

Pay-for-Performance in de huisartsenpraktijk

Een experiment in Zuid-Nederland

Kirsten Kirschner

Jozé Braspenning

Truus Gootzen

Coline van Everdingen

Jacqueline Batenburg

Wim Verstappen

Maarten Klomp

Richard Grol

*Nijmegen, april 2009
IQ healthcare*

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

De studie is gefinancierd door de zorgverzekeraars CZ en VGZ.

Auteurs

Kirsten Kirschner

Jozé Braspenning

Truus Gootzen

Coline van Everdingen

Jacqueline Batenburg

Wim Verstappen

Maarten Klomp

Richard Grol

Nijmegen, april 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding(Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, Van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, Klomp M, Grol R. Pay-for-Performance in de huisartsenpraktijk. Een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen: IQ healthcare, april 2009).

Deze uitgave is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

Omslag: Puntkomma Nijmegen B.V.

ISBN: 978-90-76316-94-9

Voorwoord

Verschillende partijen in de gezondheidszorg stellen steeds vaker expliciete eisen aan de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars moeten hun klanten kunnen garanderen dat er goede zorg op maat voor een aanvaardbare prijs wordt ingekocht en geleverd. Door kwaliteitsmetingen te verrichten en de uitkomsten zichtbaar te maken, wordt zorg transparanter. Men verwacht dat dit ervoor zorgt dat zorgverleners gaan werken aan kwaliteitsverbeteringen. Huisartsenpraktijken laten graag zien welke zorg zij leveren. Transparantie van de zorg past bij de beroepsgroep, waarin spiegelen en het bespreekbaar maken van elkaars handelen wordt nagestreefd. De consumenten/patiënten zijn gebaat bij een systeem waarin gewerkt wordt aan de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zij kunnen zich namelijk als verzekerde aansluiten bij een zorgverzekeraar die werk maakt van de kwaliteit in de huisartsenzorg.

Pay-for-Performance (P4P) initiatieven zijn een populair mechanisme geworden voor het bevorderen van kwaliteit van zorg en voor het reduceren van gezondheidszorgkosten. Veel P4P initiatieven zijn te vinden in Amerika, maar ook in Engeland, Australië en Nieuw Zeeland zijn initiatieven te vinden. In 2004 is in Engeland een contract voor huisartsen geïntroduceerd, ook wel bekend als de General Medical Services (GMS) contract. Huisartsen worden beloond om targets te halen op het gebied van het medisch handelen, praktijkorganisatie en de patiëntervaring. In Nederland is in 2005 het eerste grootschalige P4P-experiment in de eerste lijn gestart. Het doel van het project was het ontwikkelen van een kwaliteitsmodel waarmee de huisartsenzorg getoetst, verbeterd en gecontracteerd c.q. gehonoreerd kan worden. Samen met de zorgverzekeraars CZ en VGZ en huisartsen uit Zuid-Nederland heeft IQ healthcare een kwaliteitsmodel en een kwaliteitsbonus ontwikkeld en geëvalueerd. De deelnemende praktijken hebben een grote betrokkenheid bij het project laten zien, waarvoor wij grote dank verschuldigd zijn. Er ligt een honoreringsmodel klaar dat gebruikt kan worden door de zorgverzekeraars voor de toekomstige gedifferentieerde financieringssysteem voor de huisartsenzorg.

Nijmegen, april 2009

Kernboodschappen

1. Voor het eerst in Nederland is een Pay-for-Performance model ontwikkeld voor de totale huisartsenzorg. Het model is tot stand gekomen in samenspraak met huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten. Op de indicatoren over de chronische aandoeningen ging de score van de praktijken gemiddeld met 10% omhoog en de score op de indicatoren over de patiëntervaring steeg met 5%.
2. Het betrekken van alle gebruikers (huisartsen, patiënten, zorgverzekeraars) bij het uitwerken van het kwaliteitsmodel was een basisvoorwaarde om tot een werkbaar en acceptabel model te komen. Er is veel gediscussieerd over de berekening van de kwaliteitsscore. Uiteindelijk is gekozen voor een relatieve vergelijking. Duidelijk is ook dat er een balans gezocht moet worden tussen wat rechtvaardig en haalbaar is.
3. De huisartsinformatiesystemen (HISsen) bieden nog onvoldoende ondersteuning om de benodigde gegevens makkelijk te produceren. Voor verschillende HISsen is extractieprogrammatuur in ontwikkeling. Het gebruik van het HIS voor extractie van de benodigde gegevens vergroot de betrouwbaarheid van de indicatorscores omdat de gegevens meer volledig zijn (meer patiënten/beslissingen, vollediger administratie per patiënt). De voorwaarde hierbij is dat de praktijken uniform rapporteren.
4. Voor de logistiek van de gegevensverzameling is aansluiting gezocht bij de NHG-Praktijkaccreditering. Dit heeft soms voor verwarring gezorgd omdat voor praktijken de scheiding tussen gegevensverzameling (NPA) en bonusberekeningen (IQ healthcare) niet altijd duidelijk was. Het voordeel was dat de praktijken goed zijn geïnstrueerd over de gegevensverzameling en dat er een verbeterstructuur aanwezig was.
5. Praktijk- of patiëntkenmerken kunnen van invloed zijn op de eindscore. Praktijken willen vergeleken worden met vergelijkbare praktijken. Deze vergelijkbaarheid kan gerealiseerd worden door stratificatie, waarbij de referentiecijfers specifiek gemaakt wordt voor bepaalde praktijk- of patiëntkenmerken. Een andere methode is het corrigeren van de referentiecijfers voor bepaalde patiëntkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd). Maar het is ook mogelijk om de praktijk zelf correctiemogelijkheden te geven door bepaalde patiënten (groepen) niet mee te nemen in de berekening van de kwaliteitsscore.
6. Het Pay-for-Performance model kan de kwaliteit in de huisartsenpraktijk verhogen indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Voor een acceptabel en breed gedragen model is het van belang dat de gebruikers overeenstemming vinden over de indicatoren en dat het model is ingebed in een verbeterstructuur. Zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering dienen gehonoreerd te worden. Daarnaast is de hoogte van de beloning van belang: 5-10% van het praktijkinkomen is een reëel bedrag gebleken.
7. Met het oog op brede implementatie lijken de voorhoede praktijken bereid mee te willen denken en werken aan het Pay-for-Performance model. Een strak draaiboek is nodig om de implementatie goed te laten verlopen en om eventuele problemen bij een grotere groep praktijken te voorkomen. De opgedane ervaring in dit project kan daar goed voor gebruikt worden.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	1
	Kernboodschappen	3
1	Inleiding	7
2	Ontwikkeling van indicatoren	8
	2.1 De drie themavelden	9
	2.2 Wijze van gegevensverzameling	9
	2.3 Haalbaarheid gegevensverzameling en acceptatie	10
	2.4 Validiteit en betrouwbaarheid	11
	2.5 Aanpassingen indicatoren na praktijktoetsen	14
3	Kwaliteitsscore en honorering	15
	3.1 Kwaliteitsniveau: ronde 1	15
	3.2 Kwaliteitsniveau: ronde 2	15
	3.3 Kwaliteitsverbetering in relatie tot kwaliteitsniveau: ronde 1	16
	3.4 Kwaliteitsverbetering in relatie tot kwaliteitsniveau: ronde 2	16
	3.5 Bonus: ronde 1	17
	3.6 Bonus: ronde 2	17
	3.7 Bonus: ronde 3	17
4	Effectiviteit	18
	4.1 Inleiding	18
	4.2 Methode	18
	4.3 Resultaten	19
	4.4 Conclusie	22
5	Ervaringen met honoreringsmodel	23
6	Beschouwing	25
	Literatuur	28
	Bijlage 1 Themavelden en onderwerpen	29
	Bijlage 2 Overzicht indicatoren honoreringsmodel	30

1 Inleiding

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij een regisserende rol in de gezondheidszorg gaan spelen en een belangrijke rol krijgen in het oplossen van problemen die zich nu in de gezondheidszorg voordoen (zoals wachtlijsten, capaciteitsproblemen, problemen in de kwaliteit van de geleverde zorg, stijgende of onbeheersbare kosten). Zorgv garanderen dat er goede zorg op maat voor een aanvaardbare prijs wordt ingekocht en geleverd. Meer dan voorheen moeten daarom zorgverzekeraars zorg inkopen op basis van kwaliteit. Contracten met aanbieders moeten hierbij aansluiten; aanbieders moeten laten zien dat zij waarmaken wat in de contracten is afgesproken.

Hoe dat precies moet worden aangepakt is nog niet helder. Meten en toetsen van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is niet eenvoudig. Tal van vragen moeten worden beantwoord. Verstaan zorginkopers, patiënten/consumenten en zorgaanbieders hetzelfde onder kwaliteit van zorg? Kan de kwaliteit van de geleverde zorg op een betrouwbare en valide manier worden gemeten? Is het mogelijk om een beloning te koppelen aan de geleverde prestatie? Wat vinden de gebruikers hiervan en werkt het bevorderend voor de kwaliteit van zorg?

IQ healthcare is met deze vragen aan de slag gegaan en heeft een projectvoorstel geschreven voor het ontwikkelen van een Pay-for-Performance (P4P) model voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. De zorgverzekeraars CZ en VGZ hebben zich achter het project geschaard en bereid verklaard om niet alleen het project te financieren, maar ook een bonus uit te keren aan deelnemende huisartsenpraktijken op basis van geleverde kwaliteit. Met alle betrokkenen - huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten - is een Pay-for-Performance model ontwikkeld waarmee de kwaliteit van zorg kan worden geëvalueerd en waarop een financiële honorering kan worden gebaseerd. Gedurende het project werd duidelijk dat het ontwikkelde model als onderlegger zou kunnen dienen voor de toekomstige gedifferentieerde financieringsstructuur voor de huisartsenzorg.

Bij de ontwikkeling van het model zijn de volgende drie uitgangspunten gehanteerd:

- Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande valide meetinstrumenten;
- De inbreng van alle gebruikers -zorginkoper, patiënt / consument, zorgaanbieder- wordt in de ontwikkeling betrokken;
- Er wordt aansluiting gezocht bij belangrijke lopende ontwikkelingen, zoals de NHG-Praktijkaccreditering.

