



Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgwaarde

**Handvatten voor de beleidsdiscussie om de differentiatie van het inschrijftarief
te wijzigen**

Linda Flinterman
Sabine de Hoon
Dinny de Bakker
Robert Verheij

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-405-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport “Scenario’s voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte”. Het rapport geeft handvatten voor de beleidsdiscussie over veranderingen in de differentiatie van het inschrijftarief dat huisartsen kunnen declareren voor patiënten die in hun praktijk staan ingeschreven. In dit rapport worden de verschillende aspecten die aan bod kunnen komen tijdens de beleidsdiscussie nader onderzocht. Deze aspecten zijn onder andere: hoe kan je zorgzwaarte definiëren, hoe geschikt zijn verschillende populatiekenmerken voor differentiatie en welke populatiekenmerken hangen samen met zorgzwaarte? Daarnaast wordt er een aantal voorbeeldscenario’s van nieuwe differentiaties vergeleken met de huidige differentiatie. Tenslotte is met de voorbeeldscenario’s ook getest of het mogelijk is om deze door te rekenen naar bekostiging en zijn de te verwachten financiële effecten van deze scenario’s in kaart gebracht. Deze scenario’s geven een indicatie van de mogelijkheden en consequenties voor toekomstige differentiatie van het inschrijftarief.

Bij dit onderzoek was een klankbordgroep betrokken met vertegenwoordigers van alle betrokken veldpartijen. Wij willen de leden van de klankbordgroep hartelijk danken voor hun tijd en inzet.

Dit rapport is geschreven in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wij danken hen voor het in ons gestelde vertrouwen.

De auteurs

Samenvatting

Huisartsen ontvangen, naast een tarief per consult, jaarlijks een vast bedrag voor iedere ingeschreven patiënt. Deze vaste bedragen per patiënt vormen samen ruim 40% van het inkomen van huisartsen. Het is van belang dat dit bedrag een zo goed mogelijke afspiegeling is van de zorgwaarde van de patiënt. Huisartsen ontvangen daarom al jaren een hoger bedrag voor oudere patiënten en voor patiënten die wonen in een achterstandswijk. In dit rapport kijken we of leeftijd en woonachtig zijn in een achterstandswijk nog steeds samenhangen met de waarde van de zorg en of er geen andere populatiekenmerken zijn die dat in sterkere mate doen. Daartoe was het nodig eerst vast te stellen wat we onder zorgwaarde verstaan. Vervolgens is nagegaan welke populatiekenmerken geschikt zijn voor differentiatie van het inschrijftarief. Van die populatiekenmerken is bepaald hoe goed ze samenhangen met zorgwaarde en – aan de hand van enkele scenario's – onderzocht wat dat vervolgens financieel zou betekenen voor de inkomsten van huisartsenpraktijken.

Definitie zorgwaarde

De zorgwaarde van een huisartsenpraktijk is gedefinieerd als de totale hoeveelheid tijd die de praktijkvoering kost, gedeeld door het aantal patiënten. De totale hoeveelheid tijd is vastgesteld met behulp van vragenlijstonderzoek, waarin is gevraagd naar de gemiddelde tijd die de huisartsen en andere medewerkers per week besteden aan de praktijkvoering.

SMART analyse

Van drie groepen kenmerken is bekeken in hoeverre ze zouden kunnen worden gebruikt als basis voor differentiatie van het inschrijftarief: demografische kenmerken, omgevingskenmerken en gezondheidskenmerken. Dit is gedaan met behulp van een SMART analyse waarin bepaald werd hoe specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden de verschillende kenmerken zijn. Een kenmerk dat bijvoorbeeld nog niet geregistreerd wordt zoals land van herkomst van een patiënt is minder SMART omdat dit extra administratie zou geven dan gegevens die al standaard geregistreerd worden zoals leeftijd. Omgevingskenmerken op basis van postcode en een deel van de demografische kenmerken bleken het meest SMART voor gebruik voor differentiatie.

Relatie zorgwaarde met populatiekenmerken

Met behulp van regressiemodellen werd vervolgens gekeken welke populatiekenmerken (demografische, omgevings- en gezondheidskenmerken), het best samenhangen met zorgwaarde. Daarbij werden verschillende scenario's getoetst: één scenario met alle beschikbare populatiekenmerken; één scenario met alle demografische en omgevingskenmerken; en één scenario waarin alleen demografische en omgevingskenmerken werden meegenomen die afgeleid zijn uit reeds in de huisartsenpraktijk geregistreerde gegevens en waarvoor dus geen externe (of nieuwe) bronnen nodig zijn. Het scenario met alle populatiekenmerken verklaarde 40% van de verschillen in zorgwaarde maar is ook het minst SMART. De andere twee scenario's verklaarden meer dan 20% maar zijn wel beter implementeerbaar. Alle drie de scenario's verklaarden zorgwaarde aanzienlijk beter dan de huidige differentiatie van het inschrijftarief op basis van leeftijd en wonen in een achterstandswijk welke 9% van de zorgwaarde verklaart.

De huidige differentiatie van het inschrijftarief hangt dus minder goed samen met zorgzwaarte binnen een huisartsenpraktijk, dan mogelijk zou zijn met een andere set van populatiekenmerken.

Inkomens effecten

Met behulp van de resultaten van de drie scenario's werden nieuwe opslagfactoren voor differentiatie van het inschrijftarief berekend (budget neutraal op macro niveau). Daarmee werden er drie scenario's financieel doorgerekend voor 240 huisartsenpraktijken en vergeleken met de huidige inkomsten op basis van het inschrijftarief. Sommige praktijken gaan er op vooruit andere gaan er op achteruit. De omvang van de verschuiving verschilt per scenario. Dit aspect kan worden meegenomen in de afwegingen om voor het ene of het andere model te kiezen, net als de praktische haalbaarheid.

Van onderzoek naar beleid

Dit rapport biedt handvatten voor de beleidsdiscussie over de mogelijke wijziging van de differentiatie van het inschrijftarief. De scenario's voor differentiatie van het inschrijftarief die in dit onderzoek zijn ontwikkeld en doorgerekend, vormen een startpunt voor de beleidsdiscussie over de herziening van de differentiatie van het inschrijftarief. De resultaten dragen bij aan de totstandkoming van een praktisch implementeerbaar en breed gedragen differentiatie van het inschrijftarief die een weerspiegeling is van de feitelijke werklast in de huisartsenpraktijk.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Differentiatie van het inschrijvingstarief	9
1.2 Vraagstellingen	10
2 Zorgwaarte	11
2.1 Tijdsbesteding huisartsen	11
2.2 Samenhang kenmerken patiëntpopulatie met verschillende soorten tijdsbesteding van de huisarts	14
2.3 Operationalisatie zorgwaarte; verschillende varianten	17
3 Relatie van populatiekenmerken met zorgwaarte	21
3.1 Bepalen variant van zorgwaarte (stap 1)	21
3.2 Bepalen SMART score (stap 2)	23
3.3 Bepalen selecties kenmerken (stap 3)	24
3.4 Bepalen sterkste samenhang met zorgwaarte (stap 4)	26
3.5 Overeenkomsten tussen uitkomsten scenario's en resultaten vragenlijst	27
3.6 Voor- en nadelen van de verschillende scenario's	28
4 Inkomenseffecten op praktijkniveau	31
4.1 Effecten van de verschillende scenario's	31
4.2 Effecten van de scenario's op verschillende typen van praktijken	32
4.3 Conclusies	37
5 Discussie	38
5.1 Zorgwaarte	38
5.2 Voor en nadelen van verschillende populatiekenmerken voor differentiatie	39
5.3 Relatie zorgwaarte met populatiekenmerken	40
5.4 Inkomenseffecten	41
5.5 Praktijken in achterstandswijken en krimpgebieden	41
6 Van onderzoek naar beleid	42
6.1 Conclusie	42
6.2 De stap naar beleid	43
Literatuur	45

Bijlagen:

Bijlage A	Methoden	49
Bijlage B	Tabellen	57
Bijlage C	SMART principe	67
Bijlage D	Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren	71
Bijlage E	Opslagen bij scenario's	73
Bijlage F	Klankbordgroep	75
Bijlage G	Vragenlijst	77

1 Inleiding

1.1 Differentiatie van het inschrijvingstarief

Per 1 januari 2015 is het nieuwe 3-segmenten model voor de bekostiging van de huisartsen-multidisciplinaire zorg in werking getreden [LHV en de minister 2012]. De nieuwe bekostiging bestaat uit drie segmenten:

Segment 1: Een gedifferentieerd inschrijftarief per patiënt en consultvergoeding

Segment 2: Vergoeding multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Dit rapport richt zich op segment 1, en wel op de vraag of ook de differentiatie van het inschrijftarief gewijzigd moet worden. Huisartsen krijgen een inschrijftarief, een vast bedrag per in de huisartsenpraktijk ingeschreven patiënt per kwartaal, dat gedifferentieerd wordt naar leeftijd en postcode van de patiënt. Ruim 40% van het inkomen van huisartsen is afkomstig uit het inschrijftarief [NZA 2013]. Voor oudere patiënten en patiënten uit zogenaamde achterstandsgebieden geldt een toeslag op het inschrijftarief. Deze differentiatie bestond reeds in het oude ziektekostenstelsel waarbij sprake was van ziekenfonds- en particuliere patiënten. Voor particuliere patiënten (destijds ongeveer 40% van de bevolking, met overwegend hogere inkomens) gold een ‘*fee for service*’ systeem, een vergoeding per consult. Voor ziekenfondspatiënten (de overige 60%) gold een ‘abonnementstarief’, een vast bedrag per patiënt per jaar, vergelijkbaar dus met het huidige inschrijftarief. Doel van deze differentiatie was enerzijds de huisarts te compenseren voor het hogere zorggebruik van bepaalde patiënten, en anderzijds als stimulans voor huisartsen om zich ook in achterstandswijken te blijven vestigen [Biesheuvel 1994, Van der Velden, 1997, Verheij et al., 2000]. Voor leeftijd worden er drie categorieën gehanteerd: 0-64, 65-74 en 75 jaar en ouder. Achterstand wordt bepaald door het postcodegebied waar de patiënt woont (op basis van de vier cijfers en eerste letter van de postcode (postcode-5)). De achterstandsindex van zo’n postcodegebied is gebaseerd op omgevingsadressendichtheid (stedelijkheid), percentage inwoners met een laag inkomen, percentage niet westerse allochtonen en percentage niet actieven het postcode-5 gebied waar de patiënt woonachtig is. Elke vier jaar vindt herijking plaats om welke postcodegebieden het precies gaat [Devillé, 2012]. Daarbij wordt uitgegaan van een vast afkappunt zodanig dat de postcodegebieden die het hoogst scoren op deze indicatoren worden aangemerkt als achterstandsgebied. Deze gebieden tezamen bevatten 5% van de bevolking, ofwel 885.000 inwoners.

Bij de invoering van de basisverzekering in 2006 is de honorering van de huisartsenzorg gewijzigd in een combinatie van consulttarief en abonnementstarief. De differentiatie van het abonnementstarief is toen echter gehandhaafd in het inschrijftarief. Met de huidige veranderingen in de bekostiging is het de vraag of deze differentiatie gehandhaafd moet worden of dat er mogelijk beter passende alternatieven zijn. Dit is een vraag die uiteindelijk door beleidsmakers zal moeten worden beantwoord, maar dit rapport geeft daarvoor de nodige informatie om te komen tot weloverwogen beslissingen.

Uitgangspunt bij het beantwoorden van die vraag is dat de differentiatie gebaseerd moet zijn op de zorgwaarde van de praktijkpopulatie in een huisartsenpraktijk. Zorgwaarde is de hoeveelheid zorg die de patiëntenpopulatie in een praktijk nodig heeft. Zorgwaarde gaat daarmee verder dan het aantal contacten van een patiënt met de huisarts, en beslaat mogelijk alle vormen van zorg die de huisarts direct of indirect aan de patiënt verleent [Elissen 2014]. Het rapport bouwt voort op een eerder rapport, waarin is nagegaan welke kenmerken van patiënten samenhangen met zorggebruik [Flinterman, 2015].

In dit rapport gaan we na hoe zorgwaarde het best kan worden geoperationaliseerd, welke kenmerken van de praktijkpopulatie samenhangen met zorgwaarde en welke daarvan mogelijk zouden kunnen dienen als basis voor de differentiatie van het inschrijftarief en wat de financiële consequenties zijn van bepaalde differentiatie modellen voor het inkomen van huisartsenpraktijken. In het rapport gebruiken we tijd als maat voor zorgwaarde, onder de aanname dat zorgwaarde tot uitdrukking komt in de hoeveelheid tijd die een huisarts aan zijn praktijk besteedt.

1.2 Vraagstellingen

In dit rapport worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1. *Op welke manier kan zorgwaarde worden geoperationaliseerd?***
- 2. *Wat zijn de voor en nadelen van het gebruik van verschillende populatiekenmerken voor differentiatie?***
- 3. *In hoeverre zijn verschillen in zorgwaarde toe te schrijven aan kenmerken van de praktijkpopulatie?***
- 4. *Welke financiële effecten zouden verschillende differentiatie modellen hebben op praktijkniveau?***

2 Zorgwaarte

In dit hoofdstuk wordt zorgwaarte in de huisartsenpraktijk gedefinieerd. Uitgangspunt daarbij was dat zorgwaarte niet alleen tot uitdrukking komt in de hoeveelheid tijd besteed aan contacten met patiënten (directe tijd), maar ook in de hoeveelheid tijd besteed aan andere aan het zorgproces gerelateerde activiteiten die de huisarts direct of indirect aan de patiënt besteed.

In dit hoofdstuk is daarom eerst onderzocht in hoeverre de hoeveelheid tijd die een huisarts besteedt aan verschillende soorten activiteiten met elkaar, en met kenmerken van de praktijkpopulatie, samenhangt. Vervolgens is er gekeken naar de samenhang van de kenmerken met de tijd van de huisartsenpraktijk. De tijd van de huisartsenpraktijk werd daarmee gedefinieerd als de tijd van alle werkzame huisartsen in de praktijk en de tijd van ondersteunend personeel.

Met behulp van de resultaten hiervan wordt een formule voor zorgwaarte in de huisartsenpraktijk geoperationaliseerd. Het resultaat van dit hoofdstuk is een operationalisatie van zorgwaarte op praktijkniveau. Deze vormt de basis voor de rest van dit rapport.

In dit hoofdstuk wordt de volgende vraag beantwoord:

1. Op welke manier kan zorgwaarte worden geoperationaliseerd?

2.1 Tijdsbesteding huisartsen

Middels een (internet)enquête onder huisartsenpraktijken die deelnemend aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn is onderzocht hoeveel tijd per week wordt besteed aan verschillende soorten activiteiten, gerelateerd aan het primaire zorgproces. Deze huisartsenpraktijken vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse populatie¹. Per huisartsenpraktijk werd de enquête door één huisarts ingevuld.

Deze tijdsbesteding werden ingedeeld in drie soorten activiteiten: direct patiëntgebonden tijd, indirect maar wel patiëntgebonden tijd en niet patiëntgebonden tijd. Hierbij wordt directe tijd gedefinieerd als de tijd besteed aan direct contact met een patiënt. Tijd die aan individuele patiënten wordt besteed in afwezigheid van de patiënt (bijvoorbeeld: intercollegiaal overleg, bijwerken dossier) wordt betiteld als indirecte tijd. Tijd die besteed wordt aan het verbeteren van de zorg maar die niet aan een individuele patiënt gebonden is, wordt betiteld als niet patiëntgebonden tijd.

In de enquête werd aan de huisartsen gevraagd naar de hoeveelheid tijd die per week werd besteed aan:

¹ Meer informatie over de huisartsen die de enquête invulden is te vinden in bijlage A, de enquête is te vinden in bijlage G.

1. Direct patiëntgebonden activiteiten:
 - a. Directe patiëntenzorg op het spreekuur
 - b. Visites (inclusief reistijd)
2. Indirect patiëntgebonden activiteiten:
 - a. Administratie consult gerelateerd
 - b. Administratie declaratie gerelateerd
 - c. Patiënt gerelateerd (telefonisch) overleg extern
 - d. Patiënt gerelateerd overleg intern
3. Niet patiëntgebonden activiteiten:
 - a. Administratie praktijk gerelateerd
 - b. Niet-patiënt gerelateerd overleg intern
 - c. Niet patiënt gerelateerd (telefonisch) overleg extern
 - d. Overige activiteiten

De huisartsen werkten gemiddeld 36 uur per week. Om de uren voor de verschillende activiteiten tussen huisartsen vergelijkbaar te maken zijn de ingevulde uren genormeerd naar deze 36 uur in de week. Dit betekent dat bij een huisarts die bijvoorbeeld had ingevuld 50 per week te werken, het aantal uren werd omgerekend naar 36, met behoud van de verhouding tussen de verschillende activiteiten. Ditzelfde werd gedaan voor huisartsen die aangaven minder dan 36 uur in de week te werken. Tabel 2.1 laat voor alle huisartsen het aantal uren besteed aan de drie soorten activiteiten zien, genormeerd naar een 36-urige werkweek.

Tabel 2.1 Tijdsbesteding van huisartsen per week genormeerd naar een 36-urige werkweek (n=230)

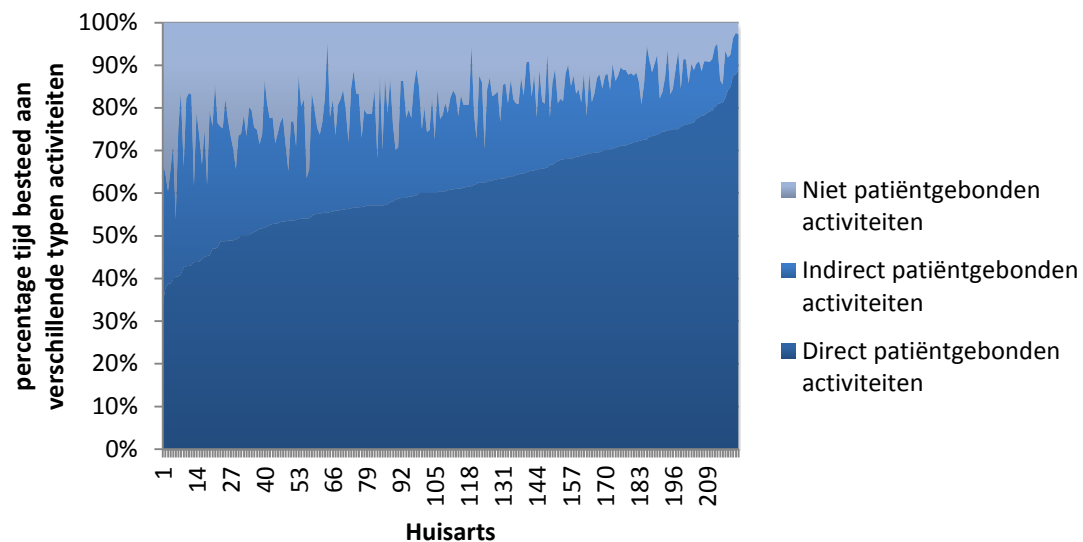
Activiteiten	Uren per week	25 ^e – 75 ^e percentiel	Percentage van uren
Direct patiëntgebonden	22	19-25	62%
Indirect patiëntgebonden	7	5-9	19%
Niet patiënt gebonden	7	5-8	19%

De verhouding in tijdsbesteding tussen verschillende activiteiten is vergelijkbaar met eerder onderzoek waarin het percentage tijd besteed aan directe patiëntenzorg varieerde van 56% tot 72%, indirecte patiëntenzorg van 13 tot 26% en niet patiëntgebonden tijd van 14 tot 18% [Jurling 2012, Van Hassel 2014]. Tabel 2.1 laat zien dat er variatie is tussen huisartsen in de hoeveelheid tijd die aan verschillende tijdsonderdelen wordt besteed. Dit maakt alle drie de tijdsonderdelen geschikt als onderdeel van de definitie van zorgzwaarte, daar ze zowel onderdeel zijn van het primaire zorgproces als verschillen tussen de huisartsen(praktijken). In figuur 2.1 is dit nog eens grafisch weergegeven voor alle huisartsen. De verdeling van uren over verschillende activiteiten wisselt sterk tussen huisartsen. Sommige huisartsen besteden bijna 90% van hun tijd aan directe patiëntenzorg, terwijl dat bij andere huisartsen niet meer dan 40% is. Er zijn huisartsen die evenveel tijd aan de verschillende activiteiten besteden en huisartsen die het grootste deel van hun tijd besteden aan direct patiëntencontact. Dit laat zien dat er inderdaad grote verschillen zijn tussen huisartsen in hoe zij hun tijd in de week verdelen.

In de enquêtes werd naast de tijdsbesteding per week ook gevraagd naar het aantal minuten dat in de agenda van de huisarts gereserveerd werd voor de verschillende typen contacten binnen de praktijk (visites, contacten, etc.). Voor ieder type contact geldt in de huidige honoreringsstructuur

een vast tarief. In de praktijk blijkt er desondanks veel variatie in de hoeveelheid tijd die er wordt gereserveerd per type contact. Tabel 2.2. laat dat zien. Huisartsen die meer tijd reserveren per contact, hebben per uur minder inkomsten. Indien dergelijke verschillen voortvloeien uit verschillen in zorgwaarde, kan worden overwogen om voor deze verschillen te corrigeren via het inschrijftarief.

Figuur 2.1 Variatie tussen huisartsen in verhouding tussen directe, indirecte en niet patiëntgebonden activiteiten, geordend naar percentage tijd besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten (n=230)



Tabel 2.2 Gemiddelde en spreiding in het aantal minuten gereserveerd voor verschillende typen patiëntcontacten van de huisarts (n=230)

Type contact	Gereserveerd	Min-max
Enkel consult	10,6 min	7-15 min
Dubbel consult	20,4 min	15-30 min
Telefonisch consult	5,0 min	2-10 min
Enkele visite	15,5 min	10-45 min
Dubbele visite	26,5 min	20-60 min

Tabel 2.2 toont de verschillen tussen huisartsen in het aantal minuten dat in de praktijkagenda wordt gereserveerd voor een bepaald type contact. Die verschillen zijn groot. Huisartsen met de langste contactduren reserveren soms meer dan het dubbele in vergelijking met huisartsen met de korte contactduren. Praktijken waar weinig tijd wordt gereserveerd per contact lopen niet vaker uit op het spreekuur dan praktijken waar veel tijd wordt gereserveerd. Ook bleek er geen verband tussen de gereserveerde tijd per type contact en het percentage van de totale werktijd dat werd besteed aan directe patiëntenzorg.

