

Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken

**Eindrapportage van een onderzoek naar de praktijkkosten en
opbrengsten van huisartsenpraktijken in Nederland in 2006**

DEFINITIEF RAPPORT

Barnveld, 31 maart 2009

Referentie: BK/08.201

Auteur(s): Drs. B. (Bert) Karssen

Dr. M. (Maria) Schipper

B. (Bas) Jurling RA (ConQuaestor)

Nederlandse Zorgautoriteit

Significant B.V.

Thorbeckelaan 91, 3771 ED Barnveld • www.significant.nl

Tel.: 0342 40 52 40, Fax: 0342 40 52 46 • info@significant.nl • KvK 39081506

Voorwoord	7
1 Inleiding	9
Achtergrond	9
Aanleiding	9
Doelstelling van het onderzoek	10
2 Onderzoeksopzet	11
Onderzoekspopulatie	11
Criteria voor het onderscheiden van de subpopulaties	11
De gehanteerde subpopulaties	13
Onderzoeksvariabelen	15
Praktijkkosten	15
Inkomensgegevens van de huisarts-eigenaar	17
Opbrengsten	17
Steekproefopzet	18
Een gestratificeerde steekproef van praktijken	18
Vereiste netto respons per subpopulatie (omvang)	18
Steekproefomvang	19
Gegevensverzameling	19
Een digitale vragenlijst via een webapplicatie	19
Benadering van de praktijken	20
Handhaving	22
Vrijstelling	22
Gegevensverwerking en -analyse	22
Leidraad voor het interpreteren van de resultaten	23
Berekening van fte huisartsen	23
Definitie van kosten van arbeidsvergoeding huisartsen	23
Toerekening van kosten aan het apotheekhoudend deel van de praktijk	24
Correctie voor meerpersoonspraktijken ingevuld voor de individuele praktijk	25
De opbouw van de resultaten	26
3 Respons en representativiteit	29
Gerealiseerde respons	29
Respons naar de onderscheiden subpopulatie in de steekproef	30
Respons naar de onderscheiden subpopulaties voor analyse en rapportage	30

Representativiteit	31
Regionale spreiding	31
Aantal huisartsen in personen en fte	33
Betrouwbaarheid en consistentie van 2006-registraties in HIS	34
Niet-apotheekhoudende solopraktijken en meerpersoonspraktijken worden teruggewogen voor vaststellen van de gemiddelde waarden	36
Niet-apotheekhoudende solopraktijken en meerpersoonspraktijken zijn het meest geschikt voor tariefonderbouwing	36
Terugweging om gemiddelden voor de gehele populatie vast te stellen	37
4 Kenmerken van de praktijken en prestaties	39
Personele omvang van de praktijk	39
Aantal fte per praktijk	39
Aantal personen per praktijk	40
Het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts	41
'De nieuwe norm'	41
Productie	42
Prestaties huisarts (consulten)	43
Prestaties POH	46
M&L-verrichtingen	49
5 Praktijkkosten	51
De gemiddelde praktijkkosten per fte	52
Praktijkkosten die buiten de administratie blijven	55
Praktijkkosten per ingeschreven verzekerde	57
Aantal M&L-verrichtingen en praktijkkosten vertonen geen verband voor vrijwel alle subpopulaties	58
Aantal gewogen consulten en praktijkkosten vertonen een verband	60
6 Opbrengsten en overwinst per praktijk	63
Totale opbrengsten per fte	63
De overwinst van de huisartsenpraktijk	65
7 Diepteanalyse kosten en opbrengsten	67
Huisvestingskosten	67
ICT-kosten	68
POH-kosten	69
Kosten waarneming	69
Opsplitsing van de reguliere en overige opbrengsten op basis van HIS	70

Verschilanalyses wat betreft ingeschreven verzekerden uit achterstandswijken en de leeftijdsopbouw van de ingeschreven verzekerden	71
De praktijken met ingeschreven verzekerden uit achterstandswijken	72
De praktijken met een relatief oude populatie van ingeschreven verzekerden	75
8 De huisarts-eigenaar	79
A Begeleidende correspondentie	81
B Vragenlijst en toelichting	83
C Methodiek van regressieanalyse	85
D Achtergrondresultaten	87
Omvang per praktijk in aantal ingeschreven verzekerden	87
Figuren regressieanalyse M&I-verrichtingen	88
E Onderzoeksteam	89

Voorwoord

Voor u ligt de definitieve versie van het eindrapport van het onderzoek naar de praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken in Nederland in 2006. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode april 2008 - maart 2009 door Significant B.V. (hoofdaannemer), in samenwerking met ConQuaestor B.V. en I2I interaction (webapplicatie), in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld. Voor verschillende huisartsen bleek het invullen van de vragenlijst een complexe opgave. Het is mede hierom dat wij onze waardering en oprechte dank willen uitspreken richting de deelnemende huisartsen.

Wij danken de consultatiegroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra voor hun kritische, maar constructieve, houding.

Ten slotte danken wij de opdrachtgever voor de uitstekende bijdrage aan het onderzoek en het getoonde begrip voor de complexe taak waarvoor de onderzoekers gesteld waren. Het uithoudingsvermogen van opdrachtgever en onderzoekers is daarbij behoorlijk op de proef gesteld. In het bijzonder gaat onze dank uit naar Anoushka Schut-Welkzijn (projectleider NZa) en Wim Houwerzijl.

Namens het onderzoeksteam,

Drs. Bert Karssen, projectleider en eindverantwoordelijke van Significant

Achtergrond

I01 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland, zowel van zorgaanbieders als van verzekeraars, zowel op curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa is onder meer belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg. De NZa heeft daarnaast als taak om markten te maken en te bewaken. De belangen van de consument staan daarbij centraal.

I02 In 2005 hebben het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) overeenstemming bereikt over de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg (het Vogelaarakkoord). Hierin wordt de bekostigingssystematiek van huisartsen onder de Zorgverzekeringswet geregeld. Tevens is hierin geregeld dat innovaties en samenwerkingsverbanden worden gefinancierd. De hoogte van de tarieven in het Vogelaarakkoord zijn een onderhandelingsresultaat.

I03 In 2007 is gestart met een evaluatie van de verrichtingen die onder de Modernisering & Innovatie Module (M&I-module) als onderdeel van de nieuwe bekostigingssystematiek door huisartsen worden geleverd. De NZa heeft hier een voorstel voor gedaan. Uit de eerste reacties in 2007 kwam naar voren dat LHV en ZN sterk van mening verschillen over hoe de huisartsenzorg kan worden ingedeeld in basiszorg, M&I-verrichtingen, aanvullende zorg, dan wel bijzondere zorg.

Aanleiding

I04 Er is op dit moment sterke behoefte bij partijen om onderbouwd inzicht te krijgen in de werkelijke praktijkkosten van huisartsen. Deze behoefte vloeit voort uit onduidelijkheid in hoeverre de huidige financieringsmethodiek leidt tot een situatie waarbij de opbrengsten van een praktijk aansluiten bij de geleverde prestaties en de daarbij behorende kosten. Een financiële onderbouwing van de M&I-verrichtingen zal veldpartijen en de NZa de mogelijkheid geven hun argumenten te onderbouwen voor een herziening van de lijst aan M&I-verrichtingen.

I05 Er is echter geen recente en betrouwbare informatie over de praktijkkosten van huisartsen. In maart 2001 is het laatste onderzoek naar de praktijkkosten onder huisartsen gedaan door Pricewaterhouse Coopers (PwC) in opdracht van ZN. Het onderzoeksjaar betrof 1999.

I06 In 2007 heeft de NZa in haar Oriënterende monitor huisartsenzorg aangegeven de tarieven in de huisartsenzorg te onderwerpen aan een kostenonderzoek. Het Ministerie van VWS heeft aan dit voornemen gerefereerd in haar brief van 28 november 2007.

I07 In 2006 is door de NZa met het onderzoek naar de praktijkkosten van apothekhoudenden en orthodontisten gestart met het onderbouwen van de praktijkkosten component uit de maximumtarieven voor zorgprestaties. De methode die in beide onderzoeken is gehanteerd is het verzamelen van werkelijke kosten in plaats van het schatten van praktijkkosten op basis van normatieve parameters.

I08 Een praktijkkostenonderzoek huisartsen zal eveneens gebaseerd moeten zijn op de werkelijke kosten in huisartsenpraktijken.

I09 Significant is gevraagd om een dergelijk praktijkkostenonderzoek huisartsen uit te voeren. Voorliggend rapport bevat de resultaten van dit onderzoek. Significant heeft daarbij nauw samengewerkt met ConQuaestor en I2I interaction.

I10 Het onderzoek is uitgevoerd in de periode april 2008 - maart 2009.

Doelstelling van het onderzoek

I11 De doelstelling van het onderzoek is tweeledig:

- (a) Het onderbouwen van de gehanteerde maximumtarieven in de huisartsenzorg (inschrijftarief en consulttarieven) door het verzamelen en analyseren van de integrale totale werkelijke praktijkkosten;
- (b) Het toewijzen van praktijkkosten aan concrete zorgprestaties van de huisarts, zoals M&I-verrichtingen.

I12 Voor de onderbouwing van de tarieven worden tevens de opbrengsten van huisartsenpraktijken onderzocht.

I13 Daarnaast moeten de resultaten van het onderzoek bruikbaar zijn voor herziening van de lijst met M&I-verrichtingen.

2 Onderzoeksopzet

Onderzoekspopulatie

201 De onderzoekspopulatie waarvan de praktijkkosten bepaald worden, bestaat uit alle huisartspraktijken in Nederland per 1 januari 2006. Nieuwe praktijken in 2006 (of later) maken geen deel uit van de populatie, omdat deze praktijken zowel voor wat betreft kostenopbouw als opbrengsten niet representatief zijn voor de gemiddelde huisartsenpraktijk.

202 Het onderzoek richt zich op de praktijkkosten en opbrengsten van de huisartsenzorg op werkdagen van 08.00 - 18.00 uur. Huisartsenposten vallen dan ook buiten de reikwijdte van het onderzoek.

203 Nederland telde begin 2006 circa 8.500 praktiserende huisartsen (zie hieronder). Daarvan is 89% vrij gevestigd. De resterende groep is in dienst van vrij gevestigde huisartsen of werkzaam als waarnemer [bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van Huisartsen, peiling 2007].

	Aantal huisartsen	
	zelfstandig gevestigd	hidha
1-1-2006	7.583	912
1-1-2007	7.641	1.032

Tabel 2.1: Aantal huisartsen in 2006

Criteria voor het onderscheiden van de subpopulaties

204 Belangrijkste motivatie voor het onderscheiden van subpopulaties is een zo groot mogelijke homogeniteit in de praktijkkosten binnen de subpopulaties. Anders gezegd, de resultaten per subpopulatie moeten afdoende door gemiddelden kunnen worden beschreven, zonder dat er een grote spreiding rond dit gemiddelde wordt waargenomen.

205 De volgende 'dimensies' zijn relevant voor het vaststellen van homogene subpopulaties van huisartsenpraktijken:

- (a) Aantal huisartsen in de praktijk;
- (b) Het delen van de huisvesting met andere disciplines;
- (c) Apotheekhoudend of niet.

Aantal huisartsen in de praktijk

206 Als meerdere huisartsen een praktijk delen, dan is het te verwachten dat de praktijkkosten relatief gezien (dat wil zeggen per huisarts) naar beneden gaan. Om die reden is een onderscheid gemaakt in:

- (a) Solopraktijk;
- (b) Groepspraktijk.

207 Hoewel ook de duopraktijk in Nederland nog in grote aantallen voorkomt, en deze vorm vaak in statistieken wordt onderscheiden, kunnen voor deze vorm de kosten per (fte) huisarts binnen de groepspraktijken worden vastgesteld. Wij hebben daarom a priori de duopraktijk niet als een separate subpopulatie onderscheiden.

208 Op 1 januari 2006 telde Nederland in totaal 4.455 huisartsenpraktijken, terwijl op 1 januari 2007 het aantal huisartsenpraktijken 4.321 bedroeg. Bijna de helft van het aantal praktijken (46,3%) in Nederland was begin 2006 een solopraktijk. De groepspraktijken (inclusief duopraktijken) vormden de resterende 53,7% [bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van Huisartsen, peiling 2007].

209 In aanvulling op deze procentuele verdeling van het aantal praktijken naar praktijkvorm, is het aantal huisartsen dat werkzaam is in een praktijkvorm ruwweg als volgt verdeeld:

- (a) 25 procent in een solopraktijk;
- (b) 30 procent in een duopraktijk;
- (c) 45 procent in een groepspraktijk.

210 In een groepspraktijk werken gemiddeld 4,0 huisartsen. Groepspraktijken zijn in de stad gemiddeld groter dan op het platteland: 4,2 versus 3,4 huisartsen per praktijk [bron: website LHV].

Het delen van de praktijkkosten met andere disciplines

211 Een variant op de voorgaande dimensie, is het delen van huisvesting door huisartsen met andere disciplines. Dit kan in verschillende vormen plaatsvinden, bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum onder een dak (GOED), apotheek en huisarts onder een dak (AHOED), geïntegreerde eerstelijnszorgcentra, etc.

212 Voor deze varianten is het delen van kosten mogelijk zeer relevant en tot op zekere hoogte vergelijkbaar met het delen van kosten met andere huisartsen in een praktijk, zoals beschreven in de voorgaande dimensie. Toch zullen er ook verschillen zijn. Daar waar mogelijk ICT-kosten, etc., worden gedeeld, is het zeer de vraag of dit ook geldt voor personele kosten, etc. Om die reden is dit een aparte dimensie voor het vaststellen van de subpopulaties.

213 Naast groepspraktijken van huisartsen, zijn er eveneens eerstelijnsamenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld in de vorm van gezondheidscentra. Een aparte categorie binnen de gezondheidscentra vormen de centra die zijn verenigd in een koepel van gezondheidscentra, waarbij de huisartsen in loondienst zijn. Deze koepels van gezondheidscentra komen vooral voor in de Randstad en voornamelijk in woongebieden die nieuw zijn (bijvoorbeeld de Zorggroep Almere) of in het recente verleden een sterke uitbreiding hebben gehad (bijvoorbeeld Zoetermeer). Kenmerk van de aangesloten praktijken is dat zij een sterke vorm van samenwerking kennen, bijvoorbeeld op het gebied van scholing en inkoop.

214 Eind 2006 waren er 111 praktijken aangesloten bij koepels van gezondheidscentra in Nederland (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn), dat wil zeggen circa 2,5% van de praktijken in Nederland.

Apotheekhoudend of niet?

215 De hoogte en samenstelling van de praktijkkosten van apothekhoudende huisartsen zullen naar verwachting verschillen van die van reguliere huisartsen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de huisvestingskosten in verband met het houden van voorraden, inventariskosten (apparatuur), etc. van het apothekersdeel waarmee dient te worden rekening gehouden.

216 Op 1 januari 2006 waren er 578 apothekhoudende huisartsen in Nederland in circa 475 apothekhoudende praktijken [bron: Data en feiten 2007; Sfk].

De gehanteerde subpopulaties

217 In onderstaande tabel zijn de onderscheiden subpopulaties weergegeven, inclusief een indicatieve raming van het aantal praktijken per subpopulatie. De populatieaantallen zijn geraamd op basis van openbare bronnen ten aanzien van aantallen praktijken, aangevuld met de constatering dat het aantal meerpersoonspraktijken bij de apothekhoudende huisartsen groter is dan vooraf geraamd.

	Schatting aantal praktijken met aangegeven aantal huisartsen in 1 praktijk		Totaal aantal praktijken (1/1/2006)
	Solo	Meerpersoonspraktijken	
huisarts(en) niet-apotheekhoudend			
alleen huisartsenzorg (w.o. HOED)	1860	1949	3809
meerdere disciplines, geen koepelorganisatie		60	60
meerdere disciplines, koepelorganisatie		110	110
huisarts(en) apotheekhoudend	203	273	476
Totaal	2063	2392	4455

Tabel 2.2: Omvang onderscheiden subpopulaties

218 Er zijn derhalve 6 subpopulaties onderkend:

- (a) Alleen huisartsenzorg
 - (i) Solopraktijk;
 - (ii) Meerpersoonspraktijk (duopraktijken en andere meerpersoonspraktijken);
- (b) Meerdere disciplines:
 - (iii) Groepspraktijk, geen koepelorganisatie;
 - (iv) Groepspraktijk, koepelorganisatie;
- (c) Apotheekhoudende huisarts:
 - (v) Solopraktijk;
 - (vi) Meerpersoonspraktijk (duopraktijken en andere meerpersoonspraktijken).

219 De praktijkvorm 'huisartsen onder een dak' (HOED) wordt beschouwd als een meerpersoonspraktijk met alleen huisartsenzorg.

220 De overige subpopulaties zijn zo klein dat deze als niet relevant voor het onderzoek zijn beschouwd (grijs gearceerd).

221 Opgemerkt zij dat deze aantallen uitsluitend relevant zijn voor de weging van de resultaten per subpopulatie. Dit betekent dat eventuele kleine afwijkingen van de aangenomen aantallen per subpopulatie, slechts gering effect zullen hebben op de resultaten.

Onderzoeksvariabelen

222 Op hoofdlijnen zijn de verzamelde parameters te onderscheiden in:

- (a) Praktijkkosten;
- (b) Opbrengsten;
- (c) Cost drivers, productiefactoren (prestaties) en structuurkenmerken van de praktijk die bepalend kunnen zijn voor de hoogte van de kosten;
- (d) Inkomensinformatie van de huisarts-eigenaar (vrijwillig op te geven informatie).

223 In eerste instantie zijn alle praktijkkosten en opbrengsten geïnventariseerd, waarna toerekening van opbrengsten aan direct samenhangende kostencomponenten heeft plaatsgevonden, zie gegevensanalyse.

Praktijkkosten

224 De volgende kostencomponenten zijn onderscheiden:

- (a) Personeelskosten;
- (b) Behandelkosten;
- (c) Huisvestingskosten;
- (d) Afschrijvingen;
- (e) ICT-kosten;
- (f) Vervoerskosten;
- (g) Algemene kosten;
- (h) Financiële lasten en baten;
- (i) Kosten die direct toewijsbaar zijn aan WMG-prestaties (POH, ketenzorgprestaties, M&I-verrichtingen);
- (j) Kosten die direct toewijsbaar zijn aan niet-WMG-prestaties (zoals griepvaccinaties, kosten keuringen, etc.);
- (k) ANW-kosten;
- (l) Bedrijfseconomische kosten die niet in de administratie zijn opgenomen.

Personeelskosten

225 De feitelijke personeelskosten zijn verzameld. Er is een belangrijk verschil tussen de huisartsen die wel in de personeelskosten zitten en de huisartsen-eigenaren die niet in de personeelskosten zitten, evenals meewerkende partners (bij solopraktijken). Het is in die gevallen namelijk aan de huisarts-eigenaar om te bepalen welk deel van het inkomen als loon wordt meegenomen en welk deel als winstdeling achteraf.

226 Vervolgens is een uniforme (bedrijfseconomische) kostenpost per fte huisarts-eigenaar gebruikt (norminkomen) om de personele kosten van de huisarts-eigenaar te verdisconteren in de personele kosten.

Behandelkosten

227 Onder behandelkosten worden verstaan alle praktijkkosten die direct of vrijwel direct samenhangen met de behandeling van patiënten. Hierin worden ook de afschrijvingskosten van behandelapparatuur en inventaris meegenomen.

Huisvestingskosten

228 De feitelijke huisvestingskosten zijn opgevraagd, onderscheiden naar huur en pand. Ook is het nuttige oppervlakte gevraagd.

229 In de huisvestingskosten zijn ook de kosten van de inrichting en inventaris (exclusief ICT) meegenomen. Het gaat daarbij om de afschrijving zoals opgenomen in de boekhouding. Ook de afschrijvingstermijn wordt gevraagd. Er is uitgegaan van de 'feitelijke' afschrijving, ook al kan deze gebaseerd zijn op verschillende afschrijvingstermijnen. Er wordt dus geen rekening gehouden met nummering van de afschrijvingstermijn.

230 De huisvestingskosten zijn gecorrigeerd voor baten met betrekking tot huisvesting (zoals huuropbrengsten).

Afschrijvingen

231 De werkelijke afschrijvingskosten van materiële vaste activa zijn toegerekend aan de kosten-categorieën waar deze mee samenhangen. De afschrijvingskosten van goodwill zijn, voor zover opgegeven, buiten beschouwing gelaten, aangezien deze niet worden meegenomen in de WMG-tarieven huisartsenzorg.