Om de kwaliteit van zorg te meten zijn indicatoren ontwikkeld. Deze ontwikkeling is systematisch uitgevoerd. Ten eerste is het doel van de indicatoren vastgesteld. Waarvoor worden de indicatoren gebruikt en wie gaan ze gebruiken? Daarna is gezocht naar richtlijnen waarop de indicatoren gebaseerd zouden kunnen worden. Goede richtlijnen zijn echter niet altijd beschikbaar. In dat geval zijn indicatoren gebaseerd op het best beschikbare bewijs dat over de kwaliteit van zorg voorhanden was. Vervolgens zijn de concept indicatoren doorgenomen met deelnemende huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten. Hiermee is de inhoudsvaliditeit van de indicatoren bepaald. Na aanpassing is met de indicatoren een praktijktoets uitgevoerd om de haalbaarheid en acceptatie vast

te stellen. Verder is de betrouwbaarheid en interne validiteit van de indicatoren onderzocht op basis van gegevens uit de NHG-Praktijkaccreditering. Na de pilotstudie is een grotere groep van deelnemers benaderd om deel te nemen. Met deze groep van 72 praktijken zijn de indicatoren aangescherpt. Voor het bepalen van het berekeningsmodel voor de bonus zijn paneldiscussies georganiseerd met de deelnemende huisartsen en de zorgverzekeraars. De discussie betrof zowel de hoogte van de bonus als de berekeningswijze van de kwaliteitsscore waarop de bonus werd gebaseerd. In de discussies is stilgestaan bij het verschil tussen het baseren van de bonus op het kwaliteitsniveau en het baseren van de bonus op de kwaliteitsverbetering. Onder de grotere groep van deelnemende huisartsenpraktijken zijn twee metingen verricht, zodat ook de effectiviteit van P4P op de kwaliteit van zorg kon worden nagegaan. De ervaringen van deze groep van huisartsen met het verzamelen van gegevens en het verkrijgen van een bonus is met behulp van diepte-interviews in kaart gebracht.

Van de pilotstudie en de eerste meting bij een grotere groep deelnemende praktijken zijn rapporten verschenen [1, 2]. In deze uitgave worden de resultaten van de voorgaande studies samengevat en wordt nagegaan of de bonus bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg (effectstudie). We beschrijven achtereenvolgens de indicatoren, het honoreringsmodel en de effectstudie. Bij het beschrijven van de indicatoren wordt ook ingegaan op de praktijktoets voor de indicatoren. We sluiten af met de ervaringen van de deelnemende huisartsen en een beschouwing.

2 Ontwikkeling van indicatoren

Elk P4P model start met de ontwikkeling van indicatoren waarmee de kwaliteit van zorg gemeten kan worden. Onze indicatoren zijn systematisch ontwikkeld. Deze ontwikkeling is begonnen met het vaststellen van het gebruiksdoel van de indicatoren. De indicatoren zijn bedoeld voor interne kwaliteitsverbetering en voor honorering op basis van deze indicatoren. Indirect worden de indicatoren gebruikt voor externe verantwoording aan zorgverzekeraars. De indicatoren richten zich op drie themavelden: het Medisch handelen, de Praktijkmanagement en de Patiëntervaring. Deze indeling is conform het Engelse honoreringsmodel voor de huisartsenzorg (QOF) en sluit aan bij het HKZ-model (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) en de kwaliteitsdimensies gedefinieerd door het College voor Zorgverzekeringen [1]. Voor de drie themavelden is naar richtlijnen gezocht waarop indicatoren gebaseerd kunnen worden. Ook in de literatuur is gezocht naar beschikbaar bewijs over kwaliteit van zorg. Aan de hand van richtlijnen en literatuur zijn concept indicatoren ontwikkeld. De geselecteerde indicatoren betreffen structuur, proces en uitkomstindicatoren. De indicatoren met betrekking tot het Medisch handelen en de Praktijkmanagement zijn in panels voorgelegd aan huisartsen en zorgverzekeraars. De indicatoren voor de Patiëntervaring zijn schriftelijk voorgelegd aan de huisartsen en zorgverzekeraars ter beoordeling waarbij om eventuele aanvullingen is gevraagd. Aan Patiëntenorganisaties zijn alle indicatoren van de drie themavelden schriftelijk voorgelegd ter beoordeling [1]. Op basis van deze informatie zijn de indicatoren geformuleerd (bijlage 2). De inhoudsvaliditeit van de indicatoren is gewaarborgd doordat de indicatoren op richtlijnen of evidence zijn gebaseerd en door het raadplegen van experts. We beschrijven hieronder voor elk van de drie themavelden kort de onderwerpen waarop de indicatoren zijn gebaseerd. Vervolgens gaan we in op de wijze van

gegevensverzameling, de haalbaarheid van de gegevensverzameling en de betrouwbaarheid waarmee we uitspraken kunnen doen over de huisartsenpraktijk.

2.1 De drie themavelden

Medisch handelen

Voor de invulling van het themaveld Medisch handelen is samengewerkt met de NHG-Praktijkaccreditering [3, 4]. Er is een selectie gemaakt van onderwerpen, waarvoor al valide indicatoren waren ontwikkeld [5]. Een selectie was nodig, omdat het verzamelen van de gegevens als arbeidsintensief werd ingeschat. Gekozen is voor een aantal chronische aandoeningen (diabetes, astma, COPD, cardiovasculair risicomanagement), een aantal preventieactiviteiten (griepvaccinatie, cervixscreening) - omdat deze ook iets zeggen over het organisatievermogen van de praktijk - en het medicatiebeleid (voorschrijfbeleid antibiotica en maagmiddelen). Hiermee wordt zeker niet een compleet beeld verkregen van de huisartsenzorg. Het is de bedoeling om naar de toekomst meer onderwerpen uit te werken en deze bijvoorbeeld roulerend in het model op te nemen. Voor de exacte uitwerking daarvan wordt aangesloten bij de NHG-Praktijkaccreditering. In bijlage 1 staan de onderwerpen op een rij en in bijlage 2 staan de indicatoren genoemd.

Praktijkmanagement

Wat betreft het onderdeel Praktijkmanagement was al veel wetenschappelijk werk verricht en lag er al een valide meetinstrument klaar: de VIP (Visitatie Instrument Praktijkvoering) [6]. De VIP is een erg uitgebreid instrument met veel items. Niet alle items zijn echter geschikt voor een honoreringsmodel. Met behulp van de paneldiscussies in de pilotstudie is een selectie gemaakt [1]. Voor de volgende onderwerpen zijn indicatoren ontwikkeld: infrastructuur, team, informatie, en kwaliteit en veiligheid (bijlage 1 en 2).

Patiëntervaring

Voor het meten van patiëntervaringen waren in Nederland twee valide instrumenten beschikbaar: het EUROPEP instrument [6, 7] en de QUOTE [8]. Gedurende de onderzoeksperiode werd de QUOTE omgewerkt tot een CQ Index met ongeveer 80 vragen. Over de wijze van afname van deze lijst is nog geen duidelijkheid. Wij hebben gekozen voor een korte eenvoudige vragenlijst, de EUROPEP. De verzamelde informatie betreft zowel de praktijkorganisatie als het functioneren van de individuele huisarts (bijlage 1 en 2).

2.2 Wijze van gegevensverzameling

Voor de gegevensverzameling hebben we aansluiting gezocht bij de NHG-Praktijkaccreditering (NPA). Voor het *Medisch handelen* wordt een praktijk een drietal mogelijkheden geboden om de gegevens te verzamelen:

1. Gegevens direct uit het HIS: uitkomsten kunnen door de huisartsenpraktijk direct uit het HIS worden gehaald. Praktijkmedewerkers kunnen een directe uitdraai uit het HIS maken en de uitkomsten daarvan direct invullen in de lijsten met indicatoren.
2. Externe bronnen: praktijken kunnen ook gegevens gebruiken van externe bronnen, bijvoorbeeld van de apotheek of een overzicht van de diabetesdienst in hun regio.

3. Steekproef: wanneer beide voorgaande opties niet mogelijk zijn, kunnen de praktijken per aandoening een selectie van 40 patiënten maken en de benodigde gegevens per patiënt handmatig uit het dossier verzamelen. De registratie vindt plaats op aparte lijsten voor de diverse onderdelen.

Voor de gegevens over het *Praktijkmanagement* worden zowel vragenlijsten ingevuld als observaties gedaan. Huisartsen vullen bijvoorbeeld vragenlijsten in over hun werkbelasting. Een consulent komt kijken of voldaan wordt aan bepaalde minimumeisen (hygiëne, telefonische bereikbaarheid bij spoed, inhoud spoedkoffer) [6].

De *ervaring van patiënten* wordt in kaart gebracht door in de praktijk vragenlijsten te laten invullen door patiënten. Door de praktijkassistente worden na het consult de vragenlijsten uitgedeeld aan willekeurige, de praktijk bezoekende patiënten gedurende een week. Ingevulde vragenlijsten worden door de patiënten in een gesloten doos gedeponneerd. Op deze manier wordt de anonimiteit gegarandeerd. De vragenlijst die gaat over het functioneren van de huisarts wordt alleen uitgedeeld aan de patiënten die bij de desbetreffende huisarts staan ingeschreven [6, 7].

2.3 Haalbaarheid gegevensverzameling en acceptatie

De haalbaarheid van de gegevensverzameling is onderzocht gedurende de pilotstudie onder 24 huisartsenpraktijken [1], maar ook onder de grotere groep van vrijwillig deelnemende huisartsenpraktijken. In 2007 hebben 65 praktijken een vragenlijst ontvangen waarin vragen werden gesteld over hun ervaringen met de gegevensverzameling [2]. Hieronder worden de resultaten uit beide studies samengevat.

De benodigde tijdinvestering voor de gegevensverzameling van het totale instrument bedroeg gemiddeld meer dan 12 uur, waarvan gemiddeld meer dan 4 uur voor het Medisch handelen. Voor de gegevensverzameling werden alle praktijkmedewerkers ingezet en speelde de praktijkassistente of de praktijkondersteuner een grote rol. Bij de gegevensverzameling rondom de chronische aandoeningen was in de helft van de praktijken de huisarts betrokken. De gegevensverzameling van de Preventie werd meestal door de assistente gedaan en bij de Medicatie werd de hulp van de apotheker gezocht. Gegevens voor *Praktijkmanagement* werden eveneens door verschillende praktijkmedewerkers aangeleverd, maar dat wordt ook door het instrument gevraagd. Bij de *Patiëntervaring* was vooral de assistente sterk betrokken bij de gegevensverzameling.

