van zorg die in het basispakket zijn vastgelegd.
Behandelaars	Al het personeel dat <i>prestaties</i> uitvoert. Er zijn drie soorten behandelaars: <i>praktijkhouders</i> , <i>behandelaars in loondienst</i> en <i>ingehuurde derden</i> (ook wel ZZP'ers). <i>Praktijkhouders</i> zijn altijd meegenomen als behandelaars, ook als zij geen <i>prestaties</i> uitvoeren.
Behandelaars in loondienst	Alle <i>behandelaars</i> die een arbeidsovereenkomst hebben bij de praktijk. Dit omvat ook behandelaars met een variabele beloningen, maar geen ingehuurde derden.
Declarabele tijd	Declarabele tijd (ook wel directe tijd) is de tijd die een <i>behandelaar</i> aan <i>prestaties</i> besteedt. We berekenen dit door per <i>prestatie</i> het aantal te vermenigvuldigen met de <i>prestatieduur</i> , waarna we de uren van alle <i>prestaties</i> bij elkaar optellen.
Indirecte tijd	Alle tijd die <i>behandelaars</i> besteden aan paramedische zorg anders dan <i>prestaties</i> . Hierbinnen zijn twee categorieën te onderscheiden: patiëntgebonden indirecte tijd (bijv. patiëntgebonden administratie buiten zittingen om) en niet-patiëntgebonden indirecte tijd (bijv. bedrijfsvoering).
Ingehuurde derden	Ingehuurde derden (of ZZP'ers), zijn <i>behandelaars</i> die niet in loondienst van een praktijk zijn, maar ingehuurd worden. Bij analyses waar tijdsbesteding een rol speelt, is deze groep buiten beschouwing gelaten. Dit is gedaan, omdat het voor praktijkhouders niet goed te bepalen is hoe de tijdsbesteding van ingehuurde derden er buiten de <i>zittingen</i> om uit ziet.
Kosten per gedeclareerd uur	Dit zijn de <i>praktijk- of personeelskosten</i> van een praktijk, gedeeld door de som van <i>declarabele tijd</i> in dezelfde praktijk.
Kosten per werkbaar uur	Dit zijn de <i>praktijk- of personeelskosten</i> van een praktijk, gedeeld door het gehele <i>urenvolume</i> in dezelfde praktijk.
Niet gewerkte tijd	Werkdagen (ma-vr) in het jaar, waarop niet wordt gewerkt door vakantie, ziekte of een feestdag.
Personeelskosten	Alle kosten die met beloning van behandelaars te maken hebben. Dit zijn ten eerste de kosten die voor praktijkhouders worden gemaakt. Dit is het bedrijfsresultaat en, in sommige gevallen, een andere vorm van verloning via de praktijk (bijvoorbeeld een vast maandsalaris). Daarnaast vallen hier de lonen, werkgeverslasten en andere kosten voor behandelaars in loondienst onder die de praktijk maakt. Ook de facturen die de praktijk aan ingehuurde derden betaalt zijn meegenomen als personeelskosten.
Praktijkhouder	De persoon of personen die eigenaar van de deelnemende praktijk is/zijn. Dit kan een persoon zijn bij een 'éénpitter', maar dit kunnen ook meerdere praktijkhouders zijn die zich in een maatschap hebben verenigd.

Praktijkkosten	Alle kosten die de praktijk maakt en geen <i>personeelskosten</i> zijn. Voorbeelden van praktijkkosten zijn: huisvestingskosten en kosten van niet-behandelend personeel (telefonisten, etc.).
Prestatie	Een prestatie is een activiteit uitgevoerd door een <i>behandelaar</i> , volgens de door de Nederlandse Zorgautoriteit gedefinieerde richtlijnen in de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen' van de betreffende beroepsgroep. Een prestatie heeft een prestatiecode en is te declareren bij de zorgverzekeraar. We kijken binnen het onderzoek alleen naar paramedische prestaties. Wanneer we het in dit onderzoek hebben over de kostprijs of de duur per prestatie bedoelen we de <u>gemiddelde</u> kostprijs en de <u>gemiddelde</u> prestatieduur voor alle gedeclareerde prestaties. Alleen in 2.8 kijken we naar de individuele prestaties (per code).
Prestatieduur	Het gemiddelde aantal minuten dat <i>behandelaars</i> standaard in de praktijkagenda reserveren voor elk van de <i>prestaties</i> . In het geval van losse toeslagen (diëtetiek en ergotherapie) is een inschatting van de gemiddelde reistijd gemaakt die hoort bij de toeslag.
Productiviteit	De verhouding beschreven door de breuk <i>declarabele tijd</i> per week gedeeld door de <i>werkweek</i> . Voorbeeld: 20 uur besteed aan <i>prestaties</i> gedeeld door een <i>werkweek</i> van 38 uur = 53% productiviteit. Let op: de noemer bevat een deel <i>niet gewerkte tijd</i> , maar geen <i>overuren</i> .
Productiviteit (incl.)	Gelijk aan <i>productiviteit</i> , maar afgezet tegen de <i>werkweek (incl.)</i> . De noemer bevat hierbij wel <i>overuren</i> .
Toeslag	Een compensatie voor extra tijdsbesteding en gemaakte reiskosten bij het behandelen op locatie (bijvoorbeeld thuis of in het verpleeghuis). Bij fysiotherapie, logopedie en oefentherapie zijn toeslagen in <i>prestaties</i> verwerkt waarin ook een <i>zitting</i> plaatsvindt. Diëtetiek en ergotherapie kennen aparte <i>prestatiecodes</i> voor toeslagen.
Urenvolume praktijk	Het totale aantal uren dat in een praktijk is gewerkt. Volgt uit de berekening: gemiddelde <i>werkweek</i> in de praktijk x 52 weken x fte <i>behandelaars</i> . Let op: in het urenvolume van de praktijk zit ook een gedeelte <i>niet gewerkte tijd</i> .
Urenvolume praktijk (incl.)	Gelijk aan <i>urenvolume praktijk</i> , maar inclusief <i>overuren</i> .
Vragenlijst	De Excelvragenlijst die gebruikt is om de onderzoeksdata op uniforme wijze bij deelnemende praktijken op te halen. De vragenlijst is opgestuurd met een gedetailleerde handleiding die toelicht hoe praktijkhouders deze in moeten vullen.
Werkweek	Het aantal uren dat een voltijd aangestelde (1 fte) <i>behandelaar</i> gemiddeld werkt in een week zonder ziekte, vakantie of feestdagen. Voor een <i>behandelaar in loondienst</i> zijn dit de contracturen (bijv. 38 uur). <i>Praktijkhouders</i> is gevraagd de gemiddelde werkweek voor zichzelf in te schatten.
Werkweek (incl.)	Gelijk aan <i>werkweek</i> , maar inclusief de onbetaalde overuren van <i>behandelaars in loondienst</i> en overuren die <i>praktijkhouders</i> maken bovenop de <i>werkweek</i> die zij hebben opgegeven.
Zitting	Een zitting is een <i>prestatie</i> waarbij de zorgverlener de patiënt <i>face-to-face</i> of telefonische adviseert, begeleidt, behandelt of onderzoekt gedurende een aaneengesloten periode. Onder onderzoek verstaan we ook anamnese, screening en intake.

Hoofdstuk 1 – Inleiding, achtergrond en leeswijzer

In juni 2019 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt voor de paramedische zorg. Naast het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg, het versterken van de organisatiegraad en het bijdragen aan *de juiste zorg op de juiste plek* omvatten deze afspraken de uitvoering van een gezamenlijk kostenonderzoek voor extramurale fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, huidtherapie, ergotherapie en diëtetiek. Het kostenonderzoek biedt inzicht in kostprijzen en betaalbaarheid (zowel basis- als aanvullende verzekering) voor de afzonderlijke beroepsgroepen⁴.

Aanleiding voor de discussie over de kostprijs van paramedische zorg is onder andere de NZa-monitor van april 2019, waarin vrijwel alle paramedische zorgverleners (95%) aangaven de huidige tarieven ontoereikend te vinden voor een gezonde bedrijfsvoering⁵. Bij gelijkblijvend aantal patiënten en aantal prestaties per patiënt zal een eventuele tariefsverhoging echter direct leiden tot hogere zorgkosten en daarmee de betaalbaarheid van de paramedische zorg onder druk zetten. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en beroepsgroepen voor die betaalbaarheid en toegankelijkheid maakt nadrukkelijk deel uit van de bestuurlijke afspraken.

Dit document beschrijft de uitkomsten van het kostenonderzoek, uitgevoerd door Gupta Strategists in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Stichting Keurmerk Fysiotherapie en het Paramedisch Platform Nederland⁶. Het onderzoek startte in september 2019 en is in januari 2020 afgerond. Een begeleidingsgroep bestaande uit een vertegenwoordiging van de bovengenoemde opdrachtgevers (zie Bijlage I) dacht kritisch mee bij de opzet en uitvoering van het onderzoek en bij het duiden van de resultaten.

Op deze plek willen wij de vele zorgverleners van harte bedanken die tijd en energie hebben gestoken in het aanleveren van de gevraagde gegevens en ons inzage hebben gegeven in hun praktijkvoering. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook de paramedici en medewerkers van verzekeraars die betrokken waren bij de ontwikkeling van de vragenlijst, geïnterviewd zijn of deelgenomen hebben aan een werksessie willen we hartelijk bedanken voor hun bijdrage.

1.1. Kostenonderzoek opgebouwd uit vier onderdelen

De hoofddoelstellingen van het onderzoek zijn 1) inzicht in reële kostprijzen van verschillende behandel eenheden voor de afzonderlijke paramedische beroepsgroepen en 2) inzicht in de (toekomstige) betaalbaarheid van paramedische zorg. Om deze doelstellingen te bereiken is het onderzoek in vier onderdelen verdeeld (Figuur 1):

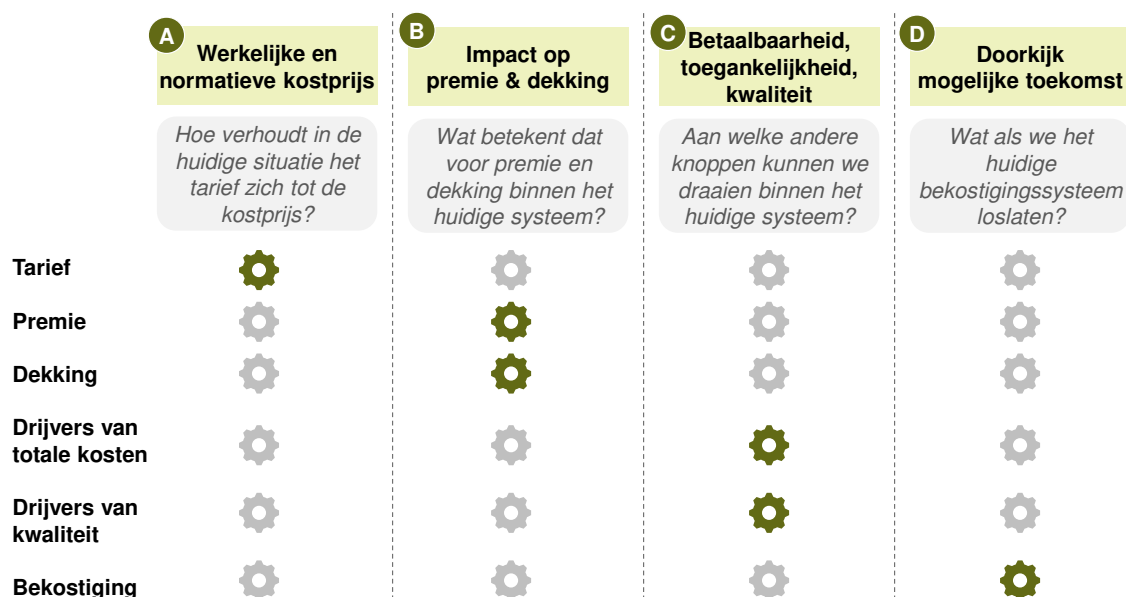
- A. **Kostprijsonderzoek**, dat leidt tot een bandbreedte van de kostprijs voor de prestaties van de verschillende beroepsgroepen, binnen de basisverzekering (BV) en aanvullende verzekering (AV). Op basis van vragenlijsten, jaarcijfers en declaratiegegevens van in totaal 306 paramedische praktijken is de kostprijs per prestatie in 2018 onderzocht. Daarnaast is de kostprijs normatief benaderd door de elementen waaruit deze is opgebouwd (personeelskosten, praktijkkosten en productiviteit) *bottom-up* in te schatten op basis van o.a. relevante CAO's, offertes, interviews en openbare databronnen.
- B. **Onderzoek naar betaalbaarheid**, dat op basis van interviews met verzekeraars, declaratiegegevens en openbare bronnen de effecten van (mogelijke) toekomstige tariefstijging schetst op premie, dekking en gedrag van verzekerden in BV en AV.

⁴ Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 (20 juni 2019)

⁵ Monitor paramedische zorg, april 2019

⁶ NPF en VWS zijn geen opdrachtgever van dit onderzoek, maar wel betrokken bij het bestuurlijk overleg. Zie ook Bijlage I.

- C. **Samenhang tussen kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid**, waar beschreven is aan welke ‘knoppen’ zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen ‘draaien’ om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van paramedische zorg in de BV en AV te garanderen. Voor dit onderdeel is gebruik gemaakt van input uit brainstormsessies met verzekeraars en beroepsgroepen, analyse van declaratiegegevens, interviews met *best practice* praktijken en openbare bronnen.
- D. **Doorkijk naar een mogelijke toekomst**, waarin we op basis van literatuuronderzoek, eerdere projectervaring en de in dit project gevoerde interviews en discussies een aantal vernieuwende bekostigingsvarianten en substitutiemogelijkheden schetsen die de toekomstbestendigheid van paramedische zorg kunnen vergroten.



Figuur 1 - De vier onderdelen van het onderzoek richten zich op verschillende ‘draaiknoppen’. Groene draaiknop = focus van dit onderdeel; grijze draaiknop = geen focus van dit onderdeel.

1.2. Leeswijzer

De opbouw van dit document volgt de bovenstaande structuur: in hoofdstuk 2 gaan we in op de resultaten van het veldonderzoek bij 306 praktijken en beschrijven we de kosten en productiviteit in 2018. We rapporteren daarin per onderwerp, waarbij de resultaten voor elke beroepsgroep afzonderlijk weergegeven zijn. In hoofdstuk 3 volgt de normatieve benadering van personeelskosten, praktijkkosten en productiviteit. In beide hoofdstukken is de aanpak beknopt toegelicht om interpretatie van de resultaten mogelijk te maken. Verdiepende cijfers en een uitgebreidere toelichting op de methodiek zijn te vinden in de bijlagen.

Hoofdstuk 4 gaat in op de impact van een mogelijke tariefsverandering op premie en dekking, hoofdstuk 5 op de knoppen om aan te draaien binnen het huidige systeem en hoofdstuk 6 beschrijft toekomstscenario's voor de paramedische zorg.

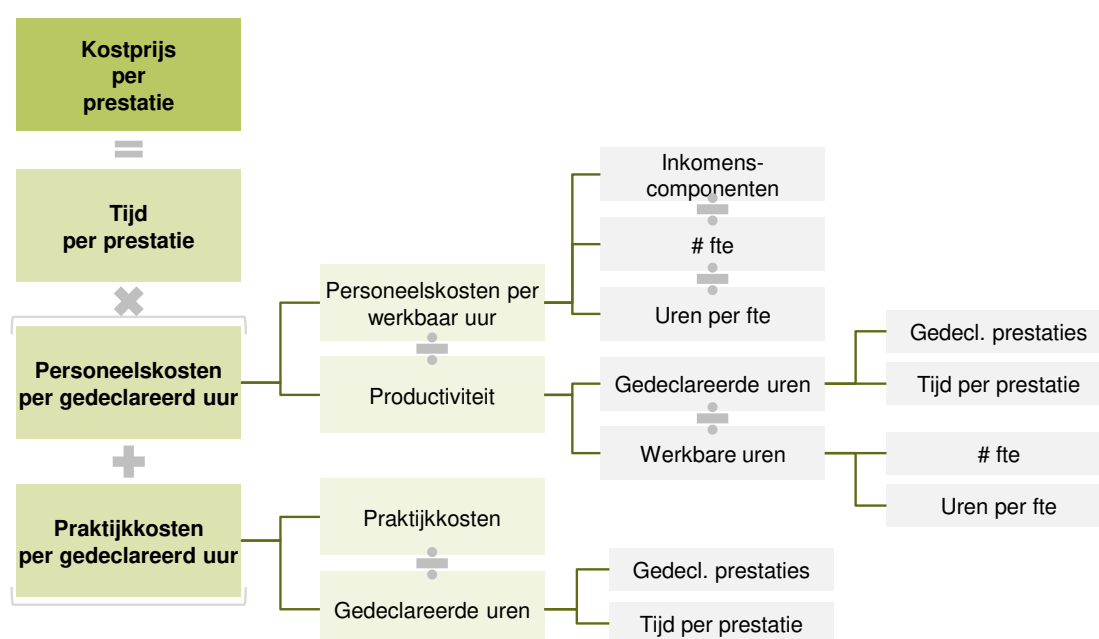
Hoofdstuk 2 - Kosten en productiviteit in 2018

Doel van onderdeel A van het kostenonderzoek is het bepalen van de reële kostprijs van de prestaties⁷ van de verschillende paramedische beroepsgroepen. Deze reële kostprijzen zijn gebaseerd op 1) de geobserveerde kostprijs op basis van gegevens over 2018 van 306 praktijken en 2) een normatieve inschatting van wat wenselijk is op basis van beschikbare benchmarks.

In dit hoofdstuk geven we eerst een beschrijving van de werkelijke kosten die in 2018 zijn gemaakt door de deelnemende praktijken. In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens in op een normatieve benadering van die kosten.

2.1. Kostprijs is opgebouwd uit personeels- en praktijkkosten en tijd per prestatie

De hoofdcomponenten van de kostprijs zijn de tijd per prestatie en de personeels- en praktijkkosten per gedeclareerd uur. Figuur 2 geeft weer hoe deze hoofdcomponenten zijn opgebouwd en hoe ze samenhangen met de productiviteit.



Figuur 2 - Kostprijs opgebouwd uit tijd per prestatie en personeels- en praktijkkosten per gedeclareerd uur.

Niet alle omzet en kosten in een paramedische praktijk zijn terug te voeren op prestaties die onder de basisverzekering (BV) of aanvullende verzekering (AV) vallen. Zo kan een deel van de omzet afkomstig zijn uit aanvullende bedrijfsactiviteiten (medische fitness, cosmetische zorg), andere segmenten van de Zvw (medisch specialistische revalidatie, ketenzorg) of een andere zorgwet (Wmo, Jeugdwet, Wlz). Het kostenonderzoek beperkt zich tot kosten voor paramedische prestaties gefinancierd uit BV, AV en eigen betalingen. Daarom verminderen we de praktijk- en personeelskosten met het percentage van de omzet die praktijken daarbuiten genereren. Hier ligt de aanname aan ten grondslag dat de kostenopbouw van de overige activiteiten gelijk is aan die van de paramedische prestaties. De onzekerheid die een dergelijke aanname met zich mee brengt vermindert naarmate een groter deel van de activiteiten in de praktijk onder paramedische prestaties valt. In dit onderzoek is dat aandeel voor alle beroepsgroepen behalve huidtherapie zeer hoog (zie paragraaf 2.3.3).

⁷ Met prestaties bedoelen we de eenheden waarin de betreffende beroepsgroepen declareren bij de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld per prestatie of per 15 minuten.

2.2. Kostprijs in 2018 bepaald met representatieve steekproef per beroepsgroep

Om de kostprijs in 2018 zo goed mogelijk in te schatten is veldonderzoek gedaan onder de praktijken van de zes beroepsgroepen. Hiervoor is per beroepsgroep een aselechte steekproef getrokken met zowel grote als kleine praktijken en met een evenwichtige geografische spreiding over Nederland.

Bijlage II geeft een uitgebreide beschrijving van de manier waarop de steekproef is getrokken. In totaal zijn in twee steekproefronden 1378 praktijken⁸ aangeschreven, waarvan uiteindelijk 306 praktijken hebben deelgenomen. In de eerste steekproef zijn 459 praktijken aangeschreven, vervolgens hebben nog 919 praktijken een oproep gehad.

2.2.1. Gerealiseerde en beoogde aantallen

Tabel 1 geeft een overzicht van aantallen en respons per beroepsgroep. De respons was fors lager dan zowel opdrachtgevers als onderzoekers vooraf verwacht hadden en was dan ook aanleiding voor een tweede steekproef om tot een substantieel aantal deelnemers per beroepsgroep te komen. Het uiteindelijke responspercentage varieert tussen de 39% bij ergotherapie en de 6% bij huidtherapie. Ondanks de tweede steekproef liggen de aantallen nog steeds lager dan het oorspronkelijk beoogde aantal van ~90 per beroepsgroep. Dit aantal was gebaseerd op een zeer conservatieve benadering: omdat er op voorhand nog veel onbekenden waren is uitgegaan van een grote spreiding in de uitkomstvariabelen en een omvang die zeker voldoende zou zijn voor zowel gemiddelden als proporties⁹.

Op basis van de huidige aantallen kunnen we echter op alle belangrijke uitkomsten (onder meer de kostprijs per prestatie, personeels- en praktijkkosten en productiviteit) voor alle beroepsgroepen behalve huidtherapie een betrouwbare inschatting van het gemiddelde geven. De grenzen van het 95% betrouwbaarheidsinterval¹⁰ liggen voor vrijwel alle uitkomsten tussen de -10% en +10% en de standaardfout¹¹ is kleiner dan 5% (zie Tabel 10 in bijlage III). De praktijkkosten per gedeclareerd uur vormen hier de uitzondering op. De grootste standaardfout is hierbij echter nog steeds maar 6% (oefentherapie).

	Die	Erg	Fys	Hui	Log	Oef
Praktijken in steekproef [aantal]	251	166	286	177	240	258
Deelnemende praktijken [aantal]	53	64	60	11	68	50
Respons [percentage]	21	39	21	6	28	19

Tabel 1 - Steekproefaantallen, deelnemende praktijken en respons per beroepsgroep. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Vektis declaratiedata 2018, Gupta Strategists.

2.2.2. Representativiteit

Voor een goed beeld van de werkelijke kosten streven we naar een goede afspiegeling van de praktijken zoals die in Nederland voorkomen. Bij het trekken van de steekproef is daarom rekening

⁸ Dit aantal is gecorrigeerd voor praktijken die geen declaraties indienden bij Vektis in 2018 en 2019. Zie toelichting in bijlage II.

⁹ Zie bijlage II voor de gehanteerde formules

¹⁰ Een 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft een onder- en bovengrens rond de schatting van het gemiddelde aan. We kunnen dan met 95% zekerheid zeggen dat het werkelijke gemiddelde zich binnen deze twee waarden bevindt.

¹¹ Het 95%- BI wordt berekend uit de standaardfout (standard error, SE) en is gelijk aan het gemiddelde $\pm 1,96 \cdot SE$, waarbij $SE = \text{standaarddeviatie} / \sqrt{n}$ (d.w.z. hoe groter de steekproef, des te kleiner is de standaardfout en des te nauwkeuriger de schatting).

gehouden met de geografische spreiding en de praktijkgrootte. In Bijlage II beschrijven we de hierbij gebruikte methode (gestratificeerde steekproef met aselekt begin) en vergelijken we de verdeling van beide kenmerken in de onderzoeksgroep met die in de oorspronkelijke steekproef.

Wat betreft geografische locatie zijn er ongeveer evenveel vragenlijsten per PC1-gebied ontvangen als verwacht op basis van de steekproef. Ook als we inzoomen per beroepsgroep komt de geografische spreiding goed overeen (zie Bijlage II). Op het kenmerk praktijkgrootte zien we wel een verschil: het aandeel 'éénpitters' ligt in alle beroepsgroepen lager in de deelnemende praktijken dan in de oorspronkelijke steekproef (zie figuur in Bijlage II). Om het effect daarvan te bepalen hebben we de uitkomsten per groottecategorie¹² gewogen met de percentages uit de oorspronkelijke steekproef. Het effect daarvan is voor alle uitkomstmaten klein en ruim binnen de grenzen van het 95%- betrouwbaarheidsinterval van de oorspronkelijke schatting. Het onderzoek is dan ook voldoende representatief.

2.3. Gegevens zijn afkomstig uit vragenlijsten, jaarcijfers en declaratiegegevens

De gegevens voor het bepalen van de kosten in 2018 zijn afkomstig van de door praktijkhouders ingevulde vragenlijst, de jaarcijfers van de praktijk en declaratiegegevens van Vektis.

Om de werkelijke kosten per beroepsgroep in kaart te brengen is het jaar 2018 als uitgangspunt genomen. Hier is voor gekozen omdat dit het meest recente jaar is waar declaratiegegevens van beschikbaar zijn en de meeste praktijken in het laatste kwartaal van 2019 over een jaarrekening van 2018 zouden moeten beschikken.

In de paragrafen hieronder gaan we in op de inhoud van de gebruikte vragenlijst, de validatie van de vragenlijstgegevens, de correctie voor de omzet uit paramedische prestaties en de validatie met declaratiegegevens uit Vektis.

2.3.1. Vragenlijst aan praktijkhouders

De volledige vragenlijst is te vinden in Bijlage XI. Conceptversies van de vragenlijst zijn getest bij in totaal 25 praktijken, 3 tot 5 per beroepsgroep¹³. Naar aanleiding daarvan zijn aanpassingen gedaan om de vragenlijst zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk, zoals de opbouw van de jaarrekening en de manier waarop gegevens uit de verschillende EPD's te halen zijn.

De inhoud van de vragenlijst is zoveel mogelijk gelijk gehouden voor alle beroepsgroepen en is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Algemeen deel: vragen over o.a. rechtsvorm, totale en aan paramedische zorg gerelateerde omzet, resultaat, aantal uren per fte en aantal overuren per week
- Kosten van behandelaars: alle personeelskosten¹⁴, aantallen en fte van praktijkhouders, behandelaars in loondienst en ingehuurde derden¹⁵
- Overige kosten: alle overige kosten die bij de praktijkvoering komen kijken, onderverdeeld in de posten huisvesting, overig personeel, apparatuur en materiaal, ICT, kantoorkosten, beroepskosten, vervoerskosten, PR & marketing, financiële baten en lasten, algemene en overige kosten

¹² De indeling in kleine, middelgrote en grote praktijken is per beroepsgroep gemaakt en is afhankelijk van de verdeling van praktijkgroottes binnen de beroepsgroep, zie ook Bijlage II.

¹³ Diëtetiek n=4, ergotherapie n=5, fysiotherapie n=5 praktijken, huidtherapie n=3 praktijken, logopedie n=3, oefentherapie n=5.

¹⁴ Inclusief werkgeverslasten en overige compensatie

¹⁵ De kosten van ondersteunend personeel (bijv. secretariaat medewerker, bedrijfsmanager, etc) vallen onder de praktijkkosten (onderdeel 'overige kosten')

- Tijd besteed aan prestaties: geregistreerd aantal per prestatiecode en de gemiddelde duur hiervan. Voor diëtetiek en ergotherapie is naar het aantal gedeclareerde minuten gevraagd en het aantal gedeclareerde toeslagen, inclusief de daarvoor benodigde gemiddelde tijdsduur.
- Overige tijd: informatie over ziekte en vakantie en invulling van de niet-declarabele uren, onderverdeeld in indirect patiëntgebonden tijd (administratie buiten zittingstijd, overleg met derden), niet-patiëntgebonden tijd (bedrijfsvoering, participeren in netwerken, voldoen aan kwaliteitseisen, bijscholing) en tijd niet gerelateerd aan paramedische zittingen.

Tijdens het testen bij de pilotpraktijken bleek dat de voor de andere beroepsgroepen gehanteerde opzet voor huidtherapie niet passend was. Belangrijkste redenen waren het relatief lage aandeel paramedische prestaties op de totale omzet en de uitgebreide vragenlijst, terwijl de relevantie voor huidtherapie zich toespitst op de prestaties oedeem- en littekentherapie. In afstemming met de NVH is daarom een alternatieve, meer beknopte vragenlijst specifiek voor huidtherapie opgesteld.

2.3.2. Validatie van de vragenlijstgegevens

Praktijkhouders konden de ingevulde vragenlijst via een beveiligde mailverbinding aanleveren. Naast het invullen van de vragenlijst moesten deelnemende praktijken hun jaarverslag of IB-aangifte¹⁶ over 2018 meesturen en toestemming geven voor het opvragen van hun declaratiegegevens over 2018 bij Vektis. De ingevulde gegevens in de vragenlijst zijn door Gupta Strategists gevalideerd met de meegestuurde jaarcijfers.

Praktijkhouders zijn op verschillende manieren ondersteund om de vragenlijst zo compleet en juist mogelijk aan te leveren:

- Duidelijke uitleg bij vragen met verschillende niveaus van detaillering, in de vorm van:
 - o Bondige toelichtingen in de vragenlijst
 - o Een uitgebreide handleiding
 - o Een online, doorlopend bijgewerkte, FAQ
- Ingebouwde controles in de vragenlijst, waardoor praktijkhouders een seintje krijgen als een waarde niet past bij andere ingevulde waarden of buiten een bepaalde range valt.
- Een aparte checklist om bij het indienen van de gegevens langs te lopen.
- De mogelijkheid om vragen te stellen per mail of een belafsprak te plannen.

De compleetheid en juistheid van de aangeleverde gegevens is vervolgens op verschillende manieren gevalideerd:

- Van elke aangeleverde vragenlijst is de aansluiting bij de meegestuurde jaarrekening of IB-aangifte gecontroleerd.
- Van elke aangeleverde vragenlijst is systematisch elk tabblad doorlopen op opvallende waarden, zoals hoge of juist zeer lage personeelskosten per fte of een laag aantal prestaties per week.
- In tussentijdse analyses op de verzamelde data zijn aanvullende controles gedaan op *outliers*, bijvoorbeeld een hoog ziekteverzuim.

Wanneer bovenstaande controles daar aanleiding voor gaven is contact opgenomen met de betreffende praktijk en zijn de opgegeven waarden in de vragenlijst zo nodig aangepast.

¹⁶ In het geval van eenmanszaken die geen jaarverslag opstellen.

2.3.3. Correctie voor omzet uit paramedische prestaties

Het kostenonderzoek is gericht op de paramedische zorg. We hebben praktijkhouders daarom gevraagd om aan te geven welk deel van hun omzet uit paramedische prestaties afkomstig is.¹⁷ Het aandeel paramedische zorg op de totale omzet is hoog: voor alle beroepsgroepen ligt de mediaan dichtbij 100% (Tabel 2).

Deel omzet uit paramedische prestaties	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Mediaan	98%	99%	98%	100%	99%
(Inter Quartile Range)	(87-100)	(92-100)	(94-100)	(96-100)	(90-100)

Tabel 2 – Mediaan aandeel omzet uit paramedische zittingen en Inter Quartile Range (afstand tussen 25^e en 75^e percentiel). Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

Dit hoge percentage is belangrijk, omdat het betekent dat we de kostenstructuur van de hele praktijk kunnen gebruiken als benadering voor de kostenstructuur van paramedische zorg. Dit is noodzakelijk omdat sommige gegevens, bijvoorbeeld personeelskosten, alleen bekend zijn voor de hele praktijk. Hoe hoger het percentage, hoe minder een andere kostenstructuur voor niet-paramedische zorg de totale kostenstructuur kan beïnvloeden.

Ter illustratie is hieronder de formule voor personeelskosten per gedeclareerd uur weergegeven. Gedeclareerde uren (onderkant formule) zijn 100% gerelateerd aan paramedische zorg, maar dit geldt niet voor personeelskosten (bovenkant formule). Deze personeelskosten zijn alleen bekend voor de gehele praktijk en bevatten dus ook niet-paramedische werkzaamheden. We corrigeren daarom voor het aandeel paramedische zorg.

$$\text{Personeelskosten per gedeclareerd uur} = \frac{\sum \text{personeelskosten} \times \% \text{ omzet paramedie}}{\sum \text{zittingen} \times \text{gem. zittingstijd}}$$

2.3.4. Validatie met declaratiegegevens uit Vektis

Voor elke deelnemende praktijk is het ingevulde aantal prestaties naast de aantallen uit de declaratiegegevens van Vektis over 2018 gelegd. Deze vergelijking is alleen mogelijk voor fysiotherapie, logopedie en oefentherapie, omdat de in Vektis gehanteerde eenheden voor de diëtetiek- en ergotherapie-declaraties niet uniform zijn: de aangeleverde aantallen kunnen eenheden van minuten, 5 minuten, kwartieren en uren, of een combinatie hiervan betreffen. Op basis van die informatie is voor deze beroepsgroepen dan ook niet te bepalen hoeveel minuten er zijn gedeclareerd. Hierdoor is de aansluiting tussen vragenlijsten en Vektis niet te maken.

Voor de andere beroepsgroepen komen de aantallen per praktijk op hoofdlijnen overeen, maar is wel een afwijking zichtbaar van gemiddeld +8% meer prestaties in de vragenlijst dan in de Vektisdata. Reden hiervoor is dat de praktijkhouders gevraagd zijn naar alle paramedische prestaties¹⁸ en de Vektisdata alleen de in AV of BV vergoede prestaties omvat. Deze afwijking zou impact kunnen hebben op 1) het aandeel paramedische prestaties op de totale omzet, 2) het aantal prestaties waarover we de gemaakte kosten verdelen om tot een kostprijs per prestatie te komen en daarmee op 3) de kostprijs per prestatie. In Bijlage IV laten we voor de beroepsgroepen waar vergelijking mogelijk is (fysiotherapie, logopedie en oefentherapie) zien wat de gemiddelde kostprijs zou zijn als de Vektisgegevens als basis waren genomen. Deze komt voor de ene beroepsgroep iets lager uit en voor de andere iets hoger, maar ligt in alle gevallen binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval van de oorspronkelijke schatting. Daarom is ervoor gekozen om voor alle

¹⁷ Hierbij is niet gevraagd om alleen de vergoede zorg uit AV en BV op te geven, omdat dit voor praktijkhouders een extra moeilijkheid vormt bij het verzamelen van de data en tot ruis in de data zou leiden.

¹⁸ Vergoed in AV, BV of eigen betalingen

beroepsgroepen de resultaten op basis van de door praktijkhouders ingevulde vragenlijsten te presenteren. In onze ervaring is het ook verstandig om zo mogelijk uit te gaan voor één bron voor de productie en de onderliggende kosten in plaats van twee bronnen.

2.4. Gemiddelde kostprijs per gedeclareerd uur varieert van €58,6 tot €67,2

Tabel 3 geeft een overzicht van de gemiddelde kostprijs per prestatie per beroepsgroep en de hoofdcomponenten waaruit deze is opgebouwd, op basis van de gemaakte kosten en uitgevoerde prestaties in 2018 van de deelnemende praktijken. In de volgende paragrafen gaan we telkens uit van de kostprijs van de 'gemiddelde prestatie', waarin de afzonderlijke prestaties meewegen naar rato van hun volume. Paragraaf 2.8 beschrijft de gemiddelde kostprijs voor de afzonderlijke prestaties.

De kostprijs per prestatie hangt af van de kostprijs per gedeclareerd uur en de duur van de prestatie. Voor diëtetiek en ergotherapie, die per 15 minuten declareren, komt de gemiddelde kostprijs op respectievelijk €15,5 en €15,4. Voor fysiotherapie, logopedie en oefentherapie, waar declaratie per prestatie plaatsvindt, ligt de gemiddelde kostprijs tussen de €33,6 en €33,8. De tijd die deze laatste drie beroepsgroepen gemiddeld per prestatie besteden verschilt echter wel: van 30 minuten bij logopedie tot 34,5 minuten bij oefentherapie. De verschillen tussen de beroepsgroepen in kostprijs per gedeclareerd uur zijn dan ook groter dan de verschillen per prestatie en liggen gemiddeld tussen de €58,6 voor oefentherapie en €67,2 voor logopedie¹⁹.

De duur van de prestatie verschilt overigens niet alleen tussen, maar ook binnen beroepsgroepen (zie Tabel 3). Naast vrije tarieven kennen fysiotherapie, logopedie en oefentherapie immers ook een variabele zittingsduur.

Wanneer we kijken naar de kostprijs per werkbaar uur zien we niet alleen een grote spreiding binnen beroepsgroepen, maar ook forse verschillen *tussen* beroepsgroepen (Tabel 3). De gemiddelde kostprijs in Tabel 3 ligt dichtbij de gemiddelde omzet per prestatie uit de Vektisdata 2018. Dat was ook te verwachten gezien de gekozen methode, waarbij resultaat van de onderneming meegenomen is als personeelskosten van de praktijkhouder - meer resultaat betekent een hoger inkomen en *vice versa*. In totaal sloot ~2% van de deelnemende praktijken 2018 af met een negatief resultaat.

Voor de vraag of de huidige tarieven passend zijn is de *opbouw* van de kostprijs per declarabel uur relevant. De onderzoeksgroep bestaat voor het grootste deel uit kleine en middelgrote praktijken die ieder voor zich hun afwegingen maken over personeels- en praktijkkosten en het nemen van winst of verlies. Zij hebben mogelijkheden om hun uitgaven aan te passen aan de inkomsten - zo is er bijvoorbeeld geen CAO voor medewerkers in loondienst in de eerstelijns paramedische zorg.

De personeelskosten per werkbaar uur liggen het hoogst bij fysiotherapie met €35,0 per uur en het laagst bij oefentherapie met €19,6 per uur. Er is echter een duidelijke link met de productiviteit: de personeelskosten in de fysiotherapie (en daarmee de inkomens) liggen gemiddeld hoger dan in de andere beroepsgroepen, maar ook de productiviteit ligt met 74% (exclusief overuren) aanmerkelijk hoger dan de 47-55% in de andere beroepsgroepen.

¹⁹ Tussen de gemiddelde kostprijs per gedeclareerd uur en de optelsom van personeels- en praktijkkosten per gedeclareerd uur zit een klein verschil. Dit komt doordat voor het eerste getal de kosten en declaraties van alle behandelaren meegenomen zijn, terwijl het voor personeels- en praktijkkosten alleen mogelijk was om kosten en declaraties van praktijkhouders en behandelaars in loondienst te gebruiken (dus geen informatie van ingehuurde derden).

In de volgende paragrafen kijken we in meer detail naar personeelskosten, praktijkkosten, gewerkte uren en productiviteit.

	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Kostprijs per prestatie [EUR]	€15,5 ± 2,5 (€14,8 - 16,1)	€15,4 ± 3,1 (€14,6 - 16,1)	€33,8 ± 2,9 (€33,0 - 34,5)	€33,6 ± 3,7 (€32,7 - 34,5)	€33,7 ± 3,9 (€32,6 - 34,7)
Tijd per prestatie [min]	15,0	15,0	30,5 ± 3,1 (29,7 - 31,2)	30,0 ± 4,3 (29,0 - 31,0)	34,5 ± 4,3 (33,3 - 35,7)
Kostprijs per gedecl. uur [EUR]	€61,9 ± 10,9 (€59,0 - €64,9)	€61,5 ± 11,3 (€58,7 - €64,2)	€66,5 ± 6,6 (€64,8 - €68,2)	€67,3 ± 11,8 (€64,5 - €70,1)	€58,5 ± 9,0 (€56,0 - €61,0)
Personeelskosten /gedecl. uur [EUR]	€46,1 ± 12,7 (€42,7 - 49,5)	€46,4 ± 13,0 (€43,2 - 49,5)	€47,2 ± 6,4 (€45,6 - 48,9)	€48,3 ± 8,9 (€46,2 - 50,4)	€39,9 ± 11,7 (€36,6 - 43,1)
Praktijkkosten /gedecl. uur [EUR]	€16,3 ± 5,6 (€14,8 - 17,8)	€15,2 ± 6,5 (€13,6 - 16,8)	€19,3 ± 5,6 (€17,9 - 20,7)	€19,2 ± 8,7 (€17,1 - 21,3)	€18,1 ± 8,2 (€15,8 - 20,3)
Personeelskosten /werkbaar uur [EUR]	€25,2 ± 8,3 (€23,0 - 27,4)	€22,2 ± 8,4 (€20,1 - 24,2)	€35,0 ± 7,3 (€33,2 - 36,8)	€22,8 ± 7,8 (€20,9 - 24,6)	€19,6 ± 7,5 (€17,5 - 21,7)
Praktijkkosten /werkbaar uur [EUR]	€9,1 ± 8,3 (€6,9 - 11,3)	€8,2 ± 8,4 (€6,1 - 10,2)	€14,6 ± 7,3 (€12,8 - 16,5)	€9,3 ± 7,8 (€7,4 - 11,1)	€9,4 ± 7,5 (€7,3 - 11,5)
Productiviteit [%]	54,6% ± 14,8 (50,6 - 58,6%)	47,8% ± 13,4 (44,6 - 51,1%)	74,1% ± 12,3 (71,0 - 77,2%)	47,1% ± 14,0 (43,8 - 50,5%)	49,2% ± 14,4 (45,2 - 53,2%)

Tabel 3 - Hoofdcomponenten van de gemiddelde kostprijs per prestatie, weergegeven als gewogen²⁰ gemiddelde ± standaardafwijking²¹ (95%-betrouwbaarheidsinterval). N.B. De standaardafwijking is de afstand om het gemiddelde waarbinnen ~70% van de uitkomsten valt. Omdat de praktijkkosten niet normaal maar scheef verdeeld zijn komt het gemiddelde minus de standaardafwijking bij ergotherapie onder de nul uit. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.5. Personeelskosten tussen €40 en 50k per fte, behalve bij fysiotherapie

Het grootste deel van de kostprijs per gedeclareerd uur bestaat uit personeelskosten, variërend van 69% bij oefentherapie tot 75% bij ergotherapie. De personeelskosten omvatten alle kosten die een praktijk maakt voor praktijkhouders, behandelaars in loondienst en ingehuurd behandelaars (zzp-ers). De kosten van ondersteunend personeel zijn onderdeel van de praktijkkosten.

We hebben in dit onderzoek te maken met een brede diversiteit aan praktijken, van 'éénpitters' tot praktijken met 25 medewerkers of meer. Slechts een klein deel van de praktijkhouders keert zichzelf loon uit – hun inkomen bestaat uit het resultaat van de onderneming. Het resultaat van de onderneming is in dit onderzoek dan ook meegeteld als personeelskosten voor de praktijkhouder.

In Figuur 3 zijn de gemiddelde personeelskosten (inclusief werkgeverslasten) weergegeven per beroepsgroep, omgerekend naar een voltijd aanstelling (fte)²² en opgesplitst in praktijkhouders en

²⁰ Uitkomsten per praktijk zijn gewogen met de relevante factor. Dit is de noemer in de breuk. Bijvoorbeeld: aantal prestaties als weegfactor bij gemiddelde tijd per prestatie en gedeclareerde uren bij kostprijs per gedeclareerd uur.