ICT-kosten/automatisering

232 In het praktijkkostenonderzoek is gevraagd naar de feitelijke afschrijvingskosten van de configuratie van hard- en software. Ook de afschrijvingstermijn is gevraagd. Naast de kosten van de configuratie zijn de feitelijke beheer- en onderhoudskosten verzameld.

Vervoers-/autokosten

233 De autokosten (inclusief afschrijving) zijn volgens de jaarrekening opgevraagd.

Algemene kosten

234 In het praktijkkostenonderzoek zijn gegevens van overige (algemene) kosten verzameld.

Financiële lasten en baten

235 In het praktijkkostenonderzoek zijn gegevens verzameld over (a) de financieringsstructuur, (b) de balans en (c) de feitelijke rentekosten. Informatie over de financieringsstructuur is uitsluitend gebruikt om uitbijters (praktijken met zeer afwijkende financieringsstructuren en derhalve rentekosten) op te sporen en te zonedig te corrigeren.

236 Financiële lasten die betrekking hebben op de huisvesting (bijvoorbeeld rente hypothecaire leningen), zijn opgenomen in de huisvestingskosten.

237 Financieringslasten die nog te maken hebben met betaalde goodwill zijn uit de kosten geëlimineerd.

Inkomensgegevens van de huisarts-eigenaar

238 Op verzoek van de LHV zijn additionele vragen gesteld over het inkomen van de huisarts-eigenaar, en betaalde pensioenpremies en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen uit het inkomen van de huisarts-eigenaar. Deze vragen zijn vrijwillig en geen onderdeel van de formele informatieaanvraag; beantwoording van deze vragen is namelijk niet nodig voor het vaststellen van de praktijkkosten voor onderbouwing van de tarieven door de NZa, maar zijn wel gerapporteerd in hoofdstuk 8.

Opbrengsten

239 De huidige financieringsmethodiek bestaat uit:

- (a) Inschrijving;
- (b) Consult;
- (c) Modules:
 - (i) POH;
 - (ii) Populatiegebonden vergoeding;
 - (iii) M&I:
 - I3xxx: verrichtingen;
 - I4xxx: projecten.

240 Alle opbrengsten zijn per praktijk geïnventariseerd, inclusief de in 2006 nog van toepassing zijnde subsidieregeling voor gezondheidszorgcentra voor zover toegerekend aan de huisartsenpraktijken. Bij de inventarisatie van de opbrengsten is zoveel als mogelijk qua definities aangesloten bij de boekhouding van de huisartsenpraktijk. Er is in ieder geval uitgesplitst naar bovenstaande bekende opbrengstencomponenten, juist ook om deze met bepaalde direct aan deze prestaties toe te wijzen kosten te kunnen relateren.

241 Overige opbrengsten zijn geïnventariseerd. Deze zijn gerapporteerd in hoofdstuk 6.

Steekproefopzet

Een gestratificeerde steekproef van praktijken

242 Er is gebruikgemaakt van een gestratificeerde streekproef onder huisartsenpraktijken, dit om te waarborgen dat voldoende rekening wordt gehouden met de verschillende eigenschappen wat betreft kosten en opbrengsten van de onderkende subpopulaties. De homogeniteit van de kosten en opbrengsten worden hiermee per subpopulatie vergroot, wat de nauwkeurigheid van de totaalraming ten goede komt. Bovendien kunnen hiermee ook nauwkeurige resultaten worden gerealiseerd per subpopulatie.

243 Het effect hiervan is dat kleinere subpopulaties in de steekproef relatief zijn oververtegenwoordigd. Deze oververtegenwoordiging wordt in de overall raming 'gecorrigeerd' door terugweging naar rato van het aantal praktijken in een subpopulatie.

Vereiste netto respons per subpopulatie (omvang)

244 De vereiste nauwkeurigheid voor de gehele populatie bedraagt 10% en per subpopulatie 15%, met een betrouwbaarheid van 90%.

245 A priori was niet bekend wat de spreiding zou zijn in de praktijkkosten voor de populatie van huisartsenpraktijken. Maar veronderstellend dat deze spreiding vergelijkbaar is met die van het praktijkkostenonderzoek onder apotheehoudende huisartsen van 2008 [Praktijkkosten van apotheehoudenden, Rapport B; ConQuaestor en Significant, 13 oktober 2008], is aangenomen dat een netto respons van 50 per gedefinieerde subpopulatie naar verwachting zou leiden tot de gevraagde nauwkeurigheid. Voor de subpopulaties van huisartsenpraktijken met meerdere disciplines, alsmede de subpopulatie van apotheehoudende huisartsen in groepspraktijken, ligt de vereiste respons wat lager in verband met de kleinere omvang van de subpopulatie. Een netto respons van in totaal circa 250 praktijken zou dan voldoende moeten zijn (uitgaande van de veronderstelling over de spreiding).

246 Gezien het verplichte karakter van de informatieuitvraag, is de verwachte respons een stuk hoger dan bij een vrijwillig onderzoek. Desondanks is in de steekproefopzet rekening gehouden met uitval (opstartende praktijken, specifieke andere omstandigheden, etc.). Om die reden is een steekproefomvang gekozen van circa 400 praktijken.

Steekproefomvang

247 Op basis van de naamgeving van de praktijken en beschikbare adressenlijsten, is op voorhand een redelijke aanname te doen van het onderscheid tussen een huisartsenpraktijk (niet apotheekhoudend), apotheekhoudende huisartsenpraktijk en multidisciplinaire praktijk met koepel. Echter, in hoeverre er sprake is van een meerpersoonspraktijk en of feitelijk sprake is van een multidisciplinaire praktijk zonder koepel is pas achteraf op basis van identificerende vragen in het onderzoek vast te stellen. Om die reden is bij de steekproef uitgegaan van de volgende subpopulaties:

- (a) Solopraktijk huisarts;
- (b) Multidisciplinaire praktijk;
- (c) Solopraktijk apotheekhoudende huisarts;
- (d) Overig.

248 De verdeling van de bruto steekproef over deze subpopulaties (inclusief de pilot-praktijken) was als volgt.

	Steekproef
solopraktijk huisarts	102
multidisciplinaire praktijk	81
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	82
overig	142
Totaal	407

Tabel 2.3: Omvang bruto steekproef

249 Na ontvangst van de ingevulde vragenlijst is vervolgens een toedeling gemaakt op basis van de ingevulde kenmerken naar de uiteindelijke subpopulaties voor de analyse en rapportage.

Gegevensverzameling

Een digitale vragenlijst via een webapplicatie

250 Bovenstaande uitgangspunten hebben voor de gegevensverzameling geleid tot een onderzoeksopzet met de volgende hoofdlijnen:

- (a) gegevensverzameling van kosten op basis van de boekhouding/jaarrekening van de huisartsenpraktijk;

- (b) gegevensverzameling via een vragenlijst op een webapplicatie (en - waar nodig - aangevuld met schriftelijke gegevensverzameling als terugvaloptie), die op ieder moment kan worden ingevuld door de huisarts;
- (c) geen bezoek op locatie door de onderzoekers.

251 Er is één vragenlijst per praktijk ingevuld. Als er meerdere huisartsen in een praktijk waren, dan zijn de gegevens ingevuld voor alle huisartsen in deze praktijk.

252 De vragenlijsten zijn door de onderzoekers in samenwerking met de NZa opgesteld, waarna deze voor gebruik door enkele huisartsen zijn getoetst op bruikbaarheid en - op basis van het commentaar - aangepast. Daarnaast zijn de LHV, ZN en LVG (consultatiegroep) gevraagd om de vragenlijst te becommentariëren. Dit laatste heeft, daar waar nodig geacht, geleid tot aanpassingen.

253 De consultatiegroep heeft daarnaast input geleverd op de onderzoeksopzet, is over de voortgang van het onderzoek geïnformeerd en heeft commentaar kunnen geven op de concept resultaten.

Benadering van de praktijken

Pilot kostenvergoeding

254 Op verzoek van de LHV is de vragenlijst in eerste instantie onder een beperkte initiële steekproef van 10 huisartsenpraktijken uitgezet ('pilot kostenvergoeding'), die daarmee tevens de eerste 10 respondenten vormen van het overall onderzoek. Deze pilot richtte zich primair op het vaststellen van de benodigde tijd voor invullen en de kosten van inzet van een externe adviseur (accountant/boekhouding).

255 De externe adviseur van de huisartsenpraktijk kon op basis van de uitgevoerde werkzaamheden een factuur indienen bij Significant, waarmee de hoogte van de aan alle deelnemende huisartsen door VWS te betalen vergoeding zou worden vastgesteld. De respons op deze pilot bleek echter binnen de gestelde tijd te gering om de hoogte van een vergoeding vast te stellen. Om die reden is door VWS besloten om de vergoeding voor het inzetten van externe ondersteuning vast te stellen op € 464,30 inclusief btw.

256 De pilot kostenvergoeding heeft van enkele deelnemende huisartsen nuttig aanvullend commentaar opgeleverd op de vragenlijst, die - waar zinvol - zijn verwerkt in een nieuwe versie van de vragenlijst.

257 De pilot kostenvergoeding is uitgevoerd in de periode juli - september 2008.

De grote steekproef

258 Aan alle huisartsen in Nederland is een aankondigingsbrief gestuurd, waarin uitgebreid is toegelicht wat het doel van het onderzoek is, hoe de opzet is en welke informatie wordt gevraagd.

259 De praktijken in de steekproef¹ ontvingen van de NZa een brief met het informatieverzoek tot deelname aan het onderzoek. Hierin staat vermeld dat de NZa gebruikmaakt van de aan haar op basis van artikel 61 Wmg toegekende bevoegdheid informatie op te vragen.

260 Tevens staat in de brief vermeld dat de NZa en Significant (alsmede de onderaannemers van Significant) garant staan voor de bescherming van deze gegevens. Verder staat in deze brief uitgelegd wat het doel is van het onderzoek.

261 Vervolgens is men gevraagd de informatie in te vullen op een online vragenlijst op een speciale website. Daartoe gebruikte men een persoonlijke inlogcode die in de uitnodigingsbrief stond, zodat te allen tijde duidelijk is welke huisartsenpraktijk de gevraagde informatie verstrekt. Als men tussentijds wilde uitloggen werd de informatie opgeslagen, zodat men flexibel was in de plaats en tijd van invulling.

262 De vragenlijst heeft in de periode 12 november 2008 - 7 maart 2009 online gestaan, inclusief de periode waarin praktijken die uitstel hadden gekregen de vragenlijst konden invullen.

Helpdesk

263 Tijdens de onderzoeksperiode is voor invulling van de vragenlijst een kostenloze telefonische helpdesk ingericht, die van 09.00 - 17.00 uur op werkdagen bereikbaar was. Als huisartsen de helpdesk raadpleegden, dan zijn de vragen genoteerd en ofwel direct beantwoord, ofwel zijn afspraken gemaakt over latere telefonische of schriftelijke terugkoppeling, afhankelijk van de complexiteit van de gestelde vragen.

Ondersteuning bij het invullen

264 Gedurende het onderzoek bleek dat een deel van de huisartsen niet in staat was om de online vragenlijst geheel zelf in te vullen of daartoe niet bereid waren. Deze zijn in staat gesteld om de vragenlijst op papier aan te leveren, waarna de gegevens door de onderzoekers zijn ingevoerd. De ingevulde gegevens zijn vervolgens ter toetsing en accordering voorgelegd aan de betreffende huisartsen.

¹ De praktijken in de pilot kostenvergoeding ontvingen een vergelijkbare brief.

265 In enkele gevallen hebben de onderzoekers op verzoek de huisartsen ondersteund bij het elektronisch invullen van de vragenlijst, veelal omdat het lastig bleek de exacte aansluiting te verkrijgen tussen de in te vullen cijfers in de vragenlijst en de jaarrekening. Ook in deze gevallen zijn de huisartsen gevraagd om de ingevulde gegevens te toetsen en na deze controle formeel de vragenlijst af te sluiten.

Handhaving

266 De initiële deadline voor het aanleveren van de gegevens was 20 januari 2009. Na afloop van deze informatieperiode is door de NZa een protocol gehanteerd waarbij degenen die nog niet hadden gerespondeerd, gerappelleerd. Ook is in enkele gevallen uitstel verleend. Het gevolg hiervan is dat de webapplicatie voor het invullen van de vragenlijst tot 7 maart 2009 heeft openstaan om iedere geselecteerde huisartsenpraktijk de gelegenheid te geven de vragenlijst tijdig aan te leveren.

Vrijstelling

267 Praktijken zijn in de volgende gevallen door de NZa vrijgesteld voor deelname aan het onderzoek:

- (a) Nieuwe praktijk gestart gedurende of na 2006²;
- (b) Overgang van Elias naar een nieuw HIS-systeem;
- (c) Specifieke omstandigheden, zoals langdurige ziekte van de huisarts-eigenaar, overname van de praktijk na 2006 of specifieke administratieve verhindering (niet als gevolg van (a) of (b)), zoals het stoppen van de solopraktijk gedurende 2006.

Gegevensverwerking en -analyse

268 Na ontvangst van de databestanden (per respondent), zijn op hoofdlijnen de volgende activiteiten uitgevoerd:

- (a) Inlezen individuele bestanden in een databestand voor alle respondenten;
- (b) Vaststellen van uitval of aanpassingen op respondentniveau en/of op waardeniveau, met de volgende deelactiviteiten:
 - (i) verwijderen van respondenten die in 2006 zijn gestart met de praktijk;
 - (ii) maken van scatterplots om de spreiding van de gegevens te visualiseren;
 - (iii) uitbijtercontrole op basis van de scatterplots;
 - (iv) inhoudelijke verificatie van de uitbijters met jaarrekeningen;

² Indien sprake is van voortzetting van een praktijk, is de praktijk niet vrijgesteld van deelname en diende dus de vragenlijst in te vullen.

- (v) aanpassen of weglaten van uitbijters.
- (c) Toerekenen van kosten en opbrengsten, zie hieronder.
- (d) Uitvoeren van representativiteittoetsen.
- (e) Statistische analyse op subpopulatie niveau, met de volgende deelactiviteiten:
 - (i) vaststellen van gemiddelden en spreiding per subpopulatie;
 - (ii) uitvoeren van regressieanalyses ten behoeve van de verdiepingsanalyses;
- (f) Terugweging van de resultaten per subpopulatie naar totaalniveau;
- (g) Vaststellen van de gerealiseerde nauwkeurigheid.

269 In bijlage C zijn de bij bovenstaande activiteiten gehanteerde methoden nader toegelicht.

Leidraad voor het interpreteren van de resultaten

Berekening van fte huisartsen

270 De praktijken hebben het totale aantal fte's (apotheehoudende) huisarts in het personeelsbestand inclusief huisarts eigenaar en het aantal fte's (apotheehoudende) huisarts in loondienst opgegeven. Deze informatie is gebruikt voor de looncorrectie voor de huisarts-eigenaar en de berekening van diverse variabelen per fte (apotheehoudende) huisarts.

271 De looncorrectie voor de huisarts-eigenaar is gedaan voor het aantal fte's dat niet in loondienst is bij een praktijk. Er is dus een verschil in fte's uitgerekend tussen het totale aantal fte's (apotheehoudende) huisarts in het personeelsbestand inclusief huisarts-eigenaar en het aantal fte's (apotheehoudende) huisarts in loondienst.

272 Opgemerkt dient te worden dat het totale aantal fte's (apotheehoudende) huisarts in het personeelsbestand inclusief huisarts eigenaar niet groter mag zijn dan het aantal personen (apotheehoudende) huisarts in het loonbestand inclusief huisarts eigenaar. Is dit wel het geval, dan is het aantal fte's gelijk gesteld aan het aantal personen. Voor 21 praktijken is het aantal fte's huisartsen gecorrigeerd, voor 10 praktijken het aantal fte's apotheehoudende huisartsen.

Definitie van kosten van arbeidsvergoeding huisartsen

273 Vanuit het grootboek bevatten de personele kosten uitsluitend de kosten van medewerkers in loondienst. Voor de multidisciplinaire praktijken met koepel - waarvoor (vrijwel) alle huisartsen in loondienst zijn - betekent dit dat een vergelijking van de totale kosten met andere subpopulaties niet zuiver is, omdat bij de andere subpopulaties de arbeidsvergoeding van de huisarts-eigenaar niet wordt meegenomen, terwijl dit wel een substantieel deel van de kosten vertegenwoordigt.

274 Om deze reden wordt de arbeidsvergoeding van de huisartsen in loondienst gehanteerd op basis van de opgaven uit het grootboek, terwijl voor de arbeidsvergoeding van de huisarts-eigenaar het norminkomen wordt gebruikt. Per fte huisarts, is de arbeidsvergoeding voor de huisarts-eigenaar conform het norminkomen: € 96.404,-.

Toerekening van kosten aan het apotheekhoudend deel van de praktijk

275 Ten behoeve van een zuivere vergelijking met normcijfers en de huidige tarieven, zijn de kosten van apotheekhoudende praktijken toegerekend aan het huisartsendeel van de praktijk. Dit heeft plaatsgevonden door de loonkosten en huisvestingskosten te corrigeren op basis van de door de huisartsen opgegeven toerekening van het personeelsbestand en de m² huisvestingsruimte aan het apotheekhoudende deel van de praktijk.

Correctie loonkosten

276 De praktijken zelf hebben een inschatting gemaakt van het percentage van de tijd dat elk van de personeelscategorieën besteedt aan apotheekactiviteiten. Hierbij is een onderscheid gemaakt in: huisarts, apotheekhoudende huisarts, doktersassistenten, praktijkondersteuners en overig personeel. De loonkosten zijn gebaseerd op de gegevens uit de salarisadministratie en de looncorrectie die is doorgevoerd voor de huisartseigenaar.

277 Aangezien er in de loonkosten geen onderscheid wordt gemaakt tussen huisarts en apotheekhoudende huisarts is voor deze personeelscategorie een gewogen gemiddeld percentage van de tijd die besteed wordt aan apotheekactiviteiten berekend. Deze weging is gebaseerd op het aantal fte's huisarts en apotheekhoudende huisarts werkzaam binnen de praktijk. Dit gewogen gemiddelde percentage is als correctiefactor toegepast op de loonkosten volgens de salarisadministratie en de looncorrectie voor de huisartseigenaar.

278 Apothekersassistenten worden in het personeelsbestand aangemerkt als overig personeel; in de salarisadministratie is deze personeelscategorie echter regelmatig opgenomen bij de doktersassistenten. Om tot een goede schatting te komen van de correctie voor de apothekersactiviteiten, zijn de loonkosten van de personeelscategorieën dokterassistenten en overig personeel samen genomen en is een gewogen gemiddeld percentage van de tijd die besteed wordt aan apotheekactiviteiten berekend, waarbij de weging is gebaseerd op het aantal fte's van beide personeelscategorieën. Dit gewogen gemiddelde percentage is als correctiefactor toegepast op de loonkosten van de doktersassistenten en het overige personeel.

279 Het aangegeven percentage van de tijd die een praktijkondersteuner besteedt aan apotheekactiviteiten is direct toegepast op de loonkosten van praktijkondersteuners.

Correctie huisvestingskosten

280 Van de praktijken is bekend welk deel van de totale oppervlakte van de praktijkruimte in zijn geheel wordt toegeschreven aan apotheekactiviteiten, welk deel wordt toegeschreven aan huisartsactiviteiten en welk deel gecombineerd wordt gebruikt. De oppervlakte van de praktijkruimte toegeschreven aan apotheekactiviteiten en de helft van de oppervlakte toegeschreven aan gecombineerde activiteiten gerelateerd aan de totale oppervlakte resulteren in de correctiefactor van de apotheekactiviteiten voor de huisvestingskosten.

Correctie opbrengsten

281 De opbrengsten direct gerelateerd aan de apotheekactiviteiten (zoals medicijnleveringen, receptregels) zijn buiten beschouwing gelaten in de analyses.

Correctie voor meerpersoonspraktijken ingevuld voor de individuele praktijk

282 Het invullen van de vragenlijst heeft plaatsgevonden per praktijk, waarbij het uitgangspunt is geweest dat invulling plaatsvond voor de gehele praktijk. Voor meerpersoonspraktijken betekende dit dat invulling diende plaats te vinden voor de 'onderliggende' praktijken van alle huisarts-eigenaren in de praktijk. In het overgrote deel van de gevallen is dat zo gebeurd. Bij enkele meerpersoonspraktijken huisartsen is de invulling gedaan voor de eigen individuele praktijk. Het gaat daarbij om 21 praktijken (van de 100 meerpersoonspraktijken huisartsen). Voor de Multidisciplinaire praktijken zonder koepel is dit voor alle respondenten (11) gebeurd.