2.2 Samenhang kenmerken patiëntpopulatie met verschillende soorten tijdsbesteding van de huisarts

Om meer inzicht te krijgen in de samenhang van de tijdsonderdelen met kenmerken van de ingeschreven patiëntpopulatie is er met behulp van lineaire regressie gekeken naar de samenhang tussen kenmerken van de patiëntpopulatie (bijvoorbeeld percentage patiënten ouder dan 65 jaar) in de praktijk en het aantal uren per week besteed door de huisarts aan de drie soorten tijdsbesteding directe, indirecte en niet patiëntgebonden tijd. Er werden drie typen van kenmerken binnen de patiëntpopulatie² onderscheiden, demografische-, omgevings-, en gezondheidskenmerken [Elissen 2014].

Kenmerken van de patiëntpopulatie zijn gebaseerd op data van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de praktijken van huisartsen die deelgenomen hebben aan de enquête. De deelnemende huisartsenpraktijken aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn vormen een goede afspiegeling van alle huisartsenpraktijken in Nederland. [NIVEL 2015]

Demografische kenmerken van de praktijkpopulatie betreffen bijvoorbeeld het percentage ouderen, het percentage vrouwen en het percentage niet-westerse allochtonen. Omgevingskenmerken zijn kenmerken op het niveau van de postcode waarin de patiënten, ingeschreven in een huisartspraktijk, wonen. Dit betreft in dit onderzoek bijvoorbeeld het percentage woonachtig in achterstandswijken en wijken met een lage sociaal economische status (SES). Voor SES is de statusscore van het SCP gebruikt. Hiertoe zijn de postcodes binnen Nederland op basis van opleidingsniveau, inkomen en arbeidsmarktsituatie van de bewoners per postcodegebied opgedeeld in 5 categorieën van hoog naar laag [SCP 1998]. Voor het percentage woonachtig in een achterstandswijk is de indeling gebruikt van het inschrijftarief [Devillé, 2012]. Of een patiënt in een achterstandsgebied woont is afgeleid van een achterstandsindicator, die is gebaseerd op omgevingsadressendichtheid (stedelijkheid), percentage inwoners met een laag inkomen, percentage niet westerse allochtonen en percentage niet actieven in de verschillende postcodegebieden in Nederland (zie ook paragraaf 1.1, waar de huidige differentiatie van het inschrijftarief wordt beschreven). De gezondheidskenmerken van de praktijkpopulatie die zijn meegenomen in dit onderzoek betreffen voornamelijk het percentage ingeschreven patiënten met een chronische aandoening zoals bijvoorbeeld diabetes of reuma voor zover geregistreerd bij de huisarts.

Tabel 2.3 laat de samenhang tussen de populatiekenmerken en de verschillende tijdsonderdelen van de huisarts zien. In de tabel is de verklaarde variantie weergegeven plus de richting van het verband (de bèta coëfficiënt). Een positieve bèta coëfficiënt geeft een positief verband aan, een negatieve bèta coëfficiënt een negatief verband. De positieve coëfficiënten bij demografische kenmerken en direct patiëntgebonden tijd geven dus aan dat meer 65 plussers in de praktijk betekent dat er ook meer tijd wordt besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten. De verklaarde variantie (R^2) geeft aan welk percentage van de variatie tussen praktijken in bestede tijd verklaard wordt door het betreffende kenmerk. Tabel 2.3 laat een selectie van onderzochte populatiekenmerken zien. Deze selectie is gekozen om een overzicht te geven van de effecten van

² Populatiekenmerken bestaan uit, demografische-, omgevings-, en gezondheidskenmerken. Wanneer alle drie de kenmerken behandeld worden wordt er gesproken van populatiekenmerken, als één van de drie typen besproken wordt dan wordt dit expliciet benoemd.

de verschillende typen populatiekenmerken (demografische-, omgevings-, en gezondheidskenmerken) voor de verschillende soorten activiteiten. Een overzicht van alle bekeken populatiekenmerken staat in bijlage B, tabel 1.

Tabel 2.3 *Samenhang tussen kenmerken van de patiëntpopulatie en percentage tijd besteed aan direct patiëntgebonden, indirect patiëntgebonden en niet patiëntgebonden activiteiten. (n=230 huisartsen)*

Kenmerken patiëntpopulatie	Direct patiëntgebonden		Indirect patiëntgebonden		Niet patiëntgebonden	
	$\beta^{\#}$	R ²	β	R ²	β	R ²
<i>Demografische kenmerken</i>						
% 65 plus	+	0,6%	-	1,0%	-	0,0%
% 75 plus	+	0,8%	-	0,6%	-	0,3%
% 85 plus	+	0,1%	-	0,0%	-	0,0%
% mannen	+	0,3%	+	0,6%	-	2,0%
<i>Omgevingskenmerken[§]</i>						
% van de populatie in achterstandswijk	-	1,9%	+	2,7%*	+	0,0%
% van de populatie uit gebied met lage SES	-	0,9%	+	0,4%	+	0,4%
% van de populatie uit gebied midden lage SES	+	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% van de populatie uit gebied midden SES	+	0,0%	+	0,0%	-	1,4%
% van de populatie uit gebied met midden hoge SES gebied	+	0,0%	-	1,1%	+	0,9%
% van de populatie uit gebied met hoge SES	+	0,3%	+	0,0%	-	0,2%
<i>Gezondheidskenmerken</i>						
<i>% van populatie met:</i>						
diabetes	-	0,1%	-	0,0%	+	0,3%
COPD	-	0,0%	-	0,3%	+	0,9%
hoog risico op hart- en vaatziekten	+	1,3%	-	1,6%	-	0,1%
verslavingsproblematiek	-	1,9%	+	0,2%	+	3,4%*
psychische aandoening	+	0,4%	-	0,9%	+	4,1%*
sociale klachten	-	3,4%*	-	1,2%	+	2,4%

*significant verschillend tussen praktijken $p < 0.05$

[#] β : een + betekent dat een praktijk meer tijd besteed aan het tijdsonderdeel wanneer er meer patiënten in de praktijk zijn met een bepaald kenmerk, een – dat ze juist minder tijd besteden.

[§]SES betreft de statusscore die het SCP heeft toegekend aan postcodes binnen Nederland verdeeld in vijf categorieën op basis van opleidingsniveau, inkomen en arbeidsmarktsituatie van de bewoners (SCP 1998)

Tabel 2.3 laat onder andere zien dat huisartsen met veel patiënten uit achterstandswijken meer tijd aan indirecte patiëntgebonden activiteiten kwijt zijn, bijvoorbeeld overleg met andere zorgverleners over een patiënt. Huisartsen met veel patiënten met psychische klachten besteden relatief meer tijd aan niet patiëntgebonden activiteiten. In tabel 2.4 worden de relaties met deze zelfde populatiekenmerken weergegeven alleen dan in combinatie met de door de huisarts gereserveerde consultduur voor de verschillende contactmomenten. Voor de resultaten van *alle* onderzochte populatiekenmerken zie bijlage B, tabel 2.

In tabel 2.4 is onder andere te zien dat huisartsen met relatief veel patiënten met psychische en sociale problemen meer tijd reserveren voor een consult of visite. Andere kenmerken van de populatie laten geen duidelijke verband zien met de hoeveelheid tijd die voor een consult wordt ingeboekt.

Tabel 2.4 *Samenhang tussen kenmerken van de patiëntpopulatie en tijd gereserveerd voor een bepaald type contact (n=230 huisartsen)*

Populatiekenmerk [#]	Type contact							
	Enkel Consult		Dubbel consult		Visite		Dubbele visite	
	$\beta^{\#}$	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²
<i>Demografische kenmerken</i>								
% 65 plus	-	4,6%*	-	0,5%	-	0,1%	+	0,5%
% 75 plus	-	2,0%	-	0,3%	+	0,2%	+	0,6%
% 85 plus	-	0,5%	-	0,2%	+	0,4%	+	0,4%
% mannen	-	0,8%	-	0,7%	-	3,4%*	-	1,6%
<i>Omgevingskenmerken[§]</i>								
% In achterstandswijk	+	0,8%	+	0,2%	-	0,4%	+	0,0%
% In lage SES gebied	+	0,9%	+	0,1%	+	0,0%	+	0,0%
% In midden lage SES gebied	-	0,2%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,7%
% In midden SES gebied	-	0,3%	+	0,0%	-	1,8%	-	1,2%
% In midden hoge SES gebied	-	1,1%	-	0,4%	-	0,0%	+	0,4%
% In hoge SES gebied	+	0,0%	-	0,0%	+	1,8%	+	0,9%
<i>Gezondheidskenmerken</i>								
% patiënten met diabetes	-	1,3%	-	0,0%	-	1,6%	-	0,8%
% patiënten met COPD	-	0,3%	-	0,3%	+	0,0%	-	0,0%
% met hoog risico op hart- en vaatziektes	-	5,4%*	-	0,6%	-	0,3%	+	0,0%
% patiënten met verslavingsproblematiek	+	0,7%	+	0,7%	-	0,0%	-	1,2%
% patiënten met een psychische aandoening	+	4,9%*	+	2,8%*	+	0,2%	-	0,5%
% patiënten met sociale klachten	+	3,3%*	+	0,6%	+	0,3%	-	0,5%

*Significante verschillen P<0.05. [#] β : een + betekent dat een praktijk meer tijd besteed aan het tijdsonderdeel wanneer er meer patiënten in de praktijk zijn met een bepaald kenmerk, een – dat ze juist minder tijd besteden.

[§]SES zijn de postcodes binnen Nederland verdeeld in vijf categorieën op basis van opleidingsniveau, inkomen en arbeidsmarktsituatie van de bewoners binnen het postcodegebied. (SCP 1998)

2.3 Operationalisatie zorgzwaarte; verschillende varianten

In de voorgaande paragrafen is steeds per type activiteit gekeken naar de hoeveelheid tijd die er aan besteed werd (directe en indirecte patiëntenzorg, overige activiteiten en gereserveerde tijd voor consulten) door de huisarts. In eerder onderzoek is al gekeken naar het aantal contacten per patiënt.

Daaruit komt het volgende beeld naar voren:

1. *Typen patiënten met meer contacten (eerder onderzoek)*
 - Ouderen (patiënten van 65 jaar en ouder) en patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes en kanker hebben meer contacten met de huisartsenpraktijk dan jongeren en patiënten zonder chronische aandoeningen [Flinterman 2015]
2. *Tijdsverdeling huisartsen*
 - Huisartsen met veel patiënten uit achterstandswijken besteden meer tijd aan indirect patiëntgebonden activiteiten.
 - Huisartsen met patiënten met veel psychische- en verslavingsproblematiek besteden meer tijd aan niet patiëntgebonden activiteiten.
3. *Gereserveerde contactduur*
 - Huisartsen met veel patiënten met sociale en/of psychische problematiek reserveren meer tijd voor consulten. Huisartsen met veel patiënten ouder dan 65 of met een hoog cardiovasculair risico reserveren juist minder tijd per contact.

Opvallend is dat er verschillende typen patiënten zijn met een grotere zorgzwaarte (meer bestede tijd), en dat deze verschillende typen op een verschillende manier effect hebben op de belasting van de huisarts, en daarmee de praktijk waarin hij werkzaam is. Aan patiënten met een hogere zorgzwaarte wordt in één of meerdere activiteiten meer tijd besteed. Via meer consulten, meer tijd aan directe of juist indirecte patiëntenzorg of juist meer niet patiëntgebonden activiteiten. Zorgzwaarte komt daarmee beter tot uitdrukking in de totale bestede tijd per patiënt dan in de bestede tijd per activiteit.

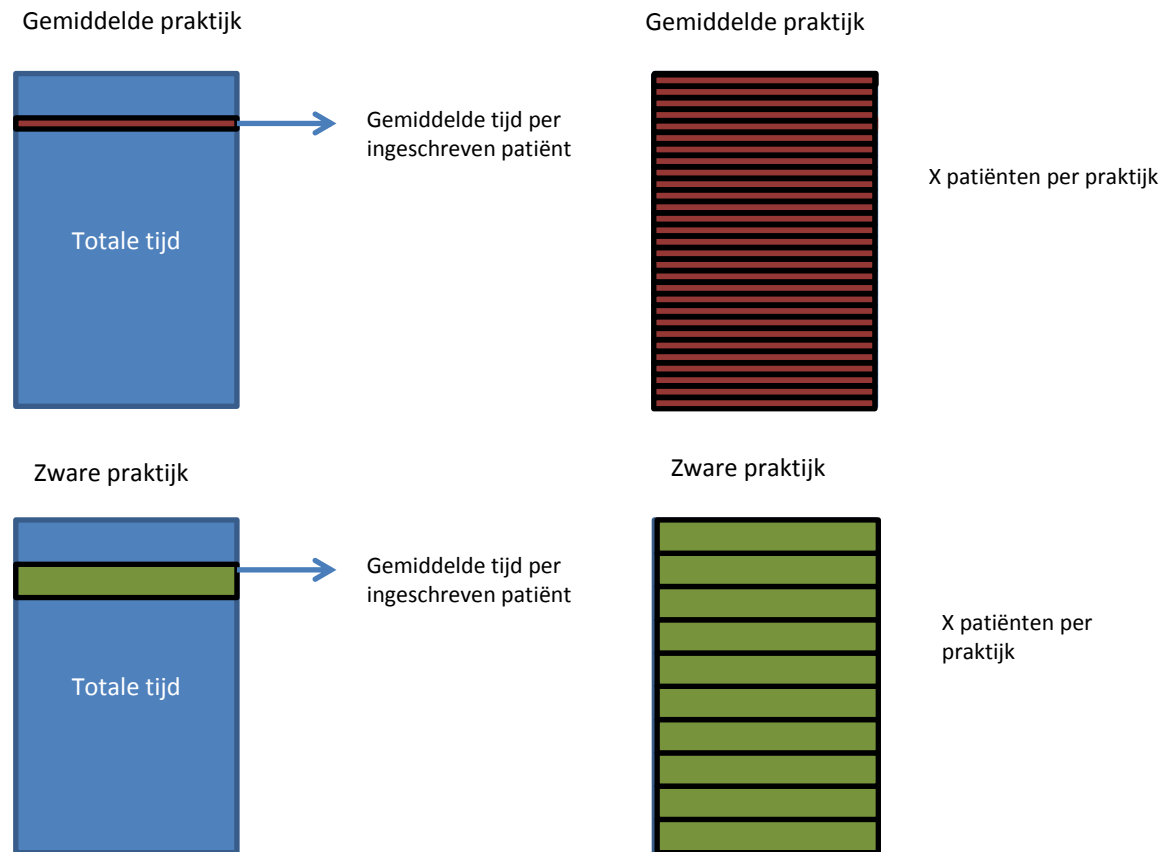
2.3.1 Vertaling naar de huisartsenpraktijk

Deze bevinding heeft tot de keuze geleid om niet uit te gaan van specifieke activiteiten, maar om uit te gaan van de totale hoeveelheid tijd die het de praktijk kost om voor een gegeven aantal patiënten te zorgen. Hoe 'zorgzwaarder' de praktijk, hoe meer tijd er per patiënt nodig is, ongeacht of dit directe, indirecte of niet patiëntgebonden tijd betreft. In de vragenlijst werd het aantal uren van eventuele andere huisartsen werkzaam in de praktijk en het aantal uren van ondersteunend personeel per week uitgevraagd. Met deze uren was het mogelijk om de totale tijd per praktijk per week te berekenen.

Wanneer we dit schematisch weergeven krijgen we een situatie als in figuur 2.2. In de figuur worden twee typen huisartsenpraktijken vergeleken: een gemiddelde praktijk en een praktijk met een hoge zorgzwaarte. Beide praktijken hebben evenveel tijd te besteden per jaar. In de

gemiddelde praktijk zijn ze per jaar per ingeschreven patiënt gemiddeld het aandeel van de rode balk kwijt per patiënt. In de zware praktijk zijn ze gemiddeld meer tijd kwijt per ingeschreven patiënt, omdat patiënten met een hogere zorgzwaarte meer tijd kosten. Dit wordt in de figuur aangegeven met de groene balk aan tijd per patiënt. Een praktijk met gemiddeld 'makkelijkere' patiënten kan meer patiënten aan in een bepaalde hoeveelheid tijd dan een praktijk met meer 'zorgzware' patiënten (rechter kant figuur) en zal daarmee dan ook meer inkomsten uit het inschrijftarief genereren. De differentiatie van het inschrijftarief compenseert daarvoor.

Figuur 2.2 Schematische weergave van de effecten van zorgzwaarte



We operationaliseren de zorgzwaarte van een huisartsenpraktijk dan als:

$$\text{Zorgzwaarte} = \frac{\text{totale hoeveelheid tijd besteed door de huisartsenpraktijk}}{\text{totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk}}$$

De totale hoeveelheid tijd in de huisartsenpraktijk kan op verschillende manieren berekend worden:

1. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk
2. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie
3. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie en POH-S
4. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijk assistentie, POH-S en POH-GGZ.

Met deze vier verschillende bepalingen van totale tijd werden de vier verschillende varianten van zorgzwaarte berekend die in het volgende hoofdstuk worden gebruikt. Welke operationalisatie het beste is, laten we afhangen van de mate van samenhang met relevante kenmerken van de praktijkpopulatie.

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe zorgzwaarte het best geoperationaliseerd kan worden. We hebben daarbij de aandacht gericht op de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk omdat uit een eerdere rapportage naar voren kwam dat een operationalisatie op basis van aantal gedeclareerde contacten onvoldoende rekening hield met variaties in de hoeveelheid tijd die aan andere dingen opgaat, zoals overleg en management van de praktijk. Bovendien wordt dan geen rekening gehouden met eventuele verschillen in de duur van contacten. Dit is van belang omdat het idee bestond dat bijvoorbeeld in achterstandswijken meer tijd dient te worden besteed in het regelwerk rondom contacten.

Huisartsen besteden gemiddeld iets meer dan zestig procent van hun tijd aan directe patiëntenzorg. De rest wordt aan indirecte patiëntenzorg en niet patiëntgebonden activiteiten besteed. De verhouding in tijdsbesteding tussen verschillende activiteiten verschilt per huisarts, waarbij aan patiënten met een hogere zorgzwaarte in een of meerdere activiteiten meer tijd wordt besteed. Zorgzwaarte komt daarmee beter tot uitdrukking in de totale bestede tijd per patiënt dan in de bestede tijd per activiteit.

Wanneer dit vertaald wordt naar de huisartsenpraktijk betekent dit dat men niet uit kan gaan van specifieke activiteiten, maar dat voor de definitie van zorgzwaarte de totale tijd besteed in door de huisartsenpraktijk meegenomen moet worden. Zorgzwaarte is daarom geoperationaliseerd als de totale hoeveelheid tijd die de praktijkvoering kost per ingeschreven patiënt. Hierbij worden 4 verschillende varianten van totale tijd onderscheiden waarin de uren van verschillende medewerkers in de huisartsenpraktijk wel of niet worden meegenomen in de totale tijd.

$$\text{Zorgzwaarte} = \frac{\text{totale hoeveelheid tijd besteed door de huisartsenpraktijk}}{\text{totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk}}$$

In het volgende hoofdstuk bekijken we welke variant van zorgzwaarte het beste voorspelt en daarnaast als specifiek, meetbaar, acceptabel en realistisch bestempeld kan worden. Vervolgens zal er worden gekeken hoe de gekozen variant van zorgzwaarte samenhangt met de verschillende populatiekenmerken.

3 Relatie van populatiekenmerken met zorgzwaarte

In dit hoofdstuk gaan we op zoek naar het best verklarende model voor zorgzwaarte dat tevens voldoende specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden is (SMART). We doorlopen de volgende vier stappen:

1. *Bepalen variant zorgzwaarte*
Bepalen welke variant van zorgzwaarte we gaan gebruiken voor verdere doorrekening. De uren van welke medewerkers nemen we mee in de berekening van zorgzwaarte?
2. *Bepalen SMART score*
Van de populatiekenmerken die in theorie meegenomen kunnen worden om de zorgzwaarte te verklaren bepalen hoe specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) deze zijn voor differentiatie van het inschrijftarief.
3. *Bepalen selecties kenmerken*
Met behulp van de SMART scores van de populatiekenmerken uit stap 2 worden verschillende selecties van deze kenmerken gemaakt op basis van het aantal vervulde SMART criteria.
4. *Bepalen sterkstesamenhang met zorgzwaarte*
Van verschillende selecties van populatiekenmerken wordt vervolgens nagegaan welke combinatie het best samenhangt met zorgzwaarte.

Het resultaat van deze vier stappen zijn drie verschillende scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief op basis van zorgzwaarte.

Hiermee worden de volgende vragen beantwoord:

2. *Wat zijn de voor en nadelen van het gebruik van verschillende populatiekenmerken voor differentiatie?*
3. *In hoeverre zijn verschillen in zorgzwaarte toe te schrijven aan bepaalde kenmerken van de samenstelling van de patiëntpopulatie van praktijken?*

3.1 Bepalen variant van zorgzwaarte (stap 1)

In het vorige hoofdstuk beargumenteerden we dat zorgzwaarte wordt geoperationaliseerd in termen van in de huisartspraktijk bestede tijd in uren. Daarbij werden vier varianten onderscheiden: de door de huisarts bestede tijd (1), de door de huisarts en praktijkassistente bestede tijd (2), de door de huisarts, assistente en POH-S bestede tijd (3) en een variant waarin ook nog de tijd van de POH-GGZ is meegenomen.

Voor deze vier varianten van zorgzwaarte wordt in tabel 3.1 allereerst beschreven hoe goed ze samenhangen met de huidige differentiatie van het inschrijftarief. Zoals gezegd, laten we de precieze operationalisatie van zorgzwaarte, en in hoeverre we het ondersteunend personeel daarin meenemen, afhangen van de samenhang met potentiële modellen voor differentiatie afgeleid uit

het stappenplan. Voor elke variant van zorgzwaarte is in tabel 3.1 daarom de verklaarde variantie weergegeven en het aantal patiëntkenmerken per model. Het best verklarende model is gegenereerd met behulp van een stapsgewijze regressie analyse. Dit is een methode waarbij uit alle aangeboden factoren aan het regressie model de combinatie van factoren wordt gezocht die de beste verklaarde variantie geeft. Voor scenario 1 zijn dit alle populatiekenmerken uit tabel 3 in bijlage B. Doordat van al deze populatiekenmerken de best verklarende combinatie wordt gekozen komen de uiteindelijke populatiekenmerken die in het model overblijven niet per definitie overeen met de factoren die individueel de sterkste effecten geven.

Voor de volgende twee scenario's wordt in tabel 3.1 een regressieanalyse weergegeven per variant van zorgzwaarte:

Scenario 0: De kenmerken van de praktijkpopulatie zoals gebruikt in de huidige differentiatie

Scenario 1: Alle kenmerken van de praktijkpopulatie zoals opgenomen in bijlage B (tabel 3)

Om rekening te houden met het compensatie mechanisme dat van de consultvergoeding uit gaat, zijn alle scenario's gecorrigeerd voor het gewogen aantal directe patiëntencontacten in de praktijk.