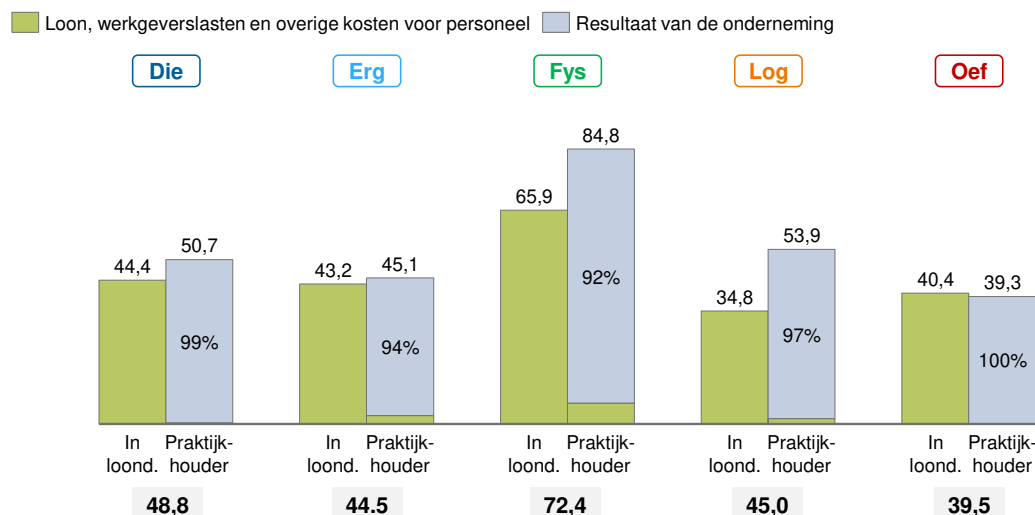
²¹ ~2/3^e van de datapunten in een dataset ligt binnen één standaardafwijking (min en plus) van het gemiddelde van de set. Onderliggende aanname daarbij is dat data normaal verdeeld zijn. De standaardafwijking kan echter ook gebruikt worden voor verdelingen die een normale verdeling benaderen.

²² Voor het aantal uur per fte is daarbij als uitgangspunt genomen wat de deelnemende praktijken als een voltijd werkweek beschouwen. Gemiddeld is dat 37,6 u/wk voor diëtetiek, 38,7 u/wk voor ergotherapie, 39,2 u/wk voor fysiotherapie, 38,5 u/wk voor logopedie en 38,2 u/wk voor oefentherapie.

behandelaars in loondienst. Voor de meeste beroepsgroepen liggen de gemiddelde jaarlijkse personeelskosten tussen €40 en 50 duizend per fte. Uitzondering hierop is fysiotherapie, waar de gemiddelde personeelskosten zo'n 1,5 keer hoger liggen.

Opbouw gemiddelde personeelskosten per behandelaar

[*000 EUR per 1.00 fte, onderste balkje geeft gemiddelde weer]

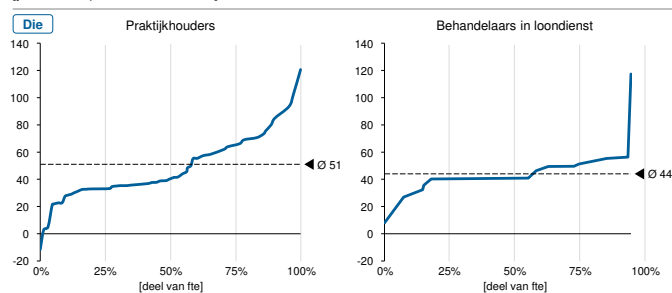


Figuur 3 – Gemiddelde personeelskosten per fte per beroepsgroep. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

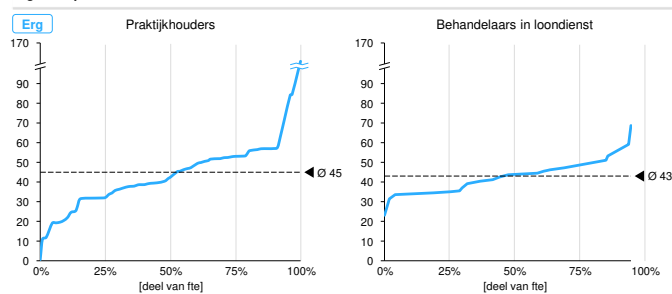
Om verder inzicht te krijgen in de opbouw van de personeelskosten bekijken we de onderliggende spreiding per beroepsgroep in Figuur 4. De figuur geeft per beroepsgroep de personeelskosten per voltijd behandelaar weer. Links staat telkens de verdeling voor praktijkhouders, rechts die voor behandelaars in loondienst. De x-as geeft het aandeel fte weer, dit loopt op tot 100% aan de rechterkant. De stippellijn geeft het gewogen gemiddelde voor de betreffende categorie en beroepsgroep. Fysiotherapie en logopedie hebben de meeste praktijken met behandelaars in loondienst. Bij deze beroepsgroepen is ook het verschil in personeelskosten tussen praktijkhouders en behandelaars in loondienst het grootst, gemiddeld ~€20 duizend per fte.

Wat voor alle beroepsgroepen opvalt is dat de spreiding in de beloning van praktijkhouders fors is. Het resultaat van de onderneming, en daarmee hun inkomen, zal voor individuele praktijken van jaar op jaar variëren afhankelijk van omzet, kosten en investeringen. Voor de vergelijking met de normatieve benadering in hoofdstuk 3 is dan ook vooral het gemiddelde van alle praktijkhouders over 2018 van belang.

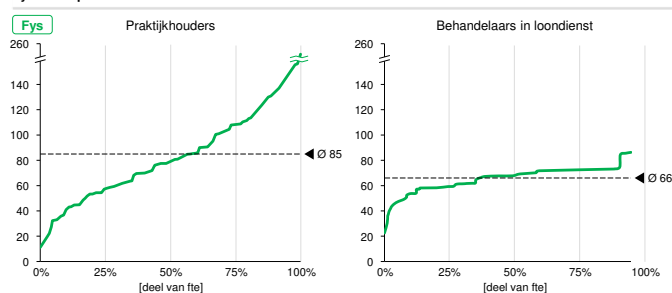
Spreiding personeelskosten per fte
[y: '000 EUR per fte, x: deel van fte]



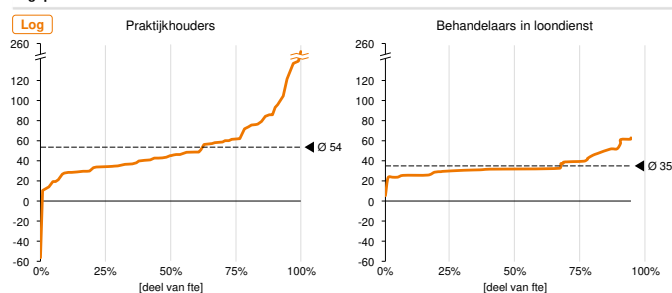
Ergotherapie



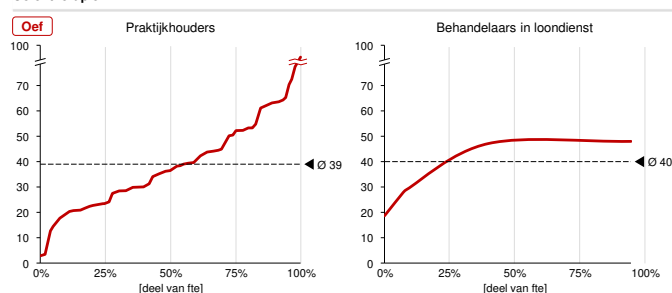
Fysiotherapie



Logopedie



Oefentherapie



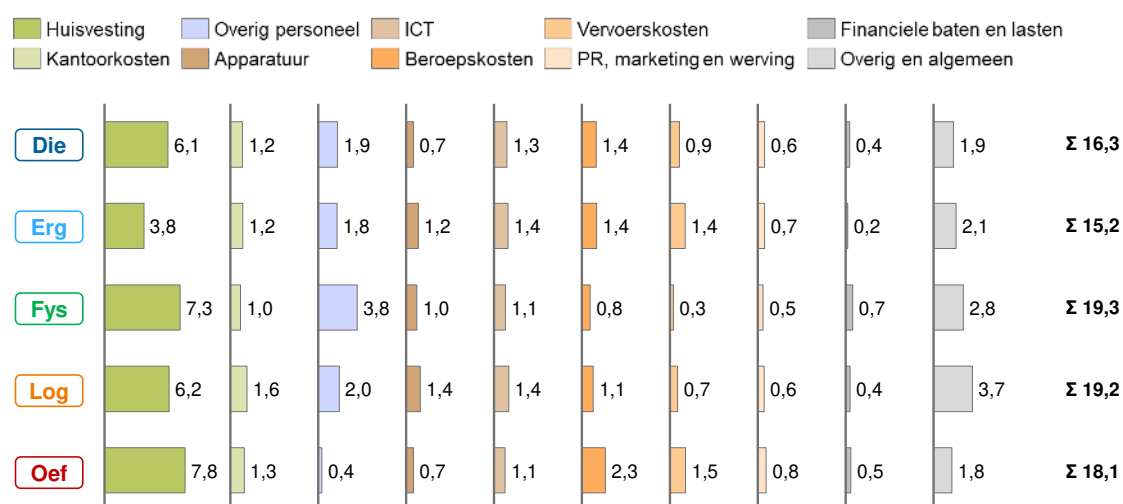
Figuur 4 – Spreiding per beroepsgroep van personeelskosten per voltijd behandelaar.

2.6. Bij praktijkkosten zijn huisvesting en overig personeel de grootste posten

Tabel 3 geeft de totale praktijkkosten per gedeclareerd en werkbaar uur per beroepsgroep, gecorrigeerd voor het aandeel paramedische prestaties. In Figuur 5 zijn deze verder uitgesplitst. De indeling is door de praktijkhouders zelf gemaakt op basis van hun jaarcijfers over 2018. Omdat de precieze indeling per jaarrekening kan verschillen, is hen gevraagd om de onder andere posten gemaakte kosten zo goed mogelijk toe te wijzen aan een van de vooraf gedefinieerde kostencategorieën (zie Bijlage XI). Belangrijk is dat alle kosten meegenomen zijn, ook incidentele kosten. Deze kosten zijn in een gegeven jaar weliswaar incidenteel voor een individuele praktijk, maar maken wel structureel onderdeel uit van de uitgaven van de praktijken als geheel. Daarmee behoren ze ook tot de kosten van een gemiddelde praktijk.

Huisvesting is voor alle hier weergegeven beroepsgroepen de grootste kostenpost. Voor fysiotherapie is daarnaast overig personeel een belangrijke post en voor oefentherapie de beroepskosten. De huisvestingskosten voor ergotherapie zijn relatief laag, omdat een groot deel van de werkzaamheden op locatie bij de patiënt plaatsvindt. Bij logopedie valt het hoge aandeel overige en algemene kosten op – kennelijk maken praktijken relatief veel kosten die niet onder een van de andere posten in te delen waren.

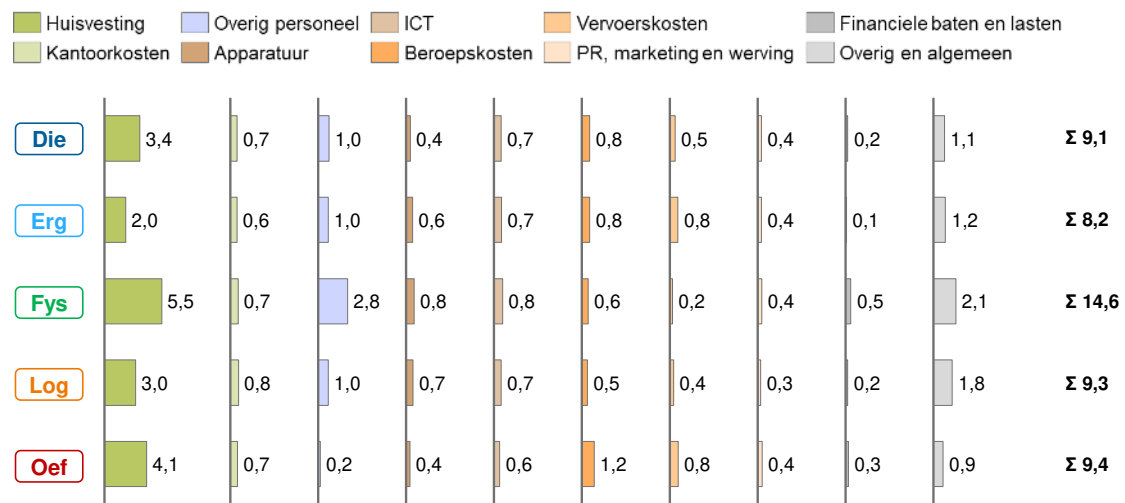
Praktijkkosten per gedeclareerd uur
[EUR per uur]



Figuur 5 – Praktijkkosten per gedeclareerd uur, per beroepsgroep en per kostenpost. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

De praktijkkosten per gedeclareerd uur geven inzicht in de bijdrage van de praktijkkosten aan de kostprijs per gedeclareerd uur en per prestatie. Net als bij de personeelskosten speelt hier echter productiviteit doorheen: hoe groter het aantal gedeclareerde uren ten opzichte van het totale aantal uren, hoe lager de praktijkkosten per gedeclareerd uur. De praktijkkosten worden dan immers ‘verdeeld’ over een groter aantal gedeclareerde uren. De productiviteit heeft dus invloed op de kosten via zowel de personeels- als de praktijkkosten. Daarom zijn hieronder in Figuur 6 ook de praktijkkosten per werkbaar uur weergegeven, waarin de productiviteit geen rol speelt. Hier is zichtbaar dat de fysiotherapie ruimschoots de hoogste praktijkkosten heeft per werkbaar uur. Vanwege de hogere productiviteit komen de kosten per declarabel uur uiteindelijk wel ongeveer uit op het kostenniveau van de andere beroepsgroepen.

Praktijkkosten per werkbaar uur [EUR per uur]



Figuur 6 – Praktijkkosten per werkbaar uur, per beroepsgroep en per kostenpost. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.7. Productiviteit varieert sterk binnen beroepsgroepen, ligt hoger bij fysiotherapie

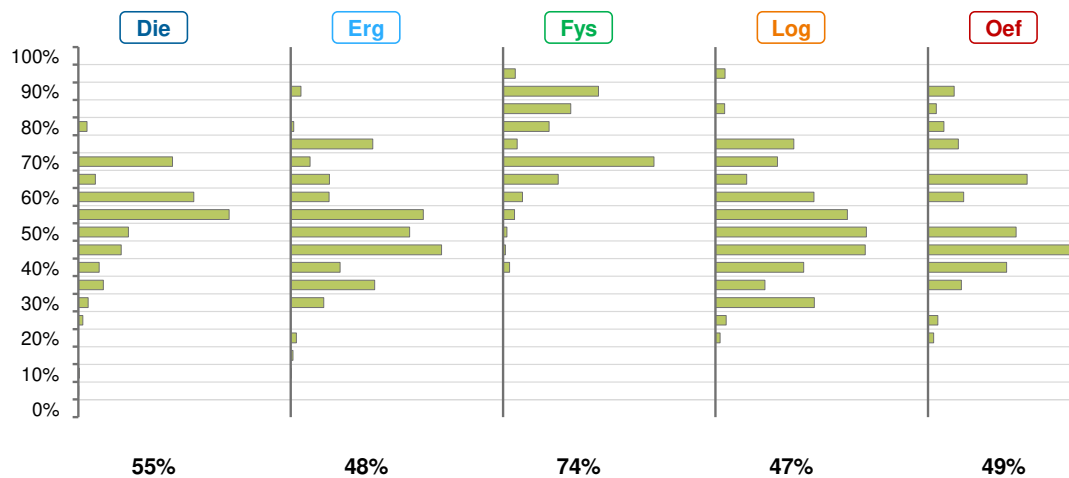
De kosten per declarabel uur hangen af van de totale personeelskosten en het totale aantal gedeclareerde uren. Hier komt productiviteit (of declarabiliteit) om de hoek kijken. Figuur 7 geeft inzicht in de verschillen in productiviteit binnen en tussen beroepsgroepen. Productiviteit is hier gedefinieerd als het aantal gedeclareerde uren in 2018, gedeeld door het totale aantal gewerkte uren door behandelaren in de praktijk. De gedeclareerde uren zijn berekend door de gedeclareerde prestaties in 2018 te vermenigvuldigen met de tijd per prestatie die praktijkhouders hebben ingeschat²³.

Te zien is dat de productiviteit binnen alle beroepsgroepen sterk varieert tussen praktijken en dat de gemiddelde productiviteit in de fysiotherapie hoger ligt dan bij de andere beroepsgroepen. Bij de andere beroepsgroepen ligt de productiviteit rond de 50%, wat feitelijk betekent dat in een vijfdaagse werkweek 2,5 dag besteed wordt aan zittingen. Dit beeld verandert niet wanneer we in de berekening het gemiddeld aantal uren per fulltime werkweek inclusief overuren gebruiken, hoewel alle productiviteitspercentages dan logischerwijs lager komen te liggen (Figuur 8). Het verschil tussen de productiviteit in- of exclusief overuren is wel aanzienlijk, omdat de praktijkhouders in alle beroepsgroepen aanzienlijke overuren hebben opgegeven.

²³ Op basis van de tijd die praktijkhouders in de agenda hebben ingepland voor patiëntcontact.

Productiviteit per beroepsgroep

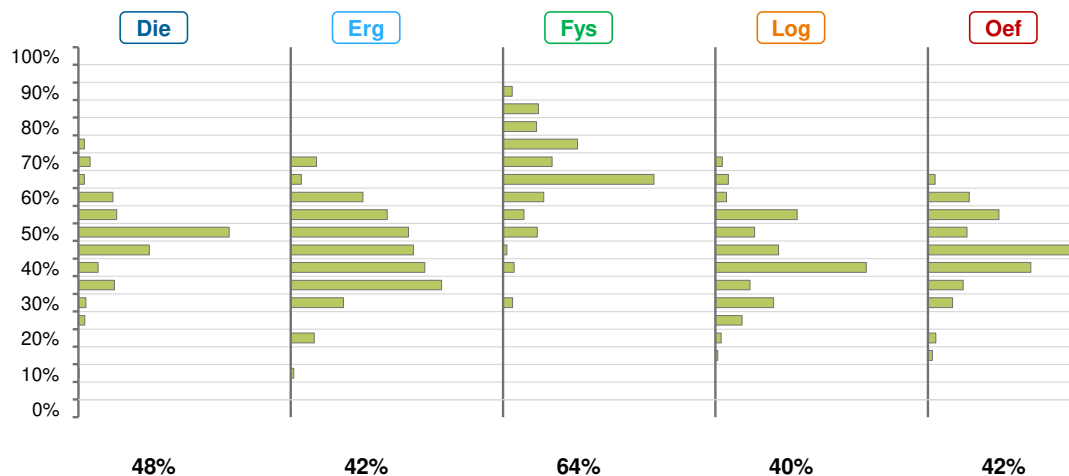
[histogram, x: urenvolume praktijk¹, y: productiviteit]



Figuur 7 – Spreiding in productiviteit per beroepsgroep t.o.v. fulltime werkweek exclusief overuren. De zwarte percentages onderaan geven de gemiddelde productiviteit per beroepsgroep weer. ¹De lengte van de balk geeft het aantal praktijken weer, gewogen naar urenvolume per praktijk. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

Productiviteit (incl.) per beroepsgroep

[histogram, x: urenvolume praktijk (incl.)¹, y: productiviteit]



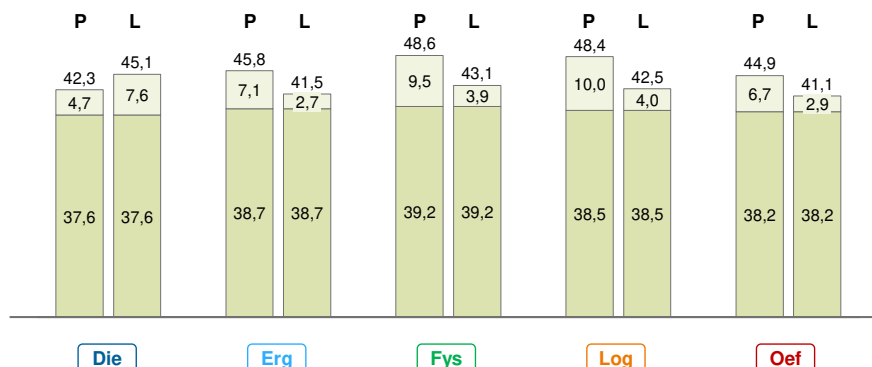
Figuur 8 - Spreiding in productiviteit per beroepsgroep t.o.v. fulltime werkweek inclusief de in de vragenlijst opgegeven overuren. De zwarte percentages onderaan geven de gemiddelde productiviteit per beroepsgroep weer. ¹De lengte van de balk geeft het aantal praktijken weer, gewogen naar het urenvolume per praktijk (incl.). Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.7.1. Productiviteitsberekening is gebaseerd op gemiddelde voltijd werkweek

De productiviteit is berekend op basis van de in de vragenlijsten opgegeven gemiddelde fulltime werkweek en gemiddelde overuren. De gemiddelde werkweek ligt afhankelijk van de beroepsgroep exclusief overuren tussen de 37 en 40 uur en inclusief overuren tussen de 43 en 46 uur. Figuur 9 geeft een overzicht van de in de vragenlijst opgegeven gewerkte uren en overuren per week per beroepsgroep, uitgesplitst voor praktijkhouders en behandelaars in loondienst. In alle beroepsgroepen behalve diëtetiek is het aantal overuren van praktijkhouders fors hoger; het beeld bij diëtetiek wordt echter grotendeels veroorzaakt door een grote praktijk met veel behandelaars in loondienst, die allen veel overuren maken.

Gemiddelde werkweek (incl.)[uren, gemiddeld per fte behandelaar¹]

P = praktijkhouder L = behandelaar in loondienst



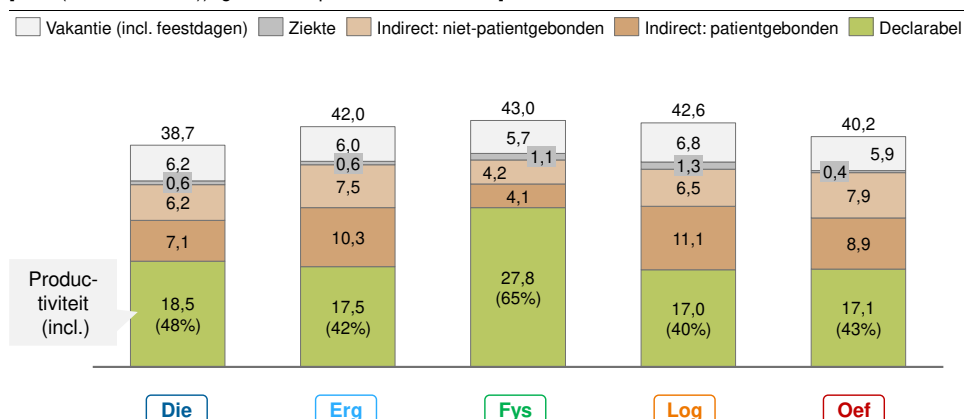
Figuur 9 – Gemiddelde werkweek (inclusief overuren) per beroepsgroep, voor praktijkhouders en behandelaars in loondienst. N.B. Een deel van deze tijd gaat naar werkzaamheden buiten paramedische prestaties en vakantie & ziekte. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.7.2. Productiviteit inclusief overuren is zichtbaar na corrigeren voor niet-paramedische tijdsbesteding

De uren in Figuur 9 omvatten de volledige werkweek zoals opgegeven in de vragenlijst, dus ook de niet aan paramedische prestaties bestede tijd. Deelnemende praktijken is gevraagd om de niet-gedeclareerde tijd (incl. overuren) in te delen in één van de volgende categorieën: niet gewerkte tijd (vakantie, feestdagen en ziekte), niet-paramedisch, indirecte patiëntgebonden tijd en indirecte niet-patiëntgebonden tijd. In de analyses is het totale aantal uren gecorrigeerd voor twee effecten: de tijd die niet aan paramedische prestaties is besteed is in mindering gebracht op de werkweek en de niet-ingedeelde tijd²⁴ is proportioneel verdeeld over de niet-paramedische en indirecte tijd.

Dit kleinere aantal uren is vervolgens gebruikt voor de berekening van de productiviteit inclusief overuren. Figuur 10 geeft de verdeling van deze uren over de verschillende aan paramedische zorg gerelateerde categorieën weer.

Tijdsbesteding in kalenderweek (inclusief overuren & exclusief niet-paramedische tijdsbesteding)

[uren (deel van totaal)], gemiddeld per fte behandelaar¹]

Figuur 10 – Gemiddelde tijdsbesteding per week per beroepsgroep, inclusief overuren en exclusief niet-paramedische tijdsbesteding. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

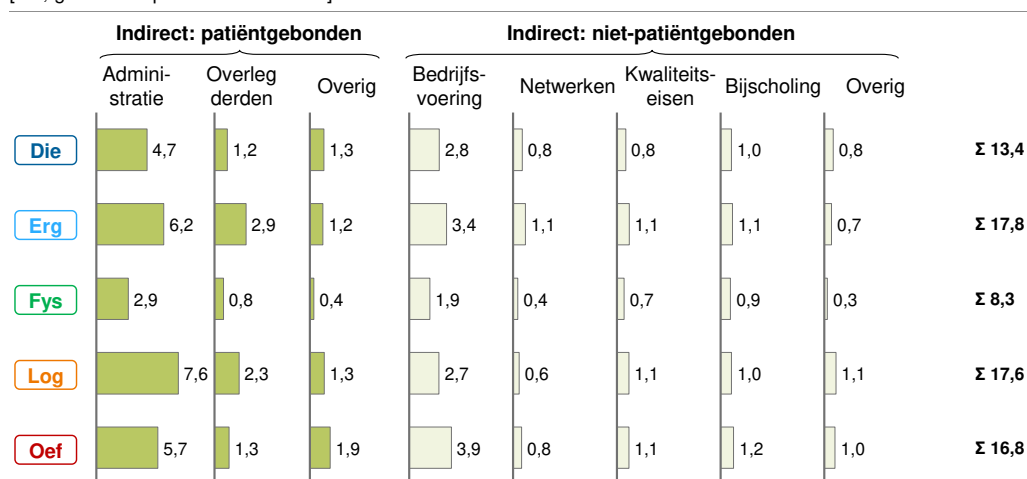
²⁴ In de vragenlijst is eerst gevraagd naar het aantal overuren per week, en vervolgens naar de indeling van alle niet-direct patiëntgebonden tijd. Wanneer niet alle beschikbare uren ingedeeld waren bleef er als het ware tijd 'over', die vervolgens naar rato is toebedeeld aan de verschillende categorieën.

2.7.3. Meeste indirecte tijd naar administratie, overleg en bedrijfsvoering

In Figuur 11 is de indirecte tijdsbesteding per gemiddelde kalenderweek verder uitgesplitst naar type werkzaamheden. Van de indirecte patiëntgebonden tijd gaat bij alle beroepsgroepen het grootste deel naar administratie. Overleg met derden²⁵ vormt vooral bij ergotherapie en logopedie een substantieel deel van de indirecte patiëntgebonden tijd. De meeste niet-patiëntgebonden tijd wordt in alle beroepsgroepen besteed aan bedrijfsvoering. Fysiotherapeuten besteden in totaal de minste tijd aan indirecte activiteiten, hetgeen tot hun hoge productiviteit ten opzichte van de andere beroepsgroepen leidt. Het is zelfs zo dat zij op elk onderwerp het minste tijd besteden.

Diëtetiek besteedt ten opzichte van de andere beroepsgroepen (behalve fysiotherapie) gemiddeld minder tijd aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden. Ook hun productiviteit ligt gemiddeld enkele procentpunten hoger, waarschijnlijk doordat diëtetiekpraktijken een deel van de indirecte tijd konden declareren in 2018²⁶.

Indirecte tijdsbesteding per kalenderweek
[uur, gemiddeld per fte behandelaar]



Figuur 11 – Detaillering van de indirecte tijdsbesteding per beroepsgroep voor een gemiddelde kalenderweek. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.7.4. Productiviteit hangt nauwelijks samen met praktijkgrootte

De paramedische zorg in de eerste lijn omvat een groot aandeel kleine praktijken met slechts één of enkele behandelaars. Dat geldt voor alle beroepsgroepen, hoewel fysiotherapie relatief wat meer middelgrote en grote praktijken kent. In de paragrafen hierboven zagen we dat de gemiddelde productiviteit per beroepsgroep rond de 50% ligt, met uitzondering van fysiotherapie. Het lijkt wellicht logisch dat grotere praktijken een hogere productiviteit kunnen behalen door het efficiënter inrichten van processen en meer mogelijkheden om de agenda's strak te plannen. Op basis van de gegevens uit de steekproef lijkt dit echter alleen bij diëtetiek in enige mate het geval te zijn (Figuur 12): daar verklaart praktijkomvang 19% van de variantie in productiviteit. Bij ergotherapie en fysiotherapie is dat slechts 4-5% en bij logopedie en oefentherapie is er geen enkele correlatie zichtbaar.

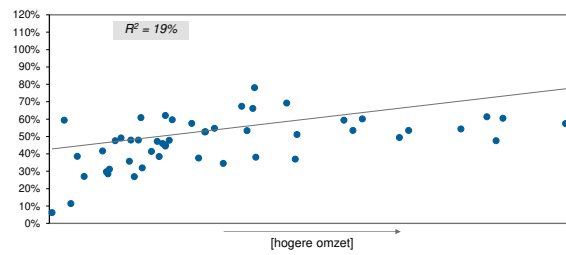
²⁵ Bijvoorbeeld mantelzorgers of andere zorgverleners betrokken in het proces.

²⁶ In 2018 gebeurde dit door declaratie van extra kwartieren op codes 6000 (individuele zitting) en 6300 (individuele zitting in ketenzorg), met name om de tijd besteed aan het opstellen van een individueel dieetvoorschrift te compenseren. In 2019 is dit niet meer mogelijk. De meeste verzekeraars kopen hiervoor in de plaats de codes telefonische zitting (6005) en individueel dieetvoorschrift (6006) in om deze tijd te dekken. De extra gedeclareerde tijd in 2018 was 15-30 minuten op een totale prestatieduur van 3-5 uur (bron: interviews praktijken).

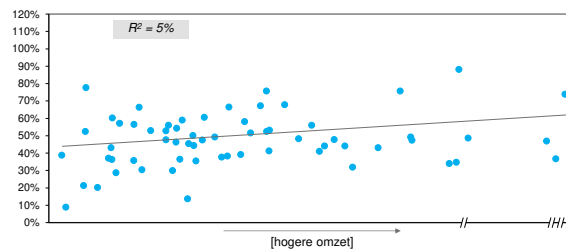
Diëtetiek

[x: omzet paramedische prestaties in praktijk, y: productiviteit]

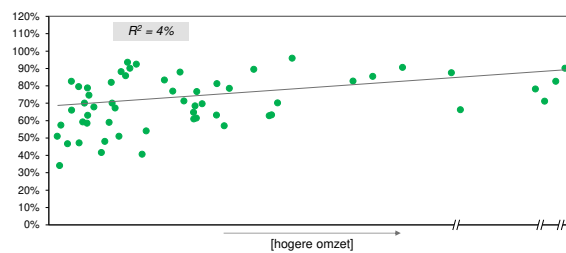
Die

**Ergotherapie**

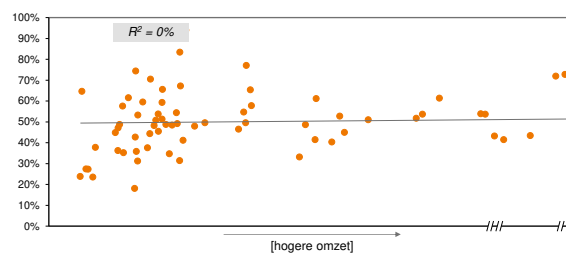
Erg

**Fysiotherapie**

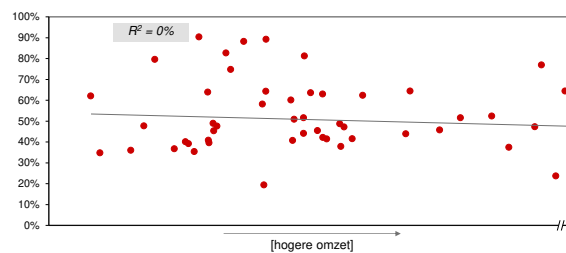
Fys

**Logopedie**

Log

**Oefentherapie**

Oef



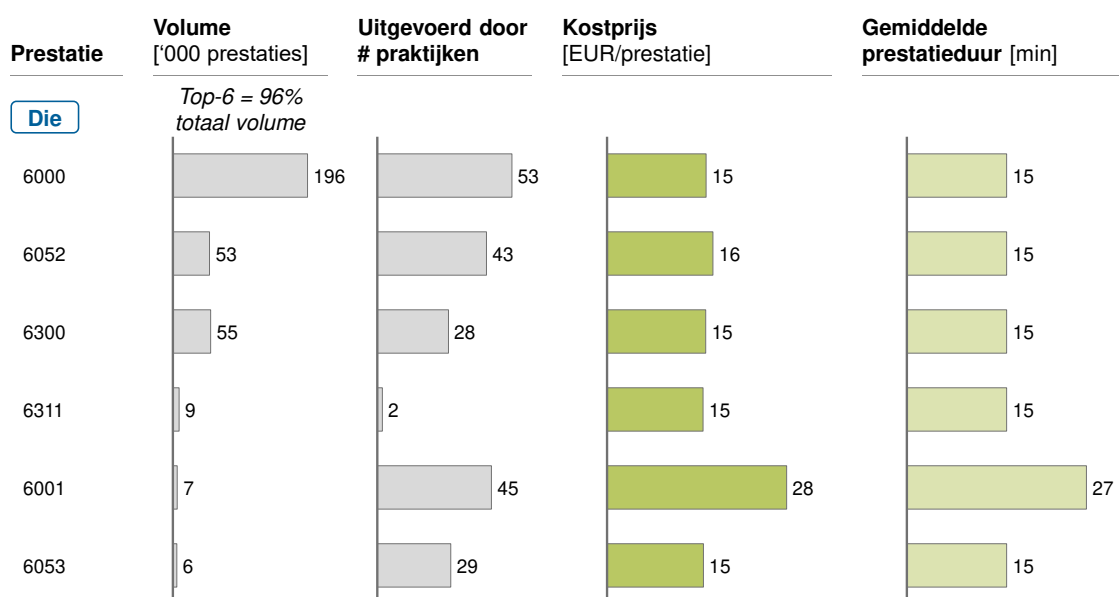
Figuur 12 - Correlatie praktijkgrootte en productiviteit per beroepsgroep. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.8. Kostprijzen verschillen per individuele prestatie

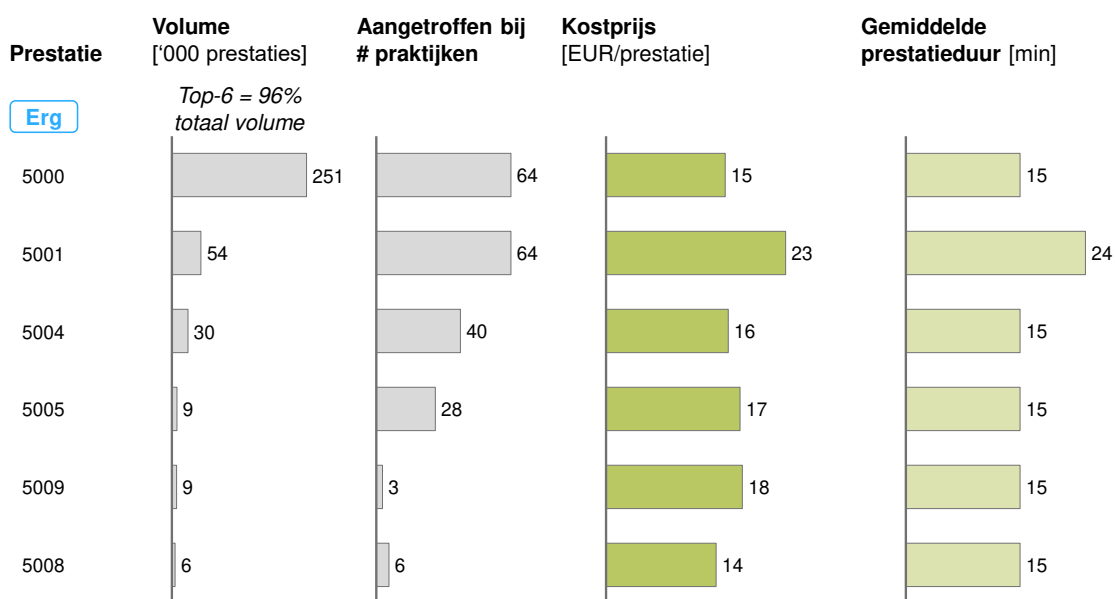
In de hierboven beschreven uitkomsten van het onderzoek is uitgegaan van de gemiddelde kostprijs per prestatie per beroepsgroep. Deze zijn opgebouwd uit de kostprijzen per individuele prestatie. Het gemiddelde per praktijk wordt medebepaald door de productmix: doet een praktijk bijvoorbeeld hoofdzakelijk reguliere prestaties of juist veel gespecialiseerde prestaties?

Om te komen tot de gemiddelde kosten per prestatie maken we gebruik van die productmix. De drijvers van de kostprijs per prestatie zijn daarbij nog steeds de kosten per gedeclareerd uur en de duur van een prestatie, zoals weergegeven in Figuur 2. Dat betekent dat binnen één praktijk een zitting bekkenfysiotherapie en een zitting reguliere fysiotherapie van hetzelfde aantal minuten dezelfde kostprijs krijgen. Bij het bepalen van de gemiddelde kostprijs per gespecialiseerde prestatie zullen de kosten van praktijken die veel van zulke prestaties doen echter zwaarder meewegen dan de kosten van praktijken die er slechts weinig doen. Wanneer deze praktijken hogere of lagere kosten maken, zie je die dus terug in de gemiddelde kostprijs van de individuele prestaties.

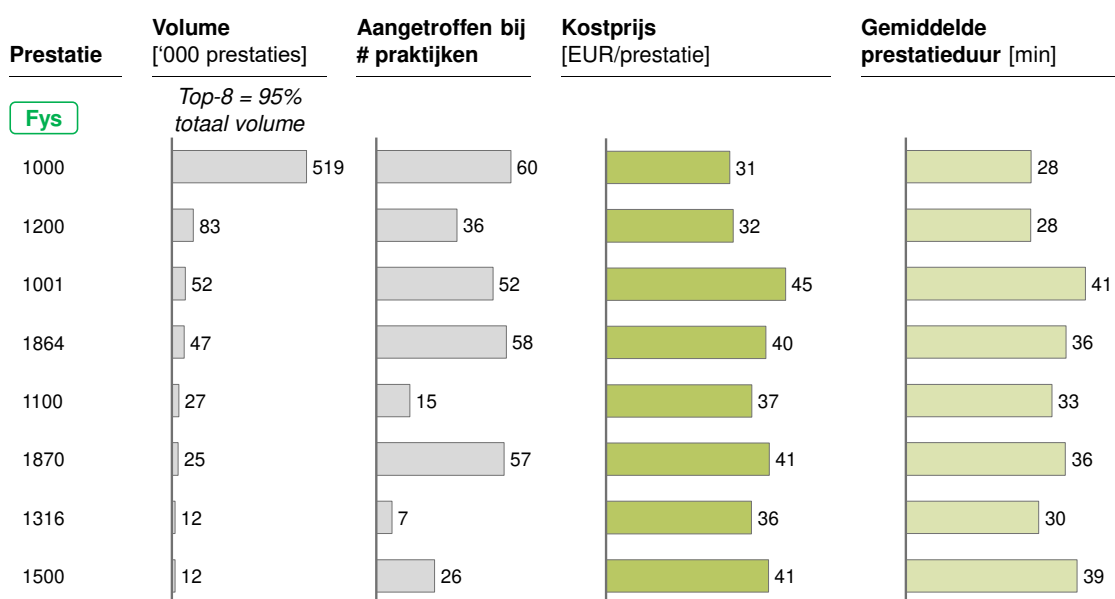
De resultaten van deze analyse zijn te vinden in Figuur 13 tot en met Figuur 17. Voor alle beroepsgroepen geldt dat de reguliere prestatie (de '000-codes') het grootste deel van het volume vormt. De aantallen voor de andere prestaties liggen fors lager, waarmee de schatting van de gemiddelde kostprijs voor deze prestaties minder nauwkeurig is. De kostprijzen per prestatie zijn dan ook afgerond op hele getallen.



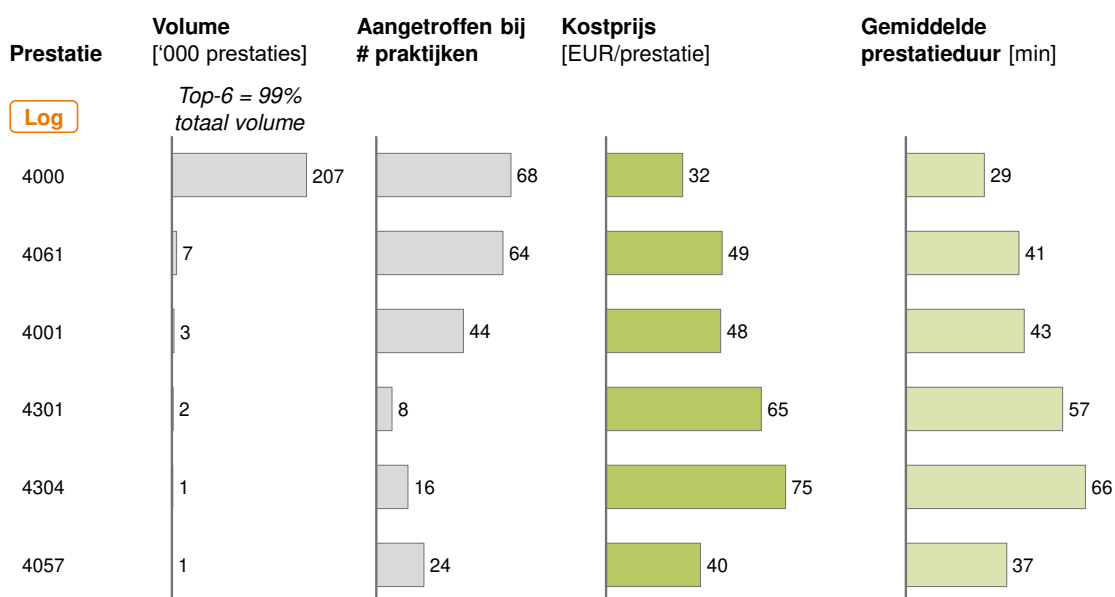
Figuur 13 - Kostprijs per individuele prestatie diëtetik. 6000=Individuele zitting reguliere diëtetik; 6052=Intake en onderzoek diëtetik na verwijzing; 6300=Individuele zitting diëtetik als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COF; 6311=Individueel dieetvoorschrift ten behoeve van diëtetik in de keten; 6001=Toeslag voor behandeling reguliere diëtetik aan huis; 6053=Screening en intake en onderzoek diëtetik. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.