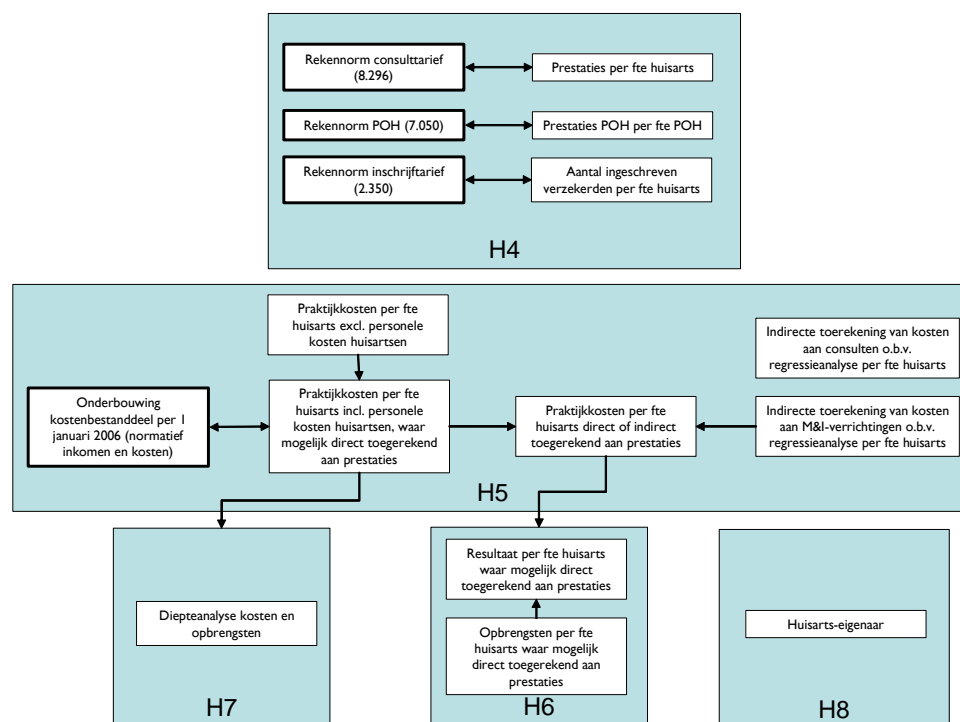
283 Omdat het aantal praktijken in Nederland alleen bekend is op het niveau van de gehele praktijk, is voor de berekening van de gemiddelden per subpopulatie en voor de terugweging gebruikgemaakt van uitsluitend de resultaten van praktijken die voor de gehele praktijk de resultaten hebben aangeleverd.

284 Voor de multidisciplinaire praktijken zonder koepel zijn de resultaten wel weergegeven zoals ingevuld voor de individuele praktijk. De resultaten per fte zijn daarmee voor deze subpopulatie correct; de resultaten in termen van aantal ingeschreven verzekerden vragen echter extra aandacht bij de interpretatie; dit is telkens aangegeven.

285 Voor de resultaten per fte heeft deze correctie van praktijken vanzelfsprekend geen effect; analyses met en zonder deze praktijken leveren vergelijkbare resultaten op. Echter voor de bepaling van resultaten naar het aantal ingeschreven verzekerden is dit wel relevant. Immers, zonder deze correctie zou de gemiddelde praktijkomvang in aantal ingeschreven verzekerden en prestaties per gehele praktijk - conform de definitie in bekende registraties (4.455 praktijken in Nederland) - te klein zijn, omdat is uitgegaan van alleen het deel van een individuele praktijkhoudende binnen de meerpersoonspraktijk huisartsen.

De opbouw van de resultaten

286 Hoofdstuk 3 beschrijft de respons en de representativiteit van de steekproef. In de hoofdstukken 4 en verder zijn de inhoudelijke resultaten van het onderzoek opgenomen, zie onderstaande figuur.



Figuur 2.1: Opbouw rapport en samenhang

287 Hoofdstuk 4 beschrijft de huisartsenpraktijken ten aanzien van omvang en geleverde prestaties. Dit hoofdstuk geeft daarmee de context voor interpretatie van de resultaten in de latere hoofdstukken en bovendien kan hiermee een verband worden gelegd met de normpraktijk voor de bekostiging. In hoofdstuk 5 zijn de praktijkkosten gepresenteerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de (eventuele) toerekening van kosten aan prestaties (zoals M&I-verrichtingen).

288 Hoofdstuk 6 gaat in op de opbrengsten van de praktijk en het resultaat van de praktijk. Een diepteanalyse per kosten- en opbrengstencomponenten is te vinden in hoofdstuk 7. Ten slotte gaat hoofdstuk 8 in op de huisarts-eigenaar.

3 Respons en representativiteit

301 Dit hoofdstuk beschrijft de gerealiseerde respons en de representativiteit van de populatie in de netto respons. In de latere hoofdstukken zijn enkele resultaten beschouwd wat betreft plausibiliteit; deze beschouwingen zijn eveneens een onderbouwing van de representativiteit.

Gerealiseerde respons

302 Op basis van de naamgeving van de praktijken en beschikbare adressenlijsten, is op voorhand een redelijke aanname te doen van het onderscheid tussen een huisartsenpraktijk (niet apotheehoudend), apotheehoudende huisartsenpraktijk en multidisciplinaire praktijk met koepel. Echter, in hoeverre er sprake is van een meerpersoonspraktijk en of feitelijk sprake is van een multidisciplinaire praktijk zonder koepel is pas achteraf op basis van identificerende vragen in het onderzoek vast te stellen. Om die reden is bij de steekproef uitgegaan van de volgende subpopulaties:

- (a) Solopraktijk huisarts;
- (b) Multidisciplinaire praktijk;
- (c) Solopraktijk apotheehoudende huisarts;
- (d) Overig.

303 Inclusief de praktijken in de pilot, resulteerde dit in een bruto steekproef van 407. Vervolgens hebben verschillende praktijken op verzoek vrijstelling van deelname gekregen. Het gaat daarbij om 65 praktijken. Een tweetal aangeschreven apotheehoudende huisartsen bleken te zijn overleden. Een klein deel van de praktijken in de steekproef heeft niet voldaan aan het informatieverzoek. Deze praktijken zijn niet meegenomen in de resultaten van het onderzoek.

304 De gerealiseerde respons kan worden bepaald op basis van de indeling in de subpopulaties van de steekproef (4 subpopulaties) en op basis van de subpopulaties zoals die worden gehanteerd voor de analyses en rapportage van de praktijkkosten. Uitsluitend voor de 4 subpopulaties van de steekproef zijn responspercentages vast te stellen, wat relevant is voor het vaststellen of er rekening moet worden gehouden met (al dan niet selectieve) non-respons. Voor de subpopulaties die worden onderscheiden in de analyse is de respons bepalend voor de mate van representativiteit (zie verderop) en voor de nauwkeurigheid van de analyseresultaten.

Respons naar de onderscheiden subpopulatie in de steekproef

305 De onderstaande tabel beschrijft de gerealiseerde respons ten aanzien van het invullen van de digitale vragenlijst.

	Solopraktijk, niet apotheekhoudend	Solopraktijk apotheekhoudend	Multidisciplinair/ gezondheids centrum	Overig	Totaal
Bruto steekproef	102	82	81	142	407
Vrijstelling of overleden	22	9	7	29	67
Maximaal mogelijke respons	80	73	74	113	340
Niet voldaan aan informatieverzoek	1	1	0	4	6
Bruto respons	79	72	74	109	334

Tabel 3.1: Gerealiseerde bruto respons (absoluut)

306 Procentueel ziet de respons er als volgt uit, waarbij wordt uitgegaan van de maximaal mogelijke respons:

	Solopraktijk, niet apotheekhoudend	Solopraktijk apotheekhoudend	Multidisciplinair/ gezondheids centrum	Overig	Totaal
Maximaal mogelijke respons	100%	100%	100%	100%	100%
Niet voldaan aan informatieverzoek	1%	1%	0%	4%	2%
Bruto respons	99%	99%	100%	96%	98%

Tabel 3.2: Gerealiseerde bruto respons (relatief)

307 De netto respons is zeer hoog, wat - vanzelfsprekend - mede wordt veroorzaakt door het verplichte karakter van deelname aan het onderzoek. De conclusie die op basis van deze respons kan worden getrokken, is dat geen rekening hoeft te worden gehouden met de effecten van eventuele selectieve non-respons.

Respons naar de onderscheiden subpopulaties voor analyse en rapportage

308 Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar de netto respons in de subpopulaties die worden gebruikt voor de analyse en rapportage van de resultaten, dan ontstaat de volgende tabel:

	Alleen huisartsenpraktijk, niet-apotheekhoudend		Multidisciplinaire praktijk		Apotheekhoudend		Totaal
	Solopraktijk	Meerpersoons praktijk	Zonder koepel	Met koepel	Solopraktijk	Meerpersoons praktijk	
Netto respons	79	100	11	44	42	30	306

Tabel 3.3: Netto respons per subpopulatie

309 Het verschil tussen de bruto respons van 334 praktijken en de netto respons van 306 wordt veroorzaakt door:

- (a) 8 praktijken die aangeven in of na 2006 te zijn geopend;
- (b) 15 praktijken die van hoedanigheid zijn veranderd in 2006, zoals van vrijgevestigde huisarts naar loondienst, van apotheekhoudende praktijk naar niet-apotheekhoudende praktijk of uitbreiding aantal huisarts-eigenaren (van solo naar meerpersoons);
- (c) 1 praktijk die geen ingeschrevenen heeft (ligt in een nieuwe wijk);
- (d) 4 praktijken met onvoldoende bruikbare gegevens:
 - (i) 3 praktijken met totale opgegeven kosten onder de € 20.000;
 - (ii) 1 praktijk die geen opsplitsing van kosten heeft opgenomen en daarom grotendeels onbruikbaar is.

310 De conclusie is dat er per onderscheiden subpopulatie een behoorlijke tot goede vulling van de 'cellen' is.

311 Op de representativiteit wordt verderop in dit hoofdstuk ingegaan. De nauwkeurigheid komt aan de orde bij de presentatie van de resultaten in de betreffende hoofdstukken.

Representativiteit

312 Naast een voldoende netto respons (in aantallen), is de representativiteit van de netto respons van belang. Met andere woorden, in hoeverre zijn de kenmerken van praktijken die bepalend zijn voor praktijkkosten en/of prestaties voldoende vertegenwoordigd in de netto respons.

313 De representativiteit van de gerealiseerde respons is bepaald aan de hand van de volgende kenmerken van de responspopulatie die van invloed zouden kunnen zijn op de representativiteit:

- (a) Regionale spreiding;
- (b) Aantal huisartsen;
- (c) Betrouwbaarheid en consistentie van 2006-registraties.

Regionale spreiding

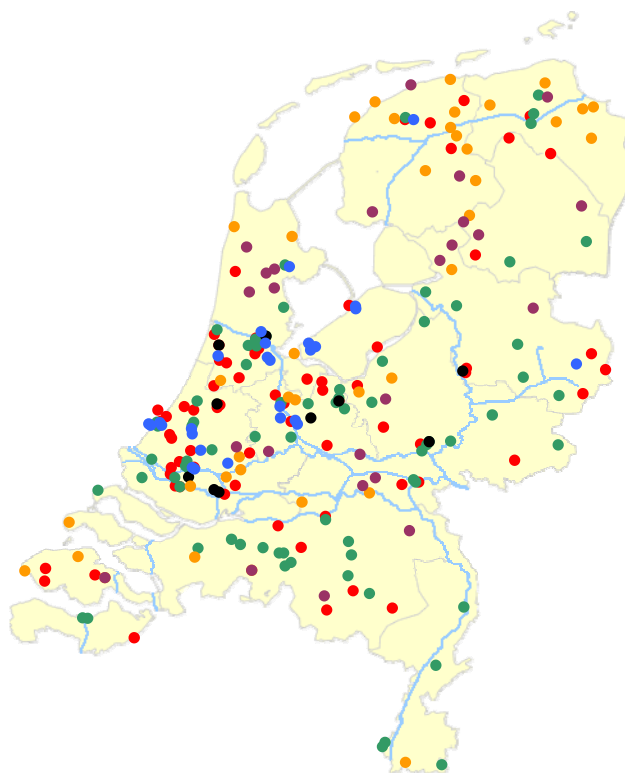
314 De regionale spreiding van de praktijken in de netto respons is relevant, omdat:

- (a) (mogelijk) bepaalde praktijkkosten regionale verschillen vertonen. Te denken valt aan huisvestingskosten, maar mogelijk vertonen ook personele kosten regionale verschillen;
- (b) de samenstelling van de patiëntenpopulatie verschillen vertoont tussen de regio's, wat voor de samenstelling van opbrengsten en prestaties van belang is.

315 Omdat sprake is van een gestratificeerde steekproef, waarbij per onderscheiden subpopulatie voldoende respons dient te zijn om per subpopulatie uitspraken te kunnen doen (en verantwoord te kunnen terugweten naar de gehele populatie), zijn de subpopulaties apotheekhoudenden en ook de multidisciplinaire praktijken relatief oververtegenwoordigd in de steekproef. Dit effect wordt - zoals aangegeven - weggenomen door de terugweging, maar in de steekproef is deze oververtegenwoordiging nog aanwezig.

316 Omdat apotheekhoudende huisartsenpraktijken vooral in niet-stedelijke gebieden voorkomen, is voor deze subpopulaties een oververtegenwoordiging van praktijken in niet-stedelijke gebieden te verwachten. Het omgekeerde geldt voor de multidisciplinaire huisartsenpraktijken, met name wat betreft de praktijken die onderdeel zijn van een koepel. Deze komen juist voornamelijk in stedelijke gebieden voor.

317 In onderstaande figuur zijn de praktijken in de steekproef geplot.



Figuur 3.1: Spreiding van de steekproefpraktijken over Nederland (rood = solopraktijken huisarts, groen = meerpersoonspraktijk huisartsen, zwart = multidisciplinair zonder koepel, blauw = multidisciplinair met koepel, oranje = solo apotheekhoudend, paars = meerpersoonspraktijk apotheekhoudend)

318 De figuur toont aan dat de praktijken zeer goed zijn gespreid over Nederland.

319 De verdeling over de postcodes is als volgt:

	Postcode								
	1xxx	2xxx	3xxx	4xxx	5xxx	6xxx	7xxx	8xxx	9xxx
Solo huisartsenpraktijken	12%	19%	27%	5%	8%	5%	9%	4%	10%
Groeps huisartsenpraktijk	12%	8%	22%	6%	18%	16%	10%	5%	3%
Multidisciplinair met koepel	9%	27%	45%	0%	0%	9%	9%	0%	0%
Multidisciplinair zonder koepel	36%	30%	18%	0%	7%	0%	2%	7%	0%
Solo apotheekhoudend	10%	10%	12%	14%	5%	2%	0%	10%	38%
Groepspraktijk apotheekhoudend	17%	3%	3%	14%	7%	10%	17%	17%	10%
Totaal	16%	15%	20%	7%	10%	8%	8%	7%	10%

Tabel 3.4: Verdeling over de postcodes van de netto respons

320 In de tabel zijn per subpopulatie en voor het totaal de percentages opgenomen per postcodegroep als aandeel van het aantal praktijken per subpopulatie en van het totaal.

321 De representativiteit van de steekproef wordt evident wanneer de postcodes worden geclusterd naar stedelijkheid. Ruwweg kan worden gesteld dat de stedelijke gebieden (en Randstad) bestaan uit de postcodes 1xxx, 2xxx, 3xxx en 5xxx. De overige postcodes zijn als niet-stedelijk te categoriseren.

322 Uit Vektis-bestanden van huisartsenpraktijken in Nederland, volgt dat circa 58,3% van de praktijken in de 'stedelijke postcodes' zijn te vinden, en dus 41,7% in de 'niet-stedelijke postcodes'. In de steekproef geldt dat voor alle praktijken 60,7% in de 'stedelijke postcodes' zijn gevestigd en 39,3% in de 'niet-stedelijke' postcodes.

323 Uit bovenstaande blijkt dat er geen sterke over- of ondervertegenwoordiging is van praktijken wat betreft (niet-)stedelijkheid.

Aantal huisartsen in personen en fte

324 In Nederland waren in 2006 gemiddeld 8.584 huisartsen werkzaam (op basis van "Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2007, NIVEL 2007"). Wanneer we het aantal huisartsen per praktijk terugwegen op basis van het aantal huisartsenpraktijken, dan leidt dit tot een raming van 8.599 huisartsen in het onderhavige onderzoek. Dit verhoudt zich uitstekend: het verschil bedraagt slechts 1%.

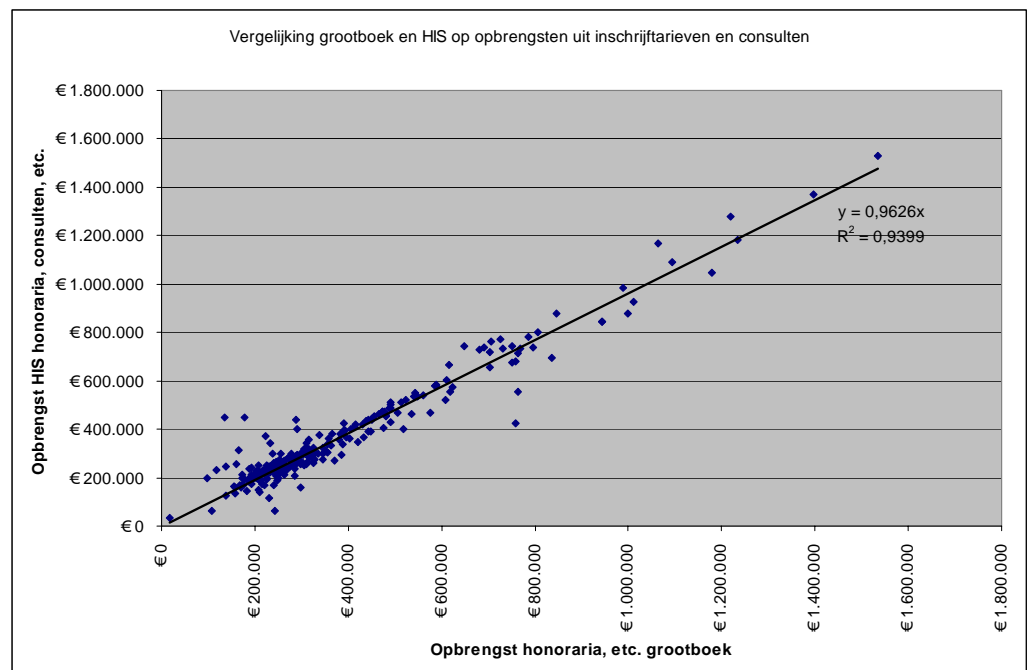
325 Eind 2006 bedroeg de parttimefactor 75%. Uitgaande van een dalende trend in de parttimefactor van enkele procenten, betekent dit dat er gemiddeld circa 6.550 fte huisartsen werkzaam waren in Nederland in 2006. [Bron: Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2007, NIVEL 2007]. De terugweging van het aantal fte huisartsen in de steekproef op basis van het aantal praktijken in Nederland per subpopulatie, levert een raming van 6.757 fte op (zie ook hoofdstuk 4). De afwijking tussen de raming op basis van de steekproef en de referenciecijfers is daarmee slechts 3%.

326 De conclusie is dat de praktijken in de steekproef wat betreft het aantal huisartsen werkzaam representatief is voor de Nederlandse populatie.

Betrouwbaarheid en consistentie van 2006-registraties in HIS

Opbrengsten in HIS

327 Wanneer we de opbrengsten uit inschrijftarieven en consulten vergelijken tussen grootboek en HIS, dan zien we het patroon in onderstaande figuur.



