



Universiteit Utrecht

VP Huisartsen
vereniging praktijkhoudende huisartsen

De bekostiging van de huisartsenzorg

Een onderzoek naar de bekostiging van de huisartsenzorg en de motivatie van
praktijkhoudende huisartsen bij het leveren van intensieve zorg.

V. C. M. Kemp
Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Master Actuele Sociale Vraagstukken
Begeleider: drs. S. B. Soeparman
Tweede lezer: drs. J. A. Pach
20 augustus 2016

In samenwerking met VPHuisartsen

Voorwoord

Voor u ligt een masterthesis als resultaat van een masteronderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd als afsluiting van de master Actuele Sociale Vraagstukken aan de Universiteit Utrecht. Voor dit onderzoek heb ik mij de afgelopen maanden verdiept in de huisartsenzorg. Iets wat ik voor februari 2016 niet voor mogelijk had gehouden.

In februari 2016 werd door Thijs Jansen gevraagd of ik het leuk vond een thesis te schrijven over de tijdsbesteding van huisartsen voor de vereniging VPHuisartsen. Mijn interesse lag tot dat moment vooral in de ouderenzorg, maar een scriptie schrijven waar een vereniging echt wat aan had gaf toch de voorkeur. Vanaf het moment dat ik me ben gaan inlezen ging bij mij de knop om: ik had geen ander onderwerp kunnen wensen. VPHuisartsen bestaat uit een groep enthousiaste en bevlogen praktijkhouders die zich hard maken voor hun positie als praktijkhouder én huisarts. Door de betrokkenheid van de praktijkhoudende huisartsen heb ik veel meer kunnen bereiken: vragenlijsten werden vol overgave ingevuld en een aantal tijdsbestedingsboekjes werden gekopieerd om nog meer intensieve visites te kunnen rapporteren. Dank daarvoor!

Deze masterthesis had niet tot stand kunnen komen zonder de begeleiding en steun van een aantal mensen. Ik zou hen hier dan ook graag voor willen bedanken.

Allereerst wil ik graag mijn dank uitspreken naar Stefan Soeparman, mijn begeleider. Hij nam telkens weer de tijd om samen met mij na te denken over vervolgstappen in mijn onderzoek. Dat stopte pas als hij zeker wist dat ik weer verder kon. Na de gesprekken kon ik weer vol positieve energie aan de slag.

Daarnaast wil ik Wouter van den Berg, voorzitter van VPHuisartsen bedanken. Niet alleen voor het enthousiast maken van huisartsen om deel te nemen aan het onderzoek, maar zeker ook voor het meedenken over de berekening van de werkelijke kosten van intensieve zorg.

Tevens wil ik Dick Groot bedanken voor de meeloopdag in zijn huisartsenpraktijk. Het heeft een goed beeld gegeven wat intensieve zorg in de dagelijkse praktijk betekent.

Ten slotte wil ik ook Kim van der Weijden bedanken voor het meelesen en aanscherpen van mijn thesis en Jaap van Slageren als statistische vraagbaak.

Ik wens u veel leesplezier!

Vita Kemp

Utrecht, augustus 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
Hoofdstuk 1: Inleiding	8
1.1 Context	8
Vanaf 2015	9
1.2 Drie-segmentenmodel	10
1.3 Probleemstelling en relevantie	10
Relevantie	11
1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen	12
Beschrijvende vragen	12
Verklarende vraag	13
Beleidsadviesvraag	13
1.5 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2: Maatschappelijke achtergrond	14
2.1 Voor 2006	14
2.2 Tussen 2006 en 2015	15
2.3 Vanaf 2015	16
Segment 1: Basiszorg	16
Segment 2: Ketenzorg	17
Segment 3: Innovatie	17
23/77-systematiek	18
Kritiek op het drie-segmentenmodel	19
2.4 Uitkomstbekostiging	19
Hoofdstuk 3: Theorie en hypotheses	20
3.1 Motivatie	20
Amotivatie	20
Extrinsieke motivatie	21
Intrinsieke motivatie	22
Verband intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie	22
3.2 Autonome en gecontroleerde motivatie	23
3.3 Public service motivation	24
3.4 Hypothesen	25
Hypothese 1	25
Hypothese 2	25
Hypothese 3	26
Hypothese 4	26
3.5 Controlevariabelen	27
Leeftijd	27
Dienstjaren	27
Geslacht	27
3.6 Conceptueel model	28
Hoofdstuk 4: Methodes	29
4.1 Participanten	29
4.2 Vooronderzoek	29
4.3 Meetinstrument	30
Tijdsbestedingsboekje	30
Vragenlijst over werkbeleving	31

4.4	Controlevariabelen	32
4.5	Procedure data-analyse	32
4.6	Aannames toetsen	34
Hoofdstuk 5: Resultaten		35
5.1	Beschrijvende statistiek	35
5.2	Correlaties	39
5.3	Kruistabellen	40
5.3	Tijdsbesteding aan intensieve zorg	40
5.4	Berekening feitelijke kosten intensieve zorg	42
	Verklaring berekening	42
	Basisgegevens	42
	Arbeidskosten huisarts	43
	Praktijkkosten	44
	Totale kosten intensieve visite	45
	Kanttekeningen	46
5.5	Kwalitatieve data-analyse	47
	Goed model, minder goede tarieven	47
	Verlies van autonomie	48
	Emotionele druk	49
	Tijdsdruk	49
	Overige tijdsbesteding	49
	Gebrek aan waardering	50
5.6	Regressieanalyses	50
	Tijd per verrichting intensieve zorg	50
	Tijd besteedt aan steunende gesprekken	51
5.7	Overzicht van de resultaten	52
Hoofdstuk 6: Conclusie		54
6.1	Tijdsbesteding huisartsen aan intensieve zorg	54
6.2	Discrepantie tussen de vergoeding en de werkelijke kosten	54
6.3	Ervaring praktijkhouders met bekostiging intensieve zorg	55
6.4	Invloed van autonome motivatie en gecontroleerde motivatie op tijdsbesteding	55
6.5	Opvallende bevindingen	56
Hoofdstuk 7: Discussie		57
7.1	Beperkingen	57
7.2	Verworpen hypotheses	58
7.3	Overweging	58
7.4	Vervolgonderzoek	59
7.5	Mogelijke meerwaarde onderzoek voor VPHuisartsen	59
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen		60
8.1	Overleg met specialist	60
	Nadelen	61
8.2	Invloed huisartsen op het beleid	62
Literatuurlijst		63
Bijlage 1: Turfboekje		67
Bijlage 2: Vragenlijst		69
Bijlage 3: Aannames		71

Samenvatting

Op 1 januari 2015 is een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg in werking getreden: het drie-segmentenmodel. Met het bekostigingsmodel hoopt het ministerie van VWS beter aan te sluiten bij de veranderende zorgvraag en daarnaast in te spelen op de substitutie vanuit de tweedelijnszorg. Deze substitutie heeft een veranderend takenpakket voor de huisarts tot gevolg. Er is tot op heden weinig bekend over de financiële gevolgen van het drie-segmentenmodel voor praktijkhoudende huisartsen. Daarom is er onderzocht wat de ervaring van praktijkhouders is met het nieuwe bekostigingssysteem en is er onderzoek gedaan naar de feitelijk kosten die gemaakt worden in vergelijking met het NZa-maximumtarief. Om het onderzoek in te kaderen is er gekozen om het onderzoek te richten op de verrichting intensieve zorg.

In deze thesis wordt eerste in kaart gebracht hoeveel tijd praktijkhoudende huisartsen besteden aan intensieve zorg. Dit wordt onderzocht met behulp van een tijdsbestedingsboekje wat huisartsen een maand bijhielden (n = 41). Vervolgens worden de werkelijk gemaakte kosten berekend en vergeleken met het bedrag dat artsen vergoed krijgen op basis van het NZa-maximumtarief. Uit dit onderzoek blijkt dat de kosten voor intensieve zorg hoger zijn dan de vergoeding die praktijkhoudende huisartsen ontvangen.

Uit de kwalitatieve data-analyse blijkt dat huisartsen niet negatief tegenover de structuur van het bekostigingsmodel staan, maar de declaratietarieven niet juist vinden. Daarnaast hebben artsen het gevoel dat niet alle inspanningen worden meegerekend in de arbeidskosten, ervaren zij gebrek aan waardering en autonomie.

Daarnaast is gekeken naar de motivatie van huisartsen bij het leveren van intensieve zorg. Uit de analyse van de data (n = 41) blijkt dat er een significant positief effect is van de autonome motivatie van huisartsen op steunende gesprekken die zij voeren met de patiënt en de totale tijd die huisartsen besteden aan intensieve zorg.

De beleidsaanbevelingen richten zich op verbeteringen aan het drie-segmentenmodel zodat de tevredenheid van praktijkhoudende huisartsen omhoog gaat. De eerste beleidsaanbeveling richt zich op het overleg tussen huisarts en specialist. Door dit te vergoeden kan de eerstelijnszorg verstevigd worden. De tweede beleidsaanbeveling richt zich op het betrekken van artsen bij de invulling van beleid. Dit kan het gevoel van waardering verhogen.

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Context

Het kabinet stimuleert ouderen om langer thuis te blijven wonen, iets wat veel ouderen zelf ook graag willen. Door de vergrijzing zullen er 2,6 miljoen 75-plussers zijn in 2040, tegenover 1,2 miljoen ouderen nu. Het gevolg is dat nu achter 1 op de 9 deuren een 75-plusser woont, in 2040 is dat achter 1 op de 5 deuren (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2014). Zolang ouderen thuis blijven wonen vallen ze onder de zorg van de huisarts. Behalve dat mensen langer thuis blijven wonen, worden ze ouder. En neemt daarmee de zorgvraag toe (de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 2016). Deze groeiende groep vergt extra inzet van huisartsen (Groot, 2016).

Behalve zorg voor ouderen is het werk van huisartsen op andere vlakken veranderd. Ingegeven door de decentralisaties wordt de eerstelijnszorg gegeven door huisartsen verstevigd. Dit heeft als doel het stimuleren van de substitutie van tweedelijnszorg, de ziekenhuiszorg, naar eerstelijnszorg en zorg van de eerste lijn naar de nulde lijn (Peters, 2014a). Nuldelijnszorg is zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, familie en vrijwilligers. Substitutie houdt in dat een bestaande voorziening doelbewust en doelgericht vervangen wordt door een andere voorziening. De NZa (2012) neemt aan dat substitutie 'doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit' (NZa, 2012, p. 7). Deze verschuiving moet gebeuren door middel van organisatie en samenwerking met als doel onnodige zorgkosten te voorkomen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p. 20). Huisartsen zullen door deze verandering extra taken krijgen. Zo wordt er meer ingezet op ketenzorg.

Zoals hierboven beschreven zullen de demografische en beleidsveranderingen zijn weerslag hebben op het takenpakket van huisartsen. Daarom zijn in 2013 de Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in gesprek gegaan over de huisartsgeneeskunde zorg. Het doel was zinnige en zuinige zorg. Uiteindelijk is er een akkoord gekomen tussen de partijen over de jaren 2015, 2016 en 2017. De huisartsenzorg mag als enige zorgvorm groeien, daarnaast zijn er afspraken

gemaakt over een nieuwe bekostiging. Er is afgesproken dat het een geleidelijke overgang wordt naar het nieuwe bekostigingsmodel. Er zal dus geen financieel schokeffect plaatsvinden voor de huisartsen. Ook zal de verandering geen verkapte bezuiningsoperatie zijn (Peters, 2014a).

Vanaf 2015

Op 1 januari 2015 is het drie-segmentenmodel ingegaan. Dit was volgens minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nodig “Dat het systeem anders ingevuld moet worden, daar kunnen we niet meer omheen” (Peters, 2014a, 5, p.7). Het systeem moet anders gericht worden omdat de demografische kenmerken van Nederland veranderen. Door de vergrijzing, leefstijl, toenemende levensverwachting en het langer thuisblijven wonen van ouderen hebben huisartsen extra werk gekregen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Daarnaast zijn er meer chronische patiënten en is er een stijgend aantal patiënten met verschillende chronische aandoeningen tegelijkertijd (de Vries & Kossen, 2015). Dit leidt ertoe dat er de komende jaren een grotere zorgvraag ontstaat naar eerstelijnszorg.

“Ik denk dat we met dit systeem een mooie balans hebben gevonden tussen enerzijds eenvoud en anderzijds prikkels voor individuele huisartsen of praktijken om te innoveren en samen te werken. Want dat is allebei essentieel”.

Minister Edith Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport

(Peters, 2014a, 5, p .10)

Het nieuwe bekostigingsmodel ziet de huisarts als spil in de eerstelijnszorg (Peters, 2014a). De huisarts is niet langer een los eiland, maar opereert binnen een groter geheel. Hij maakt deel uit van een netwerk. Momenteel is dit al zo, maar dit zal de komende jaren alleen maar toenemen. Het bekostigingssysteem zal deze rol van de huisarts ondersteunen. De huisarts coördineert de eerstelijnszorg. Hierin wordt hij ondersteund door andere professionals. Bijvoorbeeld, de praktijkondersteuner GGZ, de apotheker en de specialist. Uitgangspunten van het nieuwe bekostigingsmodel zijn eenvoudige en transparante bekostiging (Peters, 2014b). Daarnaast wilt het ministerie dat het model bijdraagt aan de beheersing van de macrokosten. Ook gaat een al langer gekoesterde wens in vervulling: het is in dit model mogelijk om artsen te belonen voor (gezondheids)uitkomsten en innovatie (Landelijke

Huisartsen Vereniging, 2014). Voorbeelden zijn het avondspreekuur en e-health (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013).

1.2 Drie-segmentenmodel

Het nieuwe bekostigingsmodel bevat zowel een abonnementshonorarium, als een betaling per consult. Door de combinatie van deze twee systemen kan er enerzijds een arts-patiëntrelatie ontstaan en anderzijds worden huisartsen betaald naar het verrichtte werk (Dijk, Verheij, Hoogen & Bakker, 2009). Het nieuwe honoreringssysteem bestaat uit drie segmenten: basiszorg, ketenzorg en innovatie. Het doel van deze nieuwe systematiek is meer ruimte voor resultaatbeloning, innovatie en multidisciplinaire ketenzorg (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014; Peters, 2014b). In hoofdstuk 2 zal uitgebreid worden ingegaan op de verschillende segmenten.

1.3 Probleemstelling en relevantie

Met het bekostigingsmodel hoopt het ministerie van VWS beter aan te sluiten bij de veranderende zorgvraag en gezondheid van patiënten en ontwikkelingen van een sterke eerstelijnszorg (Peters, 2014a). Het ministerie denkt met dit nieuwe bekostigingsmodel klaar te zijn voor de toekomst. Ondanks dat is afgesproken dat de verandering van het bekostigingssysteem geen gevolgen mag hebben voor de omzet van huisartsen, zijn veel artsen hier wel bezorgd over. VPHuisartsen, de vereniging praktijkhoudende huisartsen, heeft geconstateerd dat er weinig bekend is over de financiële gevolgen voor praktijkhoudende huisartsen in het nieuwe bekostigingsmodel. Daarom is mij gevraagd onderzoek te doen naar het drie-segmentenmodel. De kennis die dit onderzoek oplevert kan gebruikt worden in de onderhandelingen over de bekostiging van de huisartsenzorg.

Om het onderzoek in te kaderen is er gekozen om het onderzoek te richten op de verrichting intensieve zorg. Onder intensieve zorg wordt het volgende verstaan: *“Intensieve zorg” betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het Centrum indicatiestelling zorg een zorgzwaartepakket-indicatie met grondslag Psychogeriatric of Somatiek uit de Verpleging en Verzorging- reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een Wlz-instelling (Wet langdurige zorg) met toelating voor Wlz-behandeling.* (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015, p. 9). Voor een huisarts betekent

dit concreet dat hij vaak gedurende een langere periode regelmatig op bezoek gaat bij de patiënt thuis of in het hospice. Meestal is dit palliatieve zorg (Significant, 2015, p. 7).

De verrichting intensieve zorg, die vergoed wordt vanuit segment 1, kent twee tarieven. Het NZa maximumtarief voor de dag is € 69,99 in 2016. Voor de avond-, nacht- en weekendvisites (ANW-visites) is het NZa-maximumtarief € 120,72 in 2016 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Voor 2017 zijn de maximumtarieven van respectievelijk €71,29 en €122,97 vastgelegd.

Het ANW-tarief geldt in de volgende tijdsperiodes:

- Tussen 18.00 uur en 08.00 uur;
- Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op zaterdag of zondag;
- Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016).

Er wordt onderzocht wat de werkelijke tijd is die praktijkhoudende huisartsen aan de verrichting intensieve zorg besteden. Vervolgens zal er gekeken worden of dit aansluit bij de bekostiging van deze verrichting. Dit vormt het eerste deel van het onderzoek. Het tweede deel van het onderzoek wordt behandeld door middel van de verklarende vraag. Er wordt onderzocht of gecontroleerde motivatie en autonome motivatie de tijdsbesteding van huisartsen beïnvloeden.

Er is gekozen om het onderzoek toe te spitsen op praktijkhoudende huisartsen. Omdat zij een eigen praktijk hebben zullen zij de financiële gevolgen van de veranderende bekostiging merken. Terwijl dit niet van toepassing is op huisartsen die in loondienst zijn.