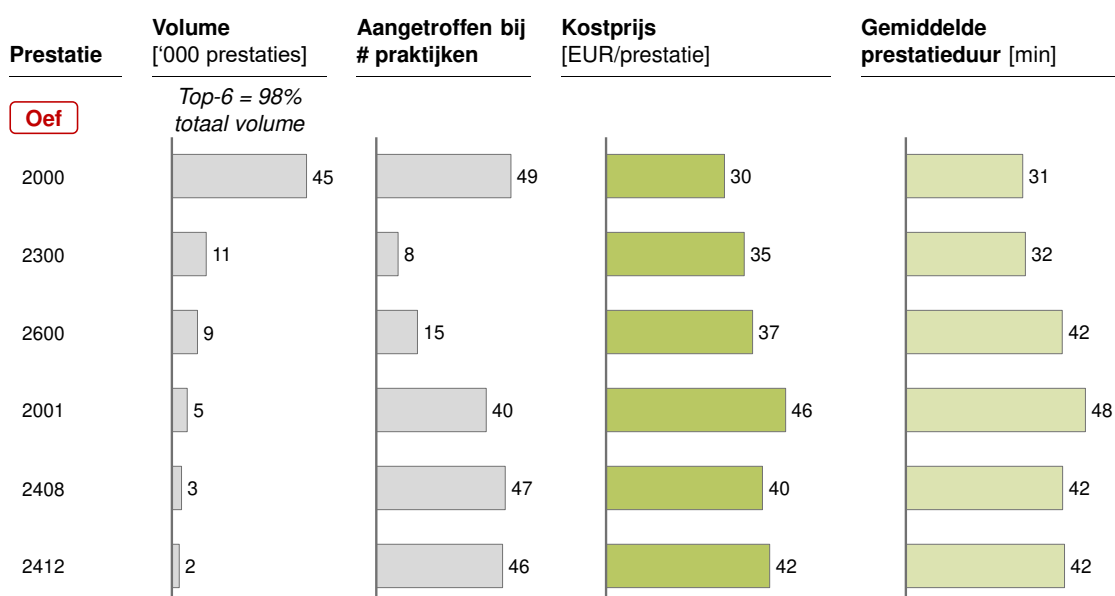
Figuur 14 - Kostprijs per individuele prestatie ergotherapie. 5000=Enkelvoudige extramurale ergotherapie; 5001=Toeslag thuisbehandeling voor enkelvoudige extramurale ergotherapie; 5004=intake en onderzoek ergotherapie; 5005=Screening en intake en onderzoek ergotherapie; 5009=Individuele zitting handergotherapie; 5008=Individuele zitting kinderergotherapie. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.



Figuur 15 – Kostprijs per individuele prestatie fysiotherapie. 1000=Individuele zitting reguliere fysiotherapie; 1200=Individuele zitting manuele therapie; 1001=Individuele zitting reguliere fysiotherapie met toeslag voor behandeling aan huis; 1864=Screening en intake en onderzoek fysiotherapie; 1100=Individuele zitting kinderfysiotherapie; 1870=Intake en onderzoek fysiotherapie na verwijzing; 1316=Groepszitting voor behandeling fysiotherapie voor twee personen; 1500=Individuele zitting oedeemtherapie. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.



Figuur 16 - Kostprijs per individuele prestatie logopedie. 4000=Individuele zitting reguliere logopedie; 4061=Anamnese (intake) en onderzoek logopedie na verwijzing; 4001=Individuele zitting reguliere logopedie met toeslag voor behandeling aan huis; 4301=Individuele zitting logopedie stotteren; 4304=Individuele zitting preverbaale logopedie met toeslag voor behandeling aan huis; 4057=Screening, anamnese (intake) en onderzoek logopedie. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.



Figuur 17 - Kostprijs per individuele prestatie oefen therapie. 2000=Individuele zitting reguliere oefen therapie Cesar/Mensendieck; 2300=Individuele zitting kinderoefen therapie Cesar/Mensendieck; 2600=Individuele zitting psychosomatische oefen therapie Cesar/Mensendieck; 2001= Individuele zitting reguliere oefen therapie Cesar/Mensendieck met toeslag voor behandeling aan huis; 2408=Intake en onderzoek oefen therapie Cesar/Mensendieck na verwijzing; 2412=Screening en intake en onderzoek bij directe toegang oefen therapie Cesar/Mensendieck. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.9. Rapportage huidtherapie o.b.v. andere aanpak en klein aantal vragenlijsten

Het kostenonderzoek richt zich binnen de huidtherapie op prestaties die horen bij oedeem- en littekentherapie. De vragenlijst is uitgezet onder paramedische praktijken die in 2018 minimaal 10% van de gedeclareerde omzet uit oedeem- of littekentherapieprestaties haalden²⁷.

De vragenlijst voor huidtherapie is ontworpen om de omzet, kosten en tijdsbesteding van oedeem- en littekentherapie te scheiden van de overige werkzaamheden en is als volgt opgezet: Praktijkhouders gaven aan welk gedeelte van de kosten van personeel, praktijkhouders en ZZP'ers bij oedeem- en littekentherapie hoort. Daarnaast is een deel van de praktijkkosten door de praktijkhouder toegewezen aan oedeem- en littekentherapie²⁸. De resterende bedrijfskosten zijn op basis van de omzetverhouding toegerekend²⁹. De inzet van personeel (fte) is bepaald aan de hand van de verdeling van personeelskosten door de praktijkhouders.³⁰ Het bedrijfsresultaat is berekend als omzet van huidtherapie minus alle hierboven beschreven kosten.

2.9.1. We rapporteren huidtherapie anders door laag aantal vragenlijsten

11 praktijken hebben een bruikbare vragenlijst aangeleverd gedurende het kostenonderzoek. Het aantal observaties ligt hiermee fors lager dan bij de andere beroepsgroepen. Deze aantallen stellen ons niet in staat om met dezelfde zekerheid conclusies te trekken als bij de andere beroepsgroepen. Om deze reden is een aantal keuzes gemaakt:

- Het aantal inzichten is beperkter
- We rapporteren alleen gemiddelden (in sommige gevallen ook min en max waarden)
- We gebruiken de data van Vektis om het gemiddelde prestatietarief te berekenen³¹

2.9.2. Het aandeel van oedeem- en littekentherapie verschilt sterk tussen de deelnemers

De deelnemende praktijken zijn grotendeels éénpitters en kleine praktijken. De gemiddelde praktijk heeft 2,1 fte behandelaars, waarvan 1,0 fte in loondienst is (~50%). De kleinste praktijk bestaat uit 0,7 fte en de grootste praktijk uit 4,3 fte behandelaars. De fte-inzet voor oedeem- en littekentherapie ligt lager, doordat behandelaars ook andere zorg verlenen. De verhouding tussen omzet uit oedeem- en littekentherapie en totale omzet geeft een beeld van de fte-inzet voor huidtherapie. De gemiddelde totale omzet is €180k per praktijk en varieert tussen €40k en 535k.

Het aandeel van de omzet uit oedeem- en littekentherapie is gemiddeld ~50% en varieert sterk van praktijk tot praktijk: 17% - 97% (zie **Figuur 18**).

²⁷ O.b.v. Vektis, 2018. De selectie is alleen op huidtherapeutische prestaties ('7000-codes') gemaakt.

²⁸ Kosten van apparatuur, hulpmiddelen en vervoerskosten.

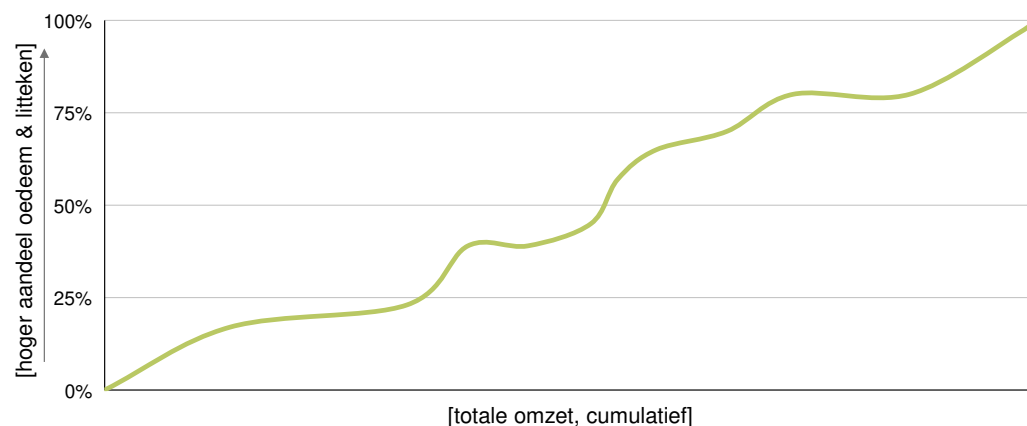
²⁹ Kosten van huisvesting, overig personeel en overig.

³⁰ Dit geldt voor personeel in loondienst en ZZP'ers. Voor de praktijkhouders is gevraagd een inschatting te maken welk gedeelte van hun tijd zij met oedeem- en littekentherapie bezig zijn.

³¹ Dit wijkt dus af van de gevolgde werkwijze voor de andere beroepsgroepen, waar de opgegeven informatie uit de vragenlijst gebruikt is om de kostprijs per prestatie te bepalen.

Aandeel litteken- en oedeemtherapie op omzet van deelnemende praktijken

[x-as: totale omzet, y-as: % omzet uit oedeem- en littekentherapie]



Figuur 18 - Er is een grote variatie in het relatieve aandeel van oedeem- en littekentherapie op de totale omzet van de deelnemende praktijken. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.9.3. Omzet per prestatie berekend op basis van declaratiedata

Zoals beschreven in de inleiding van deze paragraaf is de omzet per prestatie (gemiddeld tarief) berekend op basis van de data van Vektis voor alle praktijken in Nederland. Het gemiddelde tarief voor een prestatie is €42³². De zitting oedeemtherapie is de meest voorkomende prestatie en heeft een gemiddelde omzet van €41. De tarieven van individuele prestaties zijn weergegeven in Figuur 19.

Prestatie	Volume [aantal prestatie x 1000]	Gemiddeld tarief Vektis [EUR/prestatie]
<i>Top-5 = 100% totaal volume</i>		
7002 - Zitting oedeemtherapie	344	41
7305 - Zitting oedeemtherapie + toeslag (thuis)	48	51
7004 - Zitting littekentherapie	4	28
7306 - Zitting oedeemtherapie + toeslag (instelling)	3	47
7102 - Intake en onderzoek na verwijzing	1	34

Figuur 19 – Volume en gemiddeld tarief van de belangrijkste prestaties binnen de paramedische oedeem- en littekentherapie. Bron: Vektis, declaratiedata 2018.

³² Gemiddeld over alle prestaties, dus inclusief zitting met thuistoelage (zie ook Figuur 19)

2.9.4. Omzet per gedeclareerd uur lijkt vergelijkbaar met fysiotherapie en logopedie

De gemiddelde prestatieduur als opgegeven door de deelnemers aan het onderzoek ligt (afgerond) op 37 minuten. Wanneer we de omzet van huidtherapie per gedeclareerd uur uitdrukken (~€67) is deze vergelijkbaar met de beroepsgroepen fysiotherapie en logopedie.

Net als bij de andere onderwerpen in deze paragraaf is echter voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies op basis van 11 vragenlijsten. Zo is er bijvoorbeeld een grote spreiding in de prestatieduur tussen de praktijken. Dit betekent dat de gemiddelde prestatietijd in het gehele veld anders kan zijn dan in deze vragenlijsten. Dat werkt ook door in de kosten per gedeclareerd uur. Deze spreiding is te zien in Tabel 4. De prestatie met het grootste volume (7002 – zitting oedeemtherapie) heeft de grootste impact op de gemiddelde prestatietijd. Er zijn zowel praktijken die 30 als 45 minuten over deze prestatie doen. Informatie over de gemiddelde prestatieduur is niet beschikbaar via Vektis.

Prestatie	Aandeel	Prestatieduur			
		30 minuten	45 minuten	60 minuten	75 minuten
7002	van praktijken	5 / 11	6 / 11		
	van volume	69%	31%		
7305	van praktijken		6 / 10	1 / 10	3 / 10
	van volume		71%	8%	21%

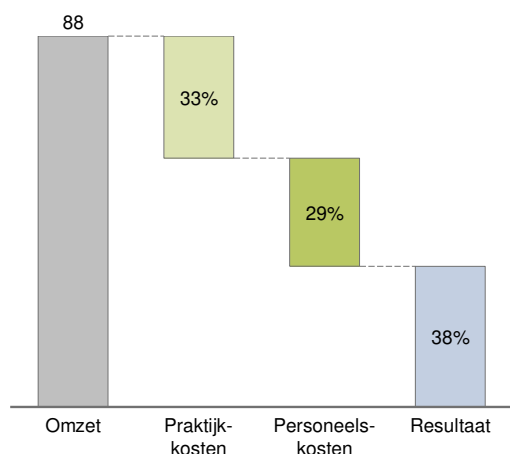
Tabel 4 – Voorkomen van prestatieduur voor de twee meest voorkomen prestaties binnen de paramedische huidtherapie. Weergegeven als deel van praktijken dat de prestatieduur heeft opgegeven en het bijbehorende deel van de prestaties in de totale dataset van 11 praktijken. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.9.4. Kosten oedeem- en littekentherapie lijken vergelijkbaar met andere beroepsgroepen

Gemiddeld genereren deelnemende praktijken ~€90k uit oedeem- en littekentherapie (~50% van de totale omzet). Deze omzet gaat voor grofweg 30% naar praktijkkosten, 30% naar personeelskosten en ~40% naar bedrijfsresultaat. De gemiddelde personeelskosten liggen rond de €46k per fte voor behandelaars in loondienst en €63k voor praktijkhouders³³. Deze lonen liggen voor loondiensters in lijn met de andere beroepsgroepen (m.u.v. fysiotherapie) en zijn voor praktijkhouders iets hoger (zie Figuur 20).

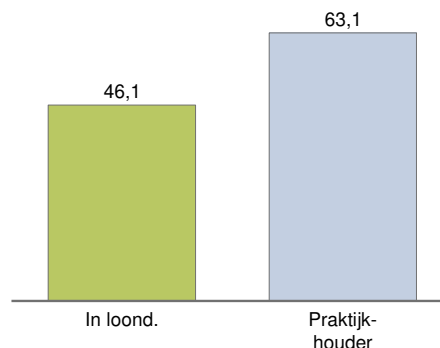
³³ Net als bij de andere beroepsgroepen is hier het resultaat van de onderneming in meegenomen.

Bestemming omzet in gemiddelde praktijk
[‘000 EUR per praktijk, alleen oedeem & litteken]



Opbouw gemiddelde personeelskosten per behandelaar
[‘000 EUR per 1.00 fte]

Loon, werkgeverslasten en overige kosten voor personeel
Resultaat van de onderneming



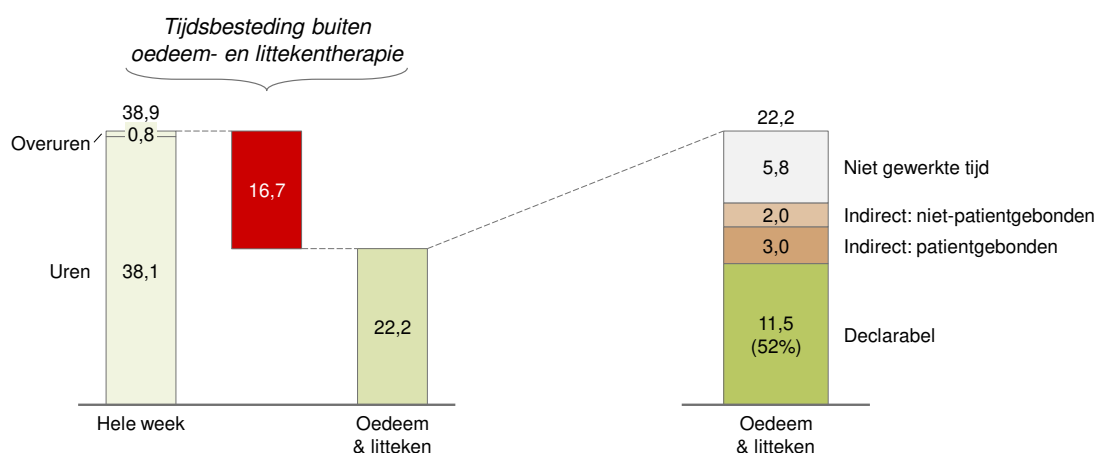
Figuur 20 – Links: verdeling van omzet naar kosten (praktijk en personeel) en resultaat. Rechts: gemiddelde personeelskosten per voltijd behandelaar. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

2.9.5. Gemiddeld besteedt een huidtherapeut 12 van de 22 uur aan prestaties

Gemiddeld werken behandelaars in de deelnemende praktijken 38,9 uur per week, waarvan 0,8 overuren (Figuur 21). De werkweek zonder overuren (38,1) lijkt hiermee vergelijkbaar met de beroepsgroep oefentherapie, terwijl het aantal overuren een stuk lager uitvalt dan bij alle andere beroepsgroepen (5,5 – 7 uur). Van deze 38,9 uur besteden behandelaars circa 16,7 uur (~43%) aan werkzaamheden die niet met oedeem- en littekentherapie te maken hebben.

Van de resterende ~22 uur besteden behandelaars ongeveer 12 uur aan prestaties. De productiviteit (inclusief overuren) ligt hiermee op 52%. De productiviteit exclusief overuren ligt op 53%. De overige tijdsbesteding aan indirecte tijd en niet gewerkte tijd is vergelijkbaar met de andere paramedische beroepsgroepen (m.u.v. fysiotherapie). Ook hier geldt weer het voorbehoud van het kleine aantal deelnemers waarop deze cijfers gebaseerd zijn.

Tijdsbesteding in gemiddelde kalenderweek (inclusief overuren)
[uren, gemiddeld per fte behandelaar]



Figuur 21 – Behandelaars in deelnemende praktijken besteden gemiddeld 22,2 uur aan oedeem- en littekentherapie. De productiviteit (incl.) is 52%.

Hoofdstuk 3 – Normatieve benadering van kosten en productiviteit

In hoofdstuk 2 beschreven we de gemiddelde kostprijzen in 2018 voor de verschillende beroepsgroepen. Deze huidige of werkelijke kosten hangen echter nauw samen met de tariefstelling en de manier van werken. Als de tarieven structureel te laag zijn dan zal ofwel de praktijk verlies maken, ofwel zullen de huidige kosten een onderschatting zijn van de kosten die eigenlijk nodig zijn. Praktijkhouders zullen immers de tering naar de nering moeten zetten en daarvoor mogelijk onwenselijke besparingen doorvoeren, zoals het verkorten van de prestatieduur of beperken van pensioenopbouw en verzekeringen. Aan de andere kant kunnen (te) hoge tarieven leiden tot onnodig hoge kosten.

Daarom bouwen we in dit hoofdstuk per beroepsgroep *bottom-up* op wat passende personeels- en praktijkkosten zijn, gegeven leeftijd en functieniveau en de eisen die aan praktijken gesteld worden vanuit verzekeraars, overheid en beroepsverenigingen. Ook gaan we in op de vraag wat een (op termijn) haalbare productiviteit is per beroepsgroep. Hierbij gaan we uit van effectief gebruik van gewerkte tijd, met onder andere een goede bezetting van de agenda en optimale praktijkvoering. Dit is nadrukkelijk een normatieve benadering, gebaseerd op beschikbare relevante bronnen, logica en *expert opinion*. Het is niet van de ene op de andere dag haalbaar om een praktijk volgens deze norm in te richten en moet dan ook niet als zodanig geïnterpreteerd worden.

3.1. Normatieve kostprijs hangt af van kosten per werkbaar uur en productiviteit

De gemiddelde normatieve kostprijs per prestatie is als volgt opgebouwd: $\text{prestatietijd} \times (\text{personeelskosten per werkbaar uur} + \text{praktijkkosten per werkbaar uur}) / \text{productiviteit}$. De prestatietijd is gelijkgesteld aan de uitkomsten van de analyses op de vragenlijsten (zie hoofdstuk 2), omdat we geen onderbouwde aanleiding zien om van de huidige praktijk af te wijken. Bij het inschatten van de normatieve personeelskosten is zoveel mogelijk aangesloten bij de beloning van paramedici volgens bestaande CAO's van diverse type zorginstellingen. Hierbij is per CAO een correctie toegepast voor het aantal uur per werkweek. Zo is het gewogen maandsalaris volgens de CAO ziekenhuizen gedeeld door 36 uur, en vervolgens vermenigvuldigd met het gemiddeld aantal werkuren per beroepsgroep variërend van 37,6 (diëtetiek) tot 39,2 (fysiotherapie) uur per week.

De normatieve praktijkkosten zijn per beroepsgroep per kostenpost *bottom-up* benaderd op basis van offertes, interviews en openbare databronnen. Voor de normatieve productiviteit is de gemiddelde tijdsbesteding per beroepsgroep *bottom-up* ingeschat en gevalideerd met de productiviteit van de mediaan en het 75^e percentiel uit de vragenlijsten.

In Tabel 5 is per beroepsgroep een vergelijking gemaakt tussen de huidige kostprijs en de normatieve kostprijs. Hierbij zijn per beroepsgroep vier kostprijzen berekend:

- Kostprijs 1 toont de *huidige kostprijs* per prestatie op basis van de *huidige kosten* per werkbaar uur en de *huidige productiviteit*.
- Kostprijs 2 toont de kostprijs per prestatie op basis van de *normatieve kosten* per werkbaar uur en de *huidige productiviteit*.
- Kostprijs 3 toont de kostprijs per prestatie op basis van de *huidige kosten* per werkbaar uur en de *normatieve productiviteit*.
- Kostprijs 4 toont de *normatieve kostprijs* per prestatie op basis van de *normatieve kosten* per werkbaar uur en de *normatieve productiviteit*.

Vervolgens zijn kostprijs 2, 3 en 4 vergeleken met de huidige kostprijs per prestatie, om zo de impact op de kostprijs af te meten.

	#	Kostprijs per werkbaar uur	Productiviteit	Kostprijs per zitting	BI	% verschil baseline	% verschil bandbreedte
Die	1	€ 34	55%	€ 15	€14,8 - €16,1	-	-
	2	€ 42	55%	€ 19		23%	(19% tot 29%)
	3	€ 34	61%	€ 14		-10%	(-13% tot - 6%)
	4	€ 42	61%	€ 17		11%	(7% tot 16%)
Ergo	1	€ 29	48%	€ 15	€14,6 - €16,1	-	-
	2	€ 44	48%	€ 23		50%	(43% tot 58%)
	3	€ 29	62%	€ 12		-23%	(-27% tot - 19%)
	4	€ 44	62%	€ 18		15%	(10% tot 21%)
Fys	1	€ 49	74%	€ 34	€33,0 - €34,5	-	-
	2	€ 50	74%	€ 34		1%	(-1% tot 3%)
	3	€ 49	66%	€ 38		11%	(9% tot 14%)
	4	€ 50	66%	€ 38		12%	(10% tot 15%)
Log	1	€ 32	47%	€ 34	€32,7 - €34,5	-	-
	2	€ 45	47%	€ 48		42%	(39% tot 46%)
	3	€ 32	60%	€ 26		-21%	(-23% tot -19%)
	4	€ 45	60%	€ 38		12%	(9% tot 15%)
Oef	1	€ 29	49%	€ 34	€32,6 - €34,7	-	-
	2	€ 47	49%	€ 55		63%	(58% tot 68%)
	3	€ 29	62%	€ 27		-20%	(-23% tot -18%)
	4	€ 47	62%	€ 44		30%	(26% tot 34%)

Grijs = huidige situatie (baseline)

Blauw = werkelijk

Groen = normatief

Tabel 5 – overzicht kostprijs in verschillende scenario's, met werkelijke dan wel normatieve kostprijs per werkbaar uur en werkelijke dan wel normatieve productiviteit³⁴

Wanneer we uitgaan van normatieve kosten per werkbaar uur bij de huidige productiviteit (kostprijs 2), dan zien we dat de kostprijs voor de fysiotherapie vrijwel gelijk blijft (+1%) en bij diëtetiek ~23% hoger ligt. Bij ergotherapie, logopedie en oefentherapie ligt de normatieve kostprijs zelfs 42% tot 63% hoger ten opzichte van de huidige kostprijs. Dat komt door het grote verschil tussen de huidige beloning en de normatieve beloning.

Voor het bepalen van de normatieve kostprijs is ook een norm opgesteld voor de productiviteit. Deze is in de huidige situatie voor alle beroepsgroepen rond de 50% behalve de fysiotherapie. Wanneer we uitgaan van de normatieve productiviteit bij de huidige kosten per werkbaar uur, dan ligt de normatieve kostprijs voor fysiotherapie 11% hoger, maar voor de andere beroepsgroepen juist 10% tot 23% lager ten opzichte van de huidige kostprijs. Deze uitkomst is in lijn met de productiviteitsverschillen: de huidige productiviteit (exclusief overuren) van de fysiotherapie ligt boven de norm (waardoor de kostprijs omhoog zou gaan), terwijl de huidige productiviteit van de overige beroepsgroepen juist ruim onder de norm ligt (waardoor de kostprijs omlaag zou gaan).

Wanneer we uitgaan van zowel normatieve productiviteit als normatieve kosten per werkbaar uur, dan ligt de berekende kostprijs voor alle beroepsgroepen boven de huidige kostprijs. Dit varieert van +11% voor de diëtetiek tot +30% voor de oefentherapie. Deze uitkomst laat zien dat het opwaartse effect van een hogere normatieve kostprijs per werkbaar uur (door een hoger uurloon) voor alle beroepsgroepen uitgezonderd de fysiotherapie groter is dan het neerwaartse effect van de hogere normatieve productiviteit.

In de volgende paragrafen gaan we verder in op zowel de normatieve personeels- en praktijkkosten per werkbaar uur als de normatieve productiviteit.

³⁴ Tussen de gemiddelde kostprijs per werkbaar uur en de optelsom van personeels- en praktijkkosten per werkbaar uur zit een klein verschil. Dit komt doordat voor het eerste getal de kosten en declaraties van alle behandelaren meegenomen zijn, terwijl het voor personeels- en praktijkkosten alleen mogelijk was om kosten en declaraties van praktijkhouders en behandelars in loondienst te gebruiken (dus geen informatie van ingehuurde derden).

3.2. Normatieve personeelskosten sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande CAO's

De normatieve personeelskosten zijn per beroepsgroep opgebouwd aan de hand van de kosten voor vier typen behandelaars: praktijkhouders met personeel (aangeduid als praktijkhouders), 'éénpitters' (praktijkhouders zonder personeel), behandelaars in loondienst en ingehuurde derden. Per beroepsgroep is voor elk van deze behandelaars een normbedrag per fte per jaar bepaald, waarbij we rekening houden met een eventueel verschil in de werkweek (meer uren per week is een naar rato hoger salaris, we vergelijken dus het uurloon). Vervolgens zijn de gewogen normatieve personeelskosten (Figuur 22) per beroepsgroep berekend op basis van de verhouding tussen de typen behandelaren in de beroepsgroep en de normatieve personeelskosten per type behandelaar.

De verhouding tussen de vier typen behandelaars is bepaald op basis van: (a) de verdeling van praktijken naar grootte (éénpitter, klein, midden en groot)³⁵ en (b) de personeelsmix per praktijk in elke groottecategorie³⁶. In de volgende paragraaf lichten we toe hoe het normbedrag per type behandelaar berekend is. We starten met behandelaars in loondienst, omdat de hier gevolgde opbouw de basis vormt voor de andere typen behandelaren.

	Gewogen norm ['000 EUR]	Opbouw van norm o.b.v. personeelsmix en personeelskosten [per type behandelaar: % van totaal fte in beroepsgroep, '000 EUR personeelskosten]							
		Praktijkhouders		Eenpitters		Loondiensters		Inhuur	
Die	62	=	22% × 64	+	48% × 61	+	27% × 60	+	3% × 59
Erg	70		28% 73		25% 70		43% 68		5% 67
Fys	72		24% 78		11% 72		59% 70		7% 69
Log	71		24% 75		22% 71		48% 69		5% 68
Oef	71		18% 73		58% 70		22% 69		2% 68

Figuur 22 – Opbouw van de gewogen normatieve personeelskosten per beroepsgroep.

3.2.1. Behandelaren in loondienst

Voor behandelaars in loondienst bestaan de normatieve personeelskosten uit een brutolooncomponent, werkgeverslasten en pensioen (Figuur 23). De brutolooncomponent is opgebouwd uit het brutoloon per uur op basis van bruto maandsalaris, inclusief 13^{de} maand en eindejaarsuitkering, gemiddeld over vier CAO's³⁷. De vaste looncomponent verschilt per

³⁵ Bron: Steekproefbestand o.b.v. agb-register Vektis. De definitie van klein, middelgroot en groot verschilt per beroepsgroep (zie bijlage II).

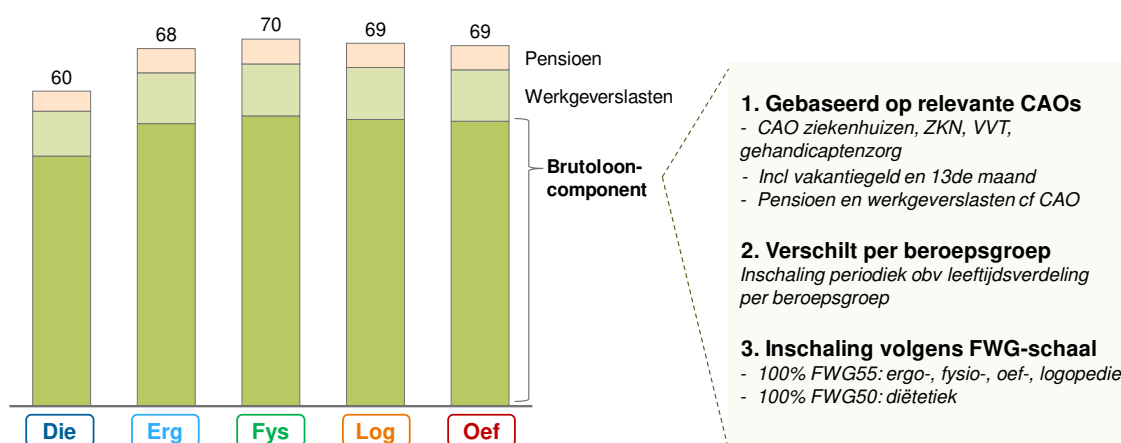
³⁶ Ratio tussen praktijkhouders en personeel in loondienst is gelijkgesteld aan dat uit de vragenlijsten. Voor de loondienst vs. ingehuurde derden is vervolgens een ratio van 90:10 aangehouden, omdat de precieze verhouding niet bekend is.

³⁷ Bron: ziekenhuizen, VVT, gehandicaptenzorg en ZKN (2018).

beroepsgroep door verschillen in FWG-inschaling, leeftijdsopbouw (en daarmee inschaling in periodiek)³⁸ en fulltime werkweek³⁹.

Ook de werkgeverslasten zijn opgebouwd in overeenstemming met de CAO's. Deze bestaan uit premie algemeen werkloosheidsfonds, vervangende premie sectorfondsen, basispremie arbeidsongeschiktheidsfonds, opslag tot dekking kinderopvangtoeslag en werkhervattingskas. Samen is dat 18% van het brutojaarloon. De pensioenlasten zijn ingeschat op basis van een pensioenfranchise van €15.000⁴⁰. Net als in de CAO's komt de helft van de pensioenpremie voor rekening van de werkgever en de andere helft voor rekening van de medewerker zelf.

Personeelskosten behandelaars in loondienst
[‘000 EUR]



Figuur 23 – Opbouw personeelskosten behandelaars in loondienst uit vaste looncomponent, werkgeverslasten en pensioen. De inschaling per beroepsgroep is gebaseerd op het rapport “Nieuwe content FWG VVT 2016-2017, de verdeling over de FWG-schalen op (tweedelijs) vacatures in online vacaturebanken in okt-nov 2019 en praktijk inschalingsmethodiek bij ziekenhuizen en verpleeghuizen.

3.2.2. Praktijkhouders en éénpitters

Als basis voor de normatieve personeelskosten van praktijkhouders is telkens dezelfde brutoloon- en pensioencomponent als voor behandelaars in loondienst aangehouden, aangevuld met een opslag voor arbeidsongeschiktheidsverzekering, premie Zvw en ondernemersrisico (Figuur 24). Voor de kosten voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering is 10% van het brutojaarloon⁴¹ aangehouden, voor de bijdrage Zvw 5,65% van het brutojaarloon⁴².

Een praktijkhouder loopt meer risico en heeft meer verantwoordelijkheden dan een behandelaar in loondienst, zeker wanneer hij of zij zelf medewerkers in loondienst heeft. Een deel van die risico's (ziekte van medewerkers, beroepsaansprakelijkheid) is tot op zekere hoogte verzekeraar. Voor zaken als onvoorspelbaarheid van de omzet, debiteurenrisico (niet-betalende patiënten of discussie over declaraties met verzekeraars) en investeringen die zich al dan niet terugverdienen

³⁸ Bron: nivel.nl, zorgprisma.nl, ledenbestand NVD. Iedere periodiek staat voor 1 ervaringsjaar, therapeuten met >13 jaar ervaring zijn ingeschaald in de hoogste periodiek.

³⁹ Om de normatieve personeelskosten vergelijkbaar te maken met de personeelskosten uit de vragenlijsten is voor elke beroepsgroep teruggerekend naar de gemiddelde voltijd werkweek (excl. overuren) op basis van de vragenlijsten.

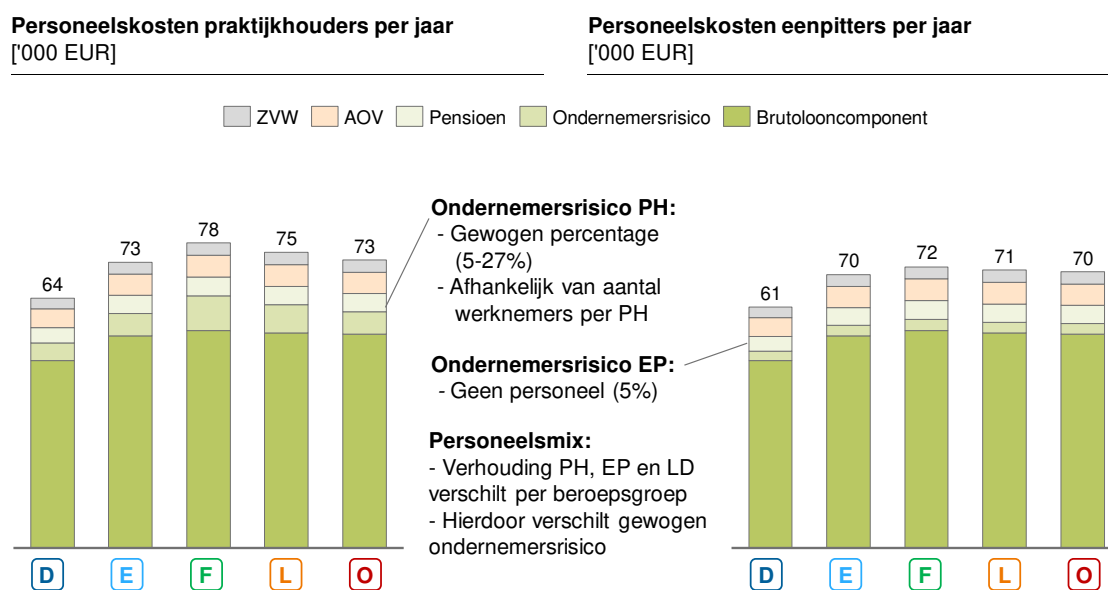
⁴⁰ Premiegrondslag en percentage premie op basis van pensioenfondsen Zorg en Welzijn (premiefondsen bovengenoemde CAO's, 23,50%)

⁴¹ Kosten AOV over het algemeen 5-10% van het brutojaarloon (Bron: Centraal Beheer, VVAA)

⁴² Percentage voor ZZP'er en DGA; bedrag over max EUR 54.614 (Bron: Belastingdienst).

geldt dat in de meeste gevallen echter niet. Naar analogie van de normbepaling bij huisartsen⁴³ worden de personeelskosten voor praktijkhouders in de normatieve benadering verhoogd met een opslag voor ondernemersrisico. Die opslag is hoger naarmate een praktijkhouder de verantwoordelijkheid voor meer medewerkers heeft en varieert tussen de 5% voor praktijkhouders zonder personeel (éénpitters) en 27% voor praktijkhouders met 4 of meer behandelaren in dienst. Een gedetailleerde toelichting op de gebruikte weging is te vinden in Bijlage V.

Praktijkhouders zijn ondernemers, of ze nu wel of geen personeel in dienst hebben. Dat betekent dat hun normatieve inkomen niet 1-op-1 te vergelijken is met een CAO. Het ondernemerschap biedt voor- en nadelen: zo is het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen duurder dan de (verplichte) verzekering voor medewerkers in loondienst, maar staan daar aan de andere kant mogelijke belastingvoordelen (zelfstandigenaftrek, MKB-korting) tegenover waardoor er netto meer overblijft⁴⁴. Ook de opslag voor ondernemersrisico moet in dit licht worden gezien. Zo rechtvaardigt het feit dat een éénpitter een eigen praktijk heeft, en daarmee meer risico loopt dan een behandelaar in loondienst, een opslag. Tegelijkertijd betekent dit dat de normatieve personeelskosten van twee éénpitters daardoor hoger zijn dan wanneer één van de twee in dienst is bij de ander. Het is de vraag of het wenselijk is dat deze extra kosten voor rekening van de premiebetaler komen. In de gekozen benadering zijn deze overwegingen meegenomen tot een uiteindelijke combinatie van vaste looncomponent en opslagen die recht doet aan de voor- en nadelen van het ondernemerschap zonder kleinschaligheid te veel te subsidiëren.



Figuur 24 - Opbouw personeelskosten praktijkhouders met en zonder personeel uit vaste looncomponent en opslag voor ondernemersrisico, pensioenpremie, AOV en premie Zvw. PH=praktijkhouder met personeel, EP=éénpitter, LD=behandelaar in loondienst.

⁴³ Resultaat per praktijkhouder huisartspraktijk (Bron: CBS 2017) afgezet tegen het gewogen brutojaarloon van huisartsen in loondienst (Bron: CAO HIDHA 2017-2018; Cijfers uit de registratie van huisartsen, Nivel 2017)

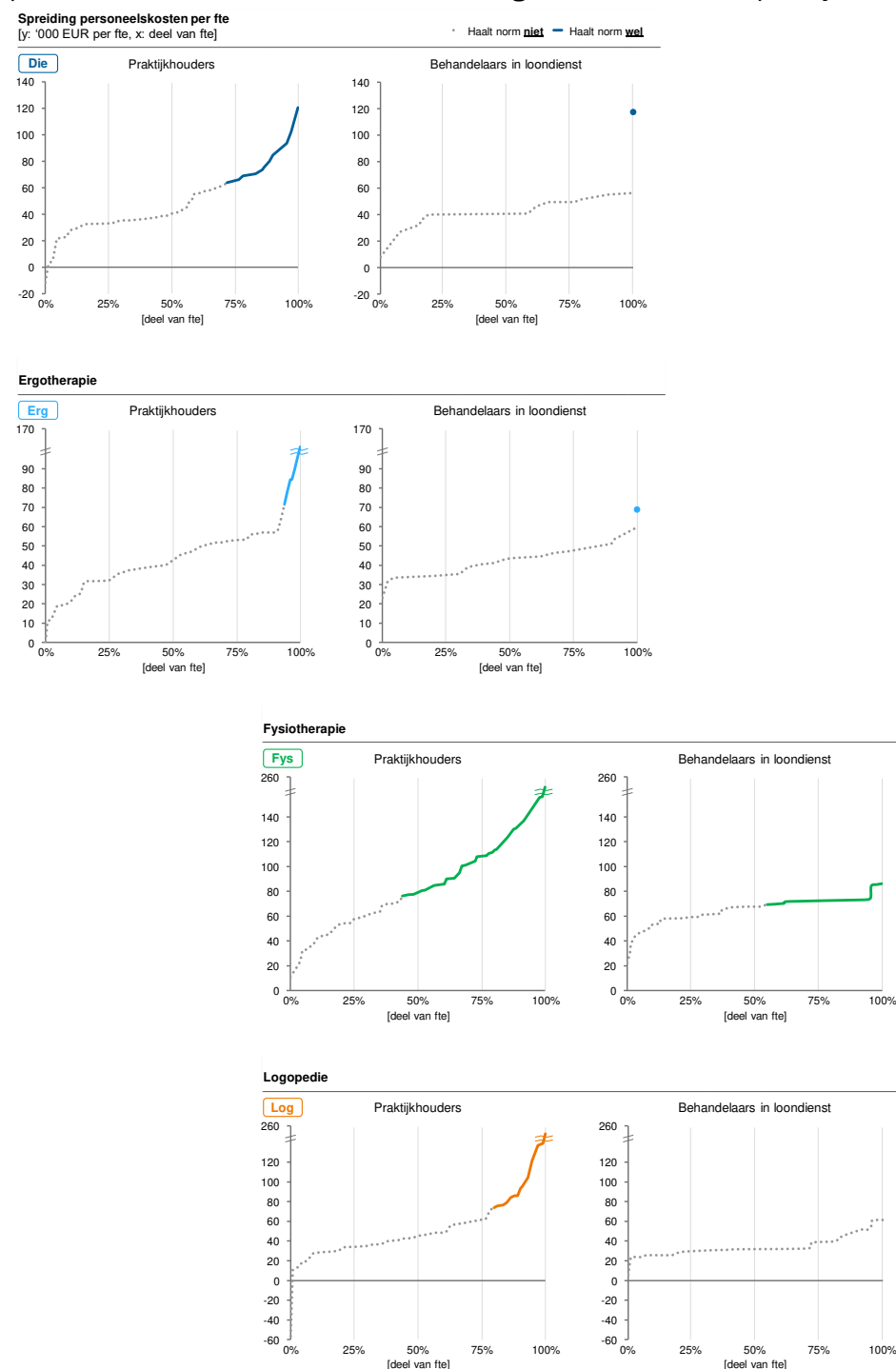
⁴⁴ In deze normatieve benadering is geen bruto/nettoverrekening toegepast om hiervoor te corrigeren. Reden daarvoor is dat belastingaftrek afhangt van het overheidsbeleid op dat moment en daarmee geen vast gegeven is.