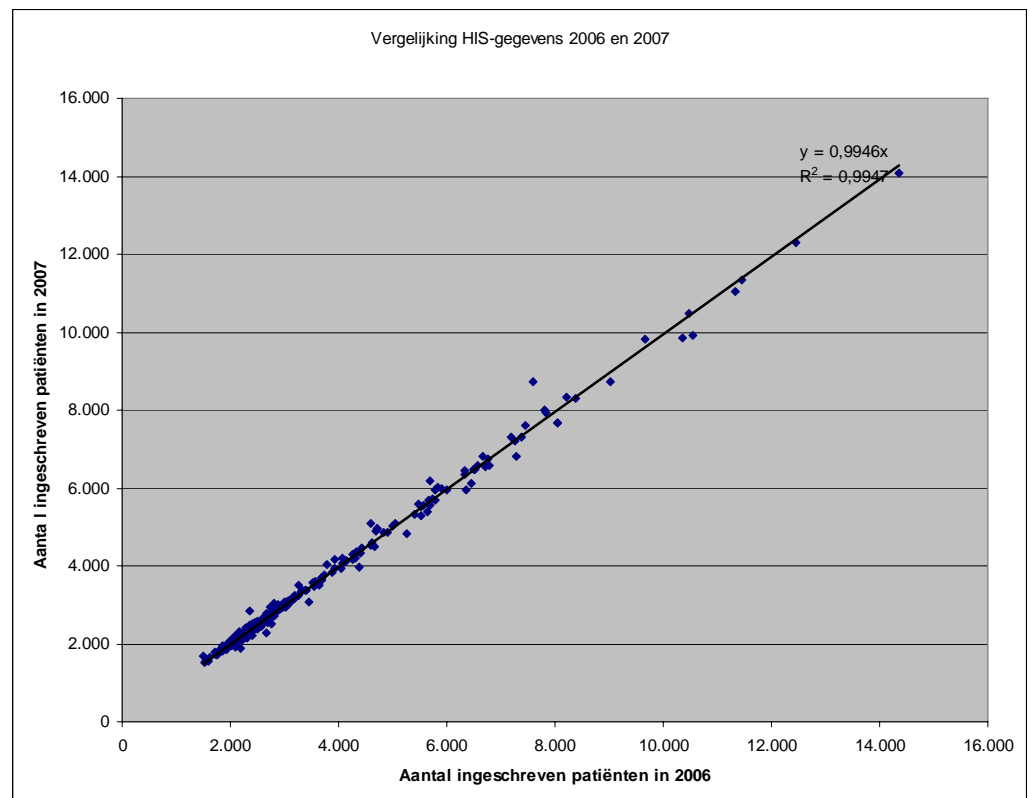
Figuur 3.2: Vergelijking grootboek en HIS ten aanzien van opbrengsten uit honoraria en consulten

328 Deze figuur geeft aan dat grootboek en HIS ten aanzien van deze opbrengsten goed met elkaar overeen komen. Vanzelfsprekend worden in de analyses de cijfers vanuit het grootboek gebruikt, maar duidelijk wordt dat voor de opbrengstenverdeling over prestaties etc., de HIS-registraties bruikbaar zijn.

329 Vanzelfsprekend is in de analyse nadrukkelijk gekeken naar individuele afwijkingen, dat wil zeggen dat er een grondige uitbijteranalyse is uitgevoerd, zie hoofdstuk 2.

Aantal ingeschreven verzekerden

330 Onderstaande figuur geeft het aantal ingeschreven verzekerden weer voor de praktijken in de steekproef in 2006 (horizontale as) en 2007 (verticale as) vanuit het HIS. Duidelijk wordt dat deze cijfers onderling zeer consistent zijn.



Figuur 3.3: Vergelijking aantal ingeschreven verzekerden in 2006 en 2007 HIS-gegevens

331 De onderlinge consistentie tussen de jaren is dus groot, wat vertrouwen geeft over de bruikbaarheid van het aantal ingeschreven verzekerden in 2006 uit HIS.

332 Door de gemiddelde omvang van de praktijken (aantal ingeschreven verzekerden: 3.279, zie bijlage D) in de steekproef terug te wegen met het aantal praktijken in Nederland (4.455), komt het geraamde aantal ingeschreven verzekerden op circa 14,6 miljoen. Rekening houdend met het feit dat de multidisciplinaire praktijken zonder koepel per individuele praktijk hebben ingevuld³, komt de raming van het aantal ingeschreven verzekerden op circa 14,9 miljoen. Wanneer wordt uitgegaan van 15,7 miljoen ingeschreven verzekerden (zie Monitor NZa), dan is dat een verschil van 0,8 miljoen verzekerden ofwel (slechts) 5%.

Niet-apotheekhoudende solopraktijken en meerpersoonspraktijken worden teruggewogen voor vaststellen van de gemiddelde waarden

333 Bovenstaande geeft aan dat de steekproeven representatief zijn voor de onderscheiden subpopulaties en dus kunnen worden gebruikt voor de analyses.

334 Uit de resultaten blijkt echter dat niet alle subpopulaties even geschikt zijn voor de tariefstelling en bekostigingssystematiek.

Niet-apotheekhoudende solopraktijken en meerpersoonspraktijken zijn het meest geschikt voor tariefonderbouwing

335 Dit geldt allereerst voor de multidisciplinaire praktijken met koepel. De multidisciplinaire praktijken met koepel vormen een bijzondere subpopulatie in dit onderzoek:

- (a) De huisartsen zijn (vrijwel) allemaal in loondienst;
- (b) Bepaalde kosten uit de koepelorganisatie moeten worden toegerekend aan de praktijk in de steekproef. Dit heeft plaatsgevonden op basis van inschattingen door de betreffende organisatie;
- (c) Er is geen jaarrekening opgesteld op het niveau van de praktijk, omdat dit geen aparte te rapporteren eenheid is voor de organisatie.

336 De resultaten van deze subpopulatie laten zien dat binnen de subpopulatie voldoende nauwkeurige resultaten worden gerealiseerd (binnen de gestelde nauwkeurigheidseisen), maar dat de resultaten in sterke mate afwijken van die van de andere subpopulaties. Deze verschillen zijn zichtbaar op vrijwel alle onderzoeksvariabelen. Mogelijke oorzaken hiervan zijn de voornoemde toerekening van kosten en opbrengsten aan de huisartsenpraktijk en het bijzondere karakter van de organisatie.

³ Op basis van door de LVG aangeleverde informatie over het totaal aantal ingeschreven verzekerden bij multidisciplinaire praktijken is vastgesteld dat er gemiddeld 2,88 individuele huisartsenpraktijken per Multidisciplinaire praktijk zijn.

337 De apotheekhoudende praktijken hebben weliswaar de kosten zo goed als mogelijk toegerekend aan de huisartsenpraktijk, maar de opbrengsten zijn niet in alle gevallen 'geschoond' voor opbrengsten uit de apotheekpraktijk. Dat manifesteert zich in (te) hoge opbrengsten en resultaten per fte. De onderzoekers bevelen aan om de resultaten van het onderhavige onderzoek te koppelen aan resultaten van onderzoeken naar de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apotheekhoudenden wat betreft de apotheekhoudende huisartsen.

338 Ten slotte zijn voor de multidisciplinaire praktijken alleen de resultaten per fte huisarts direct bruikbaar; bij gebruik van de andere resultaten moet worden rekening gehouden met de eerder genoemde invulling op het niveau van de individuele huisartsenpraktijk.

339 Voor de tariefstelling en bekostigingsstructuur zijn dan ook met name de solopraktijken en meerpersoonspraktijken van huisartsen (zeer) goed bruikbaar. In deze subpopulaties zitten meer dan 85% van alle huisartsenpraktijken in Nederland, en 96% van de niet-apotheekhoudende huisartsenpraktijken in Nederland.

Terugweging om gemiddelden voor de gehele populatie vast te stellen

340 Als gevolg van de gestratificeerde steekproef, kunnen de resultaten niet simpelweg worden gemiddeld om te komen tot resultaten voor de beide populaties samen. Hiervoor moet rekening worden gehouden met de omvang (in aantallen praktijken) per onderkende subpopulatie. Dit vindt plaats door middel van terugweging.

341 Hiertoe zijn allereerst per respondent de verschillende relevante resultaten (praktijkkosten, opbrengsten, prestaties etc.) vastgesteld. Vervolgens is per subpopulatie een gemiddelde berekend. Het gemiddelde voor beide populaties is bepaald door de gemiddelden per subpopulatie te wegen. De weegfactor is gerelateerd aan het aantal praktijken in de subpopulatie, zie hoofdstuk 2.

342 Op die manier wegen subpopulaties met veel praktijken in Nederland zwaarder mee dan kleinere populaties. Hiermee wordt de relatieve oververtegenwoordiging van bepaalde subpopulaties teniet gedaan, terwijl de representativiteit en nauwkeurigheid van de resultaten per subpopulatie eveneens bewaard blijft.

4 Kenmerken van de praktijken en prestaties

401 Dit hoofdstuk beschrijft enkele belangrijke kenmerken van de praktijken. Deze kenmerken geven een stuk duiding van de resultaten in de navolgende hoofdstukken. Waar van toepassing zijn de kenmerken van de praktijken vergeleken met de kenmerken van de normpraktijk voor bekostiging.

402 De volgende kengetallen zijn beschreven:

- (a) Personele omvang: aantallen fte per praktijk, voor en na toerekening aan het apotheekhoudende deel;
- (b) Populatiekenmerken:
 - (i) Aantallen ingeschreven verzekerden per fte huisarts, voor en na toerekening aan het apotheekhoudende deel;
 - (ii) Aantal ingeschreven verzekerden per praktijk;
- (c) Productie:
 - (i) Aantal consulten per fte huisarts, ongewogen en gewogen, en per praktijk;
 - (ii) Aantal consulten per fte POH, ongewogen en gewogen, en per praktijk;
 - (iii) Aantal M&I-verrichtingen:
 - Totaal;
 - Per fte huisarts;
 - Per aantal ingeschreven verzekerden.

403 Een belangrijk kenmerk van de praktijk is het aantal ingeschreven verzekerden. Deze geeft - vanzelfsprekend - inzicht in de omvang van de praktijk en is daarmee (mede) een (potentiële) maat voor de hoeveelheid werkzaamheden/prestaties.

Personele omvang van de praktijk

404 De personele omvang van de praktijk is vastgesteld:

- (a) In aantal fte per functie per praktijk, voor en na toerekening aan het apotheekhoudende deel;
- (b) In aantal personen per functie per praktijk, voor en na toerekening aan het apotheekhoudende deel.

Aantal fte per praktijk

405 Onderstaande tabel bevat het gemiddelde aantal fte per functie per praktijk voor de onderscheiden subpopulaties.

Subpopulaties	Aantal fte huisartsen		Aantal fte dokters assistenten		Aantal fte POH		Aantal fte overig		Totaal aantal fte in praktijk	
	Voor toerekening naar apotheek houdend deel	Alleen huisartsen deel	Voor toerekening naar apotheek houdend deel	Alleen huisartsen deel	Voor toerekening naar apotheek houdend deel	Alleen huisartsen deel	Voor toerekening naar apotheek houdend deel	Alleen huisartsen deel	Voor toerekening naar apotheek houdend deel	Alleen huisartsen deel
solopraktijk huisarts	1,10		1,16		0,19		0,22		2,67	
meerpersoonspraktijk huisarts	1,71		1,73		0,35		0,20		4,00	
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	1,00		0,98		0,19		0,32		2,49	
multidisciplinaire praktijk met koepel	3,24		3,57		0,62		1,96		9,39	
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	1,10	0,76	1,37	0,63	0,18	0,17	0,60	0,36	3,26	1,92
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	2,20	1,56	2,17	1,44	0,35	0,34	1,06	0,81	5,79	4,14
Totaal (gewogen over alle populaties)	1,49	1,43	1,54	1,46	0,28	0,28	0,33	0,30	3,63	3,47

Tabel 4.1: Gemiddelde aantal fte per praktijk per functie per praktijk

406 In de tabel is zowel het aantal fte per praktijk aangegeven voorafgaande aan de toerekening van het aantal fte aan de huisartsenpraktijk als daarna. Vanzelfsprekend heeft dit alleen effect voor de apotheekhoudende praktijken.

Aantal personen per praktijk

407 Onderstaande tabel bevat het gemiddelde aantal personen per functie per praktijk voor de onderscheiden subpopulaties.

Subpopulaties	Aantal personen huisartsen	Aantal personen dokters assistenten	Aantal personen POH	Aantal personen overig	Totaal aantal personen in praktijk
solopraktijk huisarts	1,34	2,13	0,71	0,75	4,92
meerpersoonspraktijk huisarts	2,21	3,16	1,05	0,93	7,34
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	1,27	2,64	1,18	1,00	6,09
multidisciplinaire praktijk met koepel	4,75	5,40	1,20	3,61	14,95
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	1,33	2,36	0,48	1,57	5,74
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	2,79	3,87	0,87	2,30	9,83
Totaal (gewogen over alle populaties)	1,89	2,79	0,88	1,03	6,59

Tabel 4.2: Gemiddelde aantal personen per functie per praktijk

408 Het aantal personen per praktijk is voorafgaande aan de toerekening van het aantal personen aan de huisartsenpraktijk. Omdat de toerekening aan het huisartsendeel door de respondenten op basis van fte plaatsvindt, is het niet goed mogelijk om deze tabel op te stellen voor het aantal personen na toerekening aan het huisartsendeel zonder aannames.

Het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts

409 Een belangrijk kenmerk van de praktijk is het aantal ingeschreven verzekerden. Deze geeft - vanzelfsprekend - inzicht in de omvang van de praktijk en is daarmee (mede) een (potentiële) maat voor de hoeveelheid werkzaamheden/prestaties.

410 In onderstaande tabel is het gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts per subpopulatie in het onderzoek weergegeven, zowel voor als na toerekening aan het huisartsendeel van de praktijk. De laatste kolom geeft het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts volgens de normpraktijk.

Subpopulaties	Aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts		Normpraktijk
	Voor toerekening fte aan het huisartsendeel	Na toerekening fte aan het huisartsendeel	
solopraktijk huisarts	2.342		2.350
meerpersoonspraktijk huisarts	2.206		
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	2.437		
multidisciplinaire praktijk met koepel	1.914		
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	2.160	3.144	
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	1.924	2.711	
Totaal (gewogen) over alle subpopulaties	2.211	2.292	
Totaal (gewogen) over de subpopulaties solopraktijken en meerpersoonspraktijken huisarts	2.258		

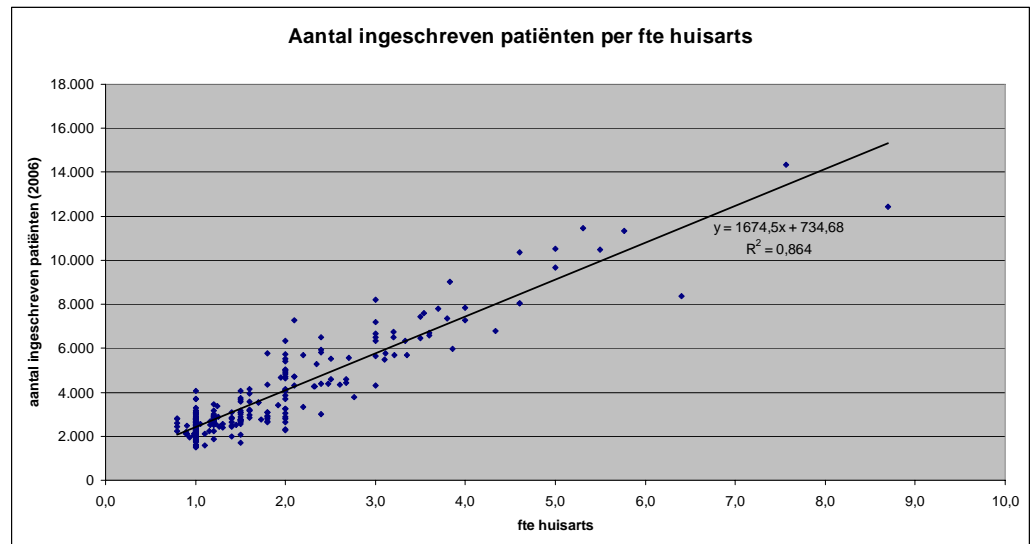
Tabel 4.3: Gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts

411 Als gevolg van de uitgevoerde correctie op het aantal fte huisarts voor de toerekening aan het huisartsendeel, neemt het aantal ingeschreven verzekerden per fte voor de apotheekhoudende praktijken fors toe.

'De nieuwe norm'

Het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts voor de twee subpopulaties solo-praktijkhuisarts en meerpersoonspraktijk huisarts is 2.258. Dit aantal is te beschouwen als een kengetal voor de nieuwe 'normpraktijk', ervan uitgaande dat deze door de voornoemde twee subpopulaties wordt gedefinieerd.

412 Wanneer het aantal fte huisarts wordt uitgezet tegen het aantal ingeschreven verzekerden in 2006, dan ontstaat een zeer consistent beeld, zie onderstaande figuur. De trendlijn geeft de (ongewogen) trend weer.



Figuur 4.1: Aantal ingeschreven verzekerden uitgezet tegen het aantal fte huisarts

413 Interessant is de hellingswaarde in de formule van de trendlijn, die aangeeft dat (ongewogen) per fte huisarts in de steekproef het aantal ingeschreven verzekerden toeneemt met gemiddeld 1.675 verzekerden. Dit sluit aan bij de lagere gemiddelde aantallen ingeschreven verzekerden bij de meerpersoonspraktijken in de tabel op de vorige bladzijde.

Productie

414 Deze paragraaf beschrijft de gemiddelde prestaties van de huisartsenpraktijken in Nederland. De volgende prestaties zijn beschreven:

- Prestaties huisarts (consulten);
- Prestaties POH (consulten);
- M&I-verrichtingen.

Prestaties huisarts (consulten)

Per 2.350 ingeschreven verzekerden

415 Een groot deel van de prestaties van de huisarts zijn op te splitsen in type verrichtingen, zoals weergegeven in onderstaande tabel. Aangegeven is het aantal verrichtingen per 2.350 verzekerden (passend bij de huidige normpraktijk en die in 2006) per subpopulatie. Allereerst zijn de twee subpopulaties van solopraktijken en meerpersoonspraktijken huisartsen opgenomen, inclusief de terugweging naar de beide subpopulaties samen. Vervolgens zijn de vier andere subpopulaties weergegeven.

Verrichting per 2.350 ingeschreven verzekerden	Solopraktijk huisarts	Meerpersoons praktijk huisarts	Gemiddeld over de twee subpopulaties
Consult	4.912	4.988	4.958
Consult > 20 min	536	491	508
Visite	383	309	338
Visite > 20 min	113	89	99
Telefonisch consult	1.398	1.430	1.418
Herhalingsrecept	4.787	4.680	4.722
Vaccinatie	29	49	41
E-mailconsult	1	0	1
Totaal	12.159	12.038	12.086
Gewogen consulten	9.949	9.737	9.821

Tabel 4.4: Aantal verrichtingen per 2.350 ingeschreven verzekerden (solopraktijk, meerpersoonspraktijk, gemiddelde over deze twee subpopulaties)

Verrichting per 2.350 ingeschreven verzekerden	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheek-houdende huisarts
Consult	5.044	5.680	4.778	5.048
Consult > 20 min	524	431	268	219
Visite	385	275	491	458
Visite > 20 min	100	41	52	66
Telefonisch consult	2.056	1.509	1.152	1.064
Herhalingsrecept	4.798	4.795	5.628	5.826
Vaccinatie	8	16	55	44
E-mailconsult	0	1	0	0
Totaal	12.916	12.747	12.423	12.725
Gewogen consulten	10.351	10.218	9.596	9.805

Tabel 4.5: Aantal verrichtingen per 2.350 ingeschreven verzekerden (overig 4 subpopulaties)

416 Onderaan de tabel is het aantal gewogen consulten weergegeven. Een gewogen consult is gedefinieerd als de optelsom van het aantal ongewogen verrichtingen, waarbij iedere verrichting telkens met een bepaald gewicht wordt vermenigvuldigd. Hiervoor zijn de gewichten gebruikt die voor de onderlinge tariefverhoudingen worden gehanteerd. In onderstaande tabel zijn de betreffende gewichten opgenomen.

Type verrichting	Weefactor
Consult	1,0
Consult > 20 min	2,0
Visite	1,5
Visite > 20 min	2,5
Telefonisch consult	0,5
Herhalingsrecept	0,5
Vaccinatie	0,5
E-mailconsult	0,5

Tabel 4.6: Gewichten verrichtingen ten behoeve van berekening gewogen consulten

417 De rekennorm voor het consulttarief bedroeg in 2006: 8.296 gewogen consulten. Dit betekent dat het aantal consulten voor de solopraktijken en meerpersoonspraktijken in 2006 een stuk hoger lag dan de norm, te weten een verschil van 18%.

418 In onderstaande tabel zijn de verrichtingen per 1.000 ingeschreven verzekerden over de gehele populatie vergeleken met cijfers van het NIVEL (site van LINH).

Type verrichting huisarts	Aantal verrichtingen per 1.000 patiënten	
	LINH	Onderzoek
Consult	2.138	2.125
Consult > 20 min	189	202
Visite	157	149
Visite > 20 min	31	39
telefonisch consult	557	597
herhalingsrecept	2.064	2.061
vaccinatie	7	17
e-mailconsult	3	0

Tabel 4.7: Vergelijking aantal verrichtingen per 1.000 ingeschreven verzekerden tussen onderzoek en LINH-cijfers

419 Deze vergelijking toont aan dat de resultaten van beide bronnen consistent zijn.

Per 2.258 ingeschreven verzekerden (aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts)

420 Van belang is ook het aantal consulten per fte huisarts, ofwel per 2.258 ingeschreven verzekerden. Deze zijn in onderstaande tabellen opgenomen.