Relevantie

Door de maatschappelijke wens om meer transparantie en verantwoording komen er steeds meer regels, procedures en instanties die de kwaliteit van de zorg controleren (Gardner, Csikszentmihalyi & Damon, 2009, in Jansen, Brink & Kole, 2009). Er is een toename van externe controle op huisartsen. Echter blijkt uit onderzoek van Ouendag (2010) dat artsen

beter presteren wanneer ze op autonome¹ motivatie worden aangesproken. Een betere prestatie houdt in dat de kwaliteit van de zorg op hetzelfde niveau blijft of hoger wordt.

Als artsen werk leveren vanuit hun eigen perspectief heeft dit een positieve invloed op de prestatie (Witman, Kerkhof & Braat, 2013). Voor de maatschappij is het van groot belang dat de prestatie van huisartsen hoge kwaliteit is. De druk op huisartsen zal alleen maar toenemen door de versteviging van de eerstelijnszorg, de noodzaak van het bevorderen van intrinsieke motivatie is dan ook groter dan tevoren (Peters, 2014b). Het is daarom van belang te weten wat de precieze gevolgen zijn van intrinsieke motivatie op de werkzaamheden van huisartsen.

1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft als doel bij te dragen aan de kennis over bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg *door* het in kaart brengen van de tijd die praktijkhoudende huisartsen in intensieve zorg steken en de motivatie van huisartsen bij het leveren van intensieve zorg.

Het bovenstaande doel wordt getracht te bereiken door middel van het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen.

Beschrijvende vragen

Hoeveel tijd besteden praktijkhoudende huisartsen feitelijk aan het verlenen van intensieve zorg?

Bestaat er discrepantie tussen de vergoeding en de feitelijke kosten van praktijkhoudende huisartsen bij het verlenen van intensieve zorg?

In welke mate ervaren praktijkhoudende huisartsen een probleem in de bekostiging van intensieve zorg?

¹ Ouendag spreekt over intrinsieke motivatie, in deze scriptie is gekozen voor de term autonome motivatie.

Verklarende vraag

In hoeverre spelen elementen van autonome en gecontroleerde motivatie een rol bij de tijdsbesteding van de praktijkhoudende huisartsen in de intensieve zorg?

In het onderzoek zal de rol van autonome motivatie en gecontroleerde motivatie voor zowel de algehele tijdsbesteding van de intensieve zorg als een specifiek element, steunende gesprekken, worden onderzocht. Deze keuze is verder beargumenteerd in de theorie en hypothese-sectie van dit onderzoek.

Na het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen kunnen er beleidsaanbevelingen worden opgesteld. Daarvoor is de volgende beleidsadviesvraag geformuleerd.

Beleidsadviesvraag

Wat kan er verbeterd worden aan het drie-segmentenmodel zodat de tevredenheid van praktijkhoudende huisartsen omhoog gaat?

1.5 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk twee de maatschappelijke achtergrond van het drie-segmentenmodel uitgewerkt. Eerst wordt een historisch overzicht geschetst van de bekostiging in de zorg. Vervolgens worden de onderliggende prikkels in het bekostigingssysteem besproken. In hoofdstuk drie wordt de theorie rond autonome en gecontroleerde motivatie besproken. Het hoofdstuk sluit af met hypothesen. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de methoden. Hoofdstuk vijf bevat de analyse van de data en de resultaten, waarbij de hypothesen worden getoetst. Hoofdstuk zes bestaat uit de conclusie en aanbevelingen. De onderzoeksvragen worden beantwoord. Vervolgens komt in hoofdstuk zeven de discussie aan bod. Hoofdstuk acht bevat beleidsaanbevelingen.

Daar waar 'de huisarts, hij' staat moet eveneens 'de huisarts, zij' gelezen worden. Daarnaast zal de term praktijkhoudende huisarts regelmatig worden vermeld als 'huisarts' om de leesbaarheid te verbeteren.

Hoofdstuk 2: Maatschappelijke achtergrond

Voor de invoering van het drie-segmentenmodel zijn er andere vormen van financiering geweest. Deze worden in een historisch overzicht weergegeven.

2.1 Voor 2006

In het begin van de negentiende eeuw werden de eerste ziekenfondsen opgericht. Vaak werden ze opgericht door minvermogenden: arbeiders of laagste groep middenstanders (Widdershoven, 2005). Ziekenfondsen hadden rond deze tijd nog geen winstoogmerk. De verzekering was niet verplicht en de toelatingseisen waren streng. Zo was je als zwangere vrouw niet welkom. Toch kan het lid worden van een ziekenfonds naast rationeel ook gezien worden als een vorm van solidariteit (Widdershoven, 2005). Als een arbeider ziek werd kon hij zijn ziekenkosten niet alleen betalen, maar door samen het risico te dragen stond men sterker.

In het ziekenfonds werd de arts per verrichting betaald. Verzekerden moesten dan wel naar de arts gaan waar het ziekenfonds afspraken mee had gemaakt. Ten slotte was er nog de mogelijkheid dat artsen van het ziekenfonds een vast bedrag per jaar kregen. Dit wordt het abonnementshonorarium genoemd. Het bedrag is gebaseerd op het aantal ziekenfondsleden per praktijk. Naast dit abonnementshonorarium kregen de artsen betaald voor de verrichtingen. Het tarief hiervoor was lager dan de kostprijs doordat de artsen al een vast inkomen hadden. Het ziekenfonds was gericht op mensen met een lager inkomen. De premies waren laag. Dit was mogelijk doordat er een lage prijs werd bedwongen bij de medici. Door de lage inkomsten ontstond een externe prikkel. De medici probeerden via de particuliere patiënten dit lage inkomsten op te vangen, de particuliere patiënten betaalden een hoger tarief voor gezondheidszorg (Widdershoven, 2005).

Het ziekenfonds is vaak onderwerp van conflict geweest. In het begin van de 20^e eeuw bijvoorbeeld. Toen werd er bepleit voor vrije artsenkeuze, iets wat afgelopen jaren wederom gebeurde. Ook was er voor de Tweede wereldoorlog onenigheid over de invoer van een verplichte ziekenkostenverzekering voor alle werknemers. De Duitse bezetters hebben dit in

1941 aangepast met het Ziekenfondsenbesluit: elke werknemer die onder een minimum verdiende was verplicht verzekerd voor gezondheidszorg (Widdershoven, 2005). Na de oorlog is dit zo gebleven.

Een nadeel van het ziekenfonds is dat de rekening voor de medische kosten direct betaald wordt door het ziekenfonds. Dat betekent dat de verzekerde hier niets van te zien krijgt. Dit heeft als gevolg dat ze geen idee hebben hoeveel zorg eigenlijk kost en de kans op het nuttigen van niet noodzakelijke zorg groter is (Brake, Verheij, Abrahamse & Bakker, 2007).

De toenemende kosten van de gezondheidszorg als gevolg van nieuwe medische behandelmethodes en vergrijzing maakt het noodzakelijk om na te denken over een nieuw vorm van bekostiging. Er werd gekozen voor een stelsel gericht op marktwerking. Het verschil tussen particuliere patiënten en het ziekenfonds werd afgeschaft. Er kwam een algemene zorgverzekering, deze werd vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, die zijn intrede deed op 1 januari 2006 (Brake, et al., 2007).

2.2 Tussen 2006 en 2015

Pas in 2006 is er verandering gekomen in de bekostiging van de huisartsenzorg. De verplichte verzekering werd vervangen door een basisverzekering. Mensen hebben echter wel een verzekeringsplicht. Dit gebeurde met de ingang van de Zorgverzekeringswet. Deze wet heeft gezorgd voor marktwerking in de zorg. Ook is er meer vrijheid gekomen voor zorgverleners en zorgverzekeraars, zij moeten nu handelen uit eigenverantwoordelijkheid. Een gevolg hiervan is dat er minder regels zijn, dus meer vrijheid. Zo kunnen zorgverleners en zorgverzekeraars nu onderhandelen over de prijs. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op dit proces (Zorgverzekering Informatie Centrum, 2016).

In deze periode is er een lappendeken aan declaratiemogelijkheden. Ten eerste was er een inschrijftarief voor alle ingeschreven patiënten. Dit inschrijftarief werd bepaald aan de hand van een aantal kenmerken. Onder andere de leeftijd van de patiënt, daarnaast waren de woonplaats en diensten van de huisartsenpraktijk van belang. Wanneer de praktijk in een achterstandswijk gevestigd was kregen zij meer geld per patiënt via het inschrijftarief. Ook

het in dienst nemen van een praktijkondersteuner en het aanleveren van digitale declaraties leverden een hoger inschrijftarief op (Dijk, et al., 2009).

Naast het inschrijftarief was er een consulttarief. In dit tarief konden verrichtingen worden gedeclareerd. Onder andere consulten, visites, herhaalrecepten en vaccinaties. Voor verschillende verrichtingen waren andere tarieven. Er werd gemeten per consulteenheid. Een herhaalrecept of vaccinatie was 0,5 consulteenheid, terwijl een visite langer dan 20 minuten gedeclareerd kon worden als 2,5 consult.

Ten derde was er een passantentarief. Dit is voor patiënten die niet staan ingeschreven bij de praktijk en niet in de gemeente van de praktijk wonen.

Ten slotte was er de module modernisatie en innovatie (M&I). Verrichtingen in deze module zijn om kwaliteit in de zorg te verbeteren en voor ingrepen die in de tweedelijnszorg plaatsvinden maar de huisarts ook kan uitvoeren. Bijvoorbeeld het plaatsen van een spiraaltje of andere kleine chirurgische ingrepen. De beloning voor M&I-verrichtingen stond niet vast. Verzekeraars en huisartsen moesten hier in onderling overleg uitkomen. Ook was het niet verplicht bepaalde M&I-verrichtingen uit te voeren.

2.3 Vanaf 2015

Op 1 januari 2015 zijn de huisartsen gaan werken met het drie-segmentenmodel. De stijgende zorgkosten in de gezondheidszorg, de vergrijzing en het groter wordende aantal chronische patiënten hebben geleid tot de noodzaak van een nieuw bekostigingsmodel.

Segment 1: Basiszorg

Segment 1 is de kern van het werk van de huisarts: de basis huisartsgeneeskundige zorg. Daarnaast valt de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en een aantal M&I-verrichtingen onder segment 1, M&I staat voor modernisering en innovatie. Uit dit segment haalt de huisarts de meeste omzet, tussen de 70 en 80 van de totale omzet wordt in dit segment verdiend (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Segment 1 wordt op twee manieren bekostigd. Ten eerste met inschrijfgelden, ten tweede met consulttarieven. Een deel van de M&I-verrichtingen is opgenomen in het inschrijfgeld, voor een deel geldt een

apart tarief (Peters, 2014b). Het inschrijftarief is een vergoeding voor de beschikbaarheid van de huisarts en deels de kosten van zorglevering. De hoogte van het inschrijftarief verschilt per huisartsenpraktijk. Dit wordt veroorzaakt door de leeftijd van de ingeschreven verzekerden bij de praktijk. Er zijn drie verschillende tarieven: tot 65 jaar, van 65 tot 75 jaar en vanaf 75 jaar. Daarnaast wordt er rekening gehouden met opslagwijken. Wanneer de praktijk in een opslagwijk gevestigd is krijgt de praktijk meer geld per patiënt via het inschrijftarief. Aan de hand van CBS-gegevens over het inkomen, niet actieven, studenten en niet-westerse allochtonen en de omgevingsadressendichtheid wordt het inschrijftarief berekend (NZa, 2016a).

Door het toepassen van inschrijfgeld is het voor artsen mogelijk een band op te bouwen met patiënten, door het consulttarief ontvangen huisartsen loon naar werken. Dit zorgt voor een financiële prikkel bij de artsen.

Segment 2: Ketenzorg

Segment 2 houdt multidisciplinaire zorg als onderdeel van ketenprogramma's in. Deze heeft twee deelaspecten: A zijn bestaande ketens met vrije tarieven, bijvoorbeeld programma's voor COPD en astma. Aspect B zijn nieuwe ketens, tot nu toe is deze leeg. Aspect B is bedoeld om snel in te kunnen spelen op maatschappelijke ontwikkelingen. Een voorbeeld hiervan is kwetsbare ouderen. Daarnaast vallen onder segment 2 ook de stimulering van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ-regeling) en de praktijkondersteuner huisarts somatiek (POH-S) (Peters, 2014b).

Segment 3: Innovatie

Het derde segment is een wens van overheid en zorgverzekeraars, zij willen graag extra inspanningen belonen. Het segment bestaat uit verschillende onderdelen. Ten eerste adequaat verwijzen en diagnostiek. Een voorbeeld hiervan is kleine chirurgische ingrepen in de eerstelijnszorg houden en minder doorverwijzen naar andere zorgaanbieders. Ten tweede service en bereikbaarheid. Voorbeelden hiervan zijn: avondspreekuren, online consulten en multidisciplinaire zorg. Verzekeraars kunnen zelf kiezen of ze dit contracteren. Hier gelden vrije tarieven voor. Ten derde doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Ten vierde innovatie, dit kan op allerlei vlakken. Voorbeelden zijn een meekijkconsult van een

specialist en pilots met e-health. Voor innovatie geldt een vrij tarief. Ten slotte bevat segment 3 de stimulatie om M&I's die naar segment 1 zijn gegaan te blijven verrichten. Bijvoorbeeld een kleine chirurgische ingrepen. Deze zijn naar segment 1 verplaatst, maar om te voorkomen dat huisartsen deze handeling niet meer verrichten, is er een extra stimulatie in segment 3 geplaatst (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014). Dit tarief is ingesteld omdat de NZa verondersteld dat wanneer huisartsen geen financiële prikkel krijgen zij sommige handelen niet meer zullen verrichten. Zij verwijzen dan sneller door naar een specialist. Dit kost in bijna alle gevallen meer geld dan dat de huisarts de handeling uitvoert. Dat deze onderliggende, financiële prikkel daadwerkelijk nodig is, blijkt uit berichten van VPHuisartsen en de Landelijke Huisartsenvereniging eind 2014 (Eftting, 2014). Rond die tijd werd bekend dat het plaatsen van een spiraaltje van segment 1 werd verplaatst. Waar een spiraaltje plaatsen in 2014 €55,- opleverde, werd het in het drie-segmentenmodel op een andere manier vergoed. Het spiraaltje is naar segment 1 verplaatst. Het inschrijftarief is met 16 cent verhoogd en er kan een dubbel consult van €18,08 gedeclareerd worden. Huisartsen waren na het horen van de tariefwijzigingen van plan vrouwen door te verwijzen naar tweedelijnszorg. Bij de specialist in het ziekenhuis zijn de kosten rond de €500,-. Een opslag in segment 3 moet ervoor gaan zorgen dat huisartsen wel een financiële prikkel hebben om het spiraaltje zelf te plaatsen in plaats van te kiezen voor een duurdere doorverwijzing. Segment 3 is goed voor 5% van de omzet.

23/77-systematiek

De berekening van de arbeids- en praktijkkosten werden vóór de invoer van het driesegmentenmodel 100% toegerekend aan de inschrijf- en consulttarieven. Sinds de invoering van het driesegmentenmodel wordt de 23/77-systematiek toegepast door de NZa (2014). Dit betekent dat 77% van de inkomsten wordt toegerekend aan de gereguleerde tarieven, dit zijn de activiteiten waarvan de NZa de tarieven vaststelt (NZa, 2014). De overige 23% van inkomsten moet verdiend worden door werkzaamheden met vrije prijzen: M&I-tarieven en ketenzorgtarieven. De 23/77-systematiek is gebaseerd op een onderzoek van Significant (2012) en stelt de 'gemiddelde' huisarts centraal (NZa, 2014).

Kritiek op het drie-segmentenmodel

Ondanks dat is afgesproken dat de verandering van het bekostigingssysteem geen gevolgen mag hebben voor de omzet van huisartsen, zijn veel artsen hier wel bezorgd over. Vooraf was er voornamelijk kritiek op de administratieve lasten en de wijzigingen in het derde segment van het bekostigingsmodel. Sommige M&I-verrichtingen worden verplaatst naar segment 1. Als compensatie wordt het inschrijftarief verhoogd en is er een opslag in segment 3. Kritiekpunt hierbij is dat voor de verhoging van het inschrijftarief wordt gekeken naar een normpraktijk. Echter kunnen praktijken sterk afwijken van de normpraktijk. Een praktijk die naast een groot seniorencomplex staat zal bijvoorbeeld veel meer intensieve zorg leveren en erop achteruitgaan wanneer de verrichting intensieve zorg naar segment 1 wordt verplaatst. Terwijl een huisarts die veel cliënten heeft die studeren er financieel op vooruit gaat. De huisarts krijgt een hoger inschrijftarief en zal weinig intensieve zorg moeten leveren.

2.4 Uitkomstbekostiging

Huisartsen zien een nieuwe trend opkomen in de bekostiging van de gezondheidszorg. De huidige prestatiebekostiging zien de NZa en het ministerie graag veranderen in uitkomstbekostiging. Het doel is om dit in 2020 in te voeren (Eijkenaar en Schut, 2015). Het voordeel van uitkomstbekostiging voor de NZa en het ministerie is dat het risico ligt bij de zorgaanbieder. Dit komt overeen met het ziekenfonds, ook toen lag het risico bij de zorgaanbieder.

Hoofdstuk 3: Theorie en hypothesen

3.1 Motivatie

Om een goed onderzoek neer te zetten is het belangrijk een duidelijke definitie te hebben van het begrip motivatie. Vinke (1996, p. 25) geeft twee definities van het begrip motivatie. Ten eerste omschrijft Vinke een theoretische definitie. Deze is gericht op inzicht.

‘Motivatie betreft het proces en het geheel van factoren en aandriften waardoor het gedrag richting krijgt en behoudt’ (Vinke, 1996, p. 25).

Bovenstaande definitie van motivatie gaat over de drijfveren en motivatiekrachten van een persoon. De praktische definitie is gericht op toepassing. Hier staat centraal hoe iemand gemotiveerd kan worden.

*‘Bij motivatie gaat om het faciliteren en beïnvloeden van het gedrag van een persoon waardoor gewaardeerde doelen worden gerealiseerd’.
(Vinke, 1996, p.25)*

Een van de meest bekende motivatietheorieën is de Self-Determination Theory (SDT) van Deci en Ryan (1985). Deze theorie kent drie soorten motivatie: amotivatie, intrinsieke en extrinsieke motivatie. Deze bevinden zich op een zelfbeschikkingscontinuüm (Gagné en Deci, 2005, p. 336). Van links een lage zelfbeschikking (amotivatie) tot rechts een hoge zelfbeschikking (intrinsieke motivatie). Daartussen bevindt zich extrinsieke motivatie.

Amotivatie

Amotivatie beschrijven Gagné en Deci als volgt:

Amotivation involves not having an intention to act, whereas motivation involves intentionality (Gagné en Deci, 2005, p. 340).

Amotivatie komt voor wanneer mensen geen vertrouwen hebben in de eigen competentie of het nut van de activiteit niet inzien. Amotivatie is voor dit onderzoek het minst belangrijk omdat dit onderzoek gericht is op motivatie die wel aanwezig is. Omdat dit bij amotivatie niet het geval is, is besloten amotivatie verder niet te behandelen in het onderzoek.

Intrinsieke en extrinsieke motivatie hebben beide een andere oorsprong. De bron van motivatie verschilt. De prikkel bij intrinsieke motivatie komt uit de persoon zelf, dit uit zich in de activiteiten en de gevoelens van deze persoon. Terwijl bij extrinsieke motivatie de prikkel juist buiten de persoon ligt. Eerst splitsen Deci en Ryan (1985) de begrippen verder uit. Vervolgens worden ze gehergroepeerd tot autonome en gecontroleerde motivatie.

Extrinsieke motivatie

De prikkel voor gedrag ligt bij extrinsieke motivatie buiten de persoon zelf. Hij/zij probeert met minimale inzet een zo hoog mogelijk persoonlijk gewin te halen. Wanneer dit een werknemer betreft streeft de werkgever graag naar een hoge inspanning. De werkgever zal de werknemer dus moeten stimuleren om de inspanning te verhogen. Hiervoor kunnen verschillende middelen worden ingezet die allen extrinsiek van aard zijn: promotie en een financiële beloning, zoals een hoger salaris of een bonus. Wanneer de werknemer meer produceert na een beloning valt dit toe te schrijven aan extrinsieke motivatie. De definitie die tijdens dit onderzoek gebruikt zal worden is de volgende:

Motivatie die veroorzaakt wordt door externe beloning. Deze is geheel tot stand gekomen door externe prikkels en onafhankelijk van interne prikkels. De voldoening wordt niet gehaald uit de activiteit, maar uit de extrinsieke gevolgen van de activiteit.

(Deci, 2000; Vinke, 1996; Wybouw, 2009)

Deci en Gagné (2005) beschrijven vier vormen van extrinsieke motivatie. Ten eerste externe regulatie, deze vorm kan gezien worden als het prototype van extrinsieke motivatie (Wybouw, 2009, p. 5). Gedrag wordt geuit onder invloed van externe prikkels. Ten tweede geïntrojecteerde regulatie, ofwel introjectie. De regulatie van gedrag vindt wel plaats in de persoon zelf, maar is nog niet van zichzelf. De laatste twee vormen van van extrinsieke

motivatie zijn geïdentificeerde regulatie (identificatie) en geïntegreerde regulatie (integratie). Beide zijn ver doorgevoerde geïntegreerde vormen van extrinsieke motivatie. Het verschil tussen identificatie en introjectie is dat de persoon zich bij identificatie verenigt met de waarde van het gedrag. Dit heeft als gevolg dat men zich autonomer voelt want het gedrag is voor de persoon waardevol. Ten slotte noemen Deci en Gagné (2005) geïntegreerde regulatie (integratie). Dit is een vorm waarbij het gedrag compleet is geïntegreerd en deel uitmaakt van de persoon. Echter is het niet intrinsiek omdat het motief instrumenteel en functioneel is, de focus ligt nog steeds op het bereiken van een doel. Men ziet het belang in en het wordt onderdeel van het eigen waardenpatroon.

Intrinsieke motivatie

De stimulans om een inspanning te leveren komt vanuit de persoon of activiteit. Er is geen invloed van externe prikkels. De activiteit wordt ondernomen uit interesse, persoonlijke uitdaging, plezier of bevrediging (Amabile, 1993). Dit heeft positieve gevoelens als gevolg.

‘Intrinsic motivation is defined as the doing of an activity for its inherent satisfactions rather than for some separable consequence’.

(Ryan & Deci, 2000, p. 56)

Verband intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie

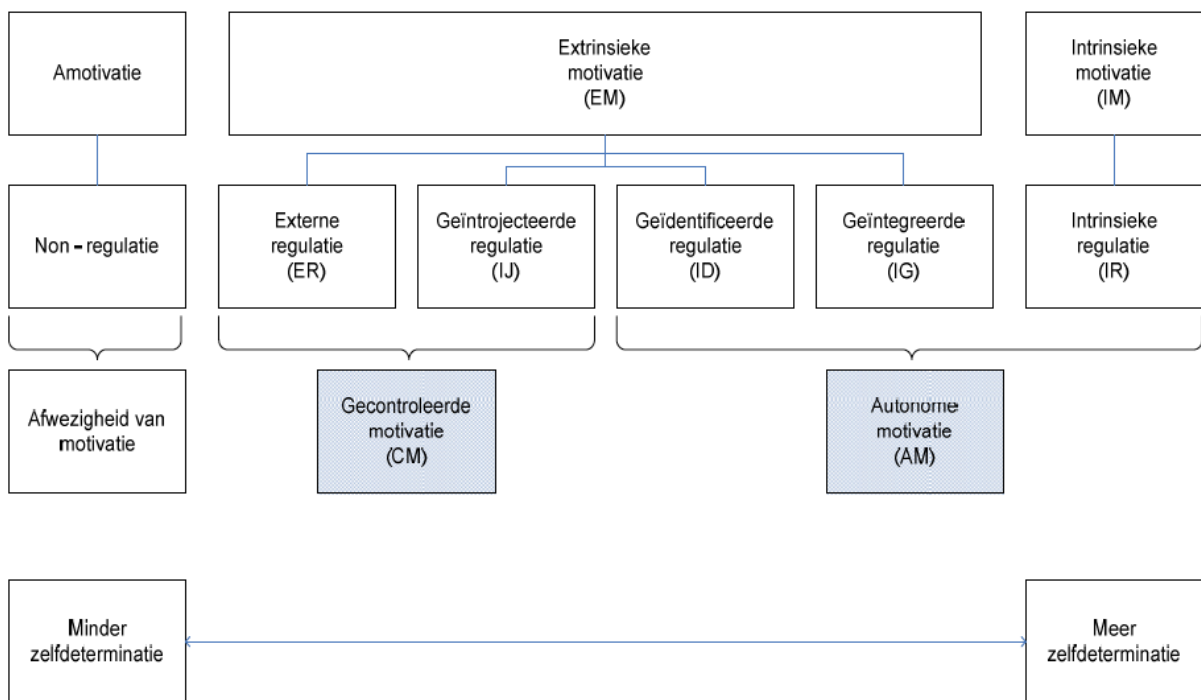
Er is veel onderzoek gedaan naar het verband tussen intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie (Vroom, 1964; Deci, 1975; Skinner, 1969; Petri, 1981). Er zijn drie stromingen die de relatie tussen intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie betreffen, alle drie veronderstellen ze dat intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie met elkaar in verbinding staan.

De eerste stroming stelt dat gedrag wordt bepaald door de aantrekkelijkheid van de verwachte opbrengst van het gedrag. De twee vormen van motivatie kunnen bij elkaar opgeteld worden om de totale motivatie te vormen. Deze theorie wordt de Expectancy Theory genoemd (Vroom, 1964). De tweede stroming is Behavior Modification Theory. Deze theorie stelt dat de extrinsieke prikkel de intrinsieke motivatie verhoogd. Het gedrag wordt aangepast aan de gevolgen (Skinner, 1969). Ten slotte de laatste stroming. Deze verwacht

een negatief verband. Een van de grootste theorieën binnen deze stroming is de Cognitieve Evaluatie-theorie (Deci, 1975). Deze stelt dat een extrinsieke prikkel de intrinsieke motivatie kan verlagen.

3.2 Autonome en gecontroleerde motivatie

Deci en Ryan (2005) hebben de uiteengefaldde begrippen extrinsieke motivatie en intrinsieke motivatie opnieuw gegroepeerd in gecontroleerde motivatie en autonome motivatie. Dit wordt schematisch weergegeven in figuur 1. Gecontroleerde motivatie bestaat uit twee componenten: externe regulatie en geïntrojecteerde regulatie. Deze vorm geeft het gevoel van druk om zich te moeten verbinden tot het voorgeschreven gedrag omdat het niet vanuit een interne prikkel komt. Geïdentificeerde regulatie, geïntegreerde regulatie en intrinsieke regulatie vormen samen autonome motivatie.



Figuur 1: De type motivatie op het zelfbeschikkingscontinuüm (Overgenomen uit Wybouw, 2009/ gebaseerd op Deci & Ryan, 2008).

3.3 Public service motivation

Autonome motivatie sluit aan bij de theorie over public service motivation. Public service motivation verwijst naar de motivatie van individuen om tijdens het werk rekening te houden met publieke waarden en is een onderdeel van autonome motivatie (Krabben, 2006, p. 81). Theorie over public service motivation wordt vaak toegepast op ambtenaren omdat zij werk verrichten in het algemeen belang. Ook op huisartsen kan public service motivation worden toegepast omdat zij eveneens een publieke dienst leveren.

Publieke waarden die verbonden zijn aan public service motivation zijn democratie, gelijkheid, algemeen belang en rechtvaardigheid. Deze principes zijn met de rationele keuzetheorie lastig te verklaren. De rationele keuzetheorie is gebaseerd op de aanname dat eigenbelang de belangrijkste menselijke drijfveer is (Vandenabeele, 2006, p. 11-12). Bij public service motivation staat het algemene belang voorop en gaat deze voor eigenbelang of organisatiebelang. Wanneer huisartsen public service motivation vertonen zouden ze handelen vanuit het algemeen belang in plaats van het eigenbelang. Dit zou, in tegenstelling tot de rationele keuzetheorie, het gedrag kunnen verklaren waarom huisartsen veel tijd investeren in intensieve zorg ondanks het geringe inzicht of de handeling wel rendabel is.

Het begrip public service motivation is een veelgebruikt begrip over de hele wereld. Hierdoor doen veel verschillende begrippen de ronde. Wouter Vandenabeele (2006) heeft onderzoek gedaan naar de verschillende definities en heeft een overkoepelende definitie geformuleerd:

‘Het geloof, de waarden of de attitudes die breder zijn dan eigenbelang of organisatiebelang en die in interactie met de omgeving leiden tot motivatie voor het handelen’ (Vandenabeele, 2006, p.13).

3.4 Hypothesen

Op basis van bovenstaande theorieën over motivatie kunnen er een aantal hypothesen opgesteld worden. Deze hypothesen worden hieronder besproken.

Wanneer praktijkhoudende huisartsen meer autonoom gemotiveerd zijn, zullen zij meer tijd nemen voor patiënten. Deze verwachting kan gesteld worden omdat meer autonoom gemotiveerde huisartsen op zoek zijn plezier, uitdaging en zelfexpressie in hun werk (Amabile, 1993). Dit kunnen zij behalen door de beste zorg te leveren aan een patiënt. Hieruit volgt de eerste hypothese:

Hypothese 1: Hoe hoger de autonome motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe meer tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg.

Bij gecontroleerde motivatie is de externe prikkel leidend. Als huisartsen met minder inspanning dezelfde beloning ontvangen is dit een externe prikkel om kort de tijd te nemen voor een patiënt. De gevolgen (financiële voorspoed) zorgen voor bevrediging.

Hypothese 2: Hoe hoger de gecontroleerde motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe minder tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg.

Van den Muijsenbergh (2003) heeft onderzoek gedaan naar palliatieve zorg door huisartsen. Uit haar onderzoek bleek dat er slecht 'af en toe' medisch technisch gehandeld wordt en veel meer tijd besteed wordt aan gesprekken met de patiënt en naasten. De medisch technische handelingen waren meestal alledaagse huisartsgeneeskundige handelingen. Muijsenbergh (2003) stelt dat het voeren van steunende gesprekken mogelijk het belangrijkste onderdeel van de palliatieve zorg is. Daarom wordt ook de invloed van autonome motivatie en gecontroleerde motivatie op steunende gesprekken in dit onderzoek gezocht.

Tijdens de opleiding tot huisarts leren huisartsen vaardigheden om aandacht te besteden aan de emotionele aspecten als gevolg van ziekte. Van oudsher is dit dan ook onderdeel van het beroep. Huisartsen behandelen patiënten, geen ziektes (Lucassen & Terluin, 2001). Van den Muijsenbergh (2003) stelt dat patiënten meer waarde hechten aan persoonlijke aandacht van de huisarts dan de medische behandeling van hun lichamelijke klachten. Alle patiënten gaven tijdens het onderzoek van Van den Muijsenbergh (2003) aan dat ze behoefte hadden aan steun van de huisarts, dit wilde ze ontvangen in de vorm van emotionele betrokkenheid. Daarnaast hebben steunende gesprekken voor huisartsen als voordeel dat zij de zorgvraag van de patiënt kunnen verduidelijken. De behandeling kan hier eventueel op worden aangepast (NOS, 2015).

Wanneer praktijkhoudende huisartsen autonoom gemotiveerd zijn, is de motivatie om het werk te doen interesse of de voldoening die het werk schenkt (Amibele, 1994). Uit onderzoek van Van den Muijsenbergh (2003) blijkt dat het emotioneel ondersteunen van de patiënten huisartsen voldoening geeft.

Hypothese 3: Hoe hoger de autonome motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe meer tijd zij besteden aan steunende gesprekken tijdens de verrichting intensieve zorg.

Huisartsen die gecontroleerd gemotiveerd zijn, worden in grote mate geleid door een externe prikkel, vaak in de vorm van financiële beloning. Huisartsen ontvangen bij de verrichting intensieve zorg een vast bedrag, of ze lange of korte tijd bij de patiënt doorbrengen.

Hypothese 4: Hoe hoger de gecontroleerde motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe minder tijd zij besteden aan steunende gesprekken tijdens de verrichting intensieve zorg.

3.5 Controlevariabelen

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van drie controlevariabelen: leeftijd, dienstjaren en geslacht.

Leeftijd

Jongere huisartsen hebben meer zorgtaken dan oudere huisartsen. Ze hebben vaker kleine kinderen wat veel zorgtaken met zich meebrengt (Zalinge, 2008b, p. 163). Vooral tussen het hun dertigste en 45^e vraagt een gezin de grootste investering (Raad voor Volksgezondheid en zorg, 2000) Wanneer kinderen groter zijn, hebben huisartsen mogelijk het gevoel meer ruimte te hebben om extra tijd te besteden aan intensieve zorg (Zalinge, 2008b, p. 165). Mogelijk is dit van invloed op de tijd die huisartsen besteden aan intensieve zorg en steunende gesprekken, daarom wordt er gecontroleerd voor leeftijd.

Dienstjaren

Het kost veel tijd en energie om een vertrouwensrelatie met patiënten op te bouwen. Veel huisartsen zijn niet meer van praktijk gewisseld nadat ze ergens gevestigd waren (Zalinge, 2008b, p. 163). Dit betekent dat ze een lange vertrouwensrelatie hebben met de patiënten van de huisartsenpraktijk. Hoe sterker de vertrouwensrelatie met de patiënt hoe meer zij hun best zullen doen om de patiënt zo lang mogelijk van zorg te voorzien (Muijsenbergh, 2003). Op basis van de literatuur kan gesteld worden dat er invloed kan zijn op de tijd die huisartsen besteden aan de intensieve zorg en steunende gesprekken met patiënten. Het is daarom van belang te controleren voor dienstjaren.

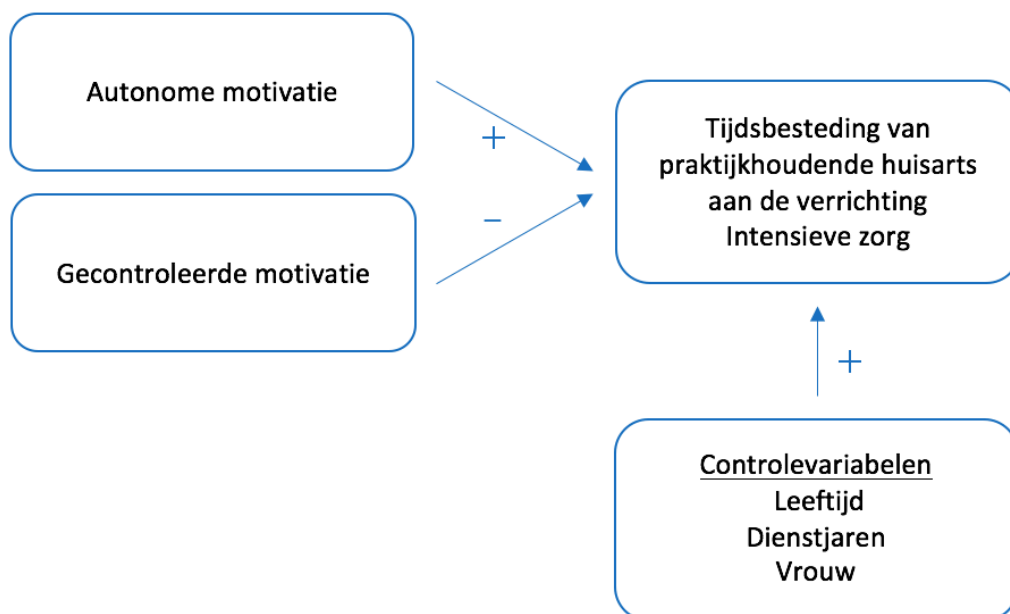
Geslacht

Vrouwen hebben vaker dan mannen naast de arbeidsverantwoordelijkheid een zorgverantwoordelijkheid (Zalinge, 2008a). Mannen hebben dan ook meer oog voor de zakelijke kant van het huisartsenberoep en vrouwen de menselijke kant (Zalinge, 2008b, p. 135). Uit zelfrapportage (Zalinge, 2008b) blijkt dat vrouwelijke huisartsen socialer en zorgzamer zijn. Abrahams, Houkes, Winants, Twellaar en Verdonk (2013) stellen dat vrouwelijke huisartsen tijdens consulten meer aandacht besteden aan psychosociale aspecten. Dit heeft als gevolg dat consulten langer duren. Het onderzoek van Lagro-Janssen (2008) bevestigt dit: patiënten vinden dat vrouwelijke huisartsen meer informatie

verstrekken en meer de tijd nemen voor hun patiënten. Hieruit volgt dat geslacht van invloed kan zijn op de tijd die huisartsen besteden aan intensieve zorg en steunende gesprekken. Geslacht zal daarom worden opgenomen in het onderzoek als controlevariabele.

3.6 Conceptueel model

In dit onderzoek wordt getracht de tijdsbesteding van praktijkhoudende huisartsen aan de verrichting intensieve zorg te verklaren door autonome en gecontroleerde motivatie. De controlevariabelen vormen de demografische kenmerken van de huisarts. Het conceptueel model is in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1: Conceptueel model.

Hoofdstuk 4: Methoden

4.1 Participanten

Dit onderzoek is uitgevoerd onder huisartsen met een eigen huisartsenpraktijk die zijn aangesloten bij VPHuisartsen, deze groep vormt de onderzoekspopulatie (N = 700). Er is specifiek gekozen om alleen praktijkhoudende huisartsen te ondervragen, zodat huisartsen in loondienst die niet de financiële gevolgen van het bekostigingssysteem voelen, niet meegenomen worden in het onderzoek. Alle deelnemers zijn aangesloten bij de vereniging VPHuisartsen. Ze werken verspreid over Nederland. De artsen zijn benaderd door Wouter van den Berg, voorzitter van VPHuisartsen. Ten eerste via de algemene ledenvergadering in het voorjaar van 2016. Daar heeft Wouter van den Berg kort het onderzoek gepresenteerd en een intekenlijst rondgegeven voor de geïnteresseerde huisartsen. Daarnaast is er twee keer een bericht naar de ongeveer 700 leden uitgegaan in de nieuwsbrief van VPHuisartsen. Totaal hebben 54 huisartsen zich aangemeld. Zij hebben een tijdsbestedingsboekje en een online vragenlijst ontvangen. Totaal zijn er 41 tijdsbestedingsboekjes teruggekomen en 45 vragenlijsten. Van 41 huisartsen is zowel het tijdsbestedingsboekje als de vragenlijst ontvangen. Voor onderzoeksvragen die één van de twee meetinstrumenten vereist wordt het totale respons per meetinstrument gebruikt. Voor de tijdsbestedingsboekjes is het bruikbare respons 75,9% van de steekproef. Voor de vragenlijst is het respons 83,3% van de steekproef.

4.2 Vooronderzoek

Om een beter inzicht te krijgen wat de verrichting intensieve zorg inhoud is er gebruik gemaakt van vooronderzoek. Ten eerste heeft er een meeloopdag plaatsgevonden bij een huisarts die lid is van VPHuisartsen. Tijdens de meeloopdag stonden er meerdere intensieve zorg visites gepland. Op deze manier werd er inzicht verworven over de praktijk. Ook hebben er gesprekken met huisartsen plaatsgevonden. Zij hebben de input en feedback geleverd voor de onderdelen die in het tijdsbestedingsboekje zijn opgenomen. Door de huisartsen input en feedback te laten leveren, wordt gepoogd de herkenbaarheid van de onderdelen zo groot mogelijk te maken. Daarnaast wordt een groter draagvlak gecreëerd doordat de artsen invloed hadden op het onderzoek.

4.3 Meetinstrument

De praktijkhoudende huisartsen zijn bevraagd door middel van een tijdsbestedingsboekje en een online vragenlijst.

Tijdsbestedingsboekje

De huisartsen ontvingen de tijdsbestedingsboekjes eind mei 2016 per post. Zij hebben het tijdsbestedingsboekje gedurende de meetmaand juni (1 tot en met 30 juni 2016) of juli (1 tot en met 31 juli) bijgehouden. Elk boekje heeft een uniek nummer dat een huisarts vertegenwoordigt. Het tijdsbestedingsboekje is opgenomen in bijlage 1.

Door middel van de tijdsbestedingsboekjes kan er inzicht verworven worden over de tijdsbesteding van huisartsen bij de verrichtingen ‘intensieve zorg, dag’ met code 13034 en ‘intensieve zorg, ANW’ met code 13036. De boekjes bestaan uit 15 turflijsten die de huisarts kan invullen. *De tijdsbesteding van een praktijkhoudende huisarts aan de verrichting intensieve zorg* is de afhankelijke variabele in hypothese 1 en 2 in dit onderzoek.

Na een visite ‘intensieve zorg’ vult de huisarts de één turflijst in. Ten eerste wordt gevraagd wat voor visite het was. Dit kan een visite intensieve zorg overdag zijn of tijdens de ANW. ANW staat voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Deze uitsplitsen is van belang omdat er voor beide verrichtingen een ander tarief geldt. Vervolgens vult de arts het tijdstip en de tijd die hij aan de visite kwijt was. Ten slotte vult de huisarts de tijdsbesteding in voor de specifieke onderdelen van intensieve zorg. Deze zijn opgesteld aan de hand van de inzichten van drie huisartsen. De tijd wordt genoteerd in minuten. De onderdelen zijn: *intake/ triage, medisch handelen, steunende gesprekken, overleg met apotheker, overleg met mantelzorgers, overleg met medisch specialist, overleg met oncologieverpleegkundige, overleg met palliatief consulent, overleg met scenarts (niet in ANW), overleg met technologisch thuiszorgteam, overleg met wijkverpleegkundige, reistijd en dossiervorming: registratie verrichting*. Ten slotte is er nog een categorie *Anders, namelijk* toegevoegd. Het onderdeel *steunende gesprekken* wordt gebruikt als afhankelijke variabele bij hypothese 3 en 4.

Naast de vragen over tijdsbesteding bevat het tijdsbestedingsboekje ook een vraag over materiaal dat verbruikt wordt maar niet gedeclareerd kan worden op naam van de patiënt en dus voor rekening van de praktijkhouder komt.

Er zijn totaal 373 turflijsten ingevuld door de huisartsen, variërend van 2 tot 41 turflijsten per huisarts. Turflijsten die niet volledig of foutief zijn ingevuld zijn uit de steekproef verwijderd. Gevolg is dat er bij huisartsen waarvan een of meerdere turflijsten uit de steekproef zijn verwijderd minder visites worden gemeten. Het aantal visites in de analytische sample kwam daardoor neer op $n = 369$. De beschrijvende statistieken zijn terug te vinden in tabel 1 in het resultatenhoofdstuk.

Vragenlijst over werkbeleving

De tweede methode van onderzoek is een vragenlijst (bijlage 2). Deze ontvingen de praktijkhoudende huisartsen eind juni. De vragenlijst werd geframed als een vragenlijst over werkbeleving. De vragenlijst meet echter de onafhankelijke variabelen *autonome motivatie* en *gecontroleerde motivatie*. Wanneer er over motivatie wordt gesproken kan dit echter de antwoorden van huisartsen beïnvloeden. Dit kwam uit de gesprekken met drie huisartsen naar voren die werden gevoerd voor het opstellen van de vragenlijst. Zij reageerden allen dat ze puur autonoom gemotiveerd waren. Om dit in de vragenlijst te voorkomen is er gekozen om de respondenten het gevoel te geven dat ze over een ander onderwerp worden bevraagd. Dit komt de validiteit ten goede. Autonome en gecontroleerde motivatie zijn de onafhankelijke variabelen in dit onderzoek. De beschrijvende statistieken van de vragenlijst over werkbeleving zijn te vinden in tabel 2.

Eerst wordt de praktijkhoudende huisarts gevraagd naar het nummer dat op het turfboekje staat. Dit zorg ervoor dat er in de analyse gewerkt kan worden met gepaarde data. Gegevens over de tijdsbesteding kunnen op deze manier gekoppeld worden aan de mate van gecontroleerde en autonome motivatie van de huisarts. Ook naar de controlevariabelen leeftijd, dienstjaren en geslacht wordt gevraagd. Vervolgens worden er veertien vragen gesteld over autonome en gecontroleerde motivatie. Er zijn zeven antwoordcategorieën, oplopend van *helemaal niet mee eens* tot *helemaal mee eens*. De vragenlijst die hiervoor is gebruikt is aangemaakt door Veen (2014) en gebaseerd op de Work Extrinsic and Intrinsic

Motivation Scal van Tremblay, Blachard, Taylor, Pelletier & Villeneuve (2009). De lijst meet de vijf onderdelen die onder autonome en gecontroleerde motivatie vallen, zoals eerder beschreven in het theoretisch kader. De subschalen *intrinsieke motivatie*, *integratie* en *identificatie* zullen in het onderzoek de subschalen voor autonome motivatie vormen. De subschalen *introjectie* en *externe regulatie* vormen de subschalen voor gecontroleerde motivatie².

Na de gesloten vragen volgen twee open vragen, deze gaan over de motiverende en demotiverende factoren in het werk van de huisarts. De vragen die daarna volgen gaan specifiek over de verrichting intensieve zorg. Er wordt gevraagd naar de voldoening en het belang van intensieve zorg. Daarnaast wordt er aan de arts gevraagd of hij tevreden is over de vergoeding die hij ontvangt. Deze vragen zijn allen met een 7-punts Likertschaal te beantwoorden: van *helemaal mee oneens* tot *helemaal mee eens*.

Vervolgens wordt er verder doorgevraagd over het nieuwe bekostigingsmodel. De huisartsen mogen het een cijfer geven tussen de 1 en de 10. Er wordt aan de artsen gevraagd of ze dit cijfer kunnen beargumenteren, ook is het mogelijk om suggesties tot verbetering aan het bekostigingsmodel op te schrijven.

4.4 Controlevariabelen

De demografische kenmerken van de huisartsen vormen de controlevariabelen. Deze worden door middel van de vragenlijst verzameld. De variabelen waarop gecontroleerd wordt zijn *leeftijd*, *dienstjaren* en *geslacht*. *Leeftijd* wordt gemeten in jaren. *Dienstjaren* wordt eveneens gemeten in jaren. De derde controlevariabele is *geslacht*. Deze variabele bevat twee categorieën: man en vrouw. De referentiegroep is mannen.

4.5 Procedure data-analyse

Voor de beantwoording van de verschillende onderzoeksvragen zijn andere data-analysemethoden gebruikt.

² De vragen over amotivatie zijn uit de lijst verwijderd, omdat dit geen onderdeel uitmaakt van het onderzoek.

De eerste beschrijvende vraag luidt: *Hoeveel tijd besteden praktijkhoudende huisartsen feitelijk aan het verlenen van intensieve zorg?*. Om deze vraag te beantwoorden is de totale tijd berekend die een intensieve zorgvisite dag en intensieve zorgvisite ANW kost aan de hand van de tijdsbestedingsboekjes.

Voor de tweede beschrijvende vraag, of er discrepantie is tussen de vergoeding en feitelijke kosten bij het verlenen van intensieve zorg, is gebruik gemaakt van een kostenberekening uitgedacht door Wouter van den Berg (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016).

Gezamenlijk met de variabele *tijdsbesteding van praktijkhoudende huisarts aan intensieve zorg* kan berekend worden hoeveel geld een gemiddeld consult intensieve zorg dag en een consult intensieve zorg ANW kost. Dit kan vergeleken worden met de tarieven die de NZa beschikbaar stelt.

De derde beschrijvende vraag luidt: *In welke mate ervaren praktijkhoudende huisartsen een probleem in de bekostiging van intensieve zorg?*. Bij het beantwoorden van deze beschrijvende onderzoeksvraag is gebruikt gemaakt van de vragen 'Welk cijfer geeft u het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg' en 'Wanneer u uw antwoord wilt motiveren is dat hieronder mogelijk'. Daarnaast is gebruik gemaakt van de stellingen 'Ik ben tevreden met de vergoeding die ik krijg voor de verrichting Intensieve zorg, dag (13034)', 'Ik ben tevreden met de vergoeding die ik krijg voor de verrichting Intensieve zorg, ANW (13036)' en 'Ik heb het gevoel dat ik meer tijd besteed aan mijn werk dan dat ik vergoed krijg'. De data is van zowel kwalitatieve als kwantitatieve aard. De open vragen vormen kwalitatieve data en de gesloten vragen vormen kwantitatieve data. Voor de kwantitatieve data wordt het gemiddelde gebruikt, daarnaast wordt de n, standaardafwijking, minimum en maximum weergegeven.

De verklarende vraag wordt beantwoord door middel van de afhankelijke variabele *tijdsbesteding van praktijkhoudende huisarts aan intensieve zorg* en de onafhankelijke variabelen *autonome motivatie* en *gecontroleerde motivatie*. De controlevariabelen zijn *leeftijd*, *dienstjaren* en *geslacht*.

4.6 Aannames toetsen

De data-analyse wordt uitgevoerd met behulp van het statistische programma SPSS (Statistical Package for the Social Science). Voordat de analyse plaatsvond zijn de aannames getoetst voor alle uitgevoerde regressies door middel van een ordinary least squares (OLS) regressie³. Ten eerste is gekeken of er in de dataset uitschieters (extreme waarden) aanwezig waren. Voor uitschieters op de afhankelijke variabele is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde residuen. Deze bleven tussen de -3 en 3, wat betekent dat er geen uitschieters op de afhankelijke variabele zijn. De Cook's Distance is gebruikt voor uitschieters op de onafhankelijke variabelen. De waarden waren niet hoger dan 1, wat betekent dat er geen uitschieters zijn.

Vervolgens is er getoetst op multicollineariteit. De VIF-scores zijn niet groter dan 10, wat betekent dat er geen te sterke samenhang is tussen de onafhankelijke variabelen.

De volgende aanname gaat over de normaalverdeling van de residuen. Uit de test of normality blijkt dat de Smirnov en Shapiro-waarden significant zijn. Daarom is er geen sprake van een normaalverdeling van de residuen. Vervolgens is de aanname getoetst of er sprake is van homoscedasticiteit, er bleek sprake te zijn van heteroscedasticiteit. Daarom wordt er gebruik gemaakt van de bootstrapmethode. Bootstrappen houdt in dat er duizend steekproeven van de steekproef (de dataset) worden genomen. De dataset wordt op deze manier behandeld alsof het de onderzoekspopulatie is. Van elke steekproef wordt een lineaire regressie genomen, van alle steekproeven totaal zal het gemiddelde worden genomen. Door het gebruik van de bootstrapmethoden kunnen er bij replicatie andere waarden uit de analyses voortvloeien.

³ De aannames zijn opgenomen in bijlage 3.

Hoofdstuk 5: Resultaten

De resultaten beginnen met de beschrijvende statistiek en correlaties van het tijdsbestedingsboekje en de vragenlijst over werkbeleving. Vervolgens worden de resultaten opgebouwd aan de hand van de deelvragen. Ten eerste de beschrijvende vraag *Hoeveel tijd besteden praktijkhoudende huisartsen feitelijk aan het verlenen van intensieve zorg?* Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de tijdsbestedingsboekjes. Vervolgens wordt deze vergeleken met de vergoeding voor intensieve zorg in de tweede beschrijvende vraag *Bestaat er discrepantie tussen de vergoeding en de feitelijke kosten van praktijkhoudende huisartsen bij het verlenen van intensieve zorg?* De derde beschrijvende vraag is *Ervaren praktijkhoudende huisartsen een probleem in de bekostiging van intensieve zorg?* De resultaten van deze deelvraag zijn van kwalitatieve aard. Ten vierde worden de resultaten de verklarende vraag *In hoeverre spelen elementen van autonome en gecontroleerde motivatie een rol bij de tijdsbesteding van de praktijkhoudende huisartsen in de intensieve zorg?* weergegeven. De resultaten zijn van kwantitatieve aard. Ten slotte wordt de tweede verklarende vraag beantwoordt: *In hoeverre spelen elementen van autonome en gecontroleerde motivatie een rol bij de ervaren problemen in de bekostiging van intensieve zorg?* Afsluitend wordt kort samengevat wat de belangrijkste resultaten zijn.

5.1 Beschrijvende statistiek

In tabel 1 wordt de beschrijvende statistiek van het tijdsbestedingsboekje weergegeven. De praktijkhoudende huisartsen (n =41) zijn gemiddeld 53 jaar oud met 20 dienstjaren en vaker man dan vrouw. Zij besteden gemiddeld 49 minuten en 389 honderdsten aan het leveren van intensieve zorg. De meeste tijd gaat uit naar steunende gesprekken, gevolgd door reistijd en dossiervorming.

Tabel 1. Beschrijvende statistiek tijdsbestedingsboekje¹.

	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
Praktijkhoudende huisartsen (n = 41)				
Leeftijd	53,04	8,682	35	67
Dienstjaren	20,34	8,887	3	35
Geslacht (0 = man, 1 = vrouw)	0,43	0,495	0	1
Soort verrichting (0 = dag, 1 = ANW)	0,09	0,290	0	1
Is er materiaal gebruikt dat niet gedeclareerd kan worden? (0 = ja, 1 = nee)	0,98	0,146	0	1
Verrichting intensieve zorg (n = 369)				
Totale tijd per verrichting intensieve zorg	49,389	21,724	5	160
Intake/ triage	3,40	4,425	0	30
Medisch handelen	5,55	5,965	0	30
Steunende gesprekken	13,33	11,449	0	60
Overleg met apotheker	0,86	2,592	0	20
Overleg met mantelzorgers	5,47	7,227	0	60
Overleg met medisch specialist	0,60	2,508	0	20
Overleg met oncologisch verpleegkundige	0,46	2,255	0	20
Overleg met Palliatief consulent	0,15	1,346	0	15
Overleg met Scen arts (niet in ANW)	0,17	1,286	0	13
Overleg met technologisch thuiszorgteam	0,73	2,592	0	15
Overleg met wijkverpleegkundige	2,45	4,682	0	30
Reistijd	8,96	6,641	0	60
Dossiervorming: registratie verrichting	5,71	5,312	0	60
Anders, namelijk... aantal minuten	1,96	8,538	0	90

¹ De tijd voor de komma is weergegeven in minuten.

In tabel 2 is de beschrijvende statistiek van de vragenlijst opgenomen. De metingen zijn gedaan op een schaal van 1 tot en met 7 tenzij anders vermeld. De autonome motivatie komt gemiddeld uit op 6,44, de gecontroleerde motivatie gemiddeld op 4,333. De huisartsen zien intensieve zorg als belangrijk onderdeel van het werk (6,62) en halen er voldoening uit (6,27). Zij zijn minder tevreden met de vergoeding voor het dagtarief (3,80) dan het tarief in

de ANW-uren voor intensieve zorg (4,04). De huisartsen hebben het gevoel dat ze meer tijd besteden aan het werk dan dat ze vergoed krijgen (6). Het bekostigingsmodel krijgt het cijfer 4,87 op een schaal van 1 tot en met 10.

De gemiddelde leeftijd van de artsen die de vragenlijst hebben ingevuld is 51 jaar met 18 dienstjaren. De vragenlijst is vaker ingevuld door mannen dan vrouwen.

Tabel 2. Beschrijvende statistiek vragenlijst (n = 45).

	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
Leeftijd	50,91	8,533	35	67
Dienstjaren	18,13	8,925	3	35
Geslacht (0 = man, 1 = vrouw)	0,38	0,490	0	1
Autonome motivatie	6,44	0,63	3,89	6,44
Omdat ik plezier haal uit het leren van nieuwe dingen	5,47	0,815	4	7
Vanwege de voldoening die ik krijg wanneer ik interessante uitdagingen aanga op mijn werk	5,58	0,839	4	7
Vanwege de voldoening die ik voel als het me lukt om een moeilijke taak goed uit te voeren	5,58	0,783	4	7
Omdat het werk wat ik doe een belangrijk onderdeel is geworden van wie ik ben als persoon	5,20	1,160	2	7
Omdat het een onderdeel is van de manier waarop ik mijn leven invul	5,24	0,981	3	7
Omdat deze baan onderdeel is van mijn leven	5,24	1,209	2	7
Omdat dit type werk overeenkomt met hoe ik in het leven wil staan	5,20	1,100	3	7

Ik heb dit werk gekozen om de doelen die ik heb in mijn carrière te behalen	4,60	1,468	2	7
Omdat met dit werk ik bepaalde doelen kan halen die ik voor mezelf gesteld heb	4,53	1,236	2	7
Gecontroleerde motivatie	4,33	1	1,40	6,2
Vanwege de vergoeding dat ik ervoor krijg	3,82	1,6	1	7
Omdat het ervoor zorgt dat ik geld verdien	4,42	1,530	1	7
Omdat dit werk me zekerheid geeft	4,42	1,288	2	7
Omdat ik het goed wil doen op mijn werk, anders zou ik me erg voor mezelf niet prettig voelen	4,58	1,406	1	7
Omdat ik heel goed wil zijn in dit werk, anders zou ik teleurgesteld zijn	4,42	1,390	1	7
Ik haal voldoening uit het leveren van intensieve zorg	6,27	1,074	1	8
Intensieve zorg is een belangrijk onderdeel van mijn werk als huisarts	6,62	0,650	5	8
Ik vind het geen probleem om intensieve visites af te leggen in ANW-tijd	4,84	1,566	2	7
Ik ben tevreden met de vergoeding die ik krijg voor de verrichting Intensieve zorg, dag (13034)	3,80	1,517	1	7
Ik ben tevreden met de vergoeding die ik krijg voor de verrichting Intensieve zorg, ANW (13036)	4,04	1,476	1	7
Ik heb het gevoel dat ik meer tijd besteed aan mijn werk dan dat ik vergoed krijg	6	1,044	2	7
Welk cijfer geeft u het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg?	4,87	1,531	1	9

5.2 Correlaties

In de eerste correlatiematrix zijn de correlaties tussen de afhankelijke variabele totale tijdsbesteding en onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie weergegeven. De matrix is te vinden in tabel 3. Totale tijd hangt positief significant samen met autonome motivatie ($r = 0,234$, $n = 369$, $p = 0.00$). Er is geen correlatie gevonden tussen totale tijd en gecontroleerde motivatie. De correlatie tussen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie is significant ($r = 0,343$, $n = 369$, $p = 0.00$).

Tabel 3. Correlatiematrix afhankelijke totale tijd en onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie (n = 369).

	Totale tijd	Autonome motivatie	Gecontroleerde motivatie
Totale tijd	1	0,234**	-0,030
Autonome motivatie	0,234**	1	0,343**
Gecontroleerde motivatie	-0,030	0,343**	1

** = $p < 0.01$

De tweede correlatiematrix geeft de correlaties tussen de afhankelijke variabele steunende gesprekken en onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie weer. De matrix is te vinden in tabel 4. Steunende gesprekken hangt positief significant samen met autonome motivatie ($r = 0,197$, $n = 369$, $p = 0.00$). Er is geen correlatie gevonden tussen steunende gesprekken en gecontroleerde motivatie. De correlatie tussen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie is significant ($r = 0,343$, $n = 369$, $p = 0.00$).

Tabel 4. Correlatiematrix afhankelijke variabele steunende gesprekken en onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie (n = 369).

	Steunende gesprekken	Autonome motivatie	Gecontroleerde motivatie
Steunende gesprekken	1	0,197**	-,069
Autonome motivatie	0,197**	1	0,343**
Gecontroleerde motivatie	0,069	0,343**	1

** = $p < 0.01$

5.3 Kruistabellen

In deze paragraaf wordt door middel van verschillende kruistabellen de verschillen tussen mannen en vrouwen weergegeven.

In tabel 5 zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen weergegeven op de afhankelijke variabelen totale tijd en steunende gesprekken. Vrouwen besteden totaal meer tijd aan intensieve zorg, mannen besteden meer tijd aan steunende gesprekken.

Tabel 5. Kruistabel met als afhankelijke variabelen totale tijd en steunende gesprekken. De onafhankelijke variabele is geslacht (n = 41).

		Totale tijd		Steunende gesprekken		Medisch handelen	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Geslacht	Man	46,61	20,48	14	11	5	5
	Vrouw	53,09	22,75	13	12	6	7

Uit de vragenlijst over werkbeleving blijkt dat vrouwen meer autonoom gemotiveerd zijn dan mannen. Wat betreft gecontroleerde motivatie scoren mannen hoger dan vrouwen.

Tabel 6. Kruistabel met als afhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie. De onafhankelijke variabele is geslacht (n = 45).

		Autonome motivatie		Gecontroleerde motivatie	
		Mean	SD	Mean	SD
Geslacht	Man	5,18	0,65	4,58	1,09
	Vrouw	5,53	0,57	3,87	0,76

5.3 Tijdsbesteding aan intensieve zorg

Er wordt onderscheid tussen gemaakt tussen intensieve zorg dag en intensieve zorg nacht omdat in ANW-uren mogelijk meer tijd gemaakt kan worden voor intensieve zorgvisites

(Significant, 2015). Huisartsen uit het onderzoek van Significant (2015) bevestigen dit, deze intensieve zorgvisites duren langer dan overdag. De beschrijvende data van het tijdsbestedingsboekje, te zien in tabel 7, bevestigt dit. Een intensieve zorgvisite dag duurt korter dan een intensieve zorgvisite ANW. Steunende gesprekken duren tijdens een ANW-dienst langer dan tijdens een dagdienst. Ook de gemiddelde reistijd is langer tijdens een visite intensieve zorg ANW dan een intensieve zorgvisite dag.

Tabel 7. Beschrijvende statistiek van het verschil in tijd in intensieve zorg dag en intensieve zorg ANW.

	Intensieve zorg, dag (n = 334)		Intensieve zorg, ANW (n = 35)	
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD
Totale tijd	48,25	19,74	58,38	32,61
Intake/ triage	3,11	4,550	1,66	2,678
Medisch handelen	5,58	5,936	5,29	6,318
Steunende gesprekken	12,86	10,531	17,83	17,594
Overleg met apotheker	0,87	2,608	0,71	2,468
Overleg met mantelzorgers	5,28	6,697	7,29	11,055
Overleg met medisch specialist	0,59	2,393	0,71	3,460
Overleg met oncologisch verpleegkundige	0,51	2,366	0	0
Overleg met Palliatief consulent	0,16	1,414	0	0
Overleg met Scen arts (niet in ANW)	0,19	1,350	0	0
Overleg met technologisch thuiszorgteam	0,64	2,459	1,57	3,567
Overleg met wijkverpleegkundige	2,54	4,812	1,57	3,099
Reistijd	8,25	5,391	15,71	3,099
Dossiervorming: registratie verrichting	5,65	5,282	6,29	5,639
Anders, namelijk...	1,99	8,706	1,63	6,826

5.4 Berekening feitelijke kosten intensieve zorg

De onderstaande berekeningen en resultaten dragen bij aan het beantwoorden van de verklarende vraag *'Bestaat er discrepantie tussen de vergoeding en de feitelijke kosten van praktijkhoudende huisartsen bij het verlenen van intensieve zorg?'*.

Verklaring berekening

Er wordt onderscheidt gemaakt tussen intensieve zorg dag en intensieve zorg ANW, omdat voor beiden een ander maximumtarief is vastgesteld door de NZa. Respectievelijk €69,99 en €120,72. De berekening van de feitelijke kosten die huisartsen maken is gebaseerd op een berekening van de arbeidskosten van de huisarts per uur van Wouter van den Berg (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016).

De kosten die berekend moeten worden om tot een kostprijs van intensieve zorg te komen zijn de arbeidskosten van de praktijkhoudende huisarts en de praktijkkosten. De arbeidskosten van de praktijkhoudende huisarts wordt berekend aan de hand van de arbeidskosten van de huisarts en de tijdsbesteding aan intensieve zorg. De praktijkkosten worden berekend aan de hand van cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit (2015). De praktijkkosten bevatten infrastructurele kosten en personeelskosten (Significant, 2012).

Basisgegevens

Voor de volgende berekeningen is gebruik gemaakt van het document Beleidsregel BR/CU-7144 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (NZa, 2015). Deze beleidsregel is in werking getreden op 1 januari 2016. De Beleidsregel BR/REG-17120 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017 is inmiddels gepubliceerd, deze beleidsregel geldt vanaf 1 januari 2017 (NZa, 2016a). Omdat de meting voor de tijdsbesteding van huisartsen in 2016 heeft plaatsgevonden is besloten om niet de nieuwste beleidsregel, maar beleidsregel die geldig is in 2016 te gebruiken.

De NZa (2015) heeft een aantal basisgegevens opgesteld die worden gebruikt bij de berekeningen:

- De arbeidskosten bedragen €128.311,42 per jaar, gebaseerd op het prijspeil van 2015.

- De praktijkkosten bedragen €184.336,63 per jaar, eveneens gebaseerd op het prijspeil van 2015.
- 77% van de omzet wordt behaald uit gereguleerde tarieven, 23% van de omzet komt uit vrije tarieven (NZa, 2014).
- De kosten zijn berekend voor een normpraktijk, deze bevat 2168 inschrijvingen. De arbeids- en praktijkkosten zijn hierop aangepast.
- Het aantal consulteenheden is door het NZa vastgelegd op 8.882 per jaar.

Volgens de 23/77-systematiek van de NZa moet 77% van de arbeidskosten en de praktijkkosten toegerekend worden aan de gereguleerde tarieven. Omdat de verrichting intensieve zorg in deze categorie valt zal 77% van de arbeidskosten en 77% van de praktijkkosten worden meegenomen in onderstaande berekening. Dat komt neer op $€128.311,42 \times 0,77 = €98.799,79$ arbeidskosten en $€184.336,63 \times 0,77 = €141.939,21$ praktijkkosten.

Arbeidskosten huisarts

De NZa stelt elk jaar een bedrag vast als arbeidskosten van een praktijkhoudende huisarts op jaarbasis. Onder de arbeidskosten valt alleen het werk van de praktijkhouder, niet de loonkosten van huisartsen in loondienst of ander personeel. Deze kosten zijn opgenomen in de praktijkkosten. De NZa berekent de arbeidskosten aan de hand van het Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg. Dit onderzoek is in 2010 gehouden door Significant (2012). De arbeidskosten worden jaarlijks aangepast op het prijspeil. De arbeidskosten van 2016 bedragen €128.311,42 per jaar, gebaseerd op het prijspeil van 2015 en een volledige werkweek volgens de cao. Het bestaat uit drie onderdelen (NZa, 2015, p. 35). Ten eerste het basis jaarbedrag, hieronder valt het jaarsalaris, inclusief vakantietoeslag. Ten tweede de aankledingsposten, hierbij horen werkgeverslasten zoals ziekte en arbeidsongeschiktheid en pensioen. Ten slotte inconveniënten, dit is voor werkzaamheden in de avond, nacht en weekend. De NZa heeft de arbeidskosten herleidt aan de hand van vergelijkingen binnen de zorg en de publieke sector.

Om te berekenen hoeveel intensieve zorg kost is het van belang de kostprijs per uur te berekenen. De kostprijs is gebaseerd op een werkweek van 40 uur (NZa, 2015). Van de 52

weken per jaar heeft de huisarts er gemiddeld zes vrij en is er één week verplichte bijscholing. Er blijven 45 werkweken per jaar over.

Een huisarts werkt volgens de NZa 45 weken x 40 uur = 1800 uur per jaar. De kostprijs van één uur huisartsenzorg komt neer op €98.799,79 / 1800 uur = €54,89. Gemiddeld duurt een intensieve visite dag 48 minuten en 25 honderdsten, blijkt uit de beschrijvende statistieken van het tijdsbestedingsboekje zoals weergegeven in tabel 4. De arbeidskosten voor een intensieve visite dag komt neer op €44,14⁴.

Gemiddeld duurt een intensieve visite ANW 58 minuten en 38 honderdsten. De arbeidskosten voor een intensieve visite dag komt neer op €53,41⁵. De zorg in ANW-uren hebben geen invloed op de arbeidskosten. De extra beloning voor ANW-diensten wordt meegerekend in de factor waarmee huisartsen de praktijkkosten kunnen declareren en is deels verwerkt in de arbeidskosten.

Praktijkkosten

Naast arbeidskosten van de praktijkhouder moeten ook de praktijkkosten worden meegerekend in de berekeningen van de kosten van intensieve zorg. In opdracht van de NZa heeft advies- en onderzoeksbureau Significant (2012) onderzoek gedaan naar de praktijkkosten van huisartsen. De praktijkkosten bestaan uit personeelskosten, behandelkosten, huisvestingskosten, afschrijvingskosten, kosten voor ICT, vervoerskosten, algemene kosten en financiële baten en lasten (Significant, 2012, p. 71). De grootste kostenpost is de personeelskosten, deze beslaan 60,55% van de praktijkkosten. De overige kosten, ook wel infrastructurele kosten genoemd, vormen 39,45% van de praktijkkosten (NZa, 2015, p 43). De NZa (2015) stelt de praktijkkosten vast op €184.336,63.

De kosten van een verrichting worden door de NZa berekend in consulteenheden. Naarmate een verrichting meer tijd kost wordt de factor hoger. Een regulier kort consult heeft factor 1,

⁴ €54,89/60 = €0,91 per minuut x 48,25 minuten = €44,14 per verrichting intensieve zorg dag.

⁵ €54,89/60 = €0,91 per minuut x 58,38 minuten = €53,41 per verrichting intensieve zorg ANW.

een dubbelconsult factor 2 en een telefonisch consult factor 0,5. De factor voor intensieve visite dag is 2,58, voor intensieve visite ANW is de factor 4,45 (NZa, 2015, p.33). Een normpraktijk heeft 8.882 consulteenheden per jaar (NZa, 2015). Wanneer de praktijkkosten door de consulteenheden worden gedeeld zijn de praktijkkosten per consulteenheid zichtbaar. $\text{€}141.939,21 / 8.882 = \text{€}15,98$ aan praktijkkosten per consulteenheid.

Voor intensieve zorg dag moet de consulteenheid met de factor 2,58 worden vermenigvuldigd om tot de kosten per consult te komen. $\text{€}15,98 \times 2,58 = \text{€}41,23$. Bij intensieve zorg ANW moet de consulteenheid met 4,45 worden vermenigvuldigd. $\text{€}15,98 \times 4,45 = \text{€}71,11$ per intensieve zorg ANW.

Totale kosten intensieve visite

De kosten voor intensieve zorg dag van de praktijkhouders uit dit onderzoek komen neer op gemiddeld €44,14 arbeidskosten. Door middel van de berekening met consulteenheden zijn de praktijkkosten €41,23. Opgeteld zijn de kosten voor intensieve zorg dag $\text{€}44,14 + \text{€}41,23 = \text{€}85,37$. De maximale vergoeding die het NZa in 2016 vergoed is €69,99.

Een intensieve zorgvisite in de ANW-uren kost de praktijkhouder in dit onderzoek gemiddeld €53,41 arbeidskosten. De praktijkkosten berekend via consulteenheden voor intensieve zorg ANW zijn €71,11. Opgeteld zijn de kosten voor intensieve zorg ANW $\text{€}53,41$ arbeidskosten + $\text{€}71,11$ praktijkkosten = $\text{€}124,52$. Het maximumtarief dat de NZa rekent is €120,72. De gegevens zijn eveneens in overzichtstabel 8 weergegeven⁶.

De berekende kosten voor intensieve zorg dag komen €15,38 hoger uit dan het NZa maximumtarief. Voor intensieve zorg ANW lag het berekende tarief €3,80 hoger dan het maximumtarief dat door de NZa is vastgesteld.

⁶ Dit bedrag is berekend zonder BTW, omdat artsen vrijgesteld zijn van het betalen van BTW voor medische werkzaamheden. Onder medische werkzaamheden wordt 'diensten die als doel hebben de gezondheid van mensen te beschermen, in stand te houden of te herstellen' verstaan (KNMG, 2012).

Tabel 8. Overzicht kosten intensieve zorg dag en ANW. De berekening van de praktijkkosten zijn zowel via een uurtarief als met consulteenheden uitgevoerd.

	Maximumtarief NZa		Praktijkkosten op basis consulteenheden	
	Dag	ANW	Dag	ANW
Arbeidskosten			€44,14	€53,41
Praktijkkosten			€41,23	€71,11
Totale kosten	€69,99	€120,72	€85,37	€124,52

Kanttekeningen

Omdat er maar bij zeven van de 369 intensieve visites is opgegeven dat er materiaal is verbruikt dat niet gedeclareerd kan worden is er besloten om deze kosten niet mee te nemen in de berekening van de totale kosten per verrichting intensieve zorg.

Praktijkhoudende huisartsen geven vaak hun privénummer aan de patiënt zodat zij de patiënt zelf kunnen begeleiden in de laatste levensfase. Het is belangrijk dat huisartsen dan beschikbaar zijn, ze kunnen niet ver weg of alcohol nuttigen. In de kostprijs ANW is geen bedrag vastgelegd dat de beschikbaarheid van de huisarts vergoed. Bij het verlenen van palliatieve zorg vindt amper taakdelegatie plaats, deze complexe vorm van zorg wordt dan ook zelden overgedragen aan een waarnemer of huisarts in dienst van de praktijkhouder. Behalve de complexiteit zijn ook de kosten een reden om geen intensieve zorg uit handen te geven. Omdat er dan een vergoeding in geld of tijd moet worden geregeld voor de beschikbaarheid van de waarnemer. Het tarief voor intensieve zorg is hier niet toereikend voor.

Het is ook niet mogelijk om alle tijd die huisartsen buiten het bezoek om spenderen aan een patiënt intensieve zorg te berekenen. Hieronder valt bijvoorbeeld het overleg met een medisch specialist naar aanleiding van intensieve zorg. Wanneer dit niet gelijktijdig met de verrichting intensieve zorg gebeurt maar later, mag de huisarts dit niet declareren. Er is geen declaratie mogelijk voor overleg met een specialist of collega.

5.5 Kwalitatieve data-analyse

In de kwalitatieve data-analyse worden de resultaten bij de beschrijvende vraag *Ervaren praktijkhouders een probleem in de bekostiging van intensieve zorg?* weergegeven. De resultaten zijn gebaseerd op de vragenlijst naar werkbeleving (n = 45). De data van de zowel open als gesloten vragen wordt hiervoor gebruikt. De analyse zal grotendeels van kwalitatieve aard zijn.

De eerste stap om te onderzoeken hoe praktijkhouders de bekostiging van intensieve zorg ervaren, is het cijfer dat de huisarts het bekostigingsmodel gemiddeld geven op een schaal van 1 tot en met 10. Het cijfer is een 4,87 (SD = 1,53). Daarnaast wordt de huisartsen op een schaal van 1 tot en met 7 gevraagd hoe tevreden zij zijn met de bekostiging van intensieve zorg. Voor intensieve zorg dag was de tevredenheid een 3,80 (SD = 1,517). Voor intensieve zorg ANW was de tevredenheid hoger: een 4,04 (SD = 1,476). Beide zitten rond de schalen 'een beetje mee oneens' (3) en niet mee oneens/ niet mee-eens (4). De beoordeling van het bekostigingssysteem kan getypeerd worden als matig. Het is belangrijk om te weten waarom de praktijkhoudende huisartsen deze beoordeling geven. Aan de hand van de motivering van huisartsen die is gevraagd bij het becijferen van het bekostigingsmodel kan hier een antwoord op worden gevonden.

Goed model, minder goede tarieven

De artsen waren niet heel ontevreden over het bekostigingsmodel op zich. Ze waren over het algemeen tevreden met de structuur, ook de M&I's werden als prettig ervaren. Echter hebben ze het gevoel dat de tarieven incompleet zijn. Er zijn meerdere vlakken waarop dit gevoel opsteekt. Huisartsen hebben het idee dat ze niet worden betaald naar de *verantwoordelijkheid* die ze dragen voor patiënten. Daarnaast zijn de huisartsen de laatste jaren steeds meer als *poortwachter* gaan fungeren, met als substitutie uit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg als gevolg. Door de poortwachtersfunctie van de huisarts wordt veel geld bespaard voor de gezondheidszorg. Deze poortwachtersfunctie zien artsen niet terug in de vergoeding. Ze hebben het gevoel dat harder en beter werken niet altijd leidt tot een hogere vergoeding. In sommige gevallen wordt door artsen zelfs het tegenovergestelde beweerd. Artsen geven aan dat dit ten koste gaat van de werkmotivatie.

‘Hoe beter je je werk doet, hoe meer je substitueert vanuit de 2^e lijn, hoe meer je gekort wordt met het nieuwe systeem. Een collega verderop doet werkelijk niets extra en heeft dus ook geen POH-S en POH-GGZ, doet nergens aan mee, heeft een halve assistente en houdt meer over. Totaal scheef systeem, huisartsen zijn een stuk goedkoper dan de 2^e lijn en nog steeds wordt dat niet beloond’.

Verlies van autonomie

Huisartsen worden in hun autonomie aangetast door zorgverzekeraars en andere organisatie zoals de NZa. Zij hebben het gevoel dat ze niet meer zelf volledig kunnen en mogen beslissen over de inhoud van de zorg. Daarnaast hebben ze geen invloed op het beleid. Naast het verlies van autonomie brengt het ook veel administratieve lasten met zich mee.

Bemoeienissen door mensen buiten het vak die ons vertellen hoe we moeten werken en daar ze er geen van hebben denken dat monitoren van resultaten het resultaat beter maakt. Naar onze mening wordt niet gevraagd.

Altijd je maar moeten verantwoorden wat je doet. Er is geen beroepsvrijheid meer. De zorgverzekeraars bepalen de inhoud van de zorg. Jammer dat wij als artsen niet betrokken worden.

De hoeveelheid papierwerk, de protocollen, de regeltjes, de macht van zorgverzekeraars en regionale organisaties, ongunstige overload aan managers en kwaliteitsfunctionarissen in de zorg. Het werk demotiverend.

Sommige artsen geven aan dat ze zich bij een aantal verrichtingen afvragen of het de kostprijs wel dekt. Zij zijn van mening dat de vergoeding te laag is.

‘Het consulttarief is een lachertje, het visite tarief is nog veel erger’.

‘Wanneer ik kijk naar mijn netto uurloon klopt er iets niet helemaal’.

Zwaar demotiverend dat ik er de laatste twee jaar enorm financieel op achteruit ben gegaan ondanks de vele uren werk die ik verricht, en dat ik daar geen invloed op heb. Personeel, waarnemers, hitha's gaan steeds meer verdienen en ik minder. Terwijl ik het meeste werk, de meeste verantwoordelijkheid heb en alle risico's draag.

Emotionele druk

Huisartsen ervaren veel emotionele werkdruk bij het geven van intensieve zorg. Zeer regelmatig heeft een arts al een lange arts-patiëntrelatie met de persoon aan wie intensieve zorg wordt geleverd, ook kent de huisarts vaak de familie. Wanneer een patiënt ernstig ziek is en overlijdt heeft dit ook zijn weerslag op de arts. Het leveren van intensieve zorg wordt als emotioneel zwaar ervaren, artsen missen de erkenning en financiële beloning hiervoor.

'Het verrichten van intensieve zorg kost niet alleen veel tijd maar ook veel emotionele druk, waarvoor erg weinig waardering is. Ook ik heb het lastig als een patiënt overlijdt die ik lang in mijn praktijk heb'.

Tijdsdruk

Behalve emotionele druk is er ook tijdsdruk, terwijl artsen liever de tijd nemen voor hun patiënten. Dit gaat lastig, vaak is er al een tijdslimiet door een volgende afspraak. Dit zorgt ervoor dat huisartsen zich geremd voelen in het leveren van zorg.

'Ik merk dat ik onvoldoende tijd heb voor alle vragen van de patiënt en mantelzorgers. Ik voel me geremd in mijn werk als arts'.

Overige tijdsbesteding

Behalve het directe contact met patiënten is de huisarts vaak achter de schermen nog bezig voor een patiënt, bijvoorbeeld door telefonisch contact op te nemen met de medisch specialist of het beschikbaar zijn voor een palliatieve patiënt. Dit is vaak niet te declareren. Een huisarts zei hier het volgende over:

'Er sluipen stilaan steeds meer uren in deze baan, waarbij ik mijzelf erop betrap dat ik denk/vind dat dit er 'gewoon' bij hoort; iedere vakman die ik uitnodig voor werkzaamheden kent het principe van loon naar werken; meer werk is gewoon een hogere rekening!'

Gebrek aan waardering

Ten slotte valt op dat veel huisartsen aangeven dat ze waardering missen vanuit de verzekeraar en de Nederlandse Zorgautoriteit.

De relatief lage waardering voor de enorme verantwoordelijkheid.

Een demotiverende factor is dat er vanuit VWS weinig blijk van waardering lijkt te komen. Een goed gesprek met de huisarts wordt als zodanig niet beloond en gewaardeerd.

Kortom: artsen ervaren het bekostigingssysteem niet per definitie als onaangenaam, maar hebben het gevoel dat de kosten oplopen zonder redelijke compensatie. Daarnaast ervaren zij een gebrek aan waardering en verlies van autonomie.

5.6 Regressieanalyses

In deze paragraaf worden de vier hypothesen die zijn opgesteld in hoofdstuk 3 getoetst door middel van lineaire regressieanalyses.

Tijd per verrichting intensieve zorg

De regressie van hypothesen 1 en 2 is te vinden in tabel 4. De afhankelijke variabele is totale tijd. De onafhankelijke variabelen zijn autonome motivatie en gecontroleerde motivatie. De eerste hypothese stelt *Hoe hoger de autonome motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe meer tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg*. Er is een positief significant effect van autonomie op tijdsbesteding ($\beta = 0,491$, $p = 0,02$). De eerste hypothese wordt aangenomen.

De tweede hypothese luidt: *Hoe hoger de gecontroleerde motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe minder tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg.* Gecontroleerde motivatie heeft geen significant effect op de tijdsbesteding aan intensieve zorg ($\beta = -0,224$, $p = 0,129$). Daarom wordt hypothese 2 verworpen. De controlevariabelen leeftijd, dienstjaren en geslacht vertonen geen significante effecten. De verklaarde variantie van tabel 9 is 35,7% ($R^2 = 0,357$). Dit betekent dat 35,7% van de variantie in totale tijd in deze regressie wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie.

Tabel 9. Lineaire regressie met als afhankelijke variabele is totale tijd ($n = 41$).

	β	SE
Autonome motivatie	0,491*	3,696
Gecontroleerde motivatie	-0,244	2,457
Leeftijd	0,533	0,573
Dienstjaren	-0,518	0,551
Geslacht (0 = man, 1 = vrouw)	0,114	4,905
R^2	0,357	

* = $p < 0.05$

Tijd besteedt aan steunende gesprekken

Bij hypothese 3 en 4 is de afhankelijke variabele gewijzigd ten opzichte van hypothese 1 en 2. De afhankelijke variabele is steunende gesprekken. De onafhankelijke variabelen blijven ongewijzigd: autonome motivatie en gecontroleerde motivatie. De controlevariabelen leeftijd, dienstjaren en geslacht vertonen geen significante effecten. De regressieanalyse is weergegeven in tabel 5. De derde hypothese stelt *Hoe hoger de autonome motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe meer tijd zij besteden aan steunende gesprekken tijdens de verrichting intensieve zorg.* Dit effect is positief significant, wat betekent dat de hypothese wordt aangenomen ($\beta = 0,502$, $p = 0.03$)

De vierde hypothese luidt: *Hoe hoger de gecontroleerde motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe minder tijd zij besteden aan steunende gesprekken tijdens de verrichting*

intensieve zorg. Dit verband blijkt niet significant te zijn, daarmee wordt de vierde hypothese verworpen. Gecontroleerde motivatie heeft geen significant negatief effect op de tijd die aan steunende gesprekken wordt gependeed. De controlevariabelen leeftijd, dienstjaren en geslacht vertonen geen significante effecten. De verklaarde variantie van tabel 10 is 23,6% ($R^2 = 0,236$). Dit betekent dat 23,6% van de variantie in totale tijd in deze regressie wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen autonome motivatie en gecontroleerde motivatie.

Tabel 10. Lineaire regressie met als afhankelijke variabele is steunende gesprekken ($n = 41$).

	β	SE
Autonome motivatie	0,502*	1,939
Gecontroleerde motivatie	-0,105	1,289
Leeftijd	-0,029	0,300
Dienstjaren	0.053	0,289
Geslacht (0 = man, 1 = vrouw)	-0.142	2,573
R^2	0,236	

* = $p < 0.05$

5.7 Overzicht van de resultaten

Huisartsen besteden gemiddeld 49 minuten en 23 seconden aan intensieve zorg. De tijdsbesteding aan dag en ANW-visites verschilt. Aan intensieve zorg dag wordt 48 minuten en 15 seconden besteed. Intensieve zorg ANW duurt gemiddeld langer, namelijk 58 minuten en 23 seconden.

De berekening van werkelijke totale kosten aan intensieve zorg is voor zowel in het dagtarief als in ANW-tijd hoger dan het maximumtarief van de NZa.

Uit de kwalitatieve data-analyse blijkt dat huisartsen niet negatief tegenover de structuur van het bekostigingsmodel staan, maar de declaratietarieven niet juist vinden. Daarnaast hebben artsen het gevoel dat niet alle inspanningen worden meegerekend in de arbeidskosten, ervaren zij gebrek aan waardering en autonomie.

Het positieve effect van autonome motivatie op de totale tijd aan intensieve zorg (hypothese 1) en steunende gesprekken (hypothese 3) blijkt significant. Het negatieve effect van gecontroleerde motivatie op de totale tijd aan intensieve zorg (hypothese 2) en steunende gesprekken (hypothese 4) blijkt niet significant.

Hoofdstuk 6: Conclusie

Dit onderzoek heeft geprobeerd in kaart te brengen hoeveel tijd praktijkhoudende huisartsen besteden aan intensieve zorg. Vervolgens worden de werkelijk gemaakte kosten berekend en vergeleken met het bedrag dat artsen vergoed krijgen. Daarnaast is gekeken naar de motivatie van huisartsen bij het leveren van intensieve zorg. Dit is onderzocht met behulp van een tijdsbestedingsboekje en een vragenlijst over werkbeleving. De onderzoeksvragen worden elk afzonderlijk besproken.

6.1 Tijdsbesteding huisartsen aan intensieve zorg

De eerste beschrijvende vraag luidt: *Hoeveel tijd besteden praktijkhoudende huisartsen feitelijk aan het verlenen van intensieve zorg?* De resultaten van deze vraag zijn uitgesplitst in intensieve zorg dag en intensieve zorg ANW. Aan intensieve zorg dag wordt 48 minuten en 15 seconden besteed. Intensieve zorg ANW duurt gemiddeld langer, namelijk 58 minuten en 23 seconden. Huisartsen besteden gemiddeld 49 minuten en 23 seconden aan intensieve zorg.

6.2 Discrepantie tussen de vergoeding en de werkelijke kosten

De tweede beschrijvende vraag luidt: *Bestaat er discrepantie tussen de vergoeding en de feitelijke kosten van praktijkhoudende huisartsen bij het verlenen van intensieve zorg?* Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van de tijdsbestedingsboekjes en de cijfers van de NZa over arbeidskosten en praktijkkosten.

De berekening van werkelijke totale kosten aan intensieve zorg gebeurt via consulteenheden opgesteld door de NZa. De kosten voor intensieve zorg dag én ANW komen hoger uit dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief. De kosten liggen bij intensieve zorg dag gemiddeld €15,38 hoger dan het maximumtarief van de NZa, voor intensieve zorg ANW was het verschil €3,80. Deze discrepanties zijn geconstateerd met gebruik van de bedragen die het NZa rekent voor arbeidskosten en praktijkkosten in de document Beleidsregel BR/CU-7144 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (NZa, 2015).

6.3 Ervaring praktijkhouders met bekostiging intensieve zorg

De derde beschrijvende vraag luidt: *In welke mate ervaren praktijkhoudende huisartsen een probleem in de bekostiging van intensieve zorg?* Uit de kwalitatieve data-analyse blijkt dat huisartsen intensieve zorg soms als emotioneel zwaar aanschouwen, zij missen hier de erkenning voor. Daarnaast voelen huisartsen tijdsdruk. Artsen vinden dat zij hierdoor geremd worden in het leveren van intensieve zorg. Daarnaast ervaren zij controle van instanties wat leidt tot een daling van de autonomie en een toename van de administratieve lasten.

Praktijkhoudende huisartsen staan niet negatief tegenover de structuur van het bekostigingsmodel, maar meer tegenover de tarieven die gedeclareerd kunnen worden. Er wordt volgens de artsen niet met alle geleverde inspanningen die bij het huisartsenberoep horen rekening gehouden. Genoemde inspanningen zijn: de poortwachtersfunctie, verantwoordelijkheid en de tijd die huisartsen besteden aan het bellen van specialisten of anderszins met het leveren van patiëntenzorg te maken heeft maar niet mogen declareren.

6.4 Invloed van autonome motivatie en gecontroleerde motivatie op tijdsbesteding

De laatste vraag die beantwoord wordt in deze conclusie is de volgende verklarende vraag: *In hoeverre spelen elementen van autonome en gecontroleerde motivatie een rol bij de tijdsbesteding van de praktijkhoudende huisartsen in de intensieve zorg?*

Om deze vraag te beantwoorden zijn vier hypothesen getoetst. De eerste verwachting is dat hoe hoger de autonome motivatie van huisartsen is, hoe meer tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg. Deze hypothese wordt aangenomen. De tweede hypothese luidt: *Hoe hoger de gecontroleerde motivatie van praktijkhoudende huisartsen, hoe minder tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg.* Het effect blijkt niet significant te zijn, daarom wordt hypothese 2 verworpen.

De derde hypothese verwacht dat hoe hoger de autonome motivatie van huisartsen is, hoe meer tijd zij besteden aan de verrichting intensieve zorg. Deze hypothese wordt aangenomen. De vierde hypothese verwacht dat een hogere gecontroleerde motivatie van

huisartsen leidt tot minder tijdsbesteding aan de verrichting intensieve zorg. Dit effect blijkt niet significant te zijn, hypothese 4 wordt verworpen.

6.5 Opvallende bevindingen

Een opvallende bevinding is de tijdsbesteding per onderdeel. Er was vooraf geen verwachting opgesteld welk onderdeel de meeste tijd innam, toch zijn de resultaten het vermelden waard. De meeste tijd werd besteed aan steunende gesprekken, gemiddeld 13 minuten en 20 seconden. Gevolgd door reistijd, dossiervorming, medisch handelen en overleg met mantelzorgers. Medisch handelen duurt gemiddeld 5 minuten en 33 seconden.

Hoofdstuk 7: Discussie

Er zijn weinig eerdere studies die onderzoek hebben gedaan naar tijdsbesteding van huisartsen, ook de motivatie van huisartsen is op een paar studies na onbekend terrein (Dierendonck, Groenewegen & Sixma 1992; Ouendag, 2010). Geen van de onderzoeken legt echter het verband tussen tijdsbesteding en motivatie van praktijkhoudende huisartsen.

Behalve het onderwerp is de manier van dataverzameling uniek aan dit onderzoek. Door het gebruik van de tijdsbestedingsboekjes wordt een goed overzicht gecreëerd van de intensieve zorg die huisartsen leveren. Het heeft rijke data opgeleverd, waarbij een mooi inzicht wordt gegeven in de tijdsbesteding van huisartsen. Ondanks de kleine sample van 41 huisartsen zijn er 369 intensieve zorgvisites gerapporteerd.

7.1 Beperkingen

Deze studie kent echter ook enkele beperkingen. De eerste beperking is dat de data van kwalitatieve aard is verzameld door middel van een online vragenlijst. De data had wellicht informatiever geweest als deze was afgenomen via semigestructureerd interviews. De tweede beperking van het onderzoek is de kleine sample van 41 huisartsen. Dit zou een oorzaak kunnen zijn voor de niet significante uitkomsten bij een paar analyses. De derde beperking is dat de arbeidskosten in de berekening van de totale kosten voor intensieve zorg, zijn berekend op een 40-urige werkweek voor een praktijkhoudende huisarts. Recente cijfers zijn niet bekend, maar berekeningen van het Nivel laten zien dat praktijkhouders veel meer uur werken dan de 40-urige werkweek waar de NZa mee rekent (Zalinge, 2008b). Huisartsen uit het vooronderzoek bevestigen dit. Wanneer de werktijd van huisartsen hoger is betekent dit dat het uurtarief naar beneden gaat, de arbeidskosten zijn immers een vast gegeven. De berekening van de werkelijke kosten van intensieve zorg zou dan ook niet meer juist zijn. De werkelijke kosten zouden dan, door de daling van de arbeidskosten, lager zijn.

Opvallend is dat maar weinig huisartsen in het tijdsbestedingsboekje opschrijven als een materiaal buiten de declaraties valt. De artsen die wel kosten opschrijven doen dit bij veel visites. Het zou kunnen dat de artsen die niks opschrijven geen weet hebben van wat wel en

niet te declareren is. En zij dus ook kosten maken zonder hier erg in te hebben. Het kan natuurlijk ook zo zijn dat die paar huisartsen die wel veel kosten maken net 'speciale' materialen nodig hebben.

7.2 Verworpen hypothesen

Uit de resultaten en conclusie blijkt dat twee van de vier hypothesen niet significant zijn en daarom worden verworpen. Beide hypothesen zijn opgebouwd met dezelfde onafhankelijke variabele: gecontroleerde motivatie. De afhankelijke variabele is bij de tweede hypothese tijdsbesteding, bij de vierde hypothese is de afhankelijke variabele steunende gesprekken. Verondersteld wordt dat het mechanisme wat het verwerpen van beide hypothesen veroorzaakt gelijk is.

Praktijkhoudende huisartsen zijn zowel autonoom- als gecontroleerd gemotiveerd. Wanneer huisartsen een intensieve zorgvisite afleggen moeten zij een afweging maken tussen het belang van de patiënt en de financiële gevolgen van meer tijd besteden aan intensieve zorg. Het bedrag dat vergoed wordt staat immers al vast. Het belang van de patiënt voorop zetten kan gezien worden als vorm van autonome motivatie, terwijl de financiële voordelen van een korte tijdsbesteding een vorm zijn van gecontroleerde motivatie.

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen het belang van patiënten boven het eigenbelang verheffen. Zij nemen genoegen met meer tijd bij een patiënt waardoor de kosten toenemen, maar de vergoeding gelijk blijft. De autonome motivatie wint het dus van de gecontroleerde motivatie van de praktijkhoudende huisarts.

7.3 Overweging

Medisch handelen duurt gemiddeld 5 minuten en 33 seconden. Dit is korter dan de tijd die besteed wordt aan steunende gesprekken (13 minuten en 20 seconden). Hieruit blijkt dat het medisch handelen niet centraal staat bij de verrichting intensieve zorg. Maar dat het meer gaat om steunende gesprekken met de patiënt. Een gesprek met de huisarts uit het vooronderzoek bevestigt dit. Intensieve zorg wordt vaak gegeven aan patiënten die gaan overlijden. Zij hebben vaak veel vragen en angstgevoelens. In gesprek gaan is volgens een huisarts uit het vooronderzoek van groot belang voor het welzijn van de patiënt. Afgevraagd

kan worden of het wel nodig is om zeer lange tijd bij een patiënt door te brengen. De maximale totale tijd in dit onderzoek was 160 minuten intensieve zorg. Is het niet meer dan logisch dat de tijd die deze huisarts doorbracht bij een patiënt niet volledig vergoed zou kunnen worden?

7.4 Vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek is nagedacht over vervolgonderzoek. Een aanbeveling is om een soortgelijk onderzoek uit te voeren naar andere verrichtingen in de huisartsengeneeskunde. Wellicht is de overschrijding van werkelijke kosten ten opzichte van het NZa maximumtarief minder groot. Intensieve zorg is bij uitstek een verrichting die veel kwaliteiten van een huisarts vraagt. De zorgvraag is over het algemeen meervoudig. Het gaat niet alleen om medisch handelen, maar er is vaak ook een psychische hulpvraag omdat de patiënten over het algemeen binnen afzienbare tijd gaan overlijden. Steunende gesprekken zijn dan ook een groot onderdeel van intensieve zorg. Dit heeft zijn weerslag op de tijdsbesteding en daarmee de hoogte van het werkelijke tarief.

7.5 Mogelijke meerwaarde onderzoek voor VPHuisartsen

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van VPHuisartsen, daarom is het van belang na te gaan wat zij aan de resultaten van dit onderzoek hebben. Ten eerste is het turfboekje voor VPHuisartsen een meerwaarde. Zij kunnen het boekje, na aanpassing van de categorieën gebruiken bij tijdsbestedingsonderzoek naar andere verrichtingen. Ten tweede de rekenmodel die is gebruikt om te achterhalen hoeveel intensieve zorg daadwerkelijk kost. Ook dit model is te gebruiken bij andere verrichtingen. VPHuisartsen heeft hiermee een complete onderzoeksmethode die zonder veel aanpassingen op andere verrichtingen kan worden toegepast. Ten derde heeft VPHuisartsen inzicht gekregen in de tijdsbesteding van huisartsen tijdens intensieve zorg. Dit kan gebruikt worden in de onderhandelingen over de bekostiging van de zorg. VPHuisartsen zal hierbij het belang van steunende gesprekken moeten uitleggen omdat daar de meeste tijd aan wordt besteed. In paragraaf 3.4 van dit onderzoek wordt dit onderwerp behandeld.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de beleidsvraag: *Wat kan er verbeterd worden aan het drie-segmentenmodel zodat de tevredenheid van praktijkhoudende huisartsen omhoog gaat?*.

8.1 Overleg met specialist

Een veel gehoorde opmerking tijdens het onderzoek naar de verrichting intensieve zorg is dat er geen declaratiemogelijkheid is voor telefonisch overleg met een specialist. Dit staat in contrast met de ontwikkelingen van de laatste jaren in de huisartsenzorg, waarin de eerstelijnszorg wordt versterkt.

De laatste jaren is de huisarts steeds meer als poortwachter van de gezondheidszorg gaan fungeren. In een interview met *De Dokter*, het ledenblad van de Landelijke Huisartsenvereniging zegt minister Schippers van VWS het volgende over de vernieuwde taak van de huisarts: “Hij opereert binnen een groter geheel en coördineert als de spreekwoordelijke spin in het web de eerstelijnszorg. Hij zit absoluut niet meer op een eiland, zoals in het verleden” (Peeters, 2014a).

Door een laagdrempelig en uitgebreid zorgaanbod kan de huisarts veel werk uit de tweedelijnszorg uitvoeren. Veel huisartsen hebben tegenwoordig een praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en een praktijkondersteuner huisarts somatiek (POH-S) in dienst. Daarnaast verrichten huisartsen handelingen die eerst alleen door een specialist werden uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is dat veel huisartsen tegenwoordig spiraaltjes zetten. Vroeger werd dit gedaan door de gynaecoloog. Een ander voorbeeld is de nazorg die een huisarts biedt na een operatie, ter vervanging van een extra dag in het ziekenhuis (Effting, 2014). De praktijkondersteuners (POH's) en extra verrichtingen van de huisartsen zorgen ervoor dat er substitutie uit de tweedelijnszorg plaatsvindt. Doordat er minder vaak wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg worden zorgkosten bespaard (NZa, 2012).

Uit dit onderzoek, met name uit het kwalitatieve onderdeel, blijkt dat huisartsen regelmatig overleggen met de specialist naar aanleiding van een intensieve zorgvisite. Echter krijgen ze dit vaak niet vergoed omdat het niet tijdens de intensieve zorgvisite gebeurt. Dat staat in contrast met de mededing over het nieuwe bekostigingsmodel van minister Schippers van VWS in de Dokter:

“De huisarts krijgt betaald voor wat hij doet. Geld volgt de zorg.”
(Schippers in Peeters, 2014a)

Uit bovenstaande blijkt dat het geld de zorg niet volgt in het geval van een huisarts die met een specialist wil overleggen. Terwijl juist het overleg tussen de twee zorglijnen zo belangrijk is om verwijzing naar de tweedelijnszorg te voorkomen, iets wat de NZa beaamt (NZa, 2012). Behalve kostenbesparing heeft het overleg met de specialist als voordeel dat huisartsen meer patiënten dichtbij huis kunnen behandelen, de eerstelijnszorg wordt verstevigd. De patiënt hoeft niet meer naar het ziekenhuis, maar kan laagdrempelig bij de huisarts terecht. Daarnaast heeft contact tussen specialist en huisarts kwaliteitsverbetering tot gevolg. De huisarts heeft vaak al jaren een arts-patiëntrelatie en heeft daar de nodige informatie opgedaan (Lambregtse, 2015). Terwijl de specialist specifieke informatie kan delen. Huisarts en specialist kunnen elkaar aanvullen. In de opleiding tot specialist wordt aandacht besteed aan communicatie tussen specialist en huisarts. Dit blijkt zijn vruchten af te werpen: vooral jongere specialisten vinden het heel gewoon om samen te werken met de huisarts (Lambregtse, 2015).

Nadelen

Een nadeel van het bekostigen van overleg tussen de huisarts en een specialist is dat dit kosten met zich meebrengt. De extra kosten zijn onvermijdelijk, maar verwacht wordt dat de kosten zich terugbetalen door het verminderen van consulten bij de specialist (Medisch contact, 2011). Echter worden de kosten dan niet bespaard in de huisartsenzorg, de financiële voordelen komen neer bij de ziekenhuiszorg. Zij besparen immers op de zorg die nu door de huisarts wordt uitgevoerd. Het nadeel van de extra kosten in de huisartsenzorg moet dus vergeleken worden met de financiële voordelen die in de ziekenhuiszorg.

8.2 Invloed huisartsen op het beleid

Praktijkhoudende huisartsen geven tijdens dit onderzoek aan dat niet al het uitgevoerde werk vergoed wordt. Zij hebben niet het gevoel invloed te hebben op de Beleidsregel. Daarnaast hebben artsen niet het gevoel dat ze waardering ontvangen vanuit de instanties. Huisartsen geven meer dan eens aan dat de NZa is vervreemd van haar achterban die bestaat uit medewerkers die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

Daarom is er gekeken wat de invloed van de huisartsen is bij de Nederlandse Zorgautoriteit. In de Raad van bestuur blijkt geen een (oud)arts te zitten. Alleen de voorzitter van de Raad van bestuur heeft een medische achtergrond, zij is verpleegkundige geweest. Ook in de rest van de organisatie werkt hoofdzakelijk personeel zonder zorgachtergrond. Dit wordt onderstreept door de wervingstekst voor starters op de arbeidsmarkt:

Heb je net een studie economie, econometrie, bedrijfskunde, rechten of accountancy afgerond en ben je op zoek naar een baan waarbij je direct veel verantwoordelijkheid krijgt en veel kunt leren? Denk dan eens aan de NZa. Je kunt bij ons aan het werk als financieel-economisch medewerker, data-analist of beleidsmedewerker en zo de basis leggen voor betaalbare zorg. (Nza, 2016b)

Wellicht zouden artsen zich meer gehoord en gewaardeerd voelen als ze invloed kunnen uitoefenen op het beleid dat de NZa schrijft. Het is daarom belangrijk om verder te onderzoeken op welke wijze huisartsen inbreng kunnen leveren op het beleid. Een goede eerste stap is huisartsen betrekken bij het soort verrichtingen dat gedeclareerd kan worden. Momenteel is er veel onvrede onder huisartsen doordat zij het gevoel hebben voor veel werk niet betaald te krijgen. Een voorbeeld hiervan is het eerdergenoemde overleg met een specialist. Door huisartsen te betrekken bij de besluitvorming krijgen zij invloed op het veranderend takenpakket van de huisarts.

Literatuurlijst

- Abrahams, H., Houkes, I., Winants, Y. H., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2013). Gender en burnout bij Nederlandse huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(4), 225-233.
- Amabile, T. M. (1993). Motivational synergy: Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace. *Human Resource Management Review*, 3, 185-201.
- Amabile, T.M., Hill, K., Hennessey, B., Tighe, E. (1994). The Work Preference Inventory: Assessing Intrinsic and Extrinsic Motivational Orientations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5).
- Brake, H. T., Verheij, R., Abrahamse, H., & Bakker, D. D. (2007). *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging. Monitor 2006*. NIVEL.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York en Londen: Plenum.
- Dierendonck, D. van, Groenewegen, P. P., & Sixma, H. J. M. (1992). *Opgebrand: Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen*. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Dijk, C. E. van, Verheij, R. A., Hoogen, H. van den, Bakker, D. H. de (2009). *Bekostiging van de huisartsenzorg: Eindrapportage*. NIVEL.
- Eftting, M. (2014). Huisartsen dreigen geen spiraaltjes meer te plaatsen. *De Volkskrant*. Verkregen op 3 juli, 2016, van <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/huisartsen-dreigen-geen-spiraaltjes-meer-te-plaatsen~a3787438/>.
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg?*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Gardner, H., & Csikszentmihalyi, M. en Damon W. (2009), Het GoodWork Project: enkele resultaten van vijftien jaar onderzoek. In: Jansen, T., van den Brink, G., & Kole, J. (2009). *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Groot, D. (2016). *Verkennend gesprek met huisarts D. Groot*. Verkregen op 17 maart, 2016.
- KNMG (2012). BTW-lichtige diensten. Verkregen op 10 augustus, 2016, van <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/btw-plichtige-diensten.htm>.

- Lagro-Janssen, A. L. M. (2008). De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van de sekse van de dokter op de medische zorg. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 152(20).
- Lambregtse (2015). Kritisch gesprek. *LHV, De Dokter*, 2015, 6(2), 12-13.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2014). *Bekostiging 2015 uitgelegd in vijf animaties*. Verkregen op 20 maart, 2016 van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/bekostiging-2015-uitgelegd-vijf-animaties>.
- Lucassen, P., & Terluin, B. (2001). Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 44(12), 114-117.
- Medisch contact (2011). *De Dokter: 'Zonder substitutie stijgen de zorgkosten met 30 miljard'*. Verkregen op 18 augustus, 2016, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/federatienieuws/federatiebericht/de-dokter-zonder-substitutie-stijgen-de-zorgkosten-met-30-miljard.htm>.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2014). *Transitieagenda Langer zelfstandig wonen*. Verkregen op 2 april, 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/06/04/kamerbrief-over-langer-zelfstandig-wonen>.
- Muijsenbergh, M. van den (2003). Palliatieve zorg: De persoonlijke specialiteit van elke huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 46(2), 894-900.
- De Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (2016). *Steeds meer ouderen die minder zorg krijgen: 'Kun je hulp regelen?!'*. Verkregen op 15 juli, 2016, van <https://www.nvda.nl/nieuws/enquete/>.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Advies. Substitutie. Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*. Verkregen op 18 augustus, 2016, van https://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Substitutie.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Consultatiedocument. Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het 3-segmenten-model*. Verkregen op 2 maart, 2016, van https://www.NZa.nl/104107/105763/742372/Consultatiedocument_Bekostiging_huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Brief NZa met uitleg 23/77-problematiek*. Verkregen op 22 juli, 2016, van https://www.NZa.nl/1048076/1048090/BR_CU_7144__Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015). *Tariefbeslikking*. Verkregen op 2 april, 2016, van

- https://www.NZa.nl/1048076/1048144/TB_CU_7123_01__Tariefbeschikking_Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016a). *Beleidsregel BR/REG-17120 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017*. Verkregen op 2 augustus, 2016, van https://www.NZa.nl/1048076/1048090/BR_REG_17120__Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg_2017.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016b). *Mijn mogelijkheden*. Verkregen op 18 augustus, 2016, van <https://www.nza.nl/organisatie/Werkenbijdenza/Mijn-mogelijkheden>.
- NOS (2015). 'Heel verstandig dat arts langer met patiënt mag praten'. Verkregen op 18 augustus, 2016, van <http://nos.nl/artikel/2074468-heel-verstandig-dat-arts-langer-met-patient-mag-praten.html>. rad
- Ouendag, M. C. C. (2010). *Intrinsieke motivatie en job satisfaction van huisartsen*. Verkregen op 9 april, 2016, van <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/187255>.
- Peters, S. (2014a). Minister Edith Schippers (VWS) over de nieuwe bekostiging. 'Geld volgt straks de zorg'. *LHV, De Dokter, 2014, 5*, 6-10.
- Peters, S. (2014b). De nieuwe bekostiging bereid u voor. *LHV, De Dokter, 2014, 6*, 30-31.
- Petri, H. L. (1981). *Motivation Theory and Research*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2000). Gender en professionals in de gezondheidszorg. Resultaten van een expertmeeting RVZ in samenwerking met TECENA. Zoetermeer, RVZ: Keizer.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67.
- Significant (2012). *Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg*. Barneveld: Jurling, B., Koster, L., Batterink, M., Vunderink, L., Schipper, M. en Karszen, B..
- Significant (2015). *Overige S1-prestaties en POH-GGZ*. Barneveld: Koster, L., Peeters, C., Plu, R..
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York: Appleton-Centry-Crofts.
- Tremblay, M. A., Blanchard, C. M., Taylor, S., Pelletier, L. G., & Villeneuve, M. (2009). Work extrinsic and intrinsic motivation scale: Its value for organizational psychology research. *Canadian journal of behavioural science, 41 (4)*, 213, 226.

- Veen, J. Van der (2014). Het verband tussen de deelname aan intervisiebijeenkomsten en de werkmotivatie van werknemers binnen de gezondheidszorg. Verkregen op 19 juni, 2016, van <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/302936>.
- Vries, M. de & Kossen, J. (2015). *Zó werkt de zorg in Nederland. Kaartenboek Gezondheidszorg Editie 2015*. Amsterdam: de Argumentenfabriek.
- Vinke, R. H. (1996). *Motivatie en belonen: de mythe van intrinsieke motivatie*. Kluwer BedrijfsInformatie.
- Vroom, V. H. (1964). *Work & Motivation*. New York: Wiley.
- Witman, Y., & Kerkhof, P. C. M. van den, & Braat, DDM (2013). Medische professionals over hun kernwaarden. Het belang van praktijkverhalen en intrinsieke motivatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, 1-5.
- Wybouw, K. (2009). Leiderschap en motivatie. *Een toepassing van de zelfdeterminatietheorie binnen de Vlaamse overheid* (scriptie). Psychologie/Psychiatrie, Faculteit Sociale wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Zalinge, E. A. B. van (2008a). Vrouwelijke huisartsen, een slag apart? *Huisarts en wetenschap*, 51(9), 458-461.
- Zalinge, E. A. B. van (2008b). *Vrouwelijke huisartsen, een slag apart?: toetreding en participatie van vrouwen in de huisartsgeneeskunde* (Proefschrift). Faculty of Medicine, AMC-UvA, Amsterdam.
- Zorgverzekering informatiecentrum (2016). Nederlandse Zorgautoriteit. Verkregen op 15 juni, 2016 via <http://www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/nederlandse-zorgautoriteit/>.

Bijlage 1: Turfboekje



Universiteit Utrecht



Beste praktijkhouder,

Fijn dat u deelneemt aan het onderzoek naar tijdsbesteding van huisartsen aan intensieve zorg. De resultaten worden gebruikt om een vergelijking te maken tussen de tijdsbesteding en kosten van huisartsen aan intensieve zorg en de tijd en kosten die gedeclareerd kunnen worden. De kennis die dit onderzoek oplevert kan gebruikt worden in de onderhandelingen over de bekostiging van de huisartsenzorg in 2017. De informatie uit dit onderzoek wordt alleen gedeeld met VPHuisartsen.

Werkwijze

Na een visite 'intensieve zorg' vult u de vragenlijst in. Hierin wordt gevraagd wat voor visite het was (overdag of anw). Vervolgens vult u het tijdstip, de tijd die u aan de visite kwijt was en de tijdsbesteding in voor de specifieke onderdelen van intensieve zorg.

Daarnaast wordt gevraagd naar materiaal dat verbruikt wordt maar niet gedeclareerd kan worden op naam van de patiënt en dus voor rekening van de praktijkhouder komen.

Wilt u dit van 1 tot 30 juni bijhouden? Wilt u het boekje direct na de meetmaand in bijgevoegde envelop retoursturen. Vervolgens ontvangt u tegen het einde van de meetmaand een vragenlijst over werkbeleving als aansluiting op deze vragenlijst naar tijdsbesteding. Deze vragenlijst ontvangt u per e-mail.

Bij voorbaat dank,

Wouter van den Berg
Voorzitter VPHuisartsen

Vita Kemp
Masterstudent Sociologie Universiteit Utrecht
Email: v.c.m.kemp@students.uu.nl

Visite intensieve zorg

Soort verrichting

- 13034: Intensieve zorg, visite, dag
- 13036: Intensieve zorg, ANW-visite

Dag:

Tijdstip:

Heeft u materiaal verbruikt dat niet gedeclareerd kan worden?

- Nee
- Ja, voor een bedrag van €

Totale tijdsbesteding: minuten

Tijdsbesteding per onderdeel

Intake/triage	..... minuten
Medisch handelen	..... minuten
Steunende gesprekken	..... minuten
Overleg met apotheker	..... minuten
Overleg met mantelzorgers	..... minuten
Overleg met medisch specialist	..... minuten
Overleg met oncologieverpleegkundige	..... minuten
Overleg met palliatief consulent	..... minuten
Overleg met scen arts (kan niet in anw)	..... minuten
Overleg met technologisch thuiszorgteam	..... minuten
Overleg met wijkverpleegkundige	..... minuten
Reistijd	..... minuten
Dossievorming: registratie verrichting	..... minuten
Anders, namelijk: _____	..... minuten

Bijlage 2: Vragenlijst



Universiteit Utrecht



Beste [naam praktijkhouder],

Hartelijk dank dat u deelneemt aan het onderzoek naar tijdsbesteding van huisartsen aan intensieve zorg. De meetmaand voor de verrichting intensieve zorg zit er bijna op. Wij zijn zeer benieuwd naar de informatie die jullie ons op gaan sturen.

Zoals eerder aangekondigd, volgt op het tijdbestedingsboekje een vragenlijst over de werkbeleving en uw mening over de bekostiging van de huisartsenzorg. Wilt u deze invullen via <https://www.enquetemaken.com/s/8c78eeb>.

Uw input wordt door VPHuisartsen gebruikt om inzicht te krijgen in de bekostiging van huisartsenzorg en de werkbeleving.

De informatie uit dit onderzoek wordt uitsluitend gedeeld met VPHuisartsen.

Wij zien uw boekje en vragenlijst graag tegemoet!

Met vriendelijke groet,

Wouter van den Berg

Voorzitter VPHuisartsen

Vita Kemp

Masterstudent Universiteit Utrecht

Algemene informatie

- Wat is het nummer wat rechtsboven op uw boekje staat waarin u uw tijdsbesteding van intensieve zorg bijhoudt? Mocht u het boekje niet bij de hand hebben, kunt u volstaan met uw voorletters en achternaam.
- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- Hoeveel jaar werkt u als huisarts? (niet alleen uw huidige baan)

Werkbeleving vragenlijst

1. Omdat ik plezier haal uit het leren van nieuwe dingen
2. Vanwege de voldoening die ik krijg wanneer ik interessante uitdagingen aanga op mijn werk
3. Vanwege de voldoening die ik voel als het me lukt om een moeilijke taak goed uit te voeren
4. Omdat het werk wat ik doe een belangrijk onderdeel is geworden van wie ik ben als persoon
5. Omdat het een onderdeel is van de manier waarop ik mijn leven invul
6. Omdat deze baan onderdeel is van mijn leven
7. Omdat dit type werk overeenkomt met hoe ik in het leven wil staan
8. Ik heb dit werk gekozen om de doelen die ik heb in mijn carrière te behalen
9. Omdat met dit werk ik bepaalde doelen kan halen die ik voor mezelf gesteld heb
10. Vanwege de vergoeding dat ik ervoor krijg
11. Omdat het ervoor zorgt dat ik geld verdien
12. Omdat dit werk me zekerheid geeft
13. Omdat ik het goed wil doen op mijn werk, anders zou ik me erg voor mezelf niet prettig voelen
14. Omdat ik heel goed wil zijn in dit werk, anders zou ik teleurgesteld zijn

Bekostiging van de huisartsenzorg

- Wat is een motiverende factor in uw werk?
- Wat is een demotiverende factor in uw werk?
- Welk cijfer geeft u het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg?
- Wanneer u uw antwoord wilt motiveren is dat hieronder mogelijk
- In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling:
- 'Ik heb het gevoel dat ik meer tijd besteed aan mijn werk dan dat ik vergoed krijg'.
- Zijn er in uw ogen verbeteringen mogelijk aan het bekostigingsmodel? Zo ja, welke?
- U bent aan het einde gekomen van deze vragenlijst. Is er tot slot nog iets dat u wilt toevoegen of opmerken?

Bijlage 3: Aannames

Bij de hypothese 1 en 2.

De VIF-scores komen niet boven de 10.

De afhankelijke variabele is totale tijd

Variabele	VIF-score
Autonome motivatie	1,154
Gecontroleerde motivatie	1,339
Leeftijd	5,379
Dienstjaren	5,405
Geslacht	1,247

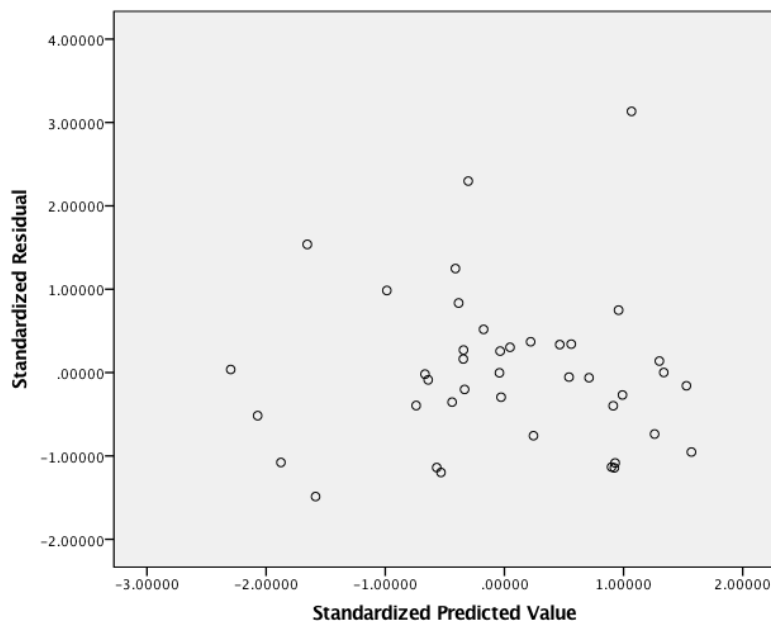
De vier laagste uitschieters op de afhankelijke variabele zijn: -1,488, -1,198, -1,142 en -1,139.

De vier hoogste uitschieters op de afhankelijke variabele zijn: 3,133, 2,297, 1,537 en 1,248.

De vier laagste uitschieters op de onafhankelijke variabele zijn: 0,00000, 0,00000, 0,00002 en 0,00004.

De vier hoogste uitschieters op de onafhankelijke variabele zijn: 0,355, 0,199, 0,144 en 0,094.

Er blijkt sprake te zijn van hetroscedasticiteit.



Bij hypothese 3 en 4.

De VIF-scores komen niet boven de 10.

De afhankelijke variabele is steunende gesprekken.

Variabele	VIF-score
Autonome motivatie	1,154
Gecontroleerde motivatie	1,339
Leeftijd	5,379
Dienstjaren	5,405
Geslacht	1,247

De vier laagste uitschieters op de afhankelijke variabele zijn: -1,889, -1,639, -1,429 en -1,337.

De vier hoogste uitschieters op de afhankelijke variabele zijn: 2,685, 1,326, 1,313 en 1,187.

De vier laagste uitschieters op de onafhankelijke variabele zijn: 0,00002, 0,00015, 0,00031 en 0,00111.

De vier hoogste uitschieters op de onafhankelijke variabele zijn: 0,264, 0,123, 0,121 en 0,104.

Er blijkt sprake te zijn van hetroscedasticiteit.