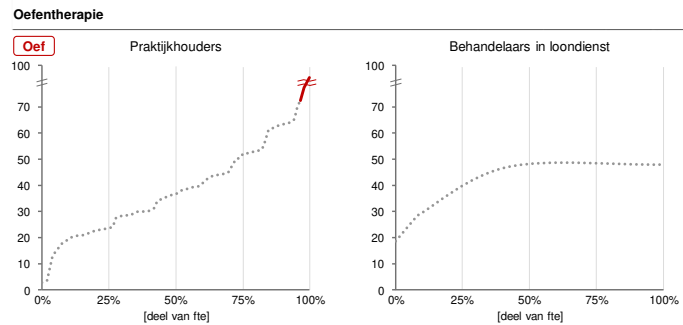
3.2.3. Ingehuurde derden

Een klein deel van de behandelaren in een praktijk (ingeschat op 0 tot 7% afhankelijk van de beroepsgroep, zie Figuur 22) is een ingehuurde derde (ZZP-er). Als basis voor het norminkomen van deze groep is weer de brutolooncomponent op basis van de CAO gebruikt, met dezelfde opslagen voor pensioen, AOV en Zvw-bijdrage als voor praktijkhouders. Hoewel deze groep ook zelfstandige is, komt het risico daarvan niet voor rekening van de praktijk. Het ondernemersrisico vormt voor deze groep dan ook geen onderdeel van de normatieve personeelskosten.

3.3. Bij groot deel praktijken liggen huidige personeelskosten onder de norm

Wanneer we de personeelskosten van deelnemende praktijken vergelijken met de normatieve personeelskosten, zien we dat het overgrote deel van de praktijken de norm niet haalt (

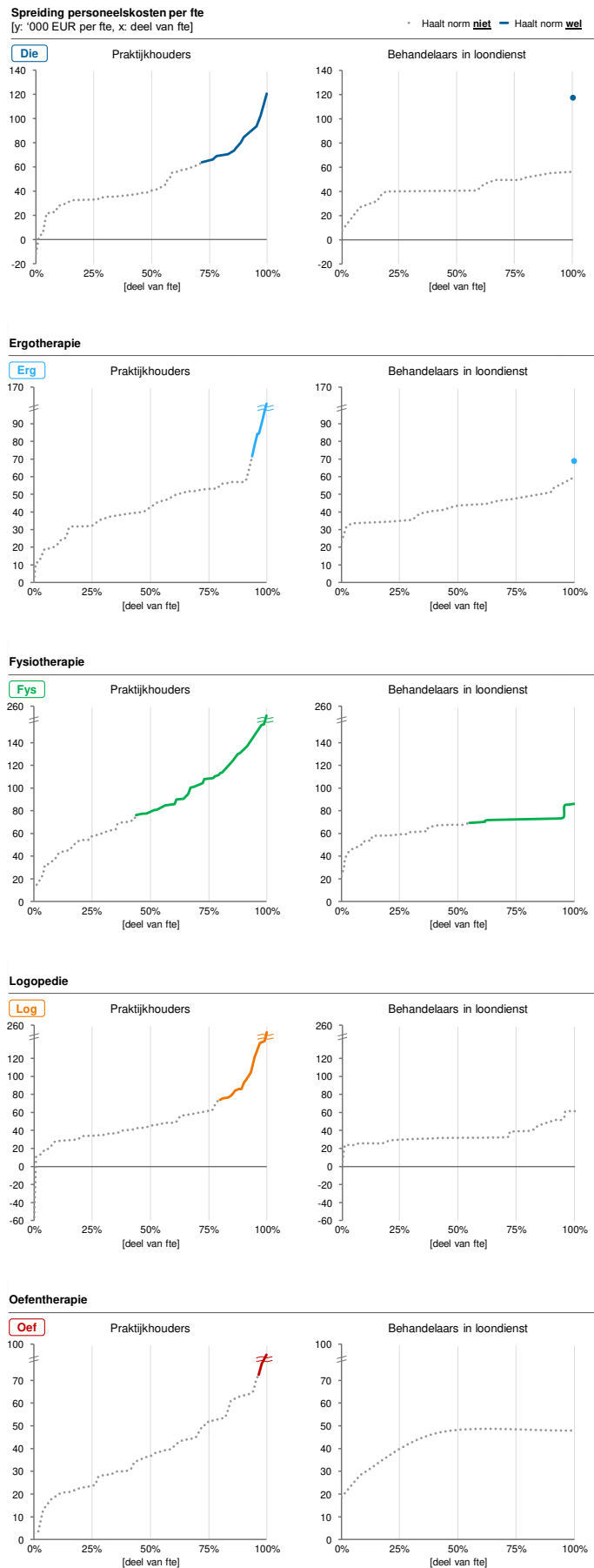




Figuur 25). Dit verschil is het grootst bij de behandelaars in loondienst: buiten de fysiotherapie om maakt vrijwel geen enkele praktijk personeelskosten die hoger of gelijk aan de norm zijn.⁴⁵ Bij de fysiotherapie ligt het aandeel praktijken dat de norm wel haalt op ongeveer 45%.

Fysiotherapiepraktijken maken voor praktijkhouders het vaakst personeelskosten die gelijk of hoger zijn dan de norm. De norm wordt bij 55% van de praktijken gehaald. In de diëtetiek haalt ongeveer 30% de norm en bij de logopedie is dit ongeveer 20%. Bij de ergotherapie en oefentherapie haalt slechts een klein gedeelte van de praktijkhouders de norm (~5%).

⁴⁵ Waar in deze paragraaf 'deel van de praktijken staat' bedoelen we: bij de praktijken die de norm wel/niet haalt werkt gezamenlijk x% van dit type behandelaars, gemeten in fte.

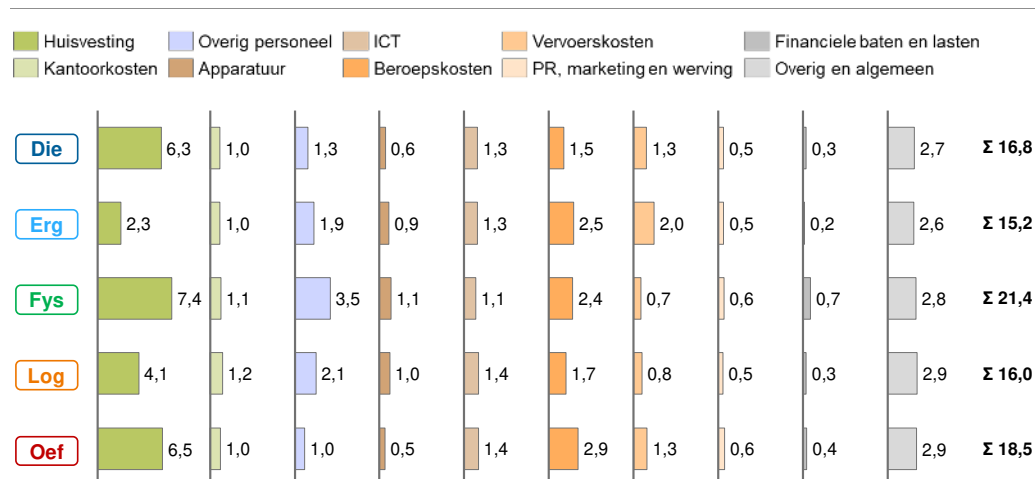


Figuur 25 – Spreiding in personeelskosten per fte. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

3.4. Normatieve praktijkkosten bottom-up opgebouwd per kostenpost

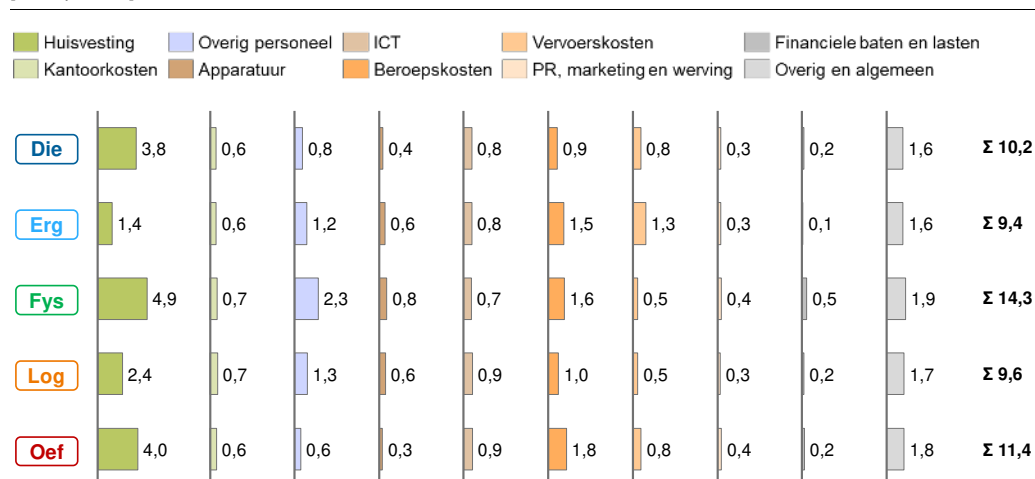
De normatieve praktijkkosten zijn *bottom-up* opgebouwd uit dezelfde kostenposten als in de vragenlijst. Figuur 26 geeft een overzicht van die opbouw per beroepsgroep per gedeclareerd uur en Figuur 27 per werkbaar uur.

Praktijkkosten per gedeclareerd uur
[EUR per uur]



Figuur 26 – Normatieve praktijkkosten per gedeclareerd uur. N.B. De praktijkkosten per gedeclareerd uur hangen af van de productiviteit. In deze figuur is gerekend met de normatieve productiviteit (zie paragraaf 3.5) Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

Praktijkkosten per werkbaar uur
[EUR per uur]



Figuur 27 – Normatieve praktijkkosten per werkbaar uur. Bron: Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists.

In de paragrafen hieronder lichten we de aanpak per kostenpost kort toe; details zijn te vinden in de bijlage.

Huisvesting - De normatieve huisvestingskosten zijn per beroepsgroep opgebouwd uit drie componenten: het aantal m² per praktijktype, de prijs per m² en de mix van praktijktypen. Het aantal m² per behandelruimte is bepaald op basis van de minimumeisen vanuit verzekeraars of beroepsgroep en de interviews met pilot- en *best practice*-praktijken. Voor de fysiotherapie is

rekening gehouden met 35% extra indirecte ruimte en voor de overige beroepsgroepen met 30%. De prijs per m² is bepaald op basis van een vergelijking op Funda in Business en gewogen naar praktijkgrootte. Voor ergotherapie is tot slot gecorrigeerd voor het feit dat een groot deel van de behandelingen aan huis plaatsvindt.

Overig personeel – De normatieve kosten voor overig personeel zijn per beroepsgroep opgebouwd uit twee typen ondersteunend personeel: secretariaat en management. Eventuele kosten voor accountants vallen onder de overige kosten. De personeelskosten voor een secretaresse of medisch manager bestaan uit het gemiddeld brutojaarloon per fte en werkgeverslasten^{46,47}. Het aantal fte overig personeel per praktijk is gewogen op basis van praktijkgrootte⁴⁸.

ICT – Hiervoor zijn de kosten per praktijk (internet, telefonie) en per werknemer (EPD) bepaald op basis van offertes in de sector gebruikelijke leveranciers⁴⁹.

Beroepskosten – Als beroepskosten zijn normatief de volgende kosten meegenomen: 1) kosten registratie beroepsvereniging en kwaliteitsregister, literatuur⁵⁰ per behandelaar; 2) opleiding: kosten van de te behalen punten per behandelaar per jaar⁵¹ en 3) kosten audits per praktijk⁵². De opleidingskosten zijn gecorrigeerd voor gespecialiseerde fysio- en oefentherapeuten die meer studiepunten per jaar moeten halen en daardoor hogere opleidingskosten hebben. Hiervoor is het aantal gespecialiseerde prestaties (~20% op basis van Vektisdata) aangehouden voor het aantal therapeuten met hogere kosten.

Vervoerskosten – De vervoerskosten bestaan uit afschrijving van vervoersmiddelen en reiskostenvergoeding. De reiskostenvergoeding is berekend door een kilometervergoeding van 0,19 cent/km te vermenigvuldigen met het aantal km/jaar voor behandelingen aan huis of instelling. Het aantal km/jaar verschilt per beroepsgroep afhankelijk van het percentage behandelingen aan huis of instelling.

Apparatuur en materiaal; kantoorkosten; PR, marketing en werving; financiële baten en lasten - Hiervoor zijn de kosten per fte uit het vragenlijstonderzoek aangehouden en vermenigvuldigd met het gemiddeld aantal fte per praktijk per beroepsgroep.

Algemene kosten – Deze post omvat verzekeringen, accountantskosten en overige (onvoorziene) kosten. De kosten voor verzekeringen zijn gebaseerd op offertes; voor rechtsbijstands-, verzuim- en inventarisverzekering zijn deze benaderd per praktijk en voor de aansprakelijkheidsverzekering⁵³ per medewerker. Voor overige kosten (onvoorzien) is een opslag gedaan van 5% van de totale praktijkkosten.

⁴⁶ Brutojaarloon €20.400 voor secretaresse volgens www.offertebank.nl, loonwijzer.nl, glassdoor.nl

⁴⁷ Brutojaarloon €73.000 voor medisch manager volgens CAO praktijk managers (2018) en www.medischondernemen.nl

⁴⁸ Voor kleine, middelgrote en grote praktijken is met respectievelijk 0.25, 0.5 en 1.0 fte secretaresse gerekend. Voor middelgrote en grote praktijken is respectievelijk 0.5 en 1.0 fte medisch managers gerekend.

⁴⁹ EPD kosten voor eenpitter bedragen ~€600, voor praktijken met >1 werknemer ~€ 950 per jaar. Bron: Offertes Incura, Zorgadmin, James, Logicdata, Evry, Curasoft

⁵⁰ Bron: KNGF, SKF, VvOCM, NVLF, NVH, NVD, CKR, kwaliteitsregister paramedie.

⁵¹ 24-32 punten per behandelaar per jaar afhankelijk van beroepsgroep. Kosten per studiepoint per beroepsgroep bepaald o.b.v. online cursussen (proeducation, npf.nl, PE-online.org, november 2019)

⁵² Bron: HCA, KIWA (november 2019).

⁵³ Arbeidsongeschiktheid is voor praktijkhouder, éénpitter en ingehuurde derde bij personeelskosten meegenomen. Voor medewerkers in loondienst is geen AOV meegerekend; dit is al verwerkt in de opslag voor werkgeverslasten.

3.5. Normatieve productiviteit op basis van inschatting tijdsbesteding

De normatieve productiviteit is *bottom-up* opgebouwd door de gemiddelde tijdsbesteding per beroepsgroep in te schatten. Om de op deze manier benaderde productiviteit zo goed mogelijk te kunnen vergelijken met de gemeten productiviteit uit hoofdstuk 2 hebben we het gemiddeld aantal uren per voltijd werkweek per beroepsgroep uit de vragenlijst als basis genomen.

Vervolgens is de tijdsbesteding per werkweek verdeeld in vier type werkzaamheden waarbij onderscheid is gemaakt tussen declarabele en niet-declarabele tijdsbesteding. Het resultaat van deze exercitie is weergegeven in Tabel 6; een verdieping per beroepsgroep is te vinden in Bijlage VII.

	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Productiviteit	61%	62%	66%	60%	62%
Declarabele tijd [uur/week]	22,8	24,1	26,0	23,1	23,6
<i>Behandelvolumen [zittingen/dag]</i>	8,8	5,5	9,9	9,1	8,0
<i>Prestatieduur¹ [min]</i>	30	45	30,5	30	34,5
<i>Deel behandelingen aan huis² [%]</i>	8%	50%	8%	4%	7%
Niet-declarabele tijd [uur/week]	14,7	14,6	13,2	15,4	14,6
<i>Administratietijd per patiënt³ [min]</i>	5	5	2,6	5	5
<i>Overleg derden per pat.⁴ [min, % pat.]</i>	10 (8%)	15 (25%)	10 (4%)	15 (9%)	15 (8%)
<i>Bedrijfsvoering [uur/week]</i>	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
<i>Niet gewerkte tijd⁵ [uur/week]</i>	4,9	4,9	5,0	4,9	4,9

Tabel 6 – Opbouw normatieve productiviteit per beroepsgroep. 1) Gemiddelde tijd voor een ‘gemiddelde prestatie’, o.b.v. van werkelijke data. 2) Aandeel behandelingen aan huis en/of instelling op basis van Vektis data; 7,5-15 min reistijd per patiënt (afhankelijk van dichtheid praktijken). 3) Administratietijd per patiënt op basis van interviews pilotpraktijken en best practices. 4.) Overleg met derden 10-15 minuten; voor 3-50% van de patiënten vindt overleg plaats. 5.) Verzuim op basis van CBS data, gewogen voor praktijkgrootte; verlof o.b.v. wettelijk verplichte vrije dagen en volgens CAO's.

Direct patiëntgebonden tijd is de declarabele tijd en bestaat uit de tijd besteed aan zittingen of aan reistijd voor zittingen aan huis of aan een instelling. Afhankelijk van de zittingsduur kunnen per dag ongeveer 5 (ergotherapie) tot 10 (fysiotherapie) zittingen plaatsvinden, waarbij we uitgaan van de werkelijke gemiddelde zittingsduur uit hoofdstuk 2. Een deel van de administratie zal ook hier tijdens de zittingstijd worden verricht (er is immers gevraagd naar de in de agenda gereserveerde tijd), een ander deel rekenen we onder indirect patiëntgebonden tijd. De reistijd is bepaald op basis van het aandeel aan prestaties aan huis of aan een instelling per beroepsgroep in 2018. Vervolgens is een gemiddelde reistijd van 15 minuten per behandeling aan huis aangehouden.

De **indirect patiëntgebonden tijd** is niet declarabele tijd en bestaat uit patiëntgebonden administratie buiten de zittingstijd, overleg met derden en overige tijd. De totale duur van indirect patiëntgebonden tijd is afhankelijk van het aantal zittingen per week. Voor de patiëntgebonden administratie buiten zittingstijd hanteren we 2,6 tot 5 minuten per zitting. Deze duur is bepaald op basis van het aantal zittingen per patiënt per behandeltraject en het aandeel complexe of gespecialiseerde prestaties per beroepsgroep. Voor overleg met derden maken we onderscheid in duur en in frequentie. De overlegtijd varieert van 10 tot 15 minuten per patiënt, ingeschat op basis van het aandeel complexe zorg. De frequentie in overleg met derden varieert van 1 op de 3 patiënten per behandeltraject (diëtetiek) tot 2 keer overleg per patiënt per behandeltraject (ergotherapie). Aangezien niet ieder overleg of administratieve taak binnen de ingeschatte tijd zal vallen is per dag ongeveer 20 minuten voor “overige tijd” aangehouden. Deze overige tijd is

gecorrigeerd voor de lengte van de werkweek en varieert tussen de 19 (diëtetiek) en 20 minuten (fysiotherapie) per dag.

Niet-patiëntgebonden tijd bestaat uit bedrijfsvoering, netwerkparticipatie, scholing en voldoen aan kwaliteitseisen. Deze tijd is niet declarabel en is ingeschat op 4 uur per week, ongeacht de beroepsgroep of het aantal werkuren voor een voltijds week.

Verzuim en verlof is bepaald op basis van landelijke cijfers voor de zorg, gewogen naar praktijkgrootte¹ en op basis van het aantal wettelijke verlofdagen zoals ook vastgesteld in de verschillende CAO's.

Met deze benadering komt de normatieve productiviteit uit tussen de 60% voor logopedie en 66% voor fysiotherapie. Voor fysiotherapie ligt de huidige productiviteit met 74% hoger dan die in de andere beroepsgroepen en ook hoger dan de normatieve inschatting. Het verschil met de andere beroepsgroepen is opvallend groot. Uit interviews en discussies komt een aantal mogelijke verklaringen naar voren - grotere volumes, gemiddeld langere werkweek, meer een cultuur van efficiënt werken, variabele beloningssystematiek - die in dit onderzoek niet specifiek onderzocht zijn. Echter, als je de opgegeven overuren voor de fysiotherapie meeneemt dan ligt de werkelijke productiviteit op 64%, iets onder de normatieve productiviteit.

Vergelijking met productiviteit wijkverpleegkundigen

Wijkverpleegkundigen hebben bij uitstek een multidisciplinair beroep, dat naast de directe zorg aan cliënten bestaat uit frequente afstemming met andere zorgverleners, gesprekken met de familie en ondersteuning van verzorgenden in het team. Ook paramedische beroepen hebben veelal een multidisciplinair karakter. Het is dan ook relevant om de vergelijking te maken met de productiviteit van wijkverpleegkundigen, als referentiepunt voor wat een redelijke normatieve productiviteit is.

Uit kostenonderzoek in opdracht van de NZa over het jaar 2016 blijkt dat de productiviteit van wijkverpleegkundigen gemiddeld 57,7% is (Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging (PWC), 2017). Dit is de gewogen gemiddelde productiviteit van MBO- (weging 64%) en HBO-verpleegkundigen (weging 36%). In het onderzoek is de reistijd tussen cliënten die niet gedeclareerd mag worden – een specifiek kenmerk van de wijkverpleging – geschaard onder de indirecte tijd. Laten we deze reistijd buiten beschouwing, dan zou de gemiddelde productiviteit uitkomen op 62,0%.

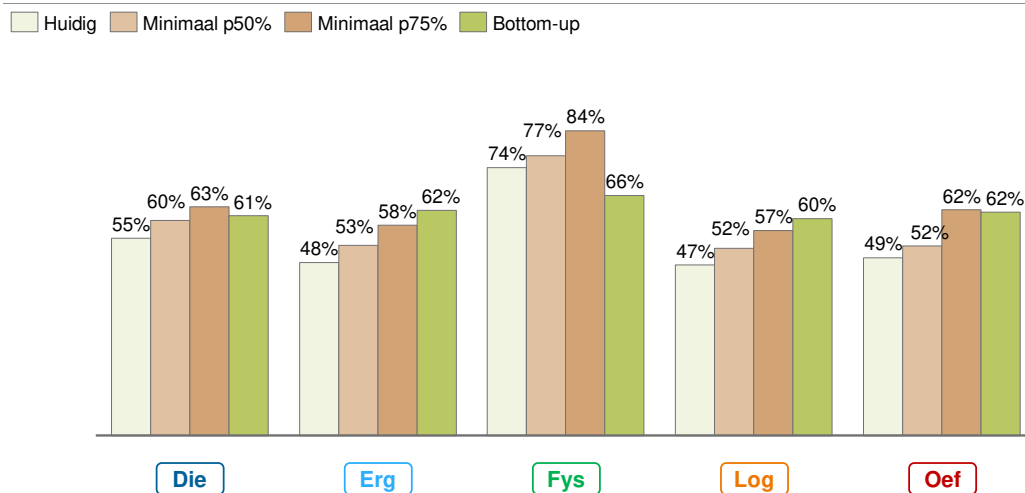
Een productiviteit van 62% is gelijk aan de normatieve inschatting voor de ergotherapie en de oefentherapie. 62% ligt 1 respectievelijk 2% boven de normatieve productiviteit voor diëtetiek en logopedie. De normatieve productiviteit van de fysiotherapie ligt hier boven.

3.5.1. Validatie normatieve productiviteit met mediaan en 75^e percentiel uit vragenlijsten

De haalbaarheid van bovenstaande bottom-up inschatting van de normatieve productiviteit hebben we gevalideerd door te kijken welk deel van de deelnemende praktijken nu al op of boven deze norm zit. Voor diëtetiek en ergotherapie is dat zo'n 15% van de praktijken, bij fysiotherapie 60%, bij logopedie 25% en bij oefentherapie 30%.

Daarnaast hebben we berekend wat per beroepsgroep de gemiddelde productiviteit zou zijn wanneer alle praktijken ten minste de productiviteit van de mediaan⁵⁴ of het 75^e percentiel⁵⁵ behalen. Figuur 28 zoomt hier verder op in door verschillende scenario's voor normatieve productiviteit naast elkaar te zetten. De scenario's gaan ervan uit dat de productiviteit van praktijken onder de genoemde percentielscore stijgt tot die percentielscore; praktijken die hier al boven zaten behouden hun huidige productiviteit. We zien dan dat wanneer alle praktijken minimaal even productief zijn als de mediaan in hun beroepsgroep de productiviteit 3 tot 5 %-punt stijgt. Wanneer alle praktijken minimaal even productief zijn als de praktijk op het 75^e percentiel is die stijging zelfs 9 tot 13 %-punt.

Productiviteit in verschillende normatieve scenario's
[% productiviteit]



Figuur 28 – Productiviteit per beroepsgroep in verschillende normatieve scenario's.

Zowel op basis van deze percentielenbenadering als de *bottom-up* opbouw van een gemiddelde werkweek moet het voor alle beroepsgroepen (behalve fysiotherapie) haalbaar zijn om een hogere productiviteit te bereiken. Daarnaast is het belangrijk om per beroepsgroep goed in kaart te brengen of er nu zorg wordt geleverd die wel noodzakelijk, maar op dit moment niet declarabel is. Dit heeft immers rechtstreeks impact op de productiviteit.

⁵⁴ Wanneer alle praktijken op productiviteit zijn gesorteerd is de mediaan de middelste waarde. De mediaan is hierbij gewogen met het aantal gewerkte uren per praktijk.

⁵⁵ Wanneer alle praktijken op productiviteit zijn gesorteerd is het 75^e percentiel de waarde die $\frac{3}{4}$ van de laagste en $\frac{1}{4}$ van de hoogste waarde af ligt. Het 75^e percentiel is hierbij gewogen met het aantal gewerkte uren per praktijk.

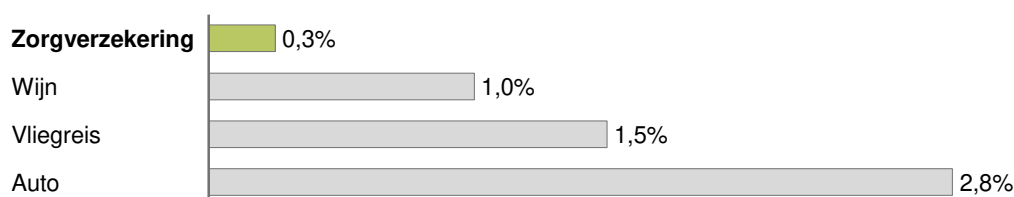
Hoofdstuk 4 – Impact op premie en dekking

De kosten van zorg hangen sterk samen met de betaalbaarheid van zorg. Een mogelijke tariefstijging voor paramedische zorg kan zich doorvertalen naar hogere premies voor de basisverzekering (BV) en aanvullende verzekering (AV).

Een premiestijging van de BV of AV kan effect hebben op het gedrag van verzekerden: ze kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, kiezen voor een ander product (bijv. beperktere AV of budgetvariant van BV) of hun AV helemaal opzeggen. Uit internationale vergelijkingen is bekend dat de prijselasticiteit van zorgverzekeringen relatief laag is (zie Figuur 29). Bij een prijsstijging van 1% stapt 0,3% van de verzekerden over. Bij diverse consumptiegoederen zijn consumenten veel gevoeliger voor een verandering in de prijs.

Prijselasticiteit zorgverzekeringen

[% verlaging in aantal verzekerden als prijs 1% stijgt; in vergelijking met prijselasticiteit andere producten]



Figuur 29 - Prijselasticiteit zorgverzekering in vergelijking met andere producten. Bron: EUR J Health Econom 2017; CPB; J Human Res 2017; Netspar.nl; York.ac.uk.

Als we in het bijzonder kijken naar de aanvullende verzekering zien we dat sinds de invoering van de Zvw in 2006 de premie van AV's met gemiddeld 43% is gestegen (los van verandering in dekking), terwijl het aandeel verzekerden met 10% is gedaald⁵⁶. Hoewel dit nog steeds om een relatief beperkte prijselasticiteit gaat, betreft het hier een proces van 13 jaar. Op korte termijn zet een 10% daling in het aantal verzekerden de houdbaarheid van de aanvullende verzekering behoorlijk onder druk⁵⁷.

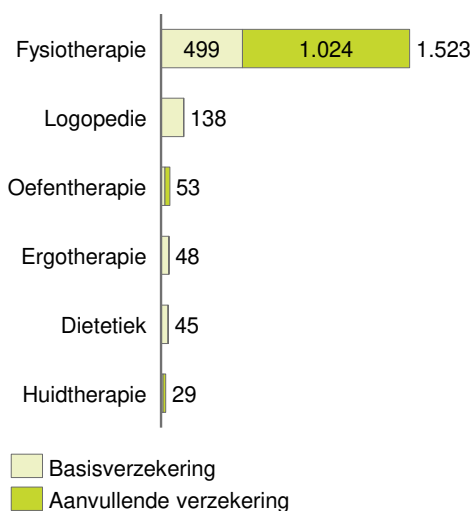
4.1. Binnen de paramedie heeft fysiotherapie de grootste impact op de zorgkosten

Figuur 30 geeft een overzicht van de bijdrage van de verschillende paramedische beroepsgroepen aan de totale zorgkosten in basis- en aanvullende verzekering. In zowel BV als AV is de impact van fysiotherapie met respectievelijk 0,5 en 1 miljard aan zorgkosten het grootst. In de BV gaat het in totaal om ~2% van alle zorgkosten, maar in de AV is het aandeel paramedische zorg groot: 27% van de totale AV-kosten en 53% van de kosten exclusief mondzorg.

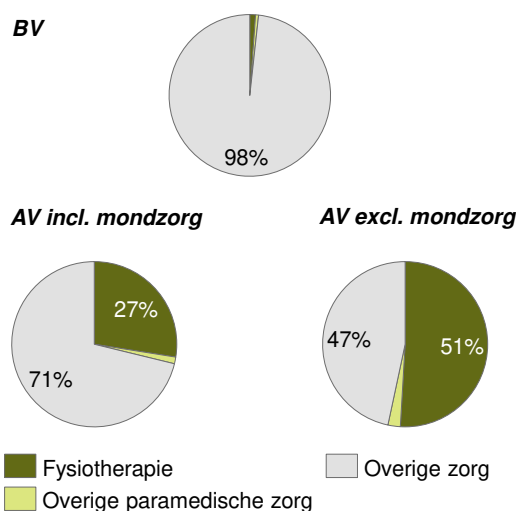
⁵⁶ Bron: Zorgthermometer Verzekerden in Beeld 2019 (Vektis)

⁵⁷ Bron: interviews verzekeraars, kostenonderzoek paramedische zorg

Kosten paramedische zorg in BV en AV EUR mln, 2018]

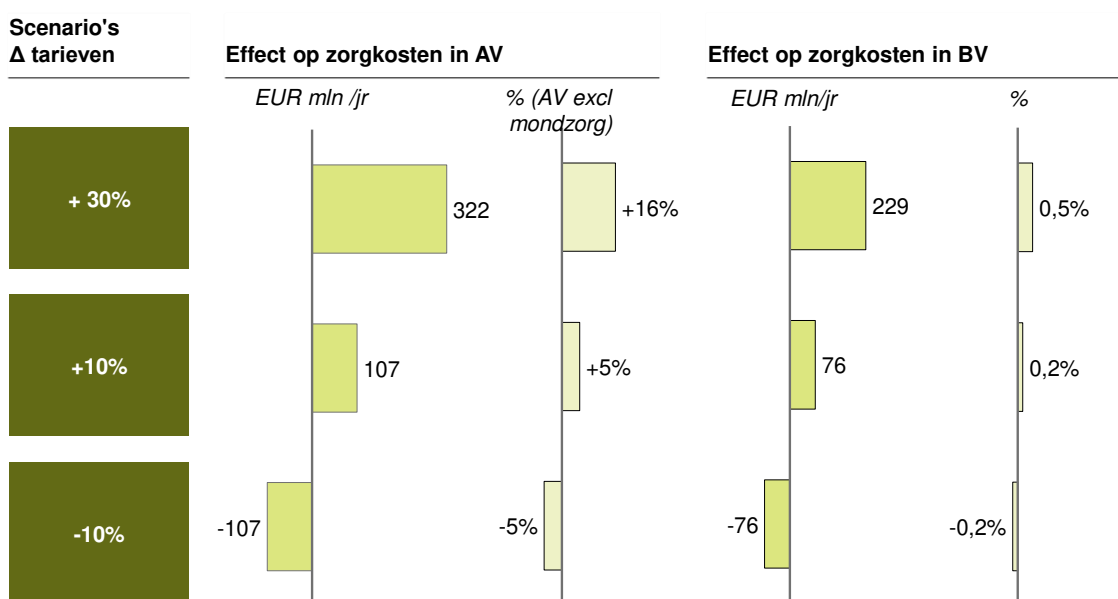


Aandeel paramedische zorg in kosten BV en AV [% van totale kosten, 2018]



Figuur 30 – Kosten paramedische zorg in basis- en aanvullende verzekering. Bron: Vektis, declaratiedata paramedische zorg 2018.

Bij gelijkblijvend volume heeft een aanpassing in de tarieven voor paramedische zorg direct effect op de zorgkosten. Figuur 31 laat in drie scenario's zien wat een aanpassing van de tarieven voor paramedische zorg zou betekenen voor de zorgkosten in AV en BV. Omdat het aandeel paramedische zorg in de AV veel groter is, is het effect daar het sterkst.

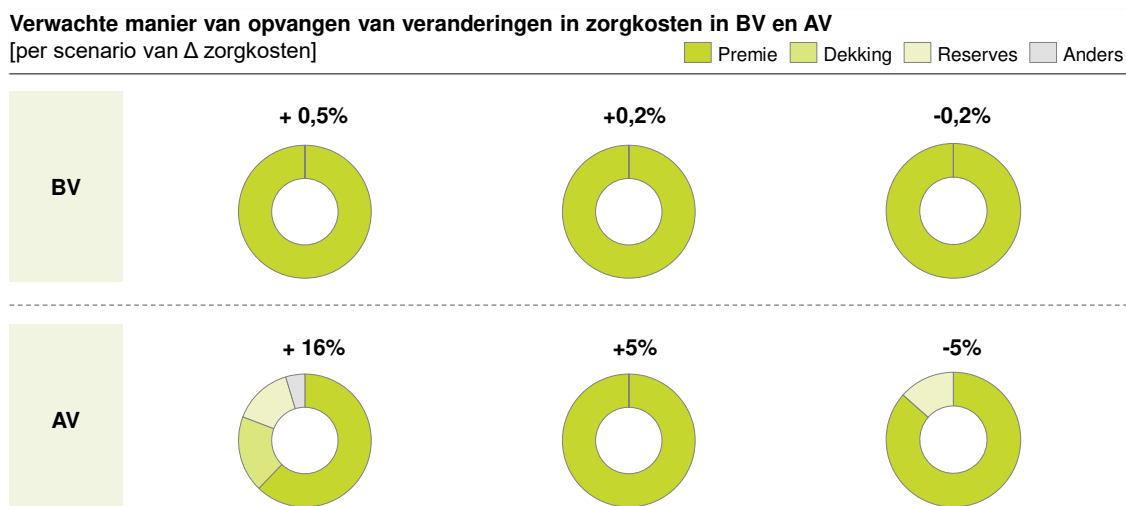


Figuur 31 – Effect van tariefsverandering in de paramedische zorg op de zorgkosten in AV en BV, bij gelijkblijvende overige omstandigheden (o.a. % claimers, prestatiemix). Bron: Vektis, declaratiedata 2018.

4.2. Verzekeraars zullen zorgkostenstijging grotendeels doorberekenen in premie

Verzekeraars kunnen een eventuele zorgkostenstijging op verschillende manieren opvangen. Het meest voor de hand ligt het om de premie te verhogen. Andere manieren zijn het terugbrengen van de dekking, bijvoorbeeld door diagnoses uit te sluiten voor vergoeding of het maximaal aantal vergoede zittingen te verminderen.

In interviews met medewerkers van de commerciële afdelingen van zes zorgverzekeraars hebben we gevraagd wat de verzekeraar naar verwachting zou doen in geval van een verandering in zorgkosten t.g.v. aanpassing van tarieven in de paramedische zorg. Figuur 32 laat zien dat zij verwachten dat zo'n zorgkostenstijging in de BV volledig zal worden doorberekend in de premie. Ook in de AV zal men tariefaanpassingen vrijwel volledig doorberekenen, omdat de verwachte acceptatie van een premiestijging hoger is dan van aanpassing van de dekking of het invoeren van een eigen bijdrage.

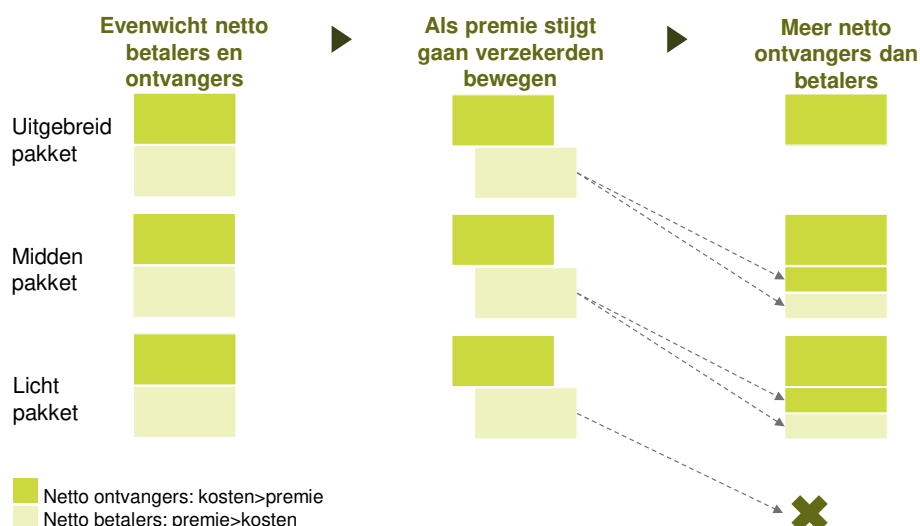


Figuur 32 – Opvangen van verandering in zorgkosten in AV en BV door verandering in tarieven paramedische zorg. Inschatting o.b.v. interviews 6 verzekeraars, gewogen naar marktaandeel. Onder 'reserves' valt ook het spreiden van de premiestijging over meerdere jaren: bijvoorbeeld in 1e jaar slechts gedeeltelijk doorberekenen in premie. 'Anders' omvat bijvoorbeeld eigen bijdrage, shared savings, preventie/zelfzorg.

4.3. Downgrading van AV ziet men als grootste risico van een forse premiestijging

Vrijwel alle geïnterviewden zien het grootste risico van een toename in de paramedische zorgkosten in *downgrading* van het aanvullend pakket. Het effect daarvan is geïllustreerd in Figuur 33. In tegenstelling tot de verplichte BV kunnen mensen bij de AV kiezen of ze zich verzekeren en zo ja, hoe. Bij premiestijging zal een deel van de verzekerden voor een beperkter aanvullend pakket kiezen dat beter bij hun zorggebruik past, of hun AV helemaal opzeggen. Daarmee neemt de kans toe dat zij binnen hun nieuwe pakket netto-ontvanger worden (zie figuur). Dit risico is het grootst bij jonge, gezonde, calculerende verzekerden en bij de zwaarste pakketten, omdat daar de absolute premiestijging het grootst is.

Wanneer dit effect op zal treden is moeilijk te voorspellen. De geïnterviewden verwachten dat verzekerden in scenario's van -5% tot $+5\%$ niet zullen gaan bewegen, omdat dit binnen de reguliere (premie-) schommelingen valt. Wanneer het een stijging *bovenop* een 'reguliere' premieverhoging betreft wordt het risico op *downgrading* hoger. Wel wordt opgemerkt dat verzekerden naar het totale pakket en de totale kosten van BV en AV kijken. Met andere woorden, als er in de BV weinig verandert kan het verschil in AV-premie groter zijn.



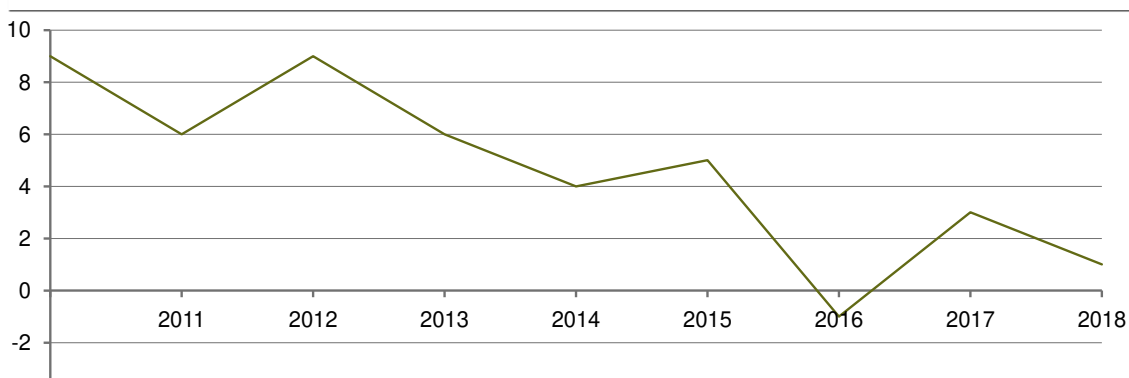
Figuur 33 – Schematische weergave van downgrading bij premiestijging AV. In dit voorbeeld is aangenomen dat de helft van de overstappers in het nieuwe, lichtere pakket nettobetalers wordt en de helft netto-ontvanger.

Het risico op overstappen naar een andere verzekeraar ziet men in alle scenario's als beperkt, omdat de hele markt met dezelfde kostenstijging te maken heeft. Dat geldt ook voor de basisverzekering; daar is bovendien de absolute premiestijging beperkt en kan men niet (zoals in de AV) voor een kleiner pakket kiezen, dus *downgraden* is geen optie.

4.4. Bij een forse premiestijging in de AV kan de houdbaarheid in gevaar komen

In een recent rapport over de toekomst van de zorgverzekeringssector waarschuwt De Nederlandsche Bank voor het bovenstaande fenomeen. Volgens DNB staat de houdbaarheid van de aanvullende verzekeringen onder druk, doordat steeds meer verzekerden alleen voor een AV kiezen als zij verwachten gebruik te maken van de verzekerde zorg⁵⁸. Het rendement op aanvullende verzekeringen is sinds 2010 gedaald en is op dit moment gemiddeld slechts een paar procent van de premieopbrengsten (Figuur 34)⁵⁹.

Resultaat gezamenlijke zorgverzekeraars op aanvullende verzekeringen
[% van premieopbrengsten, 2010-2018]



Figuur 34 - Resultaat op AV sinds 2010 gedaald. Bron: Vektis & Zorgweb: onderzoek aanvullende verzekeringen, 2019

Ook de geïnterviewden zien risico's voor de houdbaarheid van de AV en verwachten dat een premiestijging van ~10% of meer de *trigger* kan zijn die dit proces versnelt. Op termijn kan dit leiden tot belemmering van de toegankelijkheid van AV-zorg: wie een groot bedrag ineens kan

⁵⁸ De Nederlandsche Bank, Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars, december 2017.

⁵⁹ Vektis & Zorgweb. Onderzoek aanvullende verzekeringen, 2019.

betalen hoeft zich immers niet te verzekeren, wie dat niet kan heeft niet de keuze om 'calculerend' te zijn. Tegelijkertijd weet niemand waar het omslagpunt precies ligt. Op dit moment is het in ieder geval nog niet bereikt: 80% van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering, 67% declareert⁶⁰ en de meesten maken de AV niet 'vol'⁶¹.