In tabel 3.1 is te zien dat als de bestede tijd van het ondersteunend personeel wordt meegenomen de verklaarde variantie van de modellen groter wordt. Met name wordt de verklaarde variantie groter als de bestede tijd van de praktijkassistente wordt toegevoegd, wat laat zien dat huisarts en assistente elkaar aanvullen. Als de bestede tijd van de POH-S en GGZ worden toegevoegd neemt de verklaarde variantie nog wel iets toe, maar niet veel meer. Dit is te verklaren door het feit dat de POH doorgaans voor specifiekere patiëntgroepen wordt ingezet. Daarnaast bleek ook uit de enquête dat huisartsenpraktijken die veel assistentie inzetten ook veel andere typen ondersteuning inzetten (correlatie >90%). Dit samen verklaart waarom er na het toevoegen van de bestede tijd van de praktijkassistente er weinig wordt toegevoegd door de uren van de POHers. Daarnaast bestaat er voor de POH-S en POH-GGZ die worden toegevoegd in variant 3 en 4 al aparte betaaltitels buiten het inschrijftarief om.

Een additionele overweging, naast de verklaarde variantie, om te kiezen voor een bepaalde variant, is het aantal populatiekenmerken dat nodig is om de verschillen in tijdsbesteding te verklaren. Naarmate dat aantal geringer is wordt het aantal categorieën waarop een eventuele nieuwe differentiatie wordt gebaseerd geringer en daarmee eenvoudiger te implementeren. Voor variant 2 blijkt dat het aantal populatiekenmerken dat nodig is voor verklaring aanzienlijk lager dan voor de overige varianten. In die zin is deze variant het meest 'economisch' (bijlage B).

Uit stap 1 blijkt dat zorgzwaarte variant 2 de beste voorspeller is voor zorgzwaarte, gezien de toegenomen verklaarde variantie. Hiermee wordt de uiteindelijke definitie van zorgzwaarte gedefinieerd als:

$$\text{Zorgzwaarte} = \frac{\text{totale hoeveelheid tijd besteed door de huisarts(en) en praktijkassistent(en) in de praktijk}}{\text{totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk}}$$

In de volgende paragraaf worden verdere mogelijke scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief onderzocht met bovenstaande definitie van zorgzwaarte aan de hand van de SMART score (stap 2).

Tabel 3 *Uitkomsten regressieanalyses zorgzwaarte (gemeten in 4 varianten) met alleen kenmerken van de praktijkpopulatie gebruikt in de huidige differentiatie (scenario 0) en met kenmerken van de praktijkpopulatie (scenario 1). (n=230 huisartsenpraktijken) (stap 1)*

Variant zorgzwaarte	Scenario [#]	R ²	Aantal kenmerken
1*	Scenario 0: Huidige differentiatie	2.1	2
	Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken ^{&}	27.8	9
2	Scenario 0: Huidige differentiatie	8.9	2
	Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken	41.3	6
3	Scenario 0: Huidige differentiatie	8.1	2
	Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken	43.9	9
4	Scenario 0: Huidige differentiatie	7.0	2
	Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken	43.3	9

*Varianten van zorgzwaarte: 1 uren huisarts; 2 uren huisarts, praktijkassistentie; 3 uren huisarts, praktijkassistentie, POH-S; 4 uren huisarts, praktijkassistentie, POH-S, POH-GGZ. [#] Alle scenario's zijn gecorrigeerd voor het aantal contact uren in de huisartsenpraktijk. [&] Populatiekenmerken zoals te vinden in tabel 4 in bijlage B

3.2 Bepalen SMART score (stap 2)

In scenario 1 zijn alle populatiekenmerken meegenomen die we tot onze beschikking hadden. Dit scenario geeft dan ook de hoogste verklaarde variantie. In dit meest uitgebreide model is er geen rekening gehouden met de vraag of alle betrokken populatiekenmerken wel 'SMART' zijn. Met het SMART model kan bekeken worden hoe geschikt een kenmerk is om te dienen als basis voor differentiatie van het inschrijftarief. SMART staat voor:

- **S**(pecifiek): in hoeverre differentieert het kenmerk? In hoeverre leidt het tot vals-positieven en negatieven? Hoe betrouwbaar en nauwkeurig is het onderscheid?
- **M**(eetbaar): is het kenmerk registreerbaar en toetsbaar, vatbaar voor manipulatie?
- **A**(cceptabel): spectaculaire verschuivingen ten opzichte van het verleden kunnen onacceptabel zijn. Daarnaast is ook de herkenbaarheid van de kenmerken als potentiële differentiatie factor van belang voor acceptatie door het veld.
- **R**(ealistisch): is het realistisch dat het kenmerk gemeten gaat/kan worden in de huisartsenpraktijk of elders en gebruikt kan worden voor de systematiek?
- **T**(ijdgebonden): Is de het gebruik van een kenmerk ook mogelijk binnen de tijd die er voor staat?

Idealiter zijn populatiekenmerken die worden meegenomen in de scenario's min of meer objectieve gegevens van de patiënt die niet (te) vaak wijzigen. Daarnaast moeten de kenmerken

liefst geen extra administratieve last voor de huisarts vormen en daarom bij voorkeur al geregistreerd worden bij de huisarts of een andere instantie. Daarnaast moeten het factoren zijn die geen aanleiding geven om de verleende zorg aan de patiënt te veranderen. In tabel 3.2 wordt per type populatiekenmerk bekeken hoe SMART deze zijn aan de hand van voorbeelden. Een overzicht van alle populatiekenmerken is te vinden in de SMART tabel in bijlage C.

3.3 Bepalen selecties kenmerken (stap 3)

Door onderzoekers is bepaald hoe SMART de populatiekenmerken zijn. Dit is aan de klankbordgroep voorgelegd ter commentaar. Hoe SMART verschillende typen van kenmerken zijn wordt hieronder toegelicht. Een volledig overzicht de SMART criteria voor alle populatiekenmerken is te zien in bijlage C, tabel 1.

Het meest SMART is de leeftijd- en geslachtsamenstelling van de praktijk. Leeftijd en geslacht zijn eenduidig, ze worden zowel in de huisartsenpraktijk als de zorgverzekeraar geregistreerd, dus er is geen extra registratie of uitwisseling van gegevens nodig. Het is acceptabel om hierop te differentiëren en de veranderingen in de tijd zijn ermee te volgen.

Complexer wordt het als we naar sociaal-demografische kenmerken van de praktijkpopulatie kijken als het percentage werklozen, allochtonen of mensen met een laag inkomen. Dit type gegevens wordt in zijn algemeenheid niet geregistreerd in de huisartsenpraktijk. In dit onderzoek was het alleen mogelijk deze gegevens te achterhalen door de ingeschreven patiëntpopulaties in de huisartsenpraktijk te koppelen aan gegevens van het CBS en zo de betreffende gegevens te achterhalen. Om dit regulier in te bouwen ten behoeve van de differentiatie zijn er verschillende mogelijkheden. In de eerste plaats zou van de huisartsen kunnen worden gevraagd dit soort gegevens van al hun patiënten vast te leggen. Dit betekent extra registratielast van soms gevoelige gegevens (bijvoorbeeld etniciteit), de vraag is ook of dat op een eenduidige manier is te realiseren. Een tweede mogelijkheid is een tussenstap in te bouwen door een koppeling te bewerkstelligen met het CBS. De bestanden van ingeschreven patiënten van huisartsen zouden gekoppeld moeten met gegevens van het CBS. Een mogelijkheid kan zijn om gebruik te maken van het feit dat een aantal van deze kenmerken al bekend is bij de zorgverzekeraars omdat zij worden gebruikt in het kader van de risicoverevening. In alle gevallen is sprake van een extra stap. Daarom zijn deze minder SMART gescoord.

Ten derde kan gekeken worden naar de omgeving waarin de patiënten wonen op basis van de postcode zoals dat nu al gebeurt voor de indeling in achterstandswijken. Dit zijn kenmerken als percentage allochtonen, percentage werklozen e.d. Behalve of het een achterstandswijk betreft kan uit de postcode ook worden afgeleid wat de SES-statusscore van de wijk is, of het om een krimpgebied gaat en wat de verstedelijkingsgraad is. Voordeel van al deze kenmerken is dat ze eenvoudig en eenduidig op basis van de postcode vast te stellen zijn en geen extra registratielast met zich meebrengen omdat de postcode al wordt geregistreerd, zowel in de huisartsenpraktijk als door de verzekeraar. Nadeel is dat deze kenmerken minder specifiek zijn omdat in achterstandswijken ook personen met een hoge SES en een hoog inkomen kunnen wonen. Praktijken met een hoog percentage patiënten in een achterstandswijk hoeven dus niet allemaal patiënten te hebben met laag inkomen, lage SES. Praktijken kunnen zowel in positieve als

negatieve zin afwijken. Tenslotte kan worden gekeken naar ‘echte’ gezondheidskenmerken van de praktijkpopulaties van de huisartsen. Conceptueel gezien is het aantrekkelijk om te differentiëren op de gezondheid van de populatie omdat dan de zorgzwaarte hoger zal zijn in patiëntpopulaties met een zwakkere gezondheid (de eerdere kenmerken zijn de facto proxies voor gezondheidskenmerken). Daarbij is het mogelijk gebruik te maken van het feit dat in huisartsenpraktijken de gezondheid van hun populatie wordt vastgelegd doordat zij klachten en aandoeningen tegenwoordig redelijk goed coderen. Zo kan worden vastgesteld wat het percentage patiënten met één of meer chronische aandoeningen is, wat het percentage patiënten met diabetes is of wat het percentage mensen is die met psychische problemen bij de huisarts is geweest. Als ze gebruikt worden voor differentiatie van het inschrijftarief verondersteld dat wel dat dit type gegevens op persoonsniveau worden verstrekt aan de zorgverzekeraar, wat mogelijk minder acceptabel is voor huisartsen. Ook kan bij de verschillende gezondheidskenmerken discussie ontstaan over welke kenmerken wel en niet de zorgzwaarte beïnvloeden. In principe doen alle gezondheidskenmerken dat in zekere mate, maar slechts een aantal van deze aandoeningen kan mee worden genomen in de bekostigingssystematiek waardoor mogelijk de herkenbaarheid en daarmee de acceptatie door het veld minder wordt. Tenslotte dragen deze kenmerken een prikkel tot ‘gaming’ in zich bijvoorbeeld door ‘upcoding’ waardoor de meetbaarheid mogelijk minder goed is dan voor andere populatiekenmerken [Elissen 2014].

Tabel 3.2 Hoe SMART zijn de verschillende typen populatiekenmerken (stap 2) (samenvatting tabel in bijlage C)

	S*	M	A	R	T
Sociaal demografische kenmerken[#]					
Leeftijd samenstelling	+	+	+	+	+
% allochtonen	+	+	+/-	+/-	+/-
Omgevingskenmerken					
% in achterstandswijk	-	+	+	+	+
% in lage SES-wijk	-	+	+	+	+
Gezondheidskenmerken					
% met >4 chronische [§] aandoeningen	+	+/-	+/-	+/-	+/-
% met diabetes mellitus	+	+/-	+/-	+/-	+/-

*SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

[#] Demografische kenmerken en gezondheidskenmerken zijn gemeten op het niveau van de patiënt, omgevingskenmerken zijn gedefinieerd op basis van de postcode van de patiënt

[§]In eerder onderzoek werd gevonden dat 5 of meer chronische ziekten een goed voorspeller voor zorgzwaarte is. Deze is hier wederom gebruikt [Flinterman 2015]

De gezondheidskenmerken van de praktijkpopulatie zijn het dus minst ‘SMART’ gevolgd door de demografische- en omgevingskenmerken. Met deze typen populatiekenmerken zijn nieuwe scenario’s gecreëerd om te kijken welke het beste zorgzwaarte voorspellen. In de volgende paragraaf is deze stap, stap 4, te zien.

3.4 Bepalen sterkste samenhang met zorgzwaarte (stap 4)

Dat bepaalde kenmerken minder SMART zijn wil niet zeggen dat zij daarom onbruikbaar zijn voor differentiatie. Het meer of minder SMART zijn van populatiekenmerken dient te worden afgewogen tegen hun voorspellende waarde. Als kenmerken die minder SMART zijn zorgzwaarte heel goed voorspellen kan er toch voor worden gekozen om deze op te nemen in de differentiatie en het minder SMART zijn voor lief te nemen, dan wel de daaraan verbonden risico's te minimaliseren. Om dergelijke afwegingen te kunnen maken zijn in deze paragraaf een aantal analyses uitgevoerd.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de SMART analyse zijn er nog twee scenario's gegenereerd, scenario 2 en 3. Bij scenario 2 zijn de minst SMARTe kenmerken, de gezondheidskenmerken, niet meegenomen in het model. Voor scenario 3 werden alleen demografische en omgevingskenmerken die af te leiden zijn uit in de huisartsenpraktijk reeds registreerde gegevens (postcode, leeftijd en geslacht) meegenomen in het regressie model. Ook voor scenario 2 en 3 werd met behulp van stapsgewijze regressie analyse het best verklarende model geschat (stap 4).

Scenario 2: Het best passende scenario met uitgebreide demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: Het best passende scenario met beperkte demografische en omgevingskenmerken (op basis van leeftijd, geslacht en postcode)

Tabel 3.3 Samenhang tussen zorgzwaarte en de vier verschillende differentiatie scenario's

Scenario*	R ²	Aantal Kenmerken
Scenario 0: Huidige differentiatie	8.9%	2
Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken [#]	41.3%	6
Scenario 2: Het best passende scenario met uitgebreide demografische en omgevingskenmerken	23.0%	3
Scenario 3: Het best passende scenario met beperkte demografische en omgevingskenmerken (leeftijd, geslacht en van postcode afgeleid)	21.3%	2

Zorgzwaarte gedefinieerd als de totale tijd besteed door de huisarts(en) en praktijkassistenten(en) in de praktijk per ingeschreven patiënt.

* 0 huidige differentiatie, 1 alle populatiekenmerken, 2 demografische en omgevingskenmerken, 3 demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts. Alle scenario's zijn gecorrigeerd voor het aantal contacturen in de huisartsenpraktijk.

[#] Populatiekenmerken zoals te vinden in tabel 5 in bijlage B

In tabel 3.3 is te zien wat het effect is voor het verklaren van de zorgzwaarte wanneer er geen gezondheidskenmerken worden meegenomen (scenario 2) in de differentiatie of wanneer alleen demografische en omgevingskenmerken worden meegenomen die bekend zijn bij de huisarts (scenario 3). Tabel 3.3 laat zien dat hoe meer kenmerken er aan het regressiemodel worden aangeboden hoe beter zorgzwaarte wordt voorspeld. Wanneer gezondheidskenmerken buiten beschouwing worden gelaten daalt de verklaarde variantie van de modellen, maar blijft toch 14-16% hoger dan de verklaarde variantie van de huidige differentiatie (scenario 0). In tabel 5 in bijlage B is te zien welke populatiekenmerken de verschillende scenario's verklaren. Stap 4 laat zien dat hoe meer populatiekenmerken er worden meegenomen in de differentiatie van zorgzwaarte hoe beter zorgzwaarte voorspeld wordt. De voorspellende waarde van het model

neemt toe ten opzichte van het huidige scenario, ook wanneer de minder SMARTe ziektekenmerken niet meegenomen worden.

3.5 Overeenkomsten tussen uitkomsten scenario's en resultaten vragenlijst

Binnen bovenstaande scenario's komen meerdere populatiekenmerken naar voren als voorspellend voor zorgzwaarte. Deze zijn te zien in tabel 5 in bijlage B. Bij elke scenario ontstaat er hierdoor een mix van populatiekenmerken op praktijkniveau waarop mogelijk gedifferentieerd kan worden.

Bij scenario 1 worden alle populatiekenmerken aan het regressiemodel aangeboden en bij scenario 3 zijn alleen de demografische en omgevingskenmerken die bij de huisarts bekend zijn aangeboden. Scenario 3 bevat daardoor een kleinere set van aangeboden populatiekenmerken. Doordat de populatiekenmerken voor ieder scenario gekozen zijn uit een andere set van populatiekenmerken ontstaan er ook steeds andere combinaties. Dit kan een reden zijn waardoor bepaalde populatiekenmerken naar voren komen die niet herkenbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Populatiekenmerken die overblijven in het model zijn doorgaans markers voor andere populatiekenmerken die niet in het beste model overblijven. Zoals te zien is in tabel 5 in bijlage B is leeftijd geen voorspeller voor zorgzwaarte in scenario 1, terwijl ziektes zoals de ziekte van Parkinson en gehoorproblematiek wel naar voren komt. Dit komt doordat leeftijd sterk samenhangt met het voorkomen van deze ziekten. Door deze onderlinge samenhang voegt leeftijd niets meer toe aan de verklaarde variantie en wordt het niet als kenmerk gekozen voor het scenario en komen alleen de ziekte van Parkinson en gehoorproblemen naar voren. De ziektes dienen in scenario 1 als het ware als marker voor leeftijd. In scenario 2 zien we dat wanneer de ziektekenmerken niet worden meegenomen de leeftijd wel bijdraagt aan de verklaarde variantie. Dat er tussen scenario 2 en 3 een andere leeftijdscategorie het meeste toevoegt aan de verklaarde variantie komt doordat in scenario 3 minder factoren worden aangeboden waardoor een andere leeftijdscategorie in combinatie met de andere aangeboden factoren de zorgzwaarte beter verklaart dan de leeftijdscategorie uit scenario 2. Ook hier geldt weer dat de scenario's door statistische technieken gegenereerd zijn. Een scenario met bijvoorbeeld 65+ en SES verklaart iets minder goed (R^2 19.2%) dan 85+ en SES (R^2 21.3%) waardoor dat laatste scenario nu wordt weergegeven zoals te zien in tabel 5 in bijlage B.

In de vragenlijst aan de huisartsen is naast tijdsbesteding en gereserveerde tijd ook gevraagd wat zij als belastende populatiekenmerken ervaren. Wanneer we de top tien van meest belastende populatiekenmerken (score ≥ 5.0 op een schaal van 0-9, bijlage B, tabel 6) uit de vragenlijst naast de resultaten van de verschillende scenario's leggen zien we overeenkomsten. In de scenario's en uit de vragenlijst komen dezelfde domeinen zoals leeftijd en multi-problematiek naar voren. Ook komen kenmerken gerelateerd aan SES, zoals vergoedingskwesties en taalproblematiek, terug in de top 10 van populatiekenmerken die als belastend worden ervaren door de huisarts. Andere factoren uit de top tien van de vragenlijst, zoals meervoudige hulpvragen en eisend gedrag van patiënten, zijn (nog) niet meetbaar en konden daarom niet mee worden genomen in de modellen.

3.6 Voor- en nadelen van de verschillende scenario's

De hiervoor berekende scenario's voor differentiatie van het inschrijftarief zijn niet perfect. Alle vier de scenario's hebben hun eigen voor- en nadelen die hieronder beschreven worden.

3.6.1 Scenario 0: huidige differentiatie

Scenario 0 is anders dan de andere scenario's in die zin dat de differentiatie factoren al vast stonden namelijk leeftijd en wonen in een achterstandsgebied. Voor dit scenario is gekeken hoe goed de huidige differentiatie zich verhoudt tot de in dit rapport gebruikte definitie van zorgzwaarte. De huidige differentiatie van leeftijd en achterstand hangt van de vier scenario's het minst goed samen met zorgzwaarte. De huidige definitie bevat kenmerken die goed meetbaar en te valideren zijn, daarnaast zijn de kenmerken van de huidige differentiatie doordat ze nu al gebruikt worden acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Van de twee kenmerken is leeftijd vrij specifiek. Het wel of niet woonachtig zijn in een achterstandsgebied is minder specifiek aangezien dit gebaseerd is op de postcode.

3.6.2 Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken

Voordelen van scenario 1 zijn dat dit het best verklarende scenario is voor zorgzwaarte en dat de populatiekenmerken overeen komen met populatiekenmerken die door de huisartsen als belastend werden aangemerkt in de vragenlijst. Nadeel van dit scenario is dat het mogelijk minder acceptabel is in het veld. Doordat de populatiekenmerken door middel van statistiek zijn bepaald zodat de combinatie van populatiekenmerken wordt gevonden met de hoogste verklaarde variantie zijn de geselecteerde kenmerken mogelijk niet altijd herkenbaar en daarmee acceptabel voor het veld. In dit scenario zijn dat bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson en migraine. Dit komt doordat het model uitgaat van de populatie van de huisartsenpraktijk als geheel en niet van individuele patiënten. Daarnaast houdt het model niet alleen rekening met de tijd aan contacten maar ook met de indirecte tijd en de beste tijd van de assistenten. Hierdoor wordt het model ook minder intuïtief. Ander nadeel kan zijn dat dit scenario meer differentiatie factoren bevat dan de huidige bekostiging, wat mogelijk om meer precieze of andere vorm van administratie vraagt bij de huisarts. Deze administratie werd als de meest belastende factor gezien door huisartsen (bijlage B). Daarnaast worden in dit scenario naast het omgevingskenmerk SES (postcode) ook gezondheidskenmerken meegenomen. Deze zijn het minst SMART van alle populatiekenmerken. Mogelijk nadeel hiervan is dat wanneer er op ziekte gedifferentieerd wordt er bij de bekostiging aan het inschrijftarief zichtbaar wordt wat een patiënt voor ziekten heeft, wat mogelijk de privacy van de patiënt kan schaden. Ditzelfde geldt voor bekostigen op het demografische kenmerk afkomst van de patiënt in dit scenario of iemand een ouder heeft die in het buitenland is geboren (2^e generatie allochtonen). De vraag is of dit een kenmerk is waarop op persoonsniveau bekostigd moet worden in het inschrijftarief of dat dit beter op postcodeniveau kan zoals in de huidige differentiatie voor achterstand.

3.6.3 Scenario 2: Het best passende scenario met demografische en omgevingskenmerken

Voordelen van scenario 2 is dat het overzichtelijk is. Doordat gezondheidskenmerken niet worden meegenomen is aan het inschrijftarief dat hieruit voortkomt niet te zien wat de persoon mankeert.

Daarnaast is het aantal categorieën waarover gedifferentieerd zou worden met 12 nog overzichtelijk. Nadeel van dit scenario is dat het minder goed verklaart dan scenario 1. De verklaarde variantie daalt van 41% naar 23%. Deze verklaarde variantie voor zorgzwaarte is echter nog steeds 2.5 keer die van de huidige differentiatie en zou dus nog steeds een verbetering betekenen ten opzichte van de huidige situatie wanneer er bekostigd gaat worden op basis van zorgzwaarte. Daarnaast is hier ook nog steeds een nadeel dat (allochtone) afkomst onderdeel is van dit scenario. Naast dat het mogelijk niet wenselijk is om te differentiëren op iemands afkomst is dit gegeven ook niet beschikbaar bij de huisarts en zal, wanneer dit onderdeel zou worden van de bekostiging, de verkrijging van patiëntgegevens uitgebreid moeten worden met andere bronnen dan de huisarts of wordt de administratieve belasting van de huisarts groter.

