

Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015

Feitenrapport

Inhoud

Vooraf	3
Samenvatting	5
1. Inleiding	11
1.1 Over het onderzoek	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Leeswijzer	11
2. Onderzoeksopzet	13
2.1 Onderzoekspopulatie	13
2.2 Onderzoeksvariabelen	13
2.3 Steekproef	14
2.4 Gegevensverzameling en verificatie	16
2.5 Gegevensverwerking en -analyse	16
2.6 Respons	17
2.7 Nauwkeurigheid en betrouwbaarheid	17
2.8 Representativiteit	18
3. Aandachtspunten	25
3.1 Niveaus van rapportage	25
3.2 Definitie fte eigenaar	26
4. Resultaten kostenonderzoek	29
4.1 Personele inzet	29
4.2 Inzet huisarts-eigenaar	31
4.3 Aantallen inschrijvingen en verrichtingen	33
4.4 Praktijkopbrengsten	34
4.5 Praktijkkosten	38
4.6 Praktijkresultaat	40
4.7 Toerekening multidisciplinaire ketenzorg	41
4.8 Inzet poh-ggz	43
5. Vergelijking resultaten 2015 - 2010	45
5.1 Wijzigingen t.o.v. onderzoek 2012	45
5.2 Vergelijking tijdbesteding huisarts-eigenaar	46
5.3 Vergelijking inzet personeel	47
5.4 Vergelijking praktijkkosten	48
5.5 Vergelijking verrichtingen	48
6. Structureel tarief 2015	51
6.1 Tariefbepaling	51
6.2 Opbrengstverhouding ten behoeven van kostentoerekening	51
6.3 Herijking structureel tarief 2015	53
Bijlage 1. Onderzoeken Steens & Partners	57
Bijlage 2. Weergegeven tabellen	61

Vooraf

Voor u ligt het definitieve rapport van het praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode december 2016 - juni 2017 door de Nederlandse Zorgautoriteit, in samenwerking met Sira Consulting B.V.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van alle huisartsenpraktijken die gegevens hebben aangeleverd. Hierbij wil de NZa alle geselecteerde praktijken bedanken voor hun bijdrage.

Wij danken de Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke vereniging praktijkhoudende huisartsen, InEen en Zorgverzekeraars Nederland voor hun actieve en constructieve bijdrage in de klankbordgroep gedurende het onderzoek.

Samenvatting

We vatten hier het feitenrapport van het praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015 samen. Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode tussen november 2016 en juni 2017, het onderzoeksjaar is 2015.

Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding van huisartsen over het onderzoeksjaar 2015. De onderzoeksresultaten worden gebruikt voor het herijken van de gereguleerde huisartsentarieven.

Bij de uitvoering van het onderzoek is een klankbordgroep¹ betrokken die input heeft geleverd in alle fases van het onderzoek, zoals bij het opstellen van de onderzoeksopzet, bij de voortgang van de gegevens-uitvraag, bij duiding van de resultaten en bij de inhoud van de rapportage.

Onderzoeksopzet, betrouwbaarheid en representativiteit

Het onderzoek betreft een kwantitatief feitenonderzoek onder 213 niet-apotheekhoudende huisartsenpraktijken verdeeld over een drietal subpopulaties; 54 kleine praktijken (tot 2.510 verzekerden), 80 middelgrote praktijken (2.510 tot 5.080 verzekerden) en 79 grote praktijken (meer dan 5.080 verzekerden). De gehele steekproef vormt een representatieve weergave van de totale populatie van 4.677² niet-apotheekhoudende huisartsenpraktijken.

Voor alle belangrijke variabelen op totaalniveau die zijn uitgedrukt per 1000 ingeschreven verzekerden, bijvoorbeeld de totale kosten en totaal consulten, is de spreiding gering. Bij deze variabelen vallen de resultaten van dit onderzoek binnen de gestelde onnauwkeurigheidsmarge van 10%.

De verzamelde gegevens zijn op de volgende onderdelen beoordeeld op representativiteit:

- geografische spreiding;
- aantal huisartsen in Nederland;
- omvang opbrengsten huisartsenzorg;
- verhoudingen tussen productgroepen.

Bovenstaande uitgevoerde analyses met betrekking tot de representativiteit van de steekproef laten het beeld zien dat de (geëxtrapoleerde) steekproef goed aansluit op de cijfers die betrekking hebben op de gehele populatie.

¹ De klankbordgroep bestond uit een afvaardiging van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke vereniging praktijkhoudende huisartsen, InEen en Zorgverzekeraars Nederland.

² 'Cijfers uit de registratie van huisartsen', Nivel, 2015: 5.045 huisartsenpraktijk minus 368 apotheekhoudende praktijken

Aandachtspunten

Alle opgehaalde resultaten zijn gepresenteerd op drie verschillende niveaus. Dit is gedaan om praktijken onderling te kunnen vergelijken en om een eenduidig te interpreteren gemiddelde vast te kunnen stellen. De niveaus waarop de resultaten zijn gepresenteerd zijn:

- per praktijk;
- per 1.000 verzekerden;
- per fte huisarts-eigenaar.

Het is noodzakelijk om alle waarden per fte huisarts-eigenaar te berekenen omdat in de tariefberekening alle onderdelen (de normatieve arbeidskostencomponent voor de huisarts-eigenaar, het praktijkkostenbestanddeel en productie) per fulltime werkzame huisarts-eigenaar zijn opgenomen (1 fte). Op deze manier is het niveau van iedere component gelijk en wordt een tarief vastgesteld op het niveau van één fulltime huisarts-eigenaar.

Bij de bepaling van het aantal fte-eigenaren is de volgende definitie gehanteerd:

- het aantal fte is berekend aan de hand van de door de huisarts-eigenaar opgegeven werkzame uren per week per huisarts-eigenaar en het aantal opgegeven werkzame weken op jaarbasis in 2015;
- een huisarts-eigenaar die 40 uren of meer per week werkt wordt aangemerkt met een werktijdfactor per week van 1. Voorbeeld: een huisarts-eigenaar die parttime 24 uur per week werkt heeft een werktijdfactor van $24/40 = 0,6$;
- de werktijdfactor per week per persoon kan maximaal 1 zijn;
- het aantal gewerkte weken op jaarbasis bepaalt de werktijdfactor per jaar. Een huisarts-eigenaar die 46 weken of meer werkt kent op jaarbasis een werktijdfactor 1. Voorbeeld: iemand die 23 weken werkt op jaarbasis heeft een werktijd factor van $23/46 = 0,5$;
- de werktijdfactor per jaar per persoon kan maximaal 1 zijn;
- de werktijdfactor per week maal de werktijdfactor per jaar bepaalt de fte factor per persoon per praktijk.

Resultaten kostenonderzoek

De gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland heeft per praktijk 3,68 fte personeel. Per 1.000 verzekerden is dit 1,11 fte. Per fulltime huisarts-eigenaar is dit 2,32 fte.

De totale hoeveelheid personeel die ingezet wordt per 1000 verzekerden is nagenoeg gelijk in de drie subpopulaties. Het opvallendste verschil is de mate van inzet van huisartsenpersoneel. Die ten opzichte van de subpopulatie kleine praktijken hoger is in de subpopulatie middelgrote praktijken en beduidend hoger in de subpopulatie grote praktijken (respectievelijk 0,13, 0,16 en 0,18 fte per 1000 verzekerden). Dit verklaart voor een deel de verschillen tussen subpopulaties wanneer deze uitgedrukt zijn per fte huisarts-eigenaar. Een voorbeeld hiervan is het verschil in aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts-eigenaar. Doordat er per 1000 verzekerden meer huisartsenpersoneel werkzaam is kan één fte huisarts-eigenaar in een grote praktijk meer ingeschreven verzekerden 'aan'.

In een grote praktijk laat een huisarts-eigenaar zich het meest ondersteunen door personeel, gevolgd door de middelgrote praktijken en de kleine praktijken. Dit verschil is relatief het grootst voor de huisartsfuncties "huisarts in dienst van een andere huisarts" (verder: hidha) en waarneming.

Anno 2015 wordt er 24,7% meer personeel per 1.000 ingeschreven verzekerden ingezet dan in 2010. Deze toename is met name toe te schrijven aan de stijging van de inzet van huisartsfuncties en praktijkondersteuners. Ook is er een lichte stijging te zien in de inzet van assistenten.

De huisartseigenaren besteden in totaal gemiddeld 47,95 uur per week per persoon, waarvan 28,71 uur aan direct patiëntgebonden activiteiten (waarvan 2,70 uur multidisciplinaire ketenzorg). Indirect patiëntgebonden activiteiten beslaan gemiddeld 8,38 uur per week (waarvan 1,44 uur multidisciplinaire ketenzorg). Aan niet-patiëntgebonden besteden huisartseigenaren gemiddeld 8,52 uur (waarvan 0,97 uur multidisciplinaire ketenzorg) per week. 2,35 uur wordt aan anw-diensten besteed. Bij elkaar besteedt een huisartseigenaar per persoon gemiddeld 5,11 per week aan multidisciplinaire ketenzorg.

Per fte besteden huisartseigenaren gemiddeld in totaal 52,05 uur per week, waarvan 31,16 uur aan direct patiëntgebonden activiteiten (waarvan 2,93 uur multidisciplinaire ketenzorg). Aan indirect patiëntgebonden tijd wordt 7,54 uur besteed (waarvan 1,57 uur multidisciplinaire ketenzorg). Aan niet-patiëntgebonden tijd wordt in totaal 9,23 uur besteed (waarvan 1,05 uur multidisciplinaire ketenzorg). 2,54 uur wordt aan anw-diensten besteed. Bij elkaar besteedt een huisartseigenaar per fte gemiddeld 5,55 uur per week aan multidisciplinaire ketenzorg.

Een huisarts-eigenaar besteedt in 2015 per persoon gemiddeld minder uren per week aan zijn praktijk dan uit de meting over 2010 bleek. Dit is ongecorrigeerd voor parttime werkende huisarts-eigenaren. Wanneer gecorrigeerd wordt voor parttime werkende huisarts-eigenaren, dus uitgedrukt per fte-huisartseigenaar, is de tijdbesteding per week vrijwel gelijk gebleven. De tijd besteed aan multidisciplinaire ketenzorg is hierbij toegenomen.

De gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland telt 3.317 ingeschreven verzekerden³. Per fte huisarts-eigenaar is dit 2.095. Uit de meting over 2010 bleek een fte huisarts-eigenaar gemiddeld 2.168 ingeschreven verzekerden te hebben. Wanneer gekeken wordt naar het aantal ingeschreven verzekerden per huisarts (niet enkel zijnde eigenaar) telt het aantal ingeschreven verzekerden 1.788. Anders gezegd, per 1.788 ingeschreven verzekerden is er één fte huisarts (niet zijnde incidentele waarnemer) werkzaam.

Het totale aantal gewogen consulten per 1.000 verzekerden is licht toegenomen. Deze toename lijkt met name veroorzaakt te worden door een toename in consulten >20 minuten. Het aantal telefonische consulten is fors afgenomen.

De gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland heeft per praktijk € 541.203 aan praktijkopbrengsten. Per 1000 verzekerden is dit € 163.886 en per fte huisarts-eigenaar is dit € 343.024. In de subpopulatie kleine praktijken worden per 1.000 verzekerden de meeste opbrengsten behaald, gevolgd door de subpopulatie kleine praktijken en het minste in de subpopulatie grote praktijken. Dit verschil wordt in grote mate veroorzaakt door de opbrengsten uit hds'en en nevenactiviteiten.

³ De resultaten per praktijk zijn niet één op één te vergelijken met resultaten uit andere onderzoeken die per praktijk zijn weergegeven. De resultaten per praktijk zijn sterk afhankelijk van de mate waarin huisartsen die gevestigd zijn op hetzelfde adres als één of meerdere praktijken zijn meegerekend. Mede om dit geen invloed te laten hebben op de uiteindelijke resultaten zijn in dit onderzoek de resultaten genormaliseerd naar per fte huisarts-eigenaar en per 1000 ingeschreven verzekerden.

77,26% van de omzet waar kosten aan toegerekend moeten worden bestaat uit omzet uit verrichtingen waar een gereguleerd tarief voor geldt. De overige 22,74% van de opbrengsten waar kosten aan toegerekend moeten worden wordt opgebracht met verrichtingen waar geen gereguleerd tarief voor geldt.

De gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland heeft per praktijk € 300.660 aan totale praktijkkosten. Per 1.000 verzekerden is dit € 89.756 en per fte huisarts-eigenaar is dit € 188.410. De middelgrote en grote praktijken hebben hogere totale praktijkkosten per 1000 verzekerden. Dit verschil wordt met name veroorzaakt door hogere personeelskosten en huisvestingskosten. Voor de overige kosten geldt grofweg dat de middelgrote praktijken minder kosten hebben dan de kleine praktijken en grote praktijken minder kosten dan de middelgrote praktijken.

Gemiddeld behaalt een huisarts in Nederland € 74.128 aan praktijkresultaat per 1.000 verzekerden, waarvan € 5.830 uit anw-opbrengsten. Per fte huisarts-eigenaar is dit gemiddeld € 154.610, waarvan € 12.154 aan anw-opbrengsten. Het totale praktijkresultaat minus anw-opbrengsten van € 142.456 is te vergelijken met de normatieve arbeidskostencomponent zoals opgenomen in de tariefonderbouwing 2015 van € 128.311⁴.

Het praktijkresultaat per 1000 verzekerden is het hoogst bij de kleine praktijken, gevolgd door de middelgrote praktijken en de grote praktijken. Dit hogere resultaat komt voort uit zowel hogere opbrengsten als lagere kosten per 1.000 ingeschreven verzekerden.

Een kleine praktijk behaalt gemiddeld meer opbrengsten en maakt minder kosten per ingeschreven verzekerde. De hogere kosten per verzekerde van grotere praktijken bestaan met name uit personeelskosten van huisartspersoneel (hidha en waarneming) en huisvestingskosten. Hierdoor is een fte huisarts-eigenaar in een grote(re) praktijk in staat om een groter aantal verzekerden te bedienen. Dit groter aantal verzekerden compenseert in ruime mate de hogere kosten per 1000 verzekerden waardoor het praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar in de grote praktijken hoger uit valt.

Structurele effecten op tarief

De huidige tariefonderbouwing 2015 is gebaseerd op de resultaten van het praktijkkostenonderzoek over 2010 waarna vijf jaar indexatie is verwerkt om van het prijspeil 2010 op het prijspeil 2015 te komen. Om de structurele effecten op het tarief te bepalen wordt de huidige tariefonderbouwing 2015 vergeleken met de, op basis van de resultaten van dit onderzoek, herijkte tariefonderbouwing. Dit levert het volgende resultaat:

- de herijkte personeelskosten vallen hoger uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- de herijkte overige kosten (niet zijnde personeelskosten) vallen lager uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- bij elkaar genomen valt het herijkte totale praktijkkostenbestanddeel licht lager uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- het aantal inschrijvingen per fte huisarts-eigenaar is afgenomen;
- het aantal consulten per fte huisarts-eigenaar is toegenomen;
- het aandeel aan inschrijvingen toe te rekenen kosten is afgenomen;
- het aandeel aan consulten toe te rekenen kosten is toegenomen;
- het aandeel aan tarief gereguleerde activiteiten toe te rekenen kosten is toegenomen.

⁴ Dit is de normatieve arbeidskostencomponent op het definitieve prijspeil 2015

Bovenstaande bevindingen leiden tot een lichte tariefstijging van zowel het (basis)inschrijftarief (+ 0,64%) als het consulttarief (+ 0,95%) en een daling van het passantentarium (-1,32%).

1. Inleiding

1.1 Over het onderzoek

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt regels voor en houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars, om te bewaken dat iedereen in Nederland kan vertrouwen op de beschikbaarheid van tijdige, betaalbare zorg van goede kwaliteit. Zij doet dit onder meer door het vaststellen van tarieven en prestatieomschrijvingen in de zorg. Het laatste kostenonderzoek in de huisartsenzorg heeft plaatsgevonden in 2012, met als onderzoeksjaren 2009 en 2010. Binnen de huisartsenzorg is sindsdien veel veranderd. Eén van de veranderingen is de invoering van een nieuw bekostigingsmodel (segmenten-model) per 1 januari 2015. De NZa wil daarom de gereguleerde tarieven binnen de huisartsenzorg herijken om de tarieven zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de actuele situatie. Hiervoor is onderzoek naar de werkelijke inkomsten, praktijkkosten en productie van huisartsenpraktijken nodig. Het onderzoeksjaar betreft het meest recente afgesloten boekjaar van huisartsenpraktijken, het jaar 2015.