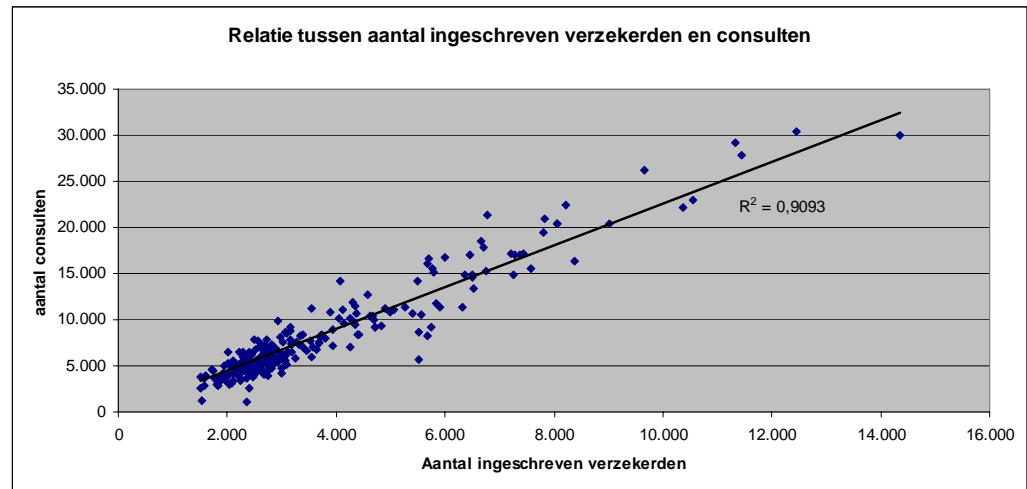
Verrichting per 2.258 ingeschreven verzekerden	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Gemiddeld over de twee subpopulaties
Consult	4.719	4.792	4.763
Consult > 20 min	515	471	488
Visite	368	297	325
Visite > 20 min	109	86	95
Telefonisch consult	1.343	1.374	1.362
Herhalingsrecept	4.599	4.496	4.537
Vaccinatie	27	47	40
E-mailconsult	1	0	1
Totaal	11.680	11.564	11.610
Gewogen consulten	9.558	9.354	9.434

Tabel 4.8: Gemiddeld aantal verrichtingen per 2.258 ingeschreven verzekerden (solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts, gemiddelde beide subpopulaties)

Verrichting per 2.258 ingeschreven verzekerden	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts
Consult	4.846	5.456	4.590	4.849
Consult > 20 min	503	414	257	210
Visite	370	264	471	440
Visite > 20 min	96	40	50	64
Telefonisch consult	1.976	1.449	1.106	1.022
Herhalingsrecept	4.609	4.606	5.407	5.597
Vaccinatie	8	15	53	42
E-mailconsult	0	1	0	0
Totaal	12.408	12.245	11.935	12.224
Gewogen consulten	9.943	9.816	9.219	9.419

Tabel 4.9: Gemiddeld aantal verrichtingen per 2.258 ingeschreven verzekerden (overige 4 populaties)

421 Van de verschillende verrichtingen, blijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen het aantal ingeschreven verzekerden en het aantal geleverde consulten, zie onderstaande figuur. Het gewogen gemiddelde van het aantal consulten per ingeschreven verzekerde bedraagt 2,13.



Figuur 4.2: Relatie tussen het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk en het aantal consulten

'De nieuwe norm'

Het aantal gewogen consulten per fte huisarts en per 2.258 ingeschreven verzekerden is voor de twee subpopulaties solopraktijk huisarts en meerpersoonspraktijk huisarts 9.434. Dit aantal is te beschouwen als een kengetal voor de nieuwe 'normpraktijk', ervan uitgaande dat deze door de voornoemde twee subpopulaties wordt gedefinieerd.

Prestaties POH

422 Ook de prestaties van de POH'er zijn op te splitsen in type verrichtingen, vergelijkbaar met die van de huisarts. Ook deze zijn uit te drukken per 2.350 ingeschreven verzekerden en per 2.258 ingeschreven verzekerden.

Per 2.350 ingeschreven verzekerden

Verrichtingen per 2.350 ingeschreven verzekerden	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Twee populaties
Consult	115	167	146
Consult > 20 min	113	98	104
Visite	20	24	22
Visite > 20 min	18	20	14
Telefonisch consult	32	52	44
Herhalingsrecept	60	72	67
Vaccinatie	4	7	6
Totaal	359	434	404
Gewogen consulten	462	515	481

Tabel 4.10: Aantal verrichtingen POH per 2.350 ingeschreven verzekerden (solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts, gemiddelde van beide subpopulaties)

Verrichtingen per 2.350 ingeschreven verzekerden	multi disciplinaire praktijk zonder koepel	multi disciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts
Consult	123	278	252	206
Consult > 20 min	109	87	53	82
Visite	35	22	31	25
Visite > 20 min	17	18	4	26
Telefonisch consult	49	61	25	20
Herhalingsrecept	13	72	8	1
Vaccinatie	0	0	1	2
Totaal	345	528	374	352
Gewogen consulten	466	597	431	486

Tabel 4.11: Aantal verrichtingen POH per 2.350 ingeschreven verzekerden (overige 4 subpopulaties)

423 De norm voor POH per praktijk van 2.350 ingeschreven verzekerden is in onderstaande tabel opgenomen en vergeleken met het gemiddelde over de gehele onderzoekspopulatie.

Type verrichting POH	Aantal verrichtingen per 2.350 ingeschreven patiënten	
	Norm	Onderzoek
Consult	163	160
Consult > 20 min	133	100
Visite	19	23
Visite > 20 min	20	13
Telefonisch consult	45	43
Herhalingsrecept	14	59
Vaccinatie	2	5

Tabel 4.12: Vergelijking aantal verrichtingen POH per 2.350 ingeschreven verzekerden tussen onderzoek en norm

424 In de praktijk blijkt in 2006 het aantal consulten > 20 minuten van de POH'er minder te zijn dan de norm. Opvallend is het grote aantal herhalingsrecepten ten opzichte van de norm.

Per 2.258 ingeschreven verzekerden

425 Onderstaande tabellen geven de prestaties van de POH weer per 2.258 ingeschreven verzekerden.

Verrichtingen per 2.258 ingeschreven verzekerden	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Twee populaties
Consult	110	161	141
Consult > 20 min	109	95	100
Visite	19	23	22
Visite > 20 min	15	12	13
Telefonisch consult	30	50	42
Herhalingsrecept	58	69	65
Vaccinatie	3	7	6
Totaal	345	417	388
Gewogen consulten	440	477	462

Tabel 4.13: Aantal verrichtingen POH per 2.258 ingeschreven verzekerden (solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts, gemiddelde van beide populaties)

Verrichtingen per 2.258 ingeschreven verzekerden	multi disciplinaire praktijk zonder koepel	multi disciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts
Consult	118	267	242	198
Consult > 20 min	105	84	51	79
Visite	33	21	30	24
Visite > 20 min	16	6	4	14
Telefonisch consult	47	59	24	19
Herhalingsrecept	12	69	8	1
Vaccinatie	0	0	1	2
Totaal	331	507	359	338
Gewogen consulten	446	547	414	440

Tabel 4.14: Aantal verrichtingen POH per 2.258 ingeschreven verzekerden (overige 4 subpopulaties)

M&I-verrichtingen

426 Er is de huisartsen gevraagd naar het aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen in 2006. Hieruit komt het volgende overzicht van zes veel uitgevoerde M&I-verrichtingen naar voren. In de tabel is weergegeven hoeveel M&I-verrichtingen per nompraktijk (2.350 ingeschreven verzekerden) er per subpopulatie en in de totale populatie worden geraamd.

Verrichting per 2.350 ingeschreven verzekerden	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	multi disciplinaire praktijk zonder koepel	multi disciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts	gehele populatie (gewogen)
I3004: Longmeting	25	37	9	22	13	14	29
I3005: ECG-diagnostiek	12	10	1	19	7	12	11
I2012: Chirurgie	53	61	32	43	46	52	56
I3023: Therapeutische injectie	34	40	29	24	32	32	36
I3029: Diabetes begeleiding	46	36	19	9	27	31	37
I3035: Intensieve zorg	12	8	9	4	2	1	9

Tabel 4.15: Aantal verrichtingen van zes veel uitgevoerde M&I-verrichtingen per 2.350 ingeschreven verzekerden

5 Praktijkkosten

501 Dit hoofdstuk beschrijft de gemiddelde praktijkkosten, zowel voor alle praktijken in Nederland, als per subpopulatie. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- (a) De gemiddelde praktijkkosten per fte huisarts, inclusief kosten voor arbeidsvergoeding van de huisartsen;
- (b) De gerealiseerde nauwkeurigheid van de gemiddelde praktijkkosten;
- (c) De praktijkkosten die buiten de administratie van de praktijk blijven.

502 De tabellen zijn opgesteld voor zowel de kostencomponenten als de totale kosten. De totale kosten hebben derhalve betrekking op alle kosten van de praktijk, dus niet alleen de WMG-kosten, maar ook de kosten van ander (zorg)activiteiten. Wel is binnen de totale kosten aangegeven welk deel direct toegerekend kan worden aan WMG-prestaties.

503 Alle kosten zijn toegerekend aan het huisartsendeel van de praktijk (alleen relevant voor apotheehoudende praktijken).

504 Voor de kostencomponenten waarvoor de nauwkeurigheid van de raming binnen de daarvoor gestelde vereisten bleef, zijn de ramingen als een getalwaarde aangegeven. Daar waar deze nauwkeurigheid niet aan de vereisten voldeed (15% op subpopulatie- en componentniveau, 10% op de totaalresultaten), zijn de 90% betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.

De gemiddelde praktijkkosten per fte

505 In onderstaande tabel zijn de gemiddelde praktijkkosten per fte huisarts opgenomen voor de solopraktijken huisarts en meerpersoonspraktijken huisarts en het gewogen gemiddelde van deze beide populaties. Tevens zijn de kosten van de normpraktijk weergegeven. De kosten zijn afkomstig uit het grootboek, dat wil zeggen zonder indirecte toewijzing van kosten aan kostencomponenten.

	Twee populaties (gewogen)	Alleen huisartsenpraktijk, niet-apotheekhoudend		Normpraktijk
		Solopraktijk	Meerpersoons praktijk	
Kosten reguliere tarief				
Ia. Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	€ 94.206	€ 92.677	€ 95.145	€ 96.404
Ib. Personele kosten, excl.POH	€ 38.847	€ 40.945	€ 37.558	€ 32.331
2. Behandelkosten	€ 1.538 - 2.687	€ 1.790 - 4.017	€ 1.061 - 2.193	€ 8.249
3. Huisvesting	€ 15.706	€ 16.271	€ 15.358	€ 22.018
4. Afschrijvingen (allen toegerekend aan andere kosten)	€ -	€ -	€ -	€ -
5. ICT	€ 4.137	€ 4.949	€ 3.086 - 4.190	€ 8.244
6. Vervoer	€ 3.634	€ 5.784 - 8.170	€ 1.124 - 2.036	€ 2.653
7. Algemene kosten	€ 24.937	€ 30.383	€ 18.006 - 25.173	€ 22.257
8. Financiële lasten en baten	€ 587 - 1.207	€ 752 - 1.776	€ 256 - 1.086	€ 3.661
Totaal	€ 184.476	€ 196.369	€ 177.167	€ 195.817
Kosten direct toewijsbaar aan WMG-prestaties				
POH	€ 2.838 - 4.784	€ 1.134 - 3.074	€ 3.358 - 6.362	
Ketenzorgprestaties	€ -	€ -	€ -	
M&I	€ -	€ -	€ -	
Totaal	€ 2.838 - 4.784	€ 1.134 - 3.074	€ 3.358 - 6.362	
TOTAAL KOSTEN (WMG)	€ 188.287	€ 198.473	€ 182.026	
Kosten direct toewijsbaar aan buiten WMG-prestaties				
Griepvaccinaties	€ -	€ -	€ -	
Keuringen	€ -	€ -	€ -	
Totaal direct toewijsbaar buiten-WMG				
Kosten direct toewijsbaar aan prestaties buiten vergoeding				
ANW	€ -	€ -	€ -	
Totaal				
TOTAAL UIT ADMINISTRATIE/JAARREKENING	€ 188.287	€ 198.473	€ 182.026	

Tabel 5.1: Gemiddelde praktijkkosten per fte, uitgaande van het norminkomen van de huisarts-eigenaren en de werkelijke personele kosten van de hidha, voor de solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts en het gemiddelde van beide subpopulaties, uitgezet tegen de normpraktijk.

506 De kosten zijn gebaseerd op een arbeidsvergoeding op basis van het norminkomen van de huisarts-eigenaren en de werkelijke personele kosten van de huisartsen in loondienst. Dit verklaart dat de arbeidsvergoeding lager is dan het norminkomen; dit wordt veroorzaakt door de huisartsen in loondienst.

507 De vergelijking met de normpraktijk (per fte huisarts, 2.350 ingeschreven verzekerden) laat zien dat de gemiddelde totale praktijkkosten over de beide populaties lager zijn dan de normkosten. Dit wordt veroorzaakt door de meerpersoonspraktijken, die op vrijwel alle

kostencomponenten lagere kosten per fte laten zien. Het delen van kosten door de huisarts-eigenaren lijkt hiervoor een plausibele verklaring.

508 Dit kostenoverzicht gaat uit van het grootboek. Dit verklaart (mede) dat er geen kosten zijn opgenomen voor ketenzorgprestaties, M&I-verrichtingen, griepvaccinaties, etc. Immers, deze kosten blijken niet door de praktijken in de administratie apart te worden geregistreerd. Verderop in dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag of een deel van de kosten zoals beschreven in deze tabel kunnen worden toegerekend aan de verschillende prestaties.

509 De nauwkeurigheid van de resultaten is groot, zie onderstaande tabel.

	Nauwkeurigheid		
	Twee populaties (gewogen)	Alleen huisartsenpraktijk, niet- apothekhoudend	
		Solopraktijk	Meerpersoons praktijk
<u>Kosten reguliere tarief</u>			
Ia. Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	1,1	2,1	0,9
Ib. Personele kosten, excl.POH, excl. inkomen huisartsen	6,9	9,8	9,8
2. Behandelkosten	27,2	38,4	34,8
3. Huisvesting	7,8	11,1	11,2
4. Afschrijvingen (allen toegerekend aan andere kosten)			
5. ICT	10,3	14,2	15,2
6. Vervoer	14,6	17,1	28,9
7. Algemene kosten	10,3	13,2	16,6
8. Financiële lasten en baten	34,6	40,5	61,9
Totaal			
<u>Kosten direct toewijsbaar aan WMG-prestaties</u>			
POH	25,5	46,1	30,9
Ketenzorgprestaties			
M&I			
Totaal			
TOTAAL KOSTEN (WMG)	2,7	3,9	3,6

Tabel 5.2: Nauwkeurigheid gemiddelde praktijkkosten solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts en gemiddelde van beide subpopulaties

510 De totale praktijkkosten kennen nauwkeurigheden beneden de 4%, met een betrouwbaarheid van 90%.

511 De nauwkeurigheden van de kostencomponenten variëren sterk. De componenten met een substantiële omvang kennen steeds een betere nauwkeurigheid dan de kleinere componenten.

512 In onderstaande tabel zijn de gemiddelde praktijkkosten weergegeven voor de overige vier subpopulaties.

	Multidisciplinair/ gezondheidscentrum		Apotheekhoudend	
	Zonder koepel	Met koepel	Solopraktijk	Meermans praktijk
<u>Kosten reguliere tarief</u>				
Ia. Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	€ 96.577	€ 105.999	€ 91.294	€ 97.236
Ib. Personele kosten, excl.POH	€ 24.913 - 52.766	€ 88.617	€ 54.925 - 85.639	€ 49.278 - 69.176
2. Behandelkosten	€ 18 - 2.954	€ 3.499 - 5.066	€ 966 - 2.648	€ 0 - 3.321
3. Huisvesting	€ 13.364 - 23.446	€ 30.282	€ 18.323 - 25.709	€ 12.783 - 18.130
4. Afschrijvingen (allen toegerekend aan andere kosten)	€ -	€ -	€ -	€ -
5. ICT	€ 1.839 - 4.813	€ 9.043	€ 11.984	€ 8.528
6. Vervoer	€ 2.276 - 7.298	€ 346 - 756	€ 9.379 - 14.654	€ 2.667 - 8.963
7. Algemene kosten	€ 22.431 - 40.201	€ 32.171	€ 59.081	€ 31.493
8. Financiële lasten en baten	€ -144 - 747	€ 868 - 1.620	€ -4.530 - 858	€ -951 - 2.279
Totaal	€ 195.038	€ 272.189	€ 266.644	€ 220.062
<u>Kosten direct toewijsbaar aan WMG-prestaties</u>				
POH	€ 0 - 1.785	€ 6.475 - 9.234	€ 2.237 - 6.507	€ 2.658 - 9.940
Ketenzorgprestaties	€ -	€ -	€ -	€ -
M&I	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal	€ 0 - 1.785	€ 6.475 - 9.234	€ 2.237 - 6.507	€ 2.658 - 9.940
TOTAAL KOSTEN (WMG)	€ 195.714	€ 280.043	€ 271.017	€ 226.361
<u>Kosten direct toewijsbaar aan buiten WMG-prestaties</u>				
Griepvaccinaties	€ -	€ -	€ -	€ -
Keuringen	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal direct toewijsbaar buiten-WMG				
<u>Kosten direct toewijsbaar aan prestaties buiten vergoeding</u>				
ANW	€ -	€ -	€ -	€ -
Totaal				
TOTAAL UIT ADMINISTRATIE/JAARREKENING	€ 195.714	€ 280.043	€ 271.017	€ 226.361

Tabel 5.3: Gemiddelde praktijkkosten per fte, uitgaande van het norminkomen van de huisarts-eigenaren en de werkelijke personele kosten van de hidha, voor de overige 4 subpopulaties en de normpraktijk

513 De nauwkeurigheden van deze resultaten zijn hieronder beschreven.

	Nauwkeurigheid			
	Multidisciplinair/ gezondheidscentrum		Apotheekhoudend	
	Zonder koepel	Met koepel	Solopraktijk	Meerpersoons praktijk
Kosten reguliere tarief				
Ia. Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	1,2	2,2	3,5	4,1
Ib. Personele kosten, excl.POH, excl. inkomen huisartsen	35,9	8,6	21,9	16,8
2. Behandelkosten	98,8	18,3	46,6	102,1
3. Huisvesting	27,4	14,8	16,8	17,3
4. Afschrijvingen (allen toegerekend aan andere kosten)				
5. ICT	44,7	14,1	13,3	14,1
6. Vervoer	52,5	37,2	21,9	54,1
7. Algemene kosten	28,4	7,0	14,9	14,2
8. Financiële lasten en baten	147,9	30,3	146,7	243,1
Totaal				
Kosten direct toewijsbaar aan WMG-prestaties				
POH	163,8	17,6	48,8	57,8
Ketenzorgprestaties				
M&I				
Totaal				
TOTAAL KOSTEN (WMG)	10,4	3,8	8,5	7,9

Tabel 5.4: Nauwkeurigheid gemiddelde praktijkkosten overige 4 subpopulaties

514 Ook voor deze subpopulaties geldt dat de totale praktijkkosten (ruim) binnen de gestelde eis van 15% blijven. Per component zijn de nauwkeurigheden aanzienlijk slechter. Hieruit kan worden afgeleid dat sprake is van 'communicerende vaten' tussen kostencomponenten in de administratie. Met name is dit te verwachten bij kosten die door bepaalde praktijken bij een specifieke kostencomponent zijn opgegeven (bijvoorbeeld ICT-kosten), terwijl andere praktijken deze kosten onder algemene kosten opgeven;

Praktijkkosten die buiten de administratie blijven

515 Alle voorgaande resultaten zijn gebaseerd op informatie uit de administratie van de huisartsenpraktijk. Echter, het is niet uitgesloten dat bepaalde praktijkkosten niet uit de administratie blijken. Deze zijn door middel van een vraag in de vragenlijst geïnventariseerd. Hierop heeft derhalve geen check kunnen plaatsvinden door middel van de jaarrekening; het betreft een eigen schatting van de huisarts.

516 In onderstaande tabel zijn de gemiddelde praktijkkosten per fte huisarts weergegeven per kostencomponent, zoals door de huisartsen opgegeven als beantwoording op de betreffende vraag in de vragenlijst.