Meer dan de helft van de praktijken heeft voor het Medisch handelen een steekproef getrokken van de beoogde populatie en hier handmatig gegevens over genoteerd op een apart registratieformulier. Het Huisarts Informatie Systeem (HIS) bood onvoldoende ondersteuning om op een meer eenvoudige manier de gegevens te verzamelen. Het is duidelijk dat de wens bestaat om de patiëntgegevens die geautomatiseerd worden opgeslagen ook geautomatiseerd te extraheren. Hiervoor moet in de huisartsenpraktijk uniform worden geregistreerd en moet voor een aantal gegevens (gebruikersvriendelijke) software beschikbaar komen om systematische registratie te bevorderen. Door huisartsen is aangegeven dat de gegevensverzameling erg arbeidsintensief was, maar gezien het inzicht dat ermee is verworven, vond men die investering ook zeker de moeite waard.

Naar aanleiding van de gegevensverzameling ontvingen praktijken feedback. In deze feedback werden de praktijkcijfers afgezet tegen de cijfers van de totale groep deelnemende praktijken (benchmark). Ook waren de berekeningen terug te zien waarmee een bonus gekoppeld kon worden aan de indicatoren. Het koppelen van deze bonus aan de indicatoren leverde veel discussie op met de praktijken. Praktijken hadden allerlei vragen over de juistheid van de gegevens. In het project kregen praktijken daarom eerst de gelegenheid om de feedback van commentaar te voorzien en pas daarna werden de definitieve berekeningen en de bonus berekend.

2.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Het vaststellen van de validiteit en de betrouwbaarheid van metingen verschilt voor de drie themavelden. De betrouwbaarheid van de schalen in het themaveld Praktijkmanagement en Patiëntervaring staan elders beschreven [6, 7]. Deze zijn goed voor de Patiëntervaring en matig tot redelijk voor het Praktijkmanagement. Het themaveld Praktijkmanagement is recent door de NPA aangepast (nieuwe versie 2008). Nieuwe gegevens over de betrouwbaarheid zijn nog niet bekend. Voor het themaveld Patiëntervaring is het aantal benodigde patiënten om tot betrouwbare uitspraken te komen door de ontwerpers vastgesteld op 30 per praktijk/huisarts [9].

De validiteit en betrouwbaarheid voor het Medisch handelen was nog niet bekend en is onderzocht met gegevens uit de NHG-Praktijkaccreditering van 82 praktijken waarbinnen 97 patiëntpopulaties te onderscheiden waren waarvoor door één of meerdere huisartsen verantwoordelijkheid werd genomen. In eerste instantie is gekeken naar de samenhang van de indicatoren per onderwerp en naar de samenhang tussen de verschillende onderwerpen. Verder is uitgezocht hoeveel patiënten per indicator nodig zijn om betrouwbare cijfers te genereren. Daarnaast is nagegaan hoeveel praktijken nodig zijn om tot betrouwbare referentiecijfers te komen en hiermee een betrouwbare vergelijking te kunnen maken.

Uit de analyses bleek dat de indicatoren uit het themaveld Medisch handelen per onderwerp een statistisch onderbouwde schaal vormen (uitgedrukt in een C statistisch verantwoord kan worden uitgevoerd. De geconstrueerde schalen kennen een C alfa tussen de $\alpha = 0,56$ en $\alpha = 0,73$. Dit staat voor goede tot redelijk betrouwbare schalen, zie box 1.

Box 1 : Betrouwbaarheid: samenhang indicatoren binnen onderwerpen

De kwaliteitsscores worden berekend op onderwerpniveau. Voor sommige onderwerpen zijn meerdere indicatoren geformuleerd. We hebben bestudeerd of we de indicatoren per onderwerp statistisch gezien mogen optellen, met andere woorden representeren ze één onderwerp. De gegevens konden berekend worden over 97 patiëntpopulaties. Onderstaande tabel geeft een overzicht.

Samenhang van de indicatoren per onderwerp uit het themaveld Medisch handelen, uitgedrukt in Cronbach's alfa, (n=97 patiëntpopulaties)

Onderwerp	Aantal indicatoren	C	Gemiddelde score, in %
Diabetes	9	0,73	72,4
Astma	4	0,56	49,3
COPD	5	0,67	63,1
Cardiovasculaire risicomanagement (CVR)	8	0,64	49,6

Uit deze analyse blijkt dat het optellen van de indicatoren per onderwerp statistisch gezien redelijk tot goed ondersteund wordt.

Voor het Medisch handelen is ook in kaart gebracht in welke mate de diverse onderwerpen met elkaar samenhangen, zie Box 2. Het medicatiebeleid is in deze analyse niet meegenomen, omdat in een aantal praktijken geen gegevens hierover beschikbaar zijn gekomen.

Box 2: Betrouwbaarheid: samenhang onderwerpen

Voor een eindscore voor het themaveld Medisch handelen worden de kwaliteitsscores voor alle onderwerpen bij elkaar opgeteld. We hebben bekeken in hoeverre de scores op de onderwerpen met elkaar samenhangen (correleren). Van onderwerpen die bijvoorbeeld sterk met elkaar samenhangen zouden we moeten bekijken of we niet met één van beide kunnen volstaan.

Samenhang verschillende onderwerpen, uitgedrukt in een Pearsonscorrelatie tussen de gemiddelde onderwerpscores, (n=97 patiëntpopulaties)

	COPD	Astma	CVR	Griep vaccinatie	Cervix screening	Antibiotica
Diabetes	0,15	0,31**	0,43**	0,28**	0,19	-0,11
COPD		0,40**	0,09	0,19	-0,13	0,12
Astma			0,48**	0,28**	0,16	0,06
CVR#				0,08	0,27**	0,19
Griep vaccinatie					0,15	0,16
Cervix screening						-0,7

#CVR= CardioVasculair Risicomanagement

** p<0,01; * p<0,05

Sommige onderwerpen correleren significant met elkaar. De hoogte van de correlaties zijn echter niet zo hoog dat er overlap is en we met minder onderwerpen evenveel zouden kunnen zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Sommige onderwerpen correleren significant met elkaar, maar de correlaties zijn niet erg hoog. Dit betekent dat de kwaliteit van het Medisch handelen op het ene onderwerp tot op zekere hoogte samengaat met de kwaliteit van het Medisch handelen op het andere onderwerp. Met name de kwaliteit van zorg voor Astma en COPD-patiënten en de zorg voor mensen met Diabetes en een

Cardiovasculaire aandoening liggen binnen een huisartsenpraktijk vaak op eenzelfde lijn. Gezien de hoogte van de correlaties is het echter niet zo dat de onderwerpen inwisselbaar zijn. De preventieonderwerpen Griepvaccinatie en Cervixscreening vertonen weinig samenhang, zowel met de overige onderwerpen als met elkaar. Het antibioticabeleid staat geheel los van de andere onderwerpen. Door een diversiteit aan onderwerpen krijgt men een redelijk gedifferentieerd beeld van het Medisch handelen.

In welke mate de berekende score op praktijkniveau de werkelijke kwaliteit benadert, is afhankelijk van het aantal geïncludeerde *patiënten*. Voor het Medisch handelen is berekend hoeveel patiënten er nodig zijn voor een betrouwbare score. In onderstaande Box 3 wordt hier uitgebreid op in gegaan. De conclusie is dat er ongeveer 100 patiënten per aandoening of hoogrisicogroep nodig zijn als we een afwijking van 10% acceptabel vinden. De acceptabele afwijking zou bepaald kunnen worden op basis van klinische relevantie. Maar we kunnen geen eenduidig antwoord geven, omdat dit per onderwerp verschilt en lang niet altijd bekend is. Als in een bepaalde praktijk minder patiënten van een bepaalde aandoening of hoogrisicogroep aanwezig zijn dan moeten we accepteren dat hiermee de foutenmarge van de schatting van het handelen toeneemt.

Box 3: Betrouwbaarheid: aantal benodigde patiënten voor betrouwbare praktijkcijfers

Elke indicator bestaat uit een teller en een noemer. In de noemer wordt ingevuld op hoeveel patiënten de indicator betrekking heeft. Het kwaliteitsmodel evalueert in principe voor elke praktijk alle patiënten die voldoen aan de omschrijving van de noemer. Het was voor sommige praktijken echter erg tijdrovend om alle patiënten in beeld te brengen; in dat geval mocht men volstaan met een steekproef van 40 patiënten. Uit de onderstaande tabel blijkt wat dit betekent voor de betrouwbaarheid van de indicatorscore.

Leeswijzer: Als de indicatorscore 75% is en de gegevensverzameling is gedaan voor 300 patiënten dan ligt de indicatorscore in 95% van de gevallen tussen de 70,1% en 79,9% ($\pm 4,9\%$). Als er een steekproef is getrokken van 40 patiënten dan ligt de indicatorscore in 95% van de gevallen tussen de 62,6% en 83,4% ($\pm 13,4\%$).

Betrouwbaarheidsinterval voor verschillende indicatorscores gegeven een bepaald aantal patiënten						
Indicatorscore	Aantal patiënten					
	30	40	100	200	300	400
25%	15,5*	13,4	8,5	6,0	4,9	4,2
40%	17,5	15,2	9,6	6,8	5,5	4,8
50%	17,9	15,5	9,8	6,9	5,7	4,9
75%	15,5	13,4	8,5	6,0	4,9	4,2
85%	12,8	11,1	7,0	4,9	4,0	3,5
90%	10,7	9,3	5,9	4,2	3,4	2,9

* Afwijking naar onder en naar boven in %

Het is lastig om algemene uitspraken te doen die geldig zijn voor alle indicatoren. Gesteld kan worden dat bij een geaccepteerde afwijking van minder dan 10% op de indicatorscore in een praktijk van ongeveer 4000 patiënten aandoeningen kunnen worden onderzocht met een prevalentiecijfer van 10% (100 patiënten). Voor de onderwerpen die nu voor het Medisch handelen worden meegenomen, zal dit ongeveer opgaan. Het trekken van een steekproef van 40 patiënten brengt een erg groot betrouwbaarheidsinterval met zich mee en vergt acceptatie van een afwijking van minder dan 15%.

In kwaliteitssystemen spelen de referentiecijfers een belangrijke rol in de vergelijking die gemaakt kan worden tussen praktijken. De vraag is hoeveel *praktijken* nodig zijn om tot betrouwbare vergelijkingen te komen. Dit is berekend voor het Medisch handelen op onderwerpniveau, waarbij rekening is gehouden met het verschil in variantie tussen de verschillende indicatoren per

onderwerp. Voor de berekeningen is de eenheid van analyse de patiëntpopulatie (n=97) waarvoor één of meer huisartsen de verantwoordelijkheid dragen. Box 4 geeft een gedetailleerd overzicht, waaruit de conclusie mag worden getrokken dat er minimaal 45 praktijken nodig zijn om tot betrouwbare uitspraken te komen over verschillen tussen praktijken.