4.5. Verzekeraars denken nu al na over alternatieven voor de huidige AV

Los van de discussie over de kosten van paramedische zorg denken zorgverzekeraars al langer na over de houdbaarheid van de aanvullende verzekering op de lange termijn. Ideeën voor de toekomst liggen op hoofdlijnen op drie gebieden: terug naar het 'echte' risico-verzekeren, inzetten op preventie en zelfzorg en omvormen van de AV naar een abonnement of lidmaatschap.

Met 'terug naar risico-verzekeren' bedoelt men het terugdringen van de planbaarheid van paramedische zorg en het toevoegen van meer 'echte' verzekeringselementen. Een voorbeeld daarvan is de nieuwe polis Just Live van CZ, die (hoofdzakelijk) fysiotherapie na een ongeval vergoedt. Abonneedekkingen zoals brilvergoedingen horen daar nadrukkelijk niet bij.

Ook van het stimuleren van zelfzorg en preventie door verzekerden, o.a. met apps en beloningen, is al een voorbeeld te vinden in de vorm van ASR Vitality. Een nadeel van inzetten op preventie is dat het effect in de AV moeilijk te verzilveren is, omdat de baten vooral in de 2e lijn en dus de basisverzekering terechtkomen.

Het omvormen naar een lidmaatschap in plaats van een verzekering, waarbij de verzekerde bijvoorbeeld korting krijgt in plaats van een vergoeding, is in zekere zin het omgekeerde van het risico-verzekeren; dat concept wordt voor aanvullende zorg dan juist losgelaten.

⁶⁰ % verzekerden met ten minste 1 declaratie in de AV (2016). Bron: Vektis en Zorgweb, Onderzoek aanvullende verzekeringen, 7 januari 2019.

⁶¹ Precieze schatting was niet mogelijk, omdat Vektis niet per verzekerde beschikt over de maximale dekking van de polis.

Hoofdstuk 5 – Samenhang tussen kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid

Kosten en tarieven voor paramedische zorg zijn onherroepelijk verbonden aan betaalbaarheid en daarmee aan toekomstige toegankelijkheid. Voor een gezonde (verzekerings-)markt voor de paramedische zorgsoorten is het nodig dat de tarieven passen bij de geleverde zorg. Niemand is erbij gebaat dat de tarieven stelselmatig te laag zijn. Dat lijkt in eerste instantie aantrekkelijk voor verzekeraars en patiënten, omdat het de zorgkosten en daarmee de premie beperkt. Op langere termijn kunnen paramedische praktijken dan echter het hoofd niet boven water houden of voldoende kwaliteit leveren. Patiënten kunnen daardoor bijvoorbeeld niet meer op alle tijden of dichtbij huis terecht voor paramedische zorg, of behandelaars kunnen niet meer voldoende tijd voor patiëntcontact vrijmaken. Wanneer patiënten hierdoor later meer of duurdere zorg nodig hebben, leidt deze ‘besparing’ uiteindelijk tot hogere kosten; een ontwikkeling die tegengesteld is aan de beweging naar ‘de juiste zorg op de juiste plek’.

Tegelijkertijd is niemand erbij gebaat dat de tarieven te snel te ver stijgen. Uiteindelijk krijgen verzekerden deze extra kosten immers gepresenteerd. Een deel van hen direct, als zij zelf hun factuur betalen⁶². Het grootste deel echter indirect, doordat de verzekeringspremie stijgt of het vergoede aanbod beperkt wordt.

Uit onderdeel A (hoofdstuk 2 en 3) blijkt dat de normatieve gemiddelde kostprijs – rekening houdend met normatieve personeelskosten aan de ene kant en een hogere productiviteit aan de andere kant – tussen de 11 en 30% boven de huidige kostprijs ligt. Wanneer deze verschillen 1-op-1 vertaald zouden worden in een stijging van tarieven of het vergoeden van tot dusver niet-declarabele zorg, groeien de zorgkosten (bij gelijkblijvende overige omstandigheden) in de basisverzekering met €95 mln (0,2%) en in de aanvullende verzekering met €132 mln (6,6%)⁶³. Het percentage voor de basisverzekering ligt lager dan de in onderdeel B onderzochte scenario's, waar rekening is gehouden met een zorgkostenstijging van 0,2-0,5%. Het percentage voor de aanvullende verzekering ligt echter binnen de bandbreedte van de scenario's met een zorgkostenstijging van 5-16%. Wanneer alleen rekening gehouden wordt met de normatieve kosten per werkbaar uur (en dus niet met een toename in productiviteit) bedraagt de groei van de zorgkosten in de basisverzekering €111 mln en in de aanvullende verzekering €30 mln. De gezamenlijke zorgkostenstijging in de BV bedraagt dan zo'n 0,3% en in de AV 1,5%.

Bovenstaande inschatting gaat uit van gelijkblijvende overige omstandigheden, wat in de praktijk meestal niet het geval is. Zo heeft een eventuele tariefsverhoging effect op de aantrekkelijkheid van het beroep, wat kan leiden tot extra aanbod. Er is immers geen *numerus fixus* voor de paramedische opleidingen. Hoe groot dit effect precies zal zijn en of er dan sprake is van een grotere (aanbodgedreven) zorgvraag is moeilijk te voorspellen en zal ook verschillen per beroepsgroep. Voor ergotherapie en logopedie bestaat op dit moment bijvoorbeeld krapte aan behandelaars in de eerste lijn, wat deels veroorzaakt lijkt te zijn door de betere arbeidsvoorwaarden in de tweede lijn⁶⁴. In iets mindere mate speelt dit ook bij fysiotherapie. Geïnterviewde praktijkhouders geven daarbij aan dat het vooral vacatures voor gespecialiseerde behandelaars betreft⁶⁵.

⁶² Voor patiënten die geen AV hebben of hun AV al hebben ‘opgebruikt’ en voor zorg die niet in BV gedekt is

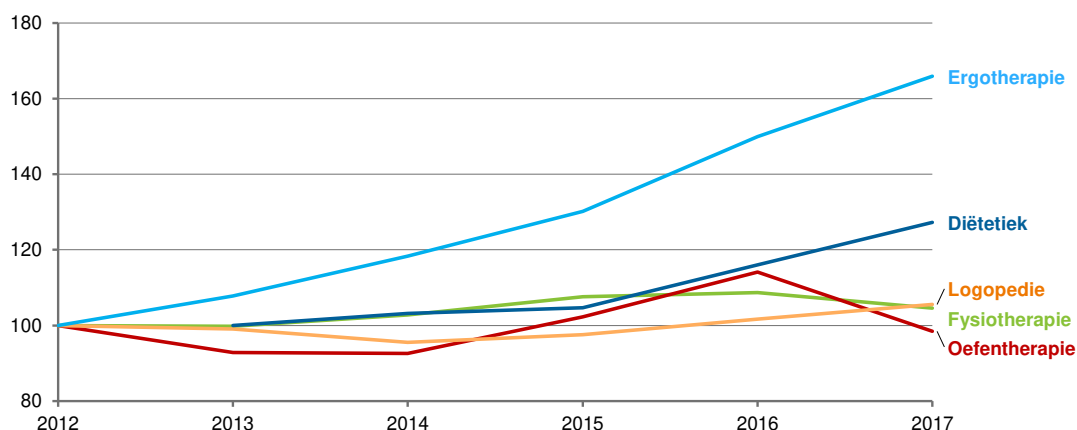
⁶³ T.o.v. kosten AV exclusief mondzorg; als we AV kosten inclusief mondzorg meenemen is de groei 3,6%.

⁶⁴ Bron: interviews praktijken; NZa monitor paramedische zorg, 2019.

⁶⁵ Bron: interviews praktijken; NZa monitor paramedische zorg, 2019.

Daarnaast nam het aantal behandelingen voor ergotherapie, diëtetiek en logopedie in de afgelopen jaren toe (Figuur 35). De oorzaken daarvoor verschillen weer per beroepsgroep. Voor ergotherapie kan dat te maken hebben met het overheidsbeleid van langer thuis wonen en functioneren/participeren in de eigen omgeving. Bij diëtetiek is iets anders aan de hand: dieetadvisering is in 2012 tijdelijk uit de basisverzekering geweest en kwam er in 2013 weer in. De stijging in Figuur 35 is gemeten ten opzichte van dat laatste moment, maar is in feite een inhaalslag ten opzichte van de €54,9⁶⁶ mln in 2011. Hoewel er dus goede redenen kunnen zijn voor de volumestijging in de afgelopen jaren, moeten we ons realiseren dat doorzetting daarvan bovenop het effect van een eventuele aanpassing van tarieven zal komen.

Ontwikkeling aantal prestaties per paramedische beroepsgroep
[index, 2012=100, 2012 - 2017]



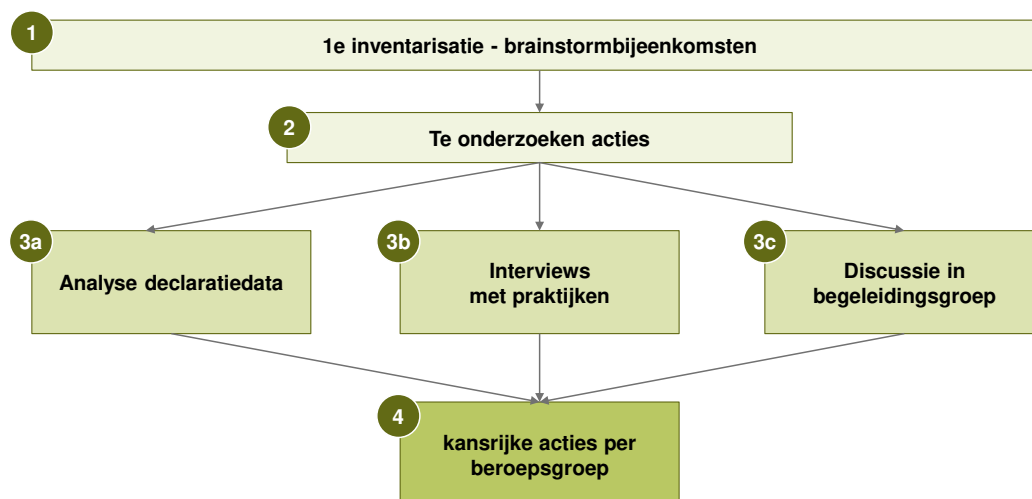
*Figuur 35 – Ontwikkeling volume per paramedische beroepsgroep per jaar.
Bron: NZa, Monitor Paramedische Zorg, 2019.*

Naast het kostprijsonderzoek uit de vorige hoofdstukken bevat dit hoofdstuk dan ook een verkenning van de 'knoppen om aan te draaien' om de paramedische zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. In dit onderdeel beperkt zich dat tot mogelijkheden om volume of kosten in de hand te houden, als een van de bouwstenen voor het bestuurlijk overleg. Het in de paramedische beroepsgroepen aanwezige potentieel voor substitutie en preventie is hier van losgetrokken en komt aan de orde in Hoofdstuk 6, omdat daarvoor hoogstwaarschijnlijk een wijziging van de aanspraak en/of de bekostiging voor nodig is.

⁶⁶ Bron: Rijksbegroting, financiering van de zorguitgaven via <http://www.rijksbegroting.nl/2013/voorbereiding/begroting>. NB. Vanaf 2013 worden maximaal drie uren per kalenderjaar vergoed, in 2011 waren dat er nog vier.

5.1. Stapsgewijze aanpak met brainstorm, interviews en analyse van declaratiedata

Figuur 36 geeft de gevolgde stapsgewijze aanpak weer. Een eerste inventarisatie van de verschillende ‘knoppen’ is gemaakt in twee brainstormsessies, één met vertegenwoordigers van verzekeraars en één met vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen. Op basis hiervan hebben we een subset samengesteld van mogelijk kansrijke, nader te onderzoeken acties.



Figuur 36 – Stapsgewijze aanpak onderdeel C van het kostenonderzoek.

Van deze acties is vervolgens een grove inschatting van impact en haalbaarheid gemaakt op basis van analyse van beschikbare declaratiedata, interviews met *best practice* praktijken en discussie in de begeleidingsgroep. Op basis van bovenstaande input schetsen we in de volgende paragrafen per beroepsgroep⁶⁷ een beeld van de kansrijke ‘knoppen om aan te draaien.’ Een toelichting op de analyses is te vinden in Bijlage VIII. Een lijst van de geïnterviewde praktijken is te vinden in Bijlage IX en een samenvatting van de uitkomsten van deze interviews is opgenomen in Bijlage X.

5.1.1. Impact is ingeschat op basis van verdeling kosten en prestaties per patiënt

De impact van verschillende mogelijke maatregelen is per beroepsgroep ingeschat op basis van de verdeling van de kosten en het aantal prestaties per patiënt in de basis- en aanvullende verzekering⁶⁸ (Figuur 37 en Figuur 38). Voor elke maatregel is vervolgens met behulp van een aantal aannames een grove inschatting gemaakt van de maximale financiële impact. Voor het beperken van zware zorg in de BV is bijvoorbeeld aangenomen dat vanaf een bepaald aantal zittingen, 20% van de indicaties niet meer vergoed wordt. De afkappunten zijn daarbij per beroepsgroep gekozen o.b.v. de verdelingen in Figuur 37. Voor de overige gehanteerde aannames, zie Bijlage VIII.

De kwantificering is nadrukkelijk indicatief en bedoeld om een indruk te geven van 1) de relatieve impact van de verschillende maatregelen en 2) de maximale absolute impact bij een hoog ambitieniveau. De inschatting van de impact op de zorgkosten hangt af van de gekozen afkappunten, o.a. voor de definitie van ‘zware’ en ‘lichte’ zorg (zie Bijlage VIII). Deze grenswaarden zijn nu gekozen op basis van de verdeling van zittingen in de Vektisdata. Bij verdere uitwerking van kansrijke acties door beroepsgroepen en verzekeraars dienen die grenswaarden nader onderzocht te worden. Wanneer de grenswaarden veranderen zullen ook de potentiële baten veranderen.

⁶⁷ Voor huidtherapie konden zowel de impact op de zorgkosten als mogelijke maatregelen die ingrijpen op volume en kosten niet gekwantificeerd worden.

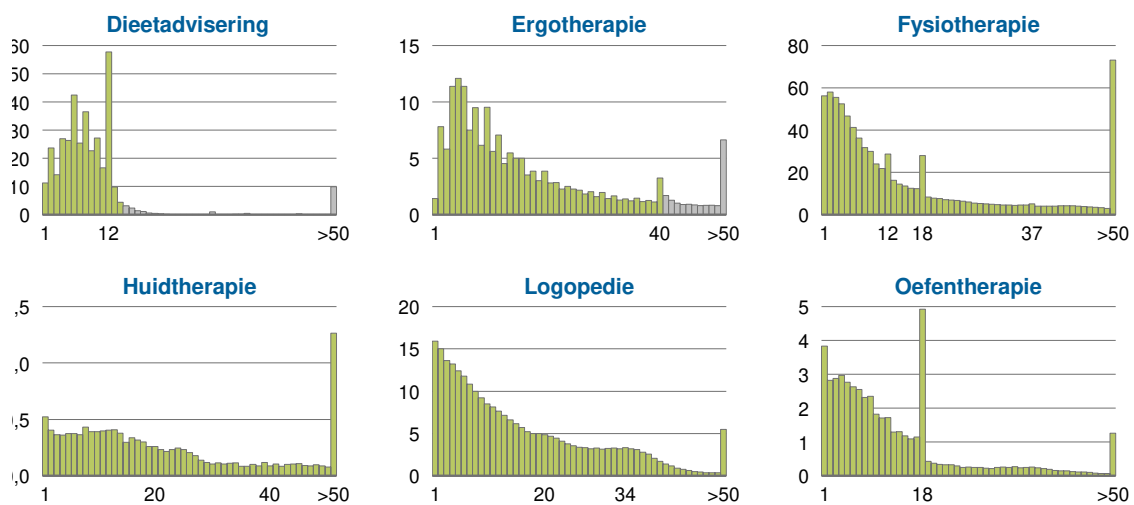
⁶⁸ Bron: Vektis, declaratiedata paramedische zorg 2018, analyse Gupta Strategists.

Voor de maatregelen omtrent het beperken van de aanspraak (met name bij zware zorg) geldt daarnaast dat eerst nader onderzocht moet worden uit welk type patiënten met welke diagnoses deze groepen precies bestaan. Op basis van de nu beschikbare cijfers is immers niet te bepalen welk deel van deze trajecten noodzakelijke zorg is en welke nog zwaardere zorg paramedici hiermee voorkomen in de tweede lijn of VVT-instellingen.

Het moge daarnaast duidelijk zijn dat de genoemde maatregelen niet van de ene op de andere dag uitgevoerd kunnen worden en dat het tijd zal kosten om het maximale effect te bereiken.

Verdeling van aantal zittingen

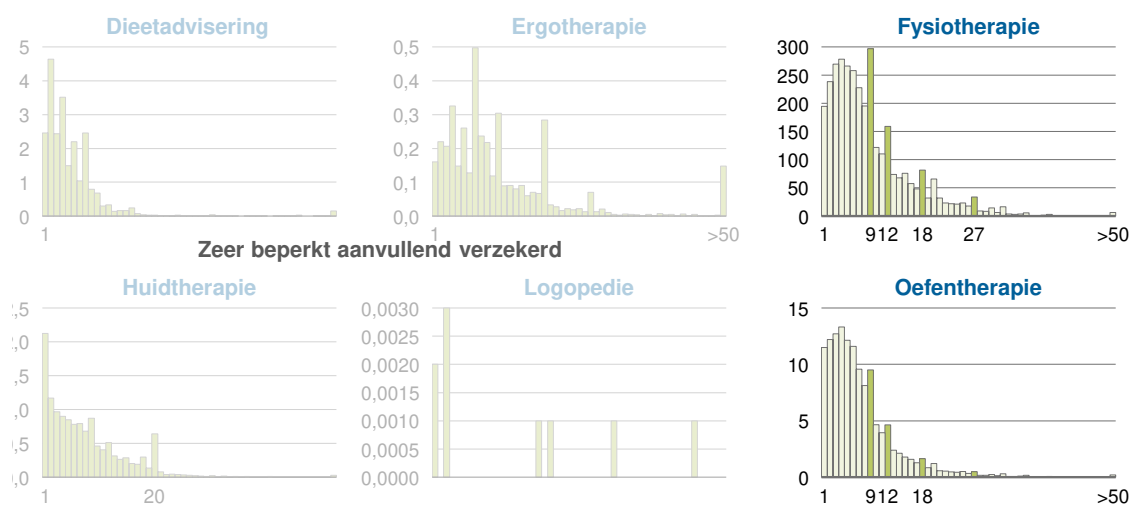
[y: aantal patiënten x 1.000; x: aantal zittingen in **basisverzekering**, 2018]



Figuur 37 – Verdeling van aantal zittingen (prestaties) per beroepsgroep in de basisverzekering. Bron: Vektis, declaratiedata 2018, analyse Gupta Strategists.

Verdeling van aantal zittingen

[y: aantal patiënten x 1.000; x: aantal zittingen in **aanvullende verzekering**, 2018]



Figuur 38 – Verdeling van aantal zittingen in de aanvullende verzekering (m.n. fysio- en oefentherapie, overige paramedische zorg is zeer beperkt aanvullende verzekerd). Bron: Vektis, declaratiedata 2018, analyse Gupta Strategists.

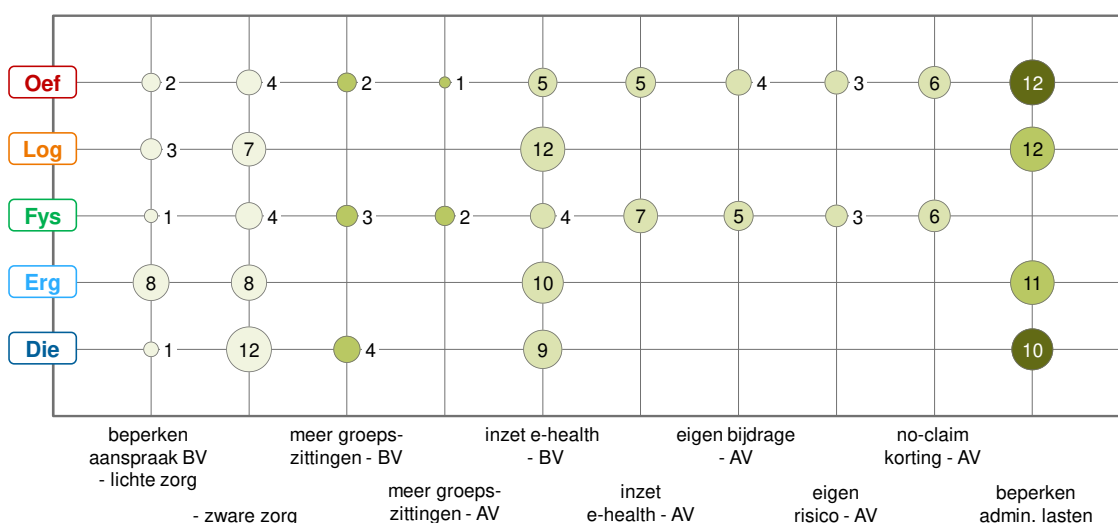
5.2. Impact en haalbaarheid van maatregelen verschillen per beroepsgroep

Figuur 39 laat per beroepsgroep het ingeschatte percentage besparing zien ten opzichte van de huidige zorgkosten en de ingeschatte haalbaarheid (hoe donkerder de kleur van de bol, hoe hoger de haalbaarheid). In het algemeen lijkt het beperken van administratieve lasten en de inzet van meer groepszittingen het meest haalbaar. De grootste financiële potentie zit in het beperken van administratieve lasten en de inzet van e-health. Voor het beperken van administratieve lasten geldt dat deze berekend is op basis van een toename in productiviteit, die ook nodig is om de productiviteitsstijging voor het normatieve gedeelte te bereiken. Om het volledige potentieel te bereiken moeten de besparingen dus uit andere maatregelen komen, bijvoorbeeld een betere ICT-infrastructuur, en moet in ieder geval breder gekeken worden dan de eisen vanuit verzekeraars.

Maximale financiële impact van mogelijke maatregelen per beroepsgroep

INDICATIEF

Bolgroote= besparing (% t.o.v. eigen zorgkosten); **kleur**= haalbaarheid (donkerder is haalbaarder)]



Figuur 39 - Opties om volume of kosten op termijn terug te dringen per beroepsgroep. Let op: potentieel bij hoog ambitieniveau, er is overlap tussen maatregelen (niet optelbaar). Bron: Vektis, 2018, analyse Gupta Strategists.

In de paragrafen hierna gaan we per beroepsgroep in op de resultaten van de inschatting van impact en haalbaarheid. Aan het eind staan we stil bij een aantal overkoepelende maatregelen en overwegingen.

5.2.1. Diëtetiek

De totale zorgkosten voor diëtetiek bedroegen in 2018 €45 mln, waarvan 96% in de basisverzekering⁶⁹. Wanneer het verschil tussen normatieve en werkelijke gemiddelde kostprijs uit onderdeel A 1-op-1 vertaald zou worden in een tariefstijging groeien de zorgkosten voor diëtetiek met €5 mln, los van eventuele andere effecten.

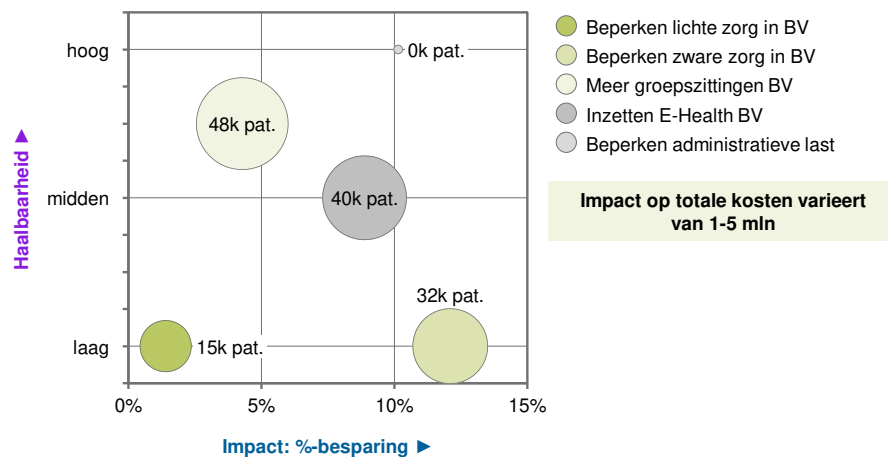
Het **verminderen van administratieve lasten** met 20% kan in een ambitieus scenario voor diëtetiek een besparing van ~10% (€5 mln) opleveren (Figuur 40). Naast beperken van administratieve lasten is een inschatting gemaakt van impact en haalbaarheid van het beperken van de aanspraak. Het **beperken van de aanspraak bij lichte zorg** (≤ 1 uur/patiënt) zien we voor diëtetiek niet als optie. De financiële impact hiervan is zeer klein (het aantal uur per patiënt kan voor deze groep immers al bijna niet lager) terwijl het wel veel patiënten raakt. Het **beperken van de aanspraak bij zware zorg** heeft wel behoorlijke financiële impact. Daarbij zijn patiënten die meer dan twee uur (8 kwartier) dieetadvisering ontvangen gedefinieerd als 'zwaar'. De haalbaarheid

⁶⁹ Vektis, declaratiedata paramedie 2018

schatten we voor beide opties echter laag in, omdat dit alleen bereikt kan worden door ofwel het beperken van de aanspraak via Zorginstituut Nederland óf door het invoeren van machtigingen bij grote aantallen. Het eerste is een langdurig traject en het andere betekent een verzwaring van administratieve lasten, terwijl we die in de paramedische zorg juist willen beperken.

Mogelijke acties diëtetiek

[x-as: besparing in % van huidige kosten; y-as: inschatting haalbaarheid; **bolgrootte**: aantal patiënten x 1.000] D



Figuur 40 – Diëtetiek, indicatieve inschatting van impact en haalbaarheid van mogelijke acties. Bron: Declaratiedata paramedische zorg (Vektis, 2018), analyse Gupta Strategists.

De potentiële impact van een grotere **inzet van e-health** is met €4 mln (9% van de zorgkosten) behoorlijk en vanuit de beroepsgroep is er ook interesse om hiermee aan de slag te gaan⁷⁰. Wel is men bang dat de onvermijdelijke toename van ICT/licentiekosten de besparing daarbij teniet zal doen. Daarnaast vraagt dit nadere afspraken met verzekeraars over inzet en passende vergoeding.

De potentiële impact van de **inzet van groepszittingen** is met €2 mln minder groot. We zijn er hierbij van uitgegaan dat de groep die meer dan 2 uur dieetadvisering ontvangt 30% van de behandelingen voortaan in een groepssetting kan ontvangen en dat zo'n zitting ~40% goedkoper is dan een individuele zitting.

De impact van het beperken van de **instroom uit het alternatieve circuit** en vanuit 'voedingshypes' is op basis van de declaratiedata niet in te schatten, maar helpt om onnodige zorg te voorkomen.

Tot slot is het voor diëtetiek zinvol om de mogelijkheden van **schaalvergroting** verder te onderzoeken. In hoofdstuk 2 zagen we immers dat er voor deze beroepsgroep wel degelijk een correlatie is tussen praktijkgrootte en productiviteit. De geïnterviewde praktijkhouders gaven overigens wel aan een grens aan schaalvergroting te ervaren: wanneer het werkgebied te groot wordt neemt het aantal andere zorgverleners om mee te overleggen fors toe en kan in dunbevolkte gebieden de reisafstand voor patiënten (te) groot worden.

⁷⁰ Bron: interviews *best practices* en discussie in begeleidingsgroep

5.2.2. Ergotherapie

De totale zorgkosten voor ergotherapie bedroegen in 2018 €48 mln, waarvan 98% in de basisverzekering⁷¹. Wanneer het verschil tussen normatieve en werkelijke gemiddelde kostprijs uit onderdeel A 1-op-1 vertaald zou worden in een tariefstijging groeien de zorgkosten voor ergotherapie met €7,2 mln, zo'n 15%.

Het verder **verminderen van administratieve lasten** zou in een ambitieus scenario (lasten 20% verlagen leidt tot een besparing van €6 mln, toename in productiviteit uit normatief scenario wordt volledig op andere wijze bereikt) voldoende tegenwicht bieden, maar is lastig te halen omdat de productiviteit in het normatieve scenario al sterk omhoog moet gaan t.o.v. de huidige situatie.

Het **beperken van zware zorg** levert potentieel een forse besparing op bij een relatief kleine patiëntenpopulatie. In de berekening is ervan uitgegaan dat in de groep met meer dan 8 uur/jaar de helft van de indicaties niet meer vergoed wordt. Dit komt neer op een besparing van €4 mln⁷². Hierbij gelden dezelfde overwegingen rondom wenselijkheid en nader onderzoek als beschreven aan het begin van dit hoofdstuk en voor de haalbaarheid als beschreven bij diëtetiek.

Toch loont het om als beroepsgroep en verzekeraars meer inzicht te verkrijgen in de populatie die relatief veel ergotherapeutische zorg gebruikt: wie zijn deze patiënten, om welke diagnose(n) gaat het, begrijpen we het hoge zorggebruik, welke zorg gebruiken ze nog meer? Dat ergotherapie kosteneffectief blijkt bij zowel lichte als zware zorg⁷³ wil immers niet zeggen dat het ook kosteneffectief is bij *iedereen* die in die categorieën valt.

Het **beperken van lichtere zorg** (<5 uur) levert bij de gehanteerde aannames een besparing op van €5 mln, maar zien we voor ergotherapie niet als haalbaar of wenselijk. De potentiële impact van een grotere **inzet van e-health** is met €5 mln aanzienlijk en waard om nader te onderzoeken.

Het potentiële effect van de **inzet van groepsbehandelingen** hebben we voor ergotherapie niet gekwantificeerd. Het vak ergotherapie draait immers om de redzaamheid van mensen in hun eigen woon-, leef- en werkomgeving, wat zich slecht laat verenigen met groepsbehandeling.

⁷¹ Vektis, declaratiedata paramedie 2018

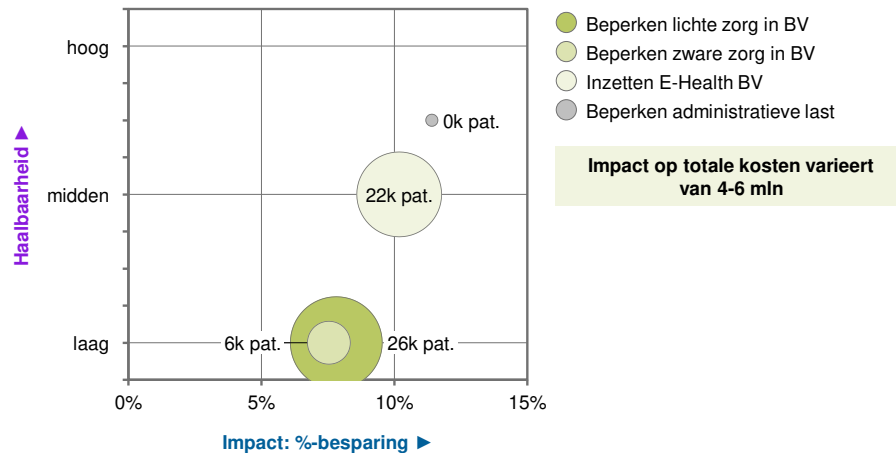
⁷² De maximale vergoeding van ergotherapie is 10 uur per jaar in de basisverzekering. De ruimte voor het beperken van 'zware zorg' is dan ook beperkt.

⁷³ o.a. Steultjens E et al. (2006). Ergotherapie: een effectief en goedkoop middel om vallen te voorkomen en ouderen hun zelfstandigheid te laten behouden. *Huisarts en Wetenschap*, 10, 490-495; Graff MJ et al. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7580):1196.

Mogelijke acties ergotherapie

[x-as: besparing in % van huidige kosten; y-as: inschatting haalbaarheid; **bolgrootte**: aantal patiënten x 1.000]

E



Figuur 41 - Ergotherapie, indicatieve inschatting van impact en haalbaarheid van mogelijke acties. Bron: Declaratiedata paramedische zorg (Vektis, 2018), analyse Gupta Strategists.

5.2.3. Fysiotherapie

De totale zorgkosten voor fysiotherapie liggen fors hoger dan die voor de andere beroepsgroepen en bedroegen in 2018 €1,5 miljard, waarvan €1 miljard in de aanvullende verzekering⁷⁴. Bij een tariefstijging van 12% groeien de zorgkosten met €183 mln (bij gelijkblijvende overige omstandigheden).

Twee derde van de zorgkosten voor fysiotherapie vallen in de aanvullende verzekering, wat ten opzichte van andere beroepsgroepen ook meer mogelijke knoppen om aan te draaien geeft. Hoewel de potentiële financiële impact van de knop '**beperken aanspraak zware zorg in de BV**' met €66 mln het grootst is, schatten we de haalbaarheid van acties in de aanvullende verzekering en het inzetten van *e-health* en groepszittingen hoger in (Figuur 35). Het potentieel is echter dusdanig groot dat inspanning vanuit zowel beroepsgroep als verzekeraars om deze 'zware zorg' verder te verkennen noodzakelijk is.

De (maximum) potentiële besparing van een **grotere inzet van e-health** is groot: €164 mln in BV en AV gezamenlijk. Hoewel we dit haalbaarder achten dan 'sleutelen' aan de aanspraak in de BV is het geen gelopen race. Zoals eerder al genoemd vraagt implementatie om een passende manier van vergoeden⁷⁵ en nader onderzoek naar het wenselijke aandeel per behandeltraject (*blended care*). Daarnaast vormen de beschikbare software en de medewerking van patiënten op dit moment nog een struikelblok. Niettemin is het cruciaal om deze beweging in gang te zetten, niet alleen vanwege de grote potentiële besparing maar ook vanwege de meerwaarde voor bepaalde indicaties als lage rugklachten en voor thuis oefenen, *follow-up* en psycho-educatie⁷⁶.

Ook de potentiële impact van de **inzet van groepszittingen** is aanzienlijk, €78 mln in BV en AV gezamenlijk. Daarbij is aangenomen dat bij meer dan 18 zittingen de helft van de behandelingen voortaan in een groepszitting wordt gedaan, en zo'n zitting 40% goedkoper is dan een individuele

⁷⁴ Vektis, declaratiedata paramedie 2018

⁷⁵ Of afspraken over een bepaalde minimuminzet van *e-health* in een *blended care* traject

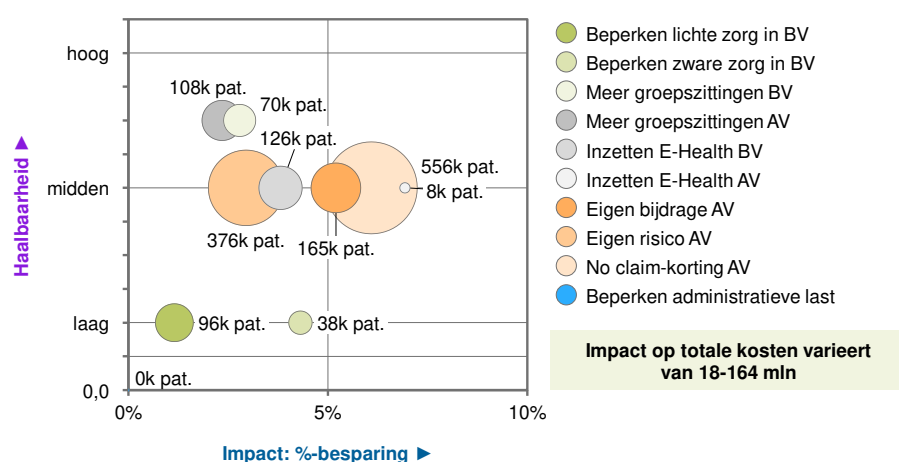
⁷⁶ Bron: interviews praktijken, zie bijlage IX.

zitting. De mogelijkheden hiervoor schatten we voor fysiotherapie hoger in dan voor andere beroepsgroepen, omdat het aantal patiënten groter is en logistiek daarmee beter te organiseren.

In de aanvullende verzekering zijn verschillende extra ‘knoppen om aan te draaien’: de invoering van een **eigen bijdrage**, **eigen risico** of een **no-claimkorting**. De potentiële impact daarvan is respectievelijk €79, €45 en €93 mln. Hoewel deze maatregelen in principe goed uitvoerbaar zijn, beïnvloeden ze de dynamiek in de AV en kiezen verzekeraars liever voor een premieverhoging dan voor het inzetten van deze instrumenten (zie hoofdstuk 4). Fysiotherapeuten geven aan dat een eigen bijdrage waarde kan hebben bij leefstijlveranderingen en om mensen beter te laten oefenen. Tegelijkertijd heeft het (afhankelijk van de hoogte van het bedrag) impact op de toegankelijkheid van fysiotherapeutische zorg.

Mogelijke acties fysiotherapie

[x-as: besparing in % van huidige kosten; y-as: inschatting haalbaarheid; **bolgrootte**: aantal patiënten x 1.000] F



Figuur 42 – Fysiotherapie, indicatieve inschatting van impact en haalbaarheid van mogelijke acties. Bron: Declaratiedata paramedische zorg (Vektis, 2018), analyse Gupta Strategists.

5.2.4. Logopedie

De totale zorgkosten voor logopedie bedroegen in 2018 €138 mln, vrijwel volledig in de basisverzekering⁷⁷. Wanneer het verschil tussen normatieve en werkelijke gemiddelde kostprijs uit onderdeel A 1-op-1 vertaald zou worden in een tariefstijging groeien de zorgkosten voor logopedie met zo’n €16,5 mln (ongeveer 12%). Ook hier geldt dat het verder **verminderen van administratieve lasten** in een ambitieus scenario voldoende tegenwicht zou bieden (besparing van €16 mln), maar wellicht lastig te halen is omdat de productiviteit in het normatieve scenario al sterk omhoog moet gaan t.o.v. de huidige situatie.

Het **beperken van de aanspraak op zware zorg** levert potentieel een besparing op van €10 mln. Daarbij is ervan uitgegaan dat in de groep met meer dan 34 zittingen, 20% van de indicaties niet meer vergoed wordt. Ook hier geldt dat de haalbaarheid in de praktijk afhangt van de precieze samenstelling van deze groep zorggebruikers. Het potentieel is in ieder geval ook hier dusdanig groot dat het zinvol is om hier als beroepsgroep en verzekeraars meer inzicht in te verkrijgen. Het **beperken van lichtere zorg** (<10 zittingen) levert een kleinere besparing op van maximaal €4 mln, terwijl het relatief meer patiënten raakt en lastig uitvoerbaar is.

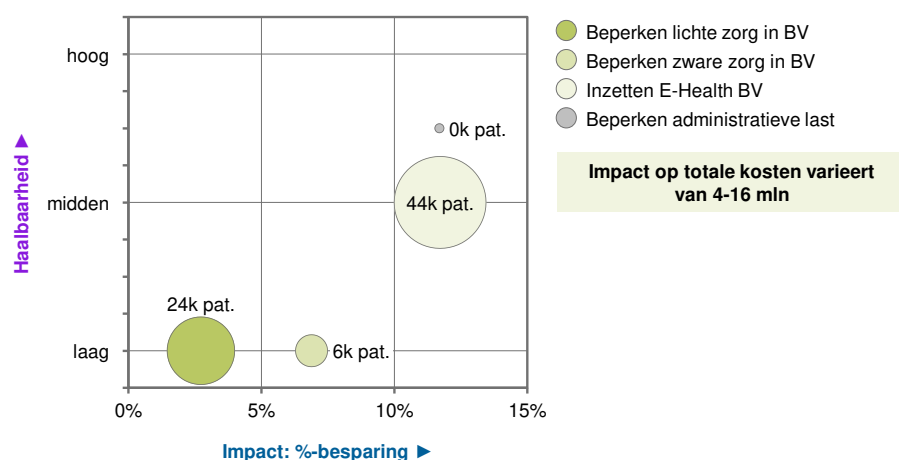
⁷⁷ Vektis, declaratiedata paramedie 2018

De potentiële impact van een grotere **inzet van e-health** is met €16 mln aanzienlijk. Vanuit de beroepsvereniging wil men hier ook meer op in gaan zetten, maar het zal nog wel tijd en energie kosten om iedereen daarin mee te krijgen. Zo gaven de geïnterviewde logopedisten aan slechts beperkt meerwaarde te zien: zij willen de patiënten 'aan tafel hebben', vooral bij gedragsverandering en slikproblemen.

Voor de **inzet van groepsbehandelingen** (niet gekwantificeerd) ziet men vanuit de beroepsgroep mogelijkheden voor specifieke patiëntenpopulaties zoals mensen met afasie, waarbij patiënten van elkaar kunnen leren. Het 'vullen' van zulke groepssessies zal vanwege de beperkte patiëntenaantallen echter een logistieke uitdaging vormen voor individuele praktijken.

Mogelijke acties logopedie

[x-as: besparing in % van huidige kosten; y-as: inschatting haalbaarheid; **bolgrootte**: aantal patiënten x 1.000]



Figuur 43 – Logopedie, indicatieve inschatting van impact en haalbaarheid van mogelijke acties. Bron: Declaratiedata paramedische zorg (Vektis, 2018), analyse Gupta Strategists.

5.2.5. Oefentherapie

De totale zorgkosten voor oefentherapie bedroegen in 2018 €53 mln, waarvan meer dan de helft in de aanvullende verzekering⁷⁸. Wanneer het verschil tussen normatieve en werkelijke gemiddelde kostprijs uit onderdeel A 1-op-1 vertaald zou worden in een tariefstijging groeien de zorgkosten voor oefentherapie met ongeveer €16 mln (30%).

Ook hier geldt dat alleen het verder **verminderen van administratieve lasten** zelfs in een ambitieus scenario (lasten 20% verlagen leidt tot een besparing van €6 mln, toename in productiviteit uit normatief scenario wordt volledig op andere wijze bereikt) onvoldoende tegenwicht biedt. De **inzet van e-health in BV en AV** zou voor oefentherapie in potentie €6 mln besparen.

Het **beperken van de aanspraak zware zorg in de BV** levert potentieel een besparing op van €2 mln. Daarbij is ervan uitgegaan dat in de groep met meer dan 24 zittingen, 20% van de indicaties niet meer vergoed wordt. Net als bij de andere beroepsgroepen schatten we de haalbaarheid hiervan op dit moment laag in, maar is het zinvol om meer inzicht te verkrijgen in deze groep zorggebruikers. Het **beperken van lichtere zorg in de BV** (<10 zittingen) levert een beperkte besparing op van maximaal €1 mln. Ook hiervan schatten we de haalbaarheid laag in.