Alle activiteiten om te komen tot een betrouwbare, representatieve set gegevens zijn uitgevoerd door Sira Consulting (verder: Sira). Hiervoor hebben zij de te verzamelen gegevens vastgesteld, een vragenlijst ontwikkeld, de benodigde steekproefomvang bepaald, de steekproef getrokken en de gegevens opgehaald en gecontroleerd op volledigheid en consistentie. De definitieve gegevensaanlevering is via een beveiligd uitwisselportaal overgedragen aan de NZa voor analyse. De definitieve gegevensaanlevering is gecontroleerd op juistheid. Dit is geborgd door middel van een accountantsverklaring afgegeven door de onafhankelijke accountant Steens & Partners Bijlage 1.

De gegevensanalyse door de NZa om te komen tot de cijfers die in dit rapport worden weergegeven is eveneens door Steens & Partners onderzocht op fouten Bijlage 1.

1.2 Doelstelling

Het primaire doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de praktijkopbrengsten, praktijkkosten, productie en tijdsbesteding van huisartsen in het jaar 2015 teneinde tot een tariefherijking te komen per 1 januari 2018.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet uiteengezet. Achtereenvolgens worden hier de onderzoekspopulatie en onderzoeksvariabelen, de steekproef, het proces van gegevensverzameling, de behaalde respons en betrouwbaarheid en representativiteit beschreven.

Hoofdstuk 3 bevat enkele aandachtspunten die van belang zijn voor een juiste interpretatie van de gepresenteerde resultaten.

Vervolgens worden alle resultaten van het kostenonderzoek beschreven in hoofdstuk 4. Een vergelijking tussen de resultaten van dit kostenonderzoek met de resultaten van het kostenonderzoek in 2012 is in hoofdstuk 5 uiteengezet. Ten slotte bevat hoofdstuk 6 een vertaling van de resultaten van het kostenonderzoek naar het structureel tarief prijspeil 2015.

2. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet van het onderzoek naar de praktijkopbrengsten, praktijkkosten, productie en tijdsbesteding van huisartsen over het jaar 2015. Hierbij komen aspecten van het onderzoek aan bod zoals een beschrijving van de populatie, de te onderzoeken variabelen, een beschrijving van de steekproef en het proces van dataverzameling en analyse. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en een toets op de representativiteit van de resultaten van het onderzoek.

Bij de uitvoering van het onderzoek is een klankbordgroep betrokken die input heeft geleverd in alle fases van het onderzoek, zoals bij het opstellen van de vragenlijst, bij de voortgang van de gegevens-uitvraag, inhoudelijke keuzes met betrekking tot de onderzoeksopzet en bij duiding van de resultaten en rapportage.

2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie binnen dit kostenonderzoek bestaat uit alle niet-apotheekhoudende huisartsenpraktijken in Nederland, dit waren in 2015 4.677⁵ niet-apotheekhoudende huisartsenpraktijken.

Bij het trekken van de steekproef zijn praktijken die niet het gehele onderzoeksjaar hebben bestaan uitgesloten, omdat zij voor de relevante onderzoeksvariabelen (opbrengsten, praktijkkosten en tijdsbesteding) niet representatief zijn voor de gemiddelde huisartsenpraktijk. Ook apotheekhoudende huisartsen zijn van de steekproef uitgesloten, omdat zij door het duale karakter van de dienstverlening (huisarts en apotheek) niet representatief zijn voor de tariefberekeningen.

2.2 Onderzoeksvariabelen

Per huisartsenpraktijk is informatie verzameld over opbrengsten en productie, praktijkkosten, balansgegevens, personele inzet en inzet van de huisarts-eigenaar.

Opbrengsten en productie

Door Sira zijn de Vektis en/of HIS gegevens gebruikt voor de productiespecificatie van de praktijk. Hierbij is de financiële administratie van de praktijk altijd het ijkpunt is waarop de praktijkopbrengsten in dit onderzoek zijn gebaseerd.

Praktijkkosten

De praktijkkosten zijn op kostensoortniveau uitgevraagd (personeel, onderhoud van instrumenten en apparatuur, geneesmiddelen en verband, huisvesting, vervoer, kantoorkosten, algemeen en financiële baten en lasten):

- de personeelskosten zijn vervolgens onderverdeeld in personeelskosten, kosten voor inhuur, personeelsadministratie en overige personeelskosten;
- afschrijvingskosten zijn gerubriceerd onder de kostensoort waarop zij betrekking hebben. Afschrijvingskosten die geen betrekking hebben op een specifiek uitgevraagde kostenpost, zijn als afschrijving separaat opgenomen;
- de financiële baten en lasten zijn de som van zowel rentelasten als renteopbrengsten;

⁵ 'Cijfers uit de registratie van huisartsen', Nivel, 2015: 5.045 huisartsenpraktijk minus 368 apotheekhoudende praktijken

- in de gevallen dat er opbrengsten zijn gemaakt die rechtstreeks betrekking hebben op gemaakte kosten (huuropbrengsten, eigen bijdrage privégebruik auto) zijn deze opbrengsten van de betreffende kostenpost afgetrokken;
- de totale praktijkkosten zijn inclusief de personeelskosten van huisartsen in loondienst, maar zonder alle inkomenscomponenten van huisartseigenaren.

Tevens is op twee verschillende manieren uitgevraagd welk deel van de praktijkkosten toe te rekenen is aan het leveren van multidisciplinaire ketenzorg. Enerzijds is aan de huisarts gevraagd per kostensoort weer te geven hoeveel procent van de kosten toegerekend moet worden aan multidisciplinaire ketenzorg. Daarnaast is per functie aangegeven welk percentage van deze functie ingezet wordt voor multidisciplinaire ketenzorg.

Balansgegevens

De balansgegevens (activa/passiva) zijn overgenomen uit de jaarrekening van de praktijk ten behoeve van het berekenen van het gederfd rendement op het eigen vermogen.

Personele inzet

Er is per praktijk gevraagd welk type personeel er in welke mate werkzaam is voor de praktijk. Per medewerker is gevraagd de contracturen per week op te geven en daarbij aan te geven welke periode van het jaar de medewerker werkzaam was voor de praktijk.

Inzet van de huisarts-eigenaar

Voor het ramen van de tijdsbesteding van alle huisartseigenaren is gevraagd naar de werkelijk bestede tijd in 2015. Deze werkelijk bestede tijd is een geschat weekgemiddelde. Daarnaast is het aantal niet gewerkte dagen uitgevraagd. Het aantal niet gewerkte dagen bestaat uit vakantie en verlof, ziekte of overige niet praktijkgerelateerde activiteiten.

2.3 Steekproef

Om op basis van de onderzoeksgegevens betrouwbare uitspraken te doen die gelden voor alle huisartspraktijken in Nederland moet de steekproef representatief en van voldoende omvang zijn. Bij het trekken van de steekproef is ervoor gekozen om subpopulaties te onderscheiden. Binnen de onderscheiden subpopulaties kunnen de gemiddelden van de onderzoeksvariabelen nauwkeuriger worden geschat. De schatting wordt nauwkeuriger omdat er minder spreiding is binnen een subpopulatie (meer homogeniteit). In overleg met de klankbordgroep is ervoor gekozen om drie subpopulaties op basis van praktijkomvang (aantal ingeschreven verzekerden per praktijk) te onderscheiden. Deze indeling is opgenomen in tabel 1.

Tabel 1. Indeling in subpopulaties op basis van het aantal ingeschreven verzekerden

Subpopulatie	Aantal ingeschreven verzekerden
Klein	Tot 2.510
Middel	2.510 tot 5.080
Groot	5.080 en meer

In dit rapport worden waar nodig de waarden per subpopulatie weergegeven.

Alle gemiddelden zijn gewogen om te corrigeren voor over- en ondervertegenwoordiging van kleine, middelgrote of grote praktijken in de steekproef ten opzichte van de populatie. Hiermee wordt voorkomen dat het gemiddelde gebaseerd wordt op 25,35% kleine praktijken terwijl dit landelijk 38,23% van de huisartsenpraktijken betreft. De wegingsfactor is gebaseerd op de verhouding tussen het aantal klein, middelgrote en grote praktijken in de gehele populatie. In tabel 2 is de verhouding tussen kleine, middelgrote en grote praktijken in zowel de steekproef als in de populatie weergegeven.

Tabel 2. Steekproef in relatie tot de populatie

Praktijkvorm	Steekproef		Populatie	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Alle praktijken	213	100%	4.620*	100%
Kleine praktijken	54	25,3%	1.766	38,23%
Middel grote	80	37,6%	2.341	50,67%
Grote praktijken	79	37,1%	513	11,10%

* Dit aantal wijkt af van de 4.677 benoemt in de Nivel registratie, omdat binnen dit onderzoek praktijken met minder dan 100 ingeschreven verzekerden zijn uitgesloten (dit betrof veelal Belgische praktijken met een zeer beperkt aantal Nederlandse ingeschreven verzekerden).

In dit onderzoek zijn praktijken die aan het kostenonderzoek van 2012 deel hebben genomen buiten de steekproef gehouden. Hierdoor is de belasting van de huisartsen zo veel mogelijk verdeeld over verschillende huisartsen(-praktijken).

De NZa heeft in haar uitvraag voor de gegevensverzameling voor dit onderzoek een minimaal vereiste betrouwbaarheid gesteld van 90% en een maximale onnauwkeurigheidsmarge van 10% voor de gehele onderzoekspopulatie en 15% voor subpopulaties. De onnauwkeurigheidsmarge is mede bepaald door de omvang van de steekproef. Hierbij geldt dat hoe groter de spreiding op de onderzoeksvariabelen, hoe hoger de onnauwkeurigheid voor deze variabelen bij een zekere steekproefomvang en hoe groter de omvang van de steekproef moet zijn om aan de vereiste maximale onnauwkeurigheid te voldoen.

Voor het berekenen van de steekproef drukken we de spreiding uit in σ , de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde (oftewel de verhouding tussen de standaarddeviatie en het gemiddelde). De minimale grootte van de steekproef wordt dan berekend met de onderstaande formule. Hierbij bedraagt $z_{\alpha/2}$ bij 90% betrouwbaarheid 1,645 en wordt de standaarddeviatie (σ) en de nauwkeurigheid (E) in procentpunten ingevoerd.

$$n = \left[\frac{z_{\alpha/2} * \sigma}{E} \right]^2$$

Op basis van deze uitgangspunten en gebaseerd op de varianties in het vorige praktijkkostenonderzoek heeft Sira voorafgaand aan de gegevensverzameling een minimale totale steekproefomvang vastgesteld van 204 praktijken in de drie subpopulaties. De uiteindelijk gerealiseerde steekproef bedraagt 213 praktijken (zie paragraaf 2.6).

2.4 Gegevensverzameling en verificatie

Om de kwaliteit van de gegevens te borgen heeft Sira op verschillende momenten in het proces van gegevensverzameling controles uitgevoerd. Figuur 1 geeft een samenvatting van de verschillende controlestappen.

Figuur 1. Maatregelen ter bevordering van datakwaliteit

	Klankbord-groep	Interne kwaliteits-bewaker	Crosscheck gegevens	Controle betrouwbaarheid	Accountants-controle
Afstemming uitgangspunten	✓	✓			
Opstellen vragenlijst	✓	✓			
Toetsen gegevensverzameling	✓	✓	✓		✓
Verzamelen benodigde informatie	✓	✓	✓	✓	✓
Controleren gegevens	✓	✓	✓	✓	✓

De uitvraag is getest in een pilot met zes huisartsenpraktijken, twee per subpopulatie. De deelnemers aan de pilots zijn intensief begeleid door aangewezen accountmanagers. Na afronding van de pilot is de vragenlijst en de bijbehorende toelichting definitief gemaakt. De pilot heeft ervoor gezorgd dat onduidelijkheden zijn ondervangen en vragen zijn verduidelijkt. Ook is getoetst of de vragenlijst en de ingebouwde controles goed werkten. Steens & Partners, de onafhankelijke accountant, heeft op het uitvoeren van de pilot en het juist functioneren van de vragenlijst toegezien. Elke huisarts die opgenomen is in de steekproef heeft een persoonlijke accountmanager toegewezen gekregen.

2.5 Gegevensverwerking en -analyse

De door de praktijken ingevuld aangeleverde vragenlijsten zijn bij binnenkomst beoordeeld op complete en plausibele invulling. In de vragenlijsten waren enkele belangrijke crosschecks opgenomen, zoals: aansluiting tussen specificatie van de kostensoorten en productie (Vektis of HIS) in de vragenlijst en totalen van de praktijkkosten en opbrengsten volgens de jaarrekening van de praktijk. De Vektis- en/of HIS-gegevens zijn gebruikt voor de productiespecificatie van de praktijk.

Gesignaleerde onvolkomenheden zijn door de persoonlijke accountmanagers teruggeleegd bij de geselecteerde praktijken, met het verzoek aanvullingen en/of aanpassingen te maken in de vragenlijst en deze opnieuw in te sturen.

Na ontvangst van de databestanden per respondent zijn op hoofdlijnen de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Inlezen van de individuele bestanden in een databestand voor alle respondenten. Dit bestand bevat op iedere regel het steekproefnummer en de bijbehorende antwoorden op de vragen. In dit bestand komen naam en adres van de huisartsen niet voor.
- Verbetering van de kwaliteit van de gegevens door op het complete databestand een uitbijteranalyse en plausibiliteitstoetsen uit te voeren en inconsistenties terug te koppelen met de betreffende praktijk (door Sira). Er zijn geen praktijken buitengesloten van analyse als gevolg van een uitbijteranalyse en/of plausibiliteitstoetsen.

De resultaten worden vooral als beschrijvende statistieken gepresenteerd: gemiddelde, minimum, maximum en betrouwbaarheid. Deze beschrijvende statistieken zijn per subpopulatie vastgesteld.

Daar waar gemiddelden zijn berekend per 1.000 verzekerden of per fte huisarts-eigenaar, is eerst het gewogen gemiddelde van de betreffende variabele per praktijk berekend. Vervolgens is het gewogen gemiddeld aantal verzekerden of het gewogen gemiddeld aantal fte per praktijk berekend. Ten slotte zijn de berekende gemiddelden van de betreffende variabele gedeeld door de gemiddelde aantallen verzekerden c.q. aantallen fte⁶.

2.6 Respons

De bruto steekproef die voorafgaand aan het onderzoek is getrokken bedroeg 245 praktijken. In die bruto steekproef zijn 32 praktijken om verschillende redenen buiten de steekproef gehouden:

- 14 praktijken bleken apotheekhoudend te zijn;
- 14 praktijken hebben op verzoek ontheffing voor deelname aan het onderzoek gekregen;
- 4 praktijken waren om andere redenen onbruikbaar voor het onderzoek.

Met de resulterende 213 praktijken is dus een iets grotere steekproef gerealiseerd dan vooraf als doel is gesteld. De meeste ontheffingen werden verleend op basis van zwaarwegende persoonlijke omstandigheden. Daarnaast bleek een aantal praktijken niet in staat om de jaarstukken op tijd gereed te krijgen of betrof het inmiddels opgeheven (en niet overgenomen) praktijken.

2.7 Nauwkeurigheid en betrouwbaarheid

Het is gangbaar dat de NZa een betrouwbaarheid van 90% vereist met een maximale onnauwkeurigheidsmarge van 10% voor de gehele onderzoekspopulatie en 15% voor subpopulaties.

De onnauwkeurigheidsmarge is de omvang van het betrouwbaarheidsinterval van een variabele gerelateerd aan de gemiddelde waarde van de variabele volgens de formule (omvang van het betrouwbaarheidsinterval/2)/gemiddelde. Bij een 90%

⁶ In plaats van eerst per praktijk te berekenen wat de gemiddelde waarde per 1.000 patiënten/per fte is en vervolgens over de praktijken te middelen.

betrouwbaarheidsinterval betekent de onnauwkeurigheidsmarge dat van de 100 keer dat een andere steekproef getrokken zou worden, het populatiegemiddelde naar schatting 90 keer binnen de berekende onnauwkeurigheidsmarges valt. De onnauwkeurigheid van een op basis van een steekproef geschat gemiddelde is afhankelijk van de spreiding op de variabele en de omvang van de steekproef. Hierbij geldt dat hoe groter de spreiding op een variabele, hoe hoger de onnauwkeurigheid voor deze variabele (bij een bepaalde steekproefomvang) en hoe groter de omvang van de steekproef moet zijn om aan de vereiste maximale onnauwkeurigheid te voldoen. Hierbij wordt tevens gecorrigeerd voor de mate waarin de populatie betrokken is in de steekproef. Als de hele populatie onderzocht zou zijn, zou er immers ook geen onzekerheid meer zijn over het populatiegemiddelde. Hoe groter de steekproef ten opzichte van de populatieomvang, hoe nauwkeuriger de schatting van het gemiddelde. Voor de belangrijkste variabelen is in de gepresenteerde tabellen de betrouwbaarheid weergegeven. Deze is berekend op basis van de standaard deviatie van de variabele, een nauwkeurigheid van 90% ($\alpha = 0,1$) en de omvang van de steekproef (213). Met behulp van het betrouwbaarheidsgetal zijn de betrouwbaarheidsintervallen af te leiden door middel van de formules:

- Ondergrens interval = gemiddelde – betrouwbaarheid
- Bovengrens interval = gemiddelde + betrouwbaarheid

Waar het betrouwbaarheidsgetal groter is dan 10% van het gemiddelde, is het in blauw weergegeven, waarmee variabelen met relatief grote spreiding gemarkeerd zijn.