3.6.4 Scenario 3: Het best passende scenario met demografische omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

Scenario 3 is, doordat een groot deel van de populatiekenmerken afvielen, het meest compacte scenario. Het lijkt ook het meest op de huidige systematiek met leeftijd en postcode. Dit scenario geeft alleen een andere leeftijds- en postcode verdeling dan de huidige differentiatie die maakt dat de zorgzwaarte beter verklaard wordt (21% vs. 9%). Voordeel van dit scenario is dat de gegevens waarop gedifferentieerd wordt (leeftijd en postcode) gelijk zijn aan de huidige differentiatie. Daarnaast verklaart het de zorgzwaarte bijna net zo goed als wanneer ook afkomst van de patiënt wordt meegenomen. Nadeel van dit scenario is dat het maar half zo goed de zorgzwaarte verklaart als scenario 1.

3.6 Conclusies

De variant van zorgzwaarte die de relatie met kenmerken van de praktijkpopulatie van huisartsen het best verklaart, is gebaseerd op zowel de tijdsbesteding van de huisarts als de tijdsbesteding van de praktijkassistenten in de praktijk, aangezien toevoeging van POHers de verklaarde variantie niet vergroot. Hiermee wordt de uiteindelijke definitie van zorgzwaarte die gebruikt wordt in dit rapport gedefinieerd als:

$$\text{Zorgzwaarte} = \frac{\text{Totale hoeveelheid tijd besteed door de huisarts(en) en praktijkassistent(en) in de praktijk}}{\text{Totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk}}$$

Kenmerken van de praktijkpopulatie die in aanmerking komen om te gebruiken voor differentiatie van het tarief moeten specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden zijn (SMART). Resultaten uit de SMART analyse laten zien dat omgevingskenmerken, op basis van postcode, en demografische kenmerken hierbij het beste scoren. Op basis van dit gegeven zijn naast het huidige differentiatie scenario (scenario 0) en een differentiatie scenario waarbij alle populatiekenmerken worden toegevoegd (scenario 1) twee andere scenario's gecreëerd:

Scenario 0: Huidige differentiatie

Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken

Scenario 2: Het best passende scenario met uitgebreide demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: Het best passende scenario met beperkte demografische en omgevingskenmerken (leeftijd, geslacht en van postcode afgeleid)

Voor deze scenario's is nagegaan in hoeverre ze de zorgzwaarte op praktijkniveau bepalen. Het beste scenario, scenario 1, verklaarde 40% van de verschillen in zorgzwaarte. Scenario 3, met alleen demografische- en omgevingskenmerken die al routinematig worden vastgelegd, verklaarde 20% van de variatie in zorgzwaarte. Populatiekenmerken die naar voren komen binnen de scenario's zijn afhankelijk van de onderlinge interactie, waardoor de scenario's niet altijd even herkenbaar zijn. Wel komen de populatiekenmerken, met hun onderliggende markers, overeen met factoren die de huisarts bestempelen als belastend.

Al deze scenario's hebben voor-en nadelen en brengen verschillende financiële effecten met zich mee. Deze financiële effecten op praktijkniveau worden besproken in het volgende hoofdstuk. Daarnaast zullen ook de effecten van deze mogelijke nieuwe vormen van differentiatie op verschillende typen praktijken bekeken worden.

4 Inkomenseffecten op praktijkniveau

Het doorvoeren van nieuwe differentiaties zoals geschetst in de verschillende scenario's zal zijn weerslag hebben op de inkomsten van praktijken. Bepaalde praktijken zullen er op vooruitgaan, anderen achteruit. Het is goed om een beeld te hebben van de omvang van die effecten. Sterke inkomenseffecten zullen mogelijk minder makkelijke geaccepteerd worden in het veld en leiden tot ongewenste gevolgen. Het inschrijftarief maakt immers een belangrijk deel uit van het totale inkomen van de huisarts.

De scenario's uit tabel 3.3 zijn daarom in dit hoofdstuk doorgerekend naar nieuwe opslagen waarmee het inschrijftarief berekend wordt. Deze doorrekening is gedaan voor een set van 240 praktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe deze scenario's en de nieuwe opslagen van de huidige differentiatie zich verhouden ten opzichte van de huidige bekostiging en wordt onderzocht of het effect van deze nieuwe scenario's voor verschillende typen praktijken vergelijkbaar zijn of dat verschillende scenario's verschillende effecten hebben voor praktijken. In dit hoofdstuk is de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

4. Welke financiële effecten zouden verschillende differentiatie modellen hebben op praktijkniveau?

4.1 Effecten van de verschillende scenario's

Om het effect van de verschillende scenario's in de praktijk te bekijken zijn nieuwe opslagen berekend. Voor een overzicht van hoe de opslagen berekend zijn, zie bijlage D. De opslagen per scenario staan vermeld in bijlage E. Na doorrekening van de nieuwe opslagen per praktijk is onderzocht wat de praktijken met de huidige bekostiging per jaar krijgen aan inschrijftarief en wat ze zouden krijgen wanneer één van de in het vorig hoofdstuk besproken scenario's zou worden doorgevoerd. Hierbij is ervan uitgegaan dat het geld voor de opslagen van het inschrijftarief macroneutraal herverdeeld wordt.

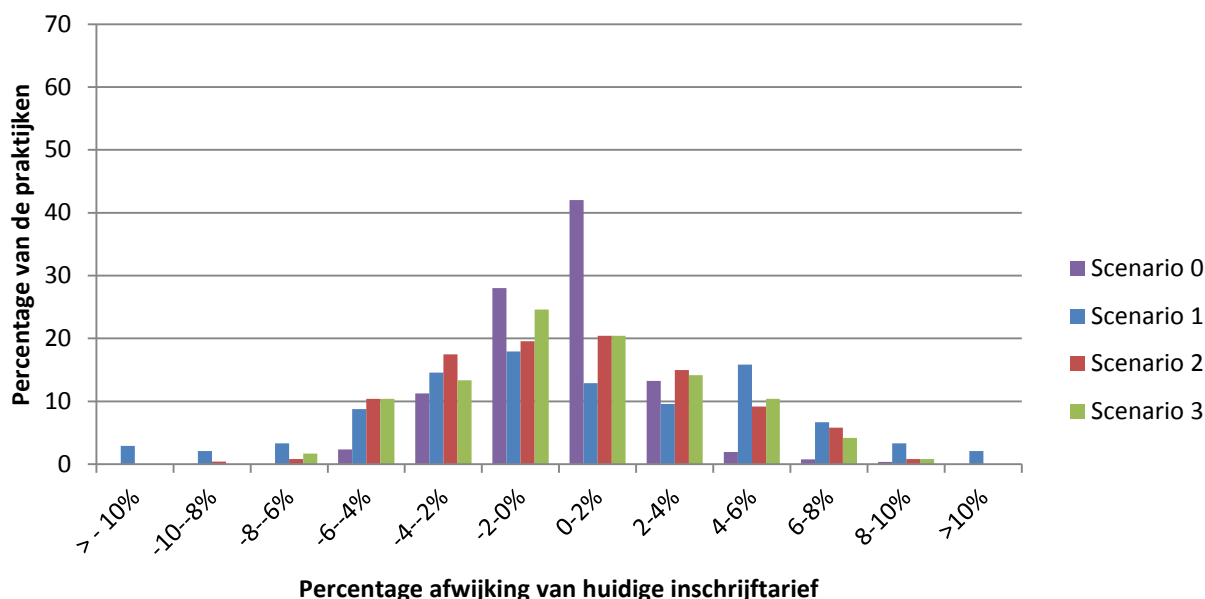
De effecten hiervan zijn te zien in figuur 4.1. In de figuur is te zien welk deel van de praktijken er ten opzichte van de huidige inkomsten uit het inschrijftarief op voor- of achteruit zou gaan bij elk van de scenario's.

Uit de figuur valt af te leiden dat hoe meer populatiekenmerken zijn opgenomen hoe meer het daarmee afwijkt van de huidige differentiatie, hoe sterker de financiële effecten ten opzichte van de huidige inkomsten uit het inschrijftarief. Voor scenario 1 loopt het verschil aan inkomsten uit het inschrijftarief uiteen van minimaal -18% tot maximaal +13%. Dus de praktijk die er het meest op achteruit gaat verliest 18% aan inkomsten uit het inschrijftarief en de praktijk die er het meest op vooruitgaat wint 13%. Voor scenario 2 en 3, die minder uitgebreid zijn, zijn de verschillen minder groot respectievelijk -10% tot +9% en -7% tot +9%.

Wanneer we de opslagen herberekenen voor de huidige differentiatie (scenario 0) en dit vergelijken met de huidige opslagen zien we ook een lichte verschuiving van het inkomen uit het

inschrijftarief. De meeste praktijken blijven echter op of rond het oude niveau zitten (0-2%). Wanneer we dit nader bekijken zien we dat 38% van de praktijken er bij alle vier de scenario's meer inkomsten krijgen uit het inschrijftarief, 34% bij alle vier de scenario's minder inkomsten krijgen uit het inschrijftarief en dat het voor 28% per scenario verschilt of ze meer of minder inkomsten uit het inschrijftarief ontvangen. Dit is een logisch gevolg van de macroneutrale herverdeling. Wanneer een praktijk meer geld krijgt, krijgt een andere praktijk automatisch minder.

Figuur 4.1 Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief ten opzichte van het huidige tarief voor de verschillende scenario's (N=240 praktijken)



Scenario 0: de huidige differentiatie op basis van zorgzwaarte

Scenario 1: alle populatiekenmerken

Scenario 2: demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

4.2 Effecten van de scenario's op verschillende typen van praktijken

In onderstaande serie grafieken wordt weergegeven hoe de verschillende scenario's de inkomsten uit het inschrijftarief beïnvloeden bij drie typen praktijken. Ten eerste praktijken met veel en weinig patiënten waarvoor ze het huidige achterstandstarief ontvangen. Ten tweede praktijken met veel of weinig patiënten woonachtig in een krimpregio en tot slot praktijken met een grotere en kleinere patiëntpopulaties.

4.2.1 Praktijkpopulatie uit achterstandswijken

In figuur 4.2 zijn de gegevens uit figuur 4.1 uitgesplitst naar percentage patiënten dat woonachtig is in een achterstandswijk in de praktijk. Figuur 4.2a laat de effecten op het inschrijftarief zien op praktijkniveau voor praktijken waarbij meer dan 15% van de praktijkpopulatie woonachtig is in een achterstandswijk (n=26). Figuur 4.2b laat de effecten zien voor de overige praktijken. In deze

figuren is te zien dat praktijken met veel patiënten woonachtig in achterstandswijken er niet meer of minder op vooruit gaan dan praktijken met minder patiënten uit deze wijken. Voornamelijk voor de scenario's die dicht bij de huidige differentiatie liggen (scenario 0 en 3) zijn gemiddeld genomen gunstiger voor praktijken waarvan meer dan 15% van de praktijkpopulatie bestaat uit achterstandspatiënten dan voor praktijken met minder achterstandspatiënten. Scenario 1 en 2 zijn minder gunstig voor praktijken uit achterstandswijken.

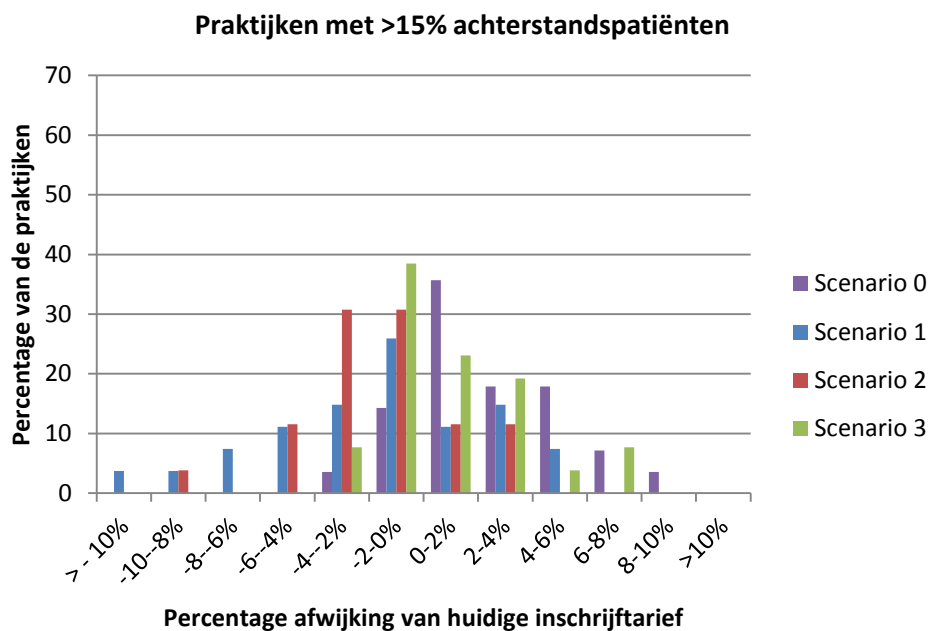
4.2.2 Praktijken in krimpregio's

Figuur 4.3 geeft de gegevens uit figuur 4.1 apart weer voor praktijken in krimpregio's (n=18) en in niet-krimpregio's. Krimpregio's zijn delen van Nederland waar het aantal inwoners daalt zoals de Achterhoek en Oost Groningen. In deze gebieden daalt ook het aantal gezonde inwoners doordat er minder kinderen worden geboren en gezinnen, jongeren en hoogopgeleiden wegtrekken naar andere delen van het land. Doordat het aantal praktijken in krimpregio's maar een klein aantal praktijken betreft worden de resultaten iets minder stabiel. Over het algemeen zien we bij de krimpregio's dat deze praktijken er waarschijnlijk meer op vooruitgaan dan praktijken uit niet krimpregio's.

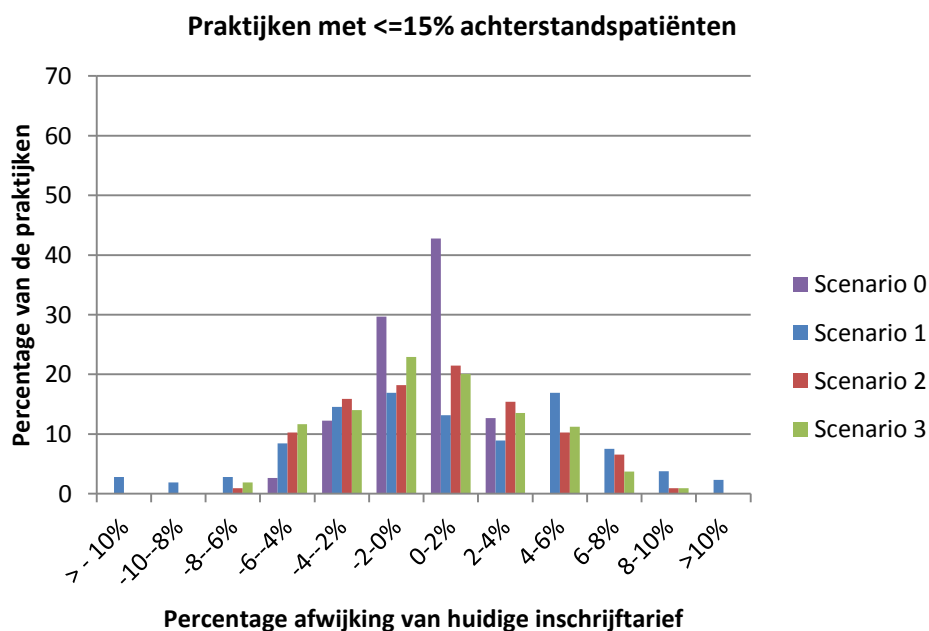
4.2.3 Praktijkomvang

Tenslotte is er bekeken of er verschillende effecten van de scenario's zijn voor praktijken met verschillende omvang. Hierbij is onderscheid gemaakt in praktijken met een praktijkpopulatie tot 2500 patiënten (n=155), 2500-4999 patiënten (n=55) en 5000 of meer patiënten (n=30). De resultaten hiervan zijn te zien in figuur 4.4. De resultaten wisselen per praktijkgrootte en per scenario maar niet zodanig dat de effecten van de scenario's voor een bepaalde praktijkomvang veel gunstiger of minder gunstig uitvalt dan voor de anderen.

Figuur 4.2a Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's voor praktijken waarvan meer dan 15% van de praktijkpopulatie woonachtig is in een achterstandswijk (n=26)



Figuur 4.2b Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's voor praktijken waarvan minder dan 15% van de praktijkpopulatie woonachtig is in een achterstandswijk (n=214)



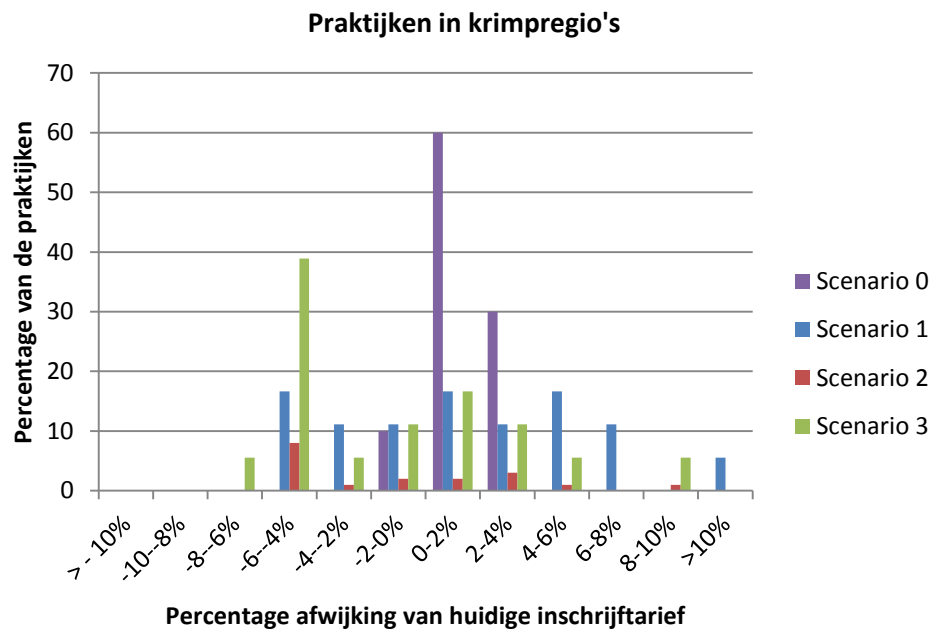
Scenario 0: de huidige differentiatie op basis van zorgzwaarte

Scenario 1: alle populatiekenmerken

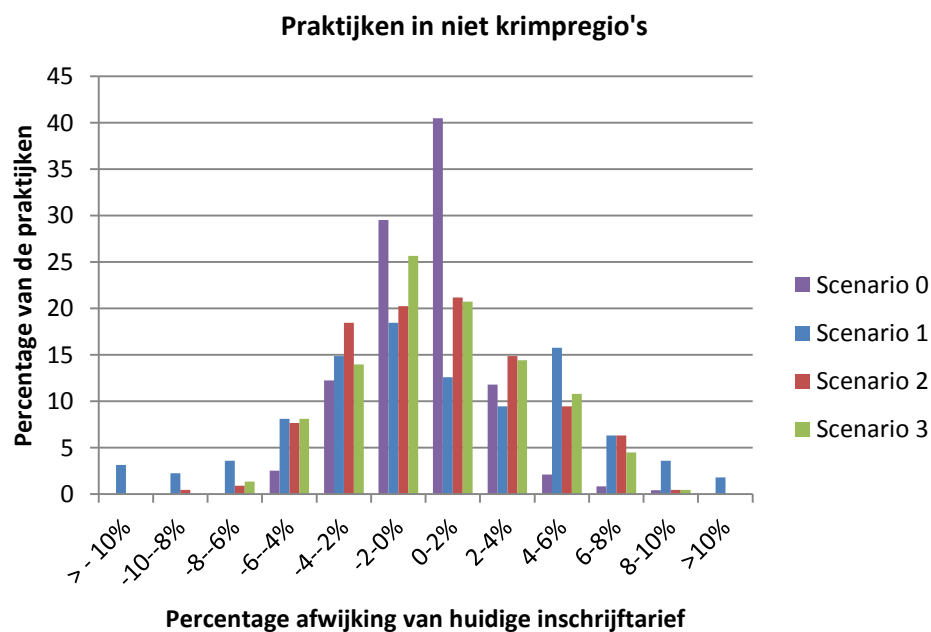
Scenario 2: demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

Figuur 4.3a Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor verschillende scenario's in praktijken in krimpregio's (n=18)



Figuur 4.3b Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's in praktijken in niet krimpregio's (n=222)



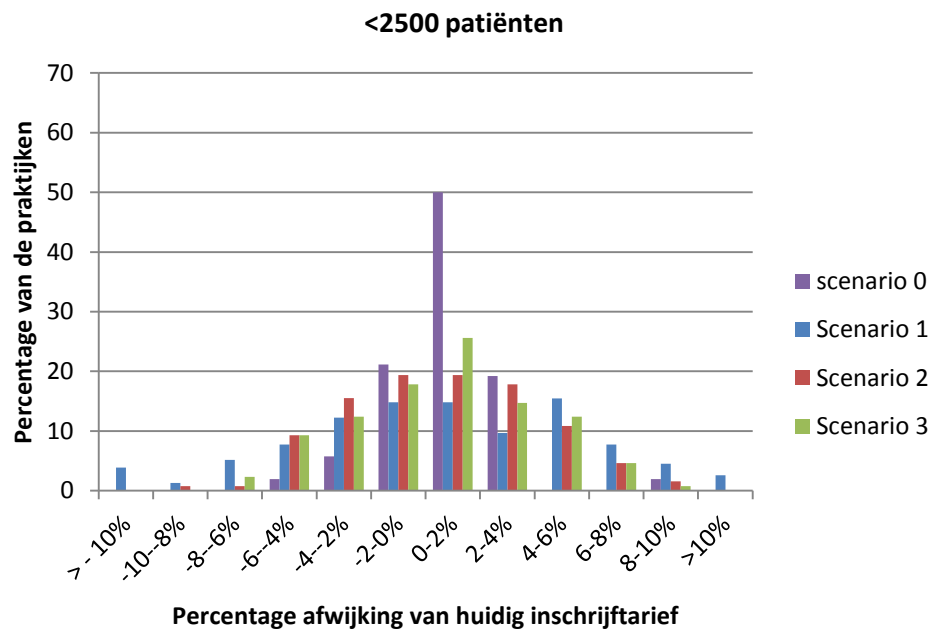
Scenario 0: de huidige differentiatie op basis van zorgzwaarte