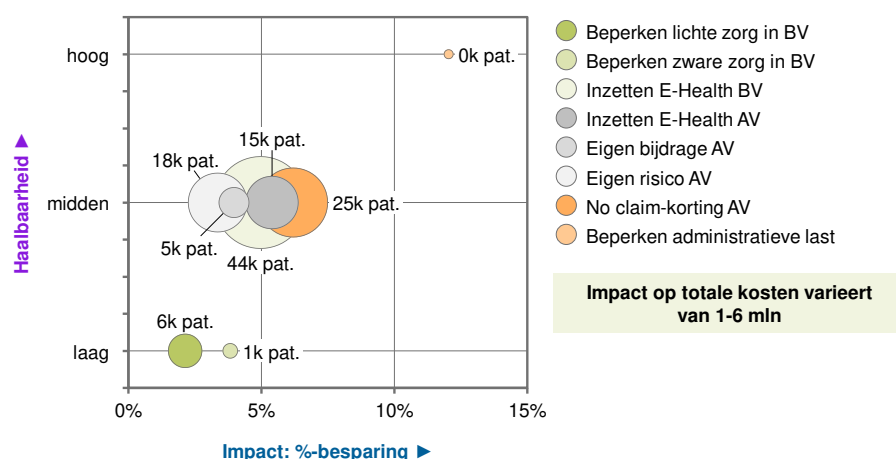
Net als bij fysiotherapie zijn er in de AV meer mogelijkheden voor verzekeraars om te sturen. Het effect van de invoering van een **eigen bijdrage** en een **eigen risico in de AV** leveren potentieel een

⁷⁸ Vektis, declaratiedata paramedie 2018

besparing van €2 mln. Het effect van een **no-claimkorting in de AV** ligt met €3 mln iets hoger. Alle drie de maatregelen zijn in principe haalbaar, maar kunnen op weinig enthousiasme rekenen bij de geïnterviewde zorgverleners én verzekeraars.

Mogelijke acties oefentherapie

[x-as: besparing in % van huidige kosten; y-as: inschatting haalbaarheid; **bolgrootte**: aantal patiënten x 1.000]



Figuur 44 – Oefentherapie, indicatieve inschatting van impact en haalbaarheid van mogelijke acties. Bron: Declaratiedata paramedische zorg (Vektis, 2018), analyse Gupta Strategists.

5.2.6. Overkoepelende maatregelen en overwegingen

Een overkoepelende mogelijkheid tot kostenbeheersing is het instellen van een vorm van **plafondafspraken**: het maximeren van het aantal behandelingen per zorgverlener per tijdseenheid, een omzetplafond per praktijk per jaar of een macrobeheersinstrument per gemeente, regio of heel Nederland. Een omzetplafond is daarvan praktisch het best uitvoerbaar, maar alle drie de instrumenten zijn eerder een noodmaatregel dan een wenselijke ontwikkeling.

Een minder 'botte bijl', maar ook met een minder zeker effect, is het stimuleren van het gebruik van **start- en stopcriteria** en het (nog) meer **betrekken van de patiënt**. Start- en stopcriteria horen bij het proces van richtlijnontwikkeling dat in de meeste beroepsgroepen al ingezet is. Dit proces kost echter tijd. Ook los van een richtlijn zou elke praktijk een proces van regelmatig evalueren⁷⁹ in hun werkwijze geïntegreerd moeten hebben. Beroepsgroepen kunnen bij zichzelf nagaan of hier al voldoende aandacht voor is. Hetzelfde geldt voor het nog meer betrekken van patiënt, ouders en/of mantelzorgers om de therapietrouw, het thuis oefenen en daarmee het uiteindelijke effect van de behandeling te verbeteren en de duur te bekorten.

Een andere manier om volume te beperken is het gebruik van de **behandelindex** binnen de fysiotherapie en wellicht ook andere beroepsgroepen. De behandelindex geeft het gemiddeld aantal behandelingen in een praktijk weer ten opzichte van alle praktijken met een vergelijkbare populatie⁸⁰ en maakt op die manier praktijkvariatie inzichtelijk⁸¹. Praktijken kunnen de behandelindex gebruiken als spiegelinformatie. Voor verzekeraars is het een maat voor de doelmatigheid van de zorg per praktijk, die zij gebruiken in het inkoopbeleid door een norm te

⁷⁹ Bijvoorbeeld: hoe is het beloop van de klachten, moet ik mijn aanpak aanpassen, kan ik beter terug- of doorverwijzen?

⁸⁰ De behandelindex houdt rekening met populatiekenmerken waar een praktijk geen invloed op heeft, zoals de verhouding man/vrouw, leeftijdsopbouw en de manier waarop patiënten hun zorg vergoed krijgen (aanvullende verzekering of Bijlage 1/'chronische lijst').

⁸¹ SKZ, Toelichting spiegelinformatie en behandelindex fysiotherapie, 19 juli 2017.

formuleren en daar een inspanningsverplichting of tariefstaffel aan te verbinden. Het verder verfijnen van de behandelindex en het uitbouwen van het gebruik ervan in de inkoopafspraken helpt om het volume in de hand te houden. Tegelijkertijd is het zaak om de administratielast van de index beperkt te houden. Recent zijn stappen gezet om tot één landelijke behandelindex te komen, gebaseerd op de data van vrijwel alle verzekeraars, in plaats van verschillende cijfers per verzekeraar. Daarnaast werkt men aan doorontwikkeling naar een resultaatindex, waarin naast behandelvolume ook het effect van de behandeling en het oordeel van de patiënt moet worden meegenomen. De verwachting van zo'n verbeterde behandelindex verschilt overigens sterk tussen fysiotherapeuten. De één gebruikt hem nu al intensief in de eigen verbetercyclus, de ander kijkt er nooit naar en zou dat ook niet doen bij een verfijnde versie⁸².

Zoals in de paragrafen hiervoor beschreven kan het beperken van administratieve lasten in potentie in elke beroepsgroep een forse verhoging van de productiviteit opleveren. Tegelijkertijd geven geïnterviewde zorgverleners aan dat er op dat gebied al veel gebeurd is de afgelopen tijd. Met andere woorden, het 'laaghangend fruit' lijkt al geplukt en er zullen nieuwe, grotere stappen nodig zijn. Vanuit de beroepsgroepen valt daarbij te denken aan het gezamenlijk investeren in betere software en vanuit verzekeraars aan het kritisch kijken naar de eisen die nu gesteld worden. Kunnen audits bijvoorbeeld tweejaarlijks in plaats van jaarlijks plaatsvinden, kunnen verschillende audits wellicht samengevoegd worden en is het nodig om voor alles een netwerk te hebben met elk zijn eigen eisen en (administratieve) verplichtingen?

Tot slot is het toevoegen van de eerste 20 behandelingen van de 'chronische lijst' voor fysio- en oefentherapie aan de basisverzekering het onderzoeken waard. Dit zou de duidelijkheid voor patiënten en zorgverleners vergroten en de administratielast - ook bij zorgverzekeraars - verlagen. Daarnaast kan het de overdracht van de tweede naar de eerste lijn verbeteren doordat patiënten minder financiële prikkel hebben om in de tweede lijn te blijven. Op dit moment moeten ze de eerste 20 behandelingen immers óf zelf betalen, óf zich hier aanvullend voor verzekeren⁸³. Een dergelijke overheveling van AV naar BV heeft echter zowel impact op de totale zorgkosten (geen eigen betalingen meer) als op de samenstelling van het aanvullend pakket en vraagt dan ook zorgvuldige afweging.

⁸² Bron: interviews fysiotherapiepraktijken.

⁸³ Wanneer hij aanvullend verzekerd is, krijgt een patiënt het in de polis vermelde maximaal aantal zittingen vergoed. Wat overblijft tussen dat maximum en de 21^e zitting betaalt men zelf. Vanaf de 21^e zitting vindt vergoeding plaats uit de basisverzekering.

Hoofdstuk 6 – Doorkijk naar een mogelijke toekomst

Hoofdstukken 3 t/m 5 beschreven (wijzigingen in) kosten, tarieven en volume in een toekomstige situatie waarin dezelfde zorgverleners dezelfde zorg verlenen als nu en daar op een vergelijkbare manier (per prestatie of tijdseenheid, ‘fee for service’) voor worden vergoed.

In het laatste onderdeel van dit onderzoek kijken we vooruit en verkennen we mogelijkheden om de waarde van paramedische zorg te vergroten en het aanwezige potentieel beter te benutten. We richten ons daarbij zowel op bekostigingsmodellen als op invulling van *de juiste zorg op de juiste plek*.

6.1. Andere bekostiging biedt oplossingsrichting voor huidige knelpunten

Het huidige bekostigingssysteem voor paramedische zorg biedt weinig stimulans om het gewenste behandelresultaat zo snel mogelijk te bereiken. Paramedische zorgverleners krijgen immers betaald voor het aantal keer dat ze een patiënt zien en voor de patiënten ‘wordt de zorg toch wel vergoed’⁸⁴. Pas als het maximaal aantal vergoede zittingen in de buurt komt, realiseren veel patiënten zich dat het tijd wordt om de behandelingen af te ronden. Ook bestaat er een drempel voor paramedische zorgverleners om door te verwijzen naar andere zorgverleners, omdat ze daarmee hun eigen inkomsten verminderen, en zijn er geen financiële prikkels ingebouwd voor preventie- of coördinatie-activiteiten. Aan de andere kant is het een eenvoudig systeem waarin duidelijk is voor welke zorgactiviteiten men betaalt⁸⁵.

Het hervormen van de bekostiging biedt kansen om de beloning van zorgverleners veel directer te richten op waar het om gaat: goede, toegankelijke zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. In de paragrafen hierna schetsen we een aantal oplossingsrichtingen voor ongewenste prikkels in het huidige bekostigingssysteem: betalen op uitkomsten, invoeren abonnementsmodel, invoeren eigen bijdrage, integrale behandelkosten en maatwerkafspraken (Figuur 45).

Huidige bekostiging	► Ongewenste prikkel	► Mogelijke oplossing
Betalen per prestatie (fee-for-service)	Mogelijk langer doorbehandelen dan noodzakelijk	Betalen op uitkomst
	Geen prikkel voor preventie en innovatie	Abonnementsmodel
Alle kosten van prestatie gedekt door verzekering	Mogelijk langer doorbehandelen dan noodzakelijk	Eigen bijdrage
Betalen per beroepsgroep	Zorgverleners verwijzen mogelijk minder snel door	Integrale behandelkosten
Weinig differentiatie in inkoop	Geen prikkel voor excellente kwaliteit en investeringen	Maatwerkafspraken

Figuur 45 - Ongewenste prikkels in het huidige bekostigingssysteem met oplossingsrichtingen voor verbetering.

⁸⁴ Dit verschilt wel per beroepsgroep: beperkingen op de totale behandelduur nemen deze prikkel/tendens gedeeltelijk weg. Dit is bijvoorbeeld het geval bij diëtetiek waar trajecten doorgaans maximaal drie uur mogen duren.

⁸⁵ Zie o.a. Zorginstituut Nederland, Systeemadvies fysio- en oefentherapie (2016) voor toelichting op voor- en nadelen van fee-for-service en andere bekostigingssystemen.

6.1.1. Betalen op uitkomsten

In plaats van betalen per prestatie is het denkbaar om te gaan betalen voor uitkomsten van paramedische zorg: de enkel weer kunnen belasten (fysiotherapie), geen rugpijn meer (oefentherapie), gewichtsafname (diëtetiek) of verminderde zichtbaarheid van een litteken (huidtherapie). Door een uitkomst vooraf af te spreken (tussen patiënt en zorgverlener) en daarover een passende betaling te bepalen (tussen zorgverlener en zorgverzekeraar) verdwijnt de prikkel om langer door te behandelen dan noodzakelijk. De zorgverlener wordt direct beloond voor het zo effectief en efficiënt mogelijk behandelen van de klacht. Betalen op basis van uitkomst is vooral geschikt voor niet-chronische aandoeningen, waar de meerderheid van de paramedische behandelingen op gericht is⁸⁶. Aan betalen op basis van uitkomsten zitten allerlei inhoudelijke en praktische haken en ogen: hoe meet je uitkomsten dan? Komt er niet extra administratie bij? Wat als de patiënt meer behandeling wil, in het bijzonder als het om zorg gaat in de aanvullende verzekering? Ook kan een dergelijk systeem uitnodigen om te sturen op een lichte *casemix*.

6.1.2. Abonnementsmodel en hybride variant

Bij een abonnementssysteem ontvangen zorgaanbieders een vast bedrag per persoon per periode. Dit inschrijftarief omvat niet alleen de zorg die in het kader van een behandeling geleverd wordt maar ook preventieve en coördinerende activiteiten. Afhankelijk van het abonnementsbedrag ligt er meer of minder risico bij de zorgaanbieder: bij hetzelfde bedrag per patiënt zal de ene patiënt immers meer zorg nodig hebben dan de ander. Deze manier van bekostigen kan dan ook de kans op onderbehandeling of risicoselectie vergroten. Tegelijkertijd is er een duidelijke prikkel voor innovatie en preventie: (nieuwe) manieren vinden om de populatie gezond te houden betekent immers dat de zorgverlener wel abonnementsinkomsten ontvangt maar niet hoeft te behandelen.

Een voorbeeld van een abonnementsmodel is het inschrijftarief voor huisartsen. Dat past ook bij de poortwachtersfunctie van de huisartsen in het huidige systeem: de huisartsenzorg is buiten het eigen risico om toegankelijk en vrijwel iedereen heeft een 'eigen' huisarts. In de huidige bekostiging van de huisartsenzorg is een deel van de inkomsten afkomstig uit een abonnementstarief, een deel per consult en een deel op basis van uitkomsten. Voor de paramedische (beweeg)zorg zou een dergelijk systeem kunnen werken als de fysio- of oefentherapeut een coördinerende rol krijgt voor beweegzorg in de eerste lijn, gecombineerd met resultaatafspraken en afspraken over het voorkómen van zorg in de tweede lijn.

Het meest voor de hand liggend is zo'n model voor de groep die nu veel gebruik maakt van fysiotherapie. Een abonnementstarief of 'pakketprijs' voor deze groep geeft de fysio- of oefentherapeut ruimte voor een gecombineerde aanpak met bijvoorbeeld een deel individuele zittingen, een deel groepsbehandeling en een deel online begeleiding. Omdat alles uit een vast bedrag komt is er daarnaast een prikkel om duidelijke afspraken te maken met de patiënt over diens bijdrage aan het behandeltraject en wanneer de behandeling stopt – bijvoorbeeld bij onvoldoende therapietrouw of als verdere verbetering uitblijft.

6.1.3. Eigen bijdrage

Hier namen we in hoofdstuk 5 al een voorschot op bij de inschatting van de impact op fysio- en oefentherapie in de aanvullende verzekering. We schatten daar de haalbaarheid op de korte termijn laag in. Op de langere termijn is er echter wel wat voor te zeggen om patiënten direct te laten meebetalen aan hun paramedische behandeling. Nu is vrijwel altijd sprake van een alles-of-niets-systeem: als je vergoeding krijgt vanuit BV of AV zijn alle kosten gedekt. Door een eigen

⁸⁶ Bijvoorbeeld: fysiotherapie is twee derde van de behandelingen voor een niet-chronische aandoening. Bron: Zorgprisma publiek.nl (Vektis)

bijdrage in te stellen krijgen patiënten een stimulans om met de paramedisch zorgverlener in gesprek te gaan over hoe de behandeling zo goed en snel mogelijk kan worden uitgevoerd. De prikkel voor patiënten om de vergoeding 'op' te maken en juist lang door te willen behandelen omdat ze daar 'recht op hebben' verdwijnt. Eigen bijdragen voor fysiotherapie zijn gebruikelijk in bijvoorbeeld Duitsland, Spanje en de Verenigde Staten⁸⁷. Ook in eigen land kennen we verschillende voorbeelden van eigen bijdragen binnen de Zvw, bijvoorbeeld voor kraamzorg en bepaalde genees- of hulpmiddelen. Voor sommige vergoedingen binnen bepaalde AV's geldt ook een eigen bijdrage (bijv. voor mondzorg of alternatieve zorg), omdat maar 75% of 80% wordt vergoed.

6.1.4. Integrale bekostiging

Betalen op basis van integrale behandelkosten, over disciplines heen, kan de prikkel wegnemen om een patiënt door te behandelen vanuit hetzelfde paramedische vak. Door een bedrag af te spreken voor een 'mandje' of pakket aan zorg, bijvoorbeeld herstel na een knieoperatie of ketenzorg COPD, kunnen de betrokken zorgverleners onderling afstemmen hoe ze de zorg zo goed mogelijk bieden. Binnen zo'n 'mandje' staat niet vast welke en hoeveel zorg patiënten precies krijgen. Deze manier van bekostigen toont gelijkenissen met de dbc's in ziekenhuiszorg, keten-dbc's in de eerste lijn en integrale bekostiging van kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV).

Keten-DBC's in de eerste lijn bestaan al voor een aantal chronische aandoeningen, waaronder diabetes type II. De hoofdcontractant is daarbij een zorggroep, die met de zorgverzekeraar onderhandelt over de tarieven. In een zorggroep zijn meerdere zorgverleners verenigd. Dat kan op verschillende manieren: door de betrokken disciplines in dienst te hebben of door de zorgverleners te contracteren. In het laatste geval onderhandelen de zorgverleners niet met de verzekeraar, maar met de zorggroep over hun diensten en tarief. Hier is nog wat te winnen: in het bestuur van de meeste zorggroepen zijn de paramedische disciplines zwak vertegenwoordigd. Zoals een van de geïnterviewde praktijkhouders het verwoordt: "Ook bij de zorggroep is het tekenen bij het kruisje". Een verbetering zou zijn om bij opening van het ketenzorgtraject te bepalen welke vormen van zorg bij deze patiënt nodig zijn en het budget op die manier te labelen⁸⁸.

6.1.5. Meer zorgsturing en differentiatie in inkoop

In alle bekostigingsvarianten, ook binnen het huidige systeem, hebben verzekeraars de keuze in welke mate zij zorg sturen. De door ons geïnterviewde praktijkhouders van *best practice* praktijken geven aan op dit gebied meer te verwachten van verzekeraars. Zij willen graag inzetten op innovatie en multidisciplinaire samenwerking. Het huidige inkoopbeleid ervaren zij als tegenstrijdig. Aan de ene kant is het beeld dat men praktijken wil die innovatieve concepten ontwikkelen, aantoonbaar minder zorg per patiënt leveren⁸⁹ en aan diverse kwaliteitseisen voldoen. Aan de andere kant ervaren praktijkhouders te weinig differentiatie: het tariefverschil tussen een pluspraktijk en een niet-pluspraktijk is beperkt, het stempel 'pluspraktijk' betekent te weinig en praktijken die een stap verder willen zetten dan de eisen ervaren nauwelijks mogelijkheden voor maatwerkafspraken.

⁸⁷ Hierbij dient opgemerkt te worden dat het zorgsysteem en de inrichting van de (eerstelijns) paramedische in deze landen verschilt van dat in Nederland.

⁸⁸ Bron: interviews praktijken

⁸⁹ Op basis van de behandelindex

6.2. Paramedische zorg bij uitstek geschikt voor rol in *juiste zorg op de juiste plek*

Paramedici hebben een belangrijke rol in het realiseren van *de juiste zorg op de juiste plek*⁹⁰. Daarbij staan het voorkómen, verplaatsen en vervangen van zorg centraal. Deze transformatie kan op tal van manieren worden ingevuld.

6.2.1. *Potentieel voor substitutie in eerste en tweede lijn door paramedici*

Op het gebied van substitutie is de afgelopen jaren een beweging ingezet van de tweede naar de eerste lijn. Daarnaast zijn er initiatieven in de eerste lijn, waarin paramedici bepaalde onderdelen van de huisartsenzorg overnemen. Dit betreft nog vaak relatief kleine, afgebakende patiëntgroepen, bijvoorbeeld behandeling van slaapproblemen door de oefentherapeut en eczeemzorg door de huidtherapeut⁹¹.

Qua volume is het potentieel voor substitutie het grootst voor beweegzorg: fysiotherapie en oefentherapie, eventueel gecombineerd met ergotherapie. Verzilveren van dit potentieel vraagt invulling van een aantal voorwaarden: het verder ontwikkelen van kwaliteitseisen en richtlijnen (wat moet wanneer op welke plek worden behandeld), het verder wetenschappelijk onderbouwen van de meerwaarde, een grotere organisatiegraad van paramedici en een ondersteunende bekostigingsstructuur. Paramedici vragen daarbij een meer directieve rol van zorgverzekeraars om 'de juiste zorg op de juiste plek' te krijgen: substitutie levert immers alleen baten op als er ook daadwerkelijk minder betaald wordt in de tweede lijn. Verzekeraars zouden hier strenger in moeten zijn en bepaalde tweedelijnszorg bijvoorbeeld pas vergoeden als men eerst bij een paramedicus is geweest.

Een andere interessante oplossingsrichting is het verregaand verplaatsen van (beweeg)zorg van de huisarts naar paramedici. Mensen die zich met klachten aan het bewegingsapparaat melden bij de huisarts, zouden bijvoorbeeld direct kunnen worden gezien door de fysiotherapeut, zonder tussenkomst van de huisarts. Mocht de fysiotherapeut inschatten dat er iets 'niet pluis' is, verwijst hij door naar de huisarts. In alle andere gevallen pakt hij zelf de zorgvraag op en ontlast daarmee de huisarts. Een pilot met deze manier van werken in het Verenigd Koninkrijk is succesvol gebleken⁹² en ook vanuit Zweden is het op deze manier inzetten van de fysiotherapeut beschreven⁹³. Ook in Nederland zijn er al voorbeelden beschikbaar, zoals de POH-beweegzorg: de fysiotherapeut werkt hierbij onder verantwoordelijkheid van de huisarts volgens de NHG-standaarden en geeft vanuit zijn of haar specifieke expertise advies bij problemen met het bewegingsapparaat⁹⁴.

Hetzelfde is denkbaar voor andere paramedische disciplines als logopedie en diëtetiek. Om de huisarts 'uit de *loop*' te houden, is het nodig dat de verschillende zorgverleners intensief samenwerken en zich verenigen in bijvoorbeeld een gezondheidscentrum. Ook is actieve triage cruciaal: voor iedereen die contact opneemt met de huisarts moet worden nagegaan of er een andere zorgverlener is bij wie de patiënt beter terecht kan.

⁹⁰ Zie o.a. Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 (20 juni 2019).

⁹¹ Andersson Elffers Felix, zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau (2019).

⁹² The front line of England's NHS is being reinvented, The Economist, 27 juni 2019; <https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/improving-gp-access-physiotherapy> (geraadpleegd op 7 januari 2020) en Downie et al. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. Br J Gen Pract 2019.

⁹³ Samsson et al. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomized controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders (2016) 17:257

⁹⁴ Andersson Elffers Felix, zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau (2019).

6.2.2. Potentieel voor preventie door paramedici

Een bewezen effectieve vorm van preventie is het voorkomen van diabetes en cardiovasculaire aandoeningen door leefstijlinterventie met dieetadvisering⁹⁵ (zie ook box).

Preventie diabetes mellitus type II diëtetiek

In 2018 waren circa 1,2 mln patiënten met diabetes mellitus type II (DMII) onder behandeling bij de huisarts. Naast diabetes-gerelateerde complicaties leidt DMII ook tot een stijging in cardiovasculaire aandoeningen zoals hartinfarcten en nierfunctiestoornissen. In 2017 waren de totale zorguitgaven voor DMII €1,6 mrd (volksgezondheidenzorg.info). Deze kosten zullen blijven stijgen bij toenemende incidentie van overgewicht en obesitas.

Leefstijlinterventies blijken een effectieve vorm van preventie voor het ontwikkelen van DMII¹. Internationaal onderzoek toont aan dat dieetadvisering als onderdeel van een leefstijlinterventie leidt tot een reductie in lichaamsgewicht, glucose-intolerantie en daarmee tot een verminderde incidentie van DMII voor volwassenen met overgewicht en obesitas. De reductie in DMII kan oplopen tot 58% over 3 jaar, met een blijvende reductie van 34-43% in de loop van 7-15 jaar. Daarnaast is leefstijlinterventie met dieetadvisering sterk geassocieerd met een reductie in cardiovasculaire aandoeningen en mortaliteit. De meer intensieve programma's zijn het meest effectief gebleken voor het bereiken van een blijvend effect (Evert et al., Diabetes Care, 2019).

Een andere vorm van preventie is het verbeteren van de uitgangspositie van de patiënt bij een operatie of ander intensief behandeltraject⁹⁶. Een patiënt met onvoldoende conditie en veerkracht voor de operatie heeft een verhoogd risico op complicaties en een vertraagd of onvolledig herstel⁹⁷. Dat is niet in het belang van de patiënt en verhoogt bovendien de zorgkosten, onder meer omdat het langduriger en minder voorspelbare zorg vraagt. Bij de zogenoemde persoonsgerichte perioperatieve netwerkzorg worden patiënten met een verhoogd risico vóór hun geplande operatie geïdentificeerd. Zij krijgen op maat advies en hulp aangeboden om hun conditie te verbeteren, ook al vóór de operatie. Deze preoperatieve revalidatie omvat vaak lichamelijke en functionele training gecombineerd met een voedingsadvies en zo nodig psychologische ondersteuning.

Een ander voorbeeld waarbij meerdere paramedische disciplines een rol kunnen spelen is het verminderen van valincidenten bij ouderen door valtraining en het voorkomen van ondervoeding⁹⁸.

Tabel 7 geeft per paramedische beroepsgroep een (niet-limitatief) overzicht van mogelijkheden voor substitutie en preventie. Niet alles op deze lijst is al bewezen (kosten)effectief; bewijsvoering in de vorm van wetenschappelijk of *practice based* onderzoek kost tijd en zal de komende jaren aandacht blijven vragen.

⁹⁵ Mitchell LJ et al. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Acad Nutr Diet (2017) 1941-62.

⁹⁶ Bijvoorbeeld voorkomen van ondervoeding tijdens chemotherapie.

⁹⁷ Richtlijn Perioperatief voedingsbeleid. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, nov 2017.

⁹⁸ Zie o.a. Liao CD, Tsao JY, Wu YT et al. Effects of protein supplementation combined with resistance exercise on body composition and physical function in older adults: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2017 Oct;106(4):1078-1091.

Diëtetiek	Bron
Voorkomen van ondervoeding bij kwetsbare ouderen om zorgkosten in Wlz en MSZ te voorkomen	Kok & Scholte, 2014
Betrekken van diëtist en verloskundige bij zwangerschapsdiabetes i.p.v. in ziekenhuis	NVD
Aanpassen voeding bij prikkelbare darmsyndroom voorkomt consult en coloscopie MDL-arts	NVD
Dieetadvisering bij overgewicht en comorbiditeit voorkomt ziekenhuisopnames en medicijngebruik	Lammers & Kok, 2012
Ergotherapie	Bron
Inzetten ergotherapie bij thuiswonende dementeerde patiënten om zelfredzaamheid te verhogen, mantelzorger te ontlasten en zorgkosten te besparen	Lammers & Scholte, 2014
Overbodig maken van slaapmedicatie door inzet paramedische behandeling bij slaapproblemen	AEF, 2019
Fysiotherapie	Bron
Verminderen mortaliteit, functieverlies en heropnames door inzet hartrevalidatie aan huis bij oudere hartpatiënten na ontslag uit ziekenhuis	AEF, 2019
Voorkomen dotterbehandeling bij perifeer vaatlijden door inzet gesuperviseerde looptraining als niet-invasief alternatief	o.a. Fokkenrood, 2014; Van den Houten, 2016; NHG, 2014.
Voorkomen onnodige invasieve zorg door inzet conservatieve (fysiotherapeutische) behandeling van schouderklachten	o.a. Haahr et al., 2004; Ryösaä et al, 2017; Ketola et al., 2017.
Huidtherapie	Bron
Voorkomen doorstroom naar 2 ^e lijn door inzet eczeemzorg-consult	AEF, 2019
Voorkomen doorstroom naar 2 ^e lijn door inzet laserbehandeling	NVH
Voorkomen doorstroom naar 2 ^e lijn door inzet huidtherapeutische nazorg bij borstkanker en lymfoedeem	NVH
Preventie van huidkanker door advies en screening door huidtherapeut	NVH
Logopedie	Bron
Voorkomen van doorstroom naar speciaal onderwijs met 30 procent door vroegtijdig signaleren van taal- en spraakstoornissen	Berden & Kok, 2012
Voorkomen stemproblemen bij bijvoorbeeld docenten door stemtraining	NVLF
Uitvoeren van FEES-slikonderzoek door logopedist in plaats van KNO-arts	AEF, 2019
Oefentherapie	Bron
Voorkomen van zorgkosten in de tweede lijn door behandelen van patiënten met chronische pijn door oefentherapeut	AEF, 2019
Voorkomen doorstroom naar 2 ^e lijn (neuroloog, KNO-arts) of medicatie door inzet slaapoefentherapie	AEF, 2019; NHG 2014
Verhogen van succes en voorkomen diagnostisch onderzoek in de 2 ^e lijn door behandelen van patiënten met SOLK door psychosomatisch therapeut	AEF, 2019
Alle beweegzorg en diëtetiek	Bron
Versnellen van herstel en verminderen van complicaties door betere startcondities bij perioperatieve netwerkzorg (better in, better out)	o.a. Snow et al., 2014; Van der Plas, 2015
Verminderen van valincidenten bij ouderen door valpreventietraining en voorkomen ondervoeding	AEF, 2019; Liao, 2017.

Tabel 7 – Potentieel voor substitutie en preventie door paramedische beroepsgroepen (niet limitatief). Bronnen op volgorde van tabel:

- Snow R et al. Associations between preoperative physical therapy and post-acute care utilization Patterns and cost in total joint replacement. *J Bone Joint Surg Am.* 2014;96:e165(1-8).

- Van der Plas M et al. Pak ondervoeding structureel aan. Medisch Contact, 21 oktober 2015.
- Andersson Elffers Felix, zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau (2019).
- Kok L & Scholte R (2014). Ondervoeding onderschat: De kosten van ondervoeding en het rendement van medische voeding. (SEO-rapport; Nr. 2014-11). Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Lammers M & Scholte R (2014). Ergotherapie doet er toe. (SEO-rapport; Nr. 2014-51). Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Fokkenrood HJ et al. Significant savings with a stepped care model for treatment of patients with intermittent claudication. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2014;48(4):423-9.
- Van den Houten MM et al. Cost-effectiveness of supervised exercise therapy compared with endovascular revascularization for intermittent claudication. Br J Surg. Aug 2016. Epub.
- NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden, 2014.
- Haahr et al. Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. Ann Rheum Dis 2005;64:760-764.
- Ryösä A et al. Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. Disabil Rehabil. 2017 Jul;39(14):1357-1363.
- Ketola S et al. Arthroscopic decompression not recommended in the treatment of rotator cuff tendinopathy: a final review of a randomised controlled trial at a minimum follow-up of ten years. BJJ. 2017 Jun;99-B(6):799-805.
- Berden C & Kok L (2012). De waarde van Logopedie. (SEO-rapport; Nr. 2012-69). Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen, 2014.
- Liao CD, Tsao JY, Wu YT et al. Effects of protein supplementation combined with resistance exercise on body composition and physical function in older adults: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2017 Oct;106(4):1078-1091.

Bijlagen

I. Begeleidingsgroep

De begeleidingsgroep voor dit onderzoek is in de periode september 2019 - januari 2020 tweewekelijks bijeengekomen en bestond uit:

- Boudewijn de Ridder, PPN
- Carlijn Koopal, Zilveren Kruis
- Hans Redeker, KNGF
- Harm Frederik Snijder, ZN
- Joris Ament, CZ
- Marije de Leur, SKF
- Mick Loos, KNGF
- Sjoerd Terpstra, ZN
- Theo van der Bom, PPN

Tijdens een tweedaagse bijeenkomst op 10 en 11 december 2019 zijn de tussentijdse resultaten besproken. Vanaf dit moment sloten ook vertegenwoordigers van de afzonderlijke beroepsorganisaties aan.

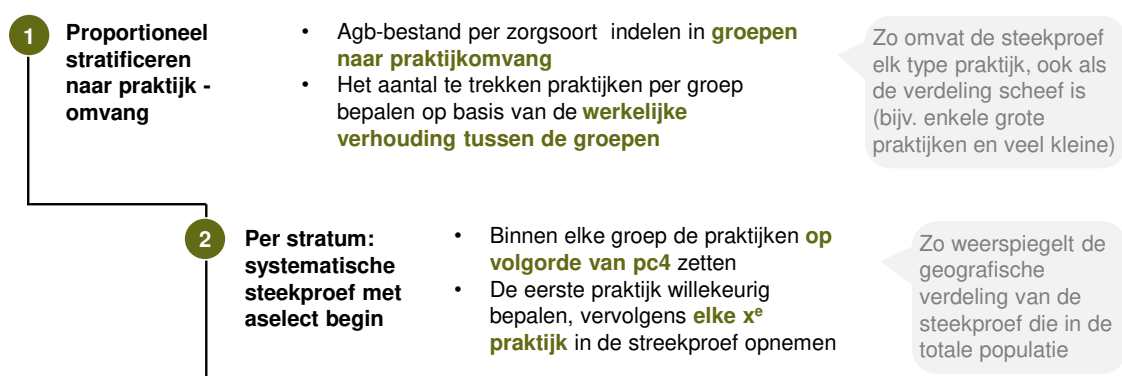
Bij het bestuurlijk overleg waaruit dit onderzoek voortkwam zijn ook het ministerie van VWS en Patiëntenfederatie Nederland betrokken. Zij zijn echter geen opdrachtgever van het kostenonderzoek. Om het perspectief te waarborgen zijn de tussentijdse resultaten van het onderzoek informeel besproken met de NPF. Ook de consumentenbond is voor zo'n informeel overleg uitgenodigd, maar zij zagen daar geen aanleiding toe voor afronding van het onderzoek.

II. Steekproef

Steekproefkader

Als steekproefkader is de meest recente AGB-lijst voor alle beroepsgroepen gebruikt (Vektis, september 2019). Hieruit is op AGB-code van de onderneming per zorgsoort (beroepsgroep) een gestratificeerde steekproef getrokken met aselekt begin (Figuur 46), met als doel om tot een representatieve mix van postcode en praktijkgrootte te komen.

Trekken van een gestratificeerde steekproef met aselekt begin



Figuur 46 - Steekproeftrekking per zorgsoort in twee stappen.

Als maat voor de praktijkgrootte is het aantal behandelaars per praktijk gebruikt (Tabel 8). Dat is een pragmatische keuze, omdat het op het moment van steekproeftrekking niet mogelijk was om gebruik te maken van de bij Vektis beschikbare gedeclareerde omzet: daarvoor hadden *alle* praktijken in Nederland eerst toestemming moeten geven voor gebruik van hun declaratiegegevens.

[aantal behandelaars]	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Eénpitter	1	1	1	1	1
Klein	2-10	2-10	2-10	2-10	2-10
Middel			11-20		
Groot	>10	>10	>20	>10	>10

Tabel 8 – Groottecategorieën praktijken, op basis van aantal behandelaars.

Steekproefgrootte

Bij het bepalen van de steekproefgrootte voor het kostenonderzoek is met de volgende zaken rekening gehouden:

- 1) De vragenlijst heeft meerdere doelen: we zijn zowel geïnteresseerd in proporties (percentages) als in gemiddelden (van continue variabelen). Om een proportie goed in te kunnen schatten is bij dezelfde betrouwbaarheid en foutmarge een grotere steekproef nodig dan voor gemiddelden (zie formules in box 1). Bij het bepalen van de steekproefgrootte zijn we uitgegaan van de *grootste* minimaal vereiste steekproefomvang.
- 2) Bij het bepalen van de steekproefgrootte waren de werkelijke spreiding in gemiddelden en de te verwachten proporties nog onbekend. Hoe kleiner de spreiding, hoe kleiner de benodigde steekproef.

Gebruikte formules

Benodigde steekproefgrootte voor bepalen proportie:

De steekproefgrootte is bepaald o.b.v. de statistische formule voor een eindige populatie (zie onder), waarbij N = aantal praktijken (zie tabel 1), n = minimale steekproef, z = 1,96 (kritieke waarde behorende bij het gangbare betrouwbaarheidspercentage van 95%), p = kans op bepaald antwoord = 50%, F = foutmarge = 10%.

$$n \geq \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2}$$

Benodigde steekproefgrootte voor bepalen gemiddelde:

De steekproefgrootte is bepaald o.b.v. de volgende formule, waarbij n = minimale steekproef, z = 1,96 × standaardafwijking (kritieke waarde behorende bij het gangbare betrouwbaarheidspercentage van 95%), Δ = acceptabel geacht verschil (standaardfout).

$$n \geq \left[\left(\frac{z}{\Delta} \right)^2 \right]$$

Dit leverde een beoogd aantal deelnemende praktijken van ~90 per beroepsgroep op. Hoewel er voor zorgaanbieders geen wettelijke verplichting tot medewerking was aangezien dit onderzoek niet in opdracht van de NZa plaatsvond, was het responspercentage gezien het belang voor de verschillende beroepsgroepen en de voorgeschiedenis toch vrij hoog ingeschat (~75%). Om die

reden zijn in eerste instantie in totaal 648 praktijken uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Hoewel gebruik is gemaakt van de meest recente AGB-lijst, bleek tijdens het nabellen van praktijkhouders dat sommige praktijken niet bestonden in 2018, of in 2019 reeds opgeheven waren. In samenwerking met Vektis zijn daarom 189 praktijken geïdentificeerd die in 2018 óf 2019 niet declareerden. In totaal blijven er daarmee 459 ‘werkende’ praktijken over die in de eerste steekproef vallen (nog zonder huidtherapie, zie hieronder).

Al snel na uitnodigen bleek echter dat het beoogde aantal deelnemers op basis van de eerste steekproef niet gehaald zou worden en is een tweede steekproef getrokken. Op basis van het op dat moment hoogste responspercentage uit de eerste steekproef (~40%, ergotherapie) zijn toen nog eens 919 praktijken uitgenodigd⁹⁹. Daarnaast stelden de KNGF (fysiotherapie) en NVLF (logopedie) een bedrag van €250 beschikbaar per deelnemende praktijk en de NVD een bedrag van €70 plus €10 voor elke werknemer in de praktijk naast de praktijkhouder. De ergotherapeuten die deel hebben genomen aan het onderzoek konden middels een bewijs van deelname hun bijdrage invoeren in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Alle aangeschreven praktijken uit zowel de eerste als de tweede steekproef zijn meerdere keren opnieuw benaderd om deel te nemen, zowel per mail als telefonisch.

Voor huidtherapie is de steekproef op een later moment en op een andere manier getrokken, omdat in het oorspronkelijke AGB-bestand van Vektis de huidtherapiepraktijken niet apart te filteren waren uit de code voor ‘overige zorgsoorten’. In afstemming met de NVD is nagedacht over een ander steekproefkader; dat werd een nieuw bestand van Vektis met AGB-codes die in 2018 oedeem- of litteken therapie hadden gedeclareerd¹⁰⁰. Dit waren er 260. Hieruit is een steekproef van 180 praktijken getrokken. Van deze 180 uitgenodigde praktijken hebben er 49 aangegeven dat zij de vragenlijst zouden invullen. Uiteindelijk waren er op het moment van afsluiten van de database op 17 december 2019 echter slechts 11 volledig ingevulde, bruikbare vragenlijsten beschikbaar.

[aantal praktijken]	Die	Erg	Fys	Hui	Log	Oef	Totaal
Steekproef 1	84	75	97		107	96	459
<i>Waarvan aangeschreven</i>	131	120	129		132	136	648
<i>Correctie potentieel inactief</i>	-47	-45	-32		-25	-40	-189
Steekproef 2	167	91	189	177	133	162	919
Totaal in steekproef	251	166	286	177	240	258	1,378
Afmelding	-144	-33	-152	-103	-132	-157	-721
Niet bereikbaar	-38	-37	-41	-27	-19	-28	-190
Niet aangeleverd	-15	-28	-31	-36	-20	-23	-153
Onbruikbaar	-1	-4	-2		-1		-8
Bruikbare vragenlijsten	53	64	60	11	68	50	306

Tabel 9 - Opbouw van praktijken in steekproef en redenen voor niet-gebruikte vragenlijsten.

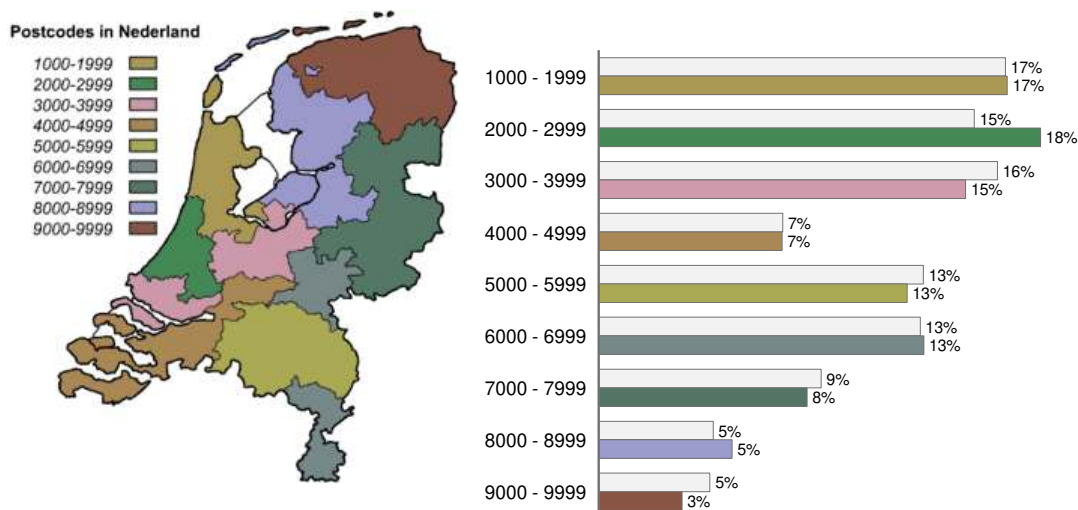
⁹⁹ Dit aantal is groter dan de vorige steekproef om te compenseren voor de lage *response rate* in de eerste steekproef.

¹⁰⁰ Ten minste 10% van de omzet komt uit litteken en oedeemtherapie.

Figuur 47 en Figuur 48 vergelijken de praktijken die in de oorspronkelijke steekproef zaten, met de praktijken die wel deelgenomen hebben op het kenmerk geografische locatie. Hieruit blijkt dat de deelnemende praktijken goed aansluiten bij de geografische spreiding in de steekproef.

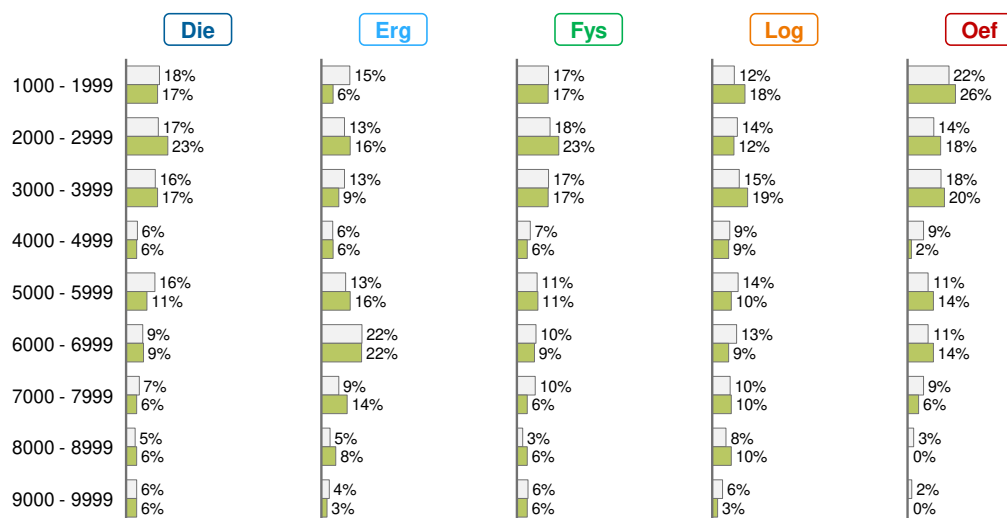
Geografische spreiding deelnemende praktijken vs. steekproef
[% van praktijken in set]

Steekproef Vragenlijst



Figuur 47 – Geografische spreiding van alle deelnemende praktijken vs. de steekproefgroep.