Voor alle belangrijke variabelen op totaalniveau die zijn uitgedrukt per 1000 ingeschreven verzekerden, bijvoorbeeld de totale kosten en totaal consulten, is de spreiding gering. Bij deze variabelen vallen de resultaten van dit onderzoek binnen de gestelde onnauwkeurigheidsmarge van 10%.

2.8 Representativiteit

Om op basis van de resultaten van de steekproef uitspraken te doen over de populatie is het van belang vast te stellen dat de steekproef in grote mate overeenkomt met de populatie (representativiteit). Om de representativiteit van de steekproef vast te kunnen stellen zijn de verzamelde gegevens op de volgende onderdelen geanalyseerd:

- geografische spreiding;
- aantal huisartsen in Nederland;
- omvang opbrengsten huisartsenzorg;
- verhoudingen tussen productgroepen.

Figuur 2 geeft een overzicht van alle respondenten in de steekproef geplot op de locatie waar zij gevestigd zijn. Hieruit blijkt de spreiding van de praktijken in de steekproef over Nederland. In de steekproeftrekking is rekening gehouden met een geografische spreiding conform de spreiding in de populatie.

Figuur 2. Geografische spreiding steekproef

Om na te gaan of de steekproef representatief is met betrekking tot het aantal huisartsen in Nederland, de omvang van de opbrengsten van huisartsenzorg en de verhouding tussen productgroepen worden de gevonden waarden uit de steekproef geëxtrapoleerd naar een landelijke totaal. Dit doen we door het gewogen aantal ingeschreven verzekerden in de steekproef te bepalen en deze af te zetten tegen het totaal aantal verzekerden in Nederland. In tabel 3 geven we het gewogen aantal verzekerden in de steekproef weer naast het landelijk aantal verzekerden. De verhouding tussen beide kolommen wordt in de volgende tabellen gebruikt voor de extrapolatie van steekproef naar landelijk niveau.

Tabel 3. Verhouding aantal verzekerden steekproef met landelijk

x1.000	Steekproef	Landelijk*
Aantal ingeschreven verzekerden	707	16.530

*VEKTIS dataset dd. 20 december 2016

Om de resultaten uit het onderzoek te extrapoleren naar het landelijk totaal zijn de gevonden waarden in de steekproef vermenigvuldigt met $16.530/707 = 23,39$.

Een onderdeel waarop we de representativiteit van de steekproef hebben beoordeeld, is het aantal huisartsen in Nederland. Hiervoor hebben wij het totaal aantal huisartseigenaren per subpopulatie gewogen gesommeerd en vergeleken met het totaal aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland, niet zijnde een huisarts in dienst van een andere huisarts (hidha). In tabel 4 is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland weergegeven, naast de uit de steekproef geëxtrapoleerde aantal huisartseigenaren.

Tabel 4. Vergelijking aantal huisartsen steekproef met landelijk

	Steekproef (geëxtrapoleerd)	Landelijk
Aantal huisartsen in Nederland	8.286	7.906*

*Nivel, cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2015

Tabel 4 geeft aan dat de steekproef een lichte overschatting (4,8%) kent van het aantal huisartseigenaren wanneer deze afgezet wordt tegen het geregistreerd aantal zelfstandig gevestigde huisartsen. Dit wordt (ten dele) verklaard doordat in de vragenlijst is gevraagd hoeveel huisartseigenaren (delen van) 2015 werkzaam zijn geweest in de praktijk. De registratie van Nivel betreft het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen op 1 januari 2015. Huisartseigenaren die na 1 januari 2015 ingestroomd zijn worden in de steekproef dus meer meegeteld ten opzichte van de Nivel registratie. Door de extrapolatiefactor van 23,39 wordt de absolute afwijking tussen de steekproef en het landelijk totaal vergroot.

Een derde onderdeel waarop de representativiteit van de steekproef is beoordeeld, is de totale omvang van de opbrengsten van huisartsenzorg in Nederland. Hiervoor zijn alle opbrengsten van alle praktijken in de steekproef per subpopulatie gewogen gesommeerd en geëxtrapoleerd om tot een schatting van de totale opbrengsten voor huisartsenpraktijken in Nederland te komen. Macrogegevens over uitgaven aan huisartsenzorg zijn beschikbaar vanuit realisatiecijfers van de rijksbegroting over 2017, Stand ontwerp-begroting 2017, jaar 2015.

Voor een juiste vergelijking is het nodig om na te gaan welke uitgaven uit het overzicht rijksuitgaven daadwerkelijk bij de huisarts terecht komen. Voor een juiste vergelijking zijn er twee aandachtspunten:

- De rijks begroting geeft de uitgaven exclusief uitgaven voor multidisciplinaire zorg weer (segment 2). Voor een juiste vergelijking dienen deze opbrengsten van de huisartsen in de steekproef niet meegenomen te worden in de vergelijking. Het betreft hier de opbrengstcategorieën: inkomsten uit de zorggroep en de GEZ-module ontvangen van verzekeraar en multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar).
- In het overzicht van de rijksuitgaven is de post voor avond, nacht en weekend (anw) opgenomen. Dit betreffen alle kosten die voor anw worden gemaakt. Het honorariumdeel voor de huisarts van deze uitgaven betreft € 109.782.552⁷. Het overige deel is een vergoeding voor infrastructuur. Dit betekent dat voor een zuivere vergelijking met de rijksuitgaven de uitgaven voor infrastructuur afgetrokken moeten worden van de rijksuitgaven. Dit wordt gedaan in regel twee.

⁷ Volgens jaarrekeningen 2015 HAP'en

Tabel 5. Vergelijking totale productie steekproef met landelijk

	Steekproef		Landelijk*
	<i>totaal (gewogen)</i>	<i>Landelijk (extrapolatie)</i>	<i>Rijksuitgaven 2015</i>
x 1000			
Uitgaven segment 1 en 3	€ 103.667	-	€ 2.581.800
Infrastructuur HAP (af)	-	-	€ -198.233**
Segment 1 en 3	€ 103.667	€ 2.425.243	€ 2.383.567

* Rijksbegroting 2017, xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport

** Volgens jaarrekeningen 2015 Huisartsenposten

Tabel 5 geeft aan dat de schatting van de totale opbrengsten op basis van de steekproef circa 1,75% groter is dan de totale werkelijke landelijke uitgaven. Dit geeft aan dat de totale opbrengsten uit de steekproef aansluiten bij de landelijke cijfers. Dat de door ons gevonden opbrengsten licht hoger uitvallen is te verklaren door het feit dat in de door de huisarts opgegeven overige opbrengsten enkele opbrengsten zijn meegenomen die niet in het overzicht rijksuitgaven huisartsenzorg staan (bijvoorbeeld vergoeding huisartsenopleiding).

Bovenstaande vergelijking hebben wij ook uitgevoerd voor de belangrijkste opbrengstcategorieën, de inschrijvingen, de consulten en visites. Macrogegevens over uitgaven aan specifieke opbrengstcategorieën zijn beschikbaar vanuit Vektis. Tabel 6 geeft de resultaten van deze vergelijking.

Tabel 6. Vergelijking totale omvang inschrijvingen en consulten steekproef met landelijk

	Steekproef		Landelijk
	<i>Totaal (gewogen)</i>	<i>Landelijk (extrapolatie)</i>	<i>Vektis*</i>
x1000			
Inschrijvingen	€ 46.430	€ 1.086.212	€ 1.077.752
Consulten en visites huisarts	€ 27.054	€ 632.928	€ 614.754

* VEKTIS dataset dd. 20 december 2016

Tabel 6 geeft aan dat er tussen de schatting van de opbrengsten inschrijvingen en consulten en visites op basis van de steekproef en de totale werkelijke landelijke uitgaven minder dan 5% verschil zit, respectievelijk 0,78% en 2,96%. Dit geeft aan dat de opbrengsten uit de belangrijkste opbrengstcategorieën in de steekproef aansluiten bij de landelijke cijfers.

Naast de absolute hoogte van de totale uitgaven is het belangrijk dat er in de steekproef de verhouding tussen verschillende opbrengstcategorieën een goede weerspiegeling is van de verhouding in de populatie.

Tabel 7 geeft de verhouding tussen opbrengsten uit inschrijvingen, consulten en visites en totale overige opbrengsten weer, zowel in de steekproef als landelijk.

Tabel 7. Vergelijking verhouding belangrijke opbrengstsoorten steekproef met landelijk

Categorie	Steekproef	Landelijk*
Inschrijvingen	40,2%	40,3%
Consulten en visites (huisarts)	23,7%	23,0%
Totaal overige	36,1%	36,6%
Totaal	100,0%	100,0%

* VEKTIS dataset dd. 20 december 2016

Tabel 7 geeft aan dat de verhouding opbrengsten uit inschrijvingen, consulten en visites en totale overige opbrengsten in de steekproef in grote mate overeenkomt met de landelijke verdeling.

Dezelfde analyse hebben wij uitgevoerd op de inschrijvingen in de steekproef. In tabel 8 is de verhouding tussen de verschillende soorten inschrijvingen in de steekproef vergeleken met de populatie.

Tabel 8. Vergelijking verhouding inschrijvingen steekproef met landelijk

Categorie	Steekproef (%)	Landelijk* (%)
< 65 jaar, niet achterstandswijk	69,26	70,22
65 jaar - 75 jaar niet achterstandswijk	12,82	13,27
> 75 jaar niet achterstandswijk	11,22	11,28
< 65 jaar, achterstandswijk	5,32	4,19
65 jaar - 75 jaar achterstandswijk	0,70	0,55
> 75 jaar achterstandswijk	0,68	0,50
Totaal	100,00	100,00

* VEKTIS dataset dd. 20 december 2016

Tabel 8 laat zien dat de verhouding tussen de verschillende inschrijvingen in de steekproef in grote mate overeenkomt met de verhouding zoals deze in de populatie is. In de steekproef is er een lichte onderschatting van het aandeel 65 jaar- 75 jaar niet achterstandswijk en een lichte overschatting van de aandelen achterstandswijk.

Een soortgelijke analyse naar de verhouding tussen soorten inschrijvingen hebben wij ook uitgevoerd op de verschillende soorten huisartsconsulten. Tabel 9 laat hiervan de resultaten zien.

Tabel 9. Vergelijking verhouding consultsoorten steekproef met landelijk

Consult	Steekproef (%)	Landelijk* (%)
consult huisarts	53,08	52,60
consult huisarts langer dan 20 minuten	13,59	13,89
visite huisarts	2,52	2,66
visite huisarts langer dan 20 minuten	2,07	2,11
telefonisch consult huisarts	28,47	28,39
vaccinatie huisarts	0,03	0,04
e-mailconsult huisarts	0,24	0,30
Totaal	100,0	100,0%

* VEKTIS dataset dd. 20 december 2016

Tabel 9 laat zien dat er in de verhouding van soorten huisartsconsulten er nergens een verschil is groter dan één procentpunt in relatie tot de landelijke verhouding. Ook op dit punt kan dus gezegd worden dat de steekproef een representatief beeld geeft van de populatie.

Bovenstaande analyses met betrekking tot de representativiteit van de getrokken steekproef laten een beeld zien dat de (geëxtrapoleerde) steekproef goed aansluit op de cijfers die zien op de gehele populatie.

3. Aandachtspunten

In dit hoofdstuk worden aandachtspunten weergegeven die van belang zijn voor een juiste interpretatie van de in hoofdstuk vier tot en met zes weergegeven resultaten.

3.1 Niveaus van rapportage

Alle opgehaalde resultaten worden op verschillende niveaus gepresenteerd. Dit is nodig om praktijken onderling te vergelijken en een eenduidig te interpreteren gemiddelde vast te kunnen stellen. De niveaus waarop de resultaten worden gepresenteerd zijn:

1. Per praktijk

Alle resultaten worden in de eerste plaats per praktijk weergegeven. Dit zijn de werkelijke gemeten gemiddelden per subpopulatie of het gewogen totale gemiddelde van de gehele steekproef. De resultaten per praktijk geven een globaal beeld van hoe de praktijken georganiseerd zijn. In alle gevallen is er door Sira voor gekozen om zo goed mogelijk aan te sluiten op de getrokken steekproefpartij en op de gevoerde administratie(s). Dit betekent bijvoorbeeld in het geval dat een praktijkkostencombinatie is gevormd er geprobeerd is alle praktijken binnen die praktijkkostencombinatie als uitgangspunt te nemen. Of indien de meeste kosten en/of opbrengsten in de jaarrekening van de individuele huisarts waren opgenomen, de individuele huisarts. Dit maakt de waarden die weergegeven zijn op het niveau van één praktijk niet direct vergelijkbaar met de resultaten van andere onderzoeken waarin gerapporteerd is op het niveau van één huisartsenpraktijk.

2. Per 1.000 verzekerden

Weergave van de resultaten per 1.000 verzekerden maakt het mogelijk de verschillende resultaten beter onderling te vergelijken, evenals met de nu geldende rekennorm aantal ingeschreven verzekerden en de uitkomsten van het vorige praktijkkostenonderzoek 2012. Daarnaast is deze weergave waardevol om voor verschillende doeleinden de gemiddelde kosten per verzekerde inzichtelijk te maken.

3. Per fte huisarts-eigenaar

De resultaten zijn ook gepresenteerd per fte huisarts-eigenaar. Dit is het niveau op basis waarvan de NZa de tariefberekening maakt. Om de waarden op dit niveau te brengen zijn de gemiddelde waarden per subpopulatie gedeeld door het gemiddeld aantal fte-eigenaren per subpopulatie. Dit betekent dat de waarden gepresenteerd zijn op het niveau van een theoretische praktijk waar één volledig werkzame gemiddelde huisarts-eigenaar werkzaam is. Dit is noodzakelijk omdat in de tariefberekening alle onderdelen (normatieve arbeidskostencomponent voor de huisarts-eigenaar, praktijkkostenbestanddeel en productie) per fulltime werkzame huisarts-eigenaar zijn opgenomen. Op deze manier is het niveau van iedere component gelijk en wordt een tarief vastgesteld op het niveau van één gemiddelde fulltime huisarts-eigenaar.

3.2 Definitie fte eigenaar

Het aantal fte huisarts-eigenaar van de praktijk is niet vastgelegd in de administratie van de praktijk. Voor de bepaling van de praktijkopbrengsten, praktijkkosten en het praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar is dit echter wel een belangrijk gegeven.

Bij de bepaling van het aantal fte-eigenaren is de volgende definitie gehanteerd:

- het aantal fte is berekend aan de hand van de door de huisarts-eigenaar opgegeven werkzame uren per week en het aantal opgegeven werkzame weken op jaarbasis in 2015;
- allereerst is de gemiddelde tijdbesteding en aantal gewerkte weken per praktijk per huisartseigenaar bepaald;
- een huisarts-eigenaar die 40 uren of meer per week werkt wordt aangemerkt met een werktijdfactor per week van 1. Voorbeeld: een huisarts-eigenaar die 24 uur per week werkt heeft een werktijdfactor van $24/40 = 0,6$;
- de werktijdfactor per week per persoon kan maximaal 1 zijn;
- het aantal gewerkte weken op jaarbasis bepaalt de werktijdfactor per jaar. Een huisarts-eigenaar die 46 weken of meer werkt kent op jaarbasis een werktijdfactor 1. Voorbeeld: een huisarts-eigenaar die 23 weken werkt op jaarbasis heeft een werktijdfactor van $23/46 = 0,5$;
- de werktijdfactor per jaar per persoon kan maximaal 1 zijn;
- de werktijdfactor per week maal de werktijdfactor per jaar bepaalt de fte factor per persoon per praktijk.

Samengevat kan het aantal fte per praktijk en per persoon op de volgende wijze bepaald worden:

- bepalen van de gemiddelde fte factor per persoon per week;
- bepalen van de gemiddelde fte factor per jaar;
- fte factor per week * fte factor per jaar = gemiddelde fte per huisarts-eigenaar;
- gemiddelde fte per huisarts-eigenaar * aantal huisartseigenaren = fte huisarts-eigenaar per praktijk.