Scenario 1: alle populatiekenmerken

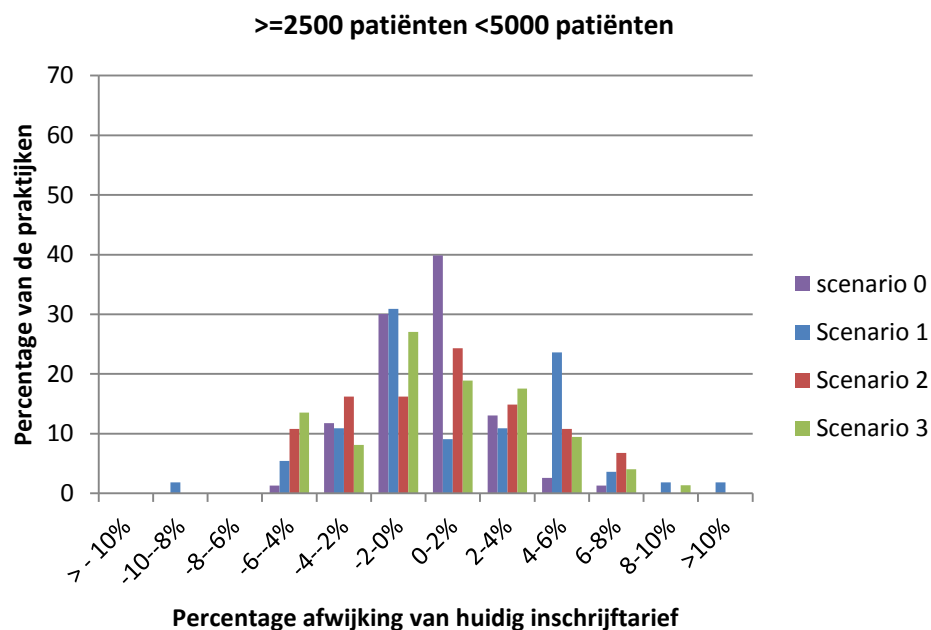
Scenario 2: demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

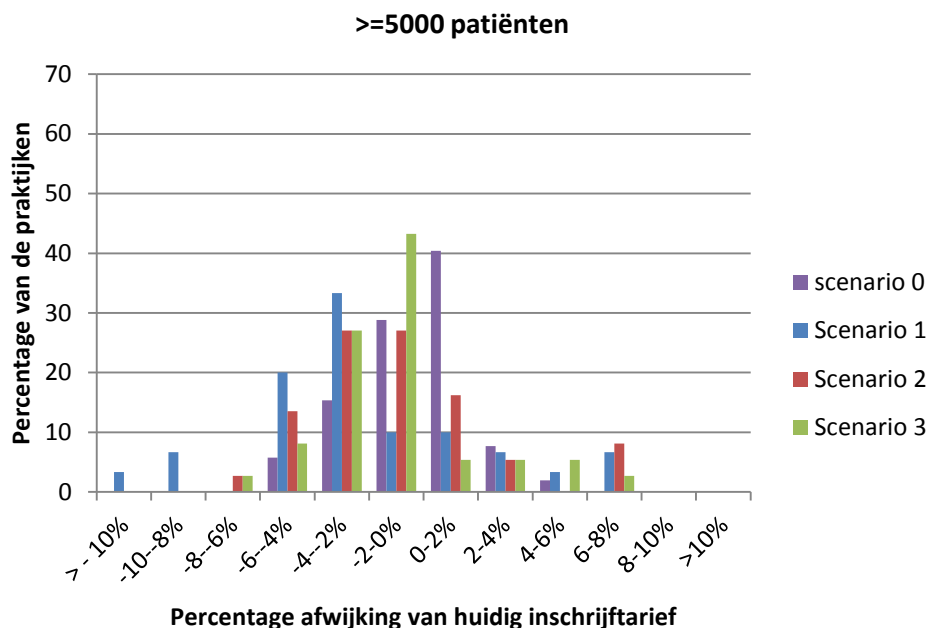
Figuur 4.4a Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's in praktijken met minder dan 2500 ingeschreven patiënten (n=155).



Figuur 4.4b Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's in praktijken met 2500-4999 ingeschreven patiënten (n=55)



Figuur 4.4c Effecten op inkomsten uit het inschrijftarief voor de verschillende scenario's in praktijken met 5000 of meer ingeschreven patiënten (n=30)



Scenario 0: de huidige differentiatie op basis van zorgwaarte

Scenario 1: alle populatiekenmerken

Scenario 2: demografische en omgevingskenmerken

Scenario 3: demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

4.3 Conclusies

Dit hoofdstuk laat zien dat de gebuikte operationalisering van zorgwaarte financiële effecten tweeweg brengt. De verschillende financiële effecten van de verschillende scenario's die zorgwaarte voorspellen zijn in kaart gebracht. Dit is gedaan door middel van het macro-neutraal herverdelen van nieuwe opslagfactoren die vergeleken zijn met de huidige inkomsten uit het inschrijftarief op praktijkniveau. In het algemeen is te zien dat hoe verder het scenario afwijkt van de huidige differentiatie, hoe meer impact dit heeft op de inkomsten uit het inschrijftarief voor de praktijk. Praktijken in krimpregio's lijken er gemiddeld meer op vooruit te gaan bij de verschillende scenario's. Voor praktijken in achterstandswijken zijn er gemiddeld wel gunstige effecten van scenario 0 en 3 maar niet van scenario 1 en 2.

5 Discussie

Hoofddoel van deze studie was om handvatten te geven voor de beleidsdiscussie over een mogelijk nieuwe basis voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg. Hiervoor werden verschillende aspecten die aan de orde kunnen komen in de beleidsdiscussie onderzocht: een mogelijke definitie van zorgzwaarte in de huisartsenpraktijk, de voor en nadelen van verschillende populatiekenmerken voor differentiatie, de sterkte van het verband tussen die populatiekenmerken en zorgzwaarte en de omvang van de mogelijke inkomenseffecten bij een verandering van in de differentiatiesystematiek.

Zorgzwaarte is in dit rapport geoperationaliseerd als de totale hoeveelheid tijd die de praktijkvoering kost (uren van de huisarts plus de uren van de praktijkassistente) per ingeschreven patiënt. Voor de differentiatie van het inschrijftarief op basis van zorgzwaarte zijn vele scenario's mogelijk. De verschillende scenario's kunnen worden gebruikt om te komen tot een keuze voor een verandering in de differentiatie van het inschrijftarief. De scenario's in dit rapport zijn zo gekozen dat het maximaal en minimaal haalbare aan differentiatie op zorgzwaarte inzichtelijk wordt. De populatiekenmerken die worden meegenomen in de scenario's hebben hun eigen voor- en nadelen welke moeten worden meegewogen in de uiteindelijke beleidskeuzes. In dit rapport zijn vier scenario's financieel doorgerekend voor 240 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit om een indruk te krijgen van de te verwachten inkomens effecten voor verschillende typen huisartsenpraktijken.

5.1 Zorgzwaarte

De definitie van zorgzwaarte in dit rapport is gebaseerd op de totale tijd die de praktijkvoering kost, hierbij zijn zowel de uren van de huisarts als de uren van de praktijkassistente meegenomen. Hiermee wordt de hoeveelheid tijd die beschikbaar is per ingeschreven patiënt berekend. Deze tijd per patiënt werd gebruikt als maat voor de zorgzwaarte van de praktijkpopulatie.

Er is gekozen voor de totale tijd omdat de zorgzwaarte van de praktijk niet direct leek af te hangen van één soort tijdsbesteding (direct, indirect of niet patiëntgebonden tijd). Voor verschillende typen praktijkpopulaties is van een andere soort tijdsbesteding meer tijd nodig. De totale tijdsbesteding per patiënt geeft daarom het beste de zorgzwaarte van de praktijk weer.

In het rapport gebruiken we tijd als maat voor zorgzwaarte onder de aanname dat zorgzwaarte zich uit in bestede tijd van de huisarts. De hoeveelheid tijd die beschikbaar is per patiënt hangt echter niet alleen af van de zorgzwaarte van de patiënt maar ook van de praktijkvoering van de huisarts of kenmerken van de huisarts. Huisartsen kunnen ook bewust kiezen voor minder patiënten binnen de praktijk omdat zij meer tijd willen nemen voor hun patiënten, ook wanneer dit geen gemiddeld zware populatie betreft. Ook kan het zijn dat de ene praktijk een groter deel van de zorg afhandelt en de andere meer verwijst naar de tweede lijn. Zo laten van Dijk et al. zien dat er grote verschillen zijn tussen huisartsenpraktijken in aantallen verwijzingen [Van Dijk 2013]. Dit is ook terug te zien in de resultaten van dit onderzoek. De zorgzwaarte wordt nooit geheel door de populatiekenmerken verklaard. In dit onderzoek verklaart scenario 1 maximaal 43.9% van de verschillen in zorgzwaarte.

Het deel van de variatie in zorgzwaarte dat niet verklaard kan worden door populatiekenmerken kan voor een deel te wijten zijn aan keuzes van de praktijk/huisarts zelf die gemaakt zijn onafhankelijk van de kenmerken van de patiënten in de praktijk. Dit kan dus bijvoorbeeld een bewuste keuze zijn voor het reserveren van meer tijd per consult of het aanstellen van meer ondersteunend (administratief) personeel.

5.2 Voor en nadelen van verschillende populatiekenmerken voor differentiatie

De kenmerken van de praktijkpopulatie die in dit onderzoek onderzocht zijn, kunnen worden opgedeeld in drie typen: demografische kenmerken, omgevingskenmerken en gezondheidskenmerken. Demografische kenmerken zijn mogelijke differentiatie factoren op individueel niveau die niet of nauwelijks veranderen zoals geboortedatum, geslacht en herkomst. Omgevingskenmerken worden bepaald op basis van het postcodegebied waarin de patiënt woont. Dat kan betrekking hebben op de bevolkingssamenstelling, zoals in dit onderzoek een achterstandswijk of een lage SES-wijk, of het zegt iets over de situatie in het postcodegebied zoals het kenmerk 'krimpregio'. De gezondheidskenmerken van de populatie van de huisarts die zijn meegenomen in dit onderzoek zijn chronische ziekten waarmee patiënten bekend zijn bij de huisarts.

Voor deze kenmerken is gekeken hoe SMART ze zijn voor gebruik voor de differentiatie van het inschrijftarief. Alle in dit onderzoek bekeken populatiekenmerken zijn in principe meetbaar zonder extra registratielast voor de huisarts. Daarop zijn ze vooraf geselecteerd.

Uit de SMART-analyse bleek dat de gezondheidskenmerken het minst SMART zijn. Niet omdat zij niet specifiek zijn maar bij deze kenmerken speelt vooral mee hoe acceptabel, realistisch en tijdgebonden ze zijn. Op deze kenmerken wordt momenteel nog niet bekostigd. Dit betekent dat een verandering zou moeten plaatsvinden in de manier van bekostigen. Vanuit huisartsenpraktijken zouden de betreffende gegevens moeten aangeleverd aan de zorgverzekeraar. Dat kan wel geautomatiseerd maar het is wel een extra slag die gemaakt moet worden. Daarnaast zijn deze kenmerken mogelijk minder acceptabel. Enerzijds omdat dan mogelijk aan het differentiatie tarief te zien is welke ziekte een patiënt heeft. Anderzijds moeten de gezondheidskenmerken, die uiteindelijk gebruikt gaan worden voor differentiatie, herkenbaar zijn voor het veld als kenmerk dat de zorg zwaarder maakt. Dit is mogelijk niet voor alle (combinaties van) gezondheidskenmerken het geval.

Omgevingskenmerken zijn het meest SMART van alle typen populatiekenmerken. Het enige nadeel van deze kenmerken is dat ze minder specifiek zijn omdat ze niet op individueel maar op postcodeniveau worden bepaald. Het omgevingskenmerk SES zou ook op individueel niveau bepaald kunnen worden. In dit onderzoek is ervoor gekozen om dit op postcodeniveau te doen omdat postcode al bekend is bij de huisarts en momenteel gebruikt wordt om te bepalen of patiënten in achterstandswijken wonen. Een deel van de demografische kenmerken is SMART, bijvoorbeeld geboortedatum en geslacht, maar voor een deel van de kenmerken zijn er wel redenen waarom ze minder SMART zijn. Deels komt dit omdat ze nu nog niet gebruikt worden voor de differentiatie waardoor het de vraag is of ze realistisch en haalbaar zijn binnen de tijd. Deels zijn de kenmerken op persoonsniveau mogelijk niet acceptabel zoals inkomen en etniciteit. Deze laatste kenmerken zouden ook op omgevingsniveau meegenomen kunnen worden, zoals nu al in

zekere zin gebeurt via de differentiatie op achterstand.

De kenmerken die in dit onderzoek zijn gebruikt worden ofwel geregistreerd door de huisarts of zijn beschikbaar bij het CBS. Dit zijn uiteraard niet de enige gegevensbronnen waar populatiekenmerken verzameld kunnen worden voor de differentiatie van het inschrijftarief. Ook andere bronnen kunnen worden overwogen. Daarnaast moet overwogen worden hoe de infrastructuur van bekostiging zal moeten wijzigen wanneer er andere gegevens naast gegevens die bekend zijn bij de huisarts gebruikt gaan worden.

5.3 Relatie zorgwaarte met populatiekenmerken

In dit onderzoek zijn drie mogelijke scenario's gegenereerd met behulp van verschillende selecties van populatiekenmerken, naar aanleiding van de SMART analyse. Deze drie scenario's lieten zien dat zorgwaarte het beste verklaard kan worden wanneer alle in dit onderzoek beschikbare populatiekenmerken worden meegenomen. Wanneer minder populatiekenmerken worden gebruikt voor het scenario wordt de verklaarde variantie minder. Voordeel van minder populatiekenmerken is dat het aantal differentiatiecategorieën afneemt.

De drie scenario's weerspiegelen tot op zekere hoogte die populatiekenmerken die door huisartsen in de enquête als belastend werden ervaren. Toch zien we niet alle door de huisarts als belastend ervaren factoren terug. Deels komt het niet overeen omdat niet alle belastende factoren meetbaar zijn in populatiekenmerken zoals eisend gedrag en meervoudige hulpvragen. Deels komt dit wel overeen. De scenario's zijn objectief door middel van statistiek gegenereerd. Dit is gedaan om te laten zien wat, wanneer je wilt differentiëren op basis van zorgwaarte, het maximaal haalbare is aan verklaarde variantie. Daarbij is er geen rekening gehouden met de herkenbaarheid van de populatiekenmerken als zorgwaar door het veld.

5.3.1 Herkenbaarheid factoren

De kenmerken zijn om drie redenen niet altijd even herkenbaar voor 'het veld'. Enerzijds filtert het statistische model die kenmerken eruit die samen het beste voorspellen. Hierdoor komen kenmerken die hier sterk mee samenhangen en mogelijk herkenbaarder zijn (bijvoorbeeld leeftijd in plaats van gehoorproblemen) niet naar voren. Anderzijds worden de kenmerken in dit rapport bepaald op praktijkniveau en niet op patiëntniveau. Zo kunnen heel specifieke soorten patiënten als zeer belastend worden ervaren, terwijl deze patiënten maar een zeer gering deel uit maken van de totale patiëntenpopulatie. Dat zorgt ervoor dat dergelijke typen patiënten niet naar voren komen in analyses waarin het gaat om kenmerken van de totale populatie. De factoren zijn dus kenmerkend voor de populatie in de praktijk en niet per definitie voor individuele patiënten. Hierdoor ontstaat er een differentiatie op basis van case-mix karakteristieken binnen de praktijk. Dit is doordat in de huisartsenpraktijk patiënten als individuen worden gezien en niet als groep ook een reden dat het niet direct herkenbaar is in de praktijk. Tenslotte zijn de kenmerken gerelateerd aan de totale bestede tijd in de huisartsenpraktijk van de huisarts(en) en assistent(en) en niet alleen gebaseerd op de contacten met de huisarts. Hierdoor is deze definitie van zorgwaarte dus ook minder intuïtief in te schatten dan het aantal contacten.

De gegenereerde scenario's zijn daarom niet bedoeld als definitief maar moeten inzicht bieden in wat haalbaar is, wat het effect is en wat de overwegingen zijn van het wel of niet meenemen van bepaalde soorten populatiekenmerken. Door deze effecten inzichtelijk te maken kan de overweging gemaakt worden of het wijzigen van de huidige differentiatie met kenmerken die nog niet gebruikt worden voor differentiatie voldoende toevoegt ten opzichte van de huidige differentiatie.

5.4 Inkomenseffecten

Als laatste handvat voor de beleidsdiscussie is voor de drie scenario's en voor de huidige differentiatie op basis van zorgzwaarte berekend wat de financiële effecten zouden zijn voor verschillende typen praktijken. Hierbij is alleen gekeken naar wijzigingen in de inkomsten uit het inschrijftarief en zijn de inkomsten uit contacten en segment 2 en 3 niet meegenomen. Wanneer het bedrag voor opslagen van het inschrijftarief macroneutraal werd herverdeeld volgens de scenario's ontstonden de grootste verschillen voor de scenario's die het verst van de huidige differentiatie af staan. Dit is ook wat je verwacht omdat hierbij de verdeling van het geld voor het inschrijftarief het meest afwijkt van de huidige verdeling.

Het inschrijftarief bestaat uit een basisbedrag en een opslag. In dit onderzoek hebben we alleen het geld voor de opslagen herverdeeld. Er zijn echter meer mogelijkheden voor het herverdelen van het bedrag voor inschrijvingen. Er zou bijvoorbeeld een groter deel van het totaal bedrag voor de opslagen gebruikt kunnen worden dan nu het geval is.

5.5 Praktijken in achterstandswijken en krimpgebieden

Wegens een beperkt aantal praktijken waarvan het merendeel van de patiënten woonachtig is in een achterstandswijk of in een krimpgebied was het in dit rapport niet mogelijk om een uitgebreide impactanalyse voor dit type praktijken uit te voeren. Het was voor bijvoorbeeld achterstand alleen mogelijk om onderscheid te maken tussen praktijken waarvan meer of minder dan 15% van hun patiënten woonachtig is in een achterstandswijk. Met name praktijken die voornamelijk patiënten hebben uit achterstandswijken hebben het momenteel financieel moeilijker dan andere praktijken. Omdat het aantal praktijken met deze aantallen achterstandspatiënten (>80%) in dit onderzoek te klein was is het niet duidelijk of er voor praktijken waar (bijna) alle patiënten uit een achterstandswijk komen er negatieve gevolgen zullen zijn wanneer deze definitie van zorgzwaarte wordt gehanteerd. Ook in Nederland heeft maar een klein aandeel van de huisartsenpraktijken (< 1,0%) meer dan 80% ingeschreven patiënten uit een achterstandswijk. Daarom is het de vraag of dit middels het inschrijftarief opgelost moet worden of middels andere (prestatie) beloningen in bijvoorbeeld S3.

6 Van onderzoek naar beleid

6.1 Conclusie

Huisartsen besteden gemiddeld iets meer dan zestig procent van hun tijd aan directe patiëntenzorg. De rest wordt aan indirecte patiëntenzorg en niet patiëntgebonden activiteiten besteed. Huisartsen met veel patiënten uit achterstandswijken en patiënten met psychische klachten besteden gemiddeld meer tijd aan indirecte patiëntenzorg of andere niet patiëntgebonden tijd. De verhouding in tijdsbesteding tussen verschillende activiteiten verschilt per huisarts. Zorgzwaarte is daarom geoperationaliseerd als de totale hoeveelheid tijd die de praktijkvoering kost per ingeschreven patiënt. Wanneer dit vertaald wordt naar de huisartsenpraktijk betekent dit dat men voor de definitie van zorgzwaarte niet uit kan gaan van specifieke activiteiten, maar dat de totale tijd besteed door de huisartsenpraktijk meegenomen moet worden. Hiermee wordt de gebruikte definitie van zorgzwaarte in dit rapport:

$$\text{Zorgzwaarte} = \frac{\text{Totale hoeveelheid tijd besteed door de huisarts(en) en praktijkassistent(en) in de praktijk}}{\text{Totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk}}$$

De zorgzwaarte van de praktijkpopulaties van huisartsenpraktijken kan (veruit) het best worden verklaard als kenmerken van de gezondheid van die populatie worden meegenomen, alsmede demografische kenmerken van de populatie en van de wijk (postcode) waarin de patiënten wonen. Gevoelsmatig is het ook voor de hand liggend dat de gezondheid van de populatie wordt meegenomen als het gaat om zorgzwaarte. De gezondheidskenmerken van de populatie zijn echter als minder SMART beoordeeld. Die liggen op het terrein van extra inspanningen die moeten worden gepleegd om dergelijke gegevens aan de zorgverzekeraar door te sturen en op de acceptatie om individuele diagnosegegevens aan te leveren aan de zorgverzekeraar. Bovendien speelt dat in het scenario dat in dit onderzoek is uitgetest gekeken is naar een groot aantal afzonderlijke aandoeningen als bepalende factoren voor zorgzwaarte. Doordat deze met elkaar samenhangen 'verdringen' zij elkaar als het gaat om de verklaring van zorgzwaarte, waardoor verrassende voorspellers boven kwamen drijven (zoals het percentage patiënten met de ziekte van Parkinson). Een nadeel is voorts dat er heel veel differentiatiekenmerken nodig zijn hetgeen leidt tot een ingewikkeld systeem. Als beleidsmatig op dit scenario verder zou worden ingezet zou gekeken moeten worden of met clusters van aandoeningen kan worden gewerkt (bijvoorbeeld het percentage mensen met één van een lijst van chronische aandoeningen, twee en drie of meer). Veel van de bovengenoemde bezwaren zouden dan kunnen worden ondervangen. Een niet onbelangrijke kanttekening is dat dit scenario de sterkste financiële verschuivingen zal opleveren tussen praktijken in vergelijking met de huidige differentiatie.

In de scenario's die verder zijn bekeken is alleen gewerkt met sociaal-demografische gegevens en kenmerken van de postcodegebieden waarin patiënten van huisartsen wonen (bijvoorbeeld lage SES-wijken of achterstandswijken). Er is een uitgebreid scenario bekeken gebaseerd op individuele sociaal-demografische gegevens en een scenario dat via de postcode afgeleide gegevens bevat.

Beide scenario's ontlopen elkaar niet veel in de zin dat zij zorgzwaarte verklaren. Maar beide gaat het om de helft van de verklaringskracht ten opzichte van bovengenoemde scenario met gezondheidskenmerken erbij. Beide scenario's verklaren wel veel beter de zorgzwaarte dan de differentiatiekenmerken die op dit moment in de honorering worden gebruikt. In termen van SMART ontlopen zij elkaar niet veel. Postcodes hebben het nadeel dat zij minder specifiek zijn, de individueel bepaalde kenmerken zijn omslachtiger te implementeren en sommige zijn minder acceptabel (bijvoorbeeld herkomst).

6.2 De stap naar beleid

De keuze voor een nieuwe differentiatie van het inschrijftarief zal op beleidsniveau moeten worden gemaakt. Een verbetering van de differentiatie van het inschrijftarief op basis van zorgzwaarte ten opzichte van de huidige differentiatie is zeker mogelijk. In welke mate en met welke populatiekenmerken dit verbeterd kan en gaat worden hangt af van een aantal afwegingen. Een preciezer model dat sterker samenhangt met zorgzwaarte, moet worden afgewogen tegen de extra kosten, inspanningen en eventuele andere nadelen van dat model.