Geografische spreiding deelnemende praktijken vs. steekproef
[% van praktijken in set]

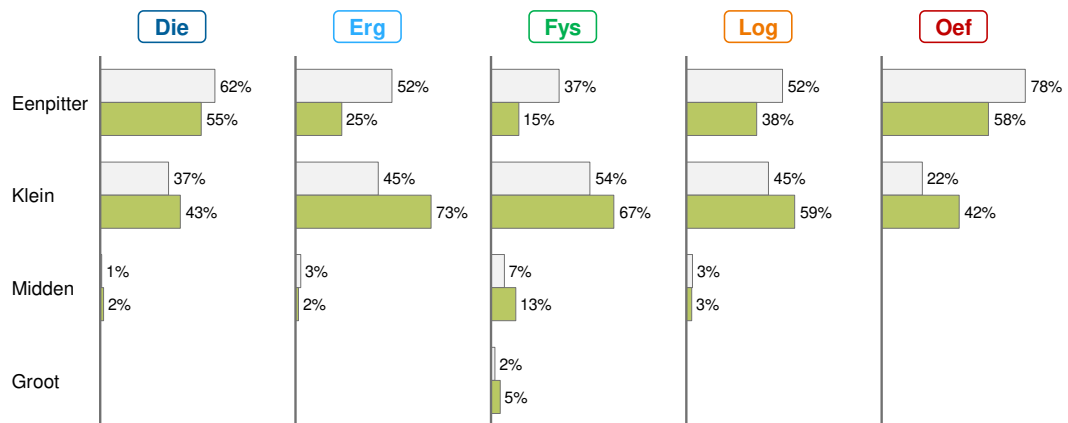


Figuur 48 – Geografische spreiding van de deelnemende praktijken vs. de steekproef, per beroepsgroep.

Figuur 49 laat zien dat er op het kenmerk praktijkgrootte wel een verschil is: het aandeel ‘éénpitters’ ligt in alle beroepsgroepen lager bij de deelnemende praktijken dan in de oorspronkelijke steekproef en het aandeel kleine praktijken hoger. Naast de in de hoofdttekst gepresenteerde resultaten zijn alle uitkomsten daarom ook berekend met een weging per groottecategorie met de percentages uit de oorspronkelijke steekproef. Het effect daarvan was voor alle uitkomstmaten klein en ruim binnen de grenzen van het 95%- betrouwbaarheidsinterval van de oorspronkelijke schatting.

Spreiding praktijkgrootte deelnemende praktijken vs. steekproef
[% van praktijken in set]

Steekproef Vragenlijst



Figuur 49 – Vergelijking van praktijkgrootte tussen deelnemers aan het onderzoek en de steekproef.

III. Betrouwbaarheidsinterval en standaardfout per uitkomstmaat

In onderstaande overzicht (Tabel 10) zijn de betrouwbaarheidsintervallen en standaardfouten samengevat voor de hoofduitkomsten van het onderzoek. Met uitzondering van de praktijkkosten per gedeclareerd uur zijn alle betrouwbaarheidsintervallen kleiner dan 8,5% en de standaardfouten kleiner dan 4,5%.

	Die	Erg	Fys	Log	Oef
Kostprijs	€15.5	€15.4	€33.8	€33.6	€33.7
% betrouwbaarheidsinterval	±4%	±5%	±2%	±3%	±3%
% standaardfout	2%	3%	1%	1%	2%
Productiviteit exclusief overuren	55%	48%	74%	47%	49%
% betrouwbaarheidsinterval	±7%	±7%	±4%	±7%	±8%
% standaardfout	4%	3%	2%	4%	4%
Productiviteit (incl.)	48%	42%	64%	40%	42%
% betrouwbaarheidsinterval	±6%	±7%	±5%	±6%	±7%
% standaardfout	3%	3%	2%	3%	4%
Personeelskosten per gedeclareerd uur	€46.1	€46.4	€47.2	€48.3	€39.9
% betrouwbaarheidsinterval	±7%	±7%	±3%	±4%	±8%
% standaardfout	4%	4%	2%	2%	4%
Praktijkkosten per gedeclareerd uur	€16.3	€15.2	€19.3	€19.2	€18.1
% betrouwbaarheidsinterval	±9%	±10%	±7%	±11%	±13%
% standaardfout	5%	5%	4%	6%	6%

Tabel 10 – Betrouwbaarheidsintervallen en standaardfouten voor belangrijkste uitkomstmaten, uitgedrukt als percentage van het gemiddelde. De eerste regel van de drie (met beschrijving) bevat telkens het gemiddelde.

IV. Validatie met declaratiegegevens Vektis

Tabel 11 laat voor de beroepsgroepen waar vergelijking mogelijk is (fysiotherapie, logopedie en oefentherapie) zien wat de gemiddelde kostprijs zou zijn als omzet en aantal prestaties van Vektis als basis waren genomen. Vektis bevat alleen zittingsaantal, geen gemiddelde tijdsduur. Om een prijs per declarabel uur te bepalen is, per prestatie, het aantal prestaties uit Vektis vermenigvuldigd met de gemiddelde prestatieduur van bijbehorende praktijk uit de vragenlijst.¹⁰¹

De kostprijs per gedeclareerd uur komt voor de fysiotherapie en oefentherapie iets lager uit (€-1,0 = -1,5% resp. €-0,8 = -1,4%) en voor logopedie iets hoger (€+0,3 +0,4%), maar ligt in alle gevallen binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval van de oorspronkelijke schatting.

[kostprijs per gedeclareerd uur]	Fys	Log	Oef
Gemiddelde o.b.v. Vektisdata	€65.5	€67.6	€57.7
Gemiddelde o.b.v. vragenlijsten	€66.5	€67.3	€58.5
95% B.I. op basis van vragenlijsten	€64,8 - €68,2	€64,5 - €70,1	€56,0 - €61,0

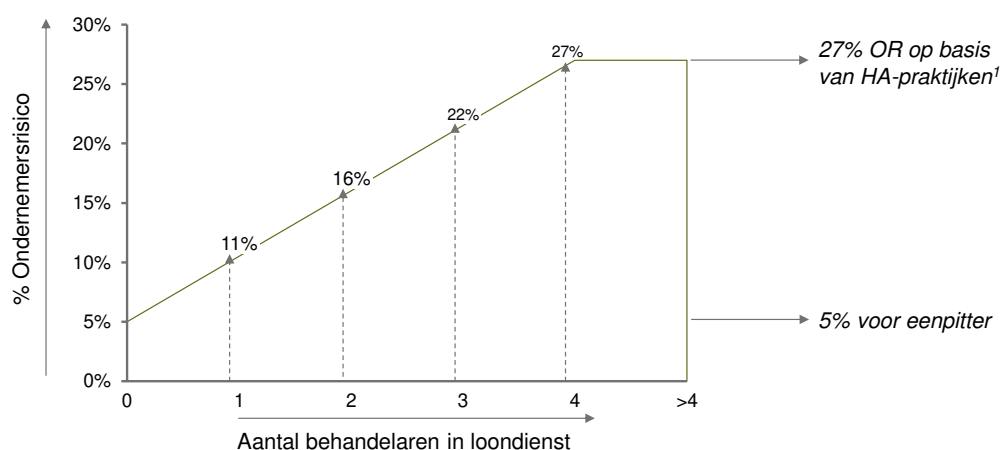
Tabel 11 - kostprijs per gedeclareerd uur, op basis van de Vektisdata, in vergelijking tot uitkomsten uit de vragenlijsten.

¹⁰¹ Wanneer de data van Vektis een prestatie bevat waarvoor de praktijkhouder geen gemiddelde tijdsduur heeft ingeschat wordt de gemiddelde prestatieduur uit alle vragenlijsten gebruikt.

V. Normatieve bepaling ondernemersrisico

Per praktijkgrootte per beroepsgroep bestaat een gemiddelde ratio tussen praktijkhouders en behandelaar in loondienst. Op basis van deze ratio is een gewogen ondernemersrisico berekend. Voor een praktijkhouder zonder personeel is dit vastgesteld op 5% van de brutolooncomponent, voor een praktijkhouder met 4 of meer behandelaren in loondienst op 27%¹⁰². Voor praktijkhouders met minder dan 4 behandelaren in loondienst is een percentage tussen de 5 en 27% gebruikt naar rato van het aantal medewerkers (Figuur 50).

Ondernemersrisico berekend op basis van het aantal behandelaren in loondienst
[% ondernemersrisico]



Figuur 50 - Ondernemersrisico is gewogen op basis van aantal behandelaren in loondienst.

Per beroepsgroep is vervolgens is afhankelijk van de praktijkmix een gewogen percentage voor de gemiddelde praktijk berekend.

¹⁰² Op basis van het verschil in beloning tussen HIDHA en praktijkhoudend huisarts, CBS 2017.

VI. Normatieve praktijkkosten

Praktijkmix

Voor de normatieve praktijkkosten zijn de gemiddelde kosten voor een gemiddelde praktijk per beroepsgroep berekend. Hierbij is onderscheid gemaakt in 4 praktijkgroottes, namelijk éénpitters, kleine, middelgrote en grote praktijken. Voor dit onderscheid zijn dezelfde afkappunten gehanteerd zoals voor de steekproef.

Per beroepsgroep is op basis van deze afkappunten berekend hoe groot het percentage van elke praktijktype is van het totaal. Vervolgens is het gemiddeld aantal werknemers per type praktijk berekend. Zo is de onderverdeling voor alle fysiotherapiepraktijken in Nederland bijvoorbeeld 45% éénpitters, 45% kleine praktijken, 8% middelgrote praktijken en 2% grote praktijken met respectievelijk 1, 4, 13 en 37 behandelaren per praktijk. Door het percentage praktijkgrootte te vermenigvuldigen met het aantal behandelaren van de betreffende praktijk berekenen we dat de gemiddelde praktijk ~ 4 werknemers heeft.

Voor bepaalde kostenposten, zoals huisvestingskosten, zijn de kosten per m² relatief hoger voor kleinere praktijkruimtes. Op basis van de praktijkmix is het mogelijk voor dit effect te corrigeren door middel van een weging per praktijkgrootte.

Huisvestingskosten

De normatieve huisvestingskosten zijn per beroepsgroep opgebouwd uit drie componenten: het aantal m² per normpraktijk, de prijs per m² en de praktijkmix.

m² per normpraktijk - Het aantal m² per behandelruimte is bepaald op basis van de minimeisen vanuit verzekeraars of beroepsgroep en op basis van de interviews met pilot- en *best practice*-praktijken. Op basis daarvan zijn de volgende aantallen aangehouden: fysiotherapie 25 m²; ergotherapie, logopedie en oefentherapie 16 m²; diëtetiek 14 m². Om vervolgens naar het aantal m² per normpraktijk te komen is een ratio van 1 behandelruimte per fte aangehouden. Het aantal fte is hierbij ingeschat op basis van het aantal medewerkers per praktijk uit het Vektis AGB-bestand en de gemiddelde deeltijdfactor per beroepsgroep¹⁰³.

Voor fysio- en oefentherapie is het aantal m² als volgt aangevuld met oefenruimten en kleedruimten:

- Oefentherapie in praktijk met > 1 fte: oefenruimte van 25 m² met kleedruimte van 15 m²
- Fysiotherapie in kleine praktijk met 2-10 therapeuten: oefenruimte van 50 m² met kleedruimte van 20 m²
- Fysiotherapie in middelgrote praktijk met 11-20 therapeuten: oefenruimte van 80 m² met kleedruimte van 30 m²
- Fysiotherapie in grote praktijk met > 20 therapeuten): oefenruimte van 120 m² met kleedruimte van 50 m²

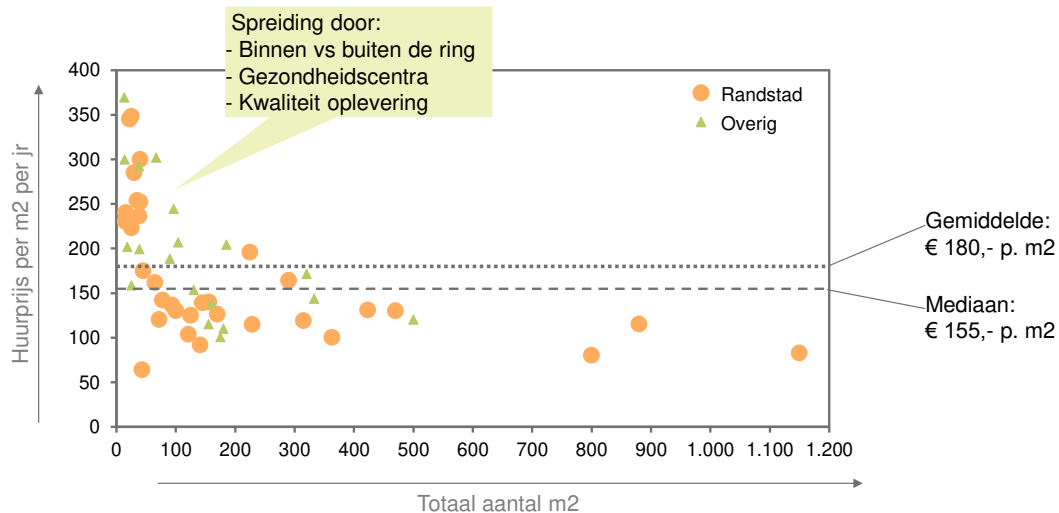
Voor alle beroepsgroependiëtetiek, ergotherapie, logopedie en oefentherapie is daarnaast rekening gehouden met 30% indirecte ruimte (hal/loopruimte, wachtruimte, toilet), voor fysiotherapie met 35%.

Prijs per m² - Op basis van een search op Funda in Business zijn huurprijzen per m² voor verschillende praktijkruimten in Nederland in kaart gebracht. Dit omvatte zowel grote als kleine praktijkruimten en praktijkruimten binnen en buiten de randstad en binnen en buiten de

¹⁰³ Bron: Nivel, Zorgprisma, vragenlijstresultaten.

Amsterdamse ring. Wanneer er geen servicekosten vermeld stonden is gerekend met €15 servicekosten per m² o.b.v. gemiddelde servicekosten van de te huur staande praktijkruimten.

Huurprijs per m² per jaar praktijkruimtes (inclusief servicekosten)
[EUR, 2019¹]



Figuur 51 - Huurprijs per m² is hoger voor kleinere praktijkruimtes en is onafhankelijk van Randstedelijk gebied. Bron: Funda in Business, sept-okt 2019.

Figuur 51 geeft hiervan het resultaat; duidelijk is dat de prijs per m² vooral afhankelijk is van de praktijkgrootte (grotere praktijkruimten kennen een lagere prijs per m²) en niet van de locatie. Bij het bepalen van de normatieve kosten is de prijs per m² dan ook gewogen naar de praktijkgrootte.

Praktijkmix - Tot slot is de prijs per m² per type praktijkgrootte vermenigvuldigd met het % waarin dat type praktijkgrootte voorkomt (onderscheid per beroepsgroep in éénpitter, klein, middelgroot en groot met afkappunten als gehanteerd voor de steekproef).

Voor ergotherapie is uitgegaan van deeltijdhuur (3 dagen/week), omdat de helft van de behandelingen aan huis plaatsvindt.

Overig personeel

Op basis van online vacatures en offertes is het gemiddeld brutojaarloon voor secretaresses gesteld op €20.400. Samen met werkgeverslasten van 18,3% komt dit neer op ~€24.000 personeelskosten per fte secretaresse. Het gemiddeld aantal fte secretaresse per praktijk is gewogen naar praktijkgrootte. De onderverdeling in aantal fte tussen kleine, middelgrote en grote praktijken is respectievelijk 0.25, 0.5 en 1.0 fte. Voor de fysiotherapie geldt een iets hoger aantal fte (respectievelijk 0.5, 1.0 en 1.5 fte) vanwege het hogere aantal patiënten per dag dat de gemiddelde fysiotherapeut behandelt.

Het gemiddelde brutojaarloon voor medisch managers is bepaald op €73.300 op basis van online vacatures en CAOs voor praktijkmanagers. In combinatie met bijkomende werkgeverlasten komt dit neer op ~€86.000 personeelskosten per jaar per fte medisch manager. Ook hier is het gemiddeld aantal fte medisch manager per praktijk gewogen naar praktijkgrootte, waarbij enkel voor middelgrote en grote praktijken een medisch manager is meegerekend. Het aantal fte voor middelgrote en grote praktijken is 0.5 en 1.0 fte.

Praktijkmix - Tot slot zijn de overige personeelskosten per type praktijkgrootte vermenigvuldigd met het % waarin dat type praktijkgrootte voorkomt (onderscheid per beroepsgroep in éénpitter, klein, middelgroot en groot met afkappunten als gehanteerd voor de steekproef).

Vervoerskosten

Voor deze post maken we onderscheid in twee componenten, namelijk reiskostenvergoeding en afschrijfkosten van vervoersmiddelen. De reiskostenvergoeding is berekend door een kilometervergoeding van 0,19 cent/km te vermenigvuldigen met het aantal km/jaar voor behandelingen aan huis of instelling in een gemiddelde praktijk. Het aantal km/ per jaar verschilt per beroepsgroep en is afhankelijk van het percentage behandelingen aan huis of instelling ten opzichte van het totale aantal behandelingen in de praktijk. Voor de gemiddelde afstand per behandeling buiten de praktijk is uitgegaan van 15 km per keer.

Voor de afschrijfkosten voor vervoersmiddelen is gemiddeld €1200 per jaar per praktijk aangehouden. Afhankelijk van het percentage behandelingen aan huis variëren de vervoerskosten per gemiddelde praktijk van €1500 (logopedie) tot €4000 (ergotherapie).

Algemene kosten (verzekeringen)

Deze post omvat verzekeringen, accountantskosten en overige (onvoorziene kosten). De kosten voor verzekeringen bestaan uit rechtsbijstand-, verzuim- en inventarisverzekering per praktijk en aansprakelijkheidsverzekering per medewerker.

Een **rechtsbijstandsverzekering** kost ongeveer €300 per jaar per praktijk (VvAA).

Kosten verzuimverzekering – Een verzuimverzekering kost ongeveer 3,5% van de jaarlijkse personeelskosten van werknemers in loondienst¹⁰⁴. De totale kosten voor een verzuimverzekering per gemiddelde praktijk varieert tussen de €600 (diëtetiek) en €4000 (fysiotherapie) per jaar. Dit bedrag is afhankelijk van het aantal werknemers in loondienst en de gemiddelde personeelskosten voor personeel in loondienst per praktijk.

Een **inventarisverzekering** kost ongeveer €60 per jaar per praktijk. Voor deze inschatting zijn we uitgegaan van een gemiddelde praktijk met ~€20.000 nieuwe inventariskosten in stedelijk gebied (VvAA).

Aansprakelijkheidsverzekering – De kosten voor een aansprakelijkheidsverzekering zijn ~€145 per werknemer (VvAA). De totale kosten voor aansprakelijkheidsverzekeringen per gemiddelde praktijk variëren tussen €200 (oefentherapie) en €600 (fysiotherapie) afhankelijk van het gemiddeld aantal werknemers per gemiddelde praktijk.

Accountantskosten – Voor de accountantskosten maken we onderscheid in jaarrekeningkosten (per praktijk) en salarisadministratie (per werknemer). De gemiddelde kosten voor een jaarrekening zijn €1300 per praktijk. De gemiddelde kosten voor een loonstrook zijn €160 per werknemer. De totale accountantskosten variëren tussen €1200 (oefentherapie) en €1800 (fysiotherapie) afhankelijk van het gemiddeld aantal werknemers per gemiddelde praktijk. Voor het berekenen van de accountantskosten is dan ook gewogen per type praktijkgrootte.

Overige kosten (onvoorziën) – voor overige kosten is een opslag gedaan van 5% van de totale praktijkkosten.

¹⁰⁴ Bron: o.a. verzuimverzekeringen.nl

VII. Normatieve productiviteit

Deze bijlage bevat per beroepsgroep telkens eerst de normatieve urenverdeling en vervolgens de onderliggende berekening en bronnen. Voor de berekening van de normatieve productiviteit is een *bottom-up* inschatting van de tijdsbesteding per werkweek gemaakt. Hierbij is er onderscheid in patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd.

De patiëntgebonden tijd bestaat uit directe (declarabele) uren en indirecte (niet-declarabele) uren. Directe uren bestaan uit prestaties en reistijd bij behandelingen aan huis of aan een instelling. Indirecte uren bestaan uit administratie, overleg met derden en een gereserveerde tijd voor uitloop (overige tijd). De verhouding tussen directe en indirecte tijd is opgebouwd uit een aantal componenten:

Zittingsduur is de gemiddelde duur per zitting waarbij sprake is van direct patiëntcontact. Deze duur varieert tussen 30 (logopedie) en 45 minuten (ergotherapie).

Administratietijd per prestatie is de gemiddelde administratieduur per zitting en varieert tussen 2,6 (fysiotherapie) en 5 minuten (overige beroepsgroepen). De administratietijd valt nadrukkelijk buiten de zittingstijd waarbij sprake is van direct patiëntencontact.

Totale reistijd per week voor prestaties aan huis/instelling. De gemiddelde reistijd per prestatie aan huis of instelling is 15 minuten. Per beroepsgroep is berekend hoeveel zittingen van het totaal aan huis of in een instelling plaatsvindt. Dit percentage is vermenigvuldigd met het aantal zittingen per week om zo de gemiddelde reistijd per week te berekenen.

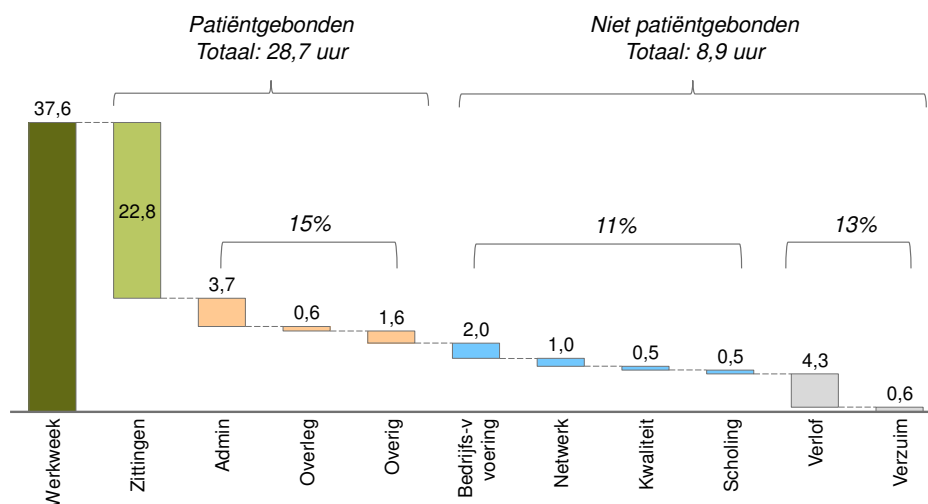
Totale overlegtijd per week. De gemiddelde overlegtijd per patiënt varieert tussen 10 minuten (diëtetiek en fysiotherapie) en 15 minuten (ergotherapie, oefentherapie, logopedie). Het aantal prestaties per week waarbij overleg plaatsvindt verschilt per beroepsgroep en is berekend op basis van het aantal keer overleg per unieke patiënt per jaar (aantal unieke patiënten o.b.v. Vektisdata). Het aantal keer overleg per unieke patiënt is hoger naarmate de patiëntenpopulatie complexer ingeschat is (kinderen, gedragsveranderingscomponent).

De niet-patiëntgebonden tijd bestaat uit twee categorieën: aan de ene kant is onderscheid gemaakt in uren voor bedrijfsvoering, scholing, netwerken en taken rondom kwaliteit. Aan de andere kant is onderscheid gemaakt in uren voor verlof (o.b.v. wettelijk minimum en feestdagen) en verzuim (o.b.v. CBS). Deze laatste categorie is in realiteit geconcentreerd over een aantal dagen per jaar, maar worden voor deze berekening als vaste component per week meegerekend.

Verdeling directe en indirecte tijd per gemiddelde dietist

[Uren op basis van 37,6-urige werkweek¹⁾

D



Figuur 52 - Inschatting van de verdeling van directe en indirecte uren per week voor de gemiddelde diëtist.

D

Overig [min per week]	Administratie [min per zitting]	Overleg derden [min per zitting]	Zittingen [min per zitting]	Reistijd [min per zitting]
Duur activiteit ¹ : 94 min	Duur activiteit: 5 min	Duur activiteit: 10 min	Duur activiteit ³ : 30 min	Duur activiteit: 15 min
	Aandeel zittingen/wk administratie:	Aandeel zittingen/wk overleg ² :	Aantal zittingen/wk:	Aandeel zittingen/wk aan huis/instelling ⁴ :
	100%	7,9%	44	7,7%
	$100\% * 44 * 5$	$7,9\% * 44 * 10$	$44 * 30$	$7,7\% * 44 * 15$
	=	=	=	=

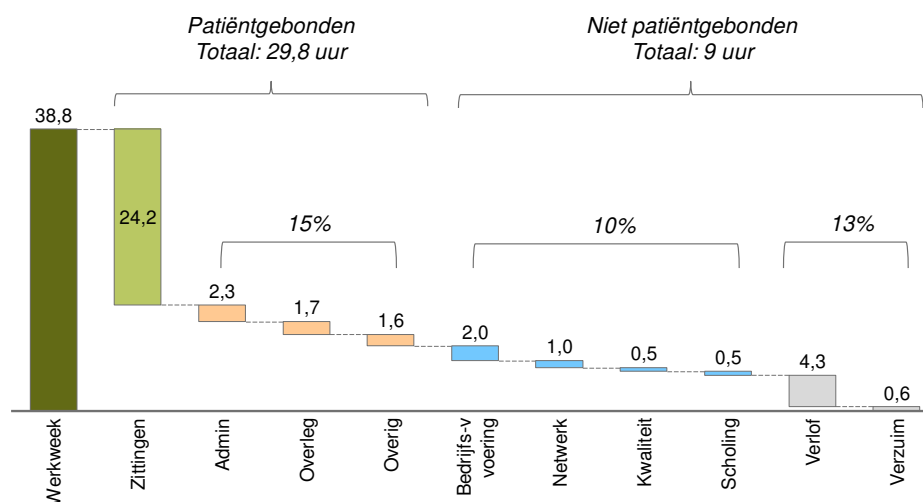
1720 min (28,7 uur)	=	94 min (1,6 uur)	+	220 min (3,7 uur)	+	35 min (0,6 uur)	+	1320 min (22,0 uur)	+	51 min (0,8 uur)
} ~61% productiviteit										

Figuur 53 – Onderbouwing normatieve productiviteit tijd voor diëtetiek.

- 1) 20 min/werkdag obv 40-urige werkweek; gecorrigeerd voor gem. aantal uur voltijd week diëtietiek (37,7 uur)
- 2) Bron: NZa-monitor paramedische zorg 2018, aantal zittingen per patiënt. Inschatting: overleg over 1 op 3 patiënten o.b.v. gemiddeld 4,2 zittingen per patiënt. Dit komt overeen met overleg bij 1 op 12,6 zittingen.
- 3) Bron: interviews pilot en best practice praktijken; gem. prestatieduur van 30 minuten (2*15 min)
- 4) Bron: Vektis, declaraties diëtietiek 2018. 1 op 13 zittingen is een “aan huis” of “aan instelling” behandeling.

Verdeling directe en indirecte tijd per gemiddelde ergotherapeut [Uren op basis van 38,8-urige werkweek¹]

E



Figuur 54 - Inschatting van de verdeling van directe en indirecte uren per week voor de gemiddelde ergotherapeut.

E

Overig [min per week]	Administratie [min per zitting]	Overleg derden [min per zitting]	Zittingen [min per zitting]	Reistijd [min per zittingen]
Duur activiteit ¹ :	Duur activiteit:	Duur activiteit:	Duur activiteit:	Duur activiteit:
96 min	5 min	15 min	45 min³	15 min
	Aandeel zittingen/wk administratie:	Aandeel zittingen/wk overleg ² :	Aantal zittingen/wk:	Aandeel zittingen/wk aan huis/instelling ⁴ :
	100%	25%	27,7	50%
	100% * 27,7 * 5	25% * 27,7 * 15	27,7 * 45	50% * 27,7 * 15
	=	=	=	=
1790 min (29,8 uur)	= 96 min (1,6 uur)	+ 138 min (2,3 uur)	+ 103 min (1,7 uur)	+ 1246 min (20,8 uur)
				+ 207 min (3,4 uur)
				~62% productiviteit

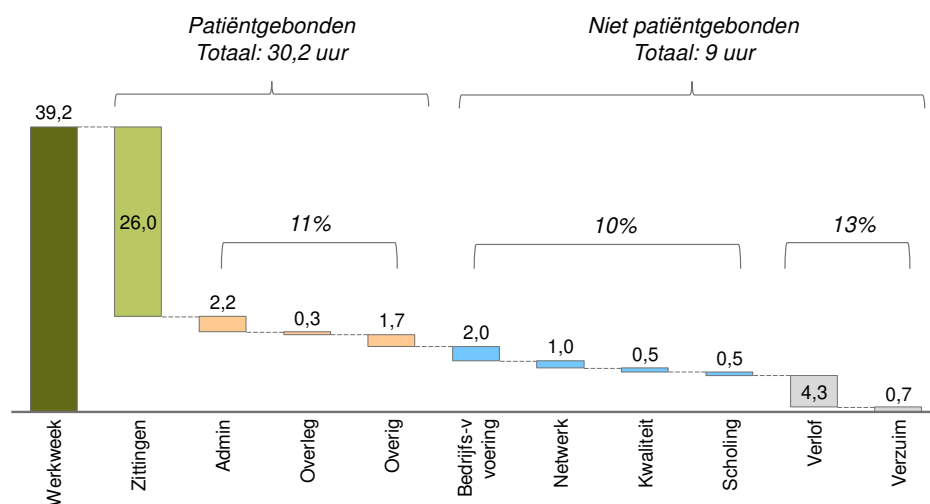
Figuur 55 – Onderbouwing normatieve productiviteit tijd voor ergotherapie.

- 1) 20 min/werkdag obv 40-urige werkweek; gecorrigeerd voor gem. voltijd week ergotherapie (38,8u)
- 2) Bron: NZa-monitor paramedische zorg 2018, aantal zittingen per patiënt. Inschatting: 2 x overleg per patiënt o.b.v. gemiddeld 8,5 zittingen per patiënt. Dit komt overeen met overleg bij 1 op 4 zittingen.
- 3) Bron: interviews pilot en best practice praktijken; gem. prestatieduur van 45 minuten (3*15 min)
- 4) Bron: Vektis, declaraties ergotherapie 2018. 1 op 2 zittingen is een "aan huis" of "aan instelling" behandeling.

Fysiotherapie

Verdeling directe en indirecte tijd per gemiddelde fysiotherapeut [Uren op basis van 39,2-urige werkweek¹]

F



Figuur 56 - Inschatting van de verdeling van directe en indirecte uren per week voor de gemiddelde fysiotherapeut.

F

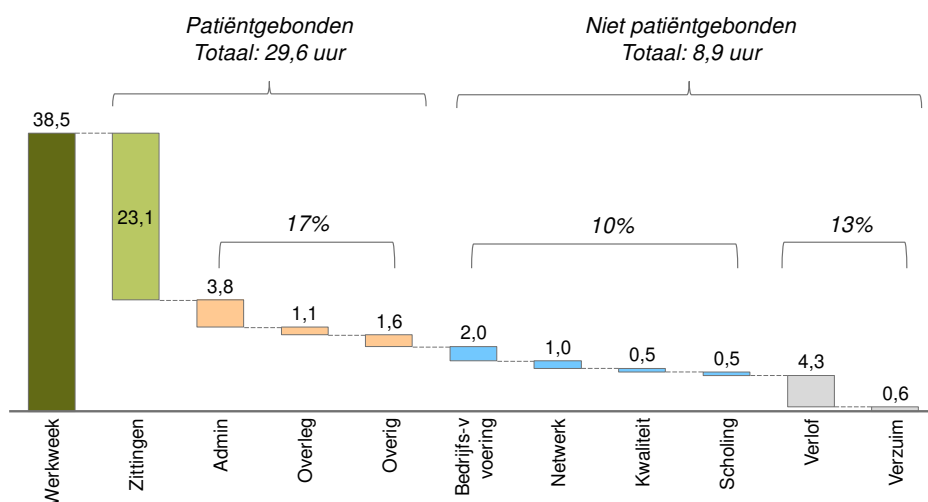
Overig [min per week]	Administratie [min per zitting]	Overleg derden [min per zitting]	Zittingen [min per zitting]	Reistijd [min per zitting]
Duur activiteit ¹ : 100 min	Duur activiteit ² : 2,6 min	Duur activiteit: 10 min	Duur activiteit: 30,5 min⁴	Duur activiteit: 15 min⁵
	Aandeel zittingen/wk administratie: 100%	Aandeel zittingen/wk overleg ³ : 4,1%	Aantal zittingen/wk: 49,3	Aandeel zittingen/wk aan huis/instelling: 8,3%
	100% * 49,3 * 2,6	4,1% * 49,3 * 10	49,3 * 30,5	8,3% * 49,3 * 15
	=	=	=	=
1813 min (~30,2 uur) = 100 min (1,7 uur) + 128 min (2,2 uur) + 20 min (0,3 uur) + 1504 min (25 uur) + 61 min (1 uur) ~66% productiviteit				

Figuur 57 - Onderbouwing normatieve productiviteit tijd voor fysiotherapie.

- 20 min/werkdag obv 40-urige werkweek; gecorrigeerd voor gem. voltijd week fysiotherapie (39,2 uur)
- 20% van de consulten 5 min administratietijd, 80% van de consulten 2 min administratietijd
- Bron: NZa-monitor paramedische zorg 2018, aantal zittingen per patiënt. Inschatting: overleg 1 op 2 patiënten o.b.v. gemiddeld 12,2 zittingen per patiënt. Dit komt overeen met overleg bij 1 op 24 zittingen.
- Bron: vragenlijsten kostenonderzoek: gemiddelde prestatieduur 30,5 minuten per patiënt
- Bron: Vektis, declaraties fysiotherapie 2018. 1 op 12 zittingen is een "aan huis" of "aan instelling" behandeling.

Logopedie

Verdeling directe en indirecte tijd per gemiddelde logopedist [Uren op basis van 38,5-urige werkweek¹]



Figuur 58 - Inschatting van de verdeling van directe en indirecte uren per week voor de gemiddelde logopedist.



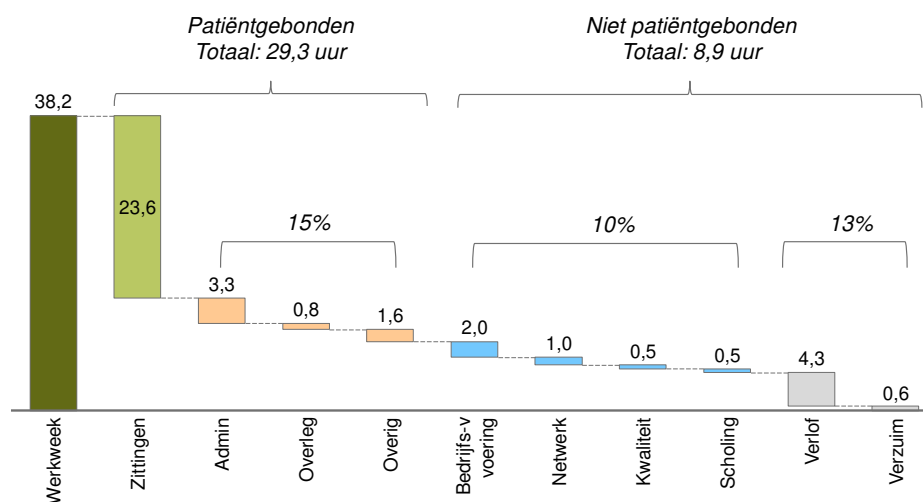
Overig [min per week]	Administratie [min per zitting]	Overleg derden [min per zitting]	Zittingen [min per zitting]	Reistijd [min per zitting]
Duur activiteit ¹ : 96 min	Duur activiteit: 5 min	Duur activiteit: 15 min	Duur activiteit: 30 min³	Duur activiteit: 15 min
	Aandeel zittingen/wk administratie: 100%	Aandeel zittingen/wk overleg ² : 9,3%	Aantal zittingen/wk: 45,5	Aandeel zittingen/wk aan huis/instelling ⁴ : 3,7%
	100%	9,3%	45,5	3,7%
	100% * 45,5 * 5	9,3% * 45,5 * 15	45,5 * 30	3,7% * 45,5 * 15
	=	=	=	=
1777 min (29,6 uur)	= 96 min (1,6 uur)	+ 228 min (3,8 uur)	+ 63 min (1 uur)	+ 1365 min (22,8 uur)
				+ 25 min (0,4 uur)
				~ 60% productiviteit

Figuur 59 - Onderbouwing normatieve productiviteit tijd voor logopedie.

- 1) 20 min/werkdag obv 40-urige werkweek; gecorrigeerd voor gem. aantal uur voltijd week logopedie (38,5 uur)
- 2) Bron: NZa-monitor paramedische zorg 2018, aantal zittingen per patiënt. Inschatting: 1,5 x overleg per patiënt o.b.v. gemiddeld 16 zittingen per patiënt. Dit komt overeen met overleg bij 1 op 10,7 zittingen.
- 3) Bron: vragenlijsten kostenonderzoek: gemiddelde prestatieduur 30 minuten per patiënt
- 4) Bron: Vektis, declaraties logopedie 2018. 1 op 27 zittingen is een "aan huis" of "aan instelling" behandeling.

Oefentherapie

Verdeling directe en indirecte tijd per gemiddelde oefentherapeut [Uren op basis van 38,2-urige werkweek¹]



Figuur 60 - Inschatting van de verdeling van directe en indirecte uren per week voor de gemiddelde oefentherapeut.



Overig [min per week]	Administratie [min per zitting]	Overleg derden [min per zitting]	Zittingen [min per zitting]	Reistijd [min per zitting]
Duur activiteit ¹ : 95 min	Duur activiteit: 5 min	Duur activiteit: 15 min	Duur activiteit: 34 min³	Duur activiteit: 15 min
	Aandeel zittingen/wk administratie: 100%	Aandeel zittingen/wk overleg ² : 7,8%	Aantal zittingen/wk: 40,3	Aandeel zittingen/wk aan huis/instelling ⁴ : 7,1%
	100%	7,8%	40,3	7,1%
	100% * 40,3 * 5	7,8% * 40,3 * 15	40,3 * 34	7,1% * 40,3 * 15
	=	=	=	=
1755 min (29,3 uur)	= 93 min (1,5 uur)	+ 202 min (3,4 uur)	+ 1370 min (22,8 uur)	+ 43 min (0,7 uur)
			~62% productiviteit	

Figuur 61 - Onderbouwing normatieve productiviteit tijd voor oefentherapie.

- 1) 20 min/werkdag obv 40-urige werkweek; gecorrigeerd voor gem. voltijd week oefentherapie (38,2 uur)
- 2) Bron: NZa-monitor paramedische zorg 2018, aantal zittingen per patiënt. Inschatting: bij 75% van de patiënten vindt overleg plaats o.b.v. gemiddeld 9,6 zittingen per patiënt. Dit komt overeen met overleg bij 1 op 12,8 zittingen.
- 3) Bron: vragenlijsten kostenonderzoek: gemiddelde prestatieduur 34 minuten per patiënt voor de oefentherapie
- 4) Bron: Vektis, declaraties oefentherapie 2018. 1 op 14 zittingen is een "aan huis" of "aan instelling" behandeling

VIII. Toelichting impactanalyse onderdeel C

Er is een zevental opties onderzocht om volume en/of kosten terug te dringen. De tabel hieronder geeft de geschatte impact (hoogover/orde van grootte) per optie weer en de aannames die daarbij gebruikt zijn.

	Aantal patiënten die maatregel raakt		Besparing in EUR	Toelichting
1a. Beperken aanspraak lichte zorg	Die	BV	15k (4%)	€ 1 mln (1%)
	Erg	BV	26k (14%)	€ 4 mln (8%)
	Fys	BV	96k (2%)	€ 18 mln (1%)
	Log	BV	24k (9%)	€ 4 mln (3%)
	Oef	BV	6k (3%)	€ 1 mln (2%)
1b. Beperken aanspraak zware zorg	Die	BV	32k (9%)	€ 5 mln (12%)
	Erg	BV	6k (3%)	€ 4 mln (8%)
	Fys	BV	38k (1%)	€ 66 mln (4%)
	Log	BV	6k (2%)	€ 10 mln (7%)
	Oef	BV	1k (1%)	€ 2 mln (4%)
2. Meer groepszittingen	Die	BV	48k (13%)	€ 2 mln (4%)
	Fys	BV	70k (2%)	€ 42 mln (3%)
	Log	AV	108k (3%)	€ 36 mln (2%)
	Oef	BV	2k (1%)	€ 1 mln (2%)
	AV	2k (1%)	€ 0 mln (1%)	
3. Inzetten E-Health	Die	BV	40k (11%)	€ 4 mln (9%)
	Erg	BV	22k (12%)	€ 5 mln (10%)
	Fys	BV	126k (3%)	€ 58 mln (4%)
	Log	AV	469k (12%)	€ 106 mln (7%)
	Oef	BV	44k (17%)	€ 16 mln (12%)
4. Eigen bijdrage AV	Die	BV	8k (5%)	€ 3 mln (5%)
	Fys	AV	15k (8%)	€ 3 mln (5%)
	Oef	AV	165k (4%)	€ 79 mln (5%)
	Fys	AV	5k (3%)	€ 2 mln (4%)
	Oef	AV	376k (10%)	€ 45 mln (3%)
5. Eigen risico AV	Die	AV	18k (11%)	€ 2 mln (3%)
	Fys	AV	556k (14%)	€ 93 mln (6%)
	Oef	AV	25k (14%)	€ 3 mln (6%)
	Die	BV	0k (0%)	€ 5 mln (10%)
	Erg	BV	0k (0%)	€ 6 mln (11%)
7. Beperken administratieve last	Fys	BV	0k (0%)	€ 0 mln (0%)
	Log	BV	0k (0%)	€ 16 mln (12%)
	Oef	BV	0k (0%)	€ 6 mln (12%)
	Die	BV	0k (0%)	
	Erg	BV	0k (0%)	

IX. Interviews *best practice*-praktijken

In het kader van dit onderzoek zijn 14 zgn. ‘best practice’ praktijken geïnterviewd. Deze praktijken zijn aangedragen vanuit de begeleidingsgroep door zowel beroepsgroepen als zorgverzekeraars vanwege hun inhoudelijke visie, innovatie, samenwerkingen of organisatiegraad (Figuur 62). Het zijn overwegend grotere praktijken. De kleinste geïnterviewde praktijk heeft 3 medewerkers (oefentherapie) en de grootste praktijk ~70 (fysiotherapie). We hebben praktijken gevraagd naar hun manier van werken, cijfers over kosten en tijdsindeling gevalideerd en de acties uit de brainstormsessies getoetst (Figuur 63).