Berekening van fte in praktijken zonder huisarts-eigenaar

Omdat in de tariefberekening alle onderdelen (normatieve arbeidskostencomponent voor de huisarts-eigenaar, praktijkkostenbestanddeel en productie) per fulltime werkzame huisarts-eigenaar zijn opgenomen is het noodzakelijk het aantal fte huisarts-eigenaar per praktijk te bepalen. Er bevinden zich echter 9 praktijken in de steekproef zonder huisarts-eigenaar. Omdat de berekeningen voor de herijking deels afhankelijk zijn van het aantal fte huisarts-eigenaar in een praktijk, kunnen deze praktijken niet zonder meer worden meegenomen in de herijking. Daarom hebben wij normatief berekend welk aantal fte huisarts-eigenaar deze praktijken zouden hebben, gegeven het aantal ingeschreven verzekerden van deze praktijken. Voor deze praktijken zijn fte's huisarts-eigenaar opgevoerd naar rato van het aantal ingeschreven verzekerden per subpopulatie.

Voorbeeld: wanneer er gemiddeld 2,0 fte huisarts-eigenaar in de subpopulatie middelgrote praktijk werkzaam is en het gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden in deze subpopulatie is 4.400, dan rekenen we voor een praktijk zonder huisarts-eigenaar in de categorie middelgrote praktijken met 4.000 ingeschreven verzekerden $1,81$ fte ($2 * (4.000/4.400)$) toe.

De praktijkkosten zoals uitgevraagd in dit onderzoek bestaan uit alle praktijkkosten exclusief alle inkomenscomponenten van de huisarts-eigenaar. Hier wordt namelijk een normatieve arbeidskostenvergoeding in het tarief voor opgenomen. Om te voorkomen

dat de functie van praktijkeigenaar ten dele dubbel wordt vergoed in het tarief dienen we bij de praktijken zonder huisarts-eigenaar de personeelskosten te corrigeren. Daartoe trekken we een bedrag van de kosten af ter grootte van het aantal vastgestelde fte huisarts-eigenaar maal het jaarinkomen van een fulltime senior hidha van € 89.828.

Het jaarinkomen van een fulltime senior hidha is als volgt bepaald⁸:

- jaarinkomen hidha functie-eindsalaris (€ 77.835);
- vakantietoeslag (8%);
- eindejaarsuitkering (1,75%);
- maximum vergoeding persoonlijk gemaakte kosten ten behoeve van functie-uitoefening (€ 4.202);
- tegemoetkoming in de ziektekosten (€ 201,72).

⁸ Cao Huisarts in dienst bij een huisarts 1 april 2014 - 30 juni 2017

4. Resultaten kostenonderzoek

In dit hoofdstuk geven we de resultaten van het kostenonderzoek weer. Alle resultaten worden achtereenvolgens per praktijk, per 1.000 ingeschreven verzekerden en per fte huisarts-eigenaar weergegeven. De eerste twee paragrafen geven inzicht in de opbouw van de praktijk door achtereenvolgens de personele inzet en de inzet van de huisarts-eigenaar te beschrijven. Vervolgens worden de aantallen inschrijvingen, consulten en verrichtingen weergegeven, de praktijkopbrengsten, de praktijkkosten, het praktijkinkomen van de huisarts-eigenaar. Het hoofdstuk sluit af met de inschatting van de huisarts-eigenaar met betrekking tot kostentoerekening aan multidisciplinaire ketenzorg.

4.1 Personele inzet

Per praktijk is de personele inzet uitgedrukt in fte vastgesteld per praktijk, per 1.000 ingeschreven verzekerden en per huisarts-eigenaar. Hierbij is een onderscheid gemaakt in de volgende functies: hidha, vaste en incidentele waarnemer, poh-s, poh-ggz, assistent, praktijkmanager en overig (uitzendkracht en overige gesommeerd).

Volgens cao-bepalingen is voor de fte-omvang uitgegaan van een 40-urige werkweek voor een hidha en vaste en incidentele waarneming. Voor de overige functies is uitgegaan van een 38-urige werkweek.

In Tabel 10 is de personele inzet per praktijk weergegeven uitgedrukt in fte. De resultaten zijn per subpopulatie weergegeven. Daarnaast is er een gewogen gemiddelde voor de gehele steekproef weergegeven. De tabel geeft een beeld van de praktijksamenstelling en daarmee een beeld van de personeels-samenstelling van een gemiddelde praktijk per subpopulatie.

Tabel 10. Personele inzet per praktijk (in fte)

Categorie	Klein (fte)	Middel (fte)	Groot (fte)	Gewogen (fte)
Hidha	0,11	0,17	0,69	0,20
Vaste waarnemer	0,09	0,23	0,45	0,20
Incidenteel waarnemer	0,07	0,11	0,23	0,11
Poh-s	0,47	0,58	1,44	0,63
Poh-ggz	0,09	0,19	0,45	0,18
Assistent	1,27	1,90	4,41	1,94
Praktijkmanager	0,05	0,10	0,20	0,09
Assistent plus/Vplg spec	0,08	0,14	0,12	0,12
Haio	0,03	0,04	0,06	0,04
Overig personeel	0,08	0,10	0,37	0,12
Uitzendkracht & Gedetacheerd	0,02	0,01	0,06	0,02
Totaal	2,37	3,60	8,55	3,68

In tabel 11 is de personele inzet per 1.000 ingeschreven verzekerden weergegeven uitgedrukt in fte. De resultaten per subpopulatie zijn weergegeven. Daarnaast is er een gewogen gemiddelde voor de gehele steekproef weergegeven.

Tabel 11. Personele inzet per 1.000 verzekerden (in fte)

Categorie	Klein (fte)	Middel (fte)	Groot (fte)	Gewogen (fte)
Hidha	0,05	0,05	0,09	0,06
Vaste waarnemer	0,04	0,07	0,06	0,06
Incidenteel waarnemer	0,03	0,03	0,03	0,03
Poh-s	0,22	0,18	0,19	0,20
Poh-ggz	0,04	0,06	0,06	0,05
Assistent	0,59	0,59	0,57	0,59
Praktijkmanager	0,02	0,03	0,03	0,03
Assistent plus/Vplg spec	0,04	0,04	0,02	0,04
Haio	0,01	0,01	0,01	0,01
Overig personeel	0,03	0,03	0,05	0,03
Uitzendkracht & Gedetacheerd	0,01	0,00	0,01	0,01
Totaal	1,11	1,11	1,11	1,11

Wat opvalt in is dat de hoeveelheid personeel die ingezet wordt per 1.000 verzekerden gelijk is in de drie subpopulaties. Het opvallendste verschil is de inzet van huisartsenpersoneel (hidha, vaste waarnemers en incidentele waarnemers). Die is hoger in de subpopulatie middelgrote praktijken en beduidend hoger in de subpopulatie grote praktijken (respectievelijk 0,12, 0,15 en 0,18 fte). Dit verklaart voor een deel de verschillen tussen subpopulaties wanneer deze uitgedrukt zijn per fte huisarts-eigenaar. Een voorbeeld hiervan is het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts-eigenaar. Doordat er per 1.000 verzekerden meer huisartsenpersoneel werkzaam is kan één fte huisarts-eigenaar in een grote praktijk meer ingeschreven verzekerden bedienen.

In tabel 12 is de personele inzet per één fte huisarts-eigenaar weergegeven uitgedrukt in fte. De resultaten zijn per subpopulatie weergegeven. Daarnaast is er een gewogen gemiddelde voor de gehele populatie weergegeven.

Tabel 12. Personele inzet per fte huisarts-eigenaar (in fte)

Categorie	Klein (fte)	Middel (fte)	Groot (fte)	Gewogen (fte)
Hidha	0,10	0,12	0,24	0,13
Vaste waarnemer	0,09	0,16	0,15	0,13
Incidenteel waarnemer	0,06	0,08	0,08	0,07
Poh-s	0,42	0,38	0,47	0,41
Poh-ggz	0,08	0,13	0,15	0,11
Assistent	1,13	1,26	1,43	1,23
Praktijkmanager	0,04	0,07	0,06	0,06
Assistent plus/Vplg spec	0,07	0,09	0,04	0,08
Haio	0,02	0,03	0,02	0,03
Overig personeel	0,07	0,07	0,12	0,07
Uitzendkracht & Gedetacheerd	0,02	0,00	0,02	0,01
Totaal	2,11	2,39	2,77	2,32

Tabel 12 laat zien dat een fte huisarts-eigenaar zich in een grote praktijk het meest laat ondersteunen door personeel, gevolgd door de middelgrote praktijken en de kleine

praktijken. Dit verschil is relatief het grootst voor de huisartsenfuncties (hidha en waarneming).

Tabel 13 toont de gemiddelde totale personeelskosten per fte per functie. Dit betreft het fiscaal loon incl. afgedragen pensioenpremie en/of de kosten voor inhuur.

Voor de bepaling van de fte-omvang is conform cao-bepalingen uitgegaan van een 40-urige werkweek voor een hidha en vaste en incidentele waarneming. Voor de overige functies is uitgegaan van een 38-urige werkweek.

Tabel 13. Gemiddelde personeelskosten per fte per functie

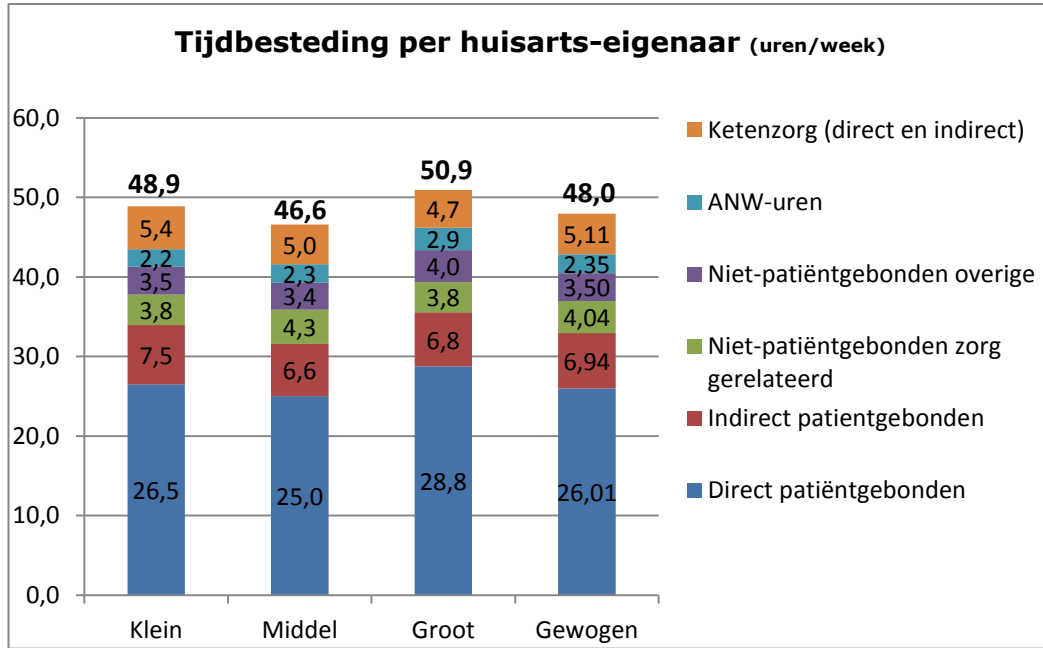
Categorie	Personeelskosten
Hidha	€ 112.975
Vaste waarnemer	€ 118.690
Incidenteel waarnemer	€ 118.520
Poh-s	€ 52.570
Poh-ggz	€ 71.972
Assistent	€ 39.566
Praktijkmanager	€ 59.096
Assistent plus / Vplg spec	€ 53.622
Haio	€ 2.498

4.2 Inzet huisarts-eigenaar

Huisartseigenaren zijn gevraagd een schatting te maken van het gemiddeld aantal bestede uren per week aan verschillende categorieën van activiteiten over 2015. Figuur 3 geeft de gemiddeld opgegeven tijdbesteding per huisarts-eigenaar weer in uren per week. Dit is het werkelijk aantal bestede uren van huisarts-eigenaren, ongecorrigeerd voor het aantal fte dat men werkt. Dit betekent dat alle opgegeven uren per huisarts-eigenaar (persoon) zijn gemiddeld. De resultaten worden weergegeven per subpopulatie en het gewogen gemiddelde van de steekproef. Boven de kolommen is het totaal aantal bestede uren weergegeven. Deze waarden zijn, in tegenstelling tot de overige resultaten, gebaseerd op 204 praktijken. Bij de 9 praktijken die geen huisarts-eigenaar hebben is geen tijdbesteding ingevuld.

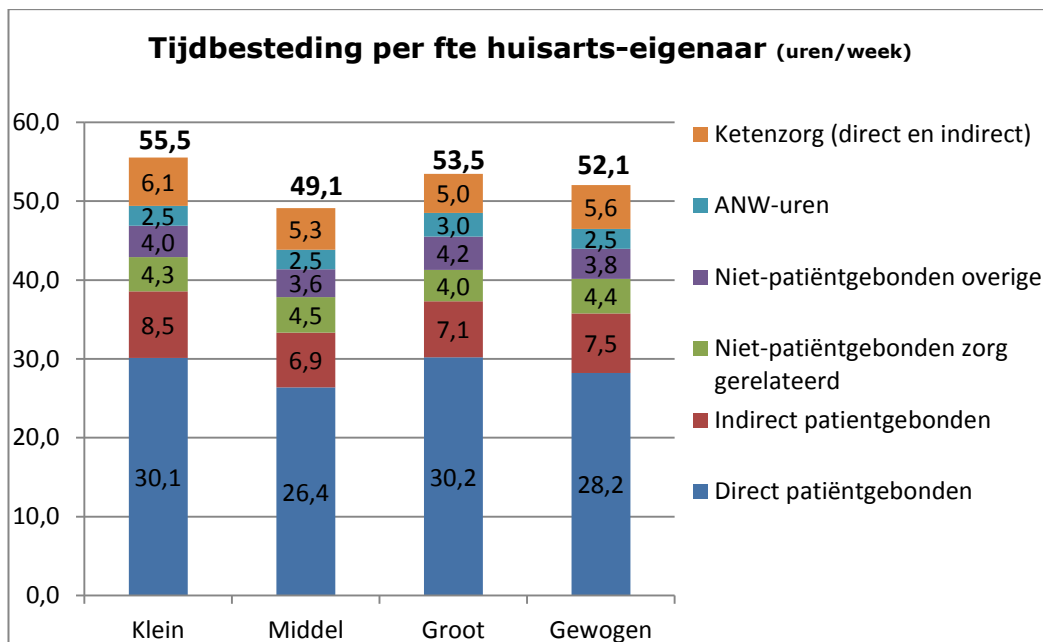
In figuur 4 is gecorrigeerd voor de hoeveelheid fte dat een huisarts-eigenaar werkzaam is. Om dit te bepalen is eerst per subpopulatie de gemiddelde urenbesteding bepaald. Vervolgens is per subpopulatie de opgegeven uren per categorie gedeeld door het gemiddelde aantal fte van die subpopulatie. Vervolgens is op basis van de uitkomsten per subpopulatie het gewogen gemiddelde uitgerekend. De resultaten geven daarmee de gemiddelde tijdbesteding per week weer van een gemiddelde huisarts-eigenaar die één fte werkt (volgens de gehanteerde fte definitie).

Figuur 3. Tijdbesteding van de huisarts-eigenaar per huisarts-eigenaar



De huisartseigenaren besteden in totaal gemiddeld 47,95 uur per week per persoon, waarvan 28,71 uur aan direct patiëntgebonden activiteiten (waarvan 2,70 uur multidisciplinaire ketenzorg). Indirect patiëntgebonden activiteiten beslaan gemiddeld 8,38 uur per week (waarvan 1,44 uur multidisciplinaire ketenzorg). Aan niet-patiëntgebonden besteden huisartseigenaren gemiddeld 8,52 uur (waarvan 0,97 uur multidisciplinaire ketenzorg) per week. 2,35 uur wordt aan anw-diensten besteed. In grote praktijken besteedt een huisarts-eigenaar gemiddeld de meeste tijd, 50,94 uur per week. Bij elkaar besteedt een huisartseigenaar gemiddeld 42,8 uur per week aan basiszorg en 5,11 uur aan multidisciplinaire ketenzorg. In grote praktijken besteedt een huisarts-eigenaar gemiddeld de meeste tijd, 50,9 uur per week. Bij elkaar besteedt een huisartseigenaar gemiddeld 5,11 uur per week aan multidisciplinaire ketenzorg.

Figuur 4. Tijdbesteding van de huisarts-eigenaar per fte huisarts-eigenaar



Per fte besteden huisartseigenaren gemiddeld in totaal 52,05 uur per week, waarvan 31,16 uur (waarvan 2,93 uur multidisciplinaire ketenzorg) aan direct patiëntgebonden activiteiten. Aan indirect patiëntgebonden tijd wordt 7,54 uur besteed (waarvan 1,57 uur multidisciplinaire ketenzorg). Aan niet-patiëntgebonden tijd wordt in totaal 9,23 uur (waarvan 1,05 uur multidisciplinaire ketenzorg) besteed. 2,54 uur wordt aan anw-diensten besteed. Bij elkaar besteedt een huisartseigenaar per fte gemiddeld 5,55 uur per week aan multidisciplinaire ketenzorg.