Literatuur

Biesheuvel BW en de Commissie modernisering curatieve zorg. Gedeelde zorg: betere zorg: rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg. 1994:Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. 2014: Den Haag

Devillé, W., Wiegers, T.A. Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012. Utrecht; NIVEL, 2012.

Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., Koopmans, B., Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de. The primary-secondary care interface: does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists? Health Policy, 2014;118:45-55.

Elissen AMJ, Struijs JN, Baan CA, Ruwaard D. Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek. Maastricht: Maastricht University, Department of Health Services Research, 2014.

Flinterman LE, De Bakker DH, Verheij RA. Differentiatie inschrijftarief huisartsenzorg. Deel 1: evaluatie van de huidige differentiatie van het inschrijftarief. Utrecht: NIVEL, 2015.

Hassel D van, Velden L van der, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. 2014, NIVEL: Utrecht.

Hoeymans N, Van Oostrom SH, Gijsen R, Schellevis FC. Selectie van chronische ziekten. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2013. Website: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/selectie-van-chronische-ziekten>

Jurling B, Koster L, Batterink M, Vunderink L, Schipper M, Karssen B. Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg. 2012, Significant.

Knol F, Boelhouwer J, Veldheer V. Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010. Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag 2012.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2012.

De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. 2013.

Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) Tarieven en prestaties huisartsenzorg. 2013
https://www.nza.nl/1048076/1048107/Ci_13_51c__Tarieven_en_prestaties_huisartsenzorg.pdf

NIVEL. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: een caleidoscoop. 1997, NIVEL: Utrecht.

NIVEL. <http://www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns>. 2015. Laatst geraadpleegd 30-04-2016

Sociaal Cultureel Planbureau. Van hoog naar laag; van laag naar hoog. 1998: Rijswijk

Velden, J. van der, Rasch, P., Reijneveld, S.A. Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141 (1997) 14, p. 693-697.

Verheij, R.A., Reijneveld, S.A., Bakker, D.H. de. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden: evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht, Leiden; NIVEL, TNO Preventie en Gezondheid, 1998. 155 p.

Bijlagen

- Bijlage A: Methoden
- Bijlage B: Tabellen
- Bijlage C: Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren
- Bijlage D: Opslagen bij scenario's
- Bijlage E: SMART principe
- Bijlage F: Klankbordgroep
- Bijlage G: Vragenlijst

Bijlage A Methoden

Vragenlijst

Voor dit onderzoek is er een enquête uitgezet onder huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. In deze vragenlijst werd gevraagd naar de gemiddelde tijdsbesteding in de week van de huisartsen in de praktijk, het aantal uren dat medewerkers werkzaam zijn in de praktijk, de gereserveerde tijd voor contacten en er werd gevraagd naar wat huisartsen als belastend ervaren in de dagelijkse praktijk. Deze vragenlijst werd voor verzending besproken in een focusgroep waaraan 9 huisartsen deelnamen. Dankzij de input van deze huisartsen konden de vragen verder worden aangescherpt of beter worden gesteld. Voor de volledige vragenlijst zie bijlage G.

Verzending vragenlijst

Voor dit onderzoek werd er een vragenlijst verstuurd naar 444 huisartsenpraktijken die verbonden zijn aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. De vragenlijst werd alleen gestuurd aan deelnemers van NIVEL Zorgregistraties, dit was nodig om een koppeling te kunnen maken tussen de gegevens van de huisarts en de gegevens van de patiënten in de praktijk.

De contactpersoon-huisarts van de deelnemende huisartsenpraktijken kreeg de uitnodiging om de vragenlijst zelf of, indien van toepassing, door één van zijn/haar collega's binnen de praktijk te laten invullen. De praktijken werden in eerste instantie alleen via de mail benaderd voor het invullen van een online vragenlijst. Ditzelfde was het geval bij de eerste herinnering. Bij de tweede herinnering kregen die huisartsen die al gestart waren met de vragenlijst nogmaals een herinnering via de mail. De huisartsen die nog niet gestart waren kregen de vragenlijst via de reguliere post toegestuurd.

Respons en representativiteit respondenten

In totaal hebben 258 (58%) van de 444 praktijken een vragenlijst teruggestuurd. Hiervan werden er 213 online ingevuld en 45 op papier.

Tabel 1: Vergelijking respons vragenlijst met alle huisartsen

Kenmerk	Respondenten	Alle huisartsen
Aantal dienstjaren	19.3	11.6
Type praktijk		
Solo	13.5%	13.7%
Duo	44.5%	35.8%
Groep	42.0%	50.6%

In tabel 1 staat een vergelijking van de huisartsen/praktijken die de vragenlijst hebben ingevuld met de huisartsenpraktijken die voor ons bekend zijn uit de beroepenregistratie. In deze registratie zijn alle huisartsen in Nederland vertegenwoordigd. Hierin is te zien dat de huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld gemiddeld langer werkzaam zijn dan de gemiddelde huisarts in Nederland. De verhouding tussen type praktijken komt redelijk overeen met de landelijke verdeling.

Analyses met antwoorden vragenlijst

De gegevens van de praktijken die een vragenlijst retour stuurden werden gekoppeld met gegevens van het Centraal Bureau voor de statistiek. Hier konden in totaal 244 praktijken gekoppeld worden waarover de volgende analyses zijn uitgevoerd.

Met behulp van de antwoorden op de vragenlijst werd de gemiddelde gereserveerde contactduur per type contact berekend met het bijbehorende minimum en maximum.

Met behulp van de vraag over hoeveel uur per week aan bepaalde taken werd besteed is de totale tijd per week aan directe, indirecte en niet patiëntgebonden tijd berekend. Als directe tijd zijn meegenomen: uren directe patiëntenzorg op het spreekuur en uren besteed aan visites (inclusief reistijd). Indirecte tijd was het totaal aan uren voor: administratie consult gerelateerd, administratie declaratie gerelateerd, patiënt gerelateerd overleg intern en patiënt gerelateerd overleg extern. Niet patiëntgebonden tijd was het totaal aan uren voor: administratie praktijk gerelateerd, niet patiënt gerelateerd overleg intern, niet patiënt gerelateerd overleg extern, overige activiteiten (zoals nascholing).

Om de verhouding tussen de tijdsonderdelen directe, indirect en niet patiëntgebonden tijd te kunnen vergelijken tussen de verschillende huisartsen werden de totalen voor directe, indirecte en niet patiëntgebonden tijd genormeerd naar een standaard werkweek van 36 uur. Op deze manier werd het mogelijk om de tijdsverdeling in de week tussen verschillende huisartsen te vergelijken.

Met behulp van lineaire regressie werd bekeken wat de samenhang van de verschillende tijdsonderdelen (typen tijd en contactduur) was met verschillende populatiekenmerken binnen een praktijk. Hiervoor werden gegevens van dezelfde praktijken uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn uit 2013 gekoppeld aan de gegevens van de vragenlijst. Per praktijk werd bepaald welk percentage van patiënten aan een bepaald kenmerk voldeed. Dit percentage werd in de vergelijking ingevoerd als de onafhankelijke variabele en de tijd aan directe, indirecte, niet patiëntgebonden tijd of de gereserveerde contactduur als afhankelijke variabele.

De geteste kenmerken en hun definities staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2: Meegenomen kenmerken van de praktijkpopulaties in de analyses

Populatiekenmerk	Definitie	Bron
Demografische kenmerken		
% per leeftijdsgroep	Gebaseerd op geboortjaar ingeschreven patiënten	Huisartsenpraktijk (HIS)
% mannen	Geslacht zoals bekend bij de huisarts	Huisartsenpraktijk (HIS)
% Werklozen	Personen die geen betaald werk hebben, recent naar betaald werk hebben gezocht en daarvoor direct beschikbaar zijn	Koppeling gegevens HIS huisartsenpraktijk aan CBS

% Arbeidsongeschikten	Percentage ingeschreven patiënten die, geheel of gedeeltelijk, te maken hebben met 'verlies aan verdien capaciteit', als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken. Hij of zij is dan niet in staat is om met arbeid evenveel te verdienen als gezonde personen met soortgelijke opleiding en ervaring. [CBS]	Koppeling gegevens HIS huisartsenpraktijk aan CBS
% 1e generatie allochtonen	Percentage ingeschreven patiënten die zelf in het buitenland zijn geboren, zowel in het westen als niet-westen [CBS]	Koppeling gegevens HIS huisartsenpraktijk aan CBS
% 2e generatie allochtonen	Percentage ingeschreven patiënten waarvan beide ouders in het buitenland zijn geboren, zowel in het westen als niet-westen, en de persoon zelf in Nederland is geboren [CBS]	Koppeling gegevens HIS huisartsenpraktijk aan CBS
% Laag Inkomen	Percentage ingeschreven patiënten met huishoudinkomen in de laagste 10% van de bevolking	Koppeling gegevens HIS huisartsenpraktijk aan CBS
Omgevingskenmerk		
% in Achterstandswijk	Percentage ingeschreven patiënten woonachtig in achterstandswijk volgens de indeling gebruikt voor de differentiatie van het huidige inschrijftarief van de huisartsen. Gebaseerd op de eerste vier cijfers en de eerste letter van de postcode van de patiënt	HIS-gegevens huisartsen gekoppeld aan postcodelijst Nza
% in specifieke SES-categorie	Percentage ingeschreven patiënten in categorie met statusscore van de wijk, berekend door SCP op basis van opleiding etc. Gebaseerd op vier cijfers van de postcode van de patiënt. Gecategoriseerd in 5 categorieën; laag, midden laag, midden, midden hoog en hoog (SCP)	HIS-gegevens gekoppeld aan statusscores verkregen via Statline
% in krimpregio	Percentage patiënten woonachtig in krimpregio. Gebaseerd op de eerste vier cijfers van de postcode van de patiënt	Huisartsenpraktijk HIS en krimppmonitor
Omgevingsadressendichtheid	Mate van stedelijkheid op basis van postcode (CBS)	CBS

Gezondheidskenmerken praktijken		
% patiënten met Psychische problemen	% patiënten met één of meer contacten in het afgelopen jaar met een aandoening/klacht met psychische problemen (ICPC hoofdstuk P70-99)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met verslaving	% patiënten met één of meer contacten in verband met acuut of chronisch alcoholmisbruik, tabaksmisbruik, geneesmiddelmisbruik of drugsmisbruik (ICPC codes: P15-P19)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met sociale klachten	% patiënten met één of meer contacten in verband met sociale problematiek (ICPC hoofdstuk Z01-29)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% hoog risico op hart- en vaatziektes	% patiënten met één of meer contacten in verband met risico op hart- en of vaatziekten (ICPC codes: K86, K87, T93)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met Chronische aandoeningen	>4 chronische aandoeningen van de hier onder genoemde kenmerken (Flinterman 2015)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met diabetes	% patiënten met één of meer contacten in verband met diabetes mellitus (ICPC code: T90)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met COPD	% patiënten met één of meer contacten in verband met COPD (ICPC codes: R91, R95)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met aids/HIV	% patiënten met één of meer contacten in verband met aids/HIV infectie (ICPC code: B90)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met kanker	% patiënten met één of meer contacten in verband met kanker (ICPC codes: A79, B72, B73, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met gezichtsstoornissen	% patiënten met één of meer contacten in verband met gezichtsstoornissen (ICPC codes: F83, F84, F92, F93, F94)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met gehoorstoornissen	% patiënten met één of meer contacten in verband met gehoorstoornissen (ICPC codes: H84, H85, H86)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met aangeboren hartafwijkingen	% patiënten met één of meer contacten in verband met aangeboren hartafwijkingen (ICPC code: K73)	Huisartsenpraktijk (HIS)

% patiënten met afwijkingen aan de endocard/hartklep	% patiënten met één of meer contacten in verband met hartklep aandoeningen (ICPC codes: K70, K71, K83)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met hartfalen	% patiënten met één of meer contacten in verband met hartfalen (ICPC code: K77)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met coronaire hartziekten	% patiënten met één of meer contacten in verband met coronaire hartziekten (ICPC codes: K74, K75, K76)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met hartritmestoornissen	% patiënten met één of meer contacten in verband met hartritmestoornissen (ICPC codes: K78, K79, K80)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met een beroerte	% patiënten met één of meer contacten in verband met beroerte (ICPC codes: K89, K90)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met reumatoïde artritis	% patiënten met één of meer contacten in verband met reumatoïde artritis en verwante aandoeningen (ICPC code: L88)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met perifere artrose	% patiënten met één of meer contacten in verband met perifere artrose (ICPC codes: L89, L90, L91)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met nek/rug klachten	% patiënten met één of meer contacten in verband met klachten aan de nek en/of rug (ICPC codes: L83, L84, L86)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met osteoporose	% patiënten met één of meer contacten in verband met osteoporose (ICPC code: L95)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met ziekte van Parkinson	% patiënten met één of meer contacten in verband met de ziekte van Parkinson (ICPC code: N87)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met epilepsie	% patiënten met één of meer contacten in verband met alle vormen van epilepsie (ICPC code: N88)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met migraine	% patiënten met één of meer contacten in verband met migraine (ICPC code: N89)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met aandoeningen gerelateerd aan alcohol	% patiënten met één of meer contacten in verband met chronisch alcoholmisbruik (ICPC code: P15)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met dementie	% patiënten met één of meer contacten in verband met seniele dementie (ICPC code: P70)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met schizofrenie	% patiënten met één of meer contacten in verband met schizofrenie (ICPC code: P72)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met stemmingsstoornissen	% patiënten met één of meer contacten in verband met affectieve psychose of depressie (ICPC codes: P73, P76)	Huisartsenpraktijk (HIS)

% patiënten met angststoornissen	% patiënten met één of meer contacten in verband met een angststoornis (ICPC code: P74)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met overspannen/burn-out klachten	% patiënten met één of meer contacten in verband met overspannen en/of burn-out klachten (ICPC code: P78)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met een persoonlijkheidsstoornis	% patiënten met één of meer contacten in verband met een persoonlijkheids-/karakterstoornis (ICPC code: P80)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met een verstandelijke beperking	% patiënten met één of meer contacten in verband met een verstandelijke beperking (ICPC code: P85)	Huisartsenpraktijk (HIS)
% patiënten met astma	% patiënten met één of meer contacten in verband met astma (ICPC code: R96)	Huisartsenpraktijk (HIS)

Resultaten van deze analyses staan in het tabellenboek in bijlage B. In het rapport zelf staat een kort overzicht van de resultaten.

Definitie zorgwaarte

De definitie van zorgwaarte, de afhankelijke variabele voor hoofdstuk 3 en 4, werd op 4 verschillende manieren berekend. Voor alle 4 de methoden is er gekeken naar de verhouding uren in de praktijk versus het aantal ingeschreven patiënten. De uren die werden meegenomen wisselden, wat zorgde voor 4 mogelijke varianten. Voor het totaal aantal uren werd genomen:

1. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk
2. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie
3. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie en POH-S
4. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijk assistentie, POH-S en POH-GGZ.

Deze totalen werden gedeeld door het aantal ingeschreven patiënten in de praktijk. Deze verschillende varianten werden als afhankelijke variabele gebruikt in de analyses. In bijlage B, tabel 3 staat een overzicht van de samenhang van de losse populatiekenmerken die hierboven genoemd werden en de vier verschillende varianten van zorgwaarte.

Modellen voor differentiatie inschrijftarief

Per variant van zorgwaarte werden er 2 scenario's gegenereerd. De 2 scenario's voldeden aan de volgende eisen:

Scenario 0: Huidige differentiatie

Scenario 1: Het best passende model gebaseerd op alle populatiekenmerken

Met behulp van een lineaire regressie waarbij gebruik werd gemaakt van stepwise backward selectie met een significantie level van 0.05 werden voor de vier definities van zorgwaarte de bovenstaande 2 scenario's gegenereerd. Voor scenario 1 zijn alle populatiekenmerken in het model gestopt. Alle scenario's werden gecorrigeerd voor de tijd besteed aan direct patiëntcontact. De

directe tijd van de huisarts wordt al vergoed in de consulttarieven en wordt daarom niet meegenomen in de zorgzwaarte.

Aan de hand van de resultaten bij de vier varianten van zorgzwaarte werd bepaald welke variant gebruikt werd voor verdere berekening van scenario's. Zorgzwaarte variant 2 werd het best passend bevonden bij de bekostigingssystematiek (bevat uren die nog niet elders bekostigd worden) en gaf de beste verklaarde variantie. Voor deze definitie van zorgzwaarte werden met dezelfde regressie methode nog twee scenario's geschat waarbij er minder populatiekenmerken in het model werden gestopt. De selectie van populatiekenmerken die in het model werden gestopt is gebaseerd op de SMART tabel, zoals te zien in bijlage E. Hierdoor werden de scenario's steeds meer SMART. De twee toegevoegde scenario's waren:

- Scenario 2: Het best passende scenario met demografische en omgevingskenmerken
- Scenario 3: Het best passende scenario met demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

Omrekenen scenario's naar nieuwe opslagen voor het inschrijftarief.

Om de scenario's om te kunnen rekenen naar nieuwe opslagen voor het inschrijftarief werden naast de regressie coëfficiënten uit de verschillende modellen het aantal ingeschreven kwartalen berekend per mogelijke subgroep in het model. Met deze getallen en het totaal bedrag aan huidige inschrijvingen in de onderzoekspopulatie was het mogelijk om dit bedrag macroneutraal her te verdelen met de nieuwe scenario's. Een uitgebreide omschrijving van deze omrekening staat in bijlage 3. De berekende opslagen staan in bijlage 4.

Met de verkregen opslagen werd per praktijk berekend wat het inkomen zou zijn uit inschrijvingen wanneer dit scenario doorgevoerd zou worden in de praktijk. Dit werd vergeleken met het huidige inkomen uit inschrijvingen per scenario. Ook werd per praktijk bekeken of de effecten gelijk of wisselend waren per definitie van zorgzwaarte en per scenario. Alle berekeningen in dit rapport zijn gedaan met behulp van STATA versie 11 en 14.

Bijlage B Tabellen

In deze bijlage zijn de resultaten van de regressie analyses voor de samenhang tussen de populatiekenmerken en de verschillende tijdsonderdelen en gereserveerde consultduur (tabel 1 en tabel 2) te vinden

De beta's (β) in deze tabellen weerspiegelen de regressie coëfficiënt uit het regressiemodel. De richting en grootte van de β 's geven informatie over de samenhang tussen de populatiekenmerken en de tijdsonderdelen, gereserveerde consultduur en definities van zorgzwaarte. Een positieve β betekent dat hoe meer van een bepaalde populatiekenmerk er in de praktijk aanwezig is, hoe meer tijd er aan deze patiënt besteed wordt. Bij een negatieve β is deze samenhang andersom. De R^2 in de tabellen geeft de verklaarde variantie weer. Met andere woorden, wanneer de R^2 van een bepaald populatiekenmerk bijvoorbeeld 4% is betekent dat dat 4% van de variatie in bijvoorbeeld indirecte tijd verklaard wordt door variatie in dat kenmerk.

Tabel 1: *Samenhang kenmerken praktijkpopulaties huisartsen met door huisartsen bestede tijd onderscheiden naar direct patiëntgebonden, indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden*

Populatiekenmerk	Directe tijd		Indirecte tijd		Niet patiëntgebonden tijd	
Demografische kenmerken	β	R^2	β	R^2	β	R^2
% 65 jaar en ouder	+	0.6%	-	1.0%	-	0.0%
% 75 jaar en ouder	+	0.8%	-	0.6%	-	0.3%
% 85 jaar en ouder	+	0.1%	-	0.0%	-	0.0%
% 0-9 jaar	-	1.3%	+	1.0%	+	0.8%
% 10-19 jaar	-	0.5%	+	2.0%	-	0.1%
% 20-29 jaar	-	0.1%	-	0.0%	+	0.5%
% 30-39 jaar	-	0.0%	-	0.0%	+	0.1%
% 40-49 jaar	+	0.1%	+	0.0%	-	0.0%
% 50-59 jaar	+	0.1%	+	0.0%	-	0.4%
% 60-69 jaar	+	0.3%	-	0.5%	-	0.1%
% 70-79 jaar	+	0.8%	-	1.0%	-	0.2%
% 80-89 jaar	+	1.1%	-	0.7%	-	0.4%
% 90-99 jaar	-	0.0%	+	0.0%	+	0.4%
% 100 jaar en ouder	-	3.5%*	+	1.0%	+	4.0%*
% Mannen	+	0.3%	+	0.6%	-	2.0%
Omgevingskenmerken						
% Achterstand	-	1.9%	+	2.7%	+	0.0%
% Lage SES	-	0,9%	+	0,4%	+	0,4%
% Midden lage SES	+	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% Midden SES	+	0,0%	+	0,0%	-	1,4%
% Midden hoge SES	+	0,0%	-	1,1%	+	0,9%
% Hoge SES	+	0,3%	+	0,0%	-	0,2%

% Krimpgebied	+	1.3%	-	0.6%	-	1.0%
Gezondheidskenmerken						
% >4 chronische aandoeningen	-	0.4%	+	0.7%	-	0.0%
% Psychische aandoening	-	0.4%	-	0.9%	+	4.1%*
% Verslaving	-	1.9%	+	0.2%	+	3.4%*
% Sociale klachten	-	3.4%*	+	1.2%	+	2.4%
% CVRM	+	1.3%	-	1.6%	-	0.1%
% Diabetes	-	0.1%	-	0.0%	+	0.3%
% COPD	-	0.0%	-	0.3%	+	0.9%
% Aids/HIV	-	0.0%	+	0.0%	+	0.0%
% Kanker	+	0.3%	-	0.2%	-	0.0%
% Gezichtsstoornissen	+	0.0%	-	0.3%	+	0.4%
% Gehoorstoornissen	+	0.0%	-	0.0%	+	0.1%
% Aangeboren hartafwijkingen	-	0.2%	+	1.0%	-	0.3%
% Afwijkingen endocard/hartklep	+	0.0%	-	0.1%	+	0.0%
% Hartfalen	-	0.0%	-	1.6%	+	2.3%*
% Coronaire hartziekten	+	0.3%	-	1.5%	+	0.1%
% Hartritme stoornissen	-	0.0%	-	0.0%	+	0.2%
% Beroerte	+	1.1%	-	2.1%	+	0.0%
% Reumatoïde artritis	+	1.2%	-	4.4%*	+	0.1%
% Perifere artrose	+	0.0%	-	0.0%	+	0.0%
% Nek/rug klachten	-	0.2%	+	0.4%	-	0.0%
% Osteoporose	+	0.1%	-	0.3%	+	1.3%
% Parkinson	+	1.4%	-	1.0%	-	0.3%
% Epilepsie	-	0.0%	-	0.0%	+	0.2%
% Migraine	-	0.0%	-	0.2%	+	0.7%
% Aandoeningen alcohol	-	0.4%	+	0.0%	+	0.7%
% Dementie	+	0.0%	-	0.0%	-	0.0%
% Schizofrenie	-	1.7%	+	0.4%	+	1.6%
% Stemmingsstoornissen	-	0.6%	-	1.0%	+	5.3%*
% Angststoornissen	+	0.3%	-	1.4%	+	0.2%
% Overspannen/burn-out	+	0.2%	-	1.8%	+	0.9%
% Persoonlijkheidsstoornis	-	0.0%	-	0.6%	+	0.8%
% Verstandelijke handicap	-	0.1%	-	0.0%	+	0.4%
% Astma	-	0.3%	-	0.5%	+	2.8%

*p-waarde<0.05

β: regressie coëfficiënt. R²: verklaarde variantie. Directe tijd: totaal aantal uren directe patiëntenzorg op het spreekuur (inclusief reistijd). Indirecte tijd: totaal aantal uren voor administratie consult gerelateerd, administratie declaratie gerelateerd, patiënt gerelateerd overleg intern en extern. Niet patiëntgebonden tijd: totaal aantal uren voor administratie praktijk gerelateerd, niet patiënt gerelateerd overleg intern en extern, overige activiteiten.