Box 4: Betrouwbaarheid: aantal praktijken voor betrouwbare referentiecijfers					
Voor de betrouwbaarheid van de referentiecijfers hebben we per onderwerp bekeken wat de gemiddelde score (M) per onderwerp was onder de deelnemende praktijken en in welke mate de praktijken hierin onderling verschilden van elkaar (standaarddeviatie). In onderstaande Tabel wordt vermeld hoeveel praktijken nodig zijn om een referentiecijfer te presenteren die een afwijking kent van plus of min 5% (grijze kolom); ditzelfde is ook uitgerekend voor afwijkingen van 1% en 10%.					
Aantal benodigde praktijken* voor betrouwbare referentiecijfers, gegeven een bepaalde toegestane afwijkingssomvang, (n= 97 patiëntpopulaties)					
Onderwerp	M	s.d	± 1%	± 5%	± 10%
Diabetes	72,4	11,2	482	19	5
COPD	63,1	15,4	911	36	9
Astma	49,3	17,1	1123	45	11
CVR#	49,6	11,4	499	20	5
Griepvaccinatie	85,6	8,4	271	11	3
Cervixscreening	67,6	16,5	1046	42	10
Antibiotica	14,3	11,5	508	20	5
*Feitelijk is gerekend met patiëntpopulaties. In een praktijk kunnen soms meerdere patiëntpopulaties worden onderscheiden. #CVR= CardioVasculair Risicomanagement					
Uit bovenstaande tabel blijkt, dat op basis van cijfers van 45 praktijken een betrouwbaar referentiecijfer voor alle onderwerpen gegeven kan worden als we een afwijking van plus of min 5% accepteren.					

2.5 Aanpassingen indicatoren na praktijktoetsen

Na de praktijktoetsen zijn de indicatoren op een aantal onderdelen aangepast. Wat betreft het *Medisch handelen* bleek dat de indicatoren voor de onderwerpen Diabetes, Astma, COPD en Cardiovasculair Risicomanagement moesten worden aangepast door herzieningen van de NHG-Standaarden. De indicatoren rondom het voorschrijfbeleid met betrekking tot de maagmiddelen en de antibiotica zijn opnieuw aan panels voorgelegd. De uitkomst was dat de indicatoren over de maagmiddelen onvoldoende staan voor kwaliteit van zorg. Eigenlijk zou de NHG-Standaard moeten worden aangepast, omdat het stapsgewijs voorschrijven van de maagmiddelen niet voor elke groep van patiënten het meest doelmatig handelen lijkt. Dit commentaar is doorgegeven aan het NHG en de indicatoren zijn komen te vervallen. Over de antibiotica-indicatoren is ook uitvoerig gediscussieerd en het panel heeft het aantal van drie gereduceerd tot twee (zie Bijlage 2). Voor *Praktijkmanagement* is aansluiting gezocht bij het Europese instrument op dit gebied (EPA) [10] en zijn veranderingen aangebracht tengevolge van de komst van de praktijkondersteuner.

In de *toekomst* worden over voorgestelde wijzigingen in het honoreringsmodel beslissingen genomen in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering. De actualisatie van het Visitatie Instrument Accreditatie (VIA) [11] heeft in 2008 plaatsgevonden. De aanpassingen die eraan komen betreffen een module GGZ, een module medicatieveiligheid en een module voorschrijfbeleid (gebaseerd op de DGV-indicatoren). De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze meer indicatoren over

voorschrijfbeleid opgenomen willen zien in het honoreringsmodel. Dit sluit aan bij de laatste module. Eventueel kan het model dat in ons project ontwikkeld is, worden aangevuld met extra metingen. Voorzichtigheid is hierin echter geboden als het extra tijdsbelasting met zich mee brengt voor de praktijk. Het is daarnaast nodig om wijzigingen voor te leggen aan panels zodat het model in gezamenlijkheid (huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten) kan worden vastgesteld. Met name dit laatste, het gezamenlijk opbouwen van het meetinstrument, is cruciaal voor het creëren van voldoende draagvlak.

3 Kwaliteitscore en honorering

Met behulp van de indicatoren is een honoreringsmodel ontwikkeld. In panels met huisartsen en zorgverzekeraars is besproken hoe met behulp van indicatoren kwaliteitscores berekend kunnen worden (kwaliteitsniveau, kwaliteitsverbetering), op welke manier hieraan een bonus gekoppeld kan worden en over de hoogte van de bonus. Om tot een uiteindelijk honoreringsmodel te komen zijn er meerdere rondes met panels in het project georganiseerd. Voor zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering zijn twee rondes geweest. Voor de vorm en hoogte van de bonus zijn drie rondes geweest.

3.1 Kwaliteitsniveau: ronde 1

In de eerste ronde werd met 32 deelnemers in drie panelbijeenkomsten gesproken over de berekening van kwaliteitscores, het aantal niveaus waarin de kwaliteitscores verdeeld moesten worden en over de vorm van honoreren. Voor ieder themaveld (Medisch handelen, Praktijkmanagement, Patiëntervaring) werd een kwaliteitscore berekend voor het kwaliteitsniveau. Voor deze berekening werd ten eerste per themaveld voor ieder onderwerp een somscore berekend door alle indicatorscores bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal indicatoren. De somscores werden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal onderwerpen om te komen tot een kwaliteitscore. De praktijken werden met hun kwaliteitscores in 4 gelijke groepen ingedeeld. De praktijken met de laagste scores vielen in niveau 1 (0 punten), de praktijken met de hoogste scores vielen in niveau 4 (3 punten). Op deze manier kreeg iedere praktijk voor ieder themaveld een bepaald aantal punten. Voor de eindscore van het kwaliteitsniveau werden de behaalde punten voor de drie themavelden bij elkaar opgeteld waarbij de onderlinge verhouding van het Medisch handelen : Praktijkmanagement : Patiëntervaring 2:1:1 was [1].

3.2 Kwaliteitsniveau: ronde 2

In de tweede ronde is opnieuw het honoreringsmodel doorgenomen in twee panels met in totaal 25 deelnemers. In panels is gesproken over de voor- en nadelen van absolute en relatieve vergelijkingen. Het voordeel van een absolute score is dat de zorgaanbieder hier naartoe kan werken. Een absolute norm zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat bij 95% van de mensen met diabetes in een huisartsenpraktijk de bloeddruk jaarlijks gemeten moet worden. De streefwaarde staat in de richtlijn en geeft aan dat bij 100% van de mensen met diabetes de bloeddruk jaarlijks gemeten moet worden. Het is niet eenvoudig om vast te stellen wat een goede absolute norm is. Bij het bepalen van de erg lastig om een minimale norm te bepalen en gaven aan dat dit een moeilijke discussie zou worden

met uitkomsten die vermoedelijk niet zouden bevredigen. Zij gaven daarom de voorkeur aan relatieve scores met een minimale drempelwaarde. Dit is een score die in ieder geval behaald diende te worden. Men gaf er de voorkeur aan om de minimale drempelwaarde door de statistiek te laten bepalen. Het voorstel om hiervoor het 25^{ste} percentiel te nemen werd ondersteund. Per indicator werd de groepsscore van het 25^{ste} percentiel bepaald en praktijken die hier onder zaten kregen voor deze indicator een score van 0. In de feedbackrapportages werden naast de score van de praktijk en de mediaan van de totale groep referentiecijfers van het 25^{ste} en 75^{ste} percentiel weergegeven. Deze referentiecijfers werden weergegeven op indicatorniveau en onderwerpniveau. Op deze manier kan de praktijk - op meer detailniveau - zien hoe zij scoort ten opzichte van alle deelnemende praktijken en kan men prioriteiten voor verbetering stellen. In de besprekingen met huisartsen en zorgverzekeraars werd geconcludeerd dat niet gewerkt kan worden met een wegingsfactor voor de indicatoren, omdat het ontbreekt aan goede criteria om bepaalde indicatoren meer gewicht toe te kennen dan andere. Voor de berekening van een eindscore voor het kwaliteitsniveau gaf het panel opnieuw aan het Medisch handelen twee maal zo zwaar te willen laten meewegen ten opzichte van de overige twee themavelden. In de eerste ronde werden de scores op de drie themavelden bij elkaar opgeteld. Nadere analyse leerde dat het Medisch handelen in dit geval een overheersende invloed had op de eindscore. Het voorstel was daarom om elk van de themavelden apart te wegen en dus drie aparte eindscores te berekenen waarbij de bonus voor het Medisch handelen twee keer zo hoog blijft als voor de andere twee themavelden. Dit voorstel werd door de panels aangenomen. De eindscore is dus per themaveld berekend en onderverdeeld in zeven verschillende kwaliteitsniveaus; niveau 0 was het onderste kwartiel en daarboven zijn 6 gelijke groepen gemaakt. De voorkeur van de panels lag bij een gedifferentieerde eindscore met veel verschillende kwaliteitsniveaus, zodat het maken van de stap naar een volgend niveau binnen bereik lag [2].

3.3 Kwaliteitsverbetering in relatie tot kwaliteitsniveau: ronde 1

Samen met een kleine groep praktijken (n=12) is nagegaan hoe een herhaalde meting vorm gegeven kan worden. Voor de herhaalde meting hebben we ons beperkt tot het verzamelen van gegevens voor het Medisch handelen en de Patiëntervaring. Voor het onderdeel Praktijkmanagement werd afgesproken dat dit eens in de drie jaar afgenomen wordt. Het jaarlijks meten is arbeidsintensief voor zowel de huisartsenpraktijk als de afnemers van de vragenlijsten die ook observaties verrichten. Ook werd aangegeven dat veranderingen in een jaar gering zullen zijn. Voor de berekening van een eindscore voor de kwaliteitsverbetering is een vergelijking gemaakt tussen de herhaalde meting en de voorgaande meting. Met het panel is afgesproken dat bij het honoreren het kwaliteitsniveau (60%) meer zou meetellen dan de kwaliteitsverbetering (20%). Daarnaast heeft iedere praktijk een basisvergoeding (20%) voor deelname en geleverde inspanning ontvangen, omdat het project nog in een experimentele fase verkeerde. Bij het bepalen van het kwaliteitsniveau en de kwaliteitsverbetering telden de gegevens over het Medisch handelen twee keer zo zwaar als de gegevens van de Patiëntervaring. Bij het berekenen van de kwaliteitsverbetering is een achteruitgang of stilstand niet gehonoreerd [2].