Kostensoort	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Gewogen (twee populaties)
Personele kosten	€ 489	€ 2.266	€ 1.565
Behandelkosten	€ -	€ 61	€ 37
Huisvestingskosten	€ 42	€ 631	€ 398
ICT-kosten	€ 169	€ 1.148	€ 761
Vervoerskosten	€ 88	€ 76	€ 81
Algemene kosten	€ 31	€ 1.606	€ 984
Saldo financiële lasten en baten	€ 128	€ 3.097	€ 1.924
Totaal	€ 947	€ 8.884	€ 5.750

Tabel 5.5: Gemiddelde praktijkkosten die buiten de administratie blijven per fte huisarts, zoals door de huisartsen opgegeven, voor de solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts en gemiddelde van beide populaties

517 Omdat de bron van de opgegeven kosten niet duidelijk is, moeten deze kosten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Wel kunnen deze bedragen als globale indicatie dienen voor de omvang van deze 'verborgen' kosten.

518 In onderstaande tabel zijn de resultaten opgenomen voor de overige vier subpopulaties.

Kostensoort	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts
Personele kosten	€ -	€ 867	€ 13.985	€ 4.264
Behandelenkosten	€ -	€ 1	€ 107	€ 143
Huisvestingskosten	€ -	€ 36	€ 860	€ 387
ICT-kosten	€ -	€ 127	€ 2.712	€ 2.713
Vervoerskosten	€ 548	€ 950	€ 584	€ 514
Algemene kosten	€ -	€ 17	€ 170	€ 3.459
Saldo financiële lasten en baten	€ -	€ 1.650	€ 3.906	€ 4.717
Totaal	€ 548	€ 3.647	€ 22.323	€ 16.197

Tabel 5.6: Gemiddelde praktijkkosten die buiten de administratie blijven per fte huisarts, zoals door de huisartsen opgegeven, voor de overige 4 subpopulaties

519 Opvallend zijn de hoge kosten die buiten de administratie blijven van de apotheekhoudende praktijken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er in de vraagstelling naar de totale kosten buiten de administratie is gevraagd, en niet uitsluitend voor het huisartsendeel. Het is dus goed mogelijk dat in deze kosten eveneens kosten buiten de administratie zijn opgenomen van het apotheekhoudende deel van praktijk.

Praktijkkosten per ingeschreven verzekerde

520 De praktijkkosten per ingeschreven verzekerde is een interessant kengetal in verband met de tariefonderbouwing. Indien wordt uitgegaan van uitsluitend een inschrijftarief, zouden deze gelijk moeten zijn aan de kosten per ingeschreven verzekerde. In onderstaande tabel zijn de praktijkkosten per ingeschreven verzekerde weergegeven voor de solopraktijken en meerpersoonspraktijken huisarts en de twee populaties samen. Ook is aangegeven wat de kosten per ingeschreven verzekerde zijn conform de vigerende normpraktijk.

Kostensoort	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	gewogen (twee populaties)	Norm
Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	€ 39,57	€ 43,14	€ 41,73	€ 41,02
Personele kosten excl. POH, excl. huisartsen	€ 17,48	€ 17,03	€ 17,21	€ 13,76
Behandelkosten	€ 0,72 - 1,76	€ 0,47 - 1,01	€ 0,67 - 1,20	€ 3,51
Huisvestingskosten	€ 6,95	€ 6,96	€ 6,96	€ 9,37
ICT-kosten	€ 2,11	€ 1,38 - 1,92	€ 1,83	€ 3,51
Vervoerskosten	€ 2,46 - 3,50	€ 0,51 - 0,92	€ 1,61	€ 1,13
Algemene kosten	€ 12,97	€ 8,05 - 11,53	€ 11,05	€ 9,47
Saldo financiële lasten en baten	€ 0,31 - 0,77	€ 0,08 - 0,53	€ 0,23 - 0,56	€ 1,56
Totaal	€ 83,85	€ 80,32	€ 81,72	€ 83,33

Tabel 5.7: Praktijkkosten per ingeschreven verzekerde (solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts, gemiddelde beide populaties en de norm)

521 Hieronder is de vergelijkbare tabel opgenomen voor de overige vier subpopulaties.

Kostensoort	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheek houdende huisarts	meerpersoons praktijk apotheek houdende huisarts	Norm
Norminkomen huisarts-eigenaar + werkelijke pers. kosten hidha	€ 39,63	€ 55,37	€ 29,04	€ 35,87	€ 41,02
Personele kosten excl. POH, excl. huisartsen	€ 10,01 - 21,87	€ 46,29	€ 17,18 - 27,53	€ 16,29 - 27,41	€ 13,76
Behandelkosten	€ 0,02 - 1,20	€ 1,76 - 2,72	€ 0,36 - 0,79	€ 0,16 - 1,05	€ 3,51
Huisvestingskosten	€ 5,61 - 9,50	€ 15,82	€ 5,89 - 8,12	€ 4,44 - 6,97	€ 9,37
ICT-kosten	€ 0,73 - 2,00	€ 4,72	€ 3,81	€ 3,15	€ 3,51
Vervoerskosten	€ 0,91 - 3,02	€ 0,10 - 0,47	€ 3,00 - 4,65	€ 1,77 - 2,52	€ 1,13
Algemene kosten	€ 9,19 - 16,51	€ 16,81	€ 18,79	€ 11,62	€ 9,47
Saldo financiële lasten en baten	€ -0,07 - 0,31	€ 0,36 - 0,94	€ -1,57 - 0,40	€ 0,21 - 0,28	€ 1,56
Totaal	€ 80,04	€ 142,19	€ 84,81	€ 81,19	€ 83,33

Tabel 5.8: Praktijkkosten per ingeschreven verzekerde (overige 4 subpopulaties en de norm)

Aantal M&I-verrichtingen en praktijkkosten vertonen geen verband voor vrijwel alle subpopulaties

522 Voor een zestal M&I-verrichtingen, waarvoor het aantal verrichtingen in 2006 groot was en die vanuit beleidsmatig oogpunt door de opdrachtgever als interessant zijn aangegeven, zijn regressieanalyses uitgevoerd, te weten:

- I3004: Longfunctiemeting;
- I3005: ECG-diagnostiek;
- I3012: Chirurgie;
- I3023: Therapeutische injectie;
- I3029: Diabetische begeleiding;
- I3035: Intensieve zorg.

523 Gestart is met een analyse over alle onderscheiden subpopulaties. In de figuren in bijlage D zijn de aantallen M&I-verrichtingen uitgezet tegen de totale praktijkkosten.

524 Er is een aantal conclusies te trekken:

- (a) De multidisciplinaire praktijken met koepel vertonen sterk afwijkende resultaten ten opzichte van de andere populaties;
- (b) Voor de andere populaties lijkt er geen verband te bestaan tussen het aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen en de praktijkkosten, dat wil zeggen dat de kosten niet of nauwelijks toenemen met het aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen;
- (c) Het is aannemelijk dat er een verband is tussen het aantal ingeschreven verzekerden en het aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen; ook is het aannemelijk dat er een verband is tussen het aantal ingeschreven verzekerden en de praktijkkosten. In een regressieanalyse moet derhalve goed worden onderzocht in hoeverre het aantal uitgevoerde M&I-verrichtingen een extra verklaring geeft van de praktijkkosten naast de omvang van de praktijk.

525 Met het oog op bovenstaande, zijn er vier regressieanalyses uitgevoerd:

- (a) Op alle subpopulaties samen, met twee varianten:
 - (i) Alleen regressieanalyse waarbij de praktijkkosten worden verklaard door het aantal ingeschreven verzekerden;
 - (ii) Regressieanalyse waarbij de praktijkkosten worden verklaard door het aantal ingeschreven verzekerden en aantal M&I-verrichtingen;
- (b) Op alle subpopulaties minus de multidisciplinaire praktijken met koepel, met twee varianten:
 - (i) Alleen regressieanalyse waarbij de praktijkkosten worden verklaard door het aantal ingeschreven verzekerden;
 - (ii) Regressieanalyse waarbij de praktijkkosten worden verklaard door het aantal ingeschreven verzekerden en aantal M&I-verrichtingen.

526 Alle vier de regressieanalyses laten zien dat er een sterk verband is tussen het aantal ingeschreven verzekerden en de praktijkkosten. Het toevoegen van een extra variabele in de regressie (het aantal M&I-verrichtingen), vertoont een variërend beeld, zie onderstaande tabel.

	Alle subpopulaties	Alle subpopulaties minus multidisciplinaire praktijken met koepel
I3004: Longfunctiemeting	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten
I3005: ECG-diagnostiek	Er is een significant positief verband tussen het aantal M&I-verrichtingen en de praktijkkosten: de praktijkkosten nemen toe met het aantal M&I-verrichtingen	Er is een significant positief verband tussen het aantal M&I-verrichtingen en de praktijkkosten: de praktijkkosten nemen toe met het aantal M&I-verrichtingen
I3012: Chirurgie	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten
I3023: Therapeutische injectie	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten
I3029: Diabetische begeleiding	Er is een significant negatief verband tussen het aantal M&I-verrichtingen en de praktijkkosten: de praktijkkosten nemen af met het aantal M&I-verrichtingen	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten
I3035: Intensieve zorg	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten	Er is geen significant verband tussen aantal verrichtingen en praktijkkosten

Tabel 5.9: Samenvatting resultaten van regressieanalyses inzake verband tussen M&I-verrichtingen en praktijkkosten

527 Er is uitgegaan van een significant verband als de overschrijdingskans $< 0,05$.

528 Uitsluitend bij de ECG-diagnostiek is sprake van een positief verband: de praktijkkosten zijn hier hoger als er meer verrichtingen worden uitgevoerd. Dit betekent dat kosten zijn toe te wijzen aan de ECG-diagnostiek.

529 Voor de diabetische begeleiding is er sprake van licht negatief verband wanneer alle subpopulaties worden beschouwd: de praktijkkosten nemen licht af met het aantal verrichtingen. De verklaring hiervoor is niet duidelijk.

Aantal gewogen consulten en praktijkkosten vertonen een verband

530 Om na te gaan in hoeverre er een verband bestaat tussen de kosten en het aantal uitgevoerde consulten, is een regressieanalyse uitgevoerd voor de gewogen consulten en de praktijkkosten.

531 De analyse is uitgevoerd inclusief de multidisciplinaire praktijken met koepel, en zonder deze subpopulatie. De resultaten tussen beide analyses verschillen aanzienlijk, maar voor beide analyses geldt dat er een significant verband bestaat tussen de gewogen consulten en de praktijkkosten. Vanzelfsprekend is ook het aantal ingeschreven verzekerden meegenomen in de analyses.

532 De resultaten voor alle subpopulaties exclusief de multidisciplinaire praktijken met koepel (gegeven de afwijkende kostenopbouw van deze subpopulatie) laten zien dat de marginale kosten per consult € 7,60 bedragen, terwijl de marginale kosten per ingeschreven verzekerde € 35,30 zijn. Hierbij moet wel worden bedacht dat volgens de regressieanalyse hiermee circa 55% van de totale kosten worden verklaard. Met andere woorden, er zijn nog meer verklarende variabelen voor de totale kosten die niet zijn meegenomen in het model en wellicht onbekend zijn. Deze marginale kosten kunnen dus niet 'sec' worden toegepast als consulttarief, respectievelijk inschrijftarief, maar geven veeleer een eerste indicatie van de orde van grootte en zijn daarmee een mogelijk startpunt voor analyses voor de tariefsonderbouwing.

533 Dit hoofdstuk gaat in op de opbrengsten en de overwinst van de huisartsenpraktijk. De opbrengsten van de huisartsenpraktijken zijn gebaseerd op de registraties in het grootboek. Uitsluitend daar waar er een vergelijking moest worden gemaakt tussen jaren of waar er een opsplitsing naar prestaties is uitgevoerd, is dit gedaan op basis van het HIS. Dit is bij de betreffende resultaten expliciet vermeld.

6 Opbrengsten en overwinst per praktijk

601 De overwinst van de praktijk is gedefinieerd als de opbrengsten minus de kosten, waarbij de kosten telkens inclusief het inkomen van de huisarts zijn weergegeven.

602 De volgende resultaten zijn beschreven:

- (a) De totale opbrengsten per fte huisarts, uitgesplitst naar enkele opbrengstencategorieën;
- (b) De overwinst van de huisartsenpraktijk per fte huisarts.

603 Voor de componenten waarvoor de nauwkeurigheid van de raming binnen de daarvoor gestelde vereisten bleef, zijn de ramingen als een getalwaarde aangegeven. Daar waar deze nauwkeurigheid niet aan de vereisten voldeed (15% op subpopulatie- en componentniveau, 10% op de totaalresultaten), zijn de 90% betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.

Totale opbrengsten per fte

604 Onderstaande tabel geeft de gemiddelde opbrengsten per fte weer voor de solopraktijk en meerpersoonspraktijk huisarts en beide populaties samen, uitgesplitst naar de verschillende opbrengstesoorten.

Per fte	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Gewogen (twee populaties)
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I	€ 242.759	€ 230.834	€ 235.373
Opbrengsten POH	€ 1.479 - 3.514	€ 1.034 - 3.518	€ 1.586 - 3.134
Opbrengsten ANW	€ 8.410	€ 4.763 - 6.664	€ 6.740
Opbrengsten griepvaccinaties	€ 3.148	€ 2.819	€ 2.944
Opbrengsten keuringen	€ 795 - 1.863	€ 520 - 1.081	€ 730 - 1.273
Opbrengsten opleidingsgelden	€ 0 - 247	€ 54 - 499	€ 60 - 356
Opbrengsten stagevergoedingen	€ 213 - 861	€ 207 - 766	€ 295 - 716
Opbrengsten niet-directe ha-zorg	€ 46 - 889	€ 0 - 795	€ 89 - 687
Opbrengsten vacatiegelden	€ 0 - 1.327	€ 95 - 2.100	€ 263 - 1.595
Opbrengsten financiële vergoedingen, etc.	€ -446 - 2.366	€ -8 - 92	€ -128 - 911
Opbrengsten overig (w.o. subsidie gez.centra)	€ 1.691 - 6.119	€ 2.783 - 6.078	€ 2.832 - 5.629
Totaal	€ 264.763	€ 249.114	€ 255.071

Tabel 6.1: Gemiddelde opbrengsten per fte (solopraktijk huisarts, meerpersoonpraktijk huisarts, gemiddelde van beide subpopulaties)

605 Duidelijk is dat de opbrengsten volledig worden gedomineerd door de opbrengsten uit inschrijftarieven en consulten (> 90% van alle opbrengsten).

606 De nauwkeurigheid van de ramingen is in onderstaande tabel weergegeven.

Per fte	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	Gewogen (twee populaties)
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I	5,1	5,7	3,8
Opbrengsten POH	40,8	54,6	32,8
Opbrengsten ANW	12,6	16,6	10,1
Opbrengsten griepvaccinaties	13,2	12,9	9,2
Opbrengsten keuringen	40,2	35,1	27,1
Opbrengsten opleidingsgelden	155,7	80,4	71,0
Opbrengsten stagevergoedingen	60,4	57,4	41,6
Opbrengsten niet-directe ha-zorg	90,2	134,5	77,1
Opbrengsten vacatiegelden	102,8	91,4	71,7
Opbrengsten financiële vergoedingen, etc.	146,4	118,6	132,8
Opbrengsten overig (w.o. subsidie gez.centra)	56,7	37,2	33,1
Totaal	4,7	5,3	3,5

Tabel 6.2: Nauwkeurigheid van gemiddelde opbrengsten per fte (solopraktijk huisarts, meerpersoonpraktijk huisarts, gemiddelde van beide subpopulaties)

607 De nauwkeurigheid van de totale opbrengsten is uitstekend, wat volledig wordt veroorzaakt door de hoge nauwkeurigheid voor de belangrijkste opbrengstencomponent (inschrijftarieven en consulten). De andere opbrengsten kennen een raming met een nauwkeurigheid die minder is dan het vereiste voor publicatie, met uitzondering van de opbrengsten uit ANW en griepvaccinaties.

608 Voor de overige vier subpopulaties zien deze resultaten er als volgt uit.

Per fte	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoons praktijk apotheekhoudende huisarts
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I	€ 190.991 - 276.787	€ 206.412	€ 406.591	€ 331.846
Opbrengsten POH	€ 0 - 3.228	€ 5.478 - 8.273	€ 764 - 5.046	€ 3.359 - 9.492
Opbrengsten ANW	€ 4.978 - 9.750	€ 6.466	€ 10.326 - 17.013	€ 9.945 - 19.590
Opbrengsten griepvaccinaties	€ 1.457 - 5.021	€ 2.240	€ 2.285 - 4.642	€ 2.296 - 4.440
Opbrengsten keuringen	€ 0 - 1.123	€ 74 - 206	€ 1.230 - 3.304	€ 1.182 - 2.370
Opbrengsten opleidingsgelden	€ -	€ 64 - 422	€ 0 - 1.152	€ 0 - 675
Opbrengsten stagevergoedingen	€ 0 - 655	€ 553 - 1.148	€ 0 - 632	€ 0 - 938
Opbrengsten niet-directe ha-zorg	€ 0 - 485	€ 6.676 - 18.162	€ 147 - 2.572	€ 0 - 1.005
Opbrengsten vacatiegelden	€ -	€ -	€ 357 - 1.918	€ 0 - 228
Opbrengsten financiële vergoedingen, etc.	€ -	€ 49 - 1.349	€ 142 - 1.491	€ -105 - 442
Opbrengsten overig (w.o. subsidie gez.centra)	€ 1.068 - 12.913	€ 25.703 - 38.721	€ 5.216 - 19.491	€ 1.840 - 6.954
Totaal	€ 212.893 - 294.477	€ 268.557	€ 445.371	€ 301.807 - 426.309

Tabel 6.3: Gemiddelde opbrengsten per fte (overige 4 subpopulaties)

Per fte	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheek houdende huisarts	meerpersoons praktijk apotheek houdende huisarts
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I	18,3	4,0	14,5	13,3
Opbrengsten POH	163,8	20,3	73,7	47,7
Opbrengsten ANW	32,4	13,8	24,5	32,7
Opbrengsten griepvaccinaties	55,0	14,5	34,0	31,8
Opbrengsten keuringen	105,3	47,1	45,7	33,4
Opbrengsten opleidingsgelden		73,8	109,8	113,1
Opbrengsten stagevergoedingen	163,8	35,0	143,8	119,4
Opbrengsten niet-directe ha-zorg	163,8	46,2	89,2	128,2
Opbrengsten vacatiegelden			68,6	83,5
Opbrengsten financiële vergoedingen, etc.		92,9	82,6	161,9
Opbrengsten overig (w.o. subsidie gez.centra)	84,7	20,2	57,8	58,1
Totaal	16,1	3,9	8,4	17,1

Tabel 6.4: Nauwkeurigheid van gemiddelde opbrengsten per fte (overige 4 subpopulaties)

De overwinst van de huisartsenpraktijk

609 De overwinst van de huisartsenpraktijk geeft het verschil tussen opbrengsten en kosten weer volgens het grootboek en jaarrekening, waarbij in de kosten rekening wordt gehouden met het norminkomen van de huisarts-eigenaar. De apotheekhoudende praktijken zijn daarbij gecorrigeerd voor het apotheekhoudend deel, zowel in de kosten als in de opbrengsten.

610 Voor de tariefsonderbouwing is het relevant in hoeverre opbrengsten uit niet-WMG-prestaties mede dekking moeten geven voor de praktijkkosten. In overleg met de opdrachtgever heeft daartoe toerekening van opbrengsten voor niet-WMG-prestaties aan de WMG-prestaties plaatsgevonden volgens de volgende methodiek.

611 De toerekening is uitgevoerd door het relatieve aandeel (percentage) van de opbrengsten uit opleidingsgelden, stagevergoedingen, niet-directe huisartsenzorg, vacatiegelden, financiële vergoedingen en overige opbrengsten in de totale opbrengsten vast te stellen. De omvang van de toerekening is vervolgens gelijk gesteld aan ditzelfde percentage, maar dan van de praktijkkosten.

612 In onderstaande tabel is de gemiddelde overwinst per fte huisarts opgenomen op basis van norminkomen van de huisarts-eigenaren.