Tabel 2: Samenhang populatiekenmerken met gereserveerde consultduur

Populatiekenmerk	Gereserveerde tijd							
	Enkel consult		Dubbel consult		Enkele visite		Dubbele visite	
Demografische kenmerken	β	R^2	β	R^2	β	R^2	β	R^2
% 65 jaar en ouder	-	4.6%*	-	0.5%	-	0.0%	+	0.5%
% 75 jaar en ouder	-	2.0%	-	0.3%	+	0.2%	+	0.6%
% 85 jaar en ouder	-	0.5%	-	0.2%	+	0.4%	+	0.4%
% 0-9 jaar	+	1.2%	+	0.2%	-	0.5%	-	0.3%
% 10-19 jaar	+	4.8%*	+	0.4%	+	0.6%	+	0.5%
% 20-29 jaar	+	0.9%	+	0.3%	-	0.3%	-	1.8%
% 30-39 jaar	+	0.0%	-	0.0%	-	0.3%	-	1.0%
% 40-49 jaar	+	3.3%*	+	0.0%	+	4.6%*	+	3.4%*
% 50-59 jaar	-	0.4%	+	0.0%	+	0.4%	-	0.0%
% 60-69 jaar	-	7.8%*	-	0.6%	-	1.3%	+	0.0%
% 70-79 jaar	-	3.7%*	-	0.6%	-	0.0%	+	0.6%
% 80-89 jaar	-	1.5%	-	0.0%	+	0.4%	+	0.4%
% 90-99 jaar	-	0.6%	-	0.8%	+	0.3%	+	0.4%
% 100 jaar en ouder	+	1.8%	+	0.0%	+	0.8%	+	0.7%
% Mannen	-	0.8%	-	0.7%	-	3.4%*	-	1.6%
Omgevingskenmerk								
% Achterstand	+	0.8%	+	0.2%	-	0.4%	+	0.0%
% Lage SES	+	0.9%	+	0.1%	+	0.0%	+	0.0%
% Midden lage SES	-	0.2%	-	0.0%	-	0.0%	-	0.7%
% Midden SES	-	0.3%	+	0.0%	-	1.8%	-	1.2%
% Midden hoge SES	-	1.1%	-	0.4%	-	0.0%	+	0.4%
% Hoge SES	+	0.0%	-	0.0%	+	1.8%	+	0.9%
% Krimpgebied	-	0.6%	+	0.0%	+	0.2%	+	0.9%
Gezondheidskenmerken								
% >4 chronische aandoeningen	-	0.8%	+	0.0%	+	0.2%	+	1.2%
% Psychische aandoening	+	3.8%*	+	1.4%	+	0.2%	-	0.7%
% Verslaving	+	0.7%	+	0.7%	-	0.0%	-	1.2%
% Sociale klachten	+	1.4%	+	0.0%	-	0.0%	-	0.2%
% CVRM	-	0.6%	+	0.0%	-	0.3%	+	0.0%
% Diabetes	-	1.3%	-	0.0%	-	1.6%	-	0.1%
% COPD	-	0.3%	-	0.3%	+	0.0%	-	0.0%
% Aids/HIV	+	2.0%	+	1.3%	+	0.5%	+	0.3%
% Kanker	-	2.6%	-	0.1%	+	0.0%	+	0.2%
% Gezichtsstoornissen	-	1.4%	-	0.0%	+	0.0%	-	0.0%
% Gehoorstoornissen	-	0.0%	-	0.0%	+	0.4%	+	0.6%
% Aangeboren hartafwijkingen	+	0.3%	-	0.0%	-	0.0%	-	0.7%
% Afwijkingen endocard/hartklep	-	0.5%	+	0.1%	-	0.0%	+	0.0%
% Hartfalen	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	-	0.7%
% Coronaire hartziekten	-	2.5%	-	0.5%	-	0.0%	-	0.3%

% Hartritme stoornissen	-	0.8%	+	0.0%	-	0.1%	+	0.0%
% Beroerte	-	2.3%	-	0.3%	-	0.2%	-	0.2%
% Reumatoïde artritis	-	0.0%	+	1.2%	+	0.4%	-	0.0%
% Perifere artrose	-	0.9%	+	0.0%	+	0.0%	+	0.0%
% Nek/rug klachten	-	1.6%	-	0.1%	-	0.3%	-	0.3%
% Osteoporose	-	2.2%	-	1.4%	-	0.0%	-	0.0%
% Parkinson	-	3.3%*	-	1.4%	-	0.0%	-	0.0%
% Epilepsie	-	0.0%	-	0.4%	+	0.8%	+	1.1%
% Migraine	+	1.6%	+	2.0%	-	0.0%	-	3.3%*
% Aandoeningen alcohol	+	0.3%	+	1.3%	+	1.7%	+	0.5%
% Dementie	-	0.4%	-	0.2%	+	0.2%	+	0.1%
% Schizofrenie	+	0.5%	+	1.7%	+	0.3%	+	0.0%
% Stemmingsstoornissen	+	2.3%	+	2.0%	+	0.3%	-	0.4%
% Angststoornissen	+	10.7%*	+	4.6%*	+	0.2%	-	0.0%
% Overspannen/burn-out	-	0.5%	-	0.0%	-	2.2%	-	1.5%
% Persoonlijkheidsstoornis	+	1.2%	+	0.2%	+	2.9%*	+	0.0%
% Verstandelijke handicap	+	3.0%*	+	0.3%	+	2.6%*	+	0.6%
% Astma	+	2.5%	+	0.7%	+	3.0%*	+	0.4%

*p-waarde<0.05. β : regressie coëfficiënt. R^2 : verklaarde variantie.

Zoals beschreven in bijlage A werden er 4 verschillende varianten voor zorgzwaarte berekend:

1. Alle door huisartsen bestede tijd in uren per week van de huisarts(en) in de praktijk
2. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie
3. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie en POH-S
4. Alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijk assistentie, POH-S en POH-GGZ.

Samenhang tussen populatiekenmerken en deze 4 definities is te vinden in tabel 3. De β 's en R^2 kunnen op dezelfde manier worden geïnterpreteerd als in bovenstaande tabellen.

Tabel 3: Samenhang populatiekenmerken met verschillende varianten van zorgwaarte

Populatiekenmerk	Variant 1		Variant 2		Variant 3		Variant 4	
Demografische kenmerken	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²
% 65 jaar en ouder	+	5.2*	+	13.9*	+	14.5*	+	13.1*
% 75 jaar en ouder	+	4.5*	+	13.8*	+	14.8*	+	13.7*
% 85 jaar en ouder	+	4.5*	+	13.9*	+	14.9*	+	14.3*
% 0-9 jaar	-	1.0	-	9.3	-	8.6	-	7.6
% 10-19 jaar	+	0.1	+	9.2	-	8.1	-	7.2
% 20-29 jaar	-	0.0	+	9.4	+	8.6	+	7.7
% 30-39 jaar	-	0.3	-	9.0	-	8.0	+	7.0
% 40-49 jaar	+	0.3	+	9.1	-	8.0	-	7.1
% 50-59 jaar	+	0.6	+	9.6	+	8.5	+	7.3
% 60-69 jaar	+	2.6	+	12.4*	+	11.6*	+	10.2*
% 70-79 jaar	+	6.0*	+	14.1*	+	14.6*	+	13.0*
% 80-89 jaar	+	3.4*	+	12.8*	+	13.5*	+	12.6*
% 90-99 jaar	+	4.3*	+	13.0*	+	13.8*	+	13.0*
% 100 jaar en ouder	+	5.1*	+	12.7*	+	11.6*	+	10.7*
% Mannen	+	2.2	+	11.9*	+	10.8*	+	9.4*
% Werklozen	+	0.3	+	9.3	+	8.5	+	7.4
% Arbeidsongeschikten	+	1.4	+	10.6	+	9.5	+	8.6
% 1 ^e generatie allochtonen	+	0.5	+	9.3	+	8.6	+	7.9
% 2 ^e generatie allochtonen	+	0.7	+	9.5	+	8.8	+	8.2
% Niet Nederlandse herkomst	+	1.3	+	11.0	+	10.0	+	8.8
% Laagste 10% inkomen Nederland	+	0.0	+	9.0	+	8.1	+	7.1
Omgevingskenmerken								
% Achterstand	-	0.3	-	9.2	-	8.2	-	7.1
% Lage SES	-	0.0	-	9.0	-	8.0	-	7.0
% Midden lage SES	+	4.7*	+	13.7*	+	12.7*	+	11.3*
% Midden SES	+	1.8	+	12.0*	+	10.1*	+	9.6*
% Midden hoge SES	-	0.4	-	9.8	-	9.0	-	8.4
% Hoge SES	-	4.0*	-	12.8*	-	11.4*	-	10.1*
Gezondheidskenmerken								
% >4 chronische aandoeningen	+	9.3*	+	19.9*	+	20.9*	+	20.0*
% Psychische aandoening	+	2.0	+	12.1*	+	10.8*	+	10.0*
% Verslaving	+	0.4	+	10.2	+	9.5	+	8.7
% Sociale klachten	+	5.4*	+	13.0*	+	12.3*	+	11.6*
% CVRM	+	4.7*	+	15.5*	+	15.4*	+	13.7*
% Diabetes	+	4.0*	+	14.0*	+	13.9*	+	12.9*
% COPD	+	4.6*	+	15.9*	+	17.2*	+	16.4*
% Aids/HIV	-	0.4	-	9.2	-	8.2	-	7.1
% Kanker	+	5.1*	+	13.7*	+	13.9*	+	12.8*
% Gezichtsstoornissen	+	9.1*	+	17.4*	+	16.6*	+	15.2*
% Gehoorstoornissen	+	2.6	+	11.7*	+	11.1*	+	9.9*

% Aangeboren hartafwijkingen	+	0.3	+	9.4	+	8.7	+	7.6
% Afwijkingen endocard/hartklep	+	6.0*	+	15.8*	+	15.8*	+	14.9*
% Hartfalen	+	6.2*	+	17.1*	+	17.7*	+	16.0*
% Coronaire hartziekten	+	8.4*	+	19.8*	+	20.2*	+	18.8*
% Hartritme stoornissen	+	10.6*	+	20.0*	+	18.7*	+	17.1*
% Beroerte	+	9.7*	+	21.2*	+	22.8*	+	21.1*
% Reumatoïde artritis	+	3.5*	+	13.8*	+	14.0*	+	12.8*
% Perifere artrose	+	7.6*	+	17.1*	+	17.6*	+	16.3*
% Nek/rug klachten	+	4.1*	+	16.4*	+	16.8*	+	15.5*
% Osteoporose	+	2.0	+	11.9*	+	11.1*	+	9.7*
% Parkinson	+	9.5*	+	19.0*	+	19.4*	+	17.7*
% Epilepsie	+	9.5*	+	19.0*	+	19.4*	+	17.7*
% Migraine	+	9.2*	+	18.9*	+	15.8*	+	15.1*
% Aandoeningen alcohol	+	2.2	+	11.9*	+	11.4*	+	10.8*
% Dementie	+	1.9	+	11.6*	+	12.2*	+	11.4*
% Schizofrenie	+	1.4	+	10.5	+	10.2	+	9.8*
% Stemningsstoornissen	+	5.6*	+	14.7*	+	13.7*	+	12.8*
% Angststoornissen	+	2.2	+	12.4*	+	11.2*	+	10.6*
% Overspannen/burn-out	+	0.4	+	9.4	+	8.2	+	7.1
% Persoonlijkheidsstoornis	+	1.3	+	9.9	+	8.8	+	7.9
% Verstandelijke handicap	+	1.1	+	10.4	+	9.2	+	8.3
% Astma	+	4.3*	+	12.3*	+	11.3*	+	10.1*

*p-waarde<0.05. β : regressie coëfficiënt. R^2 : verklaarde variantie.

Definitie 1: alle uren van de huisarts(en) in de praktijk

Definitie 2: alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie

Definitie 3: alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie en POH-S

Definitie 4: alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijk assistentie, POH-S en POH-GGZ.

Voor elke variant van zorgzwaarte wordt het best verklarende model met kenmerken van de praktijkpopulatie (demografische, omgevings-, en gezondheidskenmerken) weergegeven. Dit wordt gedaan met behulp van stapsgewijze regressie analyse. Dit wordt gedaan aan de hand van twee scenario's:

Scenario 0: Huidige differentiatie

Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken

De populatiekenmerken die naar voren komen in de verschillende scenario's zijn te vinden in tabel 4.

Tabel 4. *Uitkomsten regressieanalyse verschillende varianten van zorgzwaarte definitie met kenmerken van de praktijkpopulatie volgens scenario 0 en scenario 1*

Variant zorgzwaarte	Scenario	Kenmerken	R ²
1*	0 [#]	Leeftijd, achterstand	2.1
	1	Migraine, >4 chronische aandoeningen, aids, 75+, 1 ^e generatie allochtonen, gehoor problemen, SES (midden laag), CVRM, ziekte van Parkinson, 65+	27.8
2	0	Leeftijd, achterstand	8.9
	1	SES, >4 chronische aandoeningen, ziekte van Parkinson, 2 ^e generatie allochtonen, gehoor problemen, migraine	41.3
3	0	Leeftijd, achterstand	8.1
	1	Tweede generatie allochtonen, aids, ziekte van Parkinson, diabetes, gehoor problemen, >4 chronische aandoeningen, migraine, SES (midden en midden laag), COPD	43.9
4	0	Leeftijd, achterstand	7.0
	1	Ziekte van Parkinson, aids, diabetes, gehoor problemen, 2 ^e generatie allochtonen, COPD, >4 chronische aandoeningen, migraine, SES (midden en midden laag)	43.3

*Varianten van zorgzwaarte: 1 uren huisarts; 2 uren huisarts, praktijkassistentie; 3 uren huisarts, praktijkassistentie, POH-S; 4 uren huisarts, praktijkassistentie, POH-S, POH-GGZ

#Modellen: 0 huidige differentiatie; 1 alle populatiekenmerken

Uit de verschillende resultaten bij de vier verschillende varianten van zorgzwaarte werd variant 2 (alle uren van de huisarts(en) in de praktijk plus de uren praktijkassistentie) voor dit rapport als best passend bevonden en gaf het de beste verhouding van verklaarde variantie en differentiatie categorieën. Verschillende scenario's werden geformuleerd en de samenhang tussen deze scenario's bij zorgzwaarte definitie 2 werd geschat middels regressie analyse. Dit is weergegeven in tabel 4. Deze scenario's voldeden volgende eisen:

- Scenario 0: Huidige differentiatie
- Scenario 1: Het best passende scenario met alle populatiekenmerken
- Scenario 2: Het best passende scenario met demografische en omgevingskenmerken
- Scenario 3: Het best passende scenario met demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

Populatiekenmerken in tabel 4 geven de populatiekenmerken die zorgzwaarte definitie 2 het beste verklaren weer. Daarnaast is de grootte van de β 's van deze populatiekenmerken weergegeven. Een grotere (positieve) β weerspiegelt een sterkere samenhang. R² kan hetzelfde geïnterpreteerd worden als in voorgaande tabellen. Het aantal categorieën geeft het aantal factoren weer waarop gedifferentieerd zou kunnen worden en daarmee het aantal categorieën van patiënten met een verschillend inschrijftarief. Scenario 0 (huidige differentiatie) geldt als referentie.

Tabel 5: Coëfficiënten voor de verschillende scenario's bij zorgzwaarte variant 2

Scenario	Populatiekenmerken	β coëfficiënten	R^2	Aantal categorieën
0	Leeftijd 65-74	-0.0098	8.9%	6
	Leeftijd 75 plus	0.1121		
	achterstand	0.0001		
1	SES (midden laag)	0.0174	41.3%	46
	>4 chronische aandoeningen	0.5303		
	Ziekte van Parkinson	2.5062		
	2 ^e generatie allochtonen	0.0598		
	Gehoor problemen	-0.3201		
	Migraine	0.8644		
2	SES (midden laag)	0.0175	23.0%	12
	SES (midden)	0.0169		
	65 jaar en ouder	0.0650		
	2 ^e generatie allochtonen	0.0819		
3	85 jaar en ouder	0.3597	21.3%	6
	SES midden laag	0.0167		
	SES midden	0.0162		

In de vragenlijst aan de huisartsen is naast tijdsbesteding en gereserveerde tijd ook gevraagd wat zij als belastende populatiekenmerken ervaren. Deze resultaten zijn te vinden in tabel 5 en tabel 6.

Tabel 6: Ervaren werklast van verschillende populatiekenmerken nagevraagd in de vragenlijst

Populatiekenmerken	Ervaren werklast*
Sociaal en maatschappelijke factoren	
Ouderen (75+)	5,6
(Huiselijk) geweld	5,4
Eenzaamheid van patiënten	5,4
Alleenstaande ouderen	5,0
Taalproblemen	5,0
Werkloosheid	4,6
Financiële problemen van patiënten	4,6
Arbeidsongeschikten	4,5
Slechte huisvesting (van patiënten)	4,2
Asielzoekers	4,0
Culturele diversiteit	4,0
Patiënten met justitieel contact	3,9
Dak- en thuislozen	3,8
Illegalen	3,8

Laaggeletterdheid	3,8
Hoge verhuismobiliteit	3,3
Onverzekerden	3,0
Kinderen onder 5 jaar	1,9
Gezondheidsgedrag en morbiditeit	
Eisend gedrag van patiënten	6,0
Meervoudige hulpvragen	5,9
Agressie van patiënten (fysieke en verbale agressie)	5,6
Oneigenlijke hulpvragen (hulpvraag die niet bij de huisarts thuis hoort)	5,5
Patiënten met problemen in meerdere domeinen (stapeling)	5,5
Gesprek over geld/vergoedingskwesties met de patiënt	5,3
Alcohol verslaving	4,8
Patiënten met multimorbiditeit	4,8
Drugs verslaving	4,7
Patiënten met sociale problemen	4,7
Verslaving anders	4,6
Patiënten met psychische klachten	4,6
Patiënten met ernstige chronische somatische problemen	4,6
Gebrekkige gezondheidsvaardigheden van patiënten	4,6
Patiënten met polyfarmacie (meer dan 7 medicijnen)	4,5
Patiënten met een verstandelijke beperking	3,6

* Gemiddelde score. Scoring met minimum 0 (niet belastend) en maximum 9 (zeer belastend)

Top 10 populatiekenmerken die door de huisarts als belastend worden ervaren:

1. Eisend gedrag van patiënten
2. Meervoudige hulpvragen
3. Agressie van patiënten (fysieke en verbale agressie)
4. Ouderen (75+)
5. Oneigenlijke hulpvragen (hulpvraag die niet bij de huisarts thuis hoort)
6. Patiënten met problemen in meerdere domeinen (stapeling)
7. (Huiselijk) geweld
8. Eenzaamheid van patiënten
9. Gesprek over geld/vergoedingskwesties met de patiënt
10. Alleenstaande ouderen / Taalproblemen

Tabel 7: Ervaren werklust factoren uit het gezondheidszorgsysteem nagevraagd in de vragenlijst

Gezondheidszorgsysteem	Ervaren werklust *
Papierwerk	6,6
Tekort aan aanbod/wachlijsten psychiatrische zorgverleners	5,6
Acute beoordeling GGZ	4,7
Veelheid aan verschillende eerstelijnsvoorzieningen	4,0
Wachlijsten bij polikliniek(en)	4,0
Tekort aan aanbod thuiszorg (wachlijsten, te weinig uren)	3,9
Slechte afstemming werkgebieden met andere eerstelijnsvoorzieningen	3,6
Lastig te regelen ziekenhuisopnames	3,5
Veelheid aan tweedelijnsvoorzieningen	3,5
Hospice zorg/palliatieve zorg	3,4
Te weinig praktijkassistentie	3,1
Moeilijkheden bij visites rijden (afstanden, files, parkeren)	2,8
Acute beoordeling somatiek	2,2

* Gemiddelde score. Scoring met minimum 0 (niet belastend) en maximum 9 (zeer belastend)

Bijlage C SMART principe

Het SMART principe is een manier om eenduidig doelstellingen op te stellen. De doelstelling moet voldoen aan alle vijf de SMART criteria om in aanmerking te komen. In dit onderzoek zijn deze criteria gebruikt om populatiekenmerken voor de verschillende scenario's te selecteren. Hierbij stond SMART voor het volgende:

- **S**(pecifiek): in hoeverre differentieert de parameter? In hoeverre leidt het tot vals-positieven en negatieven? Hoe betrouwbaar en nauwkeurig is het onderscheid?
- **M**(eetbaar): is de parameter registreerbaar en toetsbaar, vatbaar voor manipulatie?
- **A**(cceptabel): spectaculaire verschuivingen ten opzichte van het verleden kunnen onacceptabel zijn.
- **R**(ealistisch): is het realistisch dat de parameter gemeten gaat/kan worden in de huisartsenpraktijk of elders en gebruikt kan worden voor de systematiek?
- **T**(ijdgebonden): Is de verandering mogelijk binnen de tijd die er voor staat?

Tabel 1 geeft een overzicht weer van de SMART kenmerken van alle populatiekenmerken. Deze populatiekenmerken kunnen geclusterd worden. Zo voldoen demografische kenmerken over het algemeen aan de SMART criteria. Omgevingskenmerken voldoen aan alle SMART criteria behalve specifiek. Specifieke gezondheidskenmerken zoals bijvoorbeeld migraine en osteoporose voldoen minder aan de SMART criteria omdat ze minder acceptabel en (nog niet) realistisch zijn. Bij de wat algemenere gezondheidskenmerken zoals chronische aandoeningen en sociale problematiek zijn deze twee SMART criteria gedeeltelijk voldaan.