In kleine praktijken besteedt een huisarts gemiddeld per fte de meeste tijd, 55,52 uur per week.

4.3 Aantallen inschrijvingen en verrichtingen

Het aantal ingeschreven verzekerden geeft inzicht in de omvang van de praktijk. Tabel 14 geeft het aantal inschrijvingen per praktijk (kolom twee) en per fte huisarts-eigenaar (kolom drie). In de vierde kolom wordt de betrouwbaarheid van het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts-eigenaar weergegeven.

Tabel 14. Aantal ingeschreven verzekerden per praktijk en per fte huisarts-eigenaar

	Per praktijk	Per fte huisarts-eigenaar	Betrouwbaarheid
Aantal ingeschreven verzekerden	3.317	2.095	120

In tabel 15 worden de aantallen ingeschreven verzekerden per huisarts (niet enkel huisarts-eigenaar) weergegeven. In de tweede kolom worden het aantal inschrijvingen weergegeven per enkel de huisarts-eigenaar. In de derde kolom per zowel de huisarts-eigenaar en huisartsen in dienst van een andere huisarts (hidha). De vierde kolom geeft het aantal inschrijvingen weer voor alle huisartsfuncties binnen de praktijk (huisarts-eigenaar, hidha, en structurele waarneming) exclusief de incidentele waarneming.

Tabel 15. Aantal ingeschreven verzekerden per huisarts per fte huisarts-eigenaar

Subpopulatie	Per eigenaar	Per eigenaar en hidha	Per eigenaar, hidha en structurele waarneming
Klein	1.908	1.749	1.633
Middel	2.147	1.992	1.810
Groot	2.500	2.323	2.220
Gewogen	2.095	1.936	1.788

Doordat er personeel in dienst is die ook de functie huisarts bekleedt, is het aantal ingeschreven verzekerden gemiddeld beduidend lager wanneer het aantal ingeschreven verzekerden per alle huisartsen wordt bepaald. Wat hierbij opvalt is dat het verschil tussen klein, middel en grote praktijken afneemt in kolom drie en vier. Dit betekent dat er verhoudingsgewijs meer fte hidha en/of structurele waarneming per fte huisarts-eigenaar in dienst zijn in middelgrote en grote praktijken. Per 1.788 ingeschreven verzekerden is er één fte huisarts (niet zijnde incidentele waarnemer) werkzaam.

Om het totaal aantal consulten per huisarts te kunnen bepalen zijn de consulten op basis van de weegfactor van de NZa-beleidsregel onderling gewogen. In tabel 16 is weergegeven op welke wijze een verrichting gewogen is.

Tabel 16. Weegfactor per prestatie

Prestatie	Weegfactor
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult 20 minuten of langer	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
E-mailconsult	0,5
Telefonisch consult	0,5
Vaccinatie	0,5

In tabel 17 zijn de gewogen huisartsenconsulten weergegeven per praktijk, per fte huisarts-eigenaar en per 1.000 verzekerden. In de vijfde kolom is de spreiding aangegeven in de vorm van de betrouwbaarheid. Conform de weegfactoren in tabel 16 telt in onderstaande tabel een consult >20 minuten als 2 (basis)consulten, een visite <20 minuten als 1,5 consult etc.

Tabel 17. Overzichtstabel aantallen gewogen huisartsenconsulten

Categorie	Per praktijk	Per fte huisarts-eigenaar	Per 1.000 verzekerden	Betrouwbaarheid
consult	7.029	4.439	2.119	89
consult >20 minuten	3.728	2.401	1.153	68
visite	527	338	162	13
visite >20 minuten	749	493	238	16
telefonisch consult	2.001	1.285	615	33
vaccinatie	3	2	1	0,2
e-mailconsult	14	8	4	0,8
Som van alle consulten*	14.051	8.966	4.291	170

* Dit zijn alle basis huisartsenconsulten (excl. passanten en militairen) omgerekend naar één basis huisartsenconsult. Dit betekent dat een dubbel consult wordt gerekend als twee basis huisartsenconsulten.

Naast de bovenstaande aantallen consulten zijn de prestaties waarvan de tarieven zijn gekoppeld aan het consult- of passanttarief omgerekend naar consulten. Dit aantal is uitgerekend door de totale omzet van deze prestaties te delen door het consulttarief. Per praktijk is dit gemiddeld 3.085 consulten, per fte huisarts-eigenaar 1.198 consulten en per 1.000 verzekerden 958 consulten.

4.4 Praktijkopbrengsten

Deze paragraaf beschrijft de gemiddelde opbrengsten van de huisartsenzorg. De specificatie van de opbrengsten is gebaseerd op de gangbare administratievoering van 'opbrengstenstromen' binnen de praktijken. Het overgrote deel van de opbrengsten verloopt via declaraties aan verzekeraars/patiënten. Deze opbrengstenstroom laat zich goed specificeren op basis van de Vektis- en/of HIS-gegevens.

Een relatief kleiner deel van de opbrengsten verloopt via andere administratieve stromen zoals gelden uit het Rijksvaccinatieprogramma (griep), uurdeclaraties voor diensten bij huisartsenposten, opbrengsten uit zorggroepen in het kader van multidisciplinaire ketenzorg. De wijze van administratievoering (rubricering) is de basis geweest voor de vaste indeling in de vragenlijst en de specificatie mogelijkheid in het onderzoek.

Daarnaast had men de mogelijkheid om vrije invulvelden te gebruiken. Hierin is een grote diversiteit van verschillende opbrengsten opgenomen. Onder andere zijn hierin opgenomen opbrengsten voor inlichtingen, keuringen, bevolkingsonderzoek, uitstrijkjes, reizigersadvisering, subsidies, opleidingsgeld AIO, vacatiegeld.

De overige opbrengsten zijn, op basis van tekstanalyse van de vrij ingevulde velden, gecategoriseerd als 1) verrichtingen gekoppeld aan consult (109x), 2) passanten/militair en/of gemoedsbezwaarde (29x), 3) overige opbrengsten (289x) of 4) een tegemoetkoming in de kosten (24x). Op deze manier zijn 451 vrij ingevulde velden onder gebracht onder één van deze categorieën.

Alle opbrengsten zijn vervolgens naar segmenten ingedeeld. Tabel 18 laat de opbrengsten zien per praktijk (kolom twee) per fte huisarts-eigenaar (kolom drie) en per 1.000 verzekerden (kolom 4).

Tabel 18. Overzichtstabel opbrengsten naar segmenten

Opbrengsten naar segmenten			
Categorie	Per praktijk	Per fte huisartseigenaar	per 1000 verzekerden
Huisartsdienststructuren	€ 18.587	€ 12.121	€ 5.830
Declaraties anw vanuit zorgverzekeraar	€ 46	€ 33	€ 16
S1			
Inschrijvingen	€ 217.983	€ 137.906	€ 65.858
Consulten en visites (huisarts)	€ 127.017	€ 81.049	€ 38.786
Passanten en militairen	€ 1.917	€ 1.288	€ 627
POH-GGZ	€ 25.011	€ 15.451	€ 7.325
S1 prestaties (chirurgie etc.)	€ 16.274	€ 10.484	€ 5.020
Buiten segmenten (keuringen etc.)	€ 11.617	€ 7.578	€ 3.642
S2			
- inkomsten zorggroep	€ 53.311	€ 33.603	€ 16.055
- GEZ (ontvangen van verzekeraar)	€ 584	€ 208	€ 86
- multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar)	€ 607	€ 348	€ 162
S3			
- POH-S	€ 16.455	€ 10.283	€ 4.897
- resultaat beloning	€ 11.066	€ 6.965	€ 3.309
- zorgvernieuwing	€ 12.236	€ 7.021	€ 3.266
- Buiten segmenten	€ 12.338	€ 7.979	€ 3.830
Overig			
Overige declaraties (verloskunde)	€ 18	€ 16	€ 8
Overige inkomsten (nevenactiviteiten)	€ 16.138	€ 10.694	€ 5.169
Totale opbrengsten	€ 541.203	€ 343.024	€ 163.886

Gemiddeld wordt 3% van de totale opbrengsten verdiend met anw-verrichtingen. Het overgrote deel, 74% van de totale opbrengsten haalt een praktijk uit segment 1. Uit zowel

segment 2 en segment 3 wordt respectievelijk 9,9% en 9,3% van de totale opbrengsten behaald. Een huisartsenpraktijk heeft gemiddeld 3% overige opbrengsten.

In tabel 19 zijn de praktijkopbrengsten per 1.000 ingeschreven verzekerden weergegeven per subpopulatie. In de vijfde kolom is het gewogen gemiddelde voor de gehele populatie weergegeven. De zesde kolom geeft per opbrengstcategorie de betrouwbaarheid van het gemiddelde weer.

Tabel 19. Praktijkopbrengsten naar segmenten per 1.000 verzekerden

Praktijkopbrengsten per 1000 verzekerden					
Categorie	Klein	Middel	Groot	Gewogen	Betrouwb.
Huisartsendienstenstructuren	€ 6.422	€ 5.607	€ 4.811	€ 5.830	€ 289
Declaraties anw vanuit zorgverzekeraar	€ 32	€ 6	€ 11	€ 16	€ 5
S1					
Inschrijvingen	€ 66.458	€ 65.509	€ 65.385	€ 65.858	€ 222
Consulten en visites (huisarts)	€ 40.206	€ 38.181	€ 36.660	€ 38.786	€ 916
Passanten en militairen	€ 859	€ 482	€ 492	€ 627	€ 124
POH-GGZ	€ 6.490	€ 7.793	€ 8.060	€ 7.325	€ 559
S1 prestaties (chirurgie etc.)	€ 5.092	€ 5.121	€ 4.315	€ 5.020	€ 377
Buiten segmenten (keuringen etc.)	€ 3.915	€ 3.591	€ 2.935	€ 3.642	€ 461
S2					
- inkomsten zorggroep	€ 16.711	€ 15.417	€ 16.711	€ 16.055	€ 1.012
- GEZ (ontvangen van verzekeraar)	€ 0	€ 34	€ 617	€ 86	€ 52
- multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar)	€ 102	€ 186	€ 254	€ 162	€ 121
S3					
- POH-S	€ 4.766	€ 4.926	€ 5.213	€ 4.897	€ 527
- resultaat beloning	€ 2.862	€ 3.688	€ 3.116	€ 3.309	€ 368
- zorgvernieuwing	€ 2.121	€ 3.723	€ 5.125	€ 3.266	€ 544
- Buiten segmenten	€ 4.104	€ 3.734	€ 3.324	€ 3.830	€ 322
Overig					
Overige declaraties (verloskunde)	€ 22	€ 0	€ 0	€ 8	€ 4
Overige inkomsten (nevenactiviteiten)	€ 6.132	€ 4.711	€ 3.945	€ 5.169	€ 1.020
Totale opbrengsten	€ 166.293	€ 162.707	€ 160.975	€ 163.886	€ 2.371

Wat in de tabel opvalt is dat in de subpopulatie kleine praktijken per 1.000 ingeschreven verzekerden de meeste opbrengsten worden behaald, gevolgd door de subpopulatie middelgrote praktijken en het minste in de subpopulatie grote praktijken. Dit verschil wordt in grote mate veroorzaakt door de opbrengsten uit hds'en en nevenactiviteiten.

Tabel 20 toont de opbrengsten per subpopulatie op het niveau van één fte huisarts-eigenaar. In de vijfde kolom is het gewogen gemiddelde voor de gehele populatie weergegeven. De zesde kolom geeft per opbrengstcategorie de betrouwbaarheid van het gemiddelde weer.

Tabel 20. Praktijkopbrengsten naar segmenten per fte huisarts-eigenaar

Praktijkopbrengsten per fte huisartseigenaar					
Categorie	Klein	Middel	Groot	Gewogen	Betrouwb.
Huisartsdienstenstructuren	€ 12.255	€ 12.039	€ 12.029	€ 12.121	€ 894
Declaraties anw vanuit zorgverzekeraar	€ 62	€ 12	€ 28	€ 33	€ 11
S1					
Inschrijvingen	€ 126.833	€ 140.651	€ 163.495	€ 137.906	€ 7.850
Consulten en visites (huisarts)	€ 76.733	€ 81.978	€ 91.667	€ 81.049	€ 5.099
Passanten en militairen	€ 1.640	€ 1.035	€ 1.230	€ 1.288	€ 301
POH-GGZ	€ 12.385	€ 16.733	€ 20.154	€ 15.451	€ 1.671
S1 prestaties (chirurgie etc.)	€ 9.718	€ 10.994	€ 10.790	€ 10.484	€ 1.118
Buiten segmenten (keuringen etc.)	€ 7.472	€ 7.709	€ 7.340	€ 7.578	€ 1.007
S2					
- inkomsten zorggroep	€ 31.893	€ 33.100	€ 41.785	€ 33.603	€ 2.704
- GEZ (ontvangen van verzekeraar)	€ 0	€ 73	€ 1.543	€ 208	€ 106
- multidisciplinaire zorg (ontvangen van verzekeraar)	€ 194	€ 400	€ 636	€ 348	€ 239
S3					
- POH-S	€ 9.096	€ 10.576	€ 13.034	€ 10.283	€ 1.949
- resultaat beloning	€ 5.462	€ 7.918	€ 7.792	€ 6.965	€ 910
- zorgvernieuwing	€ 4.047	€ 7.994	€ 12.815	€ 7.021	€ 1.462
- Buiten segmenten	€ 7.832	€ 8.016	€ 8.312	€ 7.979	€ 1.311
Overig					
Overige declaraties (verloskunde)	€ 42	€ 0	€ 0	€ 16	€ 9
Overige inkomsten (nevenactiviteiten)	€ 11.702	€ 10.115	€ 9.865	€ 10.694	€ 2.227
Totale opbrengsten	€ 317.367	€ 349.342	€ 402.515	€ 343.024	€ 19.585

Tabel 20 laat zien dat de hoogte van de opbrengsten per fte huisarts-eigenaar wel uiteenloopt tussen de subpopulaties. Eén verklaring hiervoor is dat er in de subpopulatie grote praktijken meer (huisartsen)personeel per fte huisarts-eigenaar werkzaam is. Hierdoor is een gemiddelde fte huisarts-eigenaar in de middelgrote en grote praktijken is staat meer ingeschreven verzekerden te hebben.

Wanneer de tabellen 19 en 20 worden gecombineerd valt op dat kleine praktijken gemiddeld de meeste opbrengsten behalen per 1.000 verzekerden, maar per fte huisarts-eigenaar het minste. De grote praktijken zetten gemiddeld het minst om per 1.000 verzekerden maar hebben per fte-huisartseigenaar de hoogste opbrengsten. Dit is te verklaren doordat er in de middelgrote en grote praktijken meer verzekerden per fte-huisartseigenaar ingeschreven staan. Of andersom geredeneerd, per 1.000 verzekerden zijn er minder fte huisarts-eigenaren werkzaam bij middelgrote en grote praktijken. Dit

wordt binnen deze praktijken opgevangen door de inzet van meer personeel.

4.5 Praktijkkosten

In deze paragraaf worden de gemiddelde praktijkkosten per kostencategorie beschreven. Allereerst is een overzichtstabel opgenomen waarin de kosten per praktijk, per fte huisarts-eigenaar en per 1.000 verzekerden zijn weergegeven. Vervolgens worden de praktijkkosten per subpopulatie weergegeven per fte huisarts-eigenaar en per 1.000 verzekerden.

Tabel 21 is een overzichtstabel waarin de praktijkkosten per praktijk, per fte huisarts-eigenaar en per 1.000 verzekerden worden weergegeven.

Tabel 21. Overzichtstabel praktijkkosten

Praktijkkosten			
Categorie	Per praktijk	Per fte Huisartseigenaar	Per 1000 verzekerden
Personeelskosten	€ 136.617	€ 84.730	€ 40.305
Kosten voor inhuur*	€ 55.489	€ 34.839	€ 16.555
Kosten personeelsadministratie	€ 980	€ 649	€ 314
Overige personeelskosten	€ 8.750	€ 5.170	€ 2.411
Onderhoud van instrumenten en apparatuur	€ 845	€ 522	€ 247
Inkoop geneesmiddelen en verband**	€ 3.751	€ 2.364	€ 1.130
Afschrijvingen	€ 13.618	€ 9.022	€ 4.351
Huisvesting	€ 27.598	€ 16.919	€ 8.019
Autokosten / vervoerskosten	€ 2.558	€ 1.699	€ 822
Kantoorkosten	€ 19.426	€ 12.362	€ 5.911
Algemene kosten	€ 20.684	€ 13.491	€ 6.486
Overige kosten	€ 8.392	€ 5.393	€ 2.609
Som der financiële baten en lasten	€ 1.939	€ 1.249	€ 595
Totale kosten	€ 300.647	€ 188.410	€ 89.756

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek. Dit betekent dat mogelijk een deel van deze kosten als algemene- en/of overige kosten zijn opgenomen

Tabel 22 toont de praktijkkosten per 1.000 ingeschreven verzekerden. In kolom twee tot en met vier zijn de resultaten per subpopulatie weergegeven. De vijfde kolom laat het gewogen gemiddelde per kostencategorie zien. De zesde kolom laat de betrouwbaarheid van het gemiddelde zien.