Figuur 62 – Redenen voor aandragen best practice-praktijken door beroepsgroepen en verzekeraars (niet uitputtend).

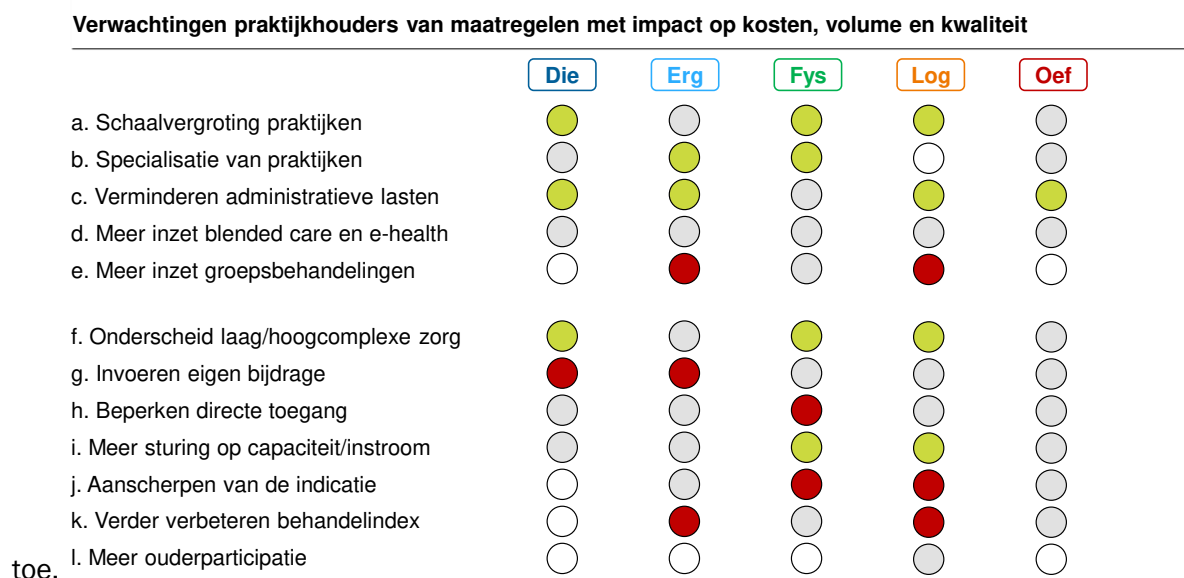
Hoe jullie werken en hoe dat in het huidige systeem past	• Wat is volgens jullie een goede praktijk? • Wat moeten jullie daarvoor doen? • Op welke punten verschillen jullie daarin van andere praktijken? • Welke impact heeft jullie aanpak op de kosten, de verhouding directe/indirecte tijd, het aantal zittingen per patiënt en de afspraken met verzekeraars? • Wat is voor jullie kwaliteit en welke aspecten zijn daarvoor belangrijk?
Wat mogelijke veranderingen in systeem/beleid/inkoop voor jullie zouden betekenen	Wat zouden onderstaande zaken voor jullie betekenen (m.a.w. is het een goed idee?) • Verminderen van administratieve lasten • Schaalvergroting van praktijken • Meer sturing op capaciteit/instroom nieuwe therapeuten • Meer gebruikmaken van <i>blended care</i> en <i>e-health</i> • Verder verbeteren van de behandelindex • Beperken van de directe toegang • Etc.
Waar jullie kansen zien voor de toekomst	• Welke andere veranderingen zouden jullie helpen het vak nog beter uit te oefenen? • Wie is daarvoor aan zet?

Figuur 63 – Gespreksonderwerpen best practice-praktijken.

X. Maatregelen onderdeel C uit interviews met praktijken

Voor dit onderzoek zijn praktijken geïnterviewd die door de beroepsgroepen en verzekeraars als voorbeeld werden aangedragen op verschillende aspecten (bijv. excellente kwaliteit, goede bedrijfsvoering, goede verhouding resultaat/aantal prestaties, etc). Voor deze praktijken is in kaart gebracht hoe zij op de mogelijke 'knoppen' van maatschappelijke waarde handelen en hoe zij de impact en haalbaarheid van de verschillende mogelijke acties in de praktijk beoordelen.

In totaal zijn twaalf mogelijke maatregelen aan de praktijken voorgelegd. Figuur 64 vat de verwachtingen van de geïnterviewden ten aanzien van de voor hun beroepsgroep relevante maatregelen samen; in de paragrafen hieronder lichten we de overwegingen per maatregel verder



Figuur 64 - Verwachtingen van maatregelen op kosten en volume van geïnterviewde praktijkhouders. Groen=positief, grijs=neutraal, rood= negatief, wit=niet van toepassing of niet ter sprake geweest.

Schaalvergroting van praktijken vinden de meeste geïnterviewden een goede zaak: het maakt een breed aanbod van specialisaties mogelijk en helpt om efficiënter om te gaan met praktijkkosten (materialen, audits). De grootste voordelen verwacht men echter niet zozeer op kostenaspecten, maar op het gebied van kwaliteit: het werken in grotere praktijken maakt onderlinge intervisie, delen van werkwijzen en innovatie mogelijk. Wel verwacht men dat het laagdrempelige onderling overleg zal leiden tot extra overhead. Voor diëtetiek en ergotherapie ervaart men daarnaast een grens aan schaalvergroting die afhankelijk is van het werkgebied: wanneer dat te groot wordt neemt het aantal andere zorgverleners om mee te overleggen fors toe. Niet alle geïnterviewden vinden schaalvergroting overigens wenselijk: een van de praktijken merkt op dat juist kleine praktijken sneller doorverwijzen wanneer zij een klacht zelf niet goed kunnen behandelen.

Ook tegenover **verdere specialisatie** staat men positief, zeker in de wat grotere praktijken: de cliënt is dan snel bij de juiste therapeut en door het vormen van duo's per specialisatie is de continuïteit van de behandeling gewaarborgd. Voor diëtetiek merkt men op dat in dunbevolkte gebieden de reisafstand naar de juiste therapeut voor patiënten (te) groot kan worden. Kleinere praktijken

merken op dat specialisatie wel vaak gevraagd wordt maar dat er voor die specialisatie vaak te weinig patiënten zijn om de agenda mee te vullen.

Het **verminderen van administratieve lasten** is altijd een goed idee, maar veel geïnterviewden merken op dat er op dat gebied al veel veranderd is en dat de administratielast nu al lager ligt dan vroeger. Het meeste verwacht men van betere software en gestroomlijndere audits. Voor het eerste kijkt men naar de eigen beroepsgroep: gezamenlijk investeren in een goed EPD. Voor het tweede naar de verzekeraars: kunnen audits bijvoorbeeld niet tweejaarlijks in plaats van jaarlijks plaatsvinden en kunnen verschillende audits niet samengevoegd worden? Verder merkt men op dat het verkrijgen van bepaalde toestemmingen of machtigingen erg veel tijd kost. Vertrouwen in de professionaliteit van de zorgverlener, gewaarborgd door registratie in het kwaliteitsregister, zou voldoende moeten zijn.

De verwachtingen van de **inzet van blended care en e-health** liggen minder hoog. Fysiotherapeuten hebben het wel geprobeerd, maar lopen tegen beperkingen aan zoals de beschikbare software en de bereidheid van patiënten om erin mee te gaan. Toch zien zij wel meerwaarde voor bepaalde indicaties als lage rugklachten en voor thuis oefenen, *follow-up* en psycho-educatie. De geïnterviewde logopedisten zagen weinig meerwaarde, zij willen de patiënt 'aan tafel hebben', vooral bij gedragsverandering en slikproblemen. Voor diëtisten geldt min of meer hetzelfde. Wel maken zij graag gebruik van bepaalde *apps* en eetdagboekjes, maar hebben zelf niet de middelen om deze (verder) te ontwikkelen. Een van de geïnterviewde oefentherapeuten geeft aan er inhoudelijk moeite mee te hebben als e-health gebruikt zou worden als vervanging voor een reguliere zitting.

Van de **inzet van groepsbehandelingen** verwachtte men voor ergotherapie en logopedie weinig. Het vak ergotherapie draait om de redzaamheid van mensen in hun eigen woon-, leef- en werkomgeving, dat is slecht te verenigen met groepsbehandeling. In een enkel geval ziet men mogelijkheden bij enkelvoudige vragen. Voor logopedie zijn groepsbehandelingen in theorie mogelijk bij spraak/taalonderwerpen, maar in de praktijk niet. Het aantal patiënten is onvoldoende groot om goed te kunnen matchen met iemand met hetzelfde probleem, die op hetzelfde tijdstip kan en waarmee het ook nog een beetje klikt.

Een **onderscheid tussen laag- en hoogcomplex zorg** klinkt aantrekkelijk, vooral omdat er groepen zijn die meer dan de huidige aanspraak nodig hebben. Bij diëtiek betreft dat behandelingen met een gedragscomponent (ondervoeding, overgewicht) en huisbezoeken bij thuiswonende ouderen. Daartegenover staan groepen die minder nodig hebben met diagnoses als hoge bloeddruk, hoog cholesterol of maagdarmklachten. Men ziet wel een risico op extra administratie om te bepalen of de zorg laag-complex of hoog-complex is, en het is de vraag of dit per saldo een lager zorgvolume oplevert.

Het **invoeren van een eigen bijdrage** kan op weinig enthousiasme rekenen. De geïnterviewde diëtisten en ergotherapeuten vrezen voor de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare groepen. Fysiotherapeuten geven aan dat een eigen bijdrage waarde kan hebben bij leefstijlveranderingen en om mensen beter te laten oefenen, maar wanneer het om een te hoog bedrag gaat maken ook zij zich zorgen over de toegankelijkheid. In het algemeen zien de geïnterviewde zorgverleners het invoeren van een eigen bijdrage als tegengesteld aan de beweging naar substitutie en de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

De geïnterviewde fysiotherapeuten vinden het **beperken van directe toegang** geen goed idee. Zij ervaren directe toegang juist positief: mensen melden zich sneller en zijn daardoor korter onder behandeling. Daarnaast betekent het minder administratie voor de huisarts. Belangrijk is wel dat

de fysiotherapeut hiervoor opgeleid is en in staat te onderscheiden wie fysiotherapie nodig heeft en wie niet. Praktijkhouders van andere beroepsgroepen geven aan op dit moment nauwelijks gebruik te maken van directe toegang en altijd een verwijzing te vragen. Als redenen daarvoor zijn genoemd: lage of geen vergoeding van de screening, ongeschiktheid van de test voor kinderen, en de screening gaat van de beschikbare behandel tijd af (diëtetiek, ergotherapie).

Fysiotherapeuten zien het belang van **sturing op capaciteit/instroom**, maar verwachten meer van actieve zorgsturing door verzekeraars naar praktijken 'waar ze zaken mee willen doen' en afspraken die verder gaan dan die voor het plustarief. Logopedisten en ergotherapeuten geven aan dat er op dit moment een tekort aan behandelaren in de 1e lijn is en dus juist een hogere instroom nodig is.

Het aanscherpen van de indicatie voelt men als het benadelen van de patiënt; men ziet meer in inzetten op controleerbare indicatoren en voorkomen van 'wildgroei'.

De verwachting van het **verder verbeteren van de behandelindex** verschilt sterk tussen fysiotherapeuten. De een gebruikt hem nu al intensief in de eigen verbetercyclus, de ander kijkt er nooit naar. Verbetering van de behandelindex zou hier geen verschil in maken. Bij ergotherapie is er nu geen behandelindex. De geïnterviewden zijn daar blij mee; zij geven aan dat zo'n index stressverhogend werkt en geen blijk geeft van vertrouwen in het oordeel van de behandelaar.

Voor logopedie is tot slot gevraagd of **meer ouderparticipatie** zou helpen om uiteindelijk minder behandelingen per patiënt nodig te hebben. De geïnterviewde logopedisten geven echter aan hier weinig effect te verwachten: ouders zitten er al vrijwel altijd al bij, hun minimale aanwezigheid maakt deel uit van de behandelovereenkomst.

XI. Vragenlijst

Vragenlijst t.b.v. kostprijsonderzoek paramedische zorg

Toelichting

Deze vragenlijst is onderdeel van het kostenonderzoek paramedische zorg en heeft tot doel inzicht te bieden in de kostprijzen van verschillende behandel eenheden voor de afzonderlijke paramedische beroepsgroepen in 2018. Gupta Strategists verzamelt en verwerkt de informatie uit deze vragenlijst in opdracht van ZN en de beroepsorganisaties KNGF, PPN en SKF. Een uitgebreide toelichting per tabblad is te vinden in de Handleiding ("Handleiding kostenonderzoek paramedische zorg.pdf"). We raden aan deze toelichting uit te printen en eraan te houden bij het invullen van deze vragenlijst.

Legenda

De cellen in deze vragenlijst zijn voorzien van een kleuring, met de volgende betekenis:

1234	- vooraf ingevulde informatie, ter controle; aan te passen indien de getoonde informatie incorrect is.
	- cel waarin u data opgeeft (noodzakelijk).
	- cel waarin u data opgeeft (niet noodzakelijk, maar zeer wenselijk).
100	- berekende waarde, op basis van ingevulde informatie.

Tabbladen

Deze vragenlijst bestaat uit een zestal tabbladen:

"1. algemeen" bevat **algemene vragen** over de praktijk.

"2. kosten - behandelaars" bevat vragen over de **kosten van zorgverlenend personeel**.

"3. kosten - overige" bevat vragen over de **overige kosten** die bij de **praktijk** komen kijken, waaronder **ondersteunend personeel**.

"4. tijd - zittingen" bevat vragen over het **aantal zittingen** en de **duur** hiervan.

"5. tijd - overig" bevat vragen over de niet-declarabele werkuren **buiten de zittingen** om.

"checklist" bevat een **terugkoppeling** van de gegevens die u op de andere tabbladen heeft ingevuld.

"A. rekenhulp" bevat een rekenhulp om het aantal fte van de zorgverleners in uw onderneming in 2018 te berekenen.

"B. niet-decl" bevat uitleg van de **rekenmethode** gebruikt om **niet-declarabele uren** te berekenen.

Contact

Indien u vragen heeft over het invullen van deze vragenlijst kunt u deze richten aan kostenonderzoek@gupta-strategists.nl. Wij streven er naar om vragen die voor 16:00 ingediend zijn op dezelfde dag te beantwoorden.

1. Algemene informatie over de praktijk

let op: gaat over 2018

Op dit tabblad verzamelen we algemene gegevens over uw onderneming. Een aantal gegevens (blauw) is al vooraf ingevuld. Wij vragen u deze goed te controleren.

Dit is het steekproefnummer van uw onderneming:
Tot welke paramedische beroepsgroep hoorde uw onderneming in 2018?
Wat was de naam van uw onderneming in 2018?
Wat was de postcode van de hoofdvestiging van uw onderneming in 2018?

Werkversie

Maak uw keuze uit het "drop-down"-menu.

Agb-code(s)
Op welke agb-code(s) declareerde uw onderneming in 2018?

Minimaal één, geef meerdere agb-codes op indien van toepassing. Indien uw onderneming op meer dan 3 agb-codes heeft gedeclareerd, neem dan contact op. NB het gaat om agb-code van onderneming, dus niet van zorgverleners en niet van vestigingen.

Praktijkvorm
Wat was de rechtsvorm van uw onderneming in 2018?
Hoeveel vestigingen/locaties telde uw onderneming in 2018?
Declareerde uw onderneming in 2018 voor meer dan één paramedische discipline?
Ontving u in 2018 een hoger tarief omdat uw onderneming voldoet aan kwaliteitsvoorwaarden?
Maakte uw onderneming in 2018 gebruik van oefen- en groepsruimten naast de reguliere behandelruimten?

Maak uw keuze uit het "drop-down"-menu.
Maak uw keuze uit het "drop-down"-menu. Bijvoorbeeld: declaraties onder één agb-code voor fysiotherapie en oefentherapie.
Bijvoorbeeld: Pluspraktijk van Zilveren Kruis.
Het betreft oefen- en groepsruimten los van de reguliere behandelruimten. Vul in "nee" als u deze niet heeft of indien dit niet van toepassing is voor uw beroepsgroep.

Omzet en resultaat
Wat was de totale omzet van uw onderneming in 2018? (o.b.v. de jaarrekening)
Hoe hoog was de omzet uit paramedische zittingen in 2018?
Welk deel van de door zorgverzekeraars vergoede zorg was gecontracteerd in 2018? (% van totaal aantal zittingen)
Wat was het resultaat van uw onderneming in 2018?

Het betreft hier de bruto omzet, dit is de grootste omzet op uw jaarrekening.
Betreft de paramedische zorg die vergoed is uit de basis verzekering (BV) of aanvullende verzekering (AV) of de zittingen door patienten zelf betaald is (dus niet: Wmo of Wlz, andere activiteiten dan paramedische zittingen).
Maak uw keuze in percentage uit het "drop-down" menu. Indien dit niet precies te berekenen is voldoet een inschatting.
Op uw jaarrekening staat dit vermeld als "resultaat"; op uw belastingaangifte staat dit vermeld als "fiscale winst".

Uren per fte
Welk aantal uur per week hanteert u voor een voltijd aanstelling in 2018?
Hoeveel wekelijkse overuren maakte een praktijkhouder of maat die voltijd (1 fte) werkt gemiddeld in 2018?
Hoeveel wekelijkse onbetaalde overuren maakte een behandelaar met een voltijd aanstelling (1 fte) gemiddeld in 2018?

Bijvoorbeeld 36, 38 of 40 uur
Bereken, indien van toepassing, deze waarde met rekenhulp 1 op tabblad "A. rekenhulp"
Indien u een medewerker wett betaalt voor structureel overwerk, verwerk dit dan in de fte. Bijvoorbeeld: 4 betaalde overuren op contract van 40 uur = 1,10 fte op tabblad "2. kosten - behandelaars"

Toestemming
Ik geef Vektis toestemming om de declaratiegegevens over 2018 van mijn onderneming aan Gupta Strategists te verstrekken. Daarnaast geef ik Gupta Strategists toestemming om de data van Vektis en andere data die ik in het kader van dit onderzoek verstrek te verwerken onder de voorwaarden gespecificeerd in het "Beleid verwerking praktijkgegevens".
Let op: als u geen toestemming geeft kunnen wij uw input niet meenemen in het onderzoek.

Beleid verwerking praktijkgegevens

2. Personeelskosten en -inzet van praktijkhouders en behandelend personeel

let op: gaat over 2018

Op dit tabblad verzamelen we alle personeelskosten van uw praktijk die u maakt voor behandelaars en praktijkhouder(s). Ook inventariseren we hier de medewerkeraantallen en fte. We bedoelen hier niet ondersteunend personeel (bijv. secretariael medewerker, bedrijfseconomisch medewerker, etc). We nemen deze kosten mee op tabblad "3. kosten overig".

We maken hierbij onderscheid in drie type behandelaarskosten:

I. Arbeidsbeloning voor praktijkhouder(s) en eventuele maten. Het resultaat van de praktijk uitgekeerd aan praktijkhouders (ingevuld op "1. algemeen"), is reeds ingevuld.

II. Loon van behandelaars in loondienst, inclusief werkgeverslasten en overige compensatie.

III. Kosten van ingehuurd behandelaars.

Let op: het kan zijn dat uw jaarrekening de verloning van praktijkhouders, behandelaars in loondienst en ondersteunend personeel als een totaal weergeeft. Indien u deze verschillende functies wel in dienst heeft, lees dan in de Handleiding hoe u hier mee om moet gaan.

SAMENVATTING (op basis van de informatie ingevuld op deze pagina)

	Inclusief ingehuurd derden	Exclusief ingehuurd derden
Aantal behandelaars en praktijkhouder(s)	0	0
Fte behandelaars en praktijkhouder(s) (gemiddelde 2018)		0.0
Gemiddelde deeltijdfactor		0.0
Totale personeelskosten	€0	€0

I. Praktijkhouder(s) en eventuele maten

We verzamelen hier informatie over de looncomponenten van praktijkhouder(s) en eventuele maten. Hiermee bedoelen we expliciet **niet** het bedrijfsresultaat, dat reeds is meegenomen op tabblad "1. algemeen". De kosten die de praktijk kan maken voor praktijkhouder(s) en eventuele maten zijn: (1) loon, (2) arbeidsgerelateerde verzekeringen en (3) pensioen.

Let op: neem bij aantallen en fte ook praktijkhouder(s) en eventuele maten die geen patiënten behandelen mee.

Let op: werknemers die alleen managen (geen eigenaar en geen behandelaar) komen op het tabblad "3. kosten - overig".

Let op: vul arbeidsgerelateerde verzekeringen en pensioenopbouw alleen in als deze via de jaarrekening van de praktijk betaald zijn.

Let op: praktijken die alleen bedrijfsresultaat uitkeren laten cellen D38 t/m D40 leeg.

Type medewerker	aantal	fte (gemiddeld 2018)	
Praktijkhouder(s) en eventuele maten			Bereken uw fte met rekenhulp 2 op tabblad "A. rekenhulp". <i>Zie voetnoot¹¹⁾</i>
... waarvan gespecialiseerd ¹¹⁾			
Kostenposten	totaal	per fte	Let op: lees in de Handleiding hoe u deze waarde invult.
Loon			Let op: dit is niet het resultaat, dat staat op tab "1. algemeen" <i>AOV, bijdrage Zwv en bijdrage Wlz</i>
Arbeidsgerelateerde verzekeringen			
Pensioenopbouw			
<i>totaal</i>	€0	€0	

II. Behandelaars in loondienst

Alleen invullen indien u behandelaars in loondienst heeft. Vul hier alle soorten behandelaars in loondienst in. Let op: uitgaven aan cursussen en opleidingen zijn geen onderdeel van deze kostenposten, deze komen terug op het tabblad 3. kosten - overig.

Type medewerker	aantal	fte (gemiddeld 2018)	
Behandelaars in loondienst			Bereken uw fte met rekenhulp 2 op tabblad "A. rekenhulp". <i>Zie voetnoot¹¹⁾</i>
... waarvan gespecialiseerd ¹¹⁾			
Kostenposten	totaal	per fte	
Brutoloon			Let op: als u alles onder één post heeft staan, vul dan alles in bij brutoloon en zet overige posten op nul. <i>O.a. ziektewet; werkloosheid; pensioen (mogelijk te vinden in jaarrekening als "sociale lasten").</i> <i>O.a. bonus, 13e maand, vakantiegeld, compensatie voor woon-werk verkeer.</i>
Werkgeverslasten (Zw-premie, pensioenpremie, etc.)			
Overig (bonus, vakantiegeld, etc.)			
<i>totaal</i>	€0	€0	

III. Ingehuurde behandelaars

Alleen invullen indien u behandelaars inhuurt, die dus niet in loondienst zijn.

Type medewerker	aantal
Ingehuurde derden	

Let op: het gaat hier alleen om behandelaars.

Kostenposten	totaal
Kosten van ingehuurde behandelaars	
<i>totaal</i>	€0

Mogelijk te vinden onder "inkoopwaarde omzet" > "werk door derden".

[1]: **Fysiotherapie**: bekken, geriatrie, kinder, manuele therapie, oedeem, psychosomatisch; **oefentherapie**: kinder, psychosomatisch; **logopedie**: afasie, stotteren, preverbaal; **ergotherapie**: kinder, hand.

[illegible]

4. Zittingen

let op: gaat over 2018

Op dit tabblad verzamelen we informatie over het aantal zittingen dat in 2018 door uw praktijk is gehouden en de hoeveelheid tijd die u hier gemiddeld aan heeft besteed. We vragen u hierbij ook het aantal zittingen uitgevoerd door ingehuurde behandelaars op te geven. Voor een aantal berekeningen is het nodig om deze groep werknemers (en hun werkzaamheden) buiten beschouwing te laten. De reden hiervoor is dat de meeste praktijkhouders geen goed zicht hebben op de tijd die deze ZZP'ers aan indirecte taken besteden.

- In te vullen velden:
- *Prestatiecode (of zittingscode of behandelcode of declaratiecode)* : De code waarop u de zitting heeft geregistreerd. Wij zoeken hier automatisch de omschrijving bij, zodat u kan checken of de ingevoerde code correct is.
 - *# zittingen 2018 TOTAAL*: het totale aantal zittingen dat in 2018 is uitgevoerd per type zitting.
 - *# zittingen 2018 door ingehuurde derden*: het totale aantal zittingen dat in 2018 is uitgevoerd per type zitting, die zijn uitgevoerd door door u ingehuurde derden. (leeglaten indien niet van toepassing)
 - *Gemiddelde tijd per zitting*: het gemiddelde aantal minuten dat door u in de praktijkagenda wordt gepland voor de afspraak, per type zitting.

Let op: deel bij groepszittingen de gemiddelde tijd per zitting door het aantal deelnemers aan de zitting. Zie voorbeeld in de Handleiding.
Let op: Neem contact op indien u groepszittingen met 5-10 deelnemers heeft gebruikt of vaker dan 5 keer een code heeft gebruikt die niet voorkomt in de "drop-down"-lijst.
Let op: verzuimcodes laten we hier buiten beschouwing.

SAMENVATTING (op basis van de informatie ingevuld op deze pagina)

	Inclusief ingehuurde derden	Exclusief ingehuurde derden
Totaal aantal zittingen	0	0
Gemiddeld aantal minuten per zitting	0	0

Zittingstabel (u hoeft niet alle regels te gebruiken)

Prestatie- code	Omschrijving	# zittingen 2018 TOTAAL	# zittingen 2018 door ingehuurde derden	Gemiddelde tijd per zitting (min)	Totale tijdsbesteding zittingen (min)	zittingen zonder ingehuurde derden (min)
					0	0
					0	0
					0	0
					0	0
					0	0

5. Tijdsbesteding buiten zittingen

let op: gaat over 2018

Naast het houden van paramedische zittingen besteedt u ook tijd aan andere zaken. We gebruiken hiervoor in dit onderzoek de term "niet-declarabele tijd". Op dit tabblad geeft u aan hoe deze tijdsbesteding opgebouwd is. De berekening van de niet-declarabele tijd is in detail uitgewerkt in bijlage "B. niet-decl". **Let op: Ingehuurde behandelaars zijn niet meegenomen in deze berekeningen, omdat de meeste praktijkhouders geen goed zicht hebben op de tijd die ingehuurde werknemers aan indirecte taken besteden.**

We vragen om twee type gegevens:
I. Informatie over ziekte en vakantie van de praktijkhouder(s) en eventuele maten en behandelaars in loondienst
II. De beste inschatting van waar niet-declarabele tijd aan besteed is in uur per week of uur per jaar.

SAMENVATTING (op basis van de informatie ingevuld op deze pagina)
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestede tijd per week. Hierbij is gecorrigeerd voor vakantie, ziekte en feestdagen en is eventueel overwerk meegenomen. Het totaal aantal uur is een gewogen gemiddelde van praktijkhouder(s) en eventuele maten en behandelaars in loondienst. **Voor nadere toelichting bekijk de handleiding.**

OPTIONEEL: vul hier een ander aantal fte in, zodat u kan zien hoe een gemiddelde werkweek er dan uit ziet:

Één fte besteedt zijn/haar uren per week gemiddeld aan ...	uur		uur
... declarabel patiëntgebonden activiteiten (zittingen)	0.0	x 1 fte =	0.0
... indirecte patiëntgebonden activiteiten	0.0	x 1 fte =	0.0
... niet-patiëntgebonden activiteiten	0.0	x 1 fte =	0.0
... activiteiten niet gerelateerd aan paramedische zorg	0.0	x 1 fte =	0.0
... (nog) niet ingedeeld	0.0	x 1 fte =	0.0
Totaal	0.0		0.0

Van tabblad "4. tijd - zittingen". Ingehuurde behandelaars niet meegenomen.
O.b.v. onderstaande informatie en fte's van tabblad "2. kosten - behandelaars".
O.b.v. onderstaande informatie en fte's van tabblad "2. kosten - behandelaars".
O.b.v. onderstaande informatie en fte's van tabblad "2. kosten - behandelaars".
O.b.v. onderstaande informatie en fte's van tabblad "2. kosten - behandelaars".

I. Informatie over ziekte en vakantie
Vul hier het aantal dagen in dat uw praktijkhouder(s) en behandelaars in loondienst gezamenlijk ziek zijn geweest of vakantie hebben gehad in 2018. Bijvoorbeeld: twee behandelaars met 6 weken vakantie per persoon staan samen voor 2 x 6 x 5 = 60 dagen.
De vertaling van dagen naar uren gebeurt o.b.v. het aantal uur per fte op tabblad "1. algemeen".

Praktijkhouder(s) en eventuele maten	dagen
Aantal vakantiedagen van praktijkhouder(s) (gezamenlijk)	
Aantal ziektedagen van praktijkhouder(s) (gezamenlijk)	

Behandelaars in loondienst	
Aantal vakantiedagen van de behandelaars in loondienst (gezamenlijk)	
Aantal ziektedagen van de behandelaars in loondienst (gezamenlijk)	

Let op: indien een medewerker 0,5 fte werkt en twee weken achter elkaar vakantie neemt zijn dit dus 5 dagen.

II. Toewijzen van niet-declarabele tijd
We vragen u informatie te geven over de niet-declarabele tijd, door deze aan verschillende categoriën toe te wijzen. De berekening bestaat uit vier onderdelen: a) een berekening van de totale niet-declarabele tijd (u hoeft hier niets in te vullen; automatisch berekend), b) het toewijzen van niet-declarabele tijd van praktijkhouders, c) het toewijzen van niet-declarabele tijd van behandelaars in loondienst en d) de overige niet-declarabele tijd (automatisch berekend)

a) Niet-declarabele tijd
De totale beschikbare niet-declarabele tijd in de praktijk bepalen we op basis van het totaal aan uitbetaalde uren, min de vakantie-, ziekte- en feestdagen uren, min de uren die aan zittingen zijn besteed. De exacte berekening van het aantal niet-declarabele uren staat op tabblad "B. niet-decl".
uur per week
0.0
Niet declarabele uren op basis van de door u ingevulde informatie

b) Toewijzen van niet-declarabele tijd van praktijkhouders en eventuele maten
Vul hier in hoeveel uur per week of per jaar een gemiddelde voltijd praktijkhouder (of maat) besteedt aan onderstaande categoriën. U kunt zelf kiezen of u een categorie invult als een gemiddeld aantal uren per week of per jaar. Let op: zodra zowel het aantal uur per week als het aantal uur per jaar is ingevuld wordt alleen het aantal uur per week gebruikt. U kunt rekenhulp 1 op tabblad "A. rekenhulp" gebruiken om uren bij deeltijd om te rekenen naar voltijd.

Tijdsbesteding van praktijkhouder(s) en eventuele maten: 0 fte	GEMIDDELD PER FTE		uur per week
	uur per week	uur per jaar	

Indirect patiëntgebonden			
Zittingsgebonden administratie buiten zittingstijd			0.00 Voorbereiding en verslaglegging buiten de geplande zittingstijd om (klaarzetten stukken, verslagen schrijven, etc.).
Overleg over patiënt met derden			0.00 Bijv. overleg met huisarts, collega's, school, mantelzorgers, gemeente, aanvraag hulpmiddelen, deelname multi-disciplinair overleg.
Overig			0.00
Niet-patiëntgebonden			
Bedrijfsvoering			0.00 Financiële administratie, planning, openen en sluiten praktijk.
Participeren in netwerken			0.00 Overleg thuiszorg / buurtzorg, overleg gemeenten, etc.

Voldoen aan kwaliteitseisen			0.00	Intercollegiaal overleg, kwaliteitskring.
Bijscholing			0.00	Beroepsgerelateerde cursussen en trainingen.
Overig			0.00	Bijv. in kader van kennisuitwisseling, deelname informatieavond.
Niet gerelateerd aan paramedische zittingen				
Overige activiteiten waar omzet tegenover staat die niet uit paramedische zittingen komt			0.00	Bijvoorbeeld: begeleiden van fitness/mindfulness, bestuursfuncties, uithuur als ZZP'er, etc. (Let op: alleen als dit via de jaarrekening van uw praktijk gaat).

c) Toewijzen van niet-declarabele tijd van behandelaren in loondienst

Alleen invullen indien u behandelaren in loondienst heeft. Vul hier in hoeveel uur per week of per jaar een gemiddelde voltijd behandelaar (1 fte) in loondienst besteedt aan onderstaande categorieën. U kunt zelf kiezen of u een categorie invult als een gemiddeld aantal uren per week of per jaar. Let op: zodra zowel het aantal uur per week als het aantal uur per jaar is ingevuld wordt alleen het aantal uur per week gebruikt. U kunt rekenhulp 1 op tabblad "A. rekenhulp" gebruiken om uren bij deeltijd om te rekenen naar voltijd.

Tijdsbesteding van behandelaren in loondienst: 0 fte		GEMIDDELD PER FTE		
		uur per week	uur per jaar	uur per week
<u>Indirect patiëntgebonden</u>				
Zittingsgebonden administratie buiten zittingstijd				0.00 Voorbereiding en verslaglegging buiten de geplande zittingstijd om (klaarzetten stukken, verslagen schrijven, etc.).
Overleg over patiënt met derden				0.00 Bijv. overleg met huisarts, collega's, school, mantelzorgers, gemeente, aanvraag hulpmiddelen, deelname multi-disciplinair overleg.
Overig				0.00
<u>Niet-patiëntgebonden</u>				
Bedrijfsvoering				0.00 Financiële administratie, planning, openen en sluiten praktijk.
Participeren in netwerken				0.00 Overleg thuiszorg / buurtzorg, overleg gemeenten, etc.
Voldoen aan kwaliteitseisen				0.00 Intercollegiaal overleg, kwaliteitskring.
Bijscholing				0.00 Beroepsgerelateerde cursussen en trainingen.
Overig				0.00 Bijv. in kader van kennisuitwisseling, deelname informatieavond.
<u>Niet gerelateerd aan paramedische zittingen</u>				
Overige activiteiten waar omzet tegenover staat die niet uit paramedische zittingen komt				0.00 Bijvoorbeeld: begeleiden van fitness/mindfulness, etc. (Let op: alleen als dit via de jaarrekening van uw praktijk gaat).

d) Resterende niet ingedeelde uren (d=a-b-c)

Automatische berekening (uren a minus uren b minus uren c)		uur per week
Niet-ingedeeld		0.00

Overzicht van ingevulde informatie

Dit formulier is nog niet volledig ingevuld.

Dit tabblad toont een overzicht van de (tot nu toe) door u ingevulde informatie. Dit tabblad is enkel bedoeld om gegevens te controleren, u kunt hier geen informatie invullen.

Soort praktijk in 2018

Praktijkvorm	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Agb-code	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Gecombineerde praktijk	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Hoger tarief o.b.v. kwaliteitsvoorwaarden	...	Nog in te vullen op 1. algemeen

Praktijkenmerken in 2018

Totaal aantal zittingen	0	...	Nog in te vullen op 4. tijd - zittingen
Gemiddeld aantal minuten per zitting	0	...	Nog in te vullen op 4. tijd - zittingen

Tijdsbesteding zorgverleners per week (uren) in 2018

... declarabel patiëntgebonden (zittingen)	0
... indirect patiëntgebonden	0
... niet-patiëntgebonden	0
... activiteiten niet gerelateerd aan paramedische zorg	0
... (nog) niet ingedeeld	0

Zorgverleners (exclusief ZZP'ers en overige medewerkers) in 2018

Aantal zorgverleners (inclusief praktijkhouder)	0.0	...	Nog in te vullen op 2. kosten - behandelaars
Aantal fte (gemiddelde 2018)	0.0	...	Nog in te vullen op 2. kosten - behandelaars
Gemiddelde deeltijdfactor	0%	...	Nog in te vullen op 2. kosten - behandelaars

Bedrijfseconomische parameters in 2018

Totale omzet praktijk	€0	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Deel van omzet uit verzekerde zorg (AV+BV)	0%	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Kosten (totaal)	€0	...	Nog in te vullen
... waarvan kosten zorgverleners	€0	...	Nog in te vullen op 2. kosten behandelaars (of niet van toepassing)
... waarvan kosten overig	€0	...	Nog in te vullen op 3. kosten - overig
Resultaat	€0	...	Nog in te vullen op 1. algemeen
Overige kosten overig volledig ingedeeld?		✓	

Toestemming

U heeft toestemming gegeven	!	Nog geen toestemming gegeven op 1. algemeen
-----------------------------	---	---

Bijlage A: berekening van aantal fte

let op: gaat over 2018

Dit tabblad bevat twee rekenhulpen: (1) bedoeld om het aantal overuren op een deeltijdaanstelling om te rekenen naar een voltijdaanstelling en (2) bedoeld om het aantal fte in 2018 mee te berekenen. **Let op: Dit tabblad is ingevuld met voorbeeldwaarden, deze waarden horen niet bij uw praktijk. U kunt deze waarden overschrijven met uw eigen waarden.**

Rekenhulp 1: omrekenen overuren bij deeltijd aanstelling naar voltijd

Gebruik deze rekenhulp om een aantal (over)uren op een aanstelling van minder dan voltijd per week om te rekenen naar voltijd.

	uren per week	
Uren per week	28	
(Over)uren per week	2	
Dit is vertaald naar een voltijd functie:	0.00	Gebruik deze waarde als input op tabblad "1. algemeen"
O.b.v. dit aantal uren bij een voltijd functie.	0	Van tabblad "1. algemeen"

Rekenhulp 2: bepaling van gemiddelde fte 2018

Let op: de kolom "uur per week aanstelling" kan niet hoger zijn dan het aantal uur per fte, ingevuld op het tabblad "1. algemeen".

Let op: voor praktijkhouder(s) geldt: als een praktijkhouder alleen in naam praktijkhouder is, maar niet meewerkt in de praktijk, zijn de gewerkte uren nul.

Fte praktijkhouder(s) en of maten (gemiddelde 2018)	0.00	Gebruik deze waarde als input op tabblad "2. kosten - behandelaars"
Fte behandelaars in loondienst (gemiddelde 2018)	0.00	Gebruik deze waarde als input op tabblad "2. kosten - behandelaars"
Fte totaal (gemiddelde 2018)	0.00	

Soort	Van	Tot	Periodefactor	uur per week aanstelling	uur per week normaal	fte (gem. 2018)
Praktijkhouder/maat	01/01/2018	31/12/2018	100%	40	0.00	
Praktijkhouder/maat	01/08/2018	31/12/2018	42%	40	0.00	
Behandelaar in loondienst	01/01/2018	31/07/2018	58%	36	0.00	
Behandelaar in loondienst	01/01/2018	31/12/2018	100%	32	0.00	
Behandelaar in loondienst	01/10/2018	31/12/2018	25%	36	0.00	

Bijlage B: berekening van niet-declarabele tijd

Deze bijlage biedt inzicht in de berekening van het aantal niet-declarabele uren per week en is ter inzage; u kunt waarden niet aanpassen. De berekening gebruikt informatie uit tabbladen 1, 2, 4 en 5 als input.

Ingehuurde behandelaars zijn niet meegenomen, omdat de meeste praktijkhouders geen goed zicht hebben op de tijd die deze ZZP'ers aan indirecte taken besteden.

Berekening niet-declarabele uren

A) Berekening van theoretische totale beschikbare tijd in praktijk

Berekening van de totale beschikbare tijd, op basis van het aantal fte praktijkhouder(s) en eventuele maten en de behandelaars in loondienst. Hierbij is het aantal uur per week (inclusief overwerk) van het tabblad "1. algemeen" voor 52 weken per jaar meegenomen.

Fte van praktijkhouder(s) en eventuele maten (gemiddelde 2018)	0.0	Van tabblad "2. kosten - personeel"
Fte van behandelaars in loondienst (gemiddelde 2018)	0.0	Van tabblad "2. kosten - personeel"
Tijd per week praktijkhouder(s) en eventuele maten (uur)	0	Van tabblad "1. algemeen"
Tijd per week behandelaar (uur)	0	Van tabblad "1. algemeen"
Theoretische totale tijd beschikbaar in praktijk (uur per jaar)	0	

B) Tijdsbesteding aan ziekte, vakantie en feestdagen

	Dagen	
Aantal wettelijke feestdagen in 2018 ^[1]	8	Zie voetnoot ^[1]
Aantal praktijkhouder(s) en eventuele maten	0	Van tabblad "2. kosten - personeel"
Aantal behandelaars in loondienst	0	Van tabblad "2. kosten - personeel"

Type werknemer	Soort tijdsbesteding	Dagen	Uren
Praktijkhouder(s) en eventuele maten	Wettelijke feestdagen	0	0
Praktijkhouder(s) en eventuele maten	Vakantie	0.0	0 Van tabblad "5. tijd - overig"
Praktijkhouder(s) en eventuele maten	Ziekte	0.0	0 Van tabblad "5. tijd - overig"
behandelaars in loondienst	Wettelijke feestdagen	0	0
behandelaars in loondienst	Vakantie	0.0	0 Van tabblad "5. tijd - overig"
behandelaars in loondienst	Ziekte	0.0	0 Van tabblad "5. tijd - overig"
<i>Totaal</i>			0

C) Tijdsbesteding aan zittingen

De totale zittingstijd berekenen we door alle minuten van tabblad 2 te delen door 60. Ingehuurde behandelaars zijn niet meegenomen, omdat de meeste praktijkhouders geen goed zicht hebben op de tijd die deze ZZP'ers aan indirecte taken

Totale zittingstijd zonder ingehuurde ZZP'ers (uur) 0 Van tabblad "4. tijd - zittingen"

D) Niet-declarabele tijd

De niet-declarabele tijd is het resultaat van de theoretische totale beschikbare tijd in praktijk (A) minus tijdsbesteding aan ziekte, vakantie en feestdagen (B) en tijdsbesteding aan zittingen (C).

Niet-declarabele tijd (uur per jaar)	0
Niet-declarabele tijd (uur per week)	0.0
Deel van totale tijd dat geen vakantie, ziekte of feestdagen is:	100%
Niet-declarabele tijd gecorrigeerd voor ziekte, vakantie en feestdagen (uur per week)	0.0 Gebruikt als input op tabblad "5. tijd - overig"
Totale zittingstijd zonder ingehuurde ZZP'ers gecorrigeerd voor ziekte, vakantie en feestdagen (uur per week)	0.0 Gebruikt als input op tabblad "5. tijd - overig"

[1] Nieuwjaarsdag, Goede Vrijdag, Paasmaandag, Koningsdag, Hemelvaart, Pinkstermaandag, Kerstmis, Tweede Kerstdag
N.B. Pasen, Bevrijdingsdag en Pinksteren vielen in 2018 op een weekenddag.