613 De opbrengsten overig bestaan uit: opleidingsgelden, stagevergoedingen, opbrengsten niet-directe huisartsenzorg, vacatiegelden, financiële vergoedingen en door de huisarts aangegeven overige opbrengsten, zoals de subsidie voor gezondheidscentra.

	solopraktijk huisarts	meerpersoons praktijk huisarts	twee populaties gewogen
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I en consulten POH	€ 242.759	€ 230.834	€ 235.373
Kosten WMG-prestaties, incl. M&I (norminkomen)	€ 196.369	€ 177.167	€ 184.476
Opbrengsten module POH	€ 1.479 - 3.514	€ 1.034 - 3.518	€ 1.586 - 3.134
Kosten POH	€ (-3.074) - (-1.145)	€ (-6.362) - (-3.393)	€ (-4.784) - (-2.979)
Toegerekende overige opbrengsten aan regulier	€ 4.911	€ 4.745	€ 4.811
Resultaat WMG-prestaties, incl. M&I en POH	€ 51.693	€ 55.828	€ 54.258
Opbrengsten ANW	€ 8.410	€ 171.811	€ 6.740
Opbrengsten griepvaccinaties	€ 3.148	€ 2.819	€ 2.944
Opbrengsten keuringen	€ -	€ -	€ -
Opbrengsten overig	€ 3.937 - 9.305	€ 4.738 - 8.605	€ 5.036 - 8.268
Toegerekende opbrengst aan regulier	€ 4.911	€ 4.745	€ 4.811
Overig resultaat per fte (excl. apotheek)	€ 14.597	€ 11.259	€ 12.527
Totaal resultaat per fte	€ 66.291	€ 67.088	€ 66.784

Tabel 6.5: Overwinst per fte huisarts, uitgaande van norminkomen huisarts-eigenaren (solopraktijk huisarts, meerpersoonspraktijk huisarts en gemiddelde beide subpopulaties)

614 Voor de overige vier subpopulaties ziet de overwinst per fte huisarts op basis van norminkomen er als volgt uit.

	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts
Opbrengsten honoraria en consulten, incl. M&I en consulten POH	€ 190.991 - 276.787	€ 206.412	€ 406.591	€ 331.846
Kosten WMG-prestaties, incl. M&I (norminkomen)	€ 195.038	€ 272.189	€ 266.644	€ 220.062
Opbrengsten module POH	€ 0 - 3.228	€ 5.478 - 8.273	€ 764 - 5.046	€ 3.359 - 9.492
Kosten POH	€ -1.785 - 0	€ (-6.537) - (-9.234)	€ (-6.507) - (-2.237)	€ (-9.940) - (-2.880)
Toegerekende overige opbrengsten aan regulier	€ 5.707	€ 47.051	€ 9.864	€ 3.551
Resultaat WMG-prestaties, incl. M&I en POH	€ 18.807 - 71.404	€ 19.705	€ 148.343	€ 115.462
Opbrengsten ANW	€ 4.978 - 9.750	€ 6.466	€ 10.326 - 17.013	€ 9.945 - 19.590
Opbrengsten griepvaccinaties	€ 1.457 - 5.021	€ 2.240	€ 2.285 - 4.642	€ 2.296 - 4.440
Opbrengsten keuringen	€ 0 - 1.123	€ 74 - 206	€ 1.230 - 3.304	€ 1.182 - 2.370
Opbrengsten overig	€ 1.592 - 13.253	€ 35.411 - 57.435	€ 9.376 - 23.574	€ 3.307 - 8.443
Toegerekende opbrengst aan regulier	€ 5.707	€ 47.051	€ 9.864	€ 3.551
Overig resultaat per fte (excl. apotheek)	€ 9.016 - 16.715	€ 8.220	€ 20.543 - 31.480	€ 17.042 - 27.428
Totaal resultaat per fte	€ 24.171 - 91.770	€ (-17.759) - (-5.212)	€ 174.355	€ 104.136 - 171.259

Tabel 6.6: Overwinst per fte huisarts uitgaande van norminkomen huisarts-eigenaren (overige 4 subpopulaties)

7 Diepteanalyse kosten en opbrengsten

701 Dit hoofdstuk geeft de resultaten van uitgevoerde diepteanalyses op enkele kostencomponenten. Er zijn alleen diepteanalyses uitgevoerd voor componenten waarvoor dit relevant werd geacht.

702 De volgende kostencomponenten zijn weergegeven:

- (a) Huisvesting;
- (b) ICT;
- (c) POH;
- (d) Kosten waarneming.

703 Tevens is een analyse opgenomen van de opbrengsten zoals geregistreerd in het HIS. Ten slotte beschrijft dit hoofdstuk de resultaten van een verschilanalyse wat betreft 'achterstandswijkpraktijken' en 'ouderen-praktijken'.

Huisvestingskosten

704 Voor de verschillende eigendomsvormen van de huisvesting zijn de gemiddelde kosten per m² nuttige oppervlakte van de praktijkruimte bepaald, zie onderstaande tabel.

Eigendomssituatie pand	Kosten/m2
Eigendomspand en op balans van de praktijk	€ 193
Eigendomspand in privé	€ 118
Huurpand	€ 199

Tabel 7.1: Huisvestingskosten per m² per eigendomssituatie

705 De oppervlakten van de praktijkruimte per eigendomssituatie zijn als volgt.

Eigendomssituatie pand	m2
Eigendomspand en op balans van de praktijk	205
Eigendomspand in privé	149
Huurpand	175

Tabel 7.2: Gemiddelde oppervlakten van de praktijkruimte in m² per eigendomssituatie

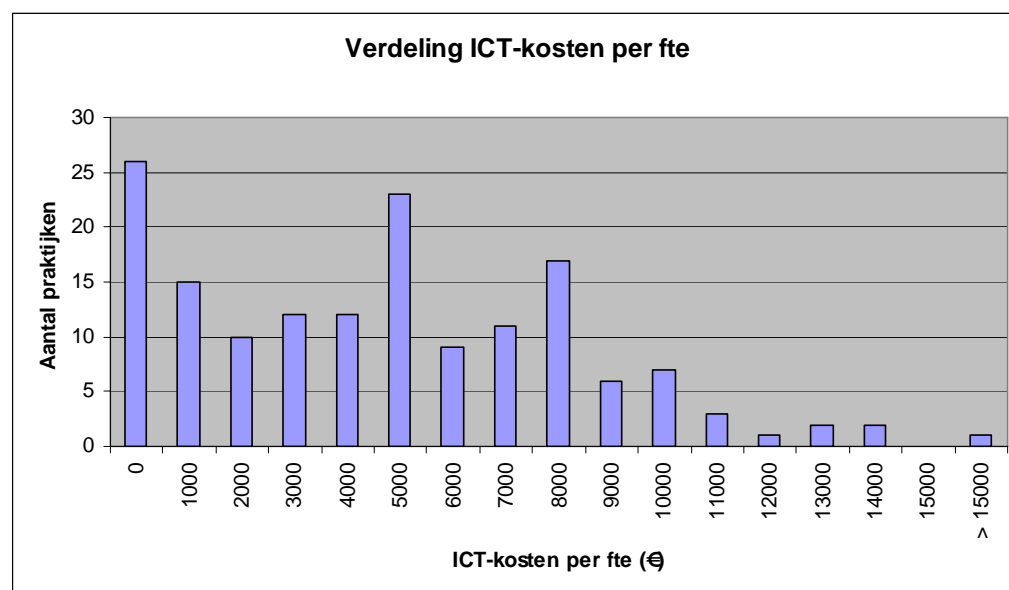
706 Tussen de verschillende subpopulaties zijn er forse verschillen wat betreft het voorkomen van de drie onderscheiden eigendomssituaties:

	Eigendomspand en op balans van de praktijk	Eigendomspand in privé	Huurpand
solopraktijk huisarts	38%	10%	51%
meerpersoonspraktijk huisarts	26%	13%	61%
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	18%	0%	82%
multidisciplinaire praktijk met koepel	55%	0%	45%
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	71%	21%	7%
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	55%	14%	31%

Tabel 7.3: Relatieve voorkomen van eigendomssituaties per subpopulatie

ICT-kosten

707 Om zicht te krijgen op eventuele verschillen in de mate waarin praktijken investeren in ICT, is een frequentieverdeling opgesteld van de ICT-kosten per fte huisarts voor de solopraktijken en meerpersoonspraktijken huisarts.



Figuur 7.1: Frequentieverdeling ICT-kosten per fte huisarts voor de solopraktijk huisarts en meerpersoonspraktijk huisarts tezamen

708 Iedere categorie behoort bij een kostenklasse. De kostenklasse 4.000 behoort bijvoorbeeld bij ICT-kosten tussen € 3.000 en € 4.000.

709 Deze figuur laat zien dat een groot deel van de praktijken nihil ICT-kosten heeft opgegeven. Een nadere analyse laat zien dat deze praktijken veelal relatief hoge algemene kosten hebben. Echter, voor deze praktijken is niet vast te stellen welk deel hiervan eventueel ICT-kosten betreft.

710 De frequentieverdeling laat geen duidelijke verdeling zien in twee (of meer) afzonderlijke verdelingen, passend bij verschillende investeringsniveaus. Wel zijn twee piekwaarden te herkennen, bij de kostenklassen € 5.000, respectievelijk € 8.000.

POH-kosten

711 In hoofdstuk 5 zijn de gemiddelde personele kosten van de POH opgenomen voor de verschillende subpopulaties. In deze gemiddelden zijn praktijken zonder POH-kosten als nihil kosten meegenomen. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de POH-kosten.

712 Van de 306 praktijken in het onderzoek geven 195 praktijken aan een POH'er in het personeelsbestand te hebben. Volgens de salarisadministratie zijn er 122 POH'ers in loondienst, waarvan voor 97 praktijken separate loonkosten zijn opgegeven.

713 In onderstaande tabel zijn de gemiddelde personele kosten van de POH'er per fte huisarts weergegeven voor alle praktijken die POH-loonkosten hebben aangegeven.

	Gemiddelde kosten per fte huisarts
solopraktijk huisarts	€ 11.333
meerpersoonspraktijk huisarts	€ 12.399
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	€ 6.442
multidisciplinaire praktijk met koepel	€ 9.990
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	€ 12.833
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	€ 9.627

Tabel 7.4: Gemiddelde kosten van de POH per fte huisarts voor de praktijken die POH-loonkosten hebben aangegeven

Kosten waarneming

714 Aan de huisartsen is tevens gevraagd wat de kosten waren voor waarneming. Deze kosten zijn reeds onderdeel van de kosten zoals gerapporteerd in hoofdstuk 5 (waarschijnlijk van de personele kosten of van de algemene kosten). Hieronder zijn de gemiddelde kosten van waarneming per fte huisarts weergegeven.

	Gemiddelde kosten waarneming per fte huisarts	
solopraktijk huisarts	€	3.906
meerpersoonspraktijk huisarts	€	3.258
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	€	5.369
multidisciplinaire praktijk met koepel	€	7.688
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	€	8.913
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	€	2.616

Tabel 7.5: Gemiddelde kosten waarneming per fte huisarts, zoals door de huisartsen opgegeven

715 53% van de praktijken geeft aan kosten van waarneming te hebben. Van de praktijken die deze kosten aangeven, is de relatieve verdeling over de redenen van waarneming als volgt.

Vakantie	36%
Langdurige ziekte, gedeeltelijk arbeidsongeschikt	7%
Beiden	19%
Waarneming overdag ivm eigen avond- en nachtdienst	6%
Overig	32%

Tabel 7.6: Relatieve verdeling van de redenen van waarneming

716 De reden 'Overig' kent een grote variatie aan opgegeven redenen, zoals zwangerschap, reguliere waarneming in plaats van hidha en werkdruckte in de praktijk.

Opsplitsing van de reguliere en overige opbrengsten op basis van HIS

717 In het HIS worden eveneens opbrengsten geregistreerd. Zoals eerder aangegeven, sluiten deze niet naadloos aan op de administratie in het grootboek, maar de verschillen zijn niet zeer groot (zie hoofdstuk 3).

718 Het HIS kan - in tegenstelling tot het grootboek - inzicht verschaffen in de verdeling van opbrengsten over verschillende prestaties.

719 Hieronder is een procentuele verdeling gegeven van de opbrengsten volgens het HIS naar de onderscheiden prestaties voor de verschillende subpopulaties.

Per fte, procentueel	solopraktijk huisarts	meerpersoonspraktijk huisarts	multidisciplinaire praktijk zonder koepel	multidisciplinaire praktijk met koepel	solopraktijk apotheekhoudende huisarts	meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts
Inschrijvingstarieven	50,1	49,8	50,8	49,0	52,2	51,5
Consulten	37,5	35,6	36,9	37,1	35,9	34,5
M&I	5,0	6,7	4,4	5,7	4,4	4,1
POH	2,5	3,5	3,6	5,6	2,2	2,7
HDS	2,8	2,3	2,3	1,0	2,5	3,7
Passanten	0,5	0,8	0,5	0,5	0,9	0,8
Vaccinatie	0,3	0,4	1,2	0,3	0,2	0,4
ANW	0,4	0,2	0,0	0,3	0,6	0,7
Verloskunde	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0
Overige opbrengsten	0,7	0,8	0,5	0,5	0,7	0,7

Tabel 7.7: Relatieve verdeling van de opbrengsten per fte (op basis van HIS)

720 Opvallend is dat de procentuele weinig verschillen vertoont tussen de onderscheiden subpopulaties. Om die reden heeft er geen weging plaatsgevonden.

Verschilanalyses wat betreft ingeschreven verzekerden uit achterstandswijken en de leeftijdsopbouw van de ingeschreven verzekerden

721 De huidige tariefsystematiek, waarbij het inschrijftarief per ingeschreven verzekerde afhangt van de vraag of de betreffende persoon woonachtig is in een achterstandswijk en de leeftijd van de verzekerde, kent als uitgangspunt dat een hoger inschrijftarief nodig is om aan de betreffende praktijken voor deze personen voldoende dekking voor de praktijkkosten te realiseren.

722 In het onderzoek is - zoveel als de verzamelde gegevens dat toelieten, zie hieronder - onderzocht of een dergelijke 'compensatie' onderbouwd/verklaard kan worden vanuit de bedrijfsmatige kenmerken van de praktijken met en zonder verzekerden woonachtig in achterstandswijken en met veel en weinig oudere verzekerden.

723 Bij de opzet van het onderzoek (en met name in de steekproefopzet) is met een dergelijke diepteanalyse niet expliciet rekening gehouden; de steekproefopzet is bepaald op grond van de hoofddoelstellingen van het onderzoek. Dit betekent dat niet op voorhand is geborgd dat er voldoende waarnemingen zijn binnen de te onderscheiden subpopulaties 'achterstandswijkpraktijken' en 'praktijken met veel ouderen'. Deze 'nieuwe' subpopulaties, die feitelijk dwars staan op de subpopulaties zoals die in de rest van het onderzoek zijn gehanteerd, vormen daarmee andere subpopulaties dan in de rest van het onderzoek.

724 Hieronder zijn de resultaten van de analyses voor deze specifieke subpopulaties weergegeven. Deze resultaten geven inzicht in de verschillen tussen 'achterstandswijkpraktijken' en 'niet-achterstandspraktijken', respectievelijk tussen 'ouderenpraktijken' en 'niet-ouderenpraktijken', waarbij telkens is aangegeven of de waargenomen verschillen significant zijn.

725 Bij vergelijking van de resultaten met de resultaten van de reguliere subpopulaties (per fte huisarts, per ingeschreven verzekerde, etc.) moet rekening worden gehouden met het volgende en dus voorzichtigheid worden betracht:

- (a) De subpopulaties zijn anders;
- (b) Er heeft geen terugweging plaatsgevonden naar de gehele populatie (omdat de basis voor terugweging voor deze subpopulaties niet bekend is, te weten het aantal praktijken per onderscheiden subpopulatie in Nederland).

726 De vergelijkende analyses hebben plaatsgevonden op:

- (a) Praktijken waarvoor het aantal ingeschreven verzekerden woonachtig in achterstandswijken hoog is ('achterstandswijk-praktijken');
- (b) Praktijken waarvoor het aandeel ouderen in het aantal ingeschreven verzekerden groot is ('ouderen-praktijken').

De praktijken met ingeschreven verzekerden uit achterstandswijken

Definitie van de 'achterstandswijk-praktijk'

727 Ten behoeve van het uitvoeren van de vershilanalyses, heeft definitie van de achterstandswijk-praktijk plaatsgevonden. Dat is als volgt gebeurd.

728 Allereerst is per praktijk het percentage ingeschreven verzekerden uit achterstandswijken bepaald. Van de praktijken die ingeschreven verzekerden hebben uit achterstandswijken heeft ongeveer 75% minder dan 10% ingeschrevenen uit achterstandswijken, ongeveer 25% heeft 10% of meer ingeschrevenen uit achterstandswijken. Gebaseerd op deze grenswaarde zijn de praktijken in twee groepen onderverdeeld: praktijken met minder dan 10% ingeschrevenen in achterstandswijken en praktijken met 10% of meer ingeschrevenen in achterstandswijken.

729 Vervolgens zijn uitsluitend de praktijken beschouwd uit de subpopulaties solopraktijken en meerpersoons praktijken huisartsen. De redenen hiervoor zijn:

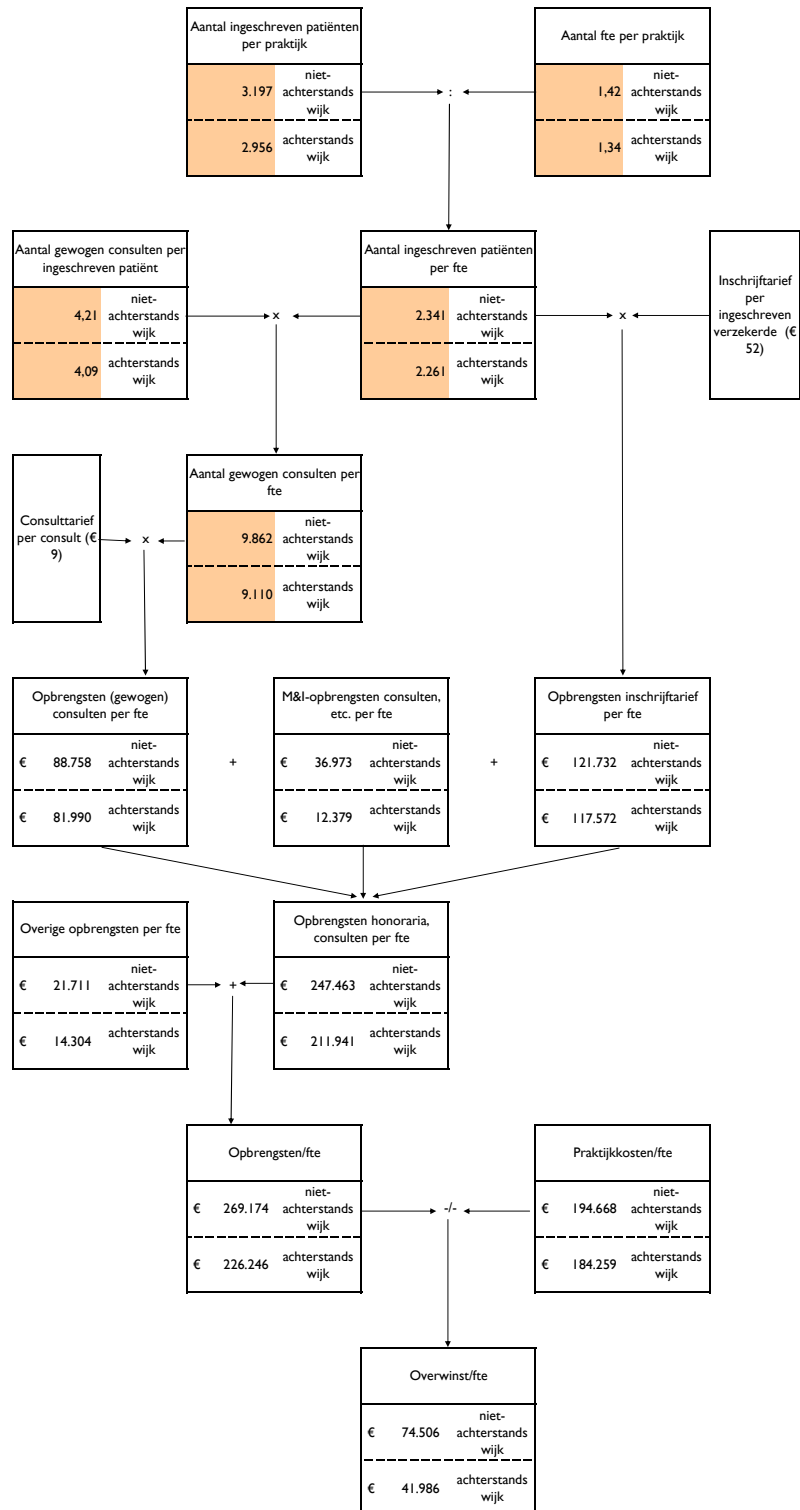
- (a) Bij de apotheekhoudende praktijken komen ingeschreven verzekerden woonachtig in achterstandswijken (vrijwel) niet voor, terwijl bovendien de betreffende subpopulaties afwijkende kenmerken hebben in termen van opbrengsten en kosten ten opzichte van de andere praktijken (zie voorgaande hoofdstukken);
- (b) Bij de multidisciplinaire praktijken zijn de zorgprestaties per fte huisarts weliswaar goed bruikbaar, maar is het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk gebaseerd op de individuele praktijk binnen de gehele praktijk (bij multidisciplinaire praktijken zonder koepel), dan wel zijn de praktijkkosten sterk afwijkend van de andere subpopulaties (bij multidisciplinaire praktijken met koepel).