Tabel 22. Praktijkkosten per 1.000 ingeschreven verzekerden

Praktijkkosten per 1000 verzekerden					
Categorie	Klein	Middel	Groot	Gewogen	Betrouwb.
Personeelskosten	€ 39.340	€ 39.924	€ 45.365	€ 40.305	€ 2.108
Kosten voor inhuur*	€ 14.700	€ 18.045	€ 16.145	€ 16.555	€ 1.472
Kosten personeelsadministratie	€ 398	€ 264	€ 258	€ 314	€ 45
Overige personeelskosten	€ 1.400	€ 3.029	€ 3.073	€ 2.411	€ 363
Onderhoud van instrumenten en apparatuur	€ 188	€ 290	€ 250	€ 247	€ 63
Inkoop geneesmiddelen en verband**	€ 1.200	€ 1.064	€ 1.191	€ 1.130	€ 111
Afschrijvingen	€ 4.837	€ 4.253	€ 3.120	€ 4.351	€ 498
Huisvesting	€ 7.328	€ 8.226	€ 9.449	€ 8.019	€ 562
Autokosten / vervoerskosten	€ 1.010	€ 721	€ 638	€ 822	€ 210
Kantoorkosten	€ 6.042	€ 5.868	€ 5.655	€ 5.911	€ 396
Algemene kosten	€ 7.030	€ 6.342	€ 5.269	€ 6.486	€ 626
Overige kosten	€ 3.514	€ 1.877	€ 2.838	€ 2.609	€ 499
Som der financiële baten en lasten	€ 497	€ 702	€ 443	€ 595	€ 254
Totale kosten	€ 87.485	€ 90.606	€ 93.694	€ 89.756	€ 2.863

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek. Dit betekent dat mogelijk een deel van deze kosten als algemene- en/of overige kosten zijn opgenomen.

Tabel 22 laat zien dat hoe groter de praktijk des te groter de totale praktijkkosten zijn per 1.000 ingeschreven verzekerden. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere personeelskosten en huisvestingskosten. Voor de overige kosten geldt grofweg dat de middelgrote praktijken minder kosten hebben dan de kleine praktijken en grote praktijken minder kosten dan de middelgrote praktijken. Dat de huisvestingskosten hoger zijn per 1.000 ingeschreven verzekerden kan een gevolg zijn van het feit dat er bij grote praktijken per 1000 verzekerden meer personeel in dienst is (en dus gehuisvest moet worden).

Tabel 23. Praktijkkosten per fte huisarts-eigenaar

Praktijkkosten per fte huisartseigenaar					
Categorie	Klein	Middel	Groot	Gewogen	Betrouwb.
Personeelskosten	€ 75.080	€ 85.720	€ 113.434	€ 84.730	€ 9.947
Kosten voor inhuur*	€ 28.055	€ 38.744	€ 40.370	€ 34.839	€ 4.671
Kosten personeelsadministratie	€ 760	€ 567	€ 645	€ 649	€ 110
Overige personeelskosten	€ 2.672	€ 6.504	€ 7.684	€ 5.170	€ 940
Onderhoud van instrumenten en apparatuur	€ 359	€ 623	€ 626	€ 522	€ 131
Inkoop geneesmiddelen en verband**	€ 2.290	€ 2.285	€ 2.979	€ 2.364	€ 302
Afschrijvingen	€ 9.231	€ 9.132	€ 7.801	€ 9.022	€ 1.305
Huisvesting	€ 13.986	€ 17.663	€ 23.626	€ 16.919	€ 1.628
Autokosten / vervoerskosten	€ 1.928	€ 1.548	€ 1.594	€ 1.699	€ 566
Kantoorkosten	€ 11.531	€ 12.599	€ 14.140	€ 12.362	€ 1.180
Algemene kosten	€ 13.417	€ 13.617	€ 13.175	€ 13.491	€ 1.675
Overige kosten	€ 6.706	€ 4.029	€ 7.097	€ 5.393	€ 1.113
Som der financiële baten en lasten	€ 949	€ 1.507	€ 1.109	€ 1.249	€ 740
Totale kosten	€ 166.963	€ 194.537	€ 234.281	€ 188.410	€ 15.518

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek. Dit betekent dat mogelijk een deel van deze kosten als algemene- en/of overige kosten zijn opgenomen.

Tabel 23 laat eveneens zien dat het verschil in praktijkkosten per fte huisarts-eigenaar tussen kleine, middelgrote en grote praktijken voornamelijk bestaat uit de personeelskosten.

4.6 Praktijkresultaat

Tabel 24 toont het gemiddelde behaalde praktijkresultaat per subpopulatie per 1.000 verzekerden. Het resultaat is opgebouwd uit de totale praktijkopbrengsten minus de totale praktijkkosten. De kolommen twee tot en met vier geven de resultaten per subpopulatie weer. Kolom vijf geeft het gewogen gemiddelde voor alle praktijken.

Tabel 24. Praktijkresultaat per 1000 verzekerden

Praktijkresultaat per 1000 verzekerden				
	Klein	Middel	Groot	Gewogen
Totale opbrengsten	€ 166.293	€ 162.707	€ 160.975	€ 163.886
Totale kosten	€ 87.485	€ 90.606	€ 93.694	€ 89.756
Praktijkresultaat*	€ 78.808	€ 72.101	€ 67.265	€ 74.128**

* Dit is het totale praktijkresultaat inclusief anw-opbrengsten

** Dit praktijkresultaat is berekend door het gewogen gemiddelde te nemen van het praktijkresultaat per subpopulatie. Het gewogen gemiddelde van de totale opbrengsten minus de gewogen gemiddelde van de totale kosten is hoger (€2) door afrondingsverschillen.

Wat opvalt in tabel 24 is dat het praktijkresultaat per 1.000 verzekerden bij de kleine praktijken het hoogst is, gevolgd door de middelgrote praktijken en de grote praktijken. Dit hogere resultaat komt voort uit zowel hogere opbrengsten als lagere kosten per 1.000 ingeschreven verzekerden.

Tabel 25. Praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar

Praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar				
	Klein	Middel	Groot	Gewogen
Praktijkresultaat	€ 150.404	€ 154.805	€ 168.194	€ 154.610
Praktijkresultaat excl. opbrengsten anw	€ 138.087	€ 142.754	€ 156.137	€ 142.456

Wanneer de tabellen 24 en 25 worden vergeleken blijkt dat, ondanks dat men binnen grote praktijken meer praktijkkosten maakt per 1.000 verzekerden, men per fte huisarts-eigenaar een hoger praktijkresultaat behaalt. Dit komt voort uit het feit dat er binnen de grote praktijken meer ingeschreven patiënten per fte huisarts-eigenaar zijn. Dit is te verklaren doordat er meer personeel huisartsenfuncties (hidha en waarneming) werkzaam is in de praktijk.

Samenvattend kan gezegd worden dat een kleine praktijk gemiddeld meer opbrengsten behaalt en minder kosten maakt per verzekerde. De hogere kosten per verzekerde van grotere praktijken bestaan voornamelijk uit personeelskosten van huisartspersoneel (hidha en waarneming) en huisvestingskosten. Hierdoor is een fte huisarts-eigenaar in een grote praktijk in staat om een groter aantal verzekerden te bedienen. Dit hoger aantal verzekerden compenseert in ruime mate de hogere kosten per 1.000 verzekerden waardoor het praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar in de grote praktijken hoger uitvalt.

4.7 Toerekening multidisciplinaire ketenzorg

Om een alternatief te onderzoeken voor het evenredig aan de omzet toerekenen van kosten aan segment 2 is in dit kostenonderzoek aan huisartsen gevraagd welke kosten zij zelf denken te maken voor multidisciplinaire ketenzorg. Hiervoor is van de huisartsen een inschatting gevraagd hoeveel tijd zijzelf en het personeel besteden aan multidisciplinaire ketenzorg. In tabel 26 zijn de resultaten van de toerekening van praktijkkosten aan multidisciplinaire ketenzorg weergegeven op het niveau van één fte huisarts-eigenaar. In de eerste regel zijn de totale praktijkkosten die door de huisarts

toegerekend worden aan multidisciplinaire ketenzorg weergegeven. Dit is het gewogen gemiddelde van alle praktijken die aangeven kosten te kunnen toerekenen aan multidisciplinaire ketenzorgactiviteiten (188 van de 213 praktijken). De tweede regel geeft de totale overige praktijkkosten (niet zijnde personeel) die de huisarts toerekent aan multidisciplinaire ketenzorg (170 van de 213 praktijken). De derde regel is het gemiddelde van alle personeelskosten die per functie toegerekend zijn aan multidisciplinaire ketenzorg (185 van de 213 praktijken).

Regel vier toont de personeelskosten van de functie poh-s die worden toegerekend aan multidisciplinaire ketenzorg. Dit is het gewogen gemiddelde van alle praktijken die aangeven poh-s te hebben en die deze (ten dele) toerekenen aan multidisciplinaire ketenzorgactiviteiten (174 van de 213 praktijken).

Tabel 26. Aan multidisciplinaire ketenzorg toe te rekenen kosten, opgave huisarts

Aan multidisciplinaire ketenzorg toe te rekenen kosten (€)	
Categorie	Gewogen
Totale kosten toegerekend aan multidisciplinaire ketenzorg	€ 28.493
Totale overige praktijkkosten toegerekend aan multidisciplinaire ketenzorg (niet personeel)	€ 7.041
Personeelskosten per functie toegerekend aan multidisciplinaire ketenzorg	€ 21.137
Poh-s functie kosten toegerekend aan multidisciplinaire ketenzorg	€ 19.495

Tabel 26 laat zien dat de inschatting van de kosten van multidisciplinaire ketenzorg hoger is dan wanneer kosten conform de evenredige methode wordt toegerekend (€28.493 versus €26.238 volgens evenredige kostentoekening). Dit is ingevuld door 188 van de 213 praktijken. Van de totale praktijkkosten die toegerekend worden aan multidisciplinaire ketenzorg zijn volgens inschatting van de huisarts € 7.041 overige praktijkkosten (niet zijnde personeelskosten)

Het overgrote deel van de toegerekende kosten betreft personeelskosten poh-s. De inschatting van de huisarts is dat, wanneer men poh-s heeft en aangeeft deze in te zetten voor multidisciplinaire ketenzorg de poh-s voor 76,6% wordt ingezet voor multidisciplinaire ketenzorg. Dit is ingevuld door 174 van de 213 praktijken.

Ook is in het onderzoek gevraagd per kostencategorie een inschatting te maken van het aandeel multidisciplinaire ketenzorg in relatie tot de totale praktijkkosten. In tabel 27 zijn hiervan de resultaten weergegeven. In de tweede kolom staat het aantal praktijken dat een inschatting heeft gemaakt voor die kostencategorie. In de derde kolom is de gemiddelde procentuele verhouding van alle kostencategorieën weergegeven in relatie tot de totale kosten die toegerekend zijn aan multidisciplinaire ketenzorg. De vierde kolom laat zien welk percentage van de totale praktijkkosten men gemiddeld toerekent. Hiervoor zijn de percentages uitgerekend per praktijk en vervolgens gemiddeld. Dit betekent dat deze percentages niet optellen tot het percentage dat vermeld staat bij de totale kosten.

Tabel 27. Toerekening aan multidisciplinaire ketenzorg per kostenrubriek

Toerekening kosten aan multidisciplinaire ketenzorg, inschatting huisarts			
Categorie	N	% van totale multidisciplinaire ketenzorgkosten	% van totale praktijkkosten
Personeel in loondienst	160	54%	10%
Inhuur*	95	17%	6%
Personeelsadministratie	65	0%	0%
Overige personeelskosten	87	2%	1%
Instrumenten en apparatuur	53	0%	0%
Inkoop geneesmiddelen en verbruiksmateriaal**	78	1%	0%
Afschrijvingen	114	3%	1%
Huisvesting	143	9%	2%
Autokosten/vervoerskosten	40	0%	0%
Kantoor	141	6%	1%
Algemene kosten	131	5%	1%
Overige kosten	89	2%	1%
Totale kosten	188	100%	15%

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek.

Tabel 27 laat zien dat men inschat dat de kosten voor multidisciplinaire ketenzorg voornamelijk bestaan uit personeelskosten (73%) en huisvestingskosten (9%) en in mindere mate uit kantoorkosten (6%) en algemene kosten (5%).

In totaal schatten de huisartsen in dat zij circa 15% van de totale praktijkkosten toe moeten rekenen aan multidisciplinaire ketenzorg. Dit benadert de huidige methode van kostentoerekening conform de omzetverhouding, welke uitkomt op 14,3% van de totale praktijkkosten.

4.8 Inzet poh-ggz

De huidige bekostiging van poh-ggz gaat uit van een normatieve onderbouwing van zowel de kosten voor het personeel, de inzet van de huisarts als de infrastructurele kosten. In de huidige meting zijn de werkelijke kosten voor poh-ggz personeel inzichtelijk gemaakt.

Wat opvalt in de opgave van de huisarts met betrekking tot de inzet, kosten en opbrengsten poh-ggz in 2015 is het volgende.

- 186 van de 213 praktijken (87%) geven aan opbrengsten poh-ggz te hebben;
- 138 van de 213 praktijken (65%) geeft aan personeel in loondienst te hebben en/of in te huren die de functie poh-ggz heeft;
- 123 van de 213 praktijken (58%) geeft aan kosten te maken voor de inzet van de functie poh-ggz.

Huisartsenpraktijken die poh-ggz inzetten, zetten gemiddeld 0,17 fte⁹ (299,9 uur) poh-ggz per fte huisarts-eigenaar. In de gehele populatie is dit gemiddeld 0,11 fte (191,0 uur).

De kosten per fte huisarts-eigenaar bedragen € 12.088 (voor die huisartsen die poh-ggz inzetten en hier kosten voor opgeven). Wanneer de gemiddeld opgegeven kosten berekend worden voor alle praktijken is dit gemiddeld € 6.919.

Doordat slechts een beperkt aantal praktijken (123 van de 213 ofwel 58%) aangeeft zowel opbrengsten poh-ggz, inzet poh-ggz als kosten poh-ggz te hebben is het niet mogelijk op basis van dit onderzoek een eenduidige uitspraak te doen over hoeveel consulten, kosten en/of opbrengsten er per (fulltime) poh-ggz wordt behaald.

⁹ Voor de berekening van het aantal fte is uitgegaan van de cao-werkweek van 38 uur per week.

5. Vergelijking resultaten 2015 - 2010

De huisartsenzorg is de afgelopen jaren veranderd; huisartsen zijn meer andere zorg dan basiszorg gaan verlenen en hebben daarvoor meer ondersteunend personeel in dienst genomen. Het is daarom interessant om te zien hoe de inzet van personeel, productie, kosten en opbrengsten zich hebben ontwikkeld in de tijd. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van de resultaten van het onderzoek naar kosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken over 2009 en 2010 dat in 2012 is uitgevoerd¹⁰. Om een zuivere vergelijking te maken zijn in dit hoofdstuk de belangrijkste parameters per 1.000 ingeschreven verzekerden naast elkaar weergegeven¹¹.

5.1 Wijzigingen t.o.v. onderzoek 2012

De resultaten van het huidige onderzoek zijn om verschillende redenen niet zonder meer te vergelijken met de resultaten van het kostenonderzoek uit 2012. Naast de ontwikkelingen in de praktijk zijn er wijzigingen in de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd/gerapporteerd. Ten opzichte van het vorige onderzoek hebben de volgende wijzigingen plaatsgevonden:

Wijziging subpopulaties

In overleg met de klankbordgroep is er een andere keuze gemaakt dan in het onderzoek uit 2012 voor de onderscheiden subpopulaties. In het kostenonderzoek van 2012 zijn de subpopulaties ingedeeld naar hoeveel praktijkeigenaren er werkzaam waren binnen de praktijk. In het huidige onderzoek is de praktijkomvang (afgemeten in het aantal ingeschreven verzekerden) als indeling gebruikt.