Tabel 1: SMART kenmerken van de gemeten populatiekenmerken

Populatiekenmerken	S	M	A	R	T
Demografische kenmerken					
65 jaar en ouder	+	+	+	+	+
75 jaar en ouder	+	+	+	+	+
85 jaar en ouder	+	+	+	+	+
0-9 jaar	+	+	+	+	+
10-19 jaar	+	+	+	+	+
20-29 jaar	+	+	+	+	+
30-39 jaar	+	+	+	+	+
40-49 jaar	+	+	+	+	+
50-59 jaar	+	+	+	+	+
60-69 jaar	+	+	+	+	+
70-79 jaar	+	+	+	+	+
80-89 jaar	+	+	+	+	+
90-99 jaar	+	+	+	+	+
100 jaar en ouder	+	+	+	+	+
Mannen	+	+	+	+	+
Werklozen	+	+	-	+/-	+/-
Arbeidsongeschikten	+	+	-	+/-	+/-

1 ^e generatie allochtonen	+	+	-	+/-	+/-
2 ^e generatie allochtonen	+	+	-	+/-	+/-
Niet Nederlandse herkomst	+	+	-	+/-	+/-
Laagste 10% inkomen Nederland	+	+	-	+/-	+/-
Omgevingskenmerken					
Achterstand	-	+	+	+	+/-
Lage SES	-	+	+	+	+/-
Midden lage SES	-	+	+	+	+/-
Midden SES	-	+	+	+	+/-
Midden hoge SES	-	+	+	+	+/-
Hoge SES	-	+	+	+	+/-
Krimpgebied	-	+	+	+	+/-
Omgevingsadressendichtheid					
Gezondheidskenmerken					
>4 chronische aandoeningen	+	+/-	+/-	+	+/-
Psychische aandoening	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Verslaving	+/-	+/-	-	-	+/-
Sociale klachten	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
CVRM	+	+/-	+/-	+/-	+/-
Diabetes	+	+/-	+/-	+/-	+/-
COPD	+	+/-	+/-	+/-	+/-
Aids/HIV	+	+/-	-	-	+/-
Kanker	+	+/-	-	-	+/-
Gezichtsstoornissen	+	+/-	-	-	+/-
Gehoortoornissen	+	+/-	-	-	+/-
Aangeboren hartafwijkingen	+	+/-	-	-	+/-
Afwijkingen endocard/hartklep	+	+/-	-	-	+/-
Hartfalen	+	+/-	-	-	+/-
Coronaire hartziekten	+	+/-	-	-	+/-
Hartritme stoornissen	+	+/-	-	-	+/-
Beroerte	+	+/-	-	-	+/-
Reumatoïde artritis	+	+/-	-	-	+/-
Perifere artrose	+	+/-	-	-	+/-
Nek/rug klachten	+	+/-	-	-	+/-
Osteoporose	+	+/-	-	-	+/-
Ziekte van Parkinson	+	+/-	-	-	+/-
Epilepsie	+	+/-	-	-	+/-
Migraine	+	+/-	-	-	+/-
Aandoeningen alcohol	+	+/-	-	-	+/-
Dementie	+	+/-	-	-	+/-
Schizofrenie	+	+/-	-	-	+/-
Stemmingsstoornissen	+	+/-	-	-	+/-

Angststoornissen	+	+/-	-	-	+/-
Overspannen/burn-out	+	+/-	-	-	+/-
Persoonlijkeitsstoornis	+	+/-	-	-	+/-
Verstandelijke handicap	+	+/-	-	-	+/-
Astma	+	+/-	-	-	+/-

+ criteria voldoet compleet, +/- criteria voldoet deels, - criteria voldoet niet

Bijlage D Omrekening regressie coëfficiënten naar opslagfactoren

Voor omrekening van regressie coëfficiënten naar opslagfactoren is in dit rapport onderstaande methode gebruikt.

Om de opslagfactoren voor de scenario's uit hoofdstuk 6 te kunnen berekenen is eerst het budget beschikbaar voor de opslagfactoren in de onderzochte populatie bepaald. Het bedrag dat de huisarts krijgt per inschrijving bestaat uit twee delen. Een standaard inschrijfbedrag per patiënt met daarbovenop een bedrag dat voorkomt uit de differentiatie van het inschrijftarief wat het resultaat is van de vermenigvuldiging van het basis inschrijftarief met de opslagfactor. Het bedrag dat beschikbaar is voor de herijking van de opslagfactoren werd daarom als volgt berekend:

*Totaal bedrag inschrijvingen – bedrag basisinschrijving * persoonsjaren = bedrag opslagfactoren*

Het bedrag voor een basisinschrijving in 2015 zonder opslagen is €50.05 per jaar per patiënt. Dit bedrag wordt door middel van de opslagfactoren per patiëntgroep verhoogd tot het daadwerkelijke vergoede bedrag per patiënt per jaar. In dit rapport wordt alleen het bedrag van de opslagen herverdeeld. In de praktijk is het uiteraard ook mogelijk om een groter deel van het totaal bedrag aan inschrijvingen her te verdelen. Dit deel zou bijvoorbeeld bepaald kunnen worden aan de hand van de verklaarde variantie van het model waarmee gewerkt gaat worden.

De hierboven genoemde berekening kon daarmee als volgt worden ingevuld:

$€65.126.376,00 - €50.05 * 1001911 = €14.980.730,45$

Het macrobudget voor herijking in de studiepopulatie waarmee gerekend is was €14.980.730,45. Om de opslagfactoren macroneutraal te kunnen herijken volgens de verschillende scenario's werden de volgende 7 stappen doorlopen:

1. Met de variabelen uit de verschillende scenario's werd een lineaire regressie vergelijking gemaakt met het zorgzwaarte als afhankelijke variabele en de verschillende categorieën van het scenario als onafhankelijke variabelen.
2. Met de regressie coëfficiënten en de constante werd het gemiddelde zorggebruik per categorie berekend. Hierbij was de constante het zorggebruik in de referentiecategorie en voor de overige categorieën was het zorggebruik gelijk aan de regressie coëfficiënt van de categorie plus de constante.
3. Dit zorggebruik per categorie werd omgerekend naar een waarde van 1 voor de referentie categorie en de overige categorieën naar een waarde ten opzichte van 1 die in verhouding was met de verhouding tussen de regressie coëfficiënten.
4. Vervolgens werd per categorie het aantal persoonsjaren in de categorie bepaald in de data
5. Vervolgens werd de verdeling van het macrobudget over de verschillende groepen berekend met de volgende formule:
 $Macrobudget = coeff_nw_a * persoonsjaren_a * X + coeff_nw_b * persoonsjaren_b * X + coeff_nw_c * persoonsjaren_c * X \dots etc$
6. Met het bedrag X dat resulteerde uit stap 5 werd per categorie het extra bedrag bovenop het standaard inschrijftarief berekend door de nieuwe coëfficiënt uit stap 3 te vermenigvuldigen met het bedrag X uit stap 5.

7. Tenslotte werd de opslagfactor berekend door de verhouding tussen het totale inschrijfbedrag bestaande uit het bedrag uit stap 6 plus het basis inschrijfbedrag te delen door het basis inschrijfbedrag.

Hieronder volgt een beknopt getallen voorbeeld met fictieve getallen en een fictief scenario. De getallen tussen haakjes geven de hierboven beschreven stappen aan.

Voorbeeld:

Macrobudget: €10.000

Standaardbedrag: €48.89

Categorieën: 0-64 jaar, 65-74 jaar en ≥ 75 jaar

Regressie vergelijking:

Zorggebruik = $2.3 + 3.1 * \text{wel/niet } 65-74 \text{ jaar} + 8.2 * \text{wel/niet } \geq 75 \text{ jaar}$ (1)

Categorie	Coëfficiënt (1)	Zorggebruik (2)	Nieuw coëfficiënt (3)	Persoonsjaren (4)	Bedrag uit opslag (6)	Opslagfactor (7)
0-64 jaar	2.3	2.3	1	650	5.93	1.12
65-74 jaar	3.1	5.4	2.3	250	13.64	1.28
≥ 75 jaar	8.2	10.5	4.6	100	27.28	1.56

Berekening bedrag X: $10.000 = 1 * 650 * X + 2.3 * 250 * X + 4.6 * 100 * X \rightarrow X = €5,93$ (5)

Berekening bedrag uit opslag = nieuw coëfficiënt * 5.93 (6)

Berekening opslagfactor = $(48.89 + \text{bedrag uit opslag}) / 48.89$ (7)

Bijlage E Opslagen bij scenario's

Scenario 0: huidige differentiatie

Categorie	Kenmerken	Herijkte opslag
1	Geen kenmerken	1,229
2	Achterstand	1,229
3	65-74 niet achterstand	1,173
4	65/74 achterstand	1,174
5	75 en ouder niet achterstand	1,806
6	75 en ouder achterstand	1,806

Scenario 1: alle populatiekenmerken

Categorie	Kenmerken	Herijkte opslag
1	Geen kenmerken	1,099
2	Migraine	5,002
3	Gehoör problemen	-0,347
4	Gehoör problemen en migraine	3,556
5	2 ^e generatie allochtoon	1,369
6	2 ^e generatie allochtoon en migraine	5,272
7	2 ^e generatie allochtoon en gehoor problemen	-0,077
8	2 ^e generatie allochtoon, gehoor problemen en migraine	3,826
9	Parkinson	12,416
10	Parkinson en migraine	16,319
11	Parkinson en gehoor problemen	10,970
12	Parkinson en 2 ^e generatie	12,685
13	>4 chronische aandoeningen	3,493
14	>4 chronische aandoeningen en migraine	7,396
15	>4 chronische aandoeningen en gehoor problemen	2,048
16	>4 chronische aandoeningen, migraine en gehoor problemen	5,951
17	>4 chronische aandoeningen en 2 ^e generatie	3,763
18	>4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie en migraine	7,666
19	>4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie, en gehoor problemen	2,317
20	>4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie, gehoor en migraine	6,220
21	>4 chronische aandoeningen en Parkinson	14,810
22	>4 chronische aandoeningen, Parkinson en migraine	18,713
23	>4 chronische aandoeningen, Parkinson en gehoor	13,364
24	Midden lage SES	1,177
25	Midden lage SES en migraine	5,080
26	Midden lage SES en gehoor	-0,268
27	Midden lage SES, gehoor en migraine	3,635
28	Midden lage SES en 2 ^e generatie	1,447

29	Midden lage SES, 2 ^e generatie en migraine	5,350
30	Midden lage SES, 2 ^e generatie en gehoor	0,001
31	Midden lage SES, 2 ^e generatie, gehoor en migraine	3,905
32	Midden lage SES en Parkinson	12,494
33	Midden lage SES, Parkinson en migraine	16,397
34	Midden lage SES, Parkinson en gehoor	11,048
35	Midden lage SES, Parkinson en 2 ^e generatie	12,764
36	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen	3,572
37	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen en migraine	7,475
38	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen en gehoor	2,126
39	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, gehoor en migraine	6,029
40	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie	3,842
41	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie, migraine	7,745
42	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, 2 ^e generatie, gehoor	2,396
43	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, Parkinson	14,888
44	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, Parkinson, migraine	18,791
45	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, Parkinson, gehoor	13,443
46	Midden lage SES, >4 chronische aandoeningen, Parkinson, 2 ^e generatie	15,158

Scenario 2: demografische en omgevingskenmerken

Categorie	Kenmerken	Herijkte opslag
1	Geen kenmerken	1,133
2	2 ^e generatie allochtoon	1,503
3	65 jaar en ouder	1,426
4	65 jaar en ouder en 2 ^e generatie	1,796
5	Midden SES	1,209
6	Midden SES en 2 ^e generatie	1,579
7	Midden SES en 65 plus	1,503
8	Midden SES, 65 plus en 2 ^e generatie	1,872
9	Midden lage SES	1,212
10	Midden lage SES en 2 ^e generatie	1,581
11	Midden lage SES en 65 plus	1,505
12	Midden lage SES, 65 plus en 2 ^e generatie	1,875

Scenario 3: demografische en omgevingskenmerken die bekend zijn bij de huisarts

Categorie	Kenmerken	Herijkte opslag
1	Geen kenmerken	1,168
2	Midden SES	1,243
3	Midden lage SES	1,246
4	85 jaar en ouder	2,852
5	85 jaar en ouder en midden SES	2,928
6	85 jaar en ouder en midden lage SES	2,930

Bijlage F Klankbordgroep

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een klankbordgroep. In deze klankbordgroep waren belangengroepen en experts vertegenwoordigd. Doel was om met behulp van de klankbordgroep tot een goede operationalisatie van de zorgzwaarte in de huisartsenpraktijk te komen en om de voortgang van het onderzoek en de gevonden resultaten te bespreken.

De volgende personen maakten deel uit van de klankbordgroep (in alfabetische volgorde):

- Mevr. C. Baan (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu)
- Mevr. M. Bouma (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Dhr. M. Bouwmans (Zorgverzekeraars Nederland)
- Mevr. C. Collette (Achterstandsfonds)
- Mevr. J. van Duren (InEen)
- Mevr. A. Elissen (Universiteit Maastricht)
- Mevr. E. van Gelder (Achterstandsfonds)
- Dhr. W. Hobbelink (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Dhr. S. de Jong (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Dhr. E. de Laat (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Mevr. M. Lenos (InEen)
- Mevr. T. Hilde-olde Scheper (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Dhr. R. Polet (Landelijke Huisartsenvereniging)
- Mevr. L. Romeijn (Landelijke Huisartsenvereniging)
- Mevr. S. van Rooij (ONVZ)
- Dhr. D. Ruwaard (Universiteit Maastricht)
- Dhr. R. Schipper (Nederlandse Zorgautoriteit)
- Mevr. L. Sierts (Achterstandsfonds)
- Dhr. A. Vermaas (Landelijke Huisartsenvereniging)

Bijlage G Vragenlijst

PRAKTIJKORGANISATIE

1. Hoe lang bent u als huisarts werkzaam?
..... jaar
2. Wat voor soort dienstverband heeft u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - ☐ Loondienst
 - ☐ Praktijk houdend
 - ☐ Waarnemer
 - ☐ HIDHA
3. Hoeveel uren per week is uw praktijk voor patiënten direct toegankelijk/geopend?
..... uur per week
4. Hoeveel uren per week is uw praktijk direct telefonisch bereikbaar, d.w.z. via het reguliere nummer?
..... uur per week
5. (a) Hoeveel huisartsen zijn er in uw praktijk werkzaam (inclusief uzelf)?
..... huisartsen

(b) Hoeveel uur per week zijn zij werkzaam in uw praktijk?

Uzelf	 uur/week
Huisarts 2	 uur/week
Huisarts 3	 uur/week
Huisarts 4	 uur/week
Huisarts 5	 uur/week
Huisarts 6	 uur/week
Huisarts 7	 uur/week
Huisarts 8	 uur/week
Huisarts 9	 uur/week
6. Welke assistentie is er in uw praktijk aanwezig, en hoeveel uur per week?

Praktijkassistent(en)	 uur/week
Apothekersassistent(en)	 uur/week
Huisarts in opleiding	 uur/week
Praktijkverpleegkundige	 uur/week
Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)	 uur/week
Praktijkondersteuner Somatiek (POH-S)	 uur/week
Ketenverpleegkundige	 uur/week
Zorgconsulent voor allochtonen	 uur/week
Anders, namelijk:	 uur/week
Anders, namelijk:	 uur/week

TIJDSBESTEDING

7. Hoeveel tijd reserveert u gemiddeld per patiënt voor de volgende contact momenten en welk percentage van deze contacten sluit u ook binnen deze tijd af?

Contact	Aantal minuten gereserveerd	% binnen de tijd afgerond
Consult	 minuten	 %
Dubbel consult	 minuten	 %
Telefonisch consult	 minuten	 %
Visite (zonder reistijd)	 minuten	 %
Dubbele visite (zonder reistijd)	 minuten	 %

8. Hoeveel tijd besteedt u **gemiddeld per week** aan de volgende activiteiten?

Directe patiëntenzorg op het spreekuur	 uur/week
Visites (inclusief reistijd)	 uur/week
Administratie consult gerelateerd	 uur/week
Administratie declaratie gerelateerd	 uur/week
Administratie praktijk gerelateerd	 uur/week
Patiënt gerelateerd overleg intern	 uur/week
Niet-patiënt gerelateerd overleg intern	 uur/week
Patiënt gerelateerd (telefonisch) overleg extern (bijvoorbeeld overleg met specialisten en/of hun secretariaten, ggz-zorgverleners, wijkverpleegkundigen, buurtteammedewerkers, gemeenten, mantelzorgers)	 uur/week
Niet-patiënt gerelateerd (telefonisch) overleg extern (bijvoorbeeld overleg met zorgverzekeraars, gemeente, FTO, bijscholing)	 uur/week
Overige activiteiten (bijvoorbeeld nascholing)	 uur/week

ERVAREN WERKLAST

Hieronder volgt een aantal vragen over de manier waarop u uw werk ervaart. Het is hierbij niet de bedoeling dat u erg lang over de vragen nadent, maar min of meer intuïtief antwoordt.

9. Hieronder volgt een lijst met populatiekenmerken die kunnen bijdragen aan de werklast in uw praktijk. Wilt u, gebaseerd op de ervaring in uw eigen praktijk, voor elk van deze kenmerken aangeven in welke mate deze belastend zijn of de werklast verhogen wanneer ze zich voordoen.

Een 0 geeft aan 'niet belastend of werklast verhogend' en een 9 geeft aan 'zeer belastend of werklast verhogend'.

A. Sociaal en maatschappelijke factoren	Niet belastend					Zeet belastend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kinderen onder 5 jaar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ouderen (75+)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Werkloosheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slechte huisvesting (van patiënten)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Culturele diversiteit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asielzoekers	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Illegalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dak- en thuislozen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alleenstaande ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eenzaamheid van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoge verhuismobiliteit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Financiële problemen van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met justitieel contact	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Huiselijk) geweld	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidsongeschikten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onverzekerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Taalproblemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Laaggeletterdheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B. Gezondheidsgedrag en morbiditeit	Niet belastend					Zeet belastend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Agressie van patiënten (fysieke en verbale agressie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eisend gedrag van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alcohol verslaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drugs verslaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verslaving anders	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oneigenlijke hulpvragen (hulpvraag die niet bij de huisarts thuis hoort)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meervoudige hulpvragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrekkige gezondheidsvaardigheden van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gesprek over geld/vergoedingskwesties met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met psychische klachten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met sociale problemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met ernstige chronische somatische problemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met een verstandelijke beperking	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. Gezondheidsgedrag en morbiditeit	Niet belastend					Zeer belastend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patiënten met multimorbiditeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met polyfarmacie (meer dan 7 medicijnen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met problemen in meerdere domeinen (stapeling)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Onderstaande vragen gaan over factoren uit het gezondheidszorgsysteem die kunnen bijdragen aan de werklast in uw praktijk. Wilt u, gebaseerd op de ervaring in uw eigen praktijk, voor elk van deze factoren aangeven in welke mate deze belastend zijn of de werklast verhogen wanneer ze zich voordoen. Een 0 geeft aan 'niet belastend of werklast verhogend' en een 9 geeft aan 'zeer belastend of werklast verhogend'.

C. Gezondheidszorgsysteem	Niet belastend					Zeer belastend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Moeilijkheden bij visites rijden (afstanden, files, parkeren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wachlijsten bij polikliniek(en)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Te weinig praktijkassistentie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tekort aan aanbod thuiszorg (wachlijsten, te weinig uren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tekort aan aanbod/wachlijsten psychiatrische zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slechte afstemming werkgebieden met andere eerstelijnsvoorzieningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lastig te regelen ziekenhuisopnames	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Veelheid aan verschillende eerstelijnsvoorzieningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Veelheid aan tweedelijnsvoorzieningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acute beoordeling somatiek	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acute beoordeling GGZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hospice zorg/palliatieve zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Papierwerk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Daarnaast kunnen er nog niet genoemde factoren zijn die uw werk kunnen belasten. Mochten die er zijn, wilt u deze dan hieronder aangeven alsmede de mate van belasting of werklast verhoging?

D. Overig	Niet belastend					Zeer belastend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anders, namelijk:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, namelijk:.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, namelijk:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, namelijk:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, namelijk:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. In de vorige vraag heeft u aangegeven in welke mate u bepaalde factoren belastend vindt binnen uw praktijk. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak deze factoren gemiddeld voorkomen tijdens de normale dagelijkse praktijkuitoefening (dus niet tijdens de diensten).

	Nooit	Een (paar) keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week of minder	Een paar keer per week	Dagelijks
Agressie van patiënten (fysieke agressie en verbale agressie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eisend gedrag van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Laaggeletterdheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Taalproblemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alleenstaande ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alcoholverslaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drugsverslaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verslaving anders	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oneigenlijke hulpvragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meervoudige hulpvragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrekkige gezondheidsvaardigheden van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gesprek over geld/vergoedingskwesties met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met complicaties chronische ziekte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Illegalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Huiselijk) geweld	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onverzekerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met een PGB	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moeilijkheden bij visites rijden (afstanden, files, parkeren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wachtlijsten bij polikliniek(en)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Te weinig praktijkassistentie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tekort aan aanbod thuiszorg (wachtlijsten, te weinig uren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tekort aan aanbod/wachtlijsten psychiatrische zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slechte afstemming werkgebieden met	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

andere eerstelijnsvoorzieningen							
Slechte bereikbaarheid van andere hulpdiensten/zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Afstand tot ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lastig te regelen ziekenhuisopnames	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Veelheid aan verschillende eerstelijnsvoorzieningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Veelheid aan tweedelijnsvoorzieningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acute beoordeling somatiek	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acute beoordeling GGZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hospice zorg/palliatieve zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Papierwerk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. a) Welk percentage van uw consulten sluit u naar tevredenheid af?

..... %

b) Kunt u een top 3 van redenen aangeven waarom u een consult **niet** naar tevredenheid afsluit?

1.
2.
3.

Nu volgt een aantal meer persoonlijke vragen over de manier waarop u uw werk ervaart. Ook hier is het de bedoeling dat u min of meer intuïtief antwoordt.

12. Kunt u aangeven hoe tevreden u bent met de volgende aspecten van uw werk?

13.

	Ze er te vreden	Te v r e d e n	De els w el/ de els n iet te vreden	O n t e - v r e d e n	Ze er o n t e - v r e d e n
Mijn werk in het algemeen	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die ik per patiënt heb	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die mijn praktijk kost	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die de administratie gerelateerd aan consulten kost.	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die de administratie gerelateerd aan declaraties kost.	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die de administratie gerelateerd aan mijn praktijk kost.					
De hoeveelheid tijd die mijn overige administratie kost (bijvoorbeeld schrijven van brieven).	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die ik heb voor contact met andere zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die mijn diensten kosten (avond, nacht, weekend)	☐	☐	☐	☐	☐
De hoeveelheid tijd die ik voor nascholing heb	☐	☐	☐	☐	☐