730 Deze afbakening leidt tot een populatie die is te karakteriseren als de 'reguliere' huisartsen-praktijk en betrekking heeft op circa 85% van alle praktijken in Nederland.

De resultaten van de verschilanalyse

731 De resultaten van de verschilanalyse zijn weergegeven in de figuur op de volgende bladzijde, die een boomdiagram laat zien van de opbouw van de overwinst per fte voor zowel achterstand-wijk-praktijken als niet-achterstandswijk-praktijken. In de berekening is gebruikgemaakt van de reguliere inschrijftarieven van € 52,-, dat wil zeggen zonder rekening te houden met de huidige 'toeslagen' op dit basisinschrijftarief voor ingeschreven verzekerden woonachtig in achterstands-wijken. Dit wil zeggen dat de werkelijke opbrengsten per ingeschreven verzekerde hoger zullen zijn. In die zin is de aangegeven berekening conservatief. De praktijkkosten gaan uit van een norm-inkomen per fte huisarts-eigenaar.

732 Met kleur is aangegeven of de verschillen significant zijn. Rood geeft aan dat de verschillen niet-significant zijn, groen dat de verschillen significant zijn. Waar er geen kleur is aangegeven zijn de waarden overgenomen uit berekeningen uit voorgaande hoofdstukken en is er geen toets uitgevoerd.



Figuur 7.2: Schematische weergave resultaten verschilanalyse achterstandswijken

Conclusies

733 De resultaten van de verschilanalyse laten zien dat:

- (a) Er zijn verschillen tussen de achterstandswijk-praktijken en niet-achterstandswijk-praktijken wat betreft enkele kengetallen die relevant zijn voor de tariefsonderbouwing, maar deze verschillen zijn niet-significant;
- (b) De verschillen in resultaat per fte worden in belangrijke mate verklaard door opbrengsten die geen betrekking hebben op het inschrijftarief en de consulten;
- (c) Ook voor de achterstandswijk-praktijken is sprake van kostendekkendheid op de inschrijftarieven en consulten.

734 Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat uit het oogpunt van kostendekkendheid er geen differentiatie noodzakelijk is in de tariefstelling wat betreft de ingeschreven verzekerden woonachtig in achterstandswijken. Immers, bij beide typen praktijken is er sprake van overwinst per fte.

735 Hoewel er geen sprake is van significante verschillen, zijn er wel verschillen te zien tussen de achterstandswijk-praktijken en de niet-achterstandswijk-praktijken. Het verdient daarom aanbeveling om een eventuele nieuwe tariefstelling te controleren op de kostendekkendheid voor de achterstandswijk-praktijken. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van de kengetallen in de voorgaande figuur.

De praktijken met een relatief oude populatie van ingeschreven verzekerden

Definitie van de 'ouderen-praktijk'

736 Ten behoeve van het uitvoeren van de verschilanalyses, heeft definitie van de ouderen-praktijk plaatsgevonden. Dat is als volgt gebeurd.

737 Allereerst is per praktijk het percentage ingeschreven patiënten van 65 jaar en ouder bepaald. Van de praktijken heeft ongeveer 75% minder dan 20% ingeschrevenen van 65 jaar of ouder, ongeveer 25% heeft 20% of meer ingeschrevenen van 65 jaar of ouder. Gebaseerd op deze grenswaarde zijn de praktijken in twee groepen onderverdeeld: praktijken met minder dan 20% ingeschrevenen van 65 jaar en ouder en praktijken met 20% of meer ingeschrevenen van 65 jaar en ouder.

738 Vervolgens zijn uitsluitend de praktijken beschouwd uit de subpopulaties solopraktijken en meerpersoons praktijken huisartsen. De redenen hiervoor zijn:

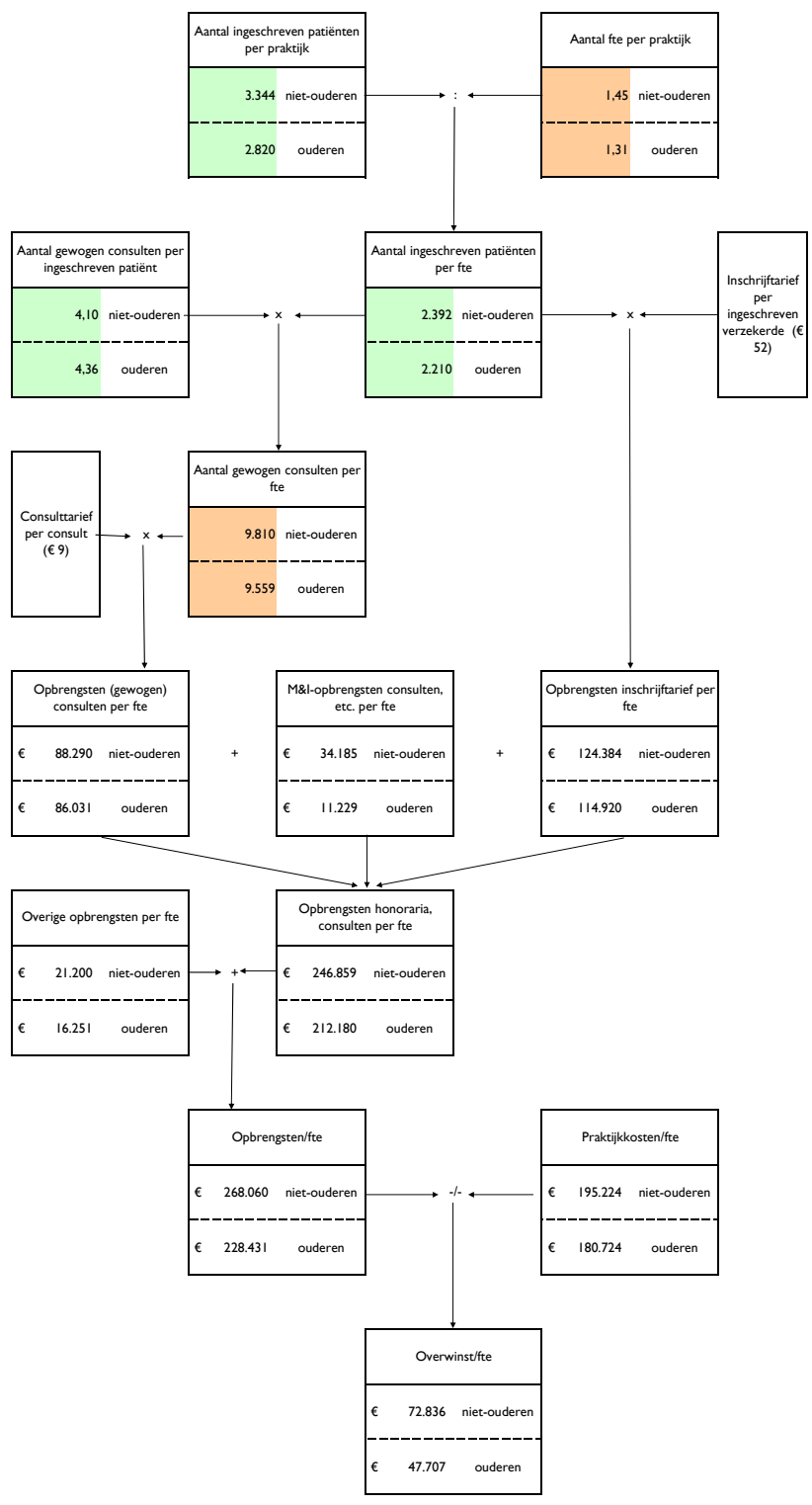
- (a) Bij de apotheekhoudende praktijken hebben in termen van opbrengsten en kosten ten opzichte van de andere praktijken (zie voorgaande hoofdstukken);
- (b) Bij de multidisciplinaire praktijken zijn de zorgprestaties per fte huisarts weliswaar goed bruikbaar, maar is het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk gebaseerd op de individuele praktijk binnen de gehele praktijk (bij multidisciplinaire praktijken zonder koepel), dan wel zijn de praktijkkosten sterk afwijkend van de andere subpopulaties (bij multidisciplinaire praktijken met koepel).

739 Deze afbakening leidt tot een populatie die is te karakteriseren als de 'reguliere' huisartsenpraktijk en betrekking heeft op circa 85% van alle praktijken in Nederland.

De resultaten van de verschilanalyse

740 De resultaten van de verschilanalyse zijn weergegeven in de figuur op de volgende bladzijde, die een boomdiagram laat zien van de opbouw van de overwinst per fte voor zowel ouderenpraktijken als niet-ouderenpraktijken. In de berekening is gebruikgemaakt van de reguliere inschrijftarieven van € 52, dat wil zeggen zonder rekening te houden met de huidige 'toeslagen' op dit basisinschrijftarief voor ingeschreven verzekerden van 65 jaar of ouder. Dit wil zeggen dat de werkelijke opbrengsten per ingeschreven verzekerde hoger zullen zijn. In die zin is de aangegeven berekening conservatief. De praktijkkosten gaan uit van een norminkomen per fte huisarts-eigenaar.

741 Met kleur is aangegeven of de verschillen significant zijn. Rood geeft aan dat de verschillen niet-significant zijn, groen dat de verschillen significant zijn. Waar er geen kleur is aangegeven zijn de waarden overgenomen uit berekeningen uit voorgaande hoofdstukken en is er geen toets uitgevoerd.



Figuur 7.3: Schematische weergave resultaten verschilanalyse 'ouderen-praktijken'

Conclusies

742 De resultaten van de verschilanalyse laten zien dat:

- (a) Er zijn verschillen tussen de ouderen-praktijken en niet-ouderen-praktijken wat betreft enkele kengetallen die relevant zijn voor de tariefsonderbouwing, waarvan een deel significant;
- (b) Ook voor de ouderen-praktijken is sprake van kostendekkendheid op de inschrijftarieven en consulten.

743 Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat vanuit het oogpunt van kostendekkendheid er geen differentiatie noodzakelijk is in de tariefstelling wat betreft de ingeschreven verzekerden van 65 jaar en ouder. Immers, bij beide typen praktijken is er sprake van overwinst per fte.

744 Het verdient aanbeveling om een eventuele nieuwe tariefstelling te controleren op de kostendekkendheid voor de ouderen-praktijken. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van de kengetallen in de voorgaande figuur.

8 De huisarts-eigenaar

801 Op verzoek van de LHV zijn additionele vragen gesteld over het inkomen van de huisarts-eigenaar, en betaalde pensioenpremies en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen uit het inkomen van de huisarts-eigenaar. Deze vragen zijn vrijwillig en geen onderdeel van de formele informatie-aanvraag; beantwoording van deze vragen is namelijk niet nodig voor het vaststellen van de praktijkkosten voor onderbouwing van de tarieven door de NZa.

802 Als gevolg van het vrijwillige karakter, zijn deze vragen niet door alle huisartsen ingevuld. Het aantal huisartsen dat de respectievelijke vragen heeft ingevuld, is:

- (a) Het nettoresultaat van de praktijk per huisarts-eigenaar: 117;
- (b) De premie arbeidsongeschiktheid per huisarts-eigenaar in 2006: 132;
- (c) De ontvangen retourprovisie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering per huisarts-eigenaar: 133;
- (d) De betaalde pensioenpremie per huisarts-eigenaar in 2006: 142.

803 In onderstaande tabel zijn de gemiddelde waarden opgenomen per subpopulatie, voor die gevallen waarvoor er waarden zijn ingevuld op de betreffende vraag. Gegeven het vrijwillige karakter kan sprake zijn van selectieve (non-)respons. Om die reden worden geen terugwegingen uitgevoerd.

	Netto resultaat per huisarts-eigenaar	Betaalde ao-premie per huisarts-eigenaar	Ontvangen retourprovisie ao-verzekering per huisarts-eigenaar	Betaalde pensioenpremie per huisarts-eigenaar
solopraktijk huisarts	€ 142.310	€ 8.333	€ 1.406	€ 18.541
meerpersoonspraktijk huisarts	€ 132.239	€ 9.587	€ 1.146	€ 19.223
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	€ 143.017	€ 8.744	€ 661	€ 17.948
multidisciplinaire praktijk met koepel				
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	€ 190.959	€ 9.791	€ 906	€ 18.796
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	€ 239.467	€ 13.445	€ 2.575	€ 21.856

Tabel 8.1: Resultaten vrijwillige vragen inkomen huisarts-eigenaar

A Begeleidende correspondentie

I De volgende begeleidende correspondentie is in deze bijlage opgenomen:

- (a) Aankondigingsbrief;
- (b) Informatieverzoek.

B Vragenlijst en toelichting

C Methodiek van regressieanalyse

- 1 Voor verschillende prestatie indicatoren is een lineaire regressie analyse op de totale kosten uitgevoerd. Hierbij is het aantal ingeschrevenen als covariaat opgenomen in de analyse, aangezien er een sterke samenhang is tussen het aantal ingeschrevenen en de totale kosten. Bekeken is in hoeverre de prestatie indicatoren een extra verklaring geven van de variatie in totale kosten wanneer het effect van aantal ingeschrevenen al is opgenomen in het model.
- 2 Dit is gedaan door eerst een model toe te passen met alleen het aantal ingeschrevenen en vervolgens een model met zowel het aantal ingeschrevenen als de prestatie indicator. Door beide modellen met elkaar te vergelijken wordt er informatie verkregen over de 'toegevoegde waarde' van de prestatie indicator, er wordt gekeken in hoeverre de beide modellen significant van elkaar verschillen.
- 3 De 'toegevoegde waarde' van een prestatie indicator wordt significant genoemd wanneer de p-waarde kleiner is dan 5%. Hoeveel de prestatie indicator in termen van verklaarde variatie toevoegt wordt weergegeven door de adjusted R^2 . Deze kan geïnterpreteerd worden als de proportie van de variatie die er wordt gezien in de totale kosten verklaard door het model. Hoe hoger deze proportie, des te meer de variabelen opgenomen in het model (het aantal ingeschrevenen en de prestatie indicator) verklaren van de totale kosten.
- 4 Vergelijking van de adjusted R^2 van het model met alleen het aantal ingeschrevenen met de adjusted R^2 van het model met het aantal ingeschrevenen en de prestatie indicator geeft een schatting van de proportie die verklaard wordt door de prestatie indicator bovenop de proportie die al wordt verklaard door het aantal ingeschrevenen.

D Achtergrondresultaten

1 Deze bijlage bevat enkele toelichtende diepterresultaten die voor de hoofdtekst niet relevant zijn, maar wel nadere informatie bevatten over de resultaten.

Omvang per praktijk in aantal ingeschreven verzekerden

2 Hoewel niet relevant voor de bekostiging, is voor de validatie van de steekproef de praktijkomvang van belang. Deze is gedefinieerd als het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk. In onderstaande tabel zijn deze aantallen weergegeven.

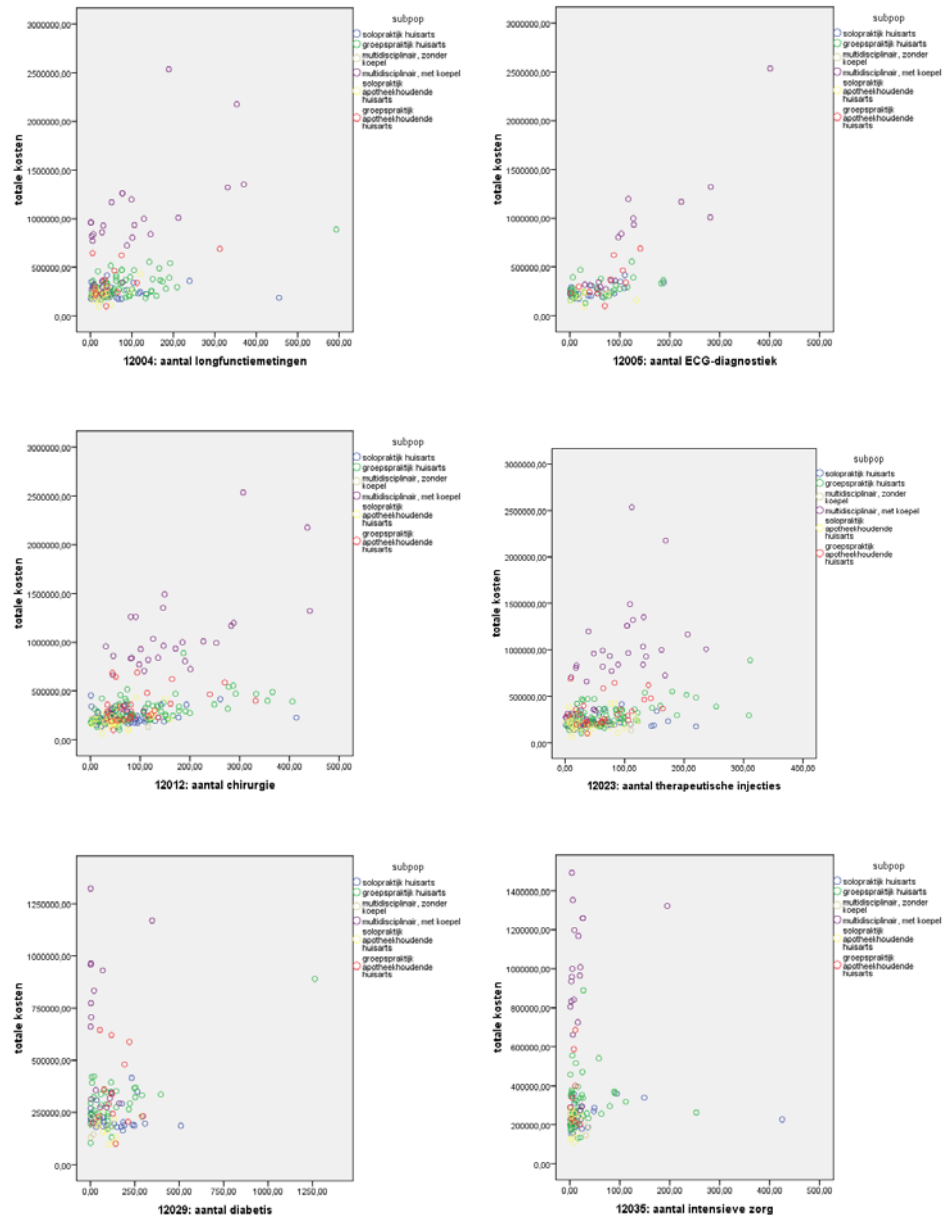
Subpopulaties	Aantal ingeschreven verzekerden per praktijk
solopraktijk huisarts	2.579
meerpersoonspraktijk huisarts	3.770
multidisciplinaire praktijk zonder koepel	2.426
multidisciplinaire praktijk met koepel	6.199
solopraktijk apotheekhoudende huisarts	2.381
meerpersoonspraktijk apotheekhoudende huisarts	4.221
Totaal (gewogen)	3.279

Tabel D.1: Gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden per praktijk

3 Hierbij dient te worden rekening gehouden met het feit dat de multidisciplinaire praktijken zonder koepel per individuele praktijk hebben ingevuld. Op basis van door de LVG aangeleverde informatie over het totaal aantal ingeschreven verzekerden bij multidisciplinaire praktijken is vastgesteld dat er gemiddeld 2,88 individuele huisartsenpraktijken per multidisciplinaire praktijk zijn. Het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk bedraagt dan voor deze groep 6.986.

Figuren regressieanalyse M&I-verrichtingen

4 Er zijn regressieanalyses uitgevoerd voor de M&I-verrichtingen. Onderstaande figuren beschrijven visueel de relatie tussen het aantal verrichtingen en de totale praktijkkosten en dienen als achtergrond bij de analyses in hoofdstuk 5.



Figuur D.1: Figuren regressieanalyses M&I-verrichtingen

E Onderzoeksteam

I Het onderzoeksteam bestond uit de volgende personen:

- (a) Ir. Steven van Dieten (Significant);
- (b) Bas Jurling RA (ConQuaestor);
- (c) Drs. Bert Karssen (Significant, projectleider);
- (d) Dr. ir. Wijnand van Plaggenhoef (Significant);
- (e) Dr. Maria Schipper (Significant);
- (f) Drs. Jozsi Toth (I2IInteraction).