Verschillen in rubricering

Voornamelijk ten aanzien van de kostenrubrieken kent het huidige onderzoek een andere indeling dan het vorige onderzoek. Dit komt voort uit het feit dat men in het huidige onderzoek heeft geprobeerd zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de administratie van de praktijken anno 2015 (o.b.v. de jaarrekening).

Aanpassing fte definitie

Voor het bepalen van het aantal fte huisarts-eigenaar/eigenaren is in 2012 de volgende methodiek gehanteerd:

1. bepalen aantal patiëntgebonden dagdelen (per week per huisarts eigenaar);
2. generieke opslag voor anw en niet-patiëntgebonden uren.

Ad 1. Bepalen aantal patiëntgebonden dagdelen

Voor elke huisarts-eigenaar is over 2009 en 2010 gevraagd naar het aantal 'werkdag-dagdelen' dat de huisarts-eigenaar gemiddeld per week in het betreffende jaar direct- en indirect-patiëntgebonden gewerkt heeft. Anw-diensten worden daarin niet meegerekend. Het maximum aantal dagdelen per werkweek is tien (vijf werkdagen van elk twee dagdelen). Tevens zijn in de uitvraag meegenomen de gewerkte periodes van het kalenderjaar.

¹⁰ Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg, Significant, 2012

¹¹ Omdat het begrip praktijk geen eenduidige definitie kent zijn de waarden per praktijk uit het onderzoek 2012 niet te vergelijken met de waarden per praktijk 2015.

Ad 2. Generieke opslag voor niet-patiëntgebonden dagdelen

De hierboven genoemde patiëntgebonden fte-factor is ten behoeve van de volledige fte-bepaling per huisarts-eigenaar verhoogd met een generieke opslag (in procenten) voor anw en niet-patiëntgebonden uren.

Op verzoek van de klankbordgroep is het effect bepaald van het hanteren van een andere fte definitie door de huidige definitie toe te passen op de onderzoeksgegevens van 2012. Uit deze impactanalyse bleek dat het gebruik van de in dit onderzoek gehanteerde fte definitie een licht positief effect heeft op het tarief. Deze definitie is in lijn met de huidige door de NZa eerstelijns breed gehanteerde definitie. Dit maakt het bepalen van het aantal werkzame fte beroepsbeoefenaren transparanter en eenduidiger.

5.2 Vergelijking tijdbesteding huisarts-eigenaar

In 2012 is de tijdbesteding over het eerste helft van 2011 uitgevraagd. In tabel 28 is de opgegeven tijdbesteding per huisarts-eigenaar (persoon) per week uit het onderzoek in 2012 naast de resultaten uit het huidige onderzoek gezet (onderzoeksjaar 2015).

Tabel 28. Tijdbesteding per huisarts-eigenaar (persoon)

Categorie	2015	2011
Direct patiëntgebonden	26,0	29,2
Indirect patiëntgebonden	6,9	6,0
Niet-patiëntgebonden	7,5	6,8
M&I en griepvaccinaties	-	1,9
Anw-uren	2,3	4,0
Multidisciplinaire ketenzorg (direct en indirect)	5,1	1,6
Totaal	48,0	49,6*

* Het totaal sluit niet volledig aan bij de onderliggende waarden vanwege eerdere afronding bij publicatie.

Een huisarts-eigenaar besteedt in 2015 per persoon gemiddeld minder uren per week aan zijn praktijk dan in 2010. Dit is ongecorrigeerd voor parttime werkende huisarts-eigenaren. Wanneer gecorrigeerd wordt voor parttime werkende huisarts-eigenaren, dus uitgedrukt per fte-huisartseigenaar is de tijdbesteding per week vrijwel gelijk gebleven. Ondanks dat de totale bestede tijd vrijwel gelijk is gebleven is de tijd besteed aan multidisciplinaire ketenzorg toegenomen.

Tabel 29. Tijdbesteding per fte huisarts-eigenaar

Categorie	2015	2011
Direct patiëntgebonden	28,2	30,9
Indirect patiëntgebonden	7,5	6,0
Niet-patiëntgebonden	8,2	7,2
M&I en griepvaccinaties	-	2,0
Anw-uren	2,5	4,3
Multidisciplinaire ketenzorg (direct en indirect)	5,6	1,7
Totaal	52,1	52,4*

* Het totaal sluit niet volledig aan bij de onderliggende waarden vanwege afronding ten behoeve van eerdere rapportage.

Gecorrigeerd voor parttime werkende huisarts-eigenaren, is de door een gemiddelde fte huisarts-eigenaar totaal bestede tijd per week nagenoeg gelijk gebleven (circa een half procent afgenomen). Hierbij moet worden opgemerkt dat deze grootheden niet direct met elkaar te vergelijken zijn vanwege het hanteren van een andere fte definitie (zie paragraaf 3.2). Wat tabel 29 wel aangeeft is dat mate van inzet (in tijd per week) van een huisarts-eigenaar die als volledig werkzaam wordt aangemerkt (1 fte) in zowel het onderzoek van 2012 als in dit onderzoek nagenoeg gelijk is.

5.3 Vergelijking inzet personeel

In 2012 is de inzet van personeel over de jaren 2009 en 2010 uitgevraagd. In tabel 29 is de inzet van personeel per 1.000 verzekerden in 2010 naast de resultaten uit dit onderzoek gezet.

Doordat niet elke functie als afzonderlijke functie in 2010 is uitgevraagd moet er enige voorzichtigheid betracht worden bij het vergelijken van de resultaten. Zo is van het vorig onderzoek bekend dat de vaste waarnemer in de meeste gevallen opgenomen zijn in de categorie hidha, wat heeft geleid tot zowel een kleine onderschatting (niet alle waarnemers opgenomen) als een overschatting (sommige hidha's zijn dubbel geteld). Daarnaast is in het huidige onderzoek de categorie overige personeel verder uitgesplitst in assistent plus, praktijkmanager et cetera.

Tabel 30. Inzet personeel per 1.000 verzekerden (in fte)

Categorie	2015 (fte)	2010 (fte)
Praktijkhouder*	-	0,03
Hidha	0,09	0,07
Vaste waarnemer	0,06	-
Incidenteel waarnemer	0,03	-
Poh-s	0,19	0,12
Poh-ggz	0,06	0,01
Assistent	0,57	0,54
Praktijkmanager	0,03	-
Ass plus / Vplg spec	0,02	-
Haio	0,01	-
Overig personeel	0,05	0,13
Uitzendkracht & gedetacheerd	0,01	-
Totaal	1,11	0,89

* De categorie praktijkhouder betref in het onderzoek 2012 een subpopulatie van praktijken zonder praktijkeigenaar. Deze subpopulatie is in dit onderzoek niet als zodanig onderscheiden.

In tabel 30 valt op dat er anno 2015 24,7% meer personeel per 1.000 ingeschreven verzekerden wordt ingezet in de praktijk dan in 2010. Deze toename is voornamelijk toe te schrijven aan de stijging van de inzet van huisartsenfuncties en praktijkondersteuners. Ook is er een lichte stijging te zien in de inzet van assistenten.

5.4 Vergelijking praktijkkosten

In tabel 31 zijn de gewogen gemiddelde praktijkkosten in 2010 naast de gewogen gemiddelde praktijkkosten uit het huidige onderzoek gezet. Hierbij is zo goed als mogelijk getracht de verschillende overeenkomende kostencategorieën naast elkaar te zetten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de resultaten 2012 gebaseerd zijn op het onderzoeksjaar 2010 op het prijspeil 2010. De resultaten van het huidige onderzoek zijn op het prijspeil 2015. Dit maakt de waarden in absolute zin onvergelijkbaar.

Tabel 31. Praktijkkosten per 1.000 verzekerden 2015 en 2010

2015			2010		
Categorie	Kosten	%	Categorie	Kosten	%
Personeelskosten	€ 40.305	44,9%	Personeelskosten	€ 50.090	62,0%
Kosten voor inhuur*	€ 16.555	18,4%			
Kosten personeelsadministratie	€ 314	0,4%			
Overige personeelskosten	€ 2.411	2,7%			
Onderhoud van instrumenten en apparatuur	€ 247	0,3%	Behandelkosten	€ 2.412	3,0%
Inkoop geneesmiddelen en verband**	€ 1.130	1,3%	Afschrijvingskosten	€ 166	0,2%
Afschrijvingen	€ 4.351	4,8%	Huisvestingskosten	€ 9.004	11,1%
Huisvesting	€ 8.019	8,9%	Vervoerskosten	€ 1.295	1,6%
Autokosten / vervoerskosten	€ 822	0,9%	Kosten ICT	€ 3.283	4,1%
Kantoorkosten	€ 5.911	6,6%	Algemene kosten	€ 12.571	15,6%
Algemene kosten	€ 6.486	7,2%			
Overige kosten	€ 2.609	2,9%	Financiële baten en lasten	€ 2.019	2,5%
Financiële baten en lasten	€ 595	0,7%			
Totale kosten	€ 89.756	100%	Totale kosten	€ 80.842	100%

* Dit betreft waarneming en externe inhuur

** Het is niet in alle gevallen mogelijk geweest specifieke kosten voor inkoop geneesmiddelen en verband toe te rekenen aan deze kostenrubriek. Dit betekent dat mogelijk een deel van deze kosten als algemene- en/of overige kosten zijn opgenomen.

Vanwege het verschil in prijspeil en het verschil in rubricering is het niet mogelijk kostencategorieën één-op-één met elkaar te vergelijken. Wat wel gezegd kan worden is dat er een lichte toename is in het aandeel personeelskosten in relatie tot de totale kosten. Het aandeel personeelskosten bedroeg in 2015 66,4% van de totale praktijkkosten en in 2010 62% van de totale praktijkkosten.

5.5 Vergelijking verrichtingen

In tabel 32 zijn de gewogen gemiddelde consulten in 2010 naast de gewogen gemiddelde consulten uit het huidige onderzoek gezet. Deze waarden zijn omgerekend naar één consult. Eén consult van 20 minuten of langer heeft hier dus per definitie de waarde 2.

Tabel 32. Aantal huisartsenconsulten per 1.000 verzekerden

Categorie	2015	2010
Consult huisarts	2.119	2.295
Consult huisarts >=20 minuten	1.153	397
Visite huisarts	162	134
Visite huisarts >=20 minuten	238	73
Telefonisch consult huisarts	615	1.055
Vaccinatie huisarts	1	4
E-mailconsult huisarts	4	2
Som van alle consulten	4.291	4.106

Tabel 32 laat zien dat er op totaalniveau een lichte toename is in het aantal consulten dat per 1.000 verzekerden wordt geleverd. Deze toename lijkt met name veroorzaakt te worden door een toename in de consulten van 20 minuten of langer. Het aantal telefonische consulten is fors afgenomen.

De waarde van de omzet uit overige S1 prestaties (verrichtingen als chirurgie, oogboring etc.), op gelijke wijze uitgedrukt in consultwaarde bedroeg in 2015 gemiddeld 1.198 consulten per fte huisarts-eigenaar. Dit aantal is niet te vergelijken met de uitkomsten van het praktijkkostenonderzoek in 2012 omdat deze prestaties voor 2015 nog geen gereguleerd tarief kenden.

6. Structureel tarief 2015

In dit hoofdstuk geven wij aan wat het tarief 2015 zou worden indien de relevante parameters worden herijkt op basis van de resultaten uit dit kostenonderzoek. Dit betreft het basistarief op het prijspeil 2015. Dit is exclusief opslagen/factoren zoals differentiatie inschrijftarief en indexatie om te komen tot prijspeil 2018. Het herijkte tarief in dit hoofdstuk laat de procentuele tariefverandering op basis van de resultaten van dit onderzoek zien. Allereerst wordt de gehanteerde tariefformule toegelicht. Vervolgens wordt beschreven hoe de verhouding tussen de verschillende opbrengsten is bepaald. Met deze verhouding wordt in de tariefberekening de kostentoerekening aan de verschillende opbrengstcategorieën bepaald. Dit hoofdstuk sluit af met de herijking van het structureel tarief 2015.

6.1 Tariefbepaling

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. Binnen de huisartsenzorg is echter naast tariefgereguleerde prestaties sprake van een substantieel deel niet-tariefgereguleerde prestaties. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een gedeelte van de kosten gedekt wordt door niet-tariefgereguleerde activiteiten.

De benodigde elementen uit de tariefberekening zijn: A) totale rekenomzet, B) aandeel tariefgereguleerd, C) productie. Onderstaand wordt beschreven waar deze elementen uit bestaan en hoe deze samen het tarief bepalen.

A. Totale rekenomzet

Allereerst wordt de totale rekenomzet in kaart gebracht. Deze bestaat uit de (normatieve) arbeidskostencomponent en het praktijkkostenbestanddeel.

B. Aandeel tariefgereguleerd

Vervolgens wordt gekeken welk deel van deze opbrengst opgebracht dient te worden met de tariefgereguleerde activiteiten. Dit deel is per type gereguleerde activiteit weergegeven met een factor. De totale benodigde praktijkopbrengsten worden vermenigvuldigd met deze factor.

C. Productie

Om tot het tarief per inschrijving of consult te komen zijn de gemiddelde aantallen inschrijvingen en consulten per fulltime huisarts-eigenaar bepaald.

De benodigde praktijkopbrengsten die opgebracht moeten worden met een bepaald type gereguleerde activiteit (inschrijvingen of consulten) ($A * B$) worden gedeeld door de bijbehorende productie (C). Wanneer de tariefformule versimpeld wordt weergegeven, ziet dit er als volgt uit:

$$\text{Tarief} = (A * B) / C$$

6.2 Opbrengstverhouding ten behoeven van kostentoerekening

Voor het bepalen van de hoogte van de praktijkkosten per type verrichting is het noodzakelijk om allereerst praktijkkosten toe te rekenen aan de verschillende opbrengstcategorieën. In beginsel worden de praktijkkosten evenredig aan de omzet

toegerekend aan de desbetreffende opbrengstcategorie. Dit betekent dat er vanuit gegaan wordt dat voor elke euro opbrengst dezelfde hoeveelheid kosten worden gemaakt. Nog anders gezegd gaat deze aanpak van kostentoerekening er vanuit dat de marge die gemaakt wordt op elke type verrichting even groot is.

Om te bepalen hoeveel kosten aan verschillende opbrengstcategorieën moet worden toegerekend is de verhouding tussen opbrengsten inzichtelijk gemaakt.

In tabel 33 is per opbrengstcategorie in de derde kolom de procentuele verhouding weergegeven. Hierbij staat 100% gelijk aan alle opbrengsten waarvoor daadwerkelijk in de tarieven kosten moeten worden opgenomen. Er zijn drie type opbrengsten die uitgesloten worden voor kostentoerekening aan verschillende typen opbrengsten:

1. De tarieven met betrekking tot de poh-ggz kennen hun eigen normatieve onderbouwing. In de tariefberekening worden alle opbrengsten en kosten behorende bij de poh-ggz om deze reden uitgesloten.
2. De tarieven met betrekking tot de hds/anw kennen hun eigen normatieve onderbouwing. Hierbij dekt het tarief de inzet van de huisarts en niet de praktijkkosten. Door de omzet niet mee te rekenen ontstaat de situatie dat 100% van de praktijkkosten 'gedekt' moeten worden met andere opbrengsten dan opbrengsten uit hds/anw.
3. De opbrengsten uit resultaatbeloning worden niet meegerekend in de kostentoerekening omdat hiervoor de aanname wordt gedaan dat er geen kosten toegerekend moeten worden aan dit deel van de omzet maar aan de verrichting die ten grondslag ligt aan de resultaatbeloning.

Tabel 33. Toe te rekenen kosten o.b.v. omzetverhouding

Categorie	Per fte huisartseigenaar	Percentage
Totale opbrengsten	€ 343.024	
Poh-ggz	€ 15.451	
Hds/anw	€ 12.154	
Resultaatbeloning	€ 6.965	
Totaal omzet waarvoor kosten worden opgenomen	€ 308.455	100%
Omzet basistarief inschrijvingen	€ 104.539	33,89%
Omzet opslagen en factoren inschrijvingen en passanten	€ 34.654	11,2%
Omzet consulten	€ 81.049	26,28%
Omzet overige verrichtingen	€ 18.061	5,86%
Totaal gereguleerd	€ 238.304	77,26%
Segment 2	€ 34.159	11,07%
Poh-s	€ 10.283	3,33%
Vrij	€ 25.709	8,33%
Totaal niet gereguleerd	€ 70.151	22,74%

Tabel 33 laat zien dat 77,26% van de omzet waar kosten aan toegerekend moeten worden bestaat uit omzet uit verrichtingen waar een gereguleerd tarief voor geldt. De overige 22,74% van de opbrengsten waar kosten aan toegerekend moeten worden wordt opgebracht met verrichtingen waar geen gereguleerd tarief voor geldt. Ondanks dat de M&I verrichtingen in 2015 een gereguleerd tarief hebben gekregen is de

verhouding tariefgereguleerde omzet versus niet-tariefgereguleerde omzet nagenoeg gelijk gebleven sinds 2010. Dit komt hoofdzakelijk door een stijging van de omzet uit multidisciplinaire ketenzorg (niet-tariefgereguleerde omzet).