3.4 Kwaliteitsverbetering in relatie tot kwaliteitsniveau: ronde 2

Met een grotere groep deelnemende praktijken is tijdens panels nogmaals gesproken over de herhaalde meting en de verhouding tussen het kwaliteitsniveau en de kwaliteitsverbetering in het

bijzonder. Aan deze panels hebben 13 deelnemers deelgenomen. Alhoewel het aantal deelnemers niet hoog was, waren de discussies zeer nuttig. Ook hebben voorafgaand aan de panels 41 huisartsen een vragenlijst ingevuld met vragen naar aanleiding van de discussiepunten die tijdens de bijeenkomsten besproken zijn. Voor het Medisch handelen en de Patiëntervaring zouden zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering gehonoreerd moeten worden. De verhouding kwaliteitsniveau en kwaliteitsverbetering is 3:1. De praktijken worden voor de eindscore in 7 gelijke groepen ingedeeld (0-6) waarbij de 0-groep voor de kwaliteitsverbetering bestaat uit praktijken die geen verbeteringen laten zien.

3.5 Bonus: ronde 1

Over de vorm van honoreren waren de panelleden het tijdens de pilotstudie snel eens, namelijk geld. Met geld zijn immers alle andere zaken zoals praktijkondersteuning of bepalen van de hoogte van de honorering werd vooral rekening gehouden met de beschikbare

de kwaliteit van zorg maar [12]. Uiteindelijk is besloten dat een normpraktijk van CZ/VGZ verzekerde patiënten (n=2350) gemiddeld een bedrag kreeg Dit betreft ongeveer 5-10% van het praktijkinkomen [1].

3.6 Bonus: ronde 2

Het honoreren in de vorm van geld is onveranderd gebleven. De aanpassing die gedaan is door de verzekeraars was dat de praktijken na de pilotstudie geen vast bedrag meer ontvingen voor hun eindscore maar een bedrag per CZ/VGZ verzekerde. 3,20 per CZ/VGZ verzekerde [2].

3.7 Bonus: ronde 3

Tijdens de derde ronde is de hoogte van de honorering verlaagd, vanwege het beschikbare budget van de zorgverzekeraars [3]. De verdeling van de bonus over de themavelden en de eindscores is te zien in onderstaande tabel.

Eindscore		0	1	2	3	4	5	6
Medisch handelen	Kwaliteitsniveau		5					
	Kwaliteitsverbetering							
Patiënt-ervaring	Kwaliteitsniveau							
	Kwaliteitsverbetering							21

4 Effectiviteit

4.1 Inleiding

Over de effectiviteit van Pay-for-Performance systemen is weinig bekend. Uit een studie in Engeland is gebleken dat de invoering van Pay-for-Performance de kwaliteit van zorg verbetert voor de chronische aandoeningen diabetes en astma [12]. Voordat Pay-for-Performance geïntroduceerd werd waren reeds verbeteringen zichtbaar, maar de incentives hebben een extra impuls gegeven. Tevens is bekend dat verschillende factoren van invloed kunnen zijn op het slagen van dit soort initiatieven [13,14]. De incentive/prikkel moet bijvoorbeeld niet te laag maar zeker ook niet te hoog zijn. Ook zijn positieve effecten gerapporteerd als de incentive gericht is aan een groep zorgverleners, zoals een huisartsenpraktijk in plaats van aan een organisatie of individu. In het Pay-for-Performance model dat in Nederland is ontwikkeld, wordt een bonus gehanteerd in de omvang van 5-10% van het inkomen, die wordt toegekend aan de huisartsenpraktijk. In deze studie is onderzoek gedaan naar het effect van het Pay-for-Performance model op de kwaliteit van de geleverde zorg.

4.2 Methode

Studiepopulatie

In 2008 zijn 77 praktijken benaderd om deel te nemen aan de herhaalde kwaliteitsmetingen. Van deze praktijken zijn 65 praktijken benaderd voor een tweede meting en 12 praktijken voor een derde meting.

Interventie

Er is een bonus gekoppeld aan het kwaliteitsniveau. De bonus was gemiddeld 3,20 per CZ/VGZ verzekerde. De praktijken zijn per themaveld in 7 niveaus ingedeeld, waarbij de praktijken die op of onder het 25^{ste} percentiel scoorden, een 0 scoorden. Voor de bonusbedragen, zie tabel 2.

	Eindscore	0	1	2	3	4	5	6
Medisch handelen	Kwaliteitsniveau		0,83	1,33	1,87	2,37	2,95	3,45
Patiënt-ervaring	Kwaliteitsniveau		0,41	0,66	0,94	1,19	1,47	1,72
Praktijk-management	Kwaliteitsniveau							

Herhaalde meting

Voor de gegevensverzameling zijn de meetinstrumenten afgenomen behorend bij de themavelden Medisch handelen en Patiëntervaring. Voor het Medisch handelen konden de praktijken gegevens aanleveren over hun gehele patiëntpopulatie of over een steekproef van patiënten. Voor de Patiëntervaring zijn twee verschillende vragenlijsten uitgezet. Per praktijk zijn 40 vragenlijsten uitgezet die patiënten vraagt naar de ervaring met de praktijk en per huisarts zijn 40 vragenlijsten uitgezet die patiënten vraagt naar de ervaring met de huisarts.

Analyse

Met behulp van de verzamelde gegevens van het Medisch handelen en de Patiëntervaring zijn berekeningen gedaan om eindscores te kunnen bepalen voor zowel het kwaliteitsniveau als voor de kwaliteitsverbetering. Een t-test is gedaan om na te gaan of de gemeten verbeteringen significant zijn. Tevens is de samenhang geanalyseerd tussen het kwaliteitsniveau en de kwaliteitsverbetering. De referentiecijfers zijn gebaseerd op bestanden waarin praktijken die een bepaalde indicator niet hebben ingevuld hiervoor een missing hebben. Hierdoor zie je uitval in het aantal praktijken waarop de referentiecijfers gebaseerd zijn. Ook voor de vergelijking tussen T0 en T1 zijn de verbeterscores gebaseerd op bestanden met missings. Dit betekent soms uitval van praktijken bij het bepalen van de verbeterscores.

4.3 Resultaten

Studiepopulatie

In totaal hebben 72 praktijken deelgenomen aan de herhaalde metingen in 2008. Hiervan hebben 60 praktijken een tweede meting uitgevoerd en 12 praktijken een derde meting. 5 praktijken lieten weten niet deel te nemen aan de herhaalde meting. Deze praktijken gaven aan de gevraagde gegevens niet aan te kunnen leveren of te druk te zijn met de accreditering en het schrijven van verbeterplannen. Eén van de praktijken is tijdens de studie verhuisd.

In onderstaande tabel is te zien dat de studiepopulatie uit minder solopraktijken en meer groepspraktijken bestaat in vergelijking met de Nederlandse huisartsenpraktijken. Deze verhouding is ook terug te zien in het gemiddeld aantal patiënten per praktijk dat in de studiepopulatie hoger ligt. Wat betreft de urbanisatiegraad zijn de praktijken redelijk vergelijkbaar, al bevinden het merendeel van de praktijken in de studiepopulatie zich in matig/weinig stedelijk gebied. Het gemiddeld aantal fte huisartsen per 1000 patiënten is vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsenpraktijken.

Tabel 3: Praktijkenmerken van de studiepopulatie (n=72) vergeleken met de Nederlandse huisartsenpraktijken		
	Studiepopulatie n=72 praktijken	Alle Nederlandse huisartsenpraktijken n=4235 praktijken
	%	%
Praktijkvorm:		
Solo	23,2	42,3 ⁽¹⁾
Duo	30,4	31,5 ⁽¹⁾
Groep / Gezondheidscentrum	30,4	26,1 ⁽¹⁾
Hoed/Hoes	13,0	-
Anders	2,9	-
Urbanisatiegraad *		
(Zeer) sterk stedelijk	31,9	46,7 ⁽¹⁾
Matig/weinig stedelijk	58,4	41,1 ⁽¹⁾
Niet stedelijk	9,7	12,2 ⁽¹⁾
Praktijkgrootte		
Gem. aantal patiënten per praktijk	5226	4283 ⁽²⁾
Werkdruk		
Gem. aantal fte huisartsen per 1000 patiënten	0,41	0,42 ⁽³⁾
Bron: ⁽¹⁾ NIVEL, 1-1-2008 [15], ⁽²⁾ Tweede Nationale Studie naar verrichtingen in de huisartspraktijk [16], ⁽³⁾ VIA 2006/2007 [17]		
* 1: > 1500 adressen per km ² ; 2: 500-1500 adressen per km ² ; 3: < 500 adressen per km ²		

Medisch handelen

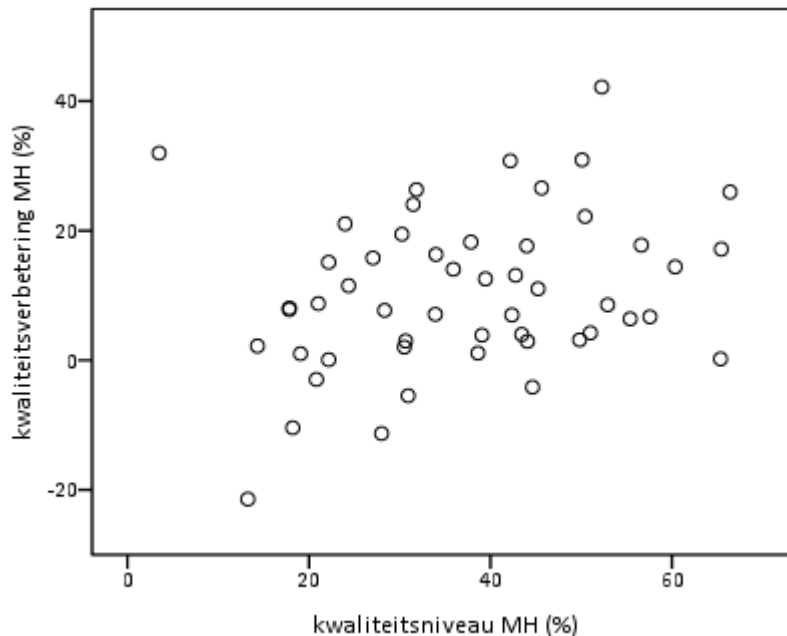
Voor het Medisch handelen hebben 57 praktijken een tweede meting uitgevoerd en 12 praktijken een derde meting (n=69). Drie praktijken hebben geen gegevens aangeleverd voor het Medisch handelen. Van de 69 praktijken heeft 70% voor de diabeteszorg cijfers kunnen leveren die gaan over de gehele patiëntenpopulatie. Voor COPD, astma en cardiovasculair risicomangement heeft 50% van de praktijken cijfers geleverd die gaan over de gehele patiëntenpopulatie. In tabel 4 staan de referentiecijfers van de gemiddelde somscores op de onderwerpen van het Medisch handelen van de meting in 2008. De 69 praktijken vertegenwoordigen 102 patiëntpopulaties (een groep patiënten waarvoor een of meerdere huisartsen zorg dragen).

Tabel 4: Referentiecijfers voor de onderwerpen van het Medisch handelen (meting 2008), uitgesplitst naar de mediaan en het 25^{ste} en 75^{ste} percentiel, (n=69 praktijken)

Onderwerp

Figuur 1 laat zien dat praktijken ook achteruit zijn gegaan ten opzichte van de voorgaande meting. Tevens is te zien dat er geen samenhang is tussen het kwaliteitsniveau en de kwaliteitsverbetering. Een hoog kwaliteitsniveau hangt niet per definitie samen met een grote kwaliteitsverbetering.

Figuur 1 Samenhang kwaliteitsniveau en kwaliteitsverbetering Medisch handelen



We hebben gekeken of er een onderscheid is tussen de scores van praktijken die gegevens aanleveren over de gehele patiëntenpopulatie en praktijken die een steekproef trekken. Hieruit blijkt dat scores van de gehele patiëntenpopulatie soms hoger en soms lager dan de scores van een steekproef uitvallen. Gemiddeld scoren de praktijken die gegevens aanleveren over de gehele patiëntenpopulatie 2-6% hoger op onderwerpniveau dan de praktijken die een steekproef trekken.

Patiëntervaring

Voor het in kaart brengen van de patiëntervaringen hebben alle 72 deelnemende praktijken vragenlijsten uitgedeeld aan patiënten om hun ervaringen met het functioneren van de huisarts en over de organisatie van de zorg in kaart te brengen. Tabel 6 laat zien dat patiënten meer tevreden waren over het functioneren van de huisarts dan over de organisatie van zorg.

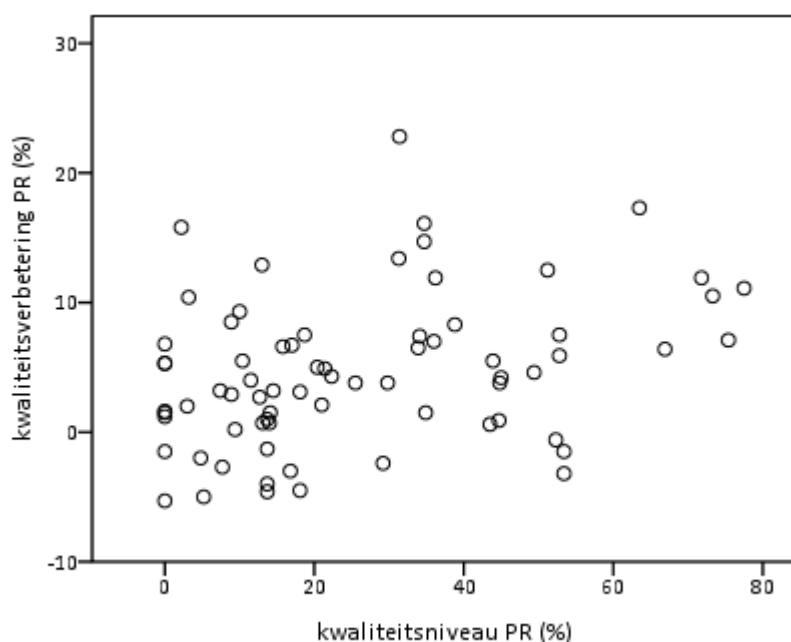
Tabel 6: Referentiecijfers voor de onderwerpen van de Patiëntervaringen (meting 2008), uitgesplitst naar de mediaan en het 25^{ste} en 75^{ste} percentiel, (n=72)			
Onderwerp	25 ^{ste} percentiel	Mediaan	75 ^{ste} percentiel
	%	%	%
Functioneren huisarts	86,4	89,6	92,8
Organisatie van zorg	70,1	75,8	83,3

De Patiëntervaring laat niet dezelfde omvang van verbeteringen zien als het Medisch handelen, al zijn de verbeteringen hier ook significant. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de huisarts en de organisatie waardoor je ook geen grote verbeteringen verwacht. Ook voor Patiëntervaring geldt dat het kwaliteitsniveau en de kwaliteitsverbetering geen samenhang vertonen (figuur 2).

Tabel 7: Referentiecijfers op T0 en T1 en gemiddelde verbeterscores Patiëntervaring (n=72)							
Onderwerp	25 ^{ste} percentiel		Mediaan		75 ^{ste} percentiel		Verbeter score
	%		%		%		
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	%
Functioneren van de huisarts	81,5	86,4	85,1	89,6	89,2	92,8	4,5*
Organisatie van de zorg	65,5	70,1	72,3	75,8	79,0	83,3	4,7*

*p<0.05, T0 2007 versus T1 2008

Figuur 2 Samenhang kwaliteitsniveau en kwaliteitsverbetering Patiëntervaring



4.4 Conclusie

De studie laat zien dat het meedoen aan het project de kwaliteit van zorg vergroot. Voor zowel het Medisch handelen als de Patiëntervaring waren verbeteringen mogelijk. Voor het Medisch handelen konden echter grotere verbeteringen geboekt worden dan voor de Patiëntervaring. Het volgen van richtlijnen ligt in de Nederlandse huisartsenpraktijk gemiddeld op ongeveer 65%-70% [18]. Onze cijfers lieten zien dat de score op preventieactiviteiten relatief hoog is [19], maar dat voor Astma en Cardiovasculair Risicomanagement verbeteringen mogelijk waren. Voor de Patiëntervaring gold dat patiënten al erg tevreden zijn met de huisarts en de praktijk. De herhaalde kwaliteitsmetingen laten verbeteringen zien. De gerealiseerde verbeteringen zijn bij het Medisch handelen groter dan bij de Patiëntervaring. Voor het Medisch handelen scoren de praktijken gemiddeld 10% hoger en voor de Patiëntervaring is dit ongeveer 5%. De verbetering is het grootst voor het onderwerp Astma. Echter, er zijn ook praktijken die een achteruitgang laten zien; deze achteruitgang kwam bij het Medisch handelen iets vaker voor dan bij de Patiëntervaring. De herhaalde meting laat ook zien dat voor het Medisch handelen op enkele diabetesindicatoren 25% van de praktijken 100% scoort. Dit kan mogelijk te verklaren zijn door de manier van patiëntselectie bij het verzamelen van gegevens voor

de betreffende indicatoren. Maar het is ook mogelijk dat praktijken deelnemen aan regionale activiteiten waardoor zij een bepaalde routine kennen voor bijvoorbeeld diabeteszorg [20]. De meting laat tevens zien dat cijfers die verzameld worden over de gehele patiëntenpopulatie gemiddeld hoger uitvallen dan cijfers die voortkomen uit een steekproef van patiënten. Een steekproef trekken is nauwkeuriger omdat op deze manier per patiënt alle gegevens geïventariseerd worden. Onze verwachting was dat de cijfers voor deze verzamelmethode hoger uit zouden vallen, maar dit blijkt niet het geval. Een steekproef is kleiner dan de totale populatie en daardoor onbetrouwbaarder. Voor de toekomst dient dit goed uitgezocht te worden. De gerealiseerde verbeteringen zijn vermoedelijk toe te schrijven aan het Pay-for-Performance model, maar ook het verbetertraject van de NHG-Praktijkaccreditering waarin praktijken zich bevinden zal hierin een aandeel hebben. Tevens zal de tijdsgeest van invloed zijn waarin beroep wordt gedaan op transparantie en werken aan kwaliteit van zorg.

Door zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering te honoreren zijn we tegemoet gekomen aan praktijken die al een hoog kwaliteitsniveau hebben en niet veel kunnen verbeteren en aan praktijken die een laag kwaliteitsniveau hebben en veel verbetering kunnen boeken. De samenhang tussen beide onderdelen is niet terug te zien in de figuren waarin het kwaliteitsniveau is afgezet tegen de kwaliteitsverbetering. Praktijken zijn gemotiveerd om aan het project mee te werken. Het aantal uitvallers is minimaal.

5 Ervaringen met honoreringsmodel

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van huisartsen met de NHG-Praktijkaccreditering, transparant zijn, de bonus en hun visie voor de toekomst zijn 40 huisartsen uitgenodigd voor een interview. Met 29 huisartsen is een interview gehouden.

NHG-Praktijkaccreditering en transparantie

Accrediteren doe je niet alleen

Het accrediteren is een echt groepsproces. Niet alleen de huisartsen zijn er druk mee bezig, maar ook de assistente(s) en de praktijkondersteuner(s) zijn betrokken bij het proces.

Ook de patiënten zijn betrokken bij het proces.

De feedbackrapporten die de praktijken aan de hand van de gegevensverzameling ontvangen, worden binnen een praktijk met het team besproken. Op die manier wordt het gevoel gecreëerd dat je de accreditering ook echt met de hele praktijk doet.

Transparantie in de huisartsenpraktijk

De gegevensverzameling is een belangrijke fase in de accreditering en wordt gezien als een grote tijdsinvestering. De meeste tijd gaat zitten in het verzamelen van informatie uit de medische dossiers. Deze informatie wordt geautomatiseerd opgeslagen, maar het is nog niet mogelijk om met een softwareprogramma de benodigde informatie eenvoudig uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) te halen. Dit heeft te maken met de uniformiteit van registreren en de (on)mogelijkheden van het HIS.

Door middel van feedback over het eigen medische handelen, de praktijkorganisatie en de patiëntervaringen krijgen de huisartsen inzicht in hun eigen handelen en in hun patiëntenpopulatie.

t Het inzicht is vaak een bevestiging van de manier van werken.
. Het kan ook verrassend zijn als je denkt dat iets goed loopt en dit toch niet zo blijkt te zijn. De feedback werkt tevens stimulerend voor het kwaliteitsbeleid.

Naast de eigen praktijkcijfers zijn in de feedbackrapportages scores weergegeven van alle deelnemende praktijken waarmee de praktijken zich kunnen vergelijken. Hierdoor kunnen praktijken zien waar zij staan of hoe zij presteren ten opzichte van andere praktijken.

De verbeterpunten dienen als leidraad voor het schrijven van verbeterplannen. Het opstellen en schrijven van verbeterplannen werd als belastend ervaren door huisartsen. Onder andere werd aangegeven dat begeleiding gemist werd bij het schrijven van deze plannen. De verbeterplannen zorgen er voor dat praktijken gestructureerd kunnen gaan werken aan kwaliteitsverbetering.

Praktijken vinden het prettig om vergeleken te worden met andere praktijken door middel van een benchmark, doordat ze hierdoor inzicht krijgen in hoe ze het nou eigenlijk doen en waar ze kunnen verbeteren. Hoe sta je ten opzichte van andere praktijken? De gegevens zijn informatief en zorgen voor nuttige discussies binnen de praktijk.

Transparantie buiten de huisartsenpraktijk

cijfers zien in het kader van bijvoorbeeld intercollegiale toetsing. Patiënten zouden zeker ook de gegevens mogen inzien. Hierbij is het alleen de vraag in hoeverre patiënten de informatie begrijpen en hoe je dat dan zou moeten overbrengen. Verzekeraars zouden de gegevens mogen inzien, maar hier zijn de huisartsen wat wantrouwend in. Ze vragen zich af wat er dan precies met de gegevens gedaan wordt. Naast voorgaande partijen werden ook andere partijen genoemd die de gegevens zouden mogen zien: Inspectie voor de Gezondheidszorg, onderzoeksinstituten en huisartsenorganisaties.

Bonus

Invloed beloning op huisarts

Er is een groep huisartsen die aangeeft dat de beloning geen invloed heeft, omdat ze niet aan het project deelnemen voor de beloning. Het is de verkeerde drijfveer als je het voor de beloning doet. Aan de andere kant wordt aangegeven dat de beloning leuk is en het waardering/erkenning is voor je werk. De beloning werkt als extra stimulans/motivatie om aan de slag te gaan met kwaliteitsverbetering.

Hoogte bonus

De meeste huisartsen waren tevreden met de hoogte van de bonus die ze ontvangen hebben. De worden. Enkele huisartsen gaven aan de bonus te hoog te vinden en bang te zijn dat een te sterke prikkel onmenselijk gedrag

uitlokt. Een enkeling vond de bonus te laag en teleurstellend. De huisartsen zijn het eens met de hoogte van de bonus als deze 5-10% van het praktijkinkomen is.

Het risico van een bonus is dat huisartsen gaan werken voor de bonus en dat daardoor bepaalde dingen blijven liggen die ook belangrijk zijn. Een ander risico dat genoemd wordt is fraude als gevolg van een te hoge bonus.

Toekomst (P4P)

Kwaliteitsniveau en kwaliteitsverbetering

Het merendeel van de huisartsen vindt dat zowel het kwaliteitsniveau als de kwaliteitsverbetering gehonoreerd moeten worden. Denk zeker dat het belangrijk is dat mensen gemotiveerd zijn om kwaliteit te verbeteren, maar ik denk ook wel dat hetgeen je al behaald hebt positief beoordeeld mag worden.

ze op een gegeven moment niet meer kunnen verbeteren en daar dan niks meer voor krijgen.

Is P4P de toekomst?

Bijna alle huisartsen zien P4P als de toekomst. Als je zorgt dat je praktijk goed op orde is, als je met continue kwaliteitsverbetering bezig bent, dan mag daar ook gewoon iets tegenover staan. De praktijken die dat niet doen die hebben minder inkomen, minder beloning. Dat is zeker heel goed.

P4P is echt een doorbraak in Nederland. Door een huisarts wordt aangegeven dat het belangrijk is dat P4P door de huisartsen gedragen wordt. Huisartsen willen graag een norm stellen waaraan goede zorg zou moeten voldoen en deze norm zou gehanteerd moeten worden bij het toekennen van een beloning. Huisartsen willen graag meedenken over het vaststellen van deze norm.

6 Beschouwing

In het project zijn indicatoren ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de huisartsenzorg gemeten kan worden. Met behulp van de indicatoren is een Pay-for-Performance model ontwikkeld waarmee de huisartsenzorg gehonoreerd kan worden. Het model is tot stand gekomen in samenspraak met de beroepsgroep, vertegenwoordigers van patiënten en zorgverzekeraars. Het betrekken van alle gebruikers heeft ervoor gezorgd dat er een werkbaar en acceptabel model tot stand is gekomen. Tijdens de discussies die gevoerd zijn met de gebruikers, is vaak gesproken over de berekening van de kwaliteitsscore. In het project is gekozen voor een relatieve vergelijking tussen praktijken omdat er geen absolute norm beschikbaar was en is. In de toekomst zullen absolute normen vastgesteld worden. Hierbij is het belangrijk dat er een balans wordt gezocht tussen wat rechtvaardig en haalbaar is.

De effectmeting laat zien dat het Pay-for-Performance model de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk heeft verhoogd. We kunnen de verbeteringen die we zien niet geheel toeschrijven aan het model. Door het ontstaan van zorggroepen die zich bezig houden met chronische aandoeningen zoals diabetes zijn verbeteringen op dit gebied te verwachten. Ook zijn de praktijken in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering uitgenodigd om te werken aan verbeterplannen.

Wil een Pay-for-Performance model in de praktijk werken, dan moet dit model aan een aantal voorwaarden voldoen. Ten eerste is het belangrijk dat het model ondergebracht is in een verbeterstructuur. Praktijken worden op deze manier gestimuleerd te werken aan kwaliteitsverbeteringen. Naast het kwaliteitsniveau dienen dan ook de gerealiseerde verbeteringen bij het honoreren van praktijken meegenomen te worden. De hoogte van de beloning is van belang. Deze dient niet te laag, maar ook niet te hoog te zijn. De inzet van een beloning van 5-10% van het praktijkinkomen blijkt goed gekozen. De motivatie van de deelnemers is belangrijk bij het slagen van het model. Uit de gesprekken die gevoerd zijn met huisartsen kunnen we concluderen dat huisartsen door de beloning gemotiveerd raken om te gaan werken aan kwaliteitsverbetering. Uit de gesprekken kunnen we ook concluderen dat praktijken bereid lijken mee te willen werken en denken aan het Pay-for-Performance model met het oog op brede implementatie. Om de implementatie goed te laten verlopen en om eventuele problemen bij een grotere groep huisartsenpraktijken te voorkomen is een strak draaiboek nodig. De opgedane ervaring en kennis in dit project zullen daar een goede input voor zijn.

Praktijken die hebben deelgenomen aan het project hebben een bonus ontvangen bovenop de reguliere inkomsten. Indien het model breed geïmplementeerd wordt, kunnen verzekeraars geen bonussen blijven uitkeren. Het model zal uiteindelijk ingepast moeten worden in de financieringsstructuur van de huisartsenzorg.

Door de herhaalde kwaliteitsmetingen voor een grote groep praktijken hebben we de effectiviteit kunnen meten van het Pay-for-Performance model. De effectiviteit is aangetoond voor het Medisch handelen en de Patiëntervaring. De praktijken scoorden voor het Medisch handelen gemiddeld 10% hoger en voor de Patiëntervaring was dit ongeveer 5%. Voor de Patiëntervaring verwachtten we geen grote verbeteringen, aangezien patiënten al tevreden zijn met de huisarts en de praktijk. Voor Praktijkmanagement hebben we geen effectiviteit kunnen vaststellen, omdat hiervan alleen een eerste meting gedaan is. Na deze meting hebben we gehoord van praktijken dat kleine aanpassingen direct zijn doorgevoerd. Ook hier zullen dus verbeteringen zichtbaar zijn. Deze verbeteringen kunnen echter pas na drie jaar worden vastgesteld als de praktijken weer een volledige meting uitvoeren. De herhaalde meting heeft ons ook laten zien dat voor sommige onderwerpen op bepaalde indicatoren hoog gescoord wordt. Dit is bijvoorbeeld te zien bij diabetes. Het is de vraag wat te doen met deze indicatoren. Moeten deze ingewisseld worden omdat op deze indicatoren slecht gedifferentieerd kan worden tussen praktijken of moeten deze juist vastgehouden worden omdat ze belangrijk zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg en zouden alle praktijken op deze indicatoren zo hoog moeten scoren?

Het verzamelen van de gegevens voor de indicatoren wordt gezien als een grote tijdsinvestering. Dit geldt vooral voor het Medisch handelen. Een reden hiervoor is dat de huisartsinformatiesystemen (HISsen) nog onvoldoende ondersteuning bieden om de benodigde gegevens makkelijk te produceren. Hierin worden op dit moment vorderingen gemaakt door extracties te ontwikkelen voor bepaalde HISsen. Het gebruik van het HIS voor extractie van de gegevens vergroot de betrouwbaarheid van de indicatorscores omdat de gegevens meer volledig zijn (meer patiënten/beslissingen, vollediger administratie per patiënt). De voorwaarde hierbij is wel dat praktijken uniform registreren, omdat de zorg anders blijft bestaan of registratiegedrag of

zorggedrag gemeten wordt. Om de tijdsinvestering zo klein mogelijk te houden, hebben we ons voor de gegevensverzameling deels aangesloten bij de NHG-Praktijkaccreditering (NPA). Dit heeft soms voor verwarring gezorgd omdat praktijken de gegevensverzameling en de bonusberekening niet altijd goed konden scheiden. Het voordeel was dat de praktijken goed zijn geïnformeerd over de gegevensverzameling en dat er een verbeterstructuur aanwezig was. De herhaalde metingen zijn niet door de NPA uitgevoerd. We hopen in de toekomst wellicht volledig te kunnen aansluiten bij de NPA. Wat betreft de betrouwbaarheid van de gegevens is nu bekend dat voor het Medisch handelen veel patiëntgegevens nodig zijn. Van een Pay-for-Performance model mag een grote betrouwbaarheid worden verwacht. Dit is op het niveau van een huisartsenpraktijk nog niet volledig te realiseren (te weinig patiënten), maar bijvoorbeeld wel op het niveau van een zorggroep of een huisartsencoöperatie. Aan de andere kant zal een feedbackrapportage op een hoger aggregatieniveau de individuele huisarts veel minder aanspreken en dit maakt het moeilijker om gerichte verbeterplannen te maken. Het is dus nog zoeken naar een balans tussen nauwkeurigheid van gegevens en het bevorderen van kwaliteit.

De referentiecijfers waaraan praktijken gerefereerd worden, zijn betrouwbaar te noemen omdat onze studiebevolking uit meer dan 45 praktijken bestaat. Op dit moment worden de praktijkcijfers niet gecorrigeerd voor specifieke praktijk- en patiëntkenmerken. Het is nog de vraag welke factoren van dusdanig belang zijn dat de gegevens hiervoor moeten worden gecorrigeerd. Als dit duidelijk is, kan correctie van praktijkcijfers plaatsvinden. Een andere manier om met verschillen tussen praktijk- en patiëntkenmerken om te gaan, is het specifieker maken van de referentiecijfers. Er komen dan bijvoorbeeld aparte referentiecijfers voor stads- en plattelandspraktijken. Dit laatste draagt vermoedelijk positief bij aan de herkenbaarheid van de gegevens voor de praktijk. Ook is het mogelijk de praktijken zelf correctiemogelijkheden te geven door bepaalde patiënten niet mee te nemen in de berekening van de kwaliteitsscore.

Literatuur

1. Tacken M, Braspenning J, Plas L, Muijers O, Winckels S, Batenburg J, Klomp M, Verstappen M, Grol R. Naar een kwaliteitsbonus voor huisartsenzorg, fase 1: Project Transparantie Huisartsenzorg. Nijmegen 2005: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud.
2. Kirschner K, Braspenning J, Batenburg J, Van de Rijdt D, Muijers P, Van Everdingen C, Gootzen T, Verstappen W, Klomp M, Grol R. Value for money: een model voor honoreren van kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Project Transparantie Huisartsenzorg (Fase 2). Nijmegen 2008: Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg, UMC St Radboud.
3. Witmer H, Bouma M, Braspenning J, in 't Veld K, Grol R. NHG-Praktijkaccreditering; Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk. NHG/WOK, maart 2005.
4. www.praktijkaccreditering.nl
5. huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
6. Van den Hombergh P, Practice visits. Assessing and improving management in general practice. Dissertatie. Nijmegen: KUN, 1998.
7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Heamsha H, Hjortdahl P, Olesen F, Resi S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000; 50:882-7.
8. www.nivel.nl
9. Wensing M, van de Vleuten C, Grol R, Felling A. The reliability of patients' judgements of care in general practice: how many questions and patients are needed? Qual Health Care 1997; 6(2): 80-5.
10. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H (eds.). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2004.
11. Braspenning J, Dijkstra R, Tacken M, Bouma M, Witmer H. Visitatie Instrument Accreditering (VIA®). Nijmegen/Utrecht: KWAZO/WOK NHG, 2007.
12. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. New England Journal of Medicine 2007, 357(2): 181-190
13. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med 2006; 145(4):265-272.
14. Frølich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. Health Policy 2007; 80:179-193.
15. Nivel-beroepenorganisaties [2009 www.nivel.nl
16. Schellevis FG, Westert GP, De Baker DH, Groenewegen PD. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM; 2004.
17. Visitatie Instrument Praktijkaccreditering, recente gegevens 2006/2007
18. Braspenning J, Schiere AM, van Roosmalen M, Mokkink H, Grol R. Kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen moeilijk te meten. Een literatuuroverzicht over 1997-2003. Huisarts Wet 2004, 47(4): 184-7.
19. Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/Utrecht, WOK/NIVEL 2004.
20. Meulepas M. Evaluation of an chronic care model for primary care. Dissertatie. Nijmegen: RU, 2007.

Bijlage 1 Themavelden en onderwerpen

Themaveld	Onderwerpen
Medisch handelen	Diabetes mellitus COPD Astma Cardiovasculair risicomangement Griepvaccinatie Cervixscreening: bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Medicatiebeleid: maagmiddelen, antibioticumbeleid
Praktijkmanagement	Infrastructuur Team Informatie Kwaliteit en veiligheid Financiën
Patiëntervaring	Functioneren van de huisarts Organisatie van zorg

Bijlage 2 Overzicht indicatoren honoreringsmodel

Medisch handelen

DIABETES MELLITES (Diabetes)	
Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.	
1	Het percentage diabetespatiënten bij wie de bloedglucose minstens 3 keer bepaald
2	Het percentage diabetespatiënten bij wie het HbA1c is bepaald
3	Het percentage diabetespatiënten bij wie de bloeddruk is bepaald
4	Het percentage diabetespatiënten bij wie het totaal cholesterolgehalte is bepaald
5	<i>Het percentage diabetespatiënten met een cholesterolverlagend medicament (bijvoorbeeld statines)</i>
6	Het percentage diabetespatiënten bij wie de kreatinine klaring berekend is
7	Het percentage diabetespatiënten met een voetonderzoek
8	Het percentage diabetespatiënten met een funduscontrole
9	Het percentage diabetespatiënten met een volledig ingevuld risicoprofiel

COPD	
Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.	
1	Het percentage COPD-patiënten met een spirometrie (bevestiging diagnose)
2	Het percentage COPD-patiënten waarbij spirometrie in het afgelopen jaar is gedaan
3	<i>Het percentage COPD-patiënten waarmee (spreekuur, visite of telefonisch) contact is geweest vanwege COPD (geen herhaalreceptuur)</i>
4	Het percentage COPD-patiënten waarvan het rookgedrag bekend is
5	Het percentage rokende COPD-patiënten met een stop-roken-advies

ASTMA	
Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.	
1	Het percentage astmapatiënten met een piekstroommeting of spirometrie (bevestiging diagnose)
2	<i>Het percentage astmapatiënten waarmee (spreekuur, visite of telefonisch) contact is geweest vanwege astma (geen herhaalreceptuur)</i>
3	Het percentage astmapatiënten waarvan het rookgedrag bekend is
4	Het percentage rokende astmapatiënten met een stop-roken-advies

CARDIOVASCULAIR RISICO MANAGEMENT voor patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ)*

Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.

- 1 Het percentage HVZ-patiënten bij wie de bloeddruk is bepaald
- 2 Het percentage HVZ-patiënten met een totaal cholesterol en/of cholesterol ratio meting
- 3 *Het percentage HVZ-patiënten met een cholesterolverlagend medicament (bijvoorbeeld statines)*
- 4 Het percentage HVZ-patiënten bij wie de Body Mass Index is berekend
- 5 *Het percentage HVZ-patiënten van wie het rookgedrag bekend is*
- 6 *Het percentage rokende HVZ-patiënten met een stop-roken-advies*
- 7 Het percentage HVZ-patiënten met een volledig ingevuld risicoprofiel
- 8 *Het percentage HVZ-patiënten met antistollingsmiddelen (acetylsalicylzuur, carbasalaat calcium, acenocoumarol, clopidogrel et cetera.).*
- 9 Het percentage HVZ-patiënten met een glucosemeting

PREVENTIE: INFLUENZAVACCINATIE

Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.

- 1 Het percentage gevaccineerde hoogrisicopatiënten in de praktijk*
- 2 Het percentage gevaccineerde patiënten van 65 jaar en ouder*

*Voor de berekeningen (niveau en verbetering) is de hoogste indicatorscore meegenomen

PREVENTIE: CERVIXSCREENING

Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.

- 1 Het percentage vrouwen uit het doelcohort van het bevolkingsonderzoek van het betreffende jaar (op basis van leeftijd) waarbij een uitstrijk is gemaakt

MEDICATIEBELEID: ANTIBIOTICA

Periode waarover de gegevens worden verzameld betreft een vol jaar.

- 1 *Het percentage smalspectrum antibioticumkuren t.o.v. alle voorgeschreven antibioticumkuren*
- 2 *Aantal antibioticum voorschriften per 1000 patiënten het afgelopen jaar**

*Deze indicator is niet meegenomen voor de berekeningen

Praktijkmanagement

INFRASTRUCTUUR	
1	Aanwezigheid van adequate ruimtes (behandelkamer, vergaderkamer)
2	Toegankelijkheid en beschikbaarheid (gebouw voor invalide, herhaalreceptuur, waarneming)
3	Aanwezigheid instrumentarium diagnose en behandeling
4	Aanwezigheid instrumentarium laboratorium aanbod
5	Aanwezigheid EHBO-voorzieningen
6	Aanwezigheid benodigde inhoud spoedkoffer
7	Aanwezigheid materiaal t.b.v. hygiënisch werken
8	Aanbod medisch technische en diagnostische taken

TEAM	
1	Benodigde uitvoering van organisatorische en administratieve taken
2	Uitvoering van taken m.b.t. chronisch zieken en preventie
3	Het hebben van structurele interne werkafspraken
4	Uitvoering overleg HAGRO
5	Het hebben van structureel overleg 1 ^{ste} lijnszorgverleners
6	Het hebben van structureel overleg gezondheidszorginstellingen
7	Uitvoering geven aan personeelsbeleid

INFORMATIE	
1	Gebruik van mogelijkheden voor verslaglegging, dossiervorming
2	Aanwezigheid ondersteunend materiaal t.b.v. patiëntvoorlichting
3	Aanwezigheid sociale kaart

KWALITEIT EN VEILIGHEID	
1	Gebruik van kwaliteitssysteem met apotheek opgezet (FTO)
2	Werken volgens richtlijnen en protocollen
3	Gevoerd kwaliteitsbeleid
4	Scholing praktijkmedewerkers

Patiëntervaring

1. HET FUNCTIONEREN VAN DE HUISARTS

Uitgedrukt in een percentage op basis van de ervaring van de patiënt met de huisarts in de afgelopen 12 maanden. De patiënt geeft de huisarts een waardering voor:

- het gevoel geven tijd te hebben tijdens het consult
- het belangstelling tonen voor zijn/haar persoonlijke situatie
- het ervoor zorgen dat hij/zij gemakkelijk over zijn/haar problemen kon vertellen
- het hem/haar betrekken bij beslissingen over de medische behandeling
- het naar hem/haar luisteren
- het vertrouwelijk houden van de aantekeningen en de gegevens over hem/haar
- het snel verlichten van de klachten
- het bieden van hulp zodat hij/zij zich goed genoeg voelde voor de normale dagelijkse bezigheden
- een zorgvuldige en degelijke aanpak
- het doen van lichamelijk onderzoek bij hem/haar
- het aanbieden van hulp bij het voorkómen van ziekten (bevolkingsonderzoek, inentingen)
- het uitleg geven over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen
- het vertellen wat hij/zij wilde weten over zijn/haar klacht
- de hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met zijn/haar gezondheidstoestand
- het duidelijk maken waarom het belangrijk is om uw advies op te volgen
- het weten wat u heeft gedaan of de patiënt heeft verteld