6.3 Herijking structureel tarief 2015

In deze paragraaf wordt de tariefformule ingevuld op basis van de gevonden resultaten in dit onderzoek. Allereerst wordt toegelicht hoe de totale rekenomzet is bepaald. Vervolgens worden in tabel 34 alle tariefelementen herijkt, wat leidt tot een herijkt structureel (basis)tarief 2015.

Totale rekenomzet

De totale rekenomzet bestaat uit alle praktijkopbrengsten die in de tariefherijking moeten worden meegenomen. Deze opbrengsten bestaan uit:

- de vergoeding voor een fulltime werkende huisarts-eigenaar, de normatief vastgestelde arbeidskostencomponent;
- de personeelskosten exclusief personeelskosten poh-ggz (het tarief voor de poh-ggz kent een eigen onderbouwing, om deze reden worden de opbrengsten en kosten uitgesloten in de tariefherijking);
- de overige kosten exclusief kosten voor de poh-ggz en inclusief een normatief vastgestelde vergoeding voor gederfd rendement op het eigen vermogen;
- de personeelskosten en overige kosten samen vormen het praktijkkostenbestanddeel.

Herijking structureel (basis)tarief 2015

Tabel 34 laat de onderbouwing van het tarief 2015 zien naast de op basis van de resultaten van dit onderzoek herijkte waarden. Zowel de onderbouwing tarief 2015 als de herijkte waarden zijn op het niveau van één fte huisarts-eigenaar.

De onderbouwing van het tarief 2015 (kolom drie) is gebaseerd op de resultaten van het praktijkkostenonderzoek over 2010 waarna elk jaar indexatie is toegepast om van het prijspeil 2010 op het prijspeil 2015 te komen¹².

¹² Om deze reden wijkt kolom drie af van de in hoofdstuk 5 gepresenteerde waarden over 2010.

Tabel 34. Herijking structureel (basis)tarief 2015

Stap	Component	Tarief 2015*	Herijking	Toelichting/verwijzing
A	Arbeidskostencomponent	€ 128.311	€ 128.311	
	Personeelskosten	€ 110.783	€ 119.569	Tabel 21: som regel 1 en 2
	Aftrek personeelskosten poh-ggz	-	-€ 6.919	Werkelijke personeelskosten poh-ggz per fte huisarts-eigenaar
	Personeelskosten excl. poh-ggz	€ 110.783	€ 112.650	
	Overige kosten	€ 73.553**	€ 68.841	Tabel 21: som regel 3 tm 11 2
	Normatieve VGREV	-	€ 1.775	Normatief vastgestelde VGREV
	Aftrek overige kosten poh-ggz	-	-€ 1.156	Kosten bepaald op basis van normatief vastgestelde aandeel praktijkkosten poh-ggz
	Overige kosten (exl. poh-ggz incl. VGREV)	€ 73.553	€ 69.461	
	Praktijkkostenbestanddeel	€ 184.337	€ 182.110	
B	Factor inschrijving	34,6%	33,9%	Tabel 33: regel 6
	Factor consult	25,6%	26,3%	Tabel 33: regel 8
	Factor opslagen + passanten	16,8%	11,2%	Tabel 33: regel 7
	Factor overige verrichtingen	-	5,9%	Tabel 33: regel 9
	Aandeel te verdienen met tariefgereguleerde activiteiten	77,0%	77,26%	Tabel 33: regel 10
C	Rekennorm inschrijvingen	2.168	2.095	Tabel 33: regel 10
	Rekennorm basis huisartsconsulten	8.882	8.966	Tabel 14: regel 1
	Rekennorm segment 1 verrichtingen	-	1.998	Paragraaf 4.3
	Rekennorm basis huisartsconsulten + segment 1 prestaties		10.964	Som bovenstaande aantallen consulteenheden
D	Basistarief inschrijving	€ 49,90	€ 50,21	
	Basistarief Consult	€ 9,01	€ 9,10	
	Basistarief Passant	€ 27,10	€ 26,75	

* Definitief niveau (prijspeil) 2015

** Dit is inclusief de normatief vastgestelde VGREV 2015

Wanneer de onderbouwing tarief 2015 wordt vergeleken met de herijkte waarden 2015 zijn er de volgende verschillen waarneembaar:

- de herijkte personeelskosten vallen hoger uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- de herijkte overige kosten (niet zijnde personeelskosten) vallen lager uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- bij elkaar genomen valt het herijkte totale praktijkkostenbestanddeel licht lager uit dan de huidige tariefonderbouwing;
- het aantal inschrijvingen per fte huisarts-eigenaar is afgenomen;
- het aantal consulten per fte huisarts-eigenaar is toegenomen;
- het aandeel aan inschrijvingen toe te rekenen kosten is afgenomen;
- het aandeel aan consulten toe te rekenen kosten is toegenomen;
- het aandeel aan tarief gereguleerde activiteiten toe te rekenen kosten is toegenomen.

Bovenstaande bevindingen leiden tot een lichte tariefstijging van zowel het (basis)inschrijftarief (+ 0,64%) als het consulttarief (+ 0,95%) en een daling van het passantentarief (-1,32%)

Hoewel het herijkte totale praktijkkostenbestanddeel 2015 is gedaald ten opzichte van de in het huidige tarief opgenomen (geïndexeerde) praktijkkostenbestanddeel 2015, stijgt het (basis)inschrijftarief licht (+ 0,64%). Dit komt doordat het aantal ingeschreven verzekerden per fte huisarts-eigenaar sterker is afgenomen dan het aandeel van de rekenomzet (arbeidskostencomponent en praktijkkostenbestanddeel) dat aan inschrijvingen wordt toegerekend.

Hoewel het herijkte totale praktijkkostenbestanddeel 2015 is gedaald ten opzichte van de in het huidige tarief opgenomen (geïndexeerde) praktijkkostenbestanddeel 2015, stijgt het consulttarief licht (+ 0,95%). Dit komt doordat het aantal consulten per fte huisarts-eigenaar minder sterk is gestegen dan het aandeel van de omzet (arbeidskostencomponent en praktijkkostenbestanddeel) aan consulten wordt toegerekend.

De berekening van het passantentarief gaat uit van de situatie dat een praktijk geen ingeschreven verzekerden heeft. In deze situatie moet de volledige rekenomzet (arbeidskostencomponent en praktijkkostenbestanddeel) opgebracht worden met consulten. Doordat het aantal consulten sterker is gestegen dan het aandeel met tariefgereguleerde activiteiten te verdienen rekenomzet daalt het passantentarief (- 1,32%).

Bijlage 1. Onderzoeken Steens & Partners

Databestand Sira Consulting



ASSURANCE-RAPPORT

Aan: SIRA Consulting B.V.

Opdracht en verantwoordelijkheden

Wij hebben onderzocht of het bijgevoegde, door ons gewaarmerkte totaalbestand versie 2.2 betreffende de gegevens van de geïmporteerde vragenlijsten kostenonderzoek huisartsen 2015 in Nederland, juist is weergegeven op basis van de veronderstelling van juist ingevulde en ondertekende eigenverklaring van de vragenlijsten.

De vragenlijsten en de daarbij veelal aanwezige bijlagen zoals jaarrekening, verzamelloonstaat en zorggroep afrekening zijn onder verantwoordelijkheid van de huisartsen opgesteld.

Er is geen controle-, beoordelings- of samenstellingsopdracht uitgevoerd op de door de huisartsen aangeleverde gegevens.

Werzaamheden

Wij hebben ons onderzoek verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse Standaard 3000, "Assurance-opdrachten anders dan opdrachten tot controle of beoordeling van historische financiële informatie". Dienovereenkomstig dienen wij ons onderzoek zodanig te plannen en uit te voeren, dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de gegevens in het bijgevoegde gewaarmerkte totaalbestand versie 2.2, geen afwijkingen van materieel belang bevatten. Een assurance-opdracht omvat onder meer een onderzoek door middel van deelwaarnemingen van relevante gegevens. Wij zijn van mening dat de door ons verkregen assurance-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

Oordeel

Naar ons oordeel geeft het bijgevoegde, door ons gewaarmerkte totaalbestand versie 2.2 alle van materieel belang zijnde aspecten juist weer in overeenstemming met de gegevens verkregen uit de getekende eigenverklaring of in overleg met de huisarts aangepaste vragenlijst met uitzondering van praktijk nummer 66. Bij praktijk nummer 66, zijn aanpassingen op de getekende vragenlijst gemaakt die niet goed onderbouwd zijn met jaarrekeningen van de twee maatschapsleden. De aangepaste versie van de vragenlijst is getekend voor akkoord door de huisarts.

De getekende eigenverklaring van de huisarts wijkt in veel gevallen, op de volgende punten af van de gegevens in het door ons gewaarmerkte totaalbestand versie 2.2:

- personeelskosten werknemers in loondienst, hierbij zijn achteraf naar rato de sociale lasten opgeteld na overleg tussen SIRA Consulting B.V. en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- financiële gegevens in vragenlijst zijn aangepast naar de gegevens in de jaarrekening of verzamelloonstaat

Deze aanpassingen zijn uitgevoerd op de getekende eigenverklaring van de huisarts.



Beperking in gebruik en verspreidingskring

Het bijgevoegde model is opgesteld voor de Nederlandse Zorgautoriteit met als doel het afgeven van een gewaarmerkt totaalbestand met gegevens inzake kostenonderzoek huisartsen met als doel dat hiermee analyses gedaan kunnen worden door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Hierdoor is het bijgevoegde totaalbestand mogelijk niet geschikt voor andere doeleinden. Ons Assurance rapport is derhalve uitsluitend bestemd voor SIRA Consulting B.V. en de Nederlandse Zorgautoriteit en dient niet te worden verspreid aan of te worden gebruikt door anderen. Ons Assurance rapport inzake totaalbestand versie 2.2. mag wel worden opgenomen in het feitenrapport van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Rotterdam, 27 juni 2017

Steens & Partners
Accountants en Adviseurs

A handwritten signature in blue ink that reads 'J. van Lent-Dorst'. The signature is written in a cursive style and is followed by a long, horizontal, wavy line that extends to the right.

J. van Lent-Dorst AA

Analysebestand NZa



Postbus 81167
3009 GD Rotterdam
Thomas Mannplaats 311
3069 NJ Rotterdam
T (010) 456 46 77
F (010) 456 81 41
E info@steens.nl
I www.steens.nl

Rapport van feitelijke bevindingen inzake analysebestand praktijkonderzoek onder huisartsenpraktijken

Aan: De directie van de Nederlandse Zorgautoriteit

Opdracht

Wij zijn overeengekomen specifieke werkzaamheden te verrichten met betrekking tot het analysebestand om van brondata te komen tot waarden die gebruikt worden als input voor de tariefherijking. De opdracht is met u overeengekomen en heeft als doel eventuele verbeteringen/aanpassingen van de uitgevoerde berekeningen aan de NZa te rapporteren. De overeengekomen specifieke werkzaamheden zijn overlegd met de beoogde gebruikers, zijnde de directie van de Nederlandse Zorgautoriteit. De opdrachtvoorwaarden zijn omschreven in onze opdrachtbrief van 8 juni 2017.

Het is de bedoeling dat u zelf een oordeel vormt over de werkzaamheden en over de in dit rapport weergegeven bevindingen en op basis daarvan uw eigen conclusie trekt. Wij wijzen u er op dat indien wij aanvullende werkzaamheden zouden hebben verricht of een controle- of beoordelingsopdracht zouden hebben uitgevoerd, wellicht andere onderwerpen zouden zijn geconstateerd die voor rapportering in aanmerking zouden zijn gekomen.

Aard en reikwijdte van de verrichte werkzaamheden

Wij hebben onze werkzaamheden verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse Standaard 4400, "Opdrachten tot het verrichten van overeengekomen specifieke werkzaamheden met betrekking tot financiële informatie.

Het doel van deze opdracht tot het verrichten van overeengekomen specifieke werkzaamheden is het verrichten van die werkzaamheden die wij met de Nederlandse Zorgautoriteit zijn overeengekomen en het rapporteren over de feitelijke bevindingen. Aangezien wij slechts verslag doen van feitelijke bevindingen uit hoofde van de overeengekomen werkzaamheden betekent dit dat op het in het databestand opgenomen cijfermateriaal en toelichtingen geen accountantscontrole is toegepast en dat evenmin een beoordelingsopdracht is uitgevoerd. Dit houdt in dat aan onze rapportage geen zekerheid kan worden ontleend omtrent de getrouwheid van het in het databestand praktijkonderzoek onder huisartsenpraktijken opgenomen brongegevens.

Beschrijving uitgevoerde specifieke werkzaamheden en bevindingen

Wij hebben, door gebruik te maken van syntax en consistentiechecks, onderzocht of alle bewerkingen en berekeningen die door de NZa zijn uitgevoerd op een consistente wijze zijn toegepast. Daarnaast zijn wij steekproefsgewijs nagegaan of de berekeningen overeenkomstig de toelichtingen zijn berekend.

In het definitieve analysebestand zijn door de NZa alle geconstateerde bevindingen (zie bijlage) met betrekking tot het concept analysebestand verwerkt.



Beperking in het gebruik en verspreidingskring

Bij het opstellen van deze rapportage is rekening gehouden met de verwachtingen van de beoogde gebruikers. Daarom is deze rapportage niet geschikt voor andere doeleinden. Deze rapportage is derhalve uitsluitend bestemd voor de Nederlandse Zorgautoriteit en dient niet te worden gebruikt door anderen. Wij bevestigen u ermee akkoord te gaan dat het afschrift van ons rapport zonder persoonlijke handtekening openbaar wordt gemaakt.

Rotterdam, 5 juli 2017

Steens & Partners
Accountants en Adviseurs

was getekend

C.A.F. Bouterse

Bijlage 2. Weergegeven tabellen

Tabel 1. Indeling in subpopulaties op basis van het aantal ingeschreven verzekerden	15
Tabel 2. Steekproef in relatie tot de populatie	15
Tabel 3. Verhouding aantal verzekerden steekproef met landelijk	19
Tabel 4. Vergelijking aantal huisartsen steekproef met landelijk	20
Tabel 5. Vergelijking totale productie steekproef met landelijk	21
Tabel 6. Vergelijking totale omvang inschrijvingen en consulten steekproef met landelijk ..	21
Tabel 7. Vergelijking verhouding belangrijke opbrengstsoorten steekproef met landelijk ..	22
Tabel 8. Vergelijking verhouding inschrijvingen steekproef met landelijk	22
Tabel 9. Vergelijking verhouding consultsoorten steekproef met landelijk	23
Tabel 10. Personele inzet per praktijk (in fte)	29
Tabel 11. Personele inzet per 1.000 verzekerden (in fte)	30
Tabel 12. Personele inzet per fte huisarts-eigenaar (in fte)	30
Tabel 13. Gemiddelde personeelskosten per fte per functie	31
Tabel 14. Aantal ingeschreven verzekerden per praktijk en per fte huisarts-eigenaar	33
Tabel 15. Aantal ingeschreven verzekerden per huisarts per fte huisarts-eigenaar	33
Tabel 16. Weegfactor per prestatie	34
Tabel 17. Overzichtstabel aantallen gewogen huisartsenconsulten	34
Tabel 18. Overzichtstabel opbrengsten naar segmenten	35
Tabel 19. Praktijkopbrengsten naar segmenten per 1.000 verzekerden	36
Tabel 20. Praktijkopbrengsten naar segmenten per fte huisarts-eigenaar	37
Tabel 21. Overzichtstabel praktijkkosten	38
Tabel 22. Praktijkkosten per 1.000 ingeschreven verzekerden	39
Tabel 23. Praktijkkosten per fte huisarts-eigenaar	40
Tabel 24. Praktijkresultaat per 1000 verzekerden	41
Tabel 25. Praktijkresultaat per fte huisarts-eigenaar	41
Tabel 26. Aan multidisciplinaire ketenzorg toe te rekenen kosten, opgave huisarts	42
Tabel 27. Toerekening aan multidisciplinaire ketenzorg per kostenrubriek	43
Tabel 28. Tijdbesteding per huisarts-eigenaar (persoon)	46
Tabel 29. Tijdbesteding per fte huisarts-eigenaar	46
Tabel 30. Inzet personeel per 1.000 verzekerden (in fte)	47
Tabel 31. Praktijkkosten per 1.000 verzekerden 2015 en 2010	48
Tabel 32. Aantal huisartsenconsulten per 1.000 verzekerden	49
Tabel 33. Toe te rekenen kosten o.b.v. omzetverhouding	52
Tabel 34. Herijking structureel (basis)tarief 